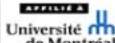



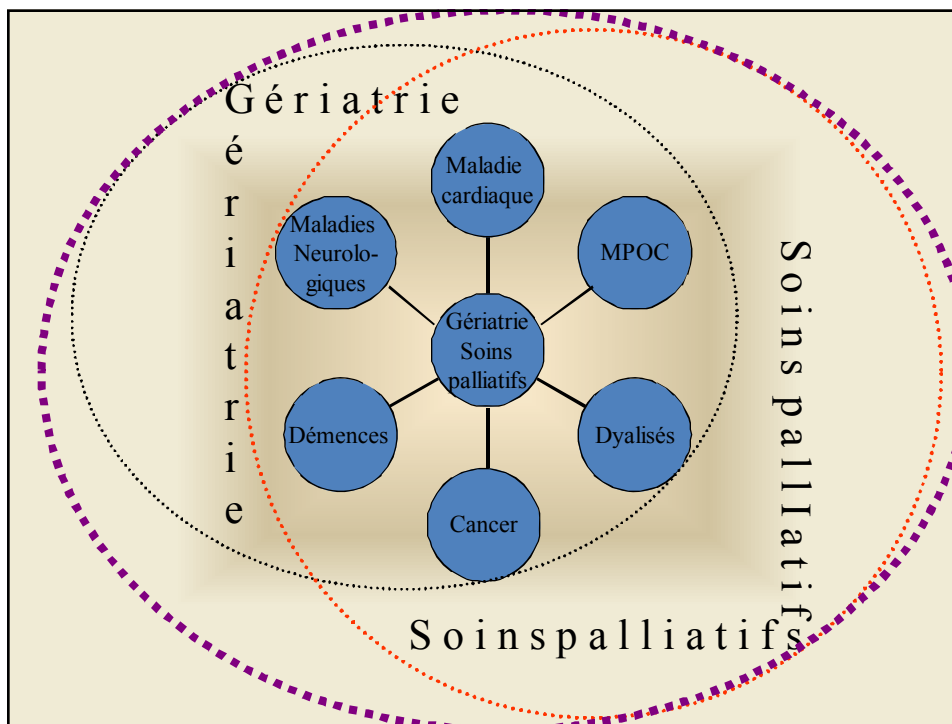
Université de Montréal  Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal  Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Des soins palliatifs pour les malades en fin de vie?

Yvon Beauchamp M.D., C.C.F.P.
Service de soins palliatifs
HSCM
CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent
Professeur-adjoint de clinique
Université de Montréal

Objectifs

- Savoir que la fin de vie est une entité physiologique commune aux pathologies terminales cancéreuses ou non
- Établir un niveau de soins approprié
- Préparer le patient et sa famille aux soins de confort
- Utiliser les outils de soins palliatifs



Que sont les soins palliatifs?

- Des soins de Confort et de Réconfort
- C'est le rôle de tous les médecins
- La médecine palliative n'est pas une spécialité, c'est une philosophie
- L'accent est mis sur la prévention et le soulagement des souffrances diverses: douleur et autres problèmes physiques, psychosociaux et/ou spirituels
 - Identification précoce
 - Évaluation soignée
 - Traitement

Soins palliatifs: où ?

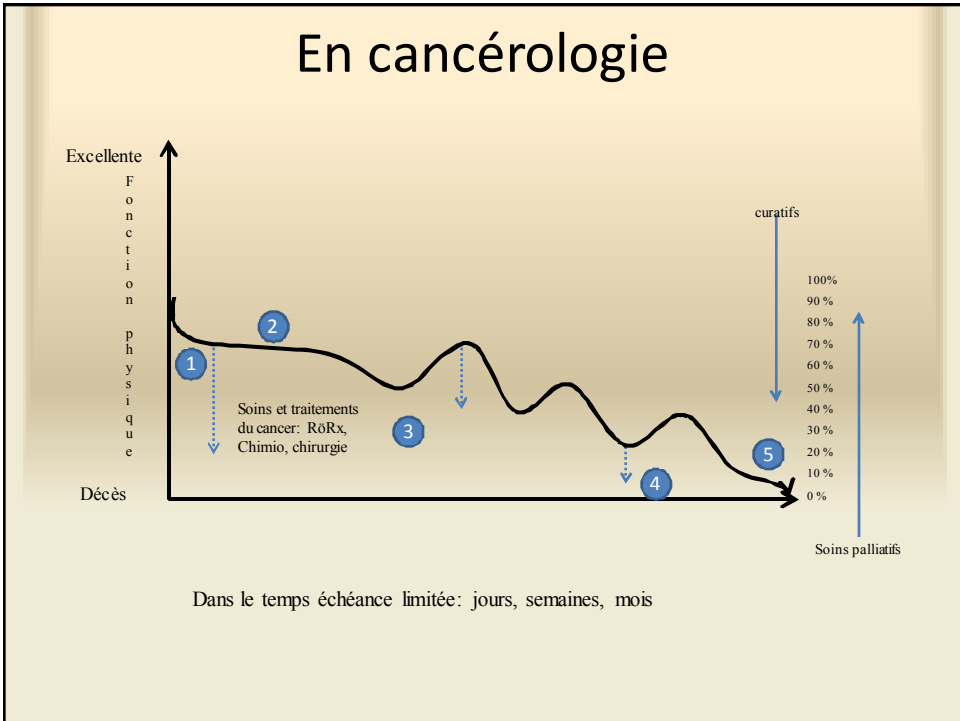
- Domicile
- C.H.S.L.D.
- Hôpital général de soins aigus
- Maisons de soins palliatifs

Combien ?? de temps, Docteur

Les Principes d'incertitude de la physique quantique et de la médecine dite moderne



La maladie cancéreuse



OMS/STATUT FONCTIONNEL ECOG

- 0 activité complète sans restriction
- 1 Ambulant, restriction sur les activités plus énergiques
- 2 Ambulant, soins personnels possibles, 50% du temps non alité
- 3 Soins personnels limités, 50% du temps au fauteuil ou au lit
- 4 Aucun soins personnels, totalement confiné au lit ou au fauteuil

Eur J Cancer. 1996 Juin; 32A (7) : 1135-41

Activité	Échelle de Karnofsky		ECOG
Activité normale	100	Asymptomatique	0
	90	Symptômes mineurs	
	80	Légèrement limité	
Incapacité de travailler séjour possible à domicile	70	Assume besoins personnels	2
	60	Assistance occasionnelle + soins médicaux fréquents	
	50	Assistance constante et soins médicaux fréquents	
Incapable de s'occuper de lui-même	40	Assistance médicale constante et confiné au lit plus de 50% des heures éveillées	3
	30	Hospitalisation permanente nécessaire ou domicile avec MAD	Survie Médiane 8-50 jours
	20	Alitement permanent	Survie médiane
	10	Moribond	7-16 jours
			4

Score de pronostic palliatif (PaPscore)

Journal of Clinical Oncology, Vol 23, No 25 Sept.1 2005

- Combinaison du score de performance de Karnofsky et de cinq autres critères:
 - Dyspnée
 - Anorexie
 - Prédiction clinique de survie (semaines)
 - GB total (x 10⁹/L)
 - % de lymphocytes
- Fiable pour les patients avec un diagnostic de cancer ou autres (ex: SIDA, syndrome de défaillance organique, troubles neurologiques).

Score de pronostic palliatif

Critères	Évaluation	Score partiel
Dyspnée	Non	0
	Oui	1
Anorexie	Non	0
	Oui	1.5
Prédiction clinique de survie en semaines	> 12	0
	11-12	2
	7-10	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6
	1-2	8.5
Indice de Karnofsky	≥ 30	0
	10-20	2.5
G.B. totaux	≤ 8.5	0
	8.6-11	0.5
	> 11	1.5
% lymphocytes	20-40 %	0
	12-19.9 %	1
	< 12%	2.5

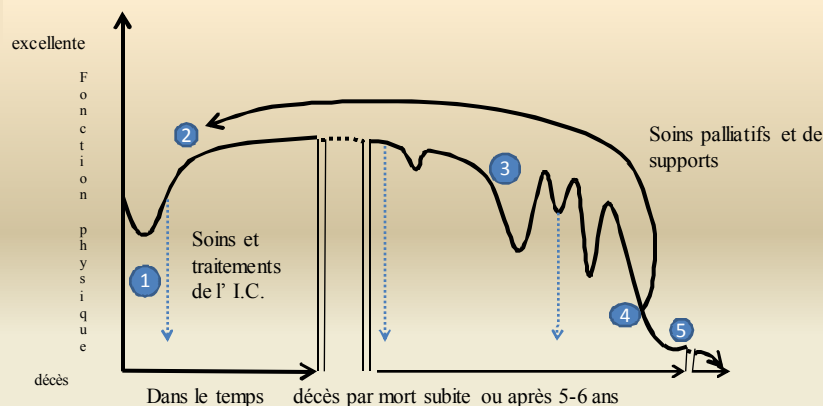
Risque	Score total	Survie à 30 jours		
A	0-5.5	> 70 %		
B	5.6-11	30-70 %		
C	11.1-17.5	Moins de 30 %		

Winer LS, Arnold RM. The Palliative Prognostic Score # 62
J Palliat Med 2006 Aug; 9 (4): 993

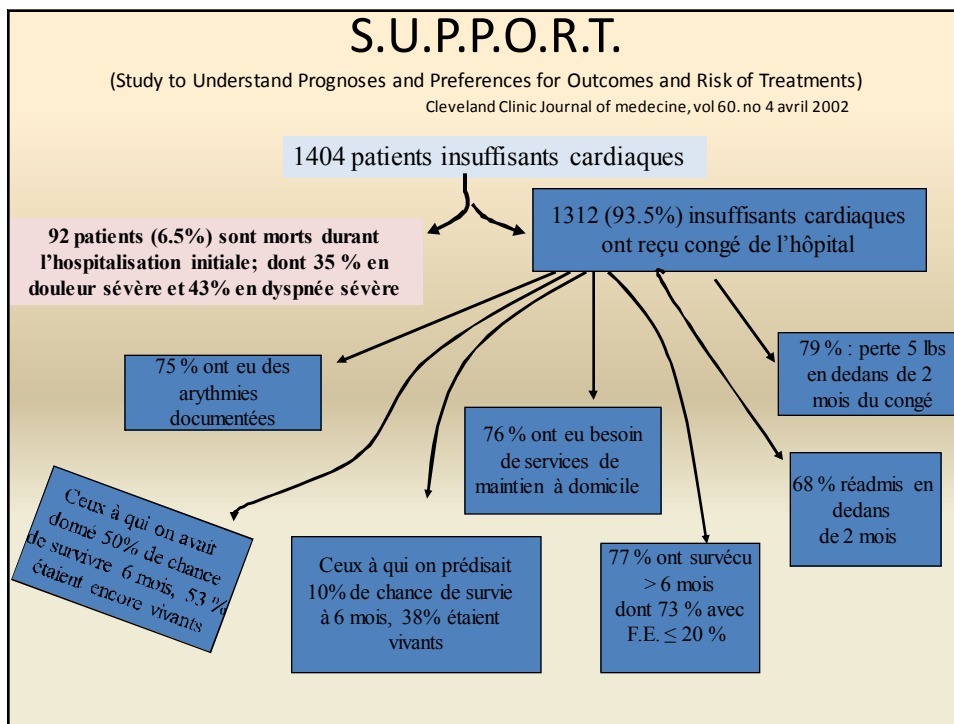
En cardiologie ça se corse

- Historiquement, la médecine palliative trouvait sa raison d'être dans le soulagement de symptômes et de souffrances d'une mort anticipée lorsqu'une cure ou une amélioration de la condition n'était plus possible.
- Mais... lorsque la mort n'est pas si proche ?? Certains choisiront de focaliser sur une prolongation agressive de la vie, alors que d'autres choisiront de concentrer l'énergie sur la qualité de la vie.
- La longueur de la survie est difficile à prédire en insuffisance cardiaque, surtout que certains mourront subitement

En cardiologie



D'après Goodlin, J.Am.Coll.
Cardiol. 2009; 54; 386-396



Seattle Heart Failure Model

www.seattleheartfailuremodel.org

Seattle Heart Failure Model Page 1 of 1

SEATTLE HEART FAILURE MODEL

Please click here for technical details.
If your browser is configured for Java, the SHFM calculator will appear below shortly. If not, please configure your browser to support Java applets.

	Baseline			Post-intervention		
	1 year	2 year	5 year	1 year	2 year	5 year
Survival	70 %	49 %	17 %	70 %	49 %	17 %
Mortality	30 %	51 %	83 %	30 %	51 %	83 %
Mean life expectancy	2.7 years			2.7 years		

Baseline Characteristics

<p>Clinical</p> <p>Age: 85</p> <p>Gender: Male</p> <p>NYHA Class: 4</p> <p>Weight (kg): 80</p> <p>EF: 20</p> <p>Syst BP: 120</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ischemic</p>	<p>Medications</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ACE-I</p> <p><input type="checkbox"/> Beta-blocker</p> <p><input type="checkbox"/> ARB</p> <p><input type="checkbox"/> Statin</p> <p><input type="checkbox"/> Allopurinol</p> <p><input type="checkbox"/> Aldosterone blocker</p>	<p>Diuretics</p> <p>Furosemide: 120</p> <p>Bumetanide: 0</p> <p>Torsemide: 0</p> <p>Metolazone: 0</p> <p>HCTZ: 0</p> <p><input type="checkbox"/> GRS >120 msec</p>	<p>Lab Data</p> <p>Hgb: 13.6</p> <p>Lymphocyte%: 24</p> <p>Uric Acid: 9</p> <p>Total Cholesterol: 190</p> <p>Sodium: 137</p>	<p>Devices</p> <p><input checked="" type="radio"/> None</p> <p><input type="radio"/> BIV Pacer</p> <p><input type="radio"/> ICD</p> <p><input type="radio"/> BIV ICD</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Interventions

<input checked="" type="checkbox"/> ACE-I	<input type="checkbox"/> ARB	<input type="checkbox"/> Beta-blocker
<input type="checkbox"/> Statin	<input type="checkbox"/> Aldosterone Blocker	

Devices

<input checked="" type="radio"/> None	<input type="radio"/> BIV Pacer	<input type="radio"/> BIV ICD
<input type="radio"/> ICD	<input type="radio"/> LVAD	

Note: Some devices may be disabled if CMS clinical criteria are not met. See below.

Copyright 2004-2007 Wayne Levy & David Linke
Click here to view the CMS criteria for devices.
Terms of use | Copyright 2006-2007 University of Washington. All rights reserved.

Seattle Heart Failure Model Page 1 of 1

SEATTLE HEART FAILURE MODEL University of Washington

Please click here for technical details.
If your browser is configured for Java, the SHFM calculator will appear below shortly. If not, please configure your browser to support Java applets.

Home

About SHFM

Publication

Web Tutorial

Privacy

Links

Windows Version

Macintosh Version

Palm Version

PocketPC Version

Sponsors

Press Release

Contact

	Baseline			Post-intervention		
	1 year	2 year	5 year	1 year	2 year	5 year
Survival	92 %	85 %	67 %	92 %	85 %	67 %
Mortality	8 %	15 %	33 %	8 %	15 %	33 %
Mean life expectancy	8.1 years			8.1 years		

Baseline Characteristics

Clinical	Medications	Diuretics	Lab Data	Devices
Age: 65	<input checked="" type="checkbox"/> ACE-I	Furosemide: 40	Hgb: 13.6	<input checked="" type="radio"/> None
Gender: Male	<input checked="" type="checkbox"/> Beta-blocker	Bumetanide: 0	Lymphocyte%: 24	<input type="radio"/> BIV Pacer
NYHA Class: 4	<input checked="" type="checkbox"/> ARB	Torsemide: 0	Uric Acid: 8	<input type="radio"/> ICD
Weight (kg): 80	<input checked="" type="checkbox"/> Statin	Metolazone: 0	Total Chol: 190	<input type="radio"/> BIV ICD
EF: 20	<input type="checkbox"/> Allopurinol	HCTZ: 0	Sodium: 137	
Syst BP: 120	<input checked="" type="checkbox"/> Aldosterone blocker	<input checked="" type="checkbox"/> QRS >120 msec		
<input checked="" type="checkbox"/> Ischemic				

Interventions

<input checked="" type="checkbox"/> ACE-I	<input checked="" type="checkbox"/> ARB	<input checked="" type="checkbox"/> Beta-blocker
<input checked="" type="checkbox"/> Statin	<input checked="" type="checkbox"/> Aldosterone Blocker	

Devices

<input checked="" type="radio"/> None	<input type="radio"/> BIV Pacer	<input type="radio"/> BIV ICD
<input type="radio"/> ICD	<input type="radio"/> LVAD	

Note: Some devices may be disabled if CMS clinical criteria are not met. See below.

Copyright 2004-2007 Wayne Levy & David L. King

Heart Failure Risk Scoring System:
[HTTP://WWW.CCORT.CA/PC.ASP](http://www.ccort.ca/pc.asp)
 JAMA, Novembre 19, 2003-Vol 290, N0.19 2581-2587

1. Âge (ans)
2. Rythme respiratoire à la minute (minimal 20; maximal 45)
3. Pression artérielle systolique (mmHg)
4. B.U.N (mmol/L)
5. Sodium Concentration: <136 mEq/L
Oui Non
6. Maladie vasculaire cérébrale
Yes No
7. De mence
Oui Non
8. MPOC
Oui Non
9. Cirrhose
Oui Non
10. Cancer
Oui Non
11. Hémoglobine <100 g/L
non requis pour score à 30 jours
Yes No

Score et Risque	Mortalité à 30 jours %	Mortalité à 1 an %
≤ 60 points = risque très bas	0.4 %	7.8
61-90 points= risque bas	3.4 %	12.9
91-120 points= risque intermédiaire	12.2 %	32.5
121-150 points= risque élevé	32.7 %	59.3
>150 points = risque très élevé	59.0 %	78.8

Calcul: % Décès à 30 jour et à 1 an

Quand votre insuffisant cardiaque est-il prêt pour les soins palliatifs ?

Lorsque les tx pharmacologiques maximaux sont donnés et ... si

Albert and colleagues, Cleveland Clinic Journal of Medicine Vol 69 no 4 avril 2002

Avec cardiomyopathie ischémique:
trois des quatre critères sont présents

Na sérique < 138 mmol/li

R.C.: > 100/ min

Créatinine sanguine: > 150 mmol/l

Décompensation antérieure

Ou

Si un score > 21 points:

Na sérique < 134 mmol/li _____ 16 points

Na sérique > 134 et < 138 mmol/li _____ 7 points

R.C. > 100/min _____ 9 points

Créatinine sérique > 150mmol/l _____ 10 points

Âge > 70 ans _____ 5 points

Décompensation antérieure _____ 6 points

Total _____

Avec cardiomyopathie dilatée: quatre des sept critères sont présents

Na sérique < 138 mmol/li

R.C.: 100 / min

Créatinine sérique > 150mmol/l

comorbidités: cancer, AVC, artérite, MPOC,

Âge > 70

Institutionnalisé ou dépendant des proches

Cardiopathie confirmée

OU un score de 19 avec ces critères

Na sérique < 134 mmol/li _____ 4 points

Na sérique > 134 et < 138 mmol/li _____ 2 points

R.C. > 100/min _____ 8 points

Créatinine sérique > 150mmol/l _____ 6 points

Comorbidités _____ 4 points

Âge > 70 ans _____ 5 points

Institutionnalisé ou dépendant _____ 7 points

des proches _____ 7 points

Cardiopathie confirmée _____ 7 points

Total _____

	Phase 1: symptômes initiaux de IC et début de TX	Phase 2: plateaux atteints par Tx médicaux ou chirurgie (SM, transplant)	Phase 3: déclin fonctionnel et exacerbation de crises et réponses +/-	Phase 4: symptômes réfractaires et fonction limite	Phase 5: Fin de vie
NYHA classification fonctionnelle	II- III	II-IV	III-B	IV	IV
Soins et interventions	Éliminer conditions précipitantes, diurétiques, ACEI, B-Bloqueur, comorbidités	Spironolactone (III-IV) Digoxin (III-IV et FE≤35%) Hydralazine, nitrates, Apnée sommeil, DCI (pour mort subite et FE≤35%)	Réévaluation pour la compliance et facteurs précipitants Diurétiques	Évaluer pour transplantation ou Assistance VG, Contrôle absolu des liquides, Inotropes? Nitrates + Hydralazine IV?	Cesser Rx sans effet sur fonction cardiaque, continuer ACEI ou ARA, doser B-Bloqueurs ou stop si hypotension, diurétiques
Prises de décisions avancées	RCR Mandats	Prévenir Mort subite ou non! Mandats et volontés de fin de vie	Doit-on traiter les crises urgentes? Doit-on continuer vers un achèvement	Transplant vs soins palliatifs Revision des volontés	Niveau de soins, à quel endroit, désactivation du DCI
Soins de support: A. Communication	Comprendre les frayeurs et enjeux du patient, RCR?, QOL	Évaluer QOL, réévaluer RCR si urgence, assoir les buts du traitement, adaptation,	Évaluer QOL, réévaluer RCR si urgence, assoir les buts du traitement, adaptation,	Évaluer QOL, réévaluer RCR si urgence, assoir les buts du traitement, adaptation, explorer désir de chirurgie ou pas si indiqué	Décider quels symptômes traiter, à quel endroit faire les soins, capacités des familles, arrangements post-mortem
B. Éducation	Patient et famille sur diète et volumes et sel, exercices, possibilités de mort subite (RCR ou non)	Revue des enseignements avec patient et famille	Revue des enseignements avec patient et famille, Tx des symptômes, Élimination des AINS	Revue des niveaux de soins souhaités et des interventions s'il y a détérioration	Anticiper les événement et les traitements: protocoles. Que faire au décès
C. Enjeux psychosociaux et spirituels	Adaptation avec la maladie Support émotionnel et spirituel	Évaluer à la fois le patient et famille pour anxiété, détresse, dépression, atteinte cognitive	Évaluer à la fois le patient et famille pour anxiété, détresse, dépression, atteinte cognitive	Support de la famille et patient dans l'adaptation à l'idée de la mort et de son processus	Évaluer à la fois le patient et famille pour anxiété, détresse, dépression, atteinte cognitive
D. Traitement des symptômes	Dyspnée, fatigue, dépression, douleur	CPAPIO2, programme exercice, opioïdes, ISRS	CPAPIO2, programme exercice, opioïdes, ISRS	CPAPIO2, programme exercice, opioïdes, ISRS, psychothérapie, benzo	Protocoles de détresses, CPAPIO2, programme exercice, opioïdes, ISRS, psychothérapie, benzo

En Pneumologie

C'est encore plus difficile de prédire

Facteurs de prédiction

1. Âge,
2. Tabagisme continu,
3. Déclin accéléré du VEMS,
4. Obstruction modérée à sévère du flot aérien,
5. Pauvre réponse aux bronchodilatateurs,
6. Hypoxémie sévère, hypercapnie,
7. Coeur pulmonaire
8. Pauvre capacité fonctionnelle

Pour des patients admis aux soins intensifs sur épisode aigu: si $VEMS \leq 0.75$ L/sec

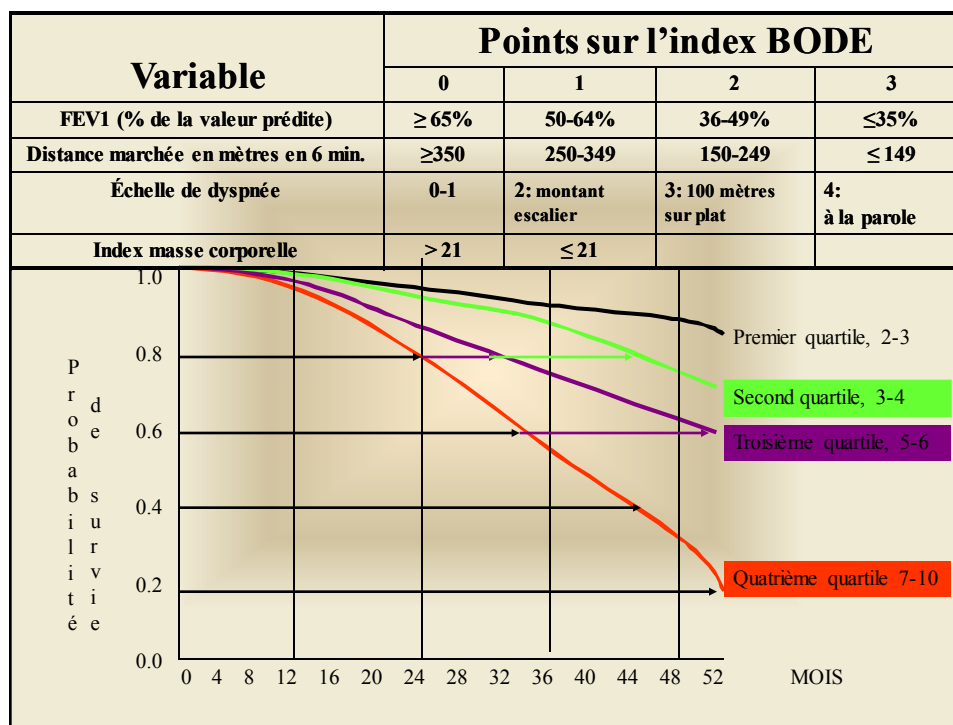
24 % décès lors d'une admission pour épisode aigu

30 % décès à 1 an et 95 % à 10 ans

BODE score (4 facteurs de risque)

- Indice de masse corporelle : si < 21
- Obstruction flot aérien: FEV 1 (3 classes selon ATS)
- Dyspnée fonctionnelle
4 niveaux;
I = dyspnée à la marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente,
II = dyspnée à la marche sur terrain plat ou en montant escalier,
III = dyspnée après 100 m. sur terrain plat à son rythme,
IV = dyspnée à l'habillement ou à parler)
- Exercice capacité (test de marche à 6 minutes)

New England Journal of Medecine 350; 1005-1012 Mars 04 2004



En pneumologie celà se traduit par

AVQ et AVD très restreintes

Oxygéno-dépendance

Hospitalisations à répétition

Exacerbations fréquentes avec peu de réponses au traitement et augmentation du nombre d'hospitalisations

Anxiété et attaques de panique

Qualité de vie minimale

Surinfection à pathogènes multi-résistants

Voir le video: Réseau Qc d'astme et de MPOC; un support c-r pour un choix éclairé

Arrêt des bipap

En insuffisance rénale terminale chez les dialysés

- Notre expérience:
la créatinine est un bon baromètre.
Lune de miel à la cessation de la dialyse.
Les patients se sentent bien et la créatinine
monte; ils nous quittent à 800-1200 mg de
créatinine

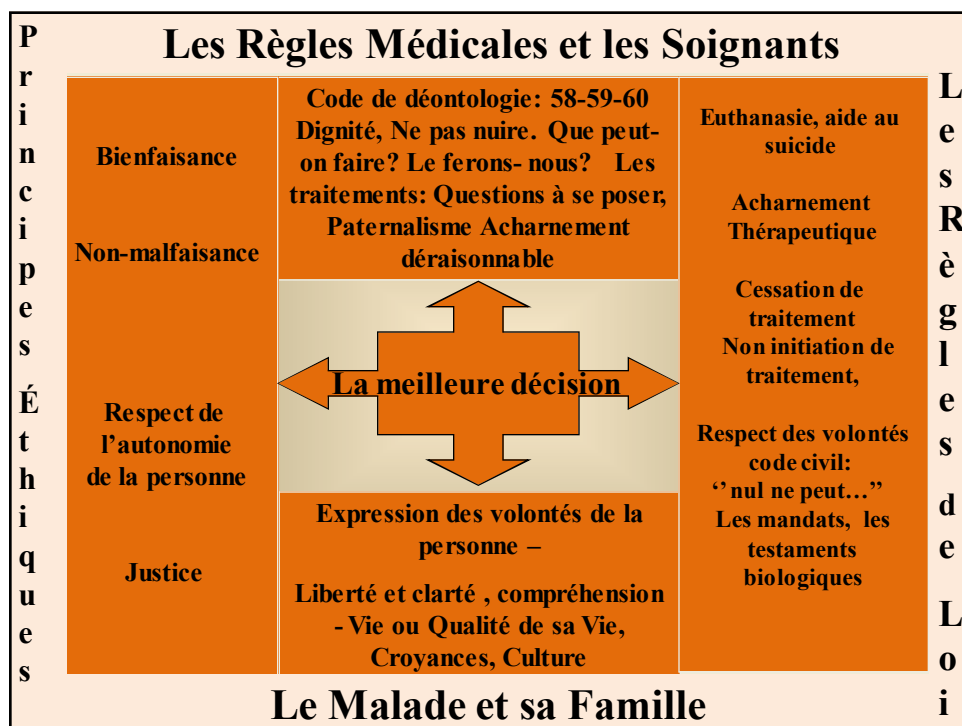
Problèmes : choix des opioïdes, prurit, etc
Trucs

LES MALADIES NEUROLOGIQUES DÉGÉNÉRATIVES AVEC DÉMENCE

- OH
- LÀ, LÀ

Tableau didactique sur l'évolution de la maladie d'Alzheimer									
Stade Fast: Perte 3 Avoir un emploi 4 Faire des calculs simples 5 Choisir les vêtements appropriés 6a S'habiller seul			6b Prendre une douche sans aide 6c Aller à la toilette sans aide 6d Continence vésicale ? 6e Continence fécale ? 7a Langage: 5-6 mots			7b Langage: 1 seul mot 7c Marcher 7d S'asseoir 7e Sourire 7f Tenir la tête			
A	Stade fast 3		4	5	6 a b c d e		7 a b c d e f		
B	Durée du stade: 7 ans		2 ans	1.5 an	5 5 5 4 10 mois		12 18 12 12 18 12+ mois		
C	Âge mental du stade 12 + Ans		12-8 Ans	7-5 ans	5 4 4 3 2 Ans		15 12 12 8 4-2 3-1 Mois		
D	Durée de la maladie en années 0-7		9	10.5	13		19		
E	MMSE 29 25 20		19	14 10	5 0				
F	Maladie légère		Modérée		Grave			Terminale	
<p>Les démences ont une durée très longue et ce n'est qu'à des stades avancées que la maladie est considérée grave à terminale. Même au stade 7 la maladie pourrait durer 5 ans et plus. Les pronostics sont difficiles à établir.</p> <p>L'application des règles de décision médico-éthiques devraient prévaloir pour ne pas sombrer dans l'acharnement thérapeutique.</p>									

Vous voulez (devez) aborder la
 question avec vos malades et avec
 leur famille
 Comment ??



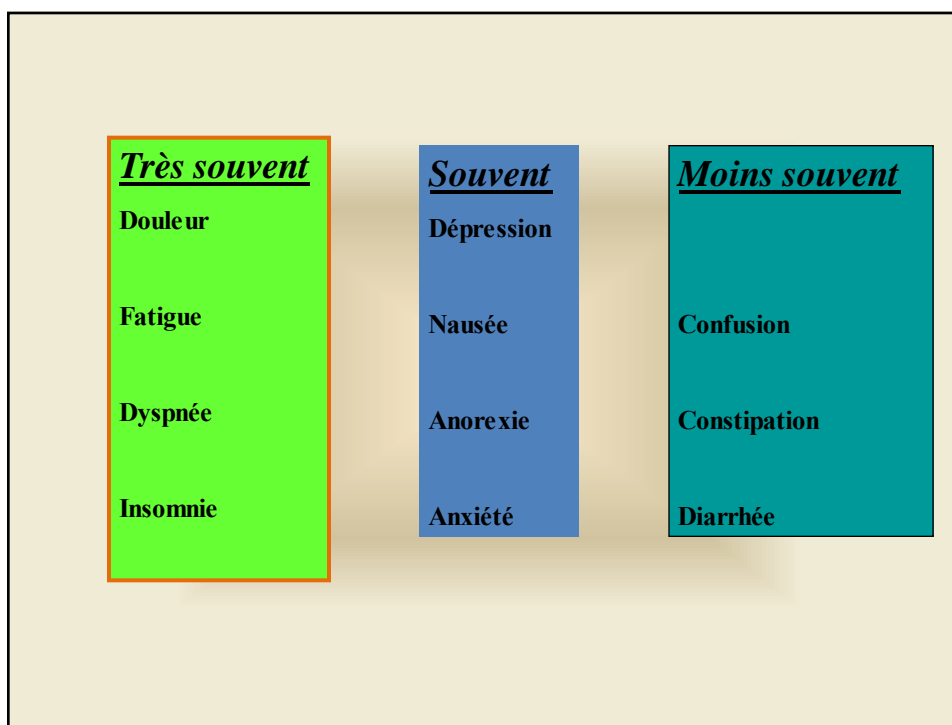
**Y a-t-il une présentation clinique
apparentée entre tous ces
syndromes??**

**MPOC- CARDIOPATHIE-SIDA-CANCER –
MALADIE RÉNALE, MALADIE NEUROLOGIQUES
DÉGÉNÉRATIVES INCLUANT LA DÉMENCE**

Une comparaison des symptômes

**Journal of Pain and Symptom Management
Vol. 31 No. 1 Janvier 2006 pp.58-69**

Symptômes	Cancer	SIDA	Cardiaque	MPOC	Ins. Rénal
Douleur	39-96% N=10379, 5 é	63-80% N=942, 2 é	41-77% N=882, 4 é	34-77% N=372, 3 é	47-50% N=370, 2 é
Dépression	3-77% N=4378, 11 é	10-82% N=616, 4 é	9-36% N=80, 2 é	37-71% N=150, 2 é	5-60% N=956, 2 é
Anxiété	13-79% N=3274, 9 é	8-34% N=346, 3 é	49% N=80, 1 é	51-75% N=1008, 1 é	30-70% N=72, 2 é
Confusion	6-93% N=9154, 10 é	30-65% N=?, 2 é	18-32% N=343, 3 é	18-33 % N=309, 2 é	nil
Fatigue	32-90% N=2888, 9 é	54-85% N=1435, 2 é	69-82% N=409, 3 é	68-80% N=285 2 é	73-87% N=116, 2 é
Dyspnée	10-70% N=10029, 8 é	11-62% N=504, 2 é	60-88% N=948, 6 é	90-95% N=372, 4 é	11-62% N=334, 2 é
Insomnie	9-69% N=5606, 9 é	74% N=504, 1 é	36-48% N=146, 2 é	55-65% N=150, 2 é	31-71% N=351, 3 é
Nausée	6-68% N=914, 7 é	43-49% N=689, 2 é	17-48% N=146, 3 é	nil	30-43% N=362, 3 é
Constipation	23-65% N=7602, 8 é	34-35% N=689, 2 é	38-42% N=80, 2 é	27-44% N=150, 2	29-70% N=483,1 é
Diarrhée	3-29% N=3392, 10 é	30-90% N=504, 4 é	12% N=80, 1 é	Nil	21% N=19, 1 é
Anorexie	30-92% N=9113, 10 é	51% N=504, 1 é	21-41% N=146, 2 é	35-67% N=150, 2 é	25-64% N=395, 2 é



Gestion des symptômes

- Continue à être basée sur une bonne compréhension des mécanismes pathophysiologiques sous-jacents
- à ce stade, nous devons limiter les investigations au plus strict minimum et nous fier aux signes cliniques

Que rechercher comme traitant?

- Contrôle de douleur et des autres symptômes majeurs
- Traitement des symptômes mineurs
- Communication claire en rapport avec la situation
- Préserver l'autonomie
- Minimiser la prolongation de l'étape d'agonie
- Minimiser les fardeaux familiaux
- Les enjeux spirituels
- L'endroit du décès
- Sédation profonde continue et terminale si nécessaire

Les dernières heures de vie

- Généralement le patient:
 - asthénie profonde et progressive
 - alité de façon permanente
 - somnolent
 - de plus en plus désorienté et moins capable de porter attention
 - de moins en moins intéressé par aliments et hydratation
 - difficulté à avaler

- Choix des interventions et des routes d'administration des médicaments:
 - confort du malade
 - approches les moins invasives possibles
 - respect du besoin d'intimité entre le malade et ses proches.

L'administration par voie orale

- L'expérience de certains centres de soins palliatifs:
 - 60% peuvent avaler jusqu'à quelques heures avant le décès
 - 25% auront besoin d'une ou deux doses d'opiacés administrés par une voie alternative
 - 15% auront besoin d'une administration par injection

» Twycross (1983)

Augmenter ou diminuer les doses

- Patient
 - souvent moins hydraté et oligurique
 - plus somnolent (souvent de façon subite)
 - accumulation probable de la molécule principale et des métabolites
- Variation dans la dose:
 - 13% réduction de la dose
 - 44% augmentation de la dose
 - 43% dose inchangée

» Lichter (1990)

- Un arrêt subit des opiacés chez le patient incapable d'avaler peut entraîner une réaction de sevrage se traduisant par plus d'agitation

Les voies alternatives d'administration

- Voie rectale:
 - dose IR = dose PO
 - 6-8 premiers cms du rectum directement reliés à circulation systémique
 - suppositoires, formulation liquide, et quelquefois le comprimé tel quel
- limitations:
 - voie sur-utilisée
 - absorption peut-être erratique
 - le patient doit être tourné

Analgésiques par voie IR

- AINS
 - souvent utiles pour soulager douleur liée à l'immobilité
 - souvent utiles si douleur osseuse ou inflammatoire

- Opiacés:
 - suppositoires: Oxycodone, Méthadone ou encore le comprimé MS Contin
 - liquide: Élixir de morphine, Méthadone (volume inférieur à 2ml)

Administration sub-linguale ou trans-muqueuse

- Médicaments généralement rapidement absorbés
- utilisation de solutions orales concentrées ou encore des comprimés à libération immédiate
- % absorption après 10 min:

– fentanyl	51%
– hydromorphone	25%
– morphine	22%
– oxycodone	15%

 - » guide pratique des soins palliatifs 4e édition
- plusieurs facteurs limitatifs: salive, sécrétions (truc: atrovent, transderm-V) etc.

Voie transdermique ou topique

- Timbre de fentanyl.
 - Bonne alternative à la voie orale
 - Titration rapide est impossible
- Application topique
 - souvent utile à ce stade pour contrôler douleur des plaies de décubitus
 - Vaporisation de solution de morphine q 8hres
 - Morphine dans gel intrasite 0,1%
 - Anesthésiques locaux

Administration sous-cutanée

- Voie parentérale de choix
- Administrer via papillon
- Dose orale 2 à 3 X la dose SC
- Voie SC intermittente
 - limitations: effet bolus et volume à injecter
- Voie SC continue
 - pompe portative
 - pousse-seringue
 - Perfusion SC avec médication multiple

Administration sous-cutanée

- Atteinte des taux sériques peut prendre quelques heures lors de la perfusion continue
 - souvent utile d'administrer une dose à action immédiate.

Conclusion

Les malades, peu importe la maladie terminale, peuvent avoir des soins de confort et de réconfort en dehors d'une unité de soins

palliatifs

Questions ?

Merci !