

# Traitements en situation d'urgence

Renée Dugas MD  
Soins palliatifs  
CHUM-HND

# 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,
  - ◆ si 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:

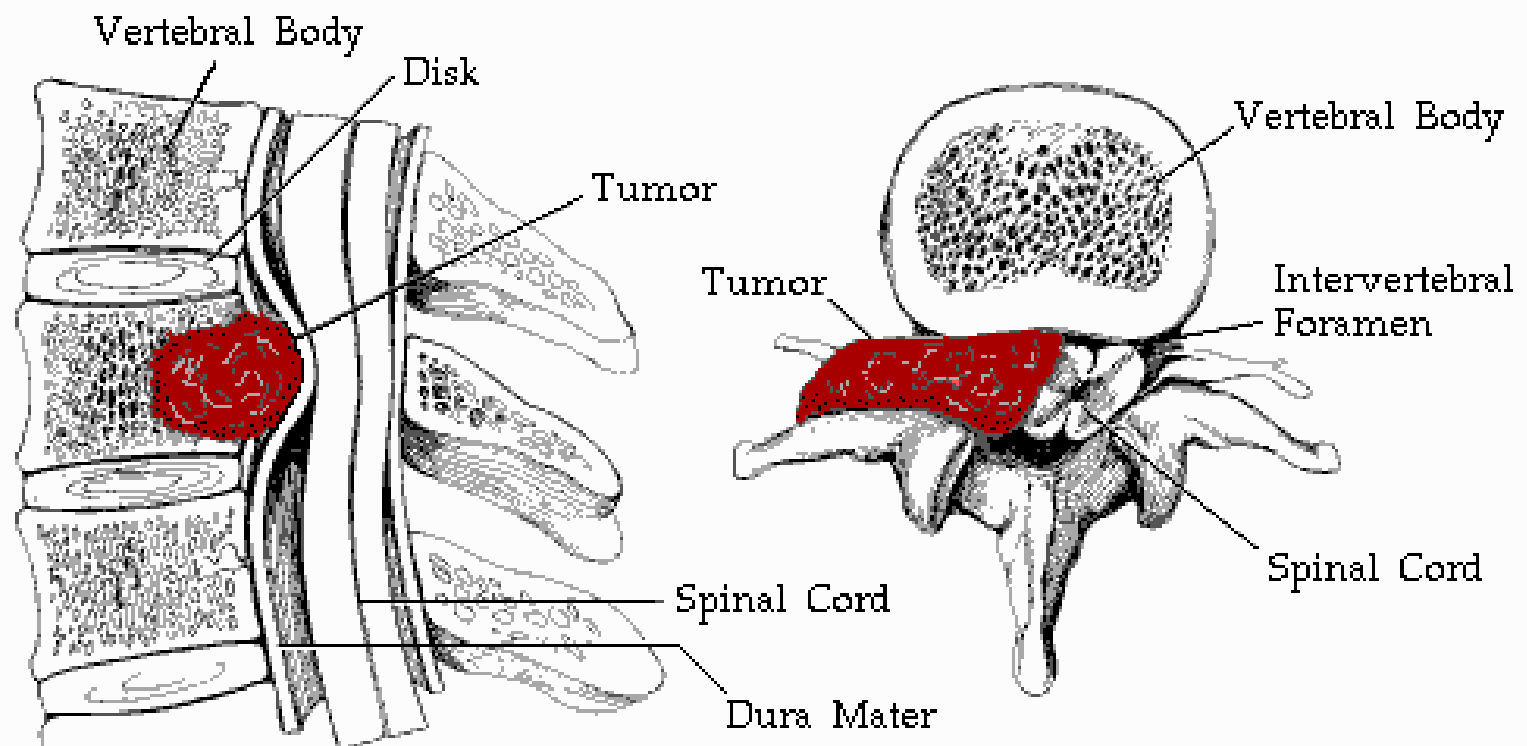
- Prévoir une benzodiazépine
  - ◆ Pour ↓ le risque de myoclonie
  - ◆ Pour ↓ l'anxiété
- Prévoir un antipsychotique
  - ◆ pour contrecarrer le risque de nausée
  - ◆ Pour contrecarrer les hallucinations

# 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 )

# Dyspnée sévère et détresse respiratoire

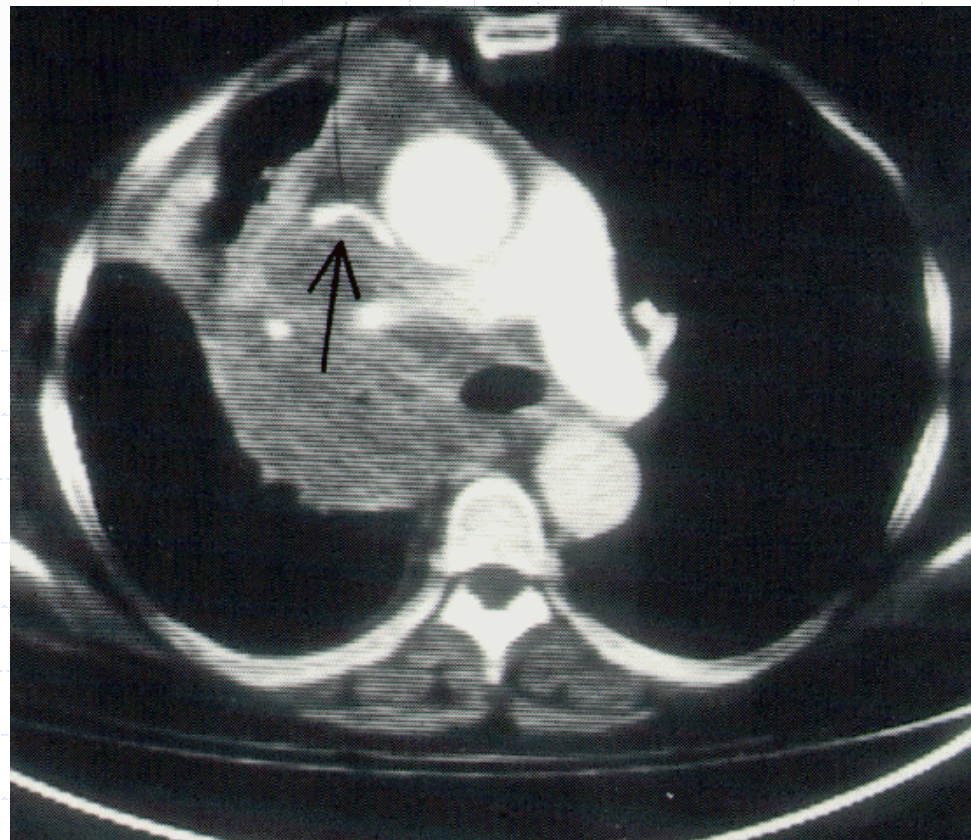
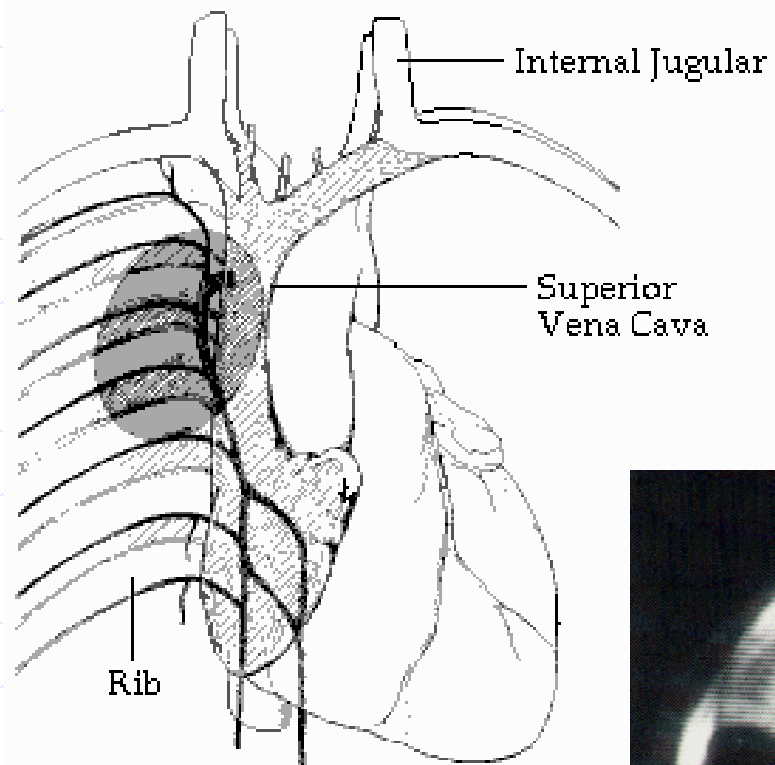
## ◆ Présentation

- 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'ajoute 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

## ◆ Causes dyspnée sévère:

- ↑ de la résistance des voies aériennes
  - ◆ Obstruction tumorale
  - ◆ Sécrétions abondantes
  - ◆ Maladies antérieures: MPOC, asthme..
- Faiblesse de la musculature respiratoire
  - ◆ Cachexie
  - ◆ Neuropathie: SEP, paralysie du phrénique
  - ◆ Myopathie: paranéoplasique, 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
- O<sub>2</sub> 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: 1er Rx
  - ◆ Ajuster comme pour l'analgésie
  - ◆ Peut être utilisé en inhalation avec attention aux bronchospasmes
    - Pour cette raison, ils sont combinés à un bronchodilatateur
    - 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 bronchodilatateur

# 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
  - ◆ Benzodiazépines
    - Midazolam 3-10 mg dépendant de ce que le patient reçoit déjà
    - Lorazepam 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...)

# 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 neuroleptiques 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 ajoutée

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

# Convulsions

## ◆ Présentation:

- À l'occasion, des convulsions focalisées peuvent ressemblées 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 si 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
  - ◆ Antipsychotique, Métoclopramide
- 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 majeure
- 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 coeliaques (estomac et duodénum), mésentérique supérieure et inférieure, 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( si 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

# L'occlusion non opérable

- ◆ Si il y a reprise du transit avec passage de gaz:
  - Metoclopramide (Maxeran<sup>©</sup>) 5 mg s.c. q 8 hres
  - Colyte<sup>©</sup> 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



# Conclusion: travaillons en équipe

