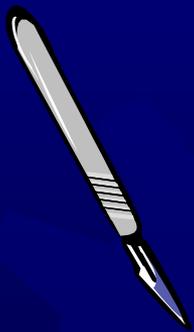


Soins palliatifs et chirurgie

Renée Dugas MD

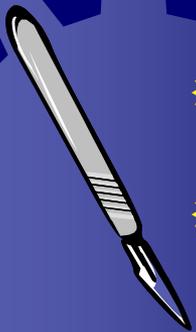
Professeur adjoint de clinique

Hôpital Sacré-Cœur



Situations discutées

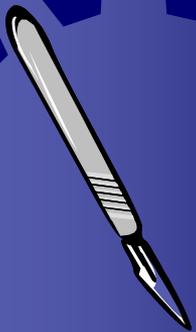
- ✱ Exacerbation douloureuse
- ✱ Détresse respiratoire
- ✱ Délire et agitation
- ✱ Convulsion
- ✱ Myoclonies
- ✱ Hémorragies
- ✱ Occlusion digestive inopérable



Exacerbation de douleur

☀ Présentation:

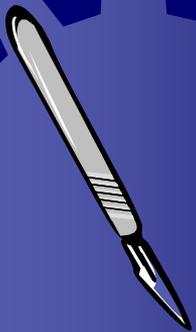
- ☀ Douleur en escalade rapide ayant demandé plus de 3 ED en 3 heures ou ayant demandé plus de 7 à 8 ED dans le dernier 24 heures
- ☀ Douleur persistante > 5/10
- ☀ Co-analgésie déjà vérifiée



Exacerbation de douleur

☀ Causes

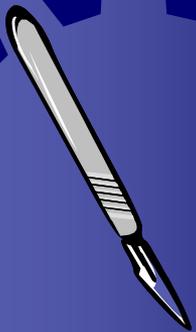
- ☀ ↑ de pression à l'intérieur des tumeurs
 - Saignement tumoral, oedème, abcès ...
- ☀ Abdomen aigu
 - Perforation digestive
 - Saignement abdominal
- ☀ Fracture pathologique
 - Costale, os longs...
- ☀ Compression et envahissement
 - De nerfs, de paroi
- ☀ Infections



Exacerbation de douleur

☀ Conduite:

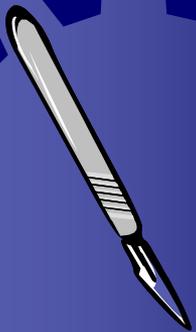
- ☀ Cesser les longues durées d'action parmi les opiacés
 - Pour limiter le risque de surdosage avec l'↑ concomitante de courte durée et de longue durée
- ☀ Calculer la valeur reçue dans le dernier 24 heures en opiacé et transformer en courte durée, administrée aux 4 heures
- ☀ Cesser la mépéridine (Demerol[®]) si c'est l'analgésique utilisé
- ☀ Préférer la voie sous cutanée à la voie orale
 - Pour une absorption plus rapide
 - Pour pallier à la nausée fréquente



Exacerbation de douleur

☀ Conduite:

- ☀ Prévoir une perfusion s.c. continue,
 - s' il y a un doute sur la rigueur de l'administration régulière
 - si on veut ajouter d'autres médicaments à la perfusion (midazolam, haloperidol, methotrimeprazine, ketamine, octréotide...)
 - si patient présente une insuffisance rénale ou l'administration intermittente est difficile à préciser



Exacerbation de douleur

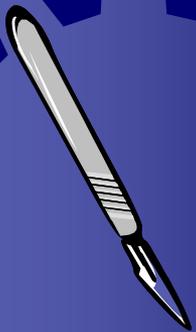
☀ Conduite:

☀ Prévoir une benzodiazépine

- Pour ↓ le risque de myoclonie
- Pour ↓ l'anxiété

☀ Prévoir un antipsychotique

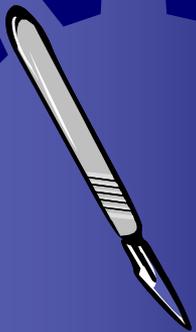
- pour contrecarrer le risque de nausée
- Pour contrecarrer les hallucinations



Exacerbation de douleur

☀ Conduite:

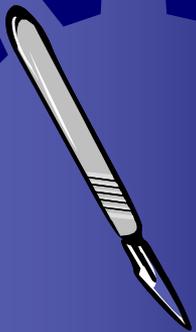
- ☀ Vérifier les co-analgésiques et autres Rx :
 - Vérifier les interactions médicamenteuses
 - Cesser les AINS si insuffisance rénale
 - Cesser les anticoagulants si risque de saignement
 - Prévoir de la dexaméthasone si on craint
 - ↑ de la pression intracrânienne, capsulaire
 - Une compression médullaire
 - Dosage: 16-20 mg / 24 hres



Exacerbation de douleur

★ Conduite: perfusion ex.

- ★ Prévoir un soluté 0.9% NaCl 100 ml
 - + opiacé (morphine, hydromorphone)
 - + benzo si anxiété ou myoclonie ou si ajout d'un neuroleptique
 - Midazolam (5 mg >+ 100mg /24 hres)
 - + neuroleptique si panique, hallucination, agitation et ou nausée
 - Haloperidol (1 – 20 mg /24 hres)
 - Nozinan plus sédatif, (5 – 75 mg / 24 hres)



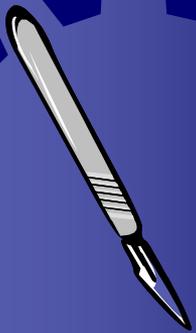
Histoire clinique

- ✦ Patiente de 45 ans
- ✦ Opérée à plusieurs reprises pour occlusion intestinale : bien pendant 8 ans
- ✦ Problème d'adhérences agglomérées
- ✦ ½ colectomie D, résection grêle proximal...il ne reste que 120cm de grêle
- ✦ Infection et fistule entéro-cutanée post-op
- ✦ Bonne réponse avec drainage, antibiothérapie et octréotide



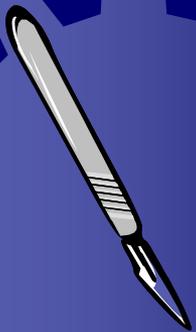
Histoire clinique

- ★ Présente une douleur bien circonscrite au flanc G dans la région où s'était développés l'abcès et la fistule entéro-cutanée
- ★ Douleur intermittente et qui part de la région médiane vers le flanc gauche, paroxystique, en coup de poignard, durant 15 à 45 minutes et qui régresse avec le Dilaudid[©] 4 mg s.c. mais non soulagée par Dilaudid[©] 2mg per-os



Histoire clinique

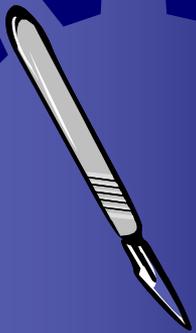
- ✦ Nausées fréquentes associées à la prise d'aliments et vomissements post prandiaux
- ✦ Selles liquides et +/- fréquentes et sans avertissements (gaz/selles)
- ✦ Douleur accentuée avant une évacuation surtout si pas de selles pour plus de 24 hres



Histoire clinique

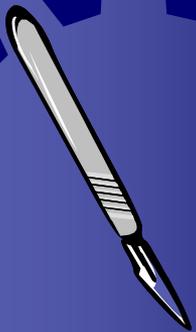
☀ Examen :

- ☀ Péristaltisme de normal à rapide
- ☀ Aucune allodynie
- ☀ Abdomen de plat à ballonné dépendant du temps de la journée
- ☀ Aucune masse



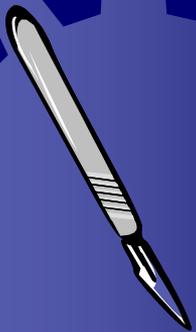
Quel est votre opinion

- ✦ Que retenez-vous de cette histoire?
- ✦ Que voulez-vous savoir de plus?



Traitement

- ✦ Absorption digestive des médicaments
 - ✦ Stase gastrique
 - ✦ Intestin court
 - Absorption erratique
 - Risque de déséquilibre électrolytique
 - ✦ Péristaltisme imprévisible
 - Action biliaire irritante



Que penser pour tout traiter

☀ Intestin court

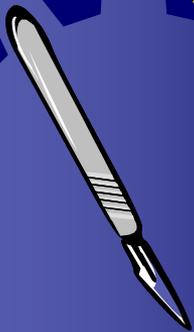
- ☀ Médication orale peu efficace (analgésie, vitamine, supplément minéraux....)
 - Utiliser le trans-dermique, la voie trans-muqueuse buccale, la voie intra-rectale, le sous cutané et le IM

☀ Flot biliaire excitant

- ☀ Effet laxatif: résine de cholestyramine à considérer

☀ Sécrétion intestinale plus importante que l'absorption

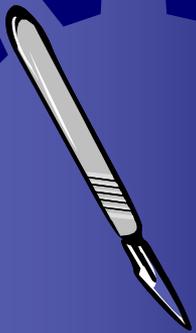
- ☀ Utiliser l'octréotide qui diminue les sécrétions biliaires, gastrique, électrolytiques et pancréatique...



Dyspnée sévère et détresse respiratoire

✦ Présentation

- ✦ La dyspnée est une sensation subjective d'une difficulté à respirer
- ✦ L'évaluation se fait par l'échelle analogue 0-10 /10
- ✦ Il y a détresse respiratoire lorsque s'ajoutent les signes suivants:
 - ✦ Anxiété, + ou – agitation, polypnée, cyanose, impression de mort imminente, ↑ de l'effort resp.,...

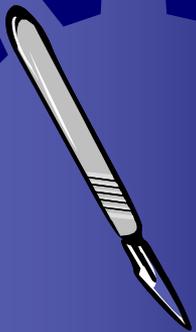


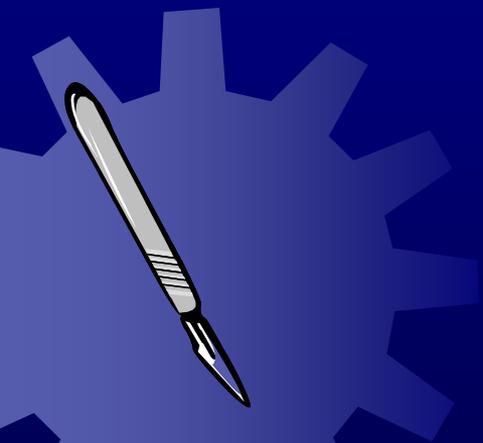
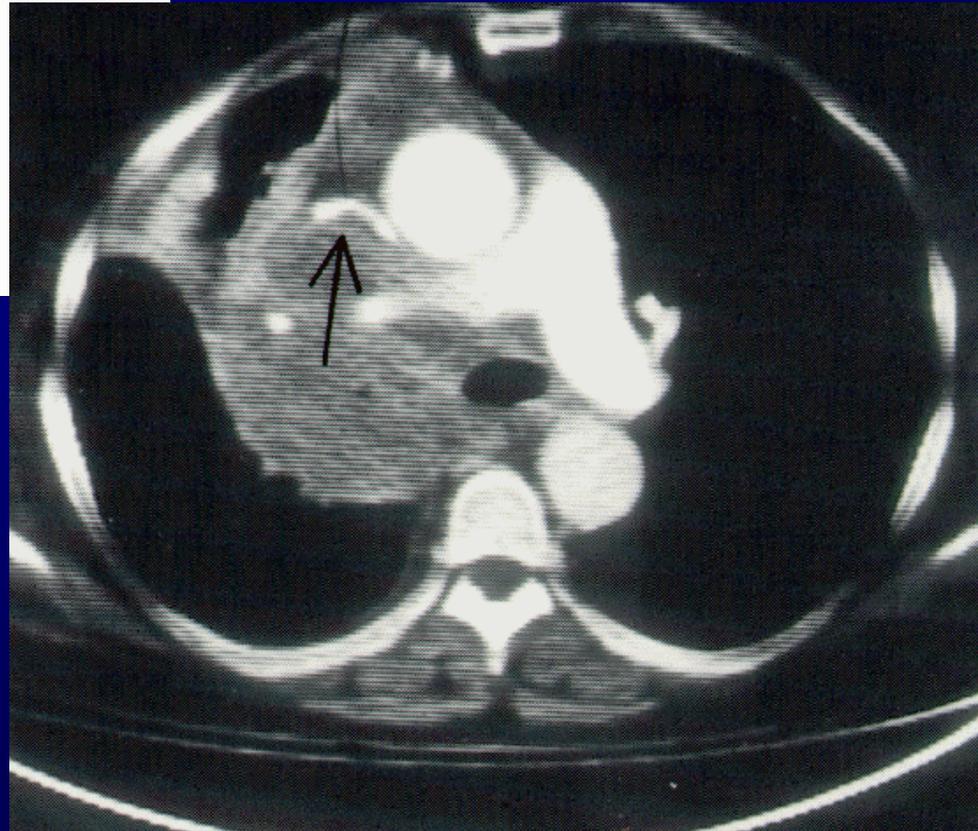
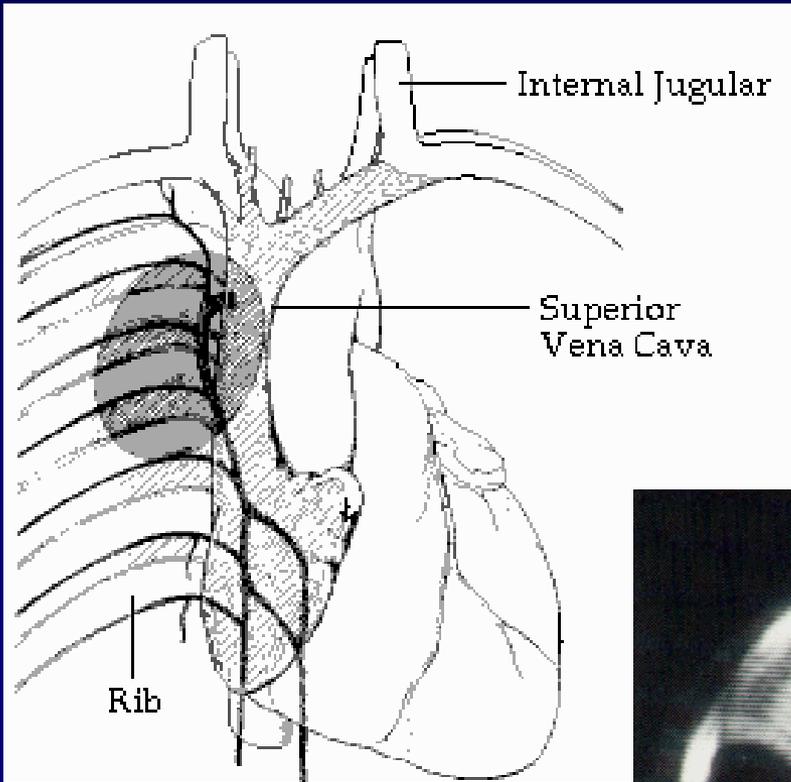
Dyspnée sévère et détresse respiratoire

☀ Causes dyspnée sévère:

☀ ↑ de la demande ventilatoire

- Hypermétabolisme: fièvre,...
- Anémie
- Acidose métabolique
- Défaut de ventilation perfusion
 - SVCS
 - Épanchement pleural, métastases,
 - Lymphangéite carcinomateuse
 - Embolies pulmonaires...
 - Insuffisance cardiaque et épanchement péricardique

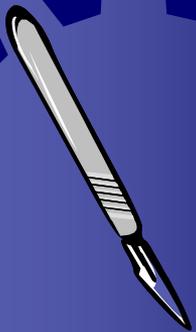




Dyspnée sévère et détresse respiratoire

★ Conduite:

- ★ En tout temps rassurer, garder un climat calme
- ★ ↑ l'arrivée d'air : ouvrir une fenêtre, prévoir un petit ventilateur doux
- ★ O₂ apprécié par les familles et le patient
 - Utile si hypoxie

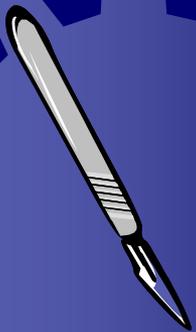


Dyspnée sévère et détresse respiratoire

☀ Conduite médicamenteuse:

☀ Opiacés: 1er Rx

- Action sur les récepteurs MU_2 du centre respiratoire, ↓ la réponse ventilatoire à l'hypercapnée
 - ↓ de la demande en O_2
- Dilatation veineuse pulmonaire
 - ↓ de l'hypertension pulmonaire et l'insuffisance cardiaque
- Dilatation veineuse périphérique
 - ↓ du retour veineux et ↓ de la congestion cardiaque

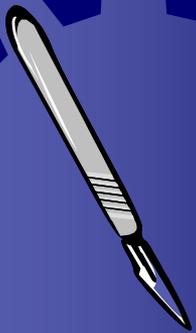


Dyspnée sévère et détresse respiratoire

★ Conduite médicamenteuse:

★ Opiacés: 1^{er} Rx

- Ajuster comme pour l'analgésie
- Peut être utilisé en inhalation avec attention aux bronchospasmes
 - Pour cette raison, ils sont combinés à un broncho-dilatateur
 - Pas plus efficace qu'en injection, mais voie d'administration pratique pour certains patients



Dyspnée sévère et détresse respiratoire

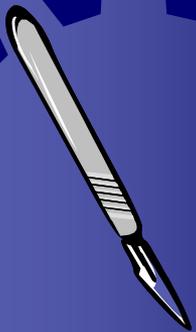
☀ Conduite médicamenteuse:

☀ Les benzodiazépines:

- Utilisés pour leur effet anxiolytique, sédatif et de relaxant musculaire.

☀ La scopolamine et l'atropine:

- Pour leur effet anticholinergique
 - ↓ des sécrétions bronchiques
 - Action sédatif et amnésiant avec la scopo
 - Stimulant cardiaque et du SNC pour l'atropine
- Pour leur effet broncho-dilatateur



Détresse respiratoire

☀ Conduite:

☀ Prévoir une injection concomitante s.c. de

● Opiacé :

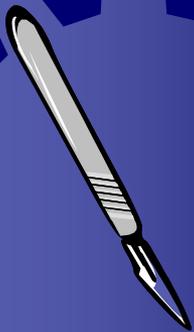
- Morphine: dose déjà utilisée aux 4 hres ou 5 mg
- Hydromorphone: dose déjà utilisée aux 4 hres ou 1 mg

● Benzodiasépine

- Midazolam 3-10 mg dépendant de ce que le patient reçoit déjà
- Lorasepam 0.5 – 2 mg dépendant de ce que le patient reçoit déjà

● Scopolamine ou atropine

- 0.2 – 0.6 mg dépendant de ce que le patient reçoit déjà



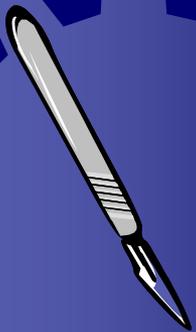
Détresse respiratoire

☀ Conduite 1:

- ☀ Prévoir injection q 15 min. X 2-4 doses
- ☀ Combiner opiacé + midazolam + scopo
- ☀ Midazolam est préféré car début d'action rapide et durée d' action plus courte: 2-3hres
- ☀ Lorazepam a une durée d'action de 6-8 hres

☀ Conduite 2:

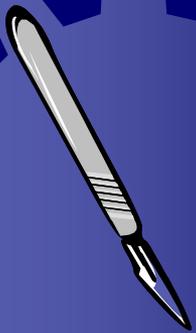
- ☀ Prévoir injection q 15 min. X 2-4 doses
- ☀ Combiner opiacé + midazolam
- ☀ Scopo ou atropine injecté q hre prn , car début d'action en 30-45 min.



Détresse respiratoire

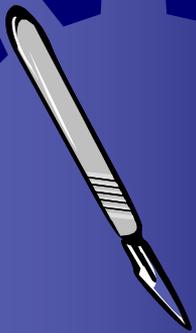
✦ Conduite:

- ✦ Vérifier si investigation à compléter lorsque le patient sera confortable
- ✦ Vérifier si autres Rx indiqués pour le confort du patient (ponction pleurale...)



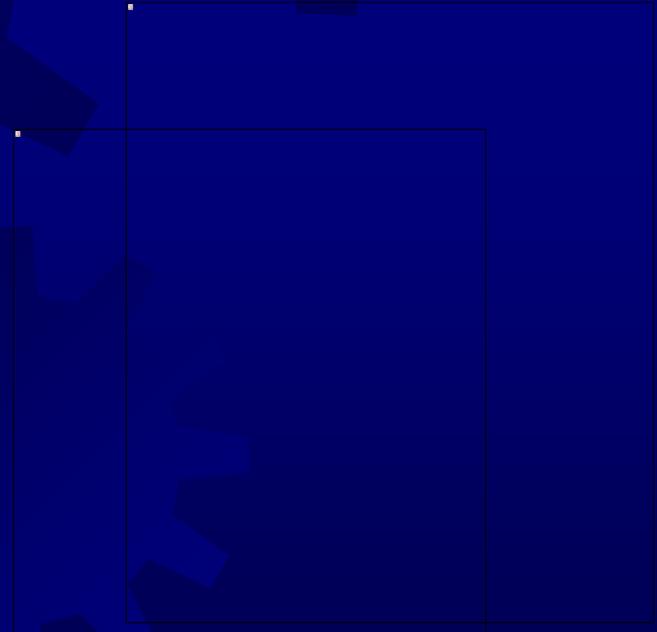
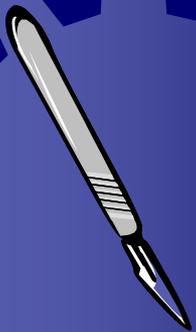
Situation clinique

- ✦ Un de vos confrères demande l'équipe de soins palliatifs pour suivre conjointement un patient en phase terminale d'un cancer avec méta pulmonaires et à risque de détresse respiratoire et hémorragique
- ✦ La médication est prescrite selon ce qui vous a été expliqué dans les diapo précédentes



Situation clinique

- ✦ Les suggestions sont refusées parce que le patient a encore un CODE
- ✦ Il ne veut pas accepter une médication qui «tue»...
- ✦ Qu'en pensez-vous?

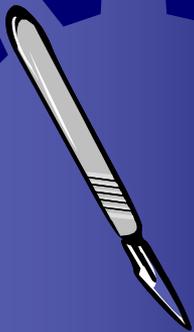


Réponse

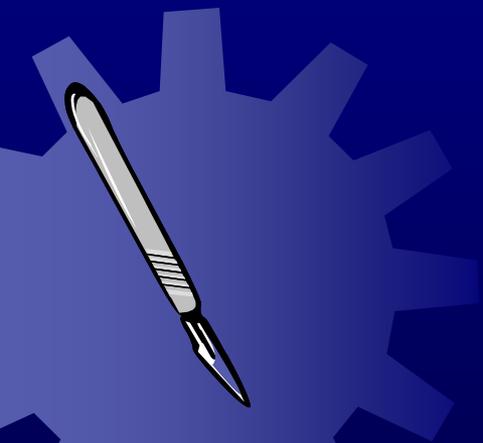
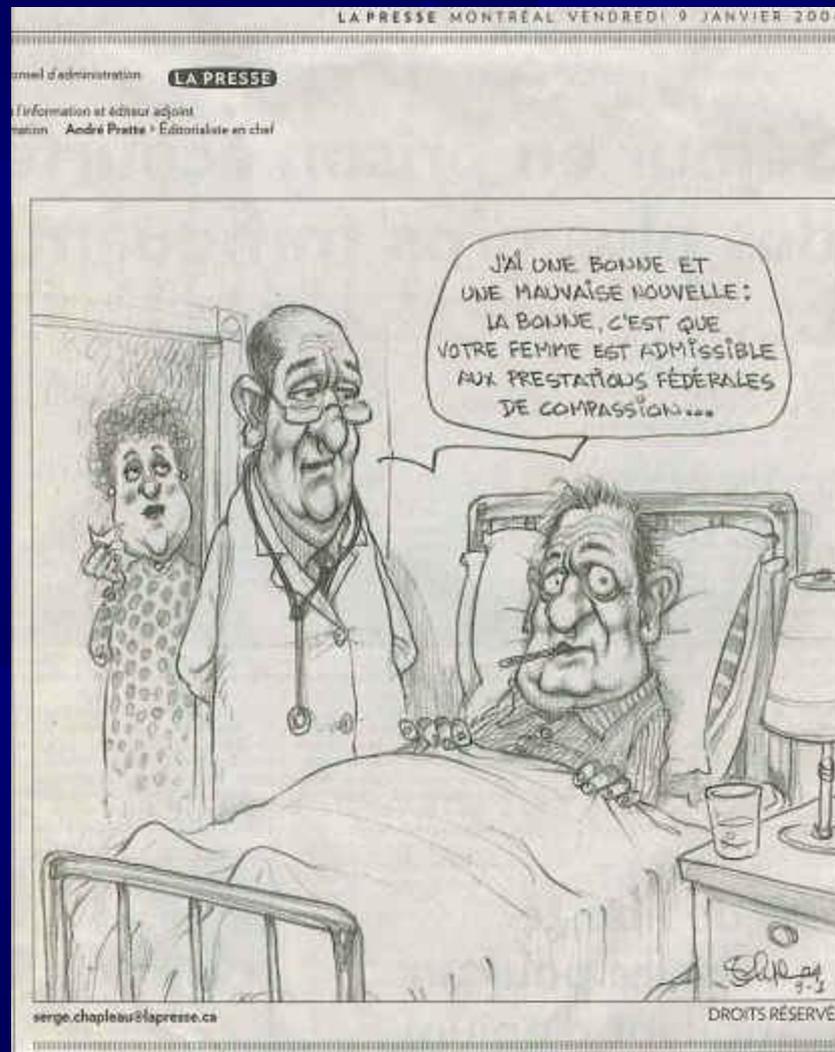
☀ Il y a 2 points majeurs ici

☀ La réanimation

- L'annonce d'une situation clinique qui se détériore doit, autant que possible, être amorcée «délicatement» avant de demander les soins palliatifs
- Dans certaines situations familiales difficiles on peut faire ce travail conjointement: il est important de prévenir le consultant et de lui en parler avant

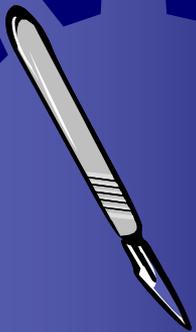


Comment annoncer une mauvaise nouvelle !!....



Réponse

- ✦ Il y a 2 points majeurs ici
 - ✦ Les dosages choisis pour garder un patient confortable
 - On utilise une combinaison médicamenteuse avec les plus petits dosages de chacun
 - Le résultat obtenu se présente avec des respirations plus profondes car il y a une diminution dans la fréquence respiratoire et ainsi un meilleur échange gazeux alvéolo-capillaire

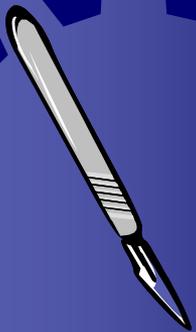


Réponse

☀ Il y a 2 points majeurs ici

☀ Les dosages choisis pour garder un patient confortable

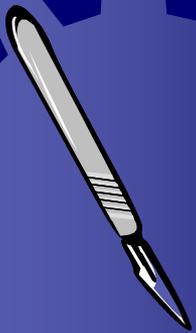
- Souvent le patient peut être débarrassé du ventimasque et être confortable avec de simple lunettes nasales
- L'anxiété étant diminuée, les proches sont plus détendus ainsi que le patient



Réponse

☀ Il y a 2 points majeurs ici

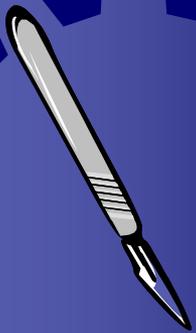
- ☀ Les dosages choisis pour garder un patient confortable
 - Morphine 1 mg est souvent efficace pour contrôler la toux et une dyspnée légère
 - Si un patient a eu un traitement de fulguration ou cryothérapie pour des lésions endo-bronchiques hémorragiques, calmer la toux peut aider à prévenir d'autres saignements



Agitation aiguë

✦ Présentation :

- ✦ Patient confus, délirant avec des mouvements désordonnés et désorientés
- ✦ Il y a un danger d'agressivité envers eux-mêmes et les autres



Agitation aiguë

☀ Causes:

☀ Médicamenteuse

- Opiacés, anticholinergiques, corticostéroïdes, benzodiazépines, AINS, stimulant SNC

☀ Métabolique

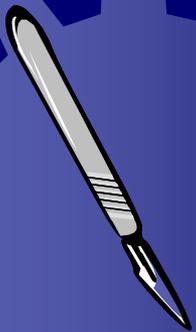
- IRA, insuffisance hépatique, hypercalcémie, hyponatrémie et kaliémie

☀ Infectieuse

☀ Cérébrale

☀ Variées

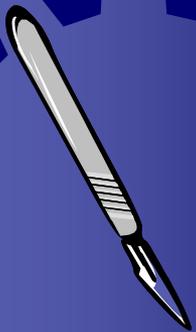
- Fécalome, rétention urinaire aiguë...



Agitation aiguë

★ Conduite:

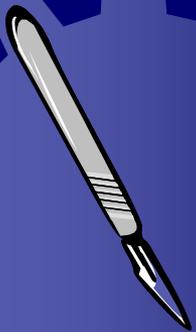
- ★ Rassurer les proches
- ★ Leur rappeler que la sédation ne hâte pas le décès
- ★ Favoriser un climat calme
- ★ Éviter le plus possible les contentions



Agitation aiguë

★ Conduite:

- ★ Prévoir une combinaison de neuroleptique et de benzodiazépines
- ★ Prévoir des injections répétables aux 30 – 60 min pour quelques doses



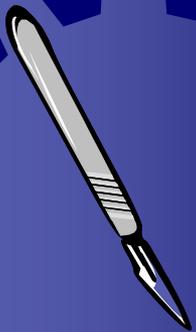
Agitation aiguë

☀ Conduite:

- ☀ Haloperidol 2-5 mg ou méthotriméprazine 10 – 25 mg (sc / po) +
- ☀ Midazolam 3 – 10 mg sc ou lorazepam 0.5 –2 mg (sc / sl / po)
- ☀ Combiner et répéter aux 30 –60 min pour quelques doses

☀ Conduite:

- ☀ méthotriméprazine préféré lorsqu'une sédation est importante
- ☀ Le midazolam est préféré si l'administration est aux 30 min car son action ne dure que 2-3 heures



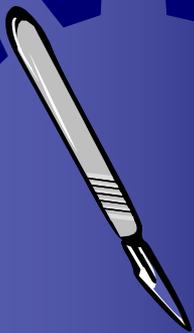
Agitation aiguë: situation extrême

☀ Conduite: si une sédation est désirée

- ☀ Il y a possibilité d'utiliser du phénobarbital
 - 15 –60 mg sc aux 6 heures
 - Une perfusion continue peut être préparée
 - Soit par pousse seringue
 - Soit dans un 0.9% NaCl 100ml
 - Il ne peut être combiné

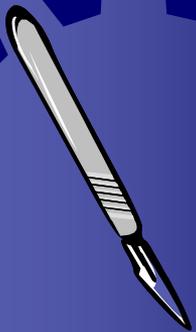
☀ Conduite: si douleur extrême ajouté

- ☀ Le propofol peut être considéré après consultation en anesthésie
- ☀ 25-75 µg / kg / min en i.v.



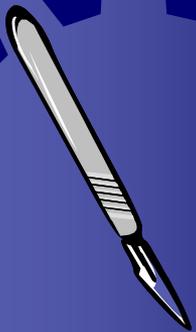
Situation clinique

- ★ Vous avez une consultation pour un patient décrit comme agité:
 - ★ Il bouge sans arrêt
 - ★ Ses propos sont difficiles à comprendre
 - ★ Il reçoit du MS-Contin 30 mg b.i.d. et a reçu 5 ED depuis le dernier 24 heures



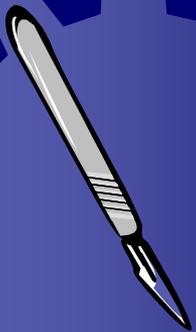
Situation clinique

- ✦ Vous avez une consultation pour un patient décrit comme agité:
 - ✦ 4 jours plus tôt il recevait du MS-Contin 60 mg b.i.d. mais tout fut cessé pendant 24 hres, car la respiration se tenait en bas de 8/min.
 - ✦ La médication fut reprise le lendemain à demi dose, car il était souffrant



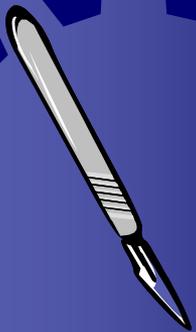
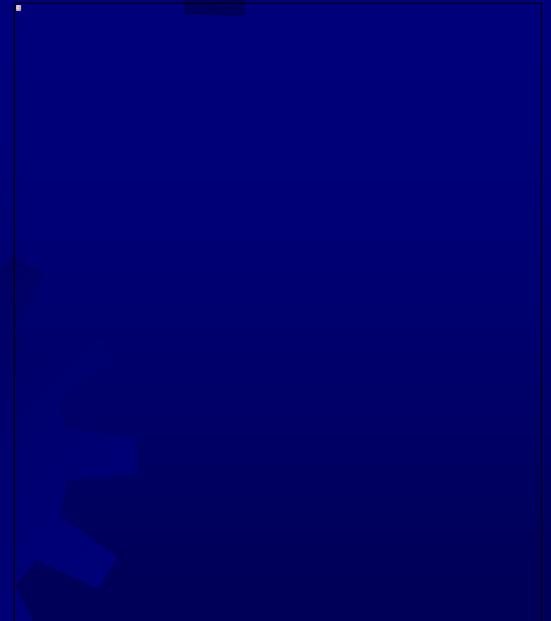
Situation clinique

- ★ Vous avez une consultation pour un patient décrit comme agité:
 - ★ Ses enfants présents disent que leur père ne leur semble pas confus, il réagit et essaie de leur parler
 - ★ C'est un patient sans histoire médicale antérieure, admis 7 jours plus tôt pour douleur abdominale et masse pulmonaire notée à l'admission
 - ★ La biochimie est normale à l'admission ainsi que la FCS



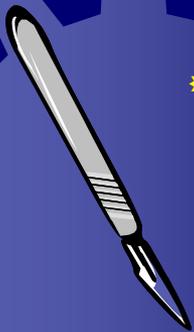
Situation clinique

- ★ Que devez-vous vérifier pour évaluer la situation clinique de ce patient:
 - ★ Observation? Questions? Examen?
 - ★ Que pensez-vous trouver avec votre investigation?
 - ★ Comment le traitez-vous?



Réponses

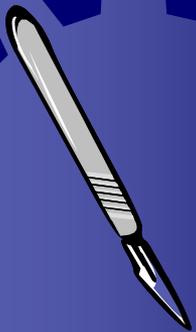
- ✱ Les myoclonies importantes deviennent akathisiques et ressemblent beaucoup à une agitation avec confusion
- ✱ Le surdosage morphinique s'explique par le développement d'une insuffisance rénale sur déshydratation et accumulation de morphine
- ✱ Les myoclonies sont causées par l'accumulation des métabolites opiacés M3G et leur activité excitatrice
- ✱ Ce patient présentait une créatinine à 57 à l'admission et le contrôle demandé lors de la consultation fut de 170
- ✱ Une perfusion sc contenant hydromorphone et midazolam fut instituée



Convulsions

✦ Présentation:

- ✦ À l'occasion, des convulsions focalisées peuvent ressembler à des myoclonies
- ✦ Les convulsions généralisées sont plus faciles à reconnaître



Convulsions

☀ Causes:

☀ Tumorales

- Primaires ou métastatiques

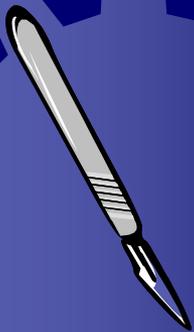
☀ Métaboliques

- Insuffisance rénale ou hépatique
- ↓ natrémie, ↓ calcémie, ↓ glycémie

☀ Syndrome de retrait et toxicité Rx

- ROH, sédatif...

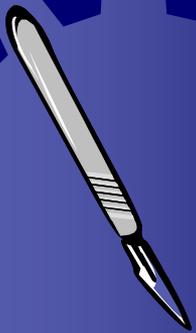
☀ Épilepsie



Convulsions

☀ Conduite:

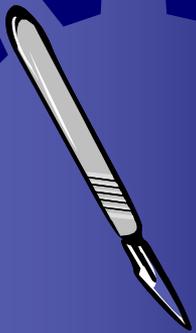
- ☀ Lorazepam 0.05 mg /kg sc/sl (max 4 mg/dose) ou
- ☀ Midazolam 0.15 mg-0.3 mg / kg (max 10 mg) sc/sl
- ☀ Répéter aux 15 min. X 4 au besoin
- ☀ Commencer phenobarbital 30 - 60 mg sc aux 6 hres. Et si déjà sous pheno, doubler la dose



Convulsions

★ Conduite:

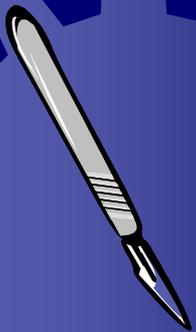
- ★ Si indiqué, i.e. si pronostic non terminal, débuter le Dilantin
 - Dose de départ 1000 mg en 3 fois et aux 2 hres
400mg / 300mg / 300mg
 - Suivre avec dilantinémie
 - Si la voie orale est impossible
 - Phénobarbital 30-60 mg aux 6 hres sc
 - Lorazepam 1-2 mg sl aux 6 hres



Myoclonies

✦ Présentation:

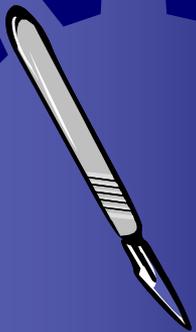
- ✦ Contractions musculaires
 - brèves, involontaires, asynchrones
- ✦ précédées d'une sensation de fourmillement dans les muscles et survenant
 - au repos,
 - au début du sommeil et
 - de façon variable avec les mouvements volontaires



Myoclonies

☀ Causes:

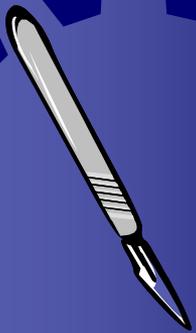
- ☀ Métabolites des opiacés
- ☀ Insuffisance rénale et hépatique terminales
- ☀ Antagonistes de la dopamine
 - Antopsychotique, metoclopramide
- ☀ Syndrome de sevrage



Myoclonies

☀ Conduite:

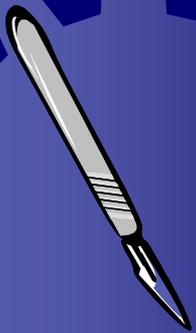
- ☀ Réviser la médication
 - Changer la morphine pour hydromorphone
- ☀ Clonazepam 0.5 mg - 2 mg po die à qid
- ☀ Midazolam perfusion s.c. 0.25 >...mg /hre
 - En pousse seringue ou combiné à une perfusion 0.9% NaCl 100 ml
- ☀ Lorazepam 0.5 – 2 mg sc / po / sl aux 6 hres



Hémorragie

✦ Présentation:

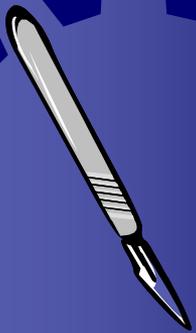
- ✦ Saignement buccal majeur
- ✦ Hémoptysie
- ✦ Hémorragie digestive haute ou basse
- ✦ Hématurie massive



Hémorragie

☀ Causes:

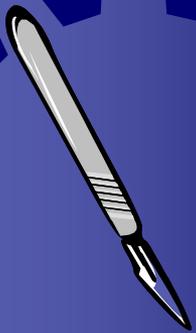
- ☀ Envahissement tumoral de vaisseaux des organes adjacents ou
- ☀ Ulcérations
 - Cou: tributaires de la carotide
 - Poumons: vaisseaux bronchiques et collatérales du tronc brachio-céphalique et crosse de l'aorte
 - Digestif: tributaires des troncs coeliaque (estomac et duodénum), mésentérique supérieur et inférieur, hémorroïdaires



Hémorragie

☀ Conduite:

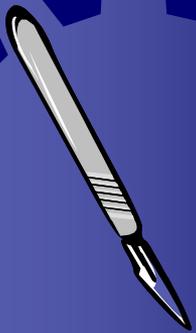
- ☀ Prévenir les proches de cette éventualité, si possible
- ☀ Prévoir de la literie et des serviettes foncées
- ☀ En situation terminale, prévoir discuter de la non transfusion lorsque devenue inacceptable pour le confort du patient



Hémorragie

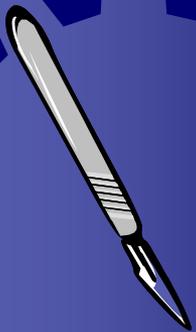
☀ Conduite:

- ☀ Prévoir une médication d'urgence pour le confort du patient
 - Utiliser la combinaison médicamenteuse prévue pour les détresses respiratoires
 - Surtout la benzodiazépine pour l'anxiété,
 - complétée de l'opiacé car il y a une douleur ou une dyspnée aiguë associée
 - Donner les solutions injectables, en trans- muqueuse buccale, à domicile



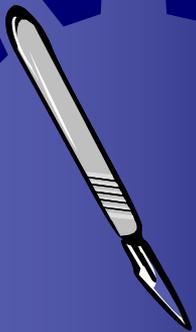
L'occlusion non opérable

- ✦ Pour éviter de garder un Lévine trop longtemps (s il est déjà installé) et limiter le risque d'en installer un:
 - ✦ Limiter les IV < 1000cc / 24 hres
 - ✦ Ou installer une perfusion s.c. thor. de 250 ml de 0.9 NaCl / 24 hres et permettre de sucer glace et popsicles de Ressources boisson aux fruits ad 350 ml / 8 hres
 - ✦ Octréotide (Sandostatin[®]) 50-150 µg sc q 8hres



L'occlusion non opérable

- ★ S il y a reprise du transit avec passage de gaz:
 - ★ Metoclopramide (Maxeran[©]) 5 mg s.c. q 8 hres ou tégaserod (Zelnorm[©]) 6 mg bid po
 - ★ Colite[©] 1 litre pris en 60-90 min à jeun le 4^e matin dès le réveil (6-7 hres am) et aux 4 jrs pour favoriser une vidange des selles compactées au niveau des zones sténosées et éviter un reblocage



Conclusion: travaillons en équipe

