

# Urgences en soins palliatifs

Dr Jacob Gervais,  
Le 31 mars 2022

Médecin omnipraticien au GMF-U St-Hubert

Pratique de soins palliatifs à la Maison Victor-Gadbois

Formation en compétences avancés en soins palliatifs de 3 mois à l'UdeM

Aucun conflit d'intérêt !

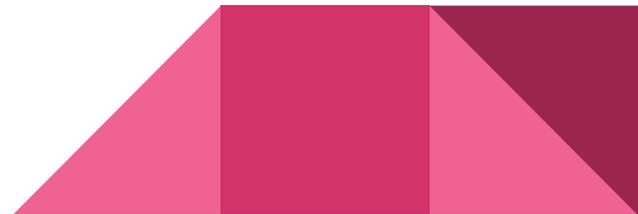


# Objectifs du cours

Reconnaître et intervenir dans les principales urgences en soins palliatifs

1. Dyspnée & détresse respiratoire
2. Douleur aiguë
3. Hémorragie & thrombose
4. Surdosage médicamenteux
5. Agitation sévère
6. Convulsions

Comprendre les particularités de l'approche des différents symptômes propres à la fin de vie



# L'approche en soins palliatifs

Permettre au patient en phase terminale de maintenir une qualité de vie et contribuer au maintien de la dignité jusqu'à la fin.

«Pour que la vie continue... »

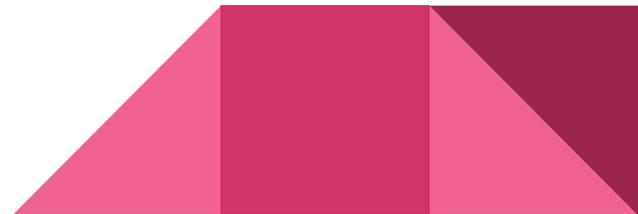
«Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.»

Article 58 Code de Déontologie des médecins



# Les défis de la médecine palliative

- ❑ Patients atteints de maladies graves et complexes en phase terminale
- ❑ Peu/pas de tests pour l'approche diagnostique selon le milieu
- ❑ Prendre en considération les appréhensions et les désirs du patient face à la fin de vie



# Comment se préparer à l'imprévu ?

- ❑ Se préparer plus que moins
  - ❑ Quelles sont les complications potentielles selon le patient/maladie ?
- ❑ Réfléchir à l'avance (et avec le patron ou votre futur.e collègue)
- ❑ Niveau de soins/interventions discutés **préalablement**
  - ❑ En exclusivité : depuis novembre 2021, DMA au DSQ !!



# Trucs & astuces

- ❑ Se servir de bonnes références (appli / cours)
- ❑ Des recettes c'est important, mais savoir s'adapter l'est d'autant plus
- ❑ Ne jamais hésiter à demander de l'aide
- ❑ Être **préparé.e** aux complications



# 1. Détresse respiratoire & dyspnée

Prévalence : 70% des patients vivront de la dyspnée dans leurs dernières semaines de vie

Définition de détresse respiratoire :

1. Dyspnée importante d'apparition *aiguë* associée à une tachypnée, à des sécrétions bronchiques

**ET**

1. À de *l'anxiété*, à de l'agitation et à la *peur de mourir* par suffocation.
- 

# INESSS

PERSONNE QUI PRÉSENTE UNE DÉTRESSE AIGÛE SUBITE SELON LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS :

## Critère 1 : État de panique

Présence d'au moins un des signes suggestifs d'un état de panique :

- ▶ Terreur
- ▶ Agitation
- ▶ Anxiété intense

## Critère 2 : Une des trois manifestations cliniques

### 1- Détresse respiratoire majeure subite :

Présence d'au moins un des signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure subite :

- ▶ Difficulté respiratoire intolérable et constante au repos avec recherche constante d'air
- ▶ Tachypnée
- ▶ Tirage
- ▶ Embarras bronchique sévère

### 2- Douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide

### 3- Hémorragie massive

# Prise en charge détresse respiratoire

## #1 Benzodiazépines :

Traitement de la composante anxieuse associée à la dyspnée/détresse.

Effet sédatif/anxiolytique/amnésiant/myorelaxant.

## #2 Opioides :

Diminution de la drive respiratoire et de la perception de dyspnée. Zone du cerveau qui régis la douleur sert également à interpréter la sensation de dyspnée

Effet analgésique et potentialise l'effet sédatif des BZD et ACh.

## #3 Anticholinergiques

Diminution des sécrétions bronchiques, effet somnolent/amnésiant de la scopolamine



# Protocole du CHUM

## Midazolam : 5-20 mg SC

- Si >70kg ou BZD BID, >10mg
- Si ROH +

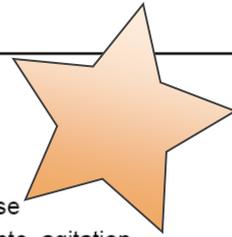
## Opioïde : 150% de la dose rég ou 2-3 fois l'ED SC

- Choisir la même molécule que rég
- **Automatisme** : ajuster protocole lors que ajustement des doses régulières
- Si méthadone + opioïde, ne pas oublier d'inclure méthadone dans le calcul
- Max 50mg équivalent morphine SC

## Scopolamine : 0.4-0.8 mg SC

- La majorité du temps 0.4 mg

## SERVICE DES SOINS PALLIATIFS MÉDICAUX Médication d'urgence lors d'une détresse respiratoire



\* Se référer au protocole infirmier associé n° SI-PROTOCOLE-0023

### CRITERES D'APPLICATION:

Au moins 1 symptôme doit être présent simultanément dans les 2 catégories

A- Dyspnée majeure, tachypnée  $\geq 28/\text{min.}$ , recherche obsédante d'air, tirage, cyanose

B- État de panique (anxiété intense, regard effrayé, etc.), sensation de mort imminente, agitation

**Oxygène** par lunette nasale à 4 litres / minute, si toléré

**Voie d'administration sous-cutanée** : injecter directement; ne pas utiliser les microperfuseurs déjà en place. Administrer au(x) bras, si possible

### 1. Benzodiazépine

Midazolam 5 mg par voie sous-cutanée STAT

Midazolam \_\_\_\_\_ mg par voie sous-cutanée STAT.

Administrer 10 mg si > 70 kg ou reçoit déjà dose équivalente à 10 - 20mg de midazolam / jour

Administrer 15 à 20 mg si patient prend des benzodiazépines à haute dose ou si tolérance

### 2. Opiacés

a) Patient naïf aux opioïdes :

Hydromorphone 1 mg sous-cutanée

Morphine 5 mg sous-cutanée

b) Patient non naïf : 20 % de la dose sous-cutanée totale par 24 h

Hydromorphone \_\_\_\_\_ mg sous-cutanée

Morphine \_\_\_\_\_ mg sous-cutanée

### 3. Anticholinergique

Scopolamine 0,4 mg sous-cutanée

Scopolamine 0,8 mg sous-cutanée si patient reçoit déjà une dose régulière d'anticholinergique

**\* Toujours administrer les 3 étapes \***

Répétable x 2 q 20 minutes prn

Aviser le médecin après l'administration de 2 protocoles en 8 hres ou moins.

# Protocole de détresse

Délai d'action :

- 5 min IV
- 10 min SC

Durée d'action :

- 2-4h

Peut se répéter q20 min ad soulagement

En cas de doute, plus de risque à **ne pas** donner protocole qu'à le donner



# Autres méthodes à tenter conjointement

## Oxygène ?

- RCT en 2010 ne démontrant pas bénéfice par rapport à air ambiant. Toutefois flot d'air semblait aider.
- Bénéfice démontré seulement chez pt hypoxémique avec néo du poumon ou MPOC

## Ventilateur

- L'air frais et le flot d'air ont démontré un bénéfice sur la perception de dyspnée dans plusieurs études

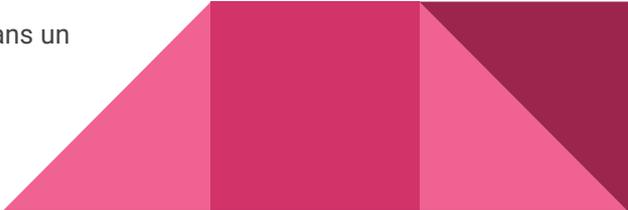
## Position

- Si tableau restrictif, surcharge/épanchement

## Présence rassurante d'un intervenant

Toujours considérer approche personnalisée à la cause plus probable de dyspnée chez votre patient dans un

2e temps (pneumonie, masse compressive, épanchement)



## 2. Douleur aiguë et intense

Selon le pronostic du patient, ne pas hésiter à soulager rapidement

- ❑ Pt en fin de vie imminente vs ambulant dans votre clinique
  - ❑ Le fameux ``Start slow go slow`` pas toujours approprié à la situation

La base du traitement de la douleur cancéreuse/terminale : les opioïdes

- ❑ Ne jamais oublier la coanalgésie !

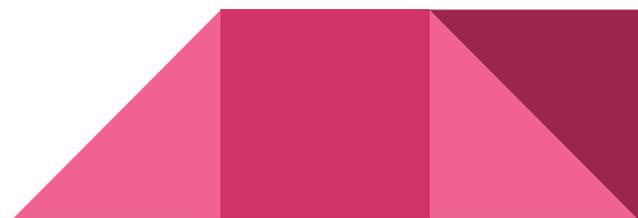


# Protocole

Protocole de détresse, possiblement sans anticholinergique (opioïdes + benzo)

ED répétable q1h (ou même q30 min si SC/IV)

Si Sx réfractaires et si pronostic <2 sem : considérer sédation palliative



# Fun fact

## La différence entre opioïde et opiacé ?

- ❑ Opiacé : substance dérivée de l'opium, naturelle ou semi-synthétique
  - ❑ Naturelle : Morphine/Codéine
  - ❑ Semi-synthétique : Hydromorphone/Héroïne/Oxycodone
- ❑ Opioïde : substance synthétique non-dérivée du pavot ayant un effet similaire à la morphine
  - ❑ Synthétique : Fentanyl/Méthadone/Buprénorphine



Pavot à opium

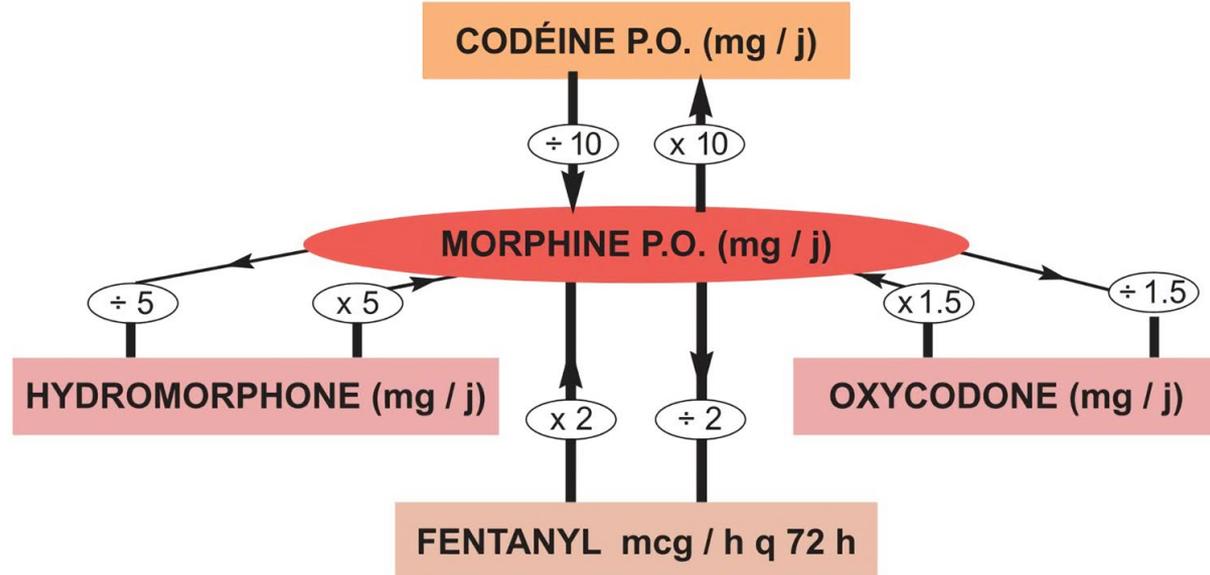
# Conversion opioïdes

Important de comprendre les équivalents

SC = 2 x dose PO

Lors de la rotation d'opioïde, diminuer de 25% vu la tolérance croisée incomplète

## Les analgésiques opioïdes (conversion approximative)



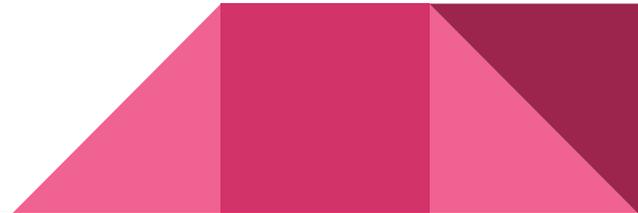
## Fun fact #2

Un opioïde qui ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique ?

Un des seuls opioïdes qui s'achète sans prescription ?

Usage détourné pour donner des effets euphorisants ?

Lopéramide (Imodium)



# 3. Hémorragie & thrombose

- Saignement externe : Plus traumatisant pour pt/proche/équipe soignante
  - GI : varices/MAV/néo
    - Hématémèse, rectorragie/méléna profus
  - Respiratoire : néo, EP
    - Hémoptysie
  - ORL : néo, engainement carotide
    - Épistaxis sévère, cutané
  - Hématologique : leucémie, thrombocytopénie, atteinte cascade coag
    - À fort risque de sgt
- Saignement interne moins associé au facteur "choquant"/anxiogène

Heureusement peu fréquent

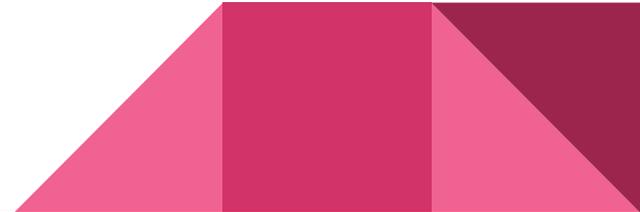


# Hémorragie & thrombose

Thrombose :

    Multiples facteurs de risque chez le patient en soins palliatifs

- Cancer actif
- Immobilisation
- Rarement de prophylaxie lorsque admis en USP



# Hémorragie & thrombose

## Protocole de détresse hémorragique

- Copier/coller du protocole de détresse respiratoire
- Si accès à voie IV :
  - Acide tranexamique (Cyclokapron) 500-1000 mg IV STAT puis q8h x 3.
  - Versed pourrait être donné par voie IV pour un effet plus rapide
- Utiliser serviettes foncées
- Position pour éviter étouffement (décubitus lat si hématémèse/épistaxis)
- Rester calme, faire sortir les proches si possible



## 4. Surdosage médicamenteux

Polypharmacie importante chez patient en fin de vie pour soulager nombreux Sx

Surveiller l'apparition d'ES suite au début/majoration d'un traitement

Interactions possibles entre différentes molécules (toxicité sérotoninergique/cholinergique, abaissement seuil convulsif)

Ne jamais oublier la progression de la maladie elle-même comme DDx



# Surdosage opioïdes

Symptômes :

- Somnolence
- Fréquence respiratoire diminuée (<12/min)
- Pupille en myose "pinpoint"
- Myoclonies

Souvent suffisant de stimuler régulièrement le patient. Surveillance q30-60 min

Effet de 3-4h de la majorité des molécules

Éviter ED et possiblement sauter prochaine dose régulière



# Surdosage opioïdes

Si fréquence respiratoire <8/min et/ou aucune réaction à la stimulation :

- Naloxone (Narcan) : 0.04 mg SC ou IV q5 min ad fréq respi >8/min.
  - Dose maximum de 1 mg. Si pas de réponse à 1 mg, élargir DDx
  - Durée d'action de 60-120 min, considérer répéter dose selon durée action opioïde

Exclure fin de vie physiologique (acrocyanose/marbrures/Cheyne-Stokes/etc)

Faire attention au **sevrage** induit chez patient qui prend opioïdes depuis plusieurs semaines/mois

- Anxiété/diaphorèse/larmoiement/bâillements/irritabilité/mydriase
- 

## 5. Agitation sévère

Multiples étiologies possibles encore une fois :

- Métastases cérébrales
- Troubles électrolytiques, particulièrement hyperCalcémie
- Insuffisance hépatique ou rénale
- Infectieuse
- Hypoxie
- Fécalome/rétention urinaire
- Médicamenteux ou sevrage
  - Sevrage ROH et autre drogues à garder en tête



# Agitation/délirium sévère

Expose le patient à risque de chute/fugue/agressivité

Particulièrement difficile pour les proches qui ne reconnaissent plus le patient

Pt représente un danger pour lui-même et les autres

1. Reconnaître et traiter cause réversible
2. Recadrer patient, désamorcer situation
3. Contention chimique
4. Éviter contention physique le plus possible



# Agitation/délirium

- Si léger :
  - Halopéridol (Haldol) 0.5-2 mg PO/SC/IV QID PRN
  - Midazolam (Versed) : 2.5-5 mg SC q2h PRN
  - Quétiapine (Seroquel) 25-100 mg PO BID PRN
- Sévère :
  - Halopéridol 2-5 mg SC + Midazolam 5 mg SC, répétable q30 min x 2.
  - Méthotriméprazine (Nozinan) 10-50 mg SC q4-6h PRN
- Cas réfractaire :
  - Sédation palliative

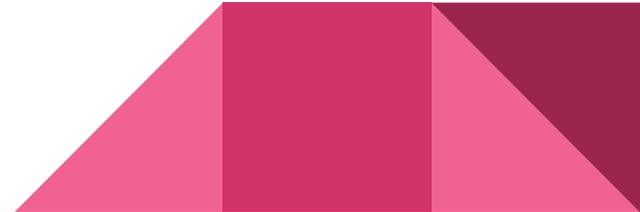
Faire attention avec BZD, peuvent elles-mêmes induire délirium chez certains patients

En situation d'urgence, usage BZD est approprié



## 6. Convulsions

- 25-50% des convulsions sont liées à des métastases/néoplasies cérébrales
- Désordres métaboliques
  - HypoNa/HypoCa/Hypoglycémie
- Rx abaissant seuil convulsif : antipsychotique/antidépresseur
- Sevrage ROH
- Épilepsie déjà connue



# Convulsions

En urgence si crises convulsives généralisées :

- Lorazépam (Ativan) : 2-3 mg SC STAT q15-20 min PRN
- Midazolam (Versed) : 5-10 mg SC/IM/TMB

Si BZD inefficace :

- Phénobarbital : 60-240 mg SC/IM q8h



# Convulsions

Si causes réversibles ou traitables, pas nécessaire traitement prophylactique

Habituellement, pas nécessaire d'avoir traitement prévention primaire si aucun antécédent d'épisode convulsif, mais savoir reconnaître les situations à risque

Si néoplasies/métastases cérébrales, après 1 premier épisode :

- Dexaméthasone (Décadron) 2-8 mg SC/PO DIE-BID
  
- Phénobarbital 60-240 mg SC/IM q8h
- ou ○ 2 mg/kg/jour
- Lévétiracetam (Keppra) 500 mg PO BID



# Un petit mot sur la sédation palliative

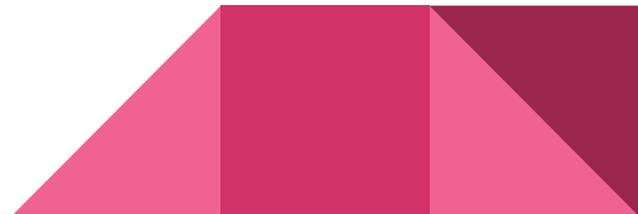
Sujet complet et complexe en soi

«La sédation d'emblée continue devrait être réservée aux patients souffrant de symptômes réfractaires dont le pronostic vital est de l'ordre de deux semaines ou moins. Chez ceux dont le pronostic est incertain ou évalué à plus de deux semaines, on devrait amorcer une sédation qui s'avérera intermittente ou continue selon l'évolution. »

CMO 2016

# Sédation palliative

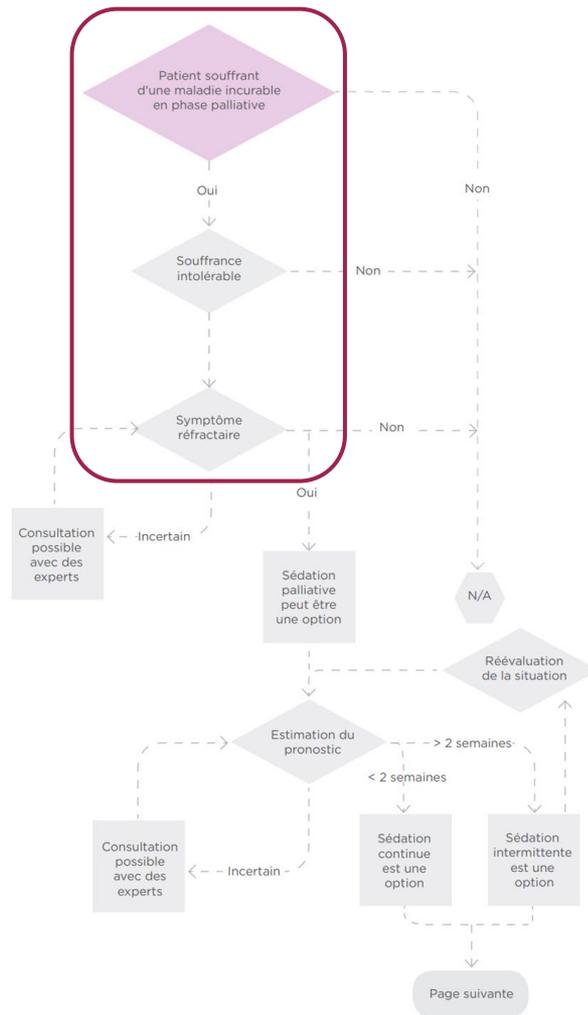
- « L'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes réfractaires en abaissant le niveau de conscience. »
- Pronostic doit être évalué à <2 sem
- Si choix de sédation palliative continue, décision doit être libre et éclairée:
  - Consentement écrit du patient préférablement
  - Consentement verbal du patient ou consentement substitué par un proche



# Sédation palliative

Selon guide du CMQ

À garder en tête lorsque le symptôme intolérable ne répond pas au traitement.



# Messages clés

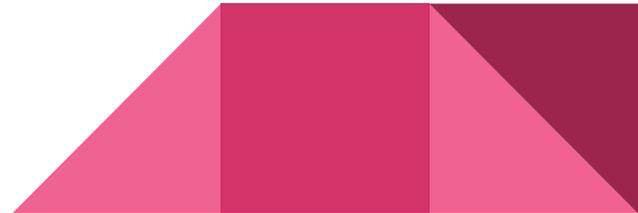
Certaines urgences seront prévisibles, il faut bien s'y préparer

La clé des soins palliatifs est d'adapter son approche aux désirs du patient. Il est alors préférable de discuter des éventualités lorsque ça va bien (ex. sédation palliative/niveau d'intervention)

Les soins palliatifs sont un travail d'équipe, n'hésitez jamais à demander de l'aide



# Questions ?



# Références

1. Johnson MJ, Currow DC. Opioids for breathlessness: a narrative review. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2020;**10**:287-295. <https://spcare.bmj.com/content/10/3/287>
2. <https://palli-science.com/>
3. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Detresse/INESSS\\_PMN\\_Detresse\\_Protocole.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_PMN_Detresse_Protocole.pdf)
4. Tradounsky G. Crises épileptiques en soins palliatifs. *Can Fam Physician*. 2013;59(9):e401-e405.
5. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>
6. <https://palli-science.com/urgence-oncologique-compression-medullaire-syndrome-veine-cave-hypercalcemie-hypertension>
7. <https://lemedecinquebec.org/Media/74663/105-109DESFOSES1202.pdf>