

Traitements en situation d'urgence

Renée Dugas MD

Soins palliatifs

Hôpital Sacré-Coeur

Plan de la présentation

- Traitements pour situations d'urgences
 - Exacerbation douloureuse
 - Détresse respiratoire
 - Délire et agitation
 - Convulsion et myoclonies

Situation clinique 1

- Depuis maintenant deux ans, vous assurez le suivi de Monsieur Dupuis, un homme de 59 ans souffrant d'un glioblastome multiforme fronto-pariétal droit. Il se détériore lentement
- À sa dernière visite en clinique externe il y a un mois,
 - il avait une légère céphalée constante,
 - une hémiparésie gauche au moins modérée,
 - il avait perdu 10 lbs, s'alimentant moins en raison de nausée.

Situation clinique 1

- Le scan cérébral montrait une progression de la tumeur avec plus d'œdème qu'auparavant.
- Vous avez augmenté le Décadron à 2mg QID
- Vous avez suggéré d'augmenter et de prendre régulièrement l'Empracet à raison de 60 mg aux 4 hres.

Situation clinique 1

- Son épouse vous appelle deux semaines plus tard car rien ne va plus.
- Monsieur Dupuis n'est plus capable de faire ses transferts. Il a chuté deux fois la nuit en se levant seul.
- Il fait au moins deux crises focales motrices par jour ce qui aggrave sa faiblesse.
- Il a des céphalées la nuit qui le réveillent et il est agité dans son sommeil.

Situation clinique 1

- Il s'alimente et s'hydrate peu.
- Il n'est pas allé à la selle depuis quatre jours.
- L'épouse est épuisée et désire se rendre à l'urgence.
- La médication de Monsieur Dupuis est la suivante :
 - Tégrétol CR 400mg TID (niveau thérapeutique 42 umol/l)
 - Décadron 2 mg QID
 - Colace 100 mg HS, Sénokot 2 co BID
 - Sérax 30 mg HS
 - Empracet 30 mg 2co aux 4 hres

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 parois
- 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 benzodiazépine
 - Pour ↓ le risque de myoclonie
 - Pour ↓ l'anxiété
 - Prévoir un antipsychotique
 - Pour contrecarrer le risque de nausée
 - Pour contrecarrer les hallucinations
 - Prévoir un laxatif avec tout analgésique

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 (hépatique)
 - Une compression médullaire
 - Dosage: 16-20 mg / 24 hres

Situation clinique 1

- Le patient se détériore progressivement.
- Il est nauséeux et vomit ses médicaments,
- il est très somnolent et ne s'alimente plus.
- Son infirmière vous signale qu'il a présenté au moins huit crises convulsives au cours de la journée.

Exacerbation de douleur et détérioration clinique

- 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 le patient présente une insuffisance rénale ou l'administration intermittente est difficile à préciser

Exacerbation de douleur et détérioration clinique

- 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 >+ 100 mg /24 hres)
 - + neuroleptique si panique, hallucination, agitation et ou nausée
 - Haloperidol (1 – 20 mg /24 hres)
 - Nozinan plus sédatif, (5 – 75 mg / 24 hres)

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, débiter le Dilantin
 - Dose de départ 1000 mg en 3 fois et aux 2 hres 400 mg / 300 mg / 300 mg
 - 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

Situation clinique 1

- Monsieur Dupuis est maintenant comateux et en soins de confort.
- Son fils de 35 ans, nouvellement arrivé de Paris, désire vous rencontrer. Il est très préoccupé par le fait que son père n'a plus de soluté et qu'il doit souffrir de la faim.
- Il a vu son père faire un convulsion et désire que l'on fasse un EEG et un Scan.

Nutrition et investigation

- Un soluté ne nourrit pas, mais il y a 50 ans d'histoire sociale...
 - Il va entraîner un ↑ de l'œdème
 - ↑ Sécrétions terminales
 - ↑ Douleur
- Un déplacement en radiologie réveille les inconforts: douleur, froid...
- Un RX est indiqué s'il y a un traitement
 - Il ne doit pas être une autopsie préliminaire

Communication

- Choisir un endroit « calme »
- Prévoir le temps
- Éviter de se faire une opinion sur ce qu'on a entendu sur la personne à rencontrer
- Écouter :
 - ceci nous apprend le vécu de cette personne.
- Vérifier avec des questions ouvertes ce que la personne sait et comprend de la situation
- Informer avec des mots simples et vérifier ce qui est compris
- Répondre aux réactions
- Éviter les mouvements d'impatience et les paroles brusques

Situation 2

- Madame Fournier est votre patiente depuis 10 ans. Elle est âgée de 38 ans.
- Elle est mariée et a deux enfants de 10 et 12 ans.
- Elle travaillait comme ergothérapeute.

Situation 2

- Vous l'avez d'abord suivie pour des migraines
- Malheureusement on a découvert un cancer du sein particulièrement agressif que l'on a traité sans succès avec plusieurs chimiothérapies dont le Taxol.
- Elle a maintenant de nombreuses métastases osseuses au niveau des hanches et de la colonne vertébrale
- et des métastases hépatiques avec ascite.

Situation 2

- Elle est hospitalisée dans le service de neurologie car depuis deux semaines elle a développé une faiblesse rapidement progressive des deux membres inférieurs secondaire à une compression médullaire à T5-T6
- Elle peut à peine fléchir les genoux dans le lit.
- Elle est très souffrante à la mobilisation et lors des soins de bases pour la toilette.
- Elle a une polynévrite sensitive douloureuse qui l'empêche de s'endormir la nuit et la réveille. Elle pleure beaucoup.

Situation 2

- La médication de Madame Fournier est la suivante :
 - MsContin 100mg BID
 - Décadron 4mg QID
 - Neurontin 400mg QID
 - Ativan 1mg TID

Traitement proposé



Traitement suggéré

- Remplacer le MsContin avec du s.c. intermittent régulier
 - Commencer avec l'équivalent avec ajout d'ED
 - Réajuster aux 24 hres en ajoutant les ED et ramener aux 4 hres rég.
- Ajouter un tricyclique
 - Pour agir sur les douleurs lancinantes et les allodynies
- Ajouter un AINS
 - Pour agir sur les douleurs osseuses
 - COX-2, car il y a risque de saignement avec ses métastases hépatiques

Situation 2

- La patiente est maintenant en soins de confort.
- Consciente de sa triste situation.
- Lors des tournées vous ne savez plus quoi lui dire.
- Devrait-on aborder le thème de la mort ?
Comment le faire ?

Communication

- On ressent de l'impuissance
 - On est formé à GUÉRIR
 - On apprend à ACCOMPAGNER avec nos patients terminaux
 - On apprend à utiliser notre science pour leur CONFORT qui est devenu le but du traitement et ils le savent mieux que nous
- Le patient craint d'être abandonné
 - Il le ressent quand on passe vite

Communication

- La franchise est de mise: avec parcimonie, jugement, délicatesse, patience
- On peut le faire en plusieurs étapes
 - Évaluation préalable de ce qui est compris
 - À chaque étape, réévaluer ce qui est compris
 - C'est normal d'avoir à répéter plusieurs fois
 - Garder des espoirs réalistes

Communication

- Dans des études concernant la divulgation de nouvelles au patient cancéreux, l'importance de ne pas utiliser de termes médicaux a toujours eu l'emphase (ex : positif/négatif/progression)
- Les patients ne retiennent que 25 % de ce qui est dit
- Interprétation du message selon ce qui en fait quelque chose de digestible, d'acceptable pour le patient (ex : la qualité de vie) malgré l'illusion de cet espoir quand on discute long-terme
- Messages les plus réconfortants: ne pas se sentir abandonné
- Patients préfèrent messages clairs plutôt qu'euphémismes évasifs
- Importance des 'mots d'avertissement' : 'malheureusement' permet de voir si patient prêt à entendre le reste, le prévient par rapport à souhaits préalables. Sert de préparation mentale.

Conseil d'administration **LA PRESSE**

Information et éditeur adjoint
André Pratte • Éditorialiste en chef

Communication...



serge.chapleau@lapresse.ca

DRÔITS RÉSERVÉS

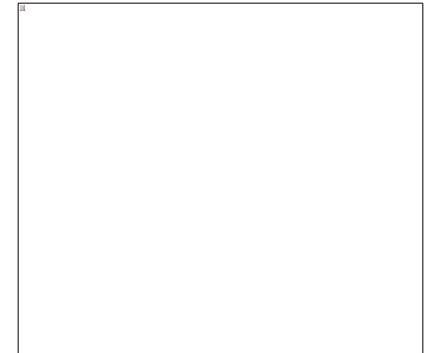
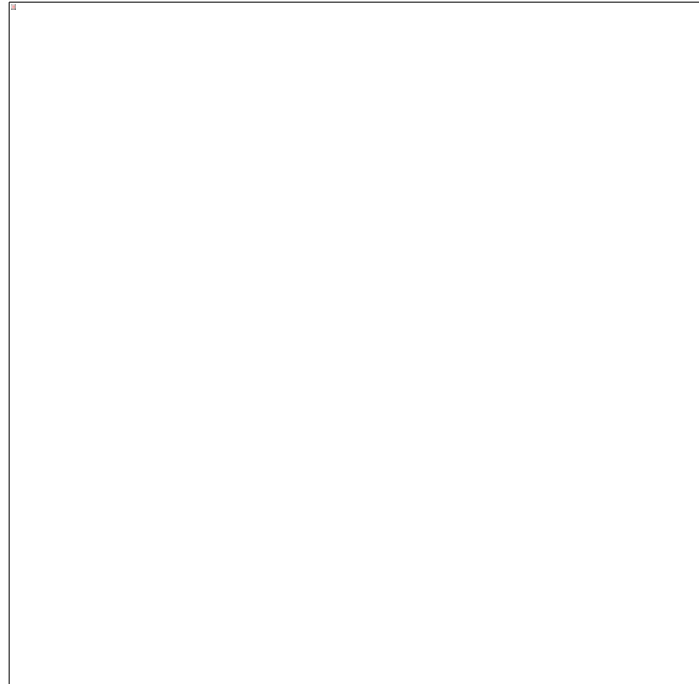
Situation 3

- Vous supportez depuis trois ans Monsieur Caron âgé de 57 ans et qui souffre de SLA.
- Il vit avec son épouse et ils ont cinq enfants. Ils ont l'aide du CLSC à raison de 21 hres de soins par semaine.
- Monsieur Caron est alité depuis quatre mois, il s'alimente avec des aliments en purée et des suppléments alimentaires, il s'étouffe souvent en buvant.
- La communication est pénible car il est hyphonique et dysarthrique.

Situation 3

- Il arrive à l'urgence,
- Il est dyspnéique et pyrétique dans le contexte d'une pneumonie d'aspiration.
- Il a beaucoup de sécrétions qu'il ne peut expectorer.
- Il a une plaie de siège importante au sacrum et il grimace à la mobilisation.
- Il est très anxieux.

Que proposez-vous ?



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 resp. 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
 - Ex: infection
 - ↑ de la résistance des voies aériennes
 - Ex: compression médiastinale ganglionnaire
 - Faiblesse de la musculature respiratoire
 - Ex: SLA

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'hypercapnie
 - ↓ 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: 1er 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 benzodiasépines:
 - 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
 - Scopolamine

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

Détresse respiratoire

- 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.

Situation 3

- Quelques jours plus tard l'infirmière vous signale que le patient devient agité par période et inconfortable. Il a même l'air halluciné.
- Le patient est aphone. Il ne peut répondre à vos questions.

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 préférée 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 à la situation terminale
 - 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

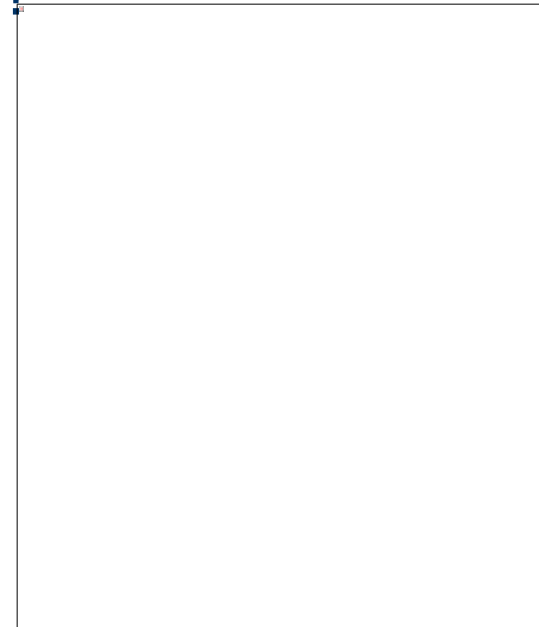
- Vous avez une consultation pour un patient décrit comme agité:
 - 4 jours plus tôt il recevait du MS-Contin 60 mg b.i.d. mais tout fut cessé pendant 24 hres, car la respiration se tenait en bas de 8/min.
 - La médication fut reprise le lendemain à demi dose , car il était souffrant

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?



Myoclonies

- Présentation:
 - Contractions musculaires
 - Brèves, involontaires, asynchrones
 - Peuvent ressembler à de l'agitation en situation extrême
 - précédées d'une sensation de fourmillement dans les muscles et survenant
 - Au repos,
 - Au début du sommeil
 - De façon variable avec les mouvements volontaires

Myoclonies

- Causes:
 - Métabolites des opiacés
 - Insuffisance rénale et hépatique terminales
 - Antagonistes de la dopamine
 - Antipsychotique, Metoclopramide
 - Syndrome de sevrage

Myoclonies

- Conduite:
 - Réviser la médication
 - Changer la morphine pour hydromorphone
 - Clonazépam 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: fistule trachéo oesophagienne
 - Hémorragie digestive haute ou basse
 - Hématurie massive: envahissement et fistule

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 cœliaque (estomac et duodénum), mésentérique supérieure et inférieure, hémoroidaires

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(si il est déjà installé) et limiter le risque d'en installer un:
 - Prévoir octréotide 50-100 μg s.c. q 8 hres
 - Limiter les IV < 1000 cc / 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 *Ressouces* boisson aux fruits ad 350 ml / 8 hres

L'occlusion non opérable

- Si il y a reprise du transit avec passage de gaz:
 - Metoclopramide (Maxeran[©]) 5 mg s.c. q 8 hres: pour contrecarrer l'effet anticholinergique de l'octréotide
 - Colite[©] 1 litre pris en 60-90 min à jeun le 4e matin dès le réveil (6-7 hres am) pour favoriser une vidange des selles compactées au niveau des zones sténosées

Trucs diététiques

Supplément style
boisson aux fruits
enrichie en protéines
ou *Pedialyte*

+

Contenants
gradués de 15 à 30 ml
petite cuillère de bois



Trucs diététiques

Supplément nutritif
sans saveur 30 à 60 ml

+

Aliment en purée
30 à 60 ml

purée sucrée : fruits,
desserts, crème de blé
purée salée : soupe crème,
sauce, pommes de terre



Trucs diététiques

Supplément style
boisson aux fruits
enrichi en protéines
375 ml = 1 canette
+
1 enveloppe gélatine
sans saveur gonflée dans
125 ml d'eau chaude
Diviser en portions de 60 ml



Trucs diététiques

Supplément nutritif
sans saveur
30 à 60 ml
+
Concentré liquide de
saveur (Bovril, etc.)
5 à 10 ml



Conclusion: travaillons en équipe

