

# 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**