

Urgences palliatives au domicile



DOCTEUR FLORIANE LAMBRECHTS
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
MÉDECIN RÉFÉRENT PFSPEF

Urgences palliatives au domicile



- Urgences > < soins palliatifs ??
- Quels enjeux?
- Objectifs
- Urgences les plus fréquemment rencontrées au domicile
- Le protocole de détresse
- Rôle de la plate-forme dans les situations d'urgence
- Si il y a quelque chose à retenir....

Urgences > <soins palliatifs



- **Oui !**
 - Pas d'urgence « vitale » mais urgence de soulager
- **difficultés et limites**
 - Du domicile: Technicité, entourage, disponibilité..
 - Vis-à-vis de soi-même: sentiment d'impuissance, inconfort (éventuel), isolement
 - Compétence vs expertise (limites)



-pour le patient

- Place centrale du patient

-pour son entourage

- Inclusion des proches

-pour les soignants de première ligne

(infirmiers, médecins, pharmaciens, kinés..)

- Communication et interdisciplinarité

- pour la deuxième ligne
(plate forme, hôpital..)

- Place des services spécialisés



Quels enjeux....

Objectifs



- Assurer un confort et une stabilité
- >< souhait de guérison
- Dans le soucis du respect des volontés du patient
- Nécessité d'interventions justes, cohérentes et adéquates pour le patient (et son entourage)

Objectifs



- Idéalement: une urgence en soins palliatifs =
 - réponse adéquate et rapide
 - à un problème « attendu »

OBJECTIFS



- Bref.....ANTICIPONS



OBJECTIFS



- ANTICIPER?
- Via protocole(s)de détresse(s)
 - Fonctions de la pathologie
 - **Uniques** (spécifiques et singuliers)
 - Élaborés par l'équipe soignante, en concertation avec le patient et son entourage
 - Réévalués régulièrement en fonction de l'évolution de la maladie et du désir du patient.

Urgences les plus souvent rencontrées au domicile



- La détresse respiratoire
- Hémorragie massive
- Fièvre réfractaire
- Convulsions, crises d'épilepsie
- L'agitation terminale/la confusion
- Douleurs aiguës

La détresse respiratoire



- **Source d'inconfort et d'angoisse**
 - Pour le patient
 - Pour l'entourage
 - Pour les soignants
- +/- encombrement bronchique, toux, douleurs
- Ventiler la pièce +++, prévoir un ventilateur
- Oxygène souvent inutile (respiration buccale)
- Aérosols bronchodilatateurs (si bronchospasme)
- **Molécules utilisées:**
 - Opioides (cancers et BPCO)
 - Benzodiazépines
 - Anticholinergiques
 - Diurétiques (décompensation cardiaque)
 - Corticoïdes (bronchospasme)

Détresse respiratoire



- 1) opioïdes (cancers et BPCO)
 - ↓ sensation de difficultés respiratoires au repos sans effet sur le centre respiratoire
 - Morphine ++
 - Sc, iv, sublinguale, aérosols...(5-10 mg de morphine+5ml de sérum)
 - ✦ Attention si bronchospasme: effet bronchoconstricteur
 - ✦ +/- anticholinergiques: diminution de l'effet bronchoconstricteur
 - Doses
 - ⇒ fonction de la dose de morphine que reçoit déjà le patient par 24h
 - ⇒ 2.5 mg de morphine si naïf
 - ⇒ Si pas naïf: prévoir une interdose (1/6 ième de la dose/24h)

Détresse respiratoire



- 2) benzodiazépines

- +/- morphine
 - Alprazolam : 0,25 à 1 mg po
 - Lorazépam : 0,5 à 2 mg po (expidet)
 - Midazolam : 1 à 5 mg sc ou iv

- 3) diurétiques

- Si composante cardiaque: lasix (iv ou sc)

- 4) corticoïdes

- Si bronchospasme, compression veine cave sup, composante infl.
- 125 mg en iv ou sc

Détresse respiratoire



- Sédation palliative si échec des traitements ci-dessus
- Réflexion éthique...
 - ✦ Aspiration bronchique?
 - invasif, mal vécu par le patient et les soignants
 - Technicité au domicile...
 - Introduire la Scopolamine® assez tôt
 - ✦ Question de l'hydratation
 - La déshydratation diminue les râles bronchiques
 - Scopolamine >< hydratation

Hémorragies



- Origines

- Digestives hautes/basses
- Gynéco
- Pulmonaires
- Orl
- Cutanées
- Urinaire
- Cancers hématologiques (thrombopénies...)
- ...

Hémorragies



- Rechercher facteurs de risques:
 - Anticoagulation
 - Ulcération
 - Troubles de la coagulation
 - Perturbations hématologiques liées à l'état général...
- Deux types d'approche:
 - Locale
 - ✦ Compresses imbibées d'adrénaline ou d'Exacyl ®
 - Générale
 - ✦ Exacyl ®
 - (pas d'effet si hypoplaquettose)
 - Im, iv buvable
 - Aigu : 1-2 amp 3x/j
 - ✦ Protocole de détresse

Hémorragies



- ANTICIPER/réflexion éthique
 - Transfuser après un épisode d'hémorragie? Ou pas?
 - Si protocole de détresse => maintien de la sédation ou pas?
 - Essuies de couleur foncée (↓angoisse pour les proches)
 - Discuter, expliquer les risques avec l'entourage, les équipes...

Fièvre



- Origines

- Origine « centrale »

- ✦ Si tumeur ou métastases cérébrales importantes

- La tumeur (pyrogène)

- ✦ Le soir ou la nuit
- ✦ En plateau (sous 38.5)

- Infection

- ✦ Frisson, sudation
- ✦ Continue (sup 38.5)

=> *La fièvre peut-être un des derniers signes de la « fin de vie ».*

Fièvre



- **Mesures générales**
 - Ventilation de la pièce
 - Essuies humides
 - Petits sacs de glace niveau des plis inguinaux et les aisselles
- **Mesures médicamenteuses en phase ultime**
 - Alternier suppositoires de Perdolan® et de Novalgine® (métamizole sodique, 500mg)
 - +/- Temesta expidet® (diminution de l'anxiété)
 - Corticoïdes (médrol®)

CONVULSIONS



- !! Pas de consensus vis-à-vis d'une prévention dans le cadre de tumeur cérébrale (primitive ou méta) et qui n'a jamais fait de crise.
- Si crise:
 - Diazepam (10mg/2ml IR, sl ou sc...) puis 4x/J
 - Midazolam (10-15 mg en sc)
 - Lorazepam (2.5 mg en sublingual) puis 4x/j

Convulsions



- Si risque de récurrences:
 - Clonazépam (Rivotril®): 5-30 gouttes/24h
 - Phénobarbital (prépa magistrale): 150 mg 2x/j en supp.
 - Corticoïdes (si métas cérébrales): souvent déjà présents dans le traitement: majorer les doses (œdème péri-tumoral)

- En phase ultime
 - Si pas de crise récente: stopper le ou les médicaments anticonvulsivants
 - Si crise récente: midazolam 10-30 mg/24 en sc ou via pousse-seringue

Convulsions



- **Anticiper**

- si crises trop fréquentes: placer un « papillon » avec produits préparés...
- Si crises trop rapprochées et difficiles à contrôler, anticiper l'hospitalisation éventuelle.

Agitation « terminale »



- Souvent signe d'une anxiété importante
- Mais pas toujours...
 - Surdosage morphiniques
 - ✦ Myosis, myoclonies, dépression respiratoire, confusion
 - Rétention urinaire (morphiniques, anticholinergiques)
 - Convulsions (si métas cérébrales)
 - Fièvre...

Agitation terminale



- ⇒ Alprazolam (10 gouttes 3x:j)
- ⇒ Diazépam (co, amp: voie iv ou sc ou sublingual)
- ⇒ Lorazepam (temesta expidet 2.5)
- ⇒ Dormicum (sc ou rectal: 5-10 mg toutes les 8h)

Agitation terminale



- Parfois « incontrôlable »
 - Savoir reconnaître les signes de la phase ultime
 - ✦ Marbrures, pincement de nez, pauses respiratoires
 - ✦ « *il fait ses paquets* »
 - ✦ Les râles du mourant
 - Présence, écoute et soutien aux proches
 - *Faut il s'en aller sans faire de bruit ?*

Un mot sur le protocole de détresse



- Si

- Dyspnée aiguë
- Douleurs incontrôlables
- Hémorragie cataclysmique
- Agitation extrême
- Toute autre situation insupportable

⇒ *Sédation qui commence dans les 10 minutes et dure 3-4h*

⇒ *Amnésie antérograde*

⇒ *Sédation susceptible de se prolonger...*

Protocole de détresse



- Produits préparés à l'avance et équipe concertée!
- Dosages: dépendent du traitement de fond!

- Seringue 1:
 - ✦ midazolam (amp 15mg/3ml)!: 5-10-15mg

- Seringue 2:
 - ✦ morphine :10-15-20 mg
 - ✦ + scopolamine (0.5mg)

Réflexion éthique cc le protocole de détresse



- Risque que le patient ne se réveille pas même si objectif= passer un cap difficile
- Nécessaire accord du patient et/ou de l'entourage
- Nécessité d'en discuter avec les autres soignants
 - ++ avec ceux qui sont susceptibles d'injecter

Rôle de la plate-forme dans les situations d'urgence



- Conseils 24h/24 et 7j/7 via le téléphone pour tous
- Présence et soutien à la première ligne
- « Expertise » et surtout regard « extérieur »

- Ne dispose pas de matériel à injecter!
- Ne se déplace pas à la place d'une première ligne afin d'injecter des substances (même si protocole)

- Rôle du 1733 durant les week-end!

En bref...



- Situations de fin de vie toutes différentes...
- ...et « lourdes » au niveau humain car :
 - Nécessité de disponibilité (soirées, nuits, garde de week-end !)
 - ✦ ++ si situation « à risque »
 - Nécessité de collaboration et d'échanges **réguliers** entre le patient, sa famille et les différentes équipes soignantes (TEMPS!)
 - L'anticipation permet souvent (mais pas toujours) d'éviter des situations difficiles pour tous
 - ✦ Différents facteurs qui ne dépendent pas que de nous
 - ✦ Passage aux urgences parfois nécessaire et inévitable
 - ✦ Parfois soumis à nos propres limites...

A retenir...



- Traiter précocement tout symptôme nouveau
- Prévoir des médicaments de réserve en quantité suffisante au domicile du patient (week-end..)
- Anticiper le changement de voie (per os=> sc)
- Directives claires et écrites
- Relais au médecin de garde le week-end si néc.
- Réévaluer régulièrement le choix du patient

Documents consultés



- Site du palliaguide.be :
 - <http://www.palliaguide.be/dyspnee-soins-palliatifs/>
- Le livre « Aux sources de l'instant »
Cécile Bolly-Michel Vanhalewyn
ed. weyrich



**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**