



Les urgences à domicile: rôle de l'omnipraticien

Dr Geneviève Dechêne

Maintien à domicile - CLSC Verdun- 2004

Conférence donnée : Association des médecins en CLSC
Québec

Les urgences à domicile: objectifs

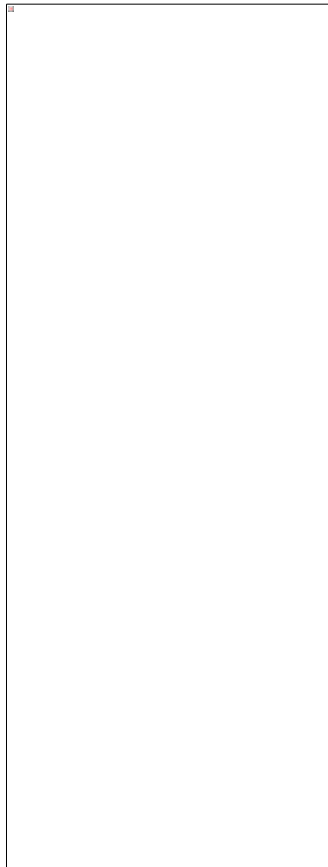
- 1- Déterminer quelles situations urgentes peuvent être gérées à domicile
- 2- Planifier les soins médicaux à domicile avec les autres ressources du domicile
- 3- Prescrire la médication appropriée pour le contexte du domicile: voie, dosage, suivi
- 4- Déterminer les situations où une intervention hospitalière est justifiée

Janine : résumé



68 ans, cancer du
côlon avec métastases
hépatiques et
osseuses.
Chimiothérapie
inefficace : cessée.
Asthénie intense
Ne sort plus

Vous êtes son médecin : première visite à domicile à Janine



Pour un suivi palliatif,
**Pour pouvoir faire face
aux urgences,**
Pour prévenir certaines
hospitalisations, il faut...

Un «dossier» à domicile = véritable travail d'équipe

Un outil indispensable



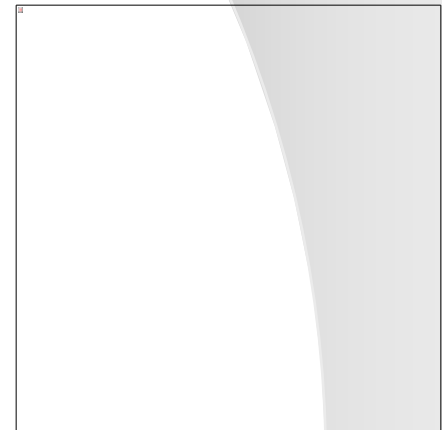
- Médication à jour
 - Prescriptions PRN
 - Prescriptions des soins reg et PRN
 - Vos coordonnées, garde
 - Coordonnées des MD, inf pivot, Ph, TS.; tel, pagette...
 - Évolution (MD, Inf, TS, AF, famille...): notes brèves
- = Lien avec les autres**

La communication à domicile: la clé du succès !

- Avec les proches: **faire confiance**
- Avec les autres intervenants: **faire confiance**
- Avec le malade: **faire confiance**

Questionnaire de Janine:

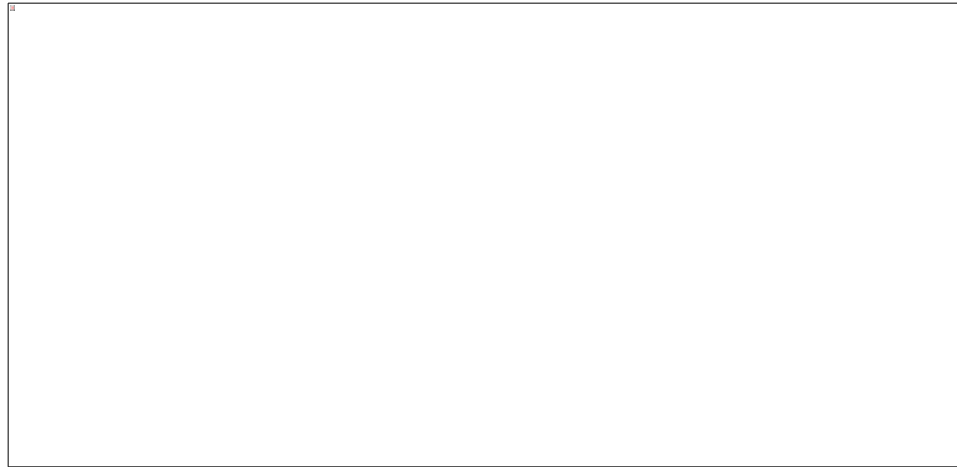
- **Douleur 9/10** depuis 2 jours (3/10 avant) , diminuée à 7/10 avec Codéine 30-60 mg aux 3 à 4 h: **«n'en peut plus »**
- **Constipation** sévère malgré Sénokot BID
- **Fatigue** intense et difficulté à faire les A.V.Q.X 2 J
- Couchée 90% de la journée, mais la douleur l'empêche de dormir
- Refuse les visites.



Examen physique de Janine

- **Amaigrie**, pas de plaie, souffrante- surtout à la mobilisation... reste couchée pour l'examen
- T.A. 100/70, **pouls régulier à 96/min**, temp. 36.8, **resp. 24/min au repos**
- Ictère prononcé et **pâleur** des téguments
- Multiples ecchymoses bras
- **Foie ++ augmenté**, avec masses douloureuses à la pression
- **Douleurs L1** et gril costal gauche
- Ampoule rectale pleine de selles molles

Q1- Quelle est l'urgence la plus fréquente à domicile pour les cas de soins palliatifs ?



Q1- Quelle est l'urgence la plus fréquente à domicile pour les cas de soins palliatifs ?



- 1- Les douleurs sévères ou atroces**
- 2- Les hémorragies**
- 3- Le surdosage aux opiacés**
- 4- L'agonie rapide**
- 5- L'abus d'opiacés**

Q-1 Réponse : 4 - L'agonie

Médecin à domicile: question à se poser
à chaque visite:

**Cette malade est-elle en pré-agonie ?
Si oui, sommes-nous PRÊTS ?**

- Une agonie à domicile est une urgence (+++ préparation nécessaire).
- Valeur de notre pronostic: mauvaise sauf tout proche de l'agonie....effet « météo ».

Médecin à domicile: se demander à chaque visite:

Cette malade est-elle en pré-agonie ?

- Désire-t-elle demeurer à domicile?
- Son mari est-il prêt à assumer ces soins très lourds , 24 h, avec quelle aide?
- Existe-t-il un **service infirmier** de soins palliatifs **expérimenté** et de garde 24 heures?
- Existe t-il un service médical de garde?
- Peut-on **vous** rejoindre aisément?
- Besoin d'autres membres de l'équipe de maintien? Si oui, **accessibilité** à ces services?
- **Avez-vous fait vos prescriptions de fin de vie?**

Agonie: les signes physiques

Apparition de **nouveaux symptômes**:

- **Perte d'autonomie importante**
- Perte d'appétit complète...**dysphagie**
- Douleur nouvelle ou aggravée
- Troubles du sommeil, (sommeil le jour, insomnie la nuit)
- Dyspnée
- Fatigue intense: couché plus de 80 % de la journée
- Confusion, agitation, anxiété
- Modification de la respiration: Cheynes Stokes...

Agonie: les signes psychologiques*

- Perte d'intérêt pour l'entourage et activités.
- Fait des adieux à des proches, à des lieux aimés.
- Exprime de la tristesse.
- S'isole. Rêves....
- Fait des cadeaux, se détache.
- Parle ouvertement de la mort.

- * *Pas l'objet d'études ,*
- * *Pas « d'evidenced based medicine » ,*
- * *Maisbien connus*
- * *Numéro Médecin du Québec 2001- fin de vie à domicile- agonie*

Q-2 La prescription de fin de vie
à ne pas faire d'avance
pour Janine ?

- 1- Opiacé injectable en IV**
- 2- Opiacé injectable en SC**
- 3- Tranquillisant mineur SL**
- 4- Anticholinergique SC**
- 5- Sonde urinaire**

Q-2 La prescription de fin de vie à
ne pas faire d'avance pour Janine:

Réponse: 1 - Opiacé IV

Il est très rare que l'on utilise la voie IV à domicile pour les opiacés :

- plus de risque de dépression respiratoire
- tolérance rapide
- supervision médicale constante nécessaire
- rarement nécessaire (délai de la SC 20 minutes)

Q-2 Les prescriptions anticipées

- Prévoir l'**administration sous-cutanée** de la **médication opiacée**.... même si Fentanyl... (ED)
- Prévoir le début ou l'**aggravation de la douleur**.... les concentrations doivent être choisies de telle façon que le volume SC ne dépasse pas 0,5 ml au départ (aide du pharmacien-mini compendium- Palm- outil du Médecin du Québec automne 2003)
- Prévoir l'insomnie et l'**agitation terminale**: **Benzo** et/ou neuroleptique
- Prévoir les **râles terminaux** = stress pour les proches (scopolamine): **scopolomine**

Trousse d'urgence: réserve d'opiacés à domicile

Opiacé en continu

- **Fentanyl** (timbre Duragesic) par voie transdermique, (avoir en réserve des 25 µg pour augmentations), ou
- **Morphine ou Hydromorphone SC** (50 % de la dose orale) en pompe Graseby (dose SC prescrite par 24 h) ou par papillons Q 4 h (dose de 24 h SC divisée par 6).

Trousse d'urgence:réserve de médicaments à domicile

Anxiolitique mineur

- Ativan S.L. 1mg Q 1 à 6 h PRN
(convulsions, agitation, anxiété.. ++ pratique)

Neuroleptique pour les hallucinations et les nausées – vomissements

- Haldol 0,5 à 1 mg q 6-8 h

Anxiolytique puissant

- Nozinan 12,5 à 25 mg S.C. Q 6 h.ou
- Versed S.C. 2,5 à 5 mg Q 2- 4 h.

Anticholinergique pour les râles

- Scopolamine 0,4 ou 0,6 mg S.C. Q 4-8 h

Pour les urgences, prévoir la sonde ...la prescrire avant

Évite l'épuisement des proches

- Diminue le risque de chutes
- Évite les incontinences au lit
- Beaucoup moins coûteuse que les couches
- Permet de concentrer sur les vrais problèmes urgents
- Laisse à l'infirmière l'autonomie de travail dont elle a besoin
- Laisser la prescription dans le «dossier à domicile» en PRN

Q-3 Janine - Votre trousse d'urgence est prescrite: autre situation **urgente** à traiter en priorité chez elle?

- 1- Insuffisance hépatique sévère; risque d'hémorragie
- 2- Douleurs hépatiques et osseuses
- 3- Anémie symptomatique (aregénération très probable par envahissement médullaire)
- 4- Constipation sous codéine... à risque de fécalome, ou d'occlusion...
- 5- La signature du document de non réanimation

Q-3 Janine - Votre trousse d'urgence est prescrite: autre situation **urgente** à traiter en priorité chez elle?

Réponse 2:

Les douleurs sévères doivent être considérées comme une urgence en soins palliatifs.

Q3- Douleurs sévères = urgence qui se gère à domicile

Douleur atroce = urgence qui peut justifier une hospitalisation

Ces douleurs peuvent se présenter:

- Douleur en escalade rapide, soudaine, avec la prise de plus de 3 ED en 3 heures ou plus de 7 à 8 ED dans le dernier 24 heures (balises à domicile très claires pour les opiacés)
- Douleur sévère persistante depuis plus de 1 à 2 jours
- Le patient qui vous dit qu'il n'en peut plus.

Trousse d'urgence = la même trousse sert aussi pour les crises de douleurs ou de dyspnée

Exacerbations de douleur:

Causes en soins palliatifs...

(rarement prouvées - suppositions...)

- ↑ de pression à l'intérieur des tumeurs
Saignement tumoral, oedème, croissance rapide ...
- Abdomen aigu: **atroce**
 - Perforation digestive
 - Saignement abdominal
 - Occlusion: non atroce habituellement, tolérable
 - Fracture pathologique
 - Côte , os longs...
- Compression et envahissement
 - Nerveuse, plexus, radriculaire
- Infections (Zona, cellulite, abcès

Q-4 Janine: Quel type d'analgésique serait le plus approprié **à ce stade** pour soulager ses douleurs sévères?

- 1) AINS
- 2) Dexaméthasone
- 3) Codéine à plus haute dose
- 4) Un opiacé plus « puissant »
- 5) Acétaminophène en association avec la codéine

Q4- Réponse:4

(opiacé plus puissant)

Il ne s'agit pas d'une douleur « atroce », mais **sévère**, on peut traiter d'emblée à domicile:

Opiacés plus « puissants »: Morphine, Hydromorphone ou Fentanyl... les 3 plus utilisés en première ligne ambulatoire.

(Oxycodone revient sur le marché, mais à venir: plus de choix de format et de doses).

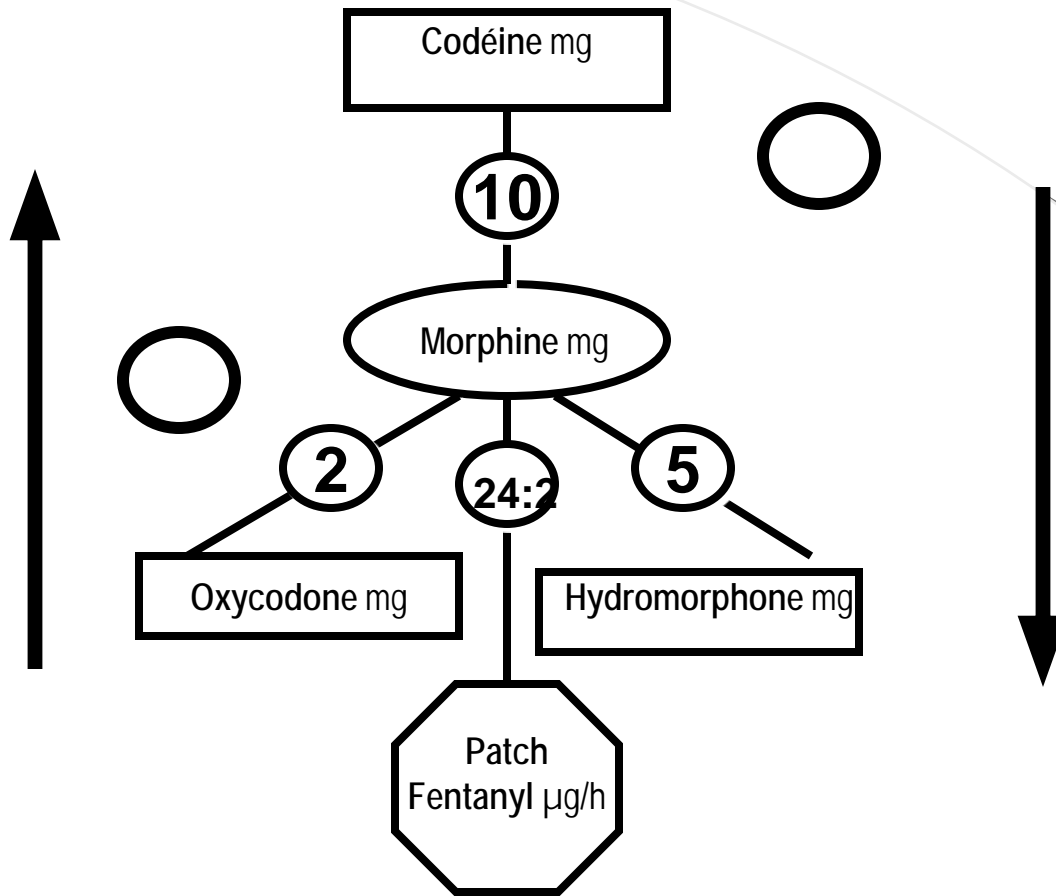
Équivalences des opiacés à connaître sur le bout des doigts ! (douleur chronique)

Codéine 30-60 mg	=	Morphine 5 mg	=	Oxycodone 2,5 mg	=	Dilaudid 1 mg
---------------------	---	--------------------------------	---	---------------------	---	------------------

$\mu\text{g Fentanyl TD/h} = 1/2 \text{ dose de morphine PO 24 h (mg)}$

<u>Changement d'opioïde:</u>	Diminuer de 25% la dose calculée, 50 % si IR ou IH sévère.
<u>Sous-cutanée:</u>	Donner 50% <u>de la dose PO</u>
<u>Entre-doses:</u>	Donner 10% de la dose de 24 h, puis titrer selon la réponse clinique

Conversion des opioïdes (Médecin du Québec 2003)*



Références:

1. Conseil consultatif de pharmacologie: Guide du traitement de la douleur chez le patient cancéreux, Gouvernement du Québec, 1995.
2. Breitbart W. et al.: *Oncology*, 695-717, Mai 2000.
3. APES: Guide pratique des soins palliatifs, 2003

Changement d'opioïde: Diminuer de 25% la dose, 50 % si IR ou IH sévère.

Sous-cutanée: Donner 50% de la dose PO

Entre-doses: Donner 10% de la dose de 24 h

Codéine vs morphine

La codéine a plus d'effets secondaires pour analgésie comparable à petites doses de morphine: La codéine est une «**pro drogue**» transformée en morphine sous l'action du CYP 450 2D6 avec ++ potentiel d'interactions. Autre facteur limitant: plateau des doses (+++ autres métabolites non opiacés)
7-10% des gens ne transforment pas la codéine en morphine
60mg Codéine = 6mg morphine
.... on peut passer directement à morphine, surtout si souffrante

Crises de douleur sévère

Supervision 24 heures des proches et visites infirmières serrées pour 1 à 2 jours - BID - TID: appeler la «pivot» au CLSC

Préférer la voie sous cutanée à la voie orale seulement si vomissements, en presque agonie.... ou si douleur atroce

- Pour une absorption plus rapide (pic 20 minutes)
- Pour pallier à la nausée fréquente associée à une augmentation rapide des doses PO et ne pas vivre les problèmes de vomissements des opiacés
- On pourra retourner ensuite au PO

Crises de douleur sévère

Prévoir une benzodiazépine:

Pour ↓ l'anxiété associée à la souffrance et la situation

ex: Ativan 1 mg SL: simple et ++ efficace

Pour ↓ le risque de myoclonie associée aux opiacés augmentés rapidement

Prévoir un neuroleptique

Pour contrecarrer le risque de nausées, plus élevé, si doses augmentées rapidement

Pour contrecarrer les hallucinations si présentes

ex: Haldol 0,5 mg à 1 mg aux 8-12 h

● *Traitement des nausées dues aux opiacés** ●

Médicament	Posologie	Site d'action	Commentaires
Antihistaminique •Dimenhydrinate •Diphenhydramine	25-50 mg po/ im/ sc /Ir q4-6hres 25-50mgpo/im/sc/ir q4-6hres	Noyau vestibulaire – Centre du vomissement	•Pour les NV associés aux mouvements et vertiges: pas le premier mécanisme impliqué dans les nausées sur opiacés....donc pas le premier choix d'antinauséux
Anticholinergique. •Hyoscine •Scopolamine	10-20mgpo/ir/sc/im 3-4fois/jour 1 timbre(1.5mg) q 3 jours	Bloque récepteurs D2 + 5HT3 (agit au noyau vestibulaire et sur le centre du vomissement) Noyau vestibulaire	•Effets secondaires dérangeants:constipation xérostomie, confusion, vision embrouillée • (surtout chez P.A.) •Pour les N-V reliés aux mouvements •Effets indésirables importants
Neuroleptiques: •Prochlorpérazine •(Stémétil) •Halopéridol •(Haldol) •(Butyrophénone)	5-20mgpo/im/sc/ir/iv q4-6hres 0,5-5mg po/I m/ sc 1 à 6 fois/jour	Zone chiméoréceptrice D2 Zone chimioréceptrice (bloque récepteur D2)	•Avantage : multiples voies d'administration disponibles •Très utile si N-V reliés aux opiacés: premier choix, bien toléré re petites doses
Corticostéroïdes: •Dexaméthasone	2-8mg po/sc/im/iv 2-4 fois/jour	 •*Dr Yvon Beauchamp •Clinique de la douleur CH Sacré Coeur •Médecin du Québec juin 2003	•Pour nausées- vomissements réfractaires

Question 4: autres commentaires

Les **AINS** seraient des bons co- analgésiques pour des douleurs osseuses... mais risque trop important d'hémorragie, surtout avec insuffisance hépatique

Moins de risque TGI pour la **Dexaméthasone**, à considérer dès que mieux ou en parallèle au traitement opiacé plus puissant (idéal pour les douleurs de métastases hépatiques et osseuses...)

L'**Acétaminophène**... peu utile à ce stade de forte douleur

Q-5 Opiacés plus puissant: quelle prescription faites vous à Janine?

- 1- Morphine PO - CA 5 mg aux 4 h, avec ED de 2,5 mg aux 1-4 h PRN (max 10/ 24 h), à augmenter selon réponse après 3-7 jours
- 2- Morphine PO - CA 5 mg aux 4 h, avec ED de 2,5 mg aux 1-4 h PRN (max 10/ 24h), à augmenter selon réponse après 24 h
- 3- Morphine LA 15 mg aux 12 h
- 4- Morphine LA 30 mg aux 12 h
- 5- Fentanyl 25 µg / h
- 6- Fentanyl ½ timbre de 25 µg/h

CA= courte action LA= longue action

ED= entre dose

Q-5 Réponse 2

(morphine CA à réévaluer après 12-24 h)

2) Morphine PO - CA 5 mg aux 4 h, avec ED de 2,5 mg aux 1-4 h PRN, à augmenter selon réponse **au cours des prochaines 12- 24 h... par téléphone**

Le choix de l'opiacé du début... selon l'urgence !

État d'équilibre avec morphine CA: 12 – 16 h
(24 h si IR ou si insuffisance hépatique sévère)
État d'équilibre avec morphine LA: 48 h
État d'équilibre avec Fentanyl TD: 3- 7 jours

Idéalement, on augmente les doses **en respectant ce délai d'équilibre** (surtout si insuffisance rénale, nettement plus problématique que IH) ...

donc rester aux CA : si urgence de soulager, on soulage plus vite

Janine a moins mal après 24
heures:
douleur évaluée - 4 à 5 / 10

Elle a pris, depuis 24 h, la Morphine 5 mg CA
aux 4 h et 10 ED de 2,5 mg, avec une douleur
résiduelle de 5/10.

Q-6 Quelle sera votre prescription à ces stades pour Janine ?

- 1- 10 mg aux 4 h avec ED de 5 mg aux 1-4 h
- 2- 15 mg aux 4 h avec ED de 7,5 mg aux 1-4h
- 3 20 mg aux 4 h avec ED de 10 mg aux 1-4 h
- 4- Morphine LA 30 mg aux 12 h
- 5- Morphine LA 60 mg aux 12 h
- 6- Fentanyl TD 50 µg/h

Q-6 Réponse 2

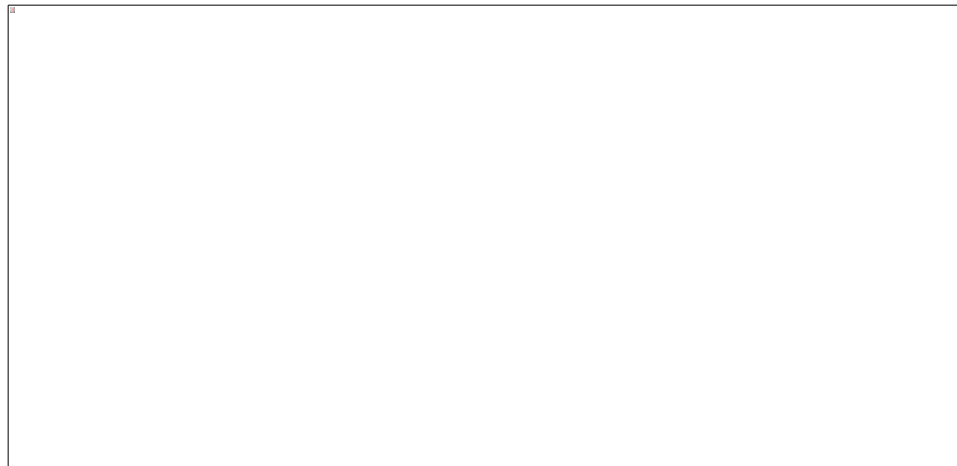
- 2) Morphine 15 mg aux 4 h avec ED de 7,5 mg aux 1-4h, (max 10 par jour)

Continuer à titrer **rapidement** votre CA: c'est plus rapide et précis

- Elle n'est **pas soulagée** avec $6 \times 5 \text{ mg (30)} + 2,5 \text{ mg} \times 10 \text{ (25 mg)} = 55 \text{ mg en 24 h}$
- Donc inutile de donner 10 mg CA aux 4 h (60 mg par jour ne suffira probablement pas, augmentation non significative)
- Augmenter immédiatement à 15 mg aux 4 h (90 mg par jour), et réévaluer après 24 h.

**Janine est soulagée et
non mourante: BRAVO**

**Quel opiacé prescrivez vous pour les
prochains jours ?**



Q-7 Jour 2: Janine **est soulagée** (0-1/10) avec 100 mg de morphine CA totale par jour; quelle force de timbre de Fentanyl lui sera prescrit ?

- 1- Fentanyl TD $\frac{1}{2}$ de 25 μg / h
- 2- Fentanyl TD 25 μg / h
- 3- Fentanyl TD 50 μg /h
- 4- Fentanyl TD 75 μg /h
- 5- Fentanyl TD 100 μg / h

Q-7 Réponse : 3

3- Fentanyl TD 50 μg /h

Équivalences des opiacés à connaître

Force du Fentanyl en $\mu\text{g} / \text{h} = \text{la dose de mg de morphine PO 24 heures} : 2 = 50$

«Peau à peau» (la dose SC ou TD 24h est la demie de la dose orale de 24 h)

Sinon, si on opterait pour une LA de morphine 12 h: dose de 24 h

(100 mg): $2 = 50 \text{ mg Q } 12 \text{ h}$,

Ou, **5 fois moins** pour l'hydromorphone:
10 mg aux 12 h.

L'infirmière vous appelle sur la pagette: Janine est confuse !

- Elle a des hallucinations visuelles
- Elle est agitée
- Elle a des sursauts « bizarres »
- **Votre diagnostic?**
- **Avez-vous des questions pour l'infirmière?**
- **Votre plan d'action?**

Le surdosage aux opiacés

Le patient peut présenter:

- Des myoclonies ++

- Des hallucinations visuelles

- De l'agitation

- RR ralenti.... surveiller!

(Ok si RR 8 / min ou plus)

Le surdosage aux opiacés à domicile

- Il faut cesser l'opiacé longue action pour 24 heures, puis réviser à la baisse la dose totale
- (Il est possible de garder un opiacé courte action PRN)
- Favoriser l'élimination de l'opiacé en hydratant ++: installer un soluté X 24-48 heures ou faire boire beaucoup.
- Présence 24 / 24 d'un proche, visites infirmières 2 fois par jour et au besoins, et téléphones rapprochés du médecin
- La demi-vie de l'opiacé et de ses métabolites peut être de 4 à 5 fois ce qu'elle est normalement... si IR ou Insuffisance hépatique sévère
- Il n'y a pas de risque de sevrage pour cette période d'arrêt
- Narcan en CH si RR moins de 8 / min

Q-8 3 semaines plus tard:si Janine était sous Fentanyl 50 µg/h au début d'une agonie paisible, quelle prescription n'est pas appropriée ?

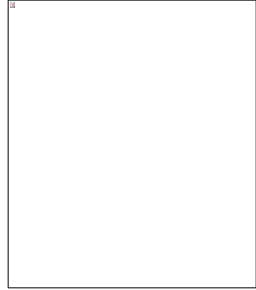
- 1) Scopolamine 0,4 mg SC PRN aux 4-8h
- 2) Scopolamine 0,6 mg SC PRN aux 4-8 h
- 3) Morphine 10 mg / ml, 1 ml SC PRN /1- 4 h
- 4) Morphine 10 mg /ml, 0,5 ml SC PRN /1- 4 h
- 5) Ativan SL 1 mg PRN aux 1-6 h

Q-8 Réponse 3

- **Morphine 10 mg / ml, 10 mg SC PRN / 1- 4 h... n'est pas un bon choix car:**
 - la dose est trop forte puisque l'on garde le Fentanyl à l'agonie (domicile),

donc la morphine sert pour les ED
seulement: 10 % de 50 mg équivalent morphine Die = 5 mg SC de morphine pour les ED sous Fentanyl 50 µg.

Depuis 4:00 AM, Janine étouffe !



- Son mari vous appelle au bureau à 8:00, en panique:
Janine est assise dans son lit depuis plusieurs heures, consciente, «bleue» et respire «très vite»....

Que faites vous ?

Janine veut rester à la maison



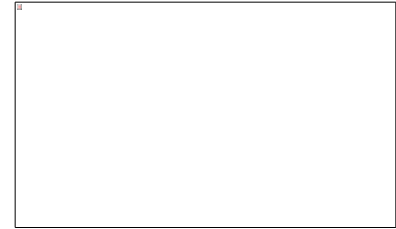
Consciente: ne veut plus avoir à aller à l'hôpital-
refuse les transfusions... veut «la paix»..... accepte
la mort, à domicile.

Elle vous fait confiance...

Dyspnée sévère versus détresse respiratoire (idem douleur)

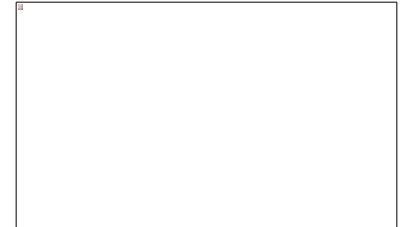
- L'évaluation se fait par l'échelle analogue 0 -10 /10
- Il y a **détresse resp.** , et donc «protocole de détresse» lorsque s'ajoute les signes suivants:
 - anxiété,
 - agitation,
 - augmentation RR,
 - ↑ de l'effort respiratoire
 - cyanose, hypoxie
 - impression de mort imminente,

Dyspnée sévère et détresse respiratoire



- Le plus important: rassurer, garder un **climat calme**
- ↑ l'arrivée d'air : ouvrir une fenêtre, prévoir un petit ventilateur doux (subjectif, mais.....)
- Oxygène ? Oui si hypoxie et si on l'a déjà ou si on a le temps de l'obtenir sinon ?!!!) . **Très apprécié des familles et du malade..** effet rassurant... pour certains cas à domicile où il est difficile d'avoir l'oxygène rapidement, avoir l'oxygène prêt à domicile d'avance (métastases pulmonaires, anémie, épanchement péricardique ou pleural...).

Dyspnée sévère et détresse respiratoire



- **Opiacés-très efficaces = première ligne de traitement**
- **Doses et augmentations comme pour la douleur sévère**
 - Action sur les récepteurs MU du centre respiratoire, ↓ la réponse ventilatoire à l'hypercapnée
 - ↓ de la demande en O₂
 - Dilatation veineuse pulmonaire
 - ↓ de l'hypertension pulmonaire et l'insuffisance cardiaque
 - Dilatation veineuse périphérique
 - ↓ du retour veineux et ↓ de la congestion cardiaque

Donc crises douleur ou dyspnée = Tx avec opiacés puissants

Sévère:

Augmenter la dose de la courte durée (ED) de 25 %, donner aux 1-4 h, en gardant la longue durée. Appels aux heures et visites d'infirmières serrées.
Réévaluer la dose après 24 h (temps d'équilibre)

Atroce:

Cesser les longues durées d'action opiacés
Passer à la **SC Stat (hôpital ?)**

- pour limiter le risque de surdosage en évitant l'↑ concomitante des courtes durées et et des longues durées

Gestion d'une détresse à domicile

Opiacé SC en crise - truc rapide de calcul:

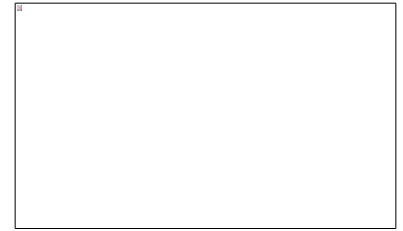
2 ED stat PO - Q 30-60 min PRN

(dose PO à diviser par 2 pour SC - Q 30 à 45 min)

NB: Morphine - 5 mg SC – si « virgin » opiacé

Hydromorphone - 1 mg SC – si « virgin » opiacé

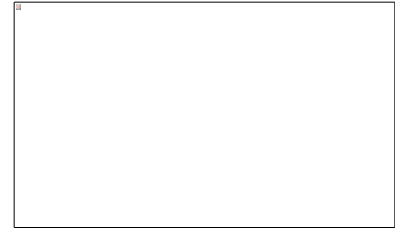
Détresse respiratoire



Les benzodiazépines:

- Utilisés pour leurs effets anxiolytique, sédatif et de relaxation musculaire.
 - Le **Midazolam** est préféré car son début d'action est plus rapide (10-15 min) et sa durée d' action est plus courte(2-3hres) : 2, 5 -10 mg (si déjà sur benzo , dose plus élevée), SC, selon réponse, tolérance rapide en 1 à 3 J,
Q 20 minutes si détresse, aux 4- 8 h sinon.
 - Le **Lorazepam** a une durée d' action de 6-8 hres, mais prend plus de temps à agir: 0.5 – 2 mg SL , PO, ou SC, selon ce que le patient reçoit déjà; Le format SL est plus pratique que Sc et aussi efficace.
Q 30 – 60 minutes si détresse, sinon aux 6-8 h.

Détresse respiratoire



– La scopolamine (ou l’atropine) SC :

- Pour leur effet anticholinergique
 - ↓ des sécrétions bronchiques
 - Action sédatrice et amnésiante avec la scopo
 - Stimulant cardiaque et du SNC pour l’atropine
- Pour leur effet bronchodilatateur
- Dose: Scopolamine ou atropine SC
 - **0.4 – 0.6 mg SC aux 60 minutes si détresse, sinon aux 1-8 h,**

On donne à part, dans un autre papillon, la Scopolamine, aux heures PRN, car le début d’action est plus lent que l’opiacé ou le Midazolam, soit 30-45 min .

Détresse respiratoire **atroce** = **protocole de détresse à domicile**

Injection concomitante SC (**3 papillons: opiacés – scopo- benzo SL ou SC**): infirmière sur place tout le temps, (sinon hôpital, avec transfert « propre ») ... et vous devez être très facile à rejoindre au tel, aux heures.

Si médecin présent et dyspnée ++ atroce = appliquer le protocole de douleur de la salle d'urgence avec la **morphine IV aux 5- 10 minutes** avec surveillance des SV et de la sédation (échelle):

Préparer 1 mg de morphine / ml (10 mg dans une seringue de 10 ml):
-Si échelle de sédation moins de 2 (peu ou pas assoupi), **et** RR plus de 8, **et** TA OK: 0,5 ml à 4 ml selon l'âge (plus ou moins de 70 ans) et le degré de détresse, à répéter aux 5- 10 minutes jusqu'à soulagement et si échelle de sédation demeure à moins de 2.

Échelle de sédation pour les opiacés IV *

- 0 Pas de sédation: **OK**
- 1 Patient assoupi occasionnellement, facile à réveiller, répond OK: **OK**
- 2 Patient **dort beaucoup**, facile à réveiller mais, répond OK (**prudence**)
- 3 Assoupi toujours, **difficile à éveiller**, **répond pas** ou de façon inappropriée (**prudence**)

* Protocole d'urgence, publié dans l'article « La douleur à l'urgence » Médecin du Québec déc 2002, page 70. Par Dr Daniel Gervais.

Protocole de détresse: résumé

Pour toute personne à risque de douleur atroce, dyspnée ou autre symptôme sévère, avoir **en réserve à domicile** la médication suivante et le matériel d'administration (administration par les infirmières ou la famille si les papillons sont en place – ordonnance téléphonique):

- **Opiacé: donner l'équivalent de 2 entre doses PO Stat (à diviser par 2 si SC), Q 30-45 min**
- **Versed SC ,2, 5 à 10 mg , Q 10-15 min**
- **Scopolamine SC 0,4 à 0,6 SC , Q 60 min**
- **Réévaluation sur place: infirmière ne quitte que si la situation urgente est **RÉSOLUE... pas discutable!****

Le suivi à domicile de cas lourds et des **urgences** en soins palliatifs est possible lorsque:

- On peut parler de la mort avec le malade et sa famille... et différencier le soulagement de l'euthanasie
- Lorsque les proches acceptent de donner ces **soins très intenses**... ne jamais juger ceux qui ne peuvent pas; toujours proposer le CH.
- Votre travail...**prévoir «tout » d'avance à domicile et gérer efficacement les situations urgentespar téléphone (être rejoignable!)**
- La famille, apte au maintien, reçoit l'information, le support et le réconfort dont elle a besoin: travail d'équipe....**vous devez faire confiance..**

La gestion des urgences à domicile permet de garder le malade en fin de vie à domicile pour ...

Pardon

Merci

À / Dieu*

*France Hudon,
Infirmière, soins
Palliatifs, Montréal



Soins palliatifs à domicile: lectures suggérées

- **APES**: Guide pratique des soins palliatifs- 2002, ré-édition superbe, spiralée.
- **Précis pratique des soins médicaux à domicile-**
2000- FMOQ- Édisem
- **Médecin du Québec**- numéro « Fin de vie à domicile » juin 2001
- **Médecin du Québec** dec 2002 et juin 2003 : douleurs aiguës et chroniques,
- **Outil Opiacé plastifié** avec mini compendium – Médecin du Québec - automne 2003