



Justine Farley, md

Médecin de famille en soins palliatifs et gériatrie



Les Urgences en soins palliatifs




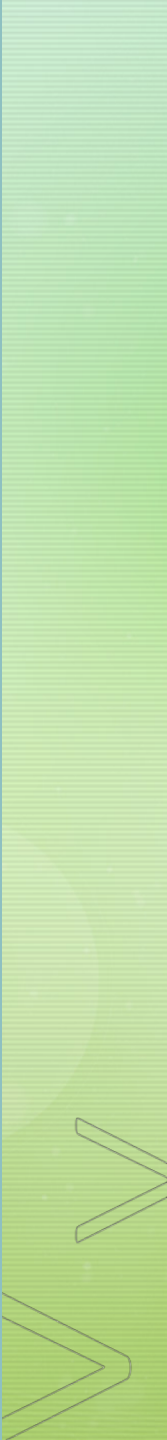
➤ **Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels**

Justine Farley _____



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel
en lien avec le contenu de cette présentation

- 
- Introduction
 - Compression médullaire
 - Agitation
 - Hémorragies catastrophiques
 - Hypercalcémie
 - Syndrome de la veine cave supérieure

 - Protocole de détresse
- 

Introduction

- Approche selon l'objectif de soins
 - Objectif D
 - Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie
- « Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (*par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile*). »

Introduction

- Approche centrée sur le malade, ses problèmes, son état fonctionnel, son pronostic
- Conversation avec le malade, pour l'informer et connaître ses souhaits
- Éviter les dogmes
- Le degré d'urgence dicte l'approche

Introduction

- En général:
 - Si possible, identifier les malades à risque de présenter une urgence
 - Établir avec le personnel, les proches aidants l'approche appropriée
 - Rester avec le malade
 - À qui s'adresser
 -
 - Si pertinent, le matériel nécessaire au chevet

Compression médullaire



Une urgence?

- Risque de développer des complications compromettant la qualité de vie
- Si ignorée, peut entraîner:
 - Perte fonction motrice
 - Incontinence double
 - Troubles sensitifs

Compression médullaire

- 1^{er} symptôme est la douleur (80-95% des patients)
 - Douleur sévère
 - Douleur nouvelle ou exacerbation d'une douleur connue
 - Souvent référée
 - Environ 7 semaines avant les problèmes neurologiques

Compression médullaire

- Si soupçon de CM,
 - Dexaméthasone à haute dose: 16 mg die, avant le diagnostic confirmé
 - Si indiqué, référer à l'oncologue traitant, à l'urgence
- Traitement définitif
 - Radiothérapie
 - chirurgie

L'agitation

- Impossible de rester au repos
- Présence d'activité motrice sans but précis

L'agitation

- Causes:
 - Anxiété, panique
 - Delirium, mixte ou hyperactif
 - Sevrage
 - Effets indésirables de certains médicaments
 - Inconforts et douleur
 - Hypoxie, insuffisance hépatique ou rénale

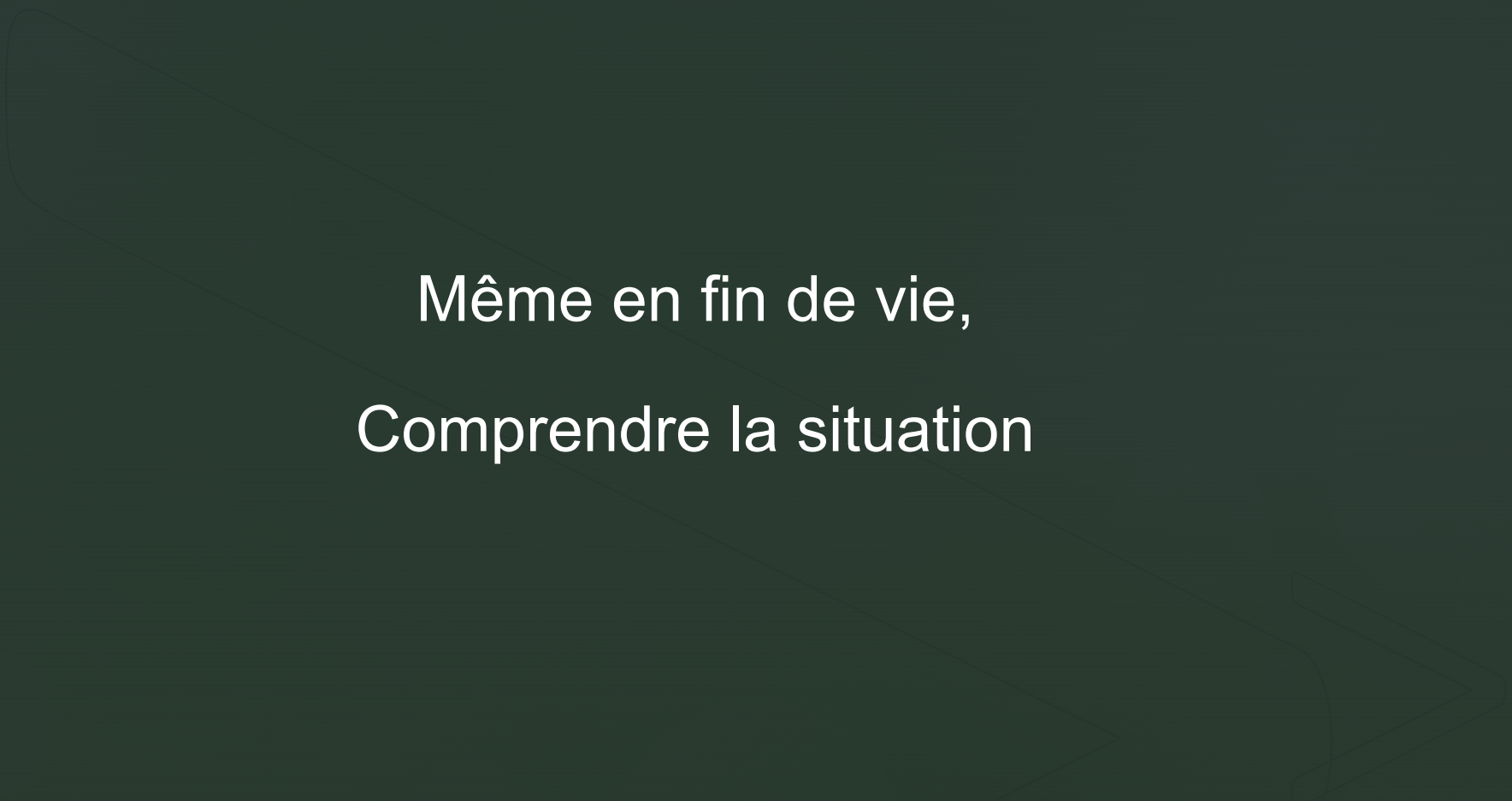
Urgence?

- Épuisant pour le malade
- Danger pour lui-même, l'entourage
- Comportement inapproprié
- Éprouvant pour le patient, ses proches, le personnel



L'agitation

Même en fin de vie,
Comprendre la situation



L'agitation

- Anamnèse:
 - Histoire psychiatrique
 - Les habitudes de vie
 - Les médicaments
- L'examen physique:
 - Hypoxie, œdème pulmonaire,
 - rétention urinaire, faecalome
 - Plaie
- Laboratoire, imagerie?

L'agitation

- Identifier les causes traitables
- Protéger le patient
 - Éviter les contentions, sauf dans les situations de danger

L'agitation

- Agitation légère
 - Mesures environnementales
 - Personne connue au chevet,.....
 - Haloperidol 0,5 à 1-2 mg po/sc, prn

L'agitation

- Agitation sévère: les neuroleptiques
 - haloperidol 1 mg po/sc, titration 2-5 mg/hre --→ début d'action plus rapide
 - Ou
 - olanzépine: 2.5-5 mg po
 - quetiapine: 25 mg po die/bid

L'agitation

- Agitation sévère: les benzodiazepines
 - Si sevrage d'alcool, de benzo, excès de Rx anticholinergiques ou anxiété
 - Agitation résistante au traitement, pour induire une sédation
 - Les benzo peuvent induire un delirium, source d'agitation
 - La prescription d'un traitement pour l'agitation est hors monographie
 - Midazolam: 2,5mg-5 mg sc, titrer selon les besoins

Les hémorragies catastrophiques

- Saignement artériel massif, interne ou externe, qui peut entraîner une mort rapide
- Peu fréquents

Les hémorragies catastrophiques

- Facteurs de risque:
 - Thrombocytopénie grave (plaquettes <10,000)
 - Cancer volumineux de la tête et du cou
 - Cancer du poumon à localisation centrale
 - Atteinte hépatique grave
 - Anomalie de la coagulation
 - Leucémie aiguë ou chronique réfractaire
 - Myélodysplasie
 - Prise d'anticoagulant

Les hémorragies catastrophiques

- Identifier les personnes à risque
- Réduire les risques:
 - Anticoagulants?
 - Radiothérapie?
 - Rx: produits sanguins, vitamine K, acide tranexémique, octréotide,.....?

Les hémorragies catastrophiques

- Communiquer avec le patient, la famille et le personnel:
 - Établir un plan de traitement: qui fait quoi?
 - Qui reste avec le patient?
 - Rejoindre les services d'urgence approprié
 - Revoir si nécessaire le niveau de soins
- Prévoir l'équipement et les médicaments nécessaires :
 - serviettes foncées,
 - midazolam, préparé au chevet?

Les hémorragies catastrophiques

- Rester calme et demander de l'aide
Rassurer le patient
Rester avec le patient en tout temps
Appliquer une compression si le saignement est visible ◦
- Utiliser des serviettes et des draps foncés
- Placer le patient dans la position latérale en cas d'hémoptysie ou d'hématémèse

L'hypercalcémie

- Symptômes selon la sévérité et la vitesse d'installation
 - Hypercalcémie modérée: 3 to 3.5 mmol/L
 - Hypercalcémie sévère: > 3.5 mmol/L

Valeurs pour albumine normale

L'hypercalcémie

- Polyurie, polydypsie
- Nausée, vomissements, constipation
- Fatigue, faiblesse musculaire, douleur osseuse
- Dépression, anxiété
- Confusion, diminution de l'attention, coma

L'hypercalcémie

- Hydrater
- Pamidronate 60-90 mg iv en 2 heures
- ou acide zolandrone 4 mg iv en 15 minutes
 - Efficacité après 2-4 jours
 - Durée de 1 à 3 semaines
- Denosumab?

Syndrome de la veine cave supérieure

- En soi, ce n'est pas une urgence pour la plupart des symptômes
- Risque d'obstruction des voies respiratoires, d'œdème cérébral
- 60 à 85% attribuable à une néoplasie, surtout cancer du poumon et lymphome non-hodgkinien

Syndrome de la veine cave supérieure

- Dyspnée
- Toux
- Douleur thoracique
- Syncope
- **Céphalées**
- Étourdissements
- Confusion
- Dysphagie
- Symptômes visuels

Syndrome de la veine cave supérieure

- Œdème facial
- Distension des veines du cou et du thorax
- Œdème du bras
- Pléthore faciale
- **Stridor**
- Obnubilation
- Cyanose

Syndrome de la veine cave supérieure

- Évaluation selon
 - Les souhaits du patient, bien informé
 - l'évolution clinique de la maladie sous-jacente
 - Les ressources disponibles
- Imagerie médicale

Syndrome de la veine cave supérieure

- Approche médicale:
 - Traiter la cause, si possible
 - Endoprothèse (stent)
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie?

Syndrome de la veine cave supérieure

- Maintenir la tête élevée
- Eviter les injections sc / im aux extrémités supérieures

Syndrome de la veine cave supérieure

- Dexaméthasone?
- + Sédation
- Ou
- Transfert dans un milieu tertiaire

Protocole de détresse

- Détresse respiratoire
- Crise de douleur aiguë
- Hémorragie

- Anxiété intense, panique

- Agitation presque constante

Protocole de détresse

« Le protocole de détresse consiste en l'administration d'une combinaison de médicaments qui visent à endormir le malade pour réduire sa détresse, tout en lui permettant de récupérer, si cela est possible, de cette complication. Cette sédation dure environ quatre heures si elle n'est pas répétée »

CMQ 2016

Protocole de détresse

- Les benzodiazépines:
 - « la BZD est utilisée pour ses effets sédatifs, anxiolytiques, amnésiants et myorelaxants. La dose est déterminée en fonction du poids de la personne ou de la dose quotidienne de BZD »
- Les opioïdes:
 - « L'opioïde diminue la sensation de dyspnée, procure un soulagement de la douleur aiguë et potentialise l'effet sédatif de la BZD et de l'ACh. La dose est déterminée en fonction de la dose régulière d'opioïdes »
- Les anticholinergiques:
 - « : l'ACh diminue la production des sécrétions pharyngées et bronchiques et l'effort respiratoire. La scopolamine provoque une sédation et une amnésie antérograde puisqu'elle traverse la barrière hémato-encéphalique. La dose est fixe ou elle est déterminée en fonction de la dose quotidienne d'ACh »

Protocole de détresse

- Midazolam: 5-10 mg, 15-20 mg sc si benzo à haute dose
 - Morphine 10% de la dose quotidienne sc, max 50 mg
 - Aux 15 minutes ad sédation/soulagement
- +
- Scopolamine 0,4-0,6 sc
 - À répéter prn

Mes inspirations

- Uptodate
- Farley J, Charghi P. Et s'il y. avait urgence, que feriez-vous?. Le médecin du Québec, 2013; 48 (6): 55-61.
- Mini-guide de Palli-Science 2019
- INESSS, Administrer les médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne recevant des soins palliatifs. 2017
- Fast Facts- Palliative Care Network of Wisconsin

À votre tour

- Des questions?

Message clé

- La difficulté en situation d'urgence est d'adapter l'approche aux souhaits du patient bien informé, à son pronostic vital et aux ressources disponibles

Message clé

- Le protocole de détresse administré en situation d'urgence n'est pas une sédation palliative

Message clé

- Certaines situations urgentes sont prévisibles, il faut les identifier,
- Ce qui permet de tenter les prévenir et se préparer en conséquence