

La Vie qui prend son Sens

18^e Congrès du Réseau de Soins palliatifs du Québec

Séance A-9 : MPOC, la gestion des symptômes respiratoires en fin de vie

Divulgateion de conflits d'intérêt : aucun

Dr François Allison
UMF CLSC du Marigot, CSSS de Laval
24 avril 2008, 10 hre 30-midi

DrF.AllisonRQSPavril2008

1

Objectifs

- Évaluer les critères suggérant que le patient est rendu à la phase palliative de sa maladie
- Adapter le traitement afin d'améliorer le contrôle des symptômes respiratoires
- Discuter d'un outil d'information (DVD) destiné au patient et à son entourage qui aborde les supports respiratoires qui pourraient être offerts et les options de choix de fin de vie (niveaux de soins, mandats...)

DrF.AllisonRQSPavril2008

2

PLAN

Introduction sur les soins palliatifs dans la MPOC

Les données sur l'évaluation du pronostic et les particularités avec la MPOC

L'ajustement de la médication, la gestion de la dyspnée, des sécrétions

Quelques clin d'oeil au DVD

DrF.AllisonRQSPavril2008

3

PLAN

Introduction sur les soins palliatifs dans la MPOC

Les données sur l'évaluation du pronostic et les particularités avec la MPOC

L'ajustement de la médication, la gestion de la dyspnée, des sécrétions

Quelques clin d'oeil au DVD

DrF.AllisonRQSPavril2008

4

Historiquement Soins palliatifs = Cancer

Peu d'articles ont décrit comment on meurt avec la MPOC

Les études en soins palliatifs (cancer) qui portaient sur l'utilisation des narcotiques, des anxiolytiques, des antidépresseurs en fin de vie excluaient les patients atteints de MPOC

DrF.AllisonRQSPavril2008

5

TORCH : Towards a Revolution in COPD Health Trial

- De quoi on meurt ?
 - 35 % décès cause pulmonaire
 - 27 % cause cardio vasculaires
 - 21 % cancer
 - 7 % inconnu

DrF.AllisonRQSPavril2008

6

MPOC : QUALITÉ DE VIE

Si on considère l'évaluation des performances physiques, la réalisation dans les AVQ et des activités sociales:



MOINS BONNE avec la MPOC que patient avec cancer du poumon ou ayant survécu à réanimation cardio- pulmonaire

DrF.AllisonRQSPavriI2008

7

The last year of life of COPD

Elkington et Al Respir Med May 2004

Les patients MPOC ont les même besoins physiques et psychosociaux que les gens avec Cancer du poumon mais ils ont moins de suivi infirmier et psychosociaux et ont moins de discussions à propos de leur pronostic

DrF.AllisonRQSPavriI2008

8

Programmes de réadaptation USA : discussions...

- En 2000, moins de 10% des centres donnaient de l'information sur la fin de vie
- Or, plus de **80% des répondants à une étude voulaient pouvoir exprimer leur souhaits** à ce propos
- Ce qu'ont dits les patients:

- Connaître de son médecin l'état de sa condition,
- Être avisé de la nature des moyens de ventilation et des types de traitements palliatifs disponibles

Dr J Heffner

DrF.AllisonRQSPavriI2008

9

Discussions avec les patients : Effets

La discussion ne cause pas plus

- De dépression
- D'anxiété
- De désespoir

« provide patients with a sense of control »

DrF.AllisonRQSPavriI2008

10

DVD

*« Le support
cardio-respiratoire
un choix éclairé »*

DrF.AllisonRQSPavriI2008

11

**Protocoles pour les personnes atteintes
de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
en fin de vie**

Les soins de fin de vie
Les approches thérapeutiques

« Guérir quelques fois, aider souvent et soulager tout le temps »

Mise à jour en Janvier 2008

DrF.AllisonRQSPavriI2008

12

RQAM

<http://www.rqam.ca>

Secrétaire du RQAM

Colette Sauvé

Téléphone : (418) 650-9500

Sans frais : 1-877-441-5072

Courriel : colette.sauve@rqam.ca

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

13

Modèles de suivis palliatifs avec le temps

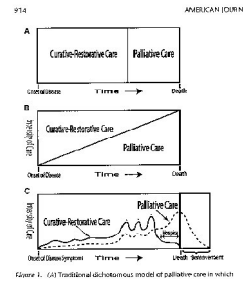


Figure 1. 241 Traditional dichotomous model of palliative care in which

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

14

PLAN

Introduction sur les soins palliatifs dans la MPOC

Les données sur l'évaluation du pronostic et les particularités avec la MPOC

L'ajustement de la médication, la gestion de la dyspnée, des sécrétions

Quelques clin d'oeil au DVD

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

15

Monsieur Henri

Il demeure avec son épouse
Monsieur vous attend au salon.

Il vous dit d'emblée être déprimé,
pleurer tous les jours et
il a hâte que le ciel vienne le chercher

➤ IL M'EN RESTE POUR COMBIEN DE TEMPS
DOCTEUR ?

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

16

Définition de la phase palliative : RQAM

Plusieurs experts sont d'avis que l'éventualité de la fin de vie devrait être abordée dès que la personne perçoit une perte sévère d'autonomie. La définition même de la phase palliative chez une personne atteinte de MPOC est donc difficile à spécifier. Il y a peu d'écrits sur le sujet, mais en pratique on peut identifier deux profils de personnes qui auraient besoin d'une approche dite palliative :

la personne très dyspnéique, restreinte dans ses activités quotidiennes et qui est en perte constante d'autonomie malgré un traitement pharmacologique optimal (incluant une oxygénothérapie si indiquée) et un programme de réadaptation avec exercices structuré et supervisé ;

la personne sous traitement optimal et qui n'est pas en exacerbation aiguë de sa MPOC, dont la dyspnée se détériore davantage de jour en jour et qui ne trouve plus de qualité de vie. Cette personne est probablement plus près de la fin de vie.

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

17

Facteurs pronostic :

VEMS

Nombre d'exacerbations par année

Séjours ou non aux soins intensifs

Index de BODE

L'hyperinflation pulmonaire

Dysfonctionnement des muscles squelettiques

Autres

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

18

Première vérification pour Monsieur Henri ?

VEMS ?

VEMS 650ml

soit 27% VP (2006)

DrF.AllisonRQSPavril2008

19

SCT septembre 2007Léger VEMS \geq 80 % VPModéré VEMS \geq 50 % et $<$ 80 %Sévère VEMS \geq 30 % et $<$ 50 %Très sévère VEMS $<$ 30 %tous avec VEMS/CVF $<$ 70 %

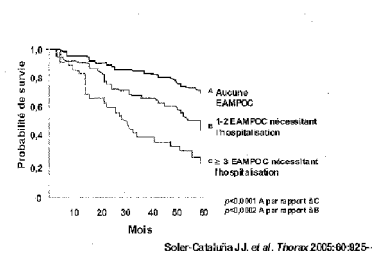
DrF.AllisonRQSPavril2008

20

Indicateur général de Pronostic**VEMS****Moins 1000 ml = 50% décès à 5 ans****Moins 750 ml = 66% décès à 5 ans****30% décès à 1 an****95% décès à 10 ans**

DrF.AllisonRQSPavril2008

21

Exacerbations et pronostic

DrF.AllisonRQSPavril2008

22

Soins intensifs 362 personnes EAMPOC âgées $>$ 65 ans41 % DCD $<$ 3 mois

59 % dans un intervalle d'un an

EAMPOC Sans soins intensifs

taux de mortalité à 1 an 43 %

49 % à 2 ans

DrF.AllisonRQSPavril2008

23

INDEX DE BODEhttp://www.icumedicus.com/clinical_criteria/bode.php**N Engl J Med 2004;350:1005-12.**

DrF.AllisonRQSPavril2008

24

INDEX DE BODE=10, 25% survie à 4 ans

VEMS1	≥65	50-64	36-49	■ ≤35
Distance 6 min (M)	≥350	250-349	150-249	■ ≤149
Dyspnée	0-1	2	3	■ 4
IMC	≥21	■ ≤21		

DrF.AllisonRQSPavril2008 25

Index de BODE

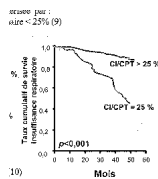
Permet d'évaluer le pronostic sur une période de 12 à 52 mois, il n'a pas été validé pour évaluer le risque de mortalité de plus de 50% à 6 mois tel que demandé aux USA pour avoir accès à des soins spécifiques et d'approche palliative (clic assurance)

American Thoracic Society 2008
www.thoracic.org

DrF.AllisonRQSPavril2008

26

L'hyperinflation pulmonaire : Capacité inspiratoire/capacité pulmonaire < 25%



DrF.AllisonRQSPavril2008

27

Can Respir J Sept 2007
 O'Donnell et al

- Dysfonctionnement muscles squelettiques :
 - Prévalence 30% et augmente avec la sévérité de MPOC
 - La fonte de la masse musculaire est un prédicteur de mortalité indépendant de la fonction pulmonaire

DrF.AllisonRQSPavril2008

28

La phase dite terminale de la MPOC peut être prolongée pour un bon nombre d'usagers (> 50 %) au-delà de 2 ans même lorsque la maladie est très avancée[1]. Il est difficile d'évaluer la durée de la phase terminale. Le pronostic est difficile à établir, et ce, même dans la semaine précédant le décès. [2]

[1] Connors et al., AJRCCM 1996, 154 : p. 959-67).

[2] Claessens et al., Am Geriatr Soc 2000, 48:46-53.

DrF.AllisonRQSPavril2008

29

Autres indices pronostic

VEMS < 0.5 L
 âge
 l'inactivité (RR 1.7 si < 5 METS)
 maladies concomitantes (controversé)
 nombre de visites à l'urgence
 IMC (index masse corporelle)
 coeur pulmonaire
 sexe F > H ?
 oxygénothérapie
 dégradation rapide de la qualité de vie



DrF.AllisonRQSPavril2008

30

Monsieur Henri

Vous a été suivi pendant deux ans....

VEMS 26%
distance de marche courte
confiné entre la cuisine et sa chambre
dyspnée 3 à 4 / 4
oxygène dépendant
atrophie musculaire
MCAS
IMC bas

DrF.AllisonRQSPavril2008

31

Monsieur Henri

À première rencontre : 5 mois post PAC !

Alors qu'il ne veut plus aller au CH : chute....Fx hanche...
Survie à la chirurgie...réadaptation....retour domicile (Empracet)

Alors qu'il dit ne plus vouloir aller au CH : visite une fin de
semaine...BIBAP quelques heures....retour domicile

DrF.AllisonRQSPavril2008

32

Lors d'une visite à domicile, vous êtes surpris !

Bonjour Docteur, ça va très bien !

depuis quelques semaines,

en autant que je ne fais rien...!

DrF.AllisonRQSPavril2008

33

Mon pneumologue m'a dit :

**« Madame, c'est fini pour vous le ménage à la
maison, votre seul travail à faire, c'est celui de
respirer... »**

DrF.AllisonRQSPavril2008

34

BMJ 2005 : *What to do if your patient is going to die ?*

« Move from our prognostic paralysis! » Murray

**Q : Serais-je surpris si mon patient décédait dans
les 12 prochains mois ?**

DrF.AllisonRQSPavril2008

35

**Questions au patient favorables au dialogue
à l'approche palliative ...BMJ 2005**

**Qu'est-ce qui est le plus important pour vous
dans votre vie en ce moment ?**

Qu'est qui vous aide à continuer ?

Comment voyez-vous votre avenir ?

Quelle est votre plus grande peur ou inquiétude ?

Vous arrive-t-il de vous sentir *down* ?

**Si ça devait aller plus mal, où aimeriez vous
recevoir vos soins ?**

DrF.AllisonRQSPavril2008

36

Principaux malaises en fin de vie

2 /3 dyspnée intense

1 /4 douleurs importantes

1 /4 confusion et grande fatigue



*Living and Dying with COPD, Lynn and al,
JAGS2000 Vol.48, No.5, Suppl*

DrF.AllisonRQSPavril2008

37

« Docteur,

je n'ai plus de

qualité de vie!

J'ai peur de mourir étouffé !»

DrF.AllisonRQSPavril2008

38

PLAN

Introduction sur les soins palliatifs dans la MPOC

Les données sur l'évaluation du pronostic et les particularités avec la MPOC

L'ajustement de la médication, la gestion de la dyspnée, des sécrétions

Quelques clin d'oeil au DVD

DrF.AllisonRQSPavril2008

39

ATCD de Monsieur Henri 74ans

Chirurgicaux

- Appendicectomie
- Cataractes
- PAC septembre 2006
- Drainage d'un abcès au thorax (PAC)

Médicaux

- RGO
- MCAS 2004
- Ostéoporose avec écrasement vertébral L1
- Pneumonies dont un épisode avec épanchement et plaques pleurales calcifiées
- Anémie ferriprive post PAC
- HBP avec rétention et difficultés de sevrage de la sonde (oct 2006)

DrF.AllisonRQSPavril2008

40

Mauvais souvenir ...

Il y a 2 mois

Épisode de difficultés respiratoires

A appelé son inhalo qui lui a conseillé d'utiliser du Ventolin au 15 à 30 minutes, Il s'est amélioré en 3 heures après avoir décidé de débiter son PLAN d'ACTION à base de Prednisone et d'antibiotiques.

Il ne voulait pas aller à l'Hôpital !

DrF.AllisonRQSPavril2008

41

Médicaments

Atrovent 2 inh qid

Advair aér 250/25 1 inhalation bid

Ventolin 2 TID PRN

Prednisone 5 mg 5 co die

Losec 20 mg die

Monocor 2.5 mg die, AAS (PAC)

Colace 100 mg bid prn

Flomax CR 0.4 2 co HS

Miacalcin 200 UI die

O2 à 3 L/min

DrF.AllisonRQSPavril2008

42

Monsieur dit qu'il a notarié son désir de ne pas être réanimé si décès.

Examen

- TA : 105/70 **VEMS 650ml, 27% VP(2006)**
- RCR : 88
- Saturation 94 % à 3 L/min
- Bruits cardiaques : N
- Poumons : diminution MV
- léger OMI

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

43

Points de repères entre la saturation et le gaz artériel

Saturation	100 %	=	PaO ₂ > 90 mm Hg
Saturation	90 %	=	PaO ₂ > 60 mm Hg
Saturation	<u>87 %</u>	=	PaO ₂ = <u>55 mm Hg</u>
Saturation	75 %	=	PaO ₂ = 45 mm Hg
Saturation	50 %	=	PaO ₂ = 27 mm Hg

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

44

Approche non médicamenteuse pour les AVQ

Fatigue à manger(après Tx BD, accoudé, paille, suppléments en collation,...) *Économie d'énergie*

Fatigue à se laver(banc,douche téléphone,éponge au lit,robe chambre absorbante...)

Élimination (culotte d'incontinence, cathétérisme externe, sonde?..)

Marchette à roulette, prudence au lève personne

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

45

Médicaments

Atrovent 2 inh qid
 Advair aér 250/25 une inhalation bid
 Ventolin 2 TID PRN
 Prednisone 5 mg 5 co die
 Losec 20 mg die
 Monacor 2.5 mg die, AAS (PAC)
 Colace 100 mg bid prn
 Flomax CR 0.4 2 co HS
 Miacalcin 200 UI die
 O2 à 3 L/min

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

46

	VEMS	DYSPNÉE	EXERCICE	QUALITÉ DE VIE
Courtes actions	+	+	+	+/-
Spiriva	+	+	+	+ et effet sur exacerbations et hospitalisations
B2LA	+	+	+/-	+
Théo	faible	+	+	NA

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

47

AJUSTEMENT DE LA MÉDICATION

Spiriva 18 ug die

Advair 250/25 2 inh bid

Ventolin 2-4 inh qid prn (pas Combivent, ni Atrovent prn)

Tenter une réduction par 1 mg de Prednisone/semaine (réduire myopathie...)

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

48

Augmenter l'O2 l'aiderait-t-il ?

94 % saturation à 3 L/min

On vise habituellement entre 90 et 94%

Aucun gain à l'augmenter

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

49

Monsieur Henri est déprimé, un anti-dépresseur peut-t-il aider à réduire la dyspnée ?

Une étude menée chez 30 patients dépressifs atteints de M.P.O.C. traités avec la nortriptyline (Aventyl®) démontra une amélioration de l'humeur sans diminution de la sensation de dyspnée.

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

50

Sertraline (Zoloft®) semblait diminuer la sensation d'essoufflement mais on ne peut pas conclure car il y avait peu de patients dans cette étude et il manquait un groupe contrôle et d'outils objectifs de mesure de la dyspnée.

Il n'y a pas actuellement de preuves concluantes quant à l'avantage de l'utilisation de cette classe de médicament pour soulager la dyspnée en raison du manque d'études solides

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

51

MONSIEUR HENRI

Bénéficierait d'un traitement antidépresseur pour son moral
mais avec des attentes modestes
au niveau
de soulagement de la dyspnée

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

52

ANXIOLYTIQUES ET DYSPNÉE

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

53

ANXIOLYTIQUES

La plupart des patients dyspnéiques vivent de l'anxiété.

On croit que cette anxiété augmente la sensation d'essoufflement; bien qu'aucune étude ne l'ai prouvé.

Ainsi donc la prise d'anxiolytiques pourrait théoriquement diminuer la sensation de dyspnée.

Dr.F.AllisonRQSPavril2008

54

ANXIOLYTIQUES et DYSPNÉE

: la littérature est pauvre

Diazépam (Valium) : soulagement de la sensation d'essoufflement chez 4 patients M.P.O.C. Cependant, les chercheurs n'ont pas utilisé de mesure objective de la dyspnée. Mitchell-Heggs et al

Alprazolam (Xanax) : a montré un soulagement une étude ouverte mais sans groupe contrôle

Diazépam, clorazépate (Tranxène®) et l'alprazolam : autres études avec des groupes contrôles n'ont pas démontré d'amélioration.

DrF.AllisonRQSPavril2008

55

Buspirone (Buspar®)

Anxiolytique non benzo sans effet sédatif ou myorelaxant ce qui est attrayant pour ces patients à risque de dépression respiratoire.

Semble aider certains patients pour la dyspnée

Grande affinité pour les récepteurs Sérot. et 5HT.

Effet anxiolytique lent, en une à trois semaines.

Argyropoulou et al :

16 patients MPOC pendant quinze jours

augmentation de la tolérance à l'exercice

mais la différence notée par rapport au placebo était questionable.

DrF.AllisonRQSPavril2008

56

MONSIEUR HENRI

Celexa 20 mg HS

Ativan 0.5 BID prn

Ativan, Sérax,
Restoril métabolisme
hépatique peu altéré
avec l'âge

Luvox : augmente la théophyllinémie

Zoloft : pas d'interaction avec théo

Paxil : qq cas réduction prurit cancer en SP,
mais + nausées au début, diminution toux ?

DrF.AllisonRQSPavril2008

57

DYSPNÉE

Non pharmacologique :

Aération (fenêtre , ventilateur, hotte contre odeurs de cuisson...) (Respiratory Care Nov 2000)

Respiration abdominale et contre lèvres pincées (diminuer la rétention d'air ou *trapping*)

Pharmacologique :

BD qid et Ventolin aux 2 hres prn (selon tolérance), ou avant une activité

DrF.AllisonRQSPavril2008

58

RESPIRATION ABDOMINALE

Détendez-vous 15 à 30 minutes par jour

Laissez tomber votre cou et vos épaules

Couchez-vous les genoux pliés, sur le dos ou le côté ou assoyez-vous avec un support pour le cou et le dos

Inspirez par le nez et laissez grossir votre ventre

comme pour grossir un ballon sous le nombril. Cela

permet au diaphragme de descendre. Laissez le thorax

détendu. Doucement, expirez lentement en dégonflant

le ballon. Ne pas contracter les muscles.

DrF.AllisonRQSPavril2008

59

RESPIRATION AVEC LES LÈVRES PINCÉES À L'EXPIRATION

Diminue la fréquence respiratoire

Augmente le volume d'air en mouvement à l'expiration

Conserve une pression adéquate dans les voies aériennes de petits calibres

Contrôler la durée du cycle respiratoire

Technique :

Inspirez normalement par le nez, la bouche fermée. Comptez "1 et 2"

Expirez par la bouche, les lèvres pincées, comme pour souffler une chandelle, sans tension dans les joues

Expirez deux fois plus longtemps que pour l'inspiration. Donc, comptez "1,2,3,4"

DrF.AllisonRQSPavril2008

60

POSITIONS DE REPOS



Dr.F.AllisonRQSPavri2008 61

Vous avez aidé monsieur Henri mais le déclin général secondaire à sa MPOC progresse.

Vous avez été contraint d'augmenter à quelques reprises sa Prednisone en association avec des antibiotiques lors d'épisodes de décompensations. Il est plus faible.

Il a été une fois à l'hôpital et a été mis sous BIBAP

Dr.F.AllisonRQSPavri2008 62

QUESTION SUR LA VENTILATION

Ventilation non efficace (BIBAP) est associé à des difficultés...

Manger	Oui ↑ Non <input type="checkbox"/>
Parler	Oui ↑ Non <input type="checkbox"/>

Dr.F.AllisonRQSPavri2008 63

QUESTION SUR LA VENTILATION

Ventilation non efficace (BIBAP) est associé à des difficultés...

Manger	Oui ↑ Non <input checked="" type="checkbox"/>
Parler	Oui ↑ Non <input checked="" type="checkbox"/>

Dr.F.AllisonRQSPavri2008 64

QUESTION SUR LA VENTILATION

Ventilation efficace (intubation) est associée à plus de difficulté à...

Manger	Oui <input type="checkbox"/> Non ↑
Parler	Oui <input type="checkbox"/> Non ↑

Dr.F.AllisonRQSPavri2008 65

QUESTION SUR LA VENTILATION

Ventilation efficace (intubation) est associée à plus de difficulté à...

Manger	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non ↑
Parler	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non ↑

Dr.F.AllisonRQSPavri2008 66

Il est de plus en plus faible.
Il n'a plus d'appétit.
Il est cachectique.

Il a parfois l'impression qu'il va étouffer lorsque le matin il essaie d'expectorer ses sécrétions épaisses.
Son épouse dit lire parfois dans ses yeux de la détresse.

Il est toujours assis dans son fauteuil, il y dort.
Il a un sommeil agité, il est parfois confus.
Il commence à développer des plaies de pression aux coudes et à une fesse.

DrF.AllisonRQSPavril2008

67

DILEMME CLINIQUE

EN PRATIQUE...

Sommes nous rendus à la fin ?

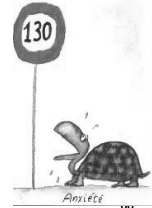
Devrais je débiter un narcotique ?

Risque de dépression respiratoire ?

BIBAP : une fois, deux fois,... ?

Intubation : pourrions nous l'extuber ?

Si non : trachéostomie ?



DrF.AllisonRQSPavril2008

SÉCRÉTIONS ÉPAISSES



DrF.AllisonRQSPavril2008

69

SÉCRÉTIONS ÉPAISSES

Non pharmacologique :

Hydratation 1.5 à 2 L/jour (si sans c-i)

boire aux 2 heures

Mobilisation aux 2 heures au lit

Flutter, Acapella (post BD, 4 sec, 8 à 10 efforts)

Toux dirigée (peut être exigeante en SP)

Humidité 40 à 50 %



DrF.AllisonRQSPavril2008

70

SÉCRÉTIONS ÉPAISSES

N-acetylcystéine (Mucomyst®)

agent mucolytique a pour but de diminuer la viscosité des sécrétions tenaces. Il faut l'associer à un bronchodilatateur comme le salbutamol pour réduire le risque de bronchospasme.

On recommande la prudence chez les patients grabataires qui ont de mauvais réflexes de toux car il peut favoriser une aspiration en augmentant le volume de sécrétions liquéfiées.

Les médicaments anticholinergiques (Scopolamine) sont réservés pour les râles terminaux, puisqu'ils assèchent les sécrétions.

DrF.AllisonRQSPavril2008

71

MONSIEUR HENRI

Flutter demandé au service d'inhalothérapie régional avec enseignement :

8 expirations post BD bid

> 4 secondes

Mucomyst 20% 1 cc avec Ventolin nébul 2.5mg/2.5 ml base avec compresseur 1 à 2 fois par jour, supervision du premier traitement avec un inhalothérapeute

DrF.AllisonRQSPavril2008

72

FLUTTER



DrF.AllisonRQSPavril2008

73

ACAPELLA



DrF.AllisonRQSPavril2008

74

DYSPNÉE ET OPIACÉS

L'administration de morphine réduit la sensation d'essoufflement par son effet sur le SNC en réduisant la *respiratory drive* et en altérant au niveau cortical les informations afférentes reliées à la respiration (réduit perception de dyspnée), ↓anxiété, ↓sensibilité hypercapnée, ↓consom. O₂ a/n c-v

La plupart des études qui ont portées sur leur utilisation chez les M.P.O.C. excluaient les patients avec hypercapnée ou hypoxémie sévères.

DrF.AllisonRQSPavril2008

75

DYSPNÉE ET OPIACÉS

À long terme (une à six semaines)

les opiacés présentent un effet moins clair au niveau du soulagement de la sensation d'essoufflement ,

certaines études ne décrivant aucun avantage

DrF.AllisonRQSPavril2008

76

Une dame, extrêmement essoufflée au repos

« Je peux vous prescrire de petites doses de médicament pour apaiser votre difficulté à respirer... par exemple une petite dose de morphine en liquide... »

Non merci, je veux vivre ... »

DrF.AllisonRQSPavril2008

77

MONSIEUR HENRI

Sirop de morphine débuté à
1 mg/1ml

3 ml 8 hres puis q 6 hres ad q 4 hres

et augmentation progressive

DrF.AllisonRQSPavril2008

78

Monsieur Henri

- **Son épouse vous appelle, son mari est en détresse respiratoire, il ne veut pas aller à l'hôpital....**

– Avons-nous un Plan d'action pour cet événement?

DrF.AllisonRQSPavril2008

79

PROTOCOLE DE DÉTRESSE**Morphine****Scopolamine****Versed ou Ativan s/c**

DrF.AllisonRQSPavril2008

80

PROTOCOLE DE DÉTRESSE**Morphine 2.5 mg s/c q 2 à 4 hres prn****Scopolamine 0.4 mg s/c q 8hres prn****Ativan 1 mg s/c q 8 hres prn****AVIS DE NON RÉANIMATION**

DrF.AllisonRQSPavril2008

81

Profil évolutif des Traitements de Monsieur Henri

Été 2007

Plan d'action q 2 à 3 semaines : Ceftin ou Clavulin ou Lévaquin + prednisone 50 mg die X 7 jres

Ajustement Codéinecontin 50 mg AM pour coxarthrose et douleurs costales post chutes

Rivotril 0.5 mg BID anxieux +++

Celexa remplacé par Réméron HS (inappétence, insomnie)

Spirivia cessé par monsieur(difficulté à uriner, refus sonde, échec au DDAVP 0.1 mg HS, continue Flomax 2 co et Avodart)

Advair BID

Combivent UDV nébule 500/2.5 q 4 hres prn, Ventolin prn

DrF.AllisonRQSPavril2008

82

Monsieur Henri

Automne 2007

Absence de réponse au Plan d'action

HydromorhContin 3 mg BID, Dilaudid 1 mg en E-D

Duoderm appliqué fesse gauche (amaigri, plaie)

Rivotril 0.5 mg 1 à 2 co BID anxieux +++

Réméron HS (inappétence, insomnie)

DDAVP 0.1 HS, continue Flomax 2 co et Avodart)

Advair 250/25 2 BID

Combivent nébule 500 q 4 hres prn

Flutter, Respiration contre lèvres pincées

DrF.AllisonRQSPavril2008

83

Monsieur Henri

Décembre 2007

Advair BID

Combivent nébule q 2 à 4 hres prn

Mucomyst 20% dans 2.5 mg/2.5 ml Ventolin BID

Ne peut plus utiliser le Flutter (trop d'effort)

Début de Salin isotonique 0.9 % 4 ml en nébulisation entre les Combivent

Prednisone 35 mg die (incapable de baisser)

HMContin idem, début Duragésic 12 ug

Début d'agitation nocturne : Haldol

Rx Versed, Dilaudid s/c et Scopolamine 0.4 mg en stand bye

La fin surviendra avant les Fêtes....

DrF.AllisonRQSPavril2008

84

NEZ qui saigne ...

Sécaris ou Salinol ou Rhinaris

Pas de vaseline (gelé de pétrole)

Barboteur ajouté au concentrateur d'oxygène (attention aux fuites)

Ventimasque (avec débit ajusté à l'aide de dispositifs appelés Venturi : *douilles*)

DrF.AllisonRQSPavril2008

85

ATTENTION À LA TECHNOLOGIE

Saturation est bonne ?
mais je ne vais pas bien !

Saturation n'est pas bonne
et il semble bien aller!

Vais-je lui dire ??



DrF.AllisonRQSPavril2008

86

NIVEAUX DE SOIN

**Vous avez discuté de niveau de soin avec
monsieur Henri, il a choisit
le niveau de soins 3**

**Intervention limitée au soulagement
et au bien-être du malade**

DrF.AllisonRQSPavril2008

87

DÉSIRS D'ÊTRE RÉANIMÉ

REFUS D'ÊTRE RÉANIMÉ :

40% à 3 et 6 mois du décès à
77% un mois avant le décès

REFUS D'ÊTRE INTUBÉ :

12% à 3 et 6 mois du décès à
31% un mois avant le décès

il reste 10-15 % gens qui désirent Tx

Living and Dying with COPD, Lynn and al,
JAGS 2000 Vol.48, No.5, Suppl

DrF.AllisonRQSPavril2008

88

PLAN

Introduction sur les soins palliatifs dans la MPOC

Les données sur l'évaluation du pronostic et les particularités avec la MPOC

L'ajustement de la médication, la gestion de la dyspnée, des sécrétions

Quelques clins d'oeil au DVD

DrF.AllisonRQSPavril2008

89

INSPIRE ÂME EN PAIX...

EXPIRE MI SOURIRE...

CONSCIENT DU PRÉSENT...

MERVEILLEUX MOMENT...

DrF.AllisonRQSPavril2008

90