

Soins palliatifs à domicile

Situations d'urgences

Dr Bruno ROCHAS

Introduction: *urgence en phase terminale?*

- Urgence:
 - symptôme aigu ou acutisé
 - imprévu
 - source de stress, d'angoisse
- Phase terminale
 - Fin de vie = plus rien d'urgent ??...
 - Angoisse de mort imminente (patient, famille)
 - Crainte de « souffrir », de « mourir étouffer »...
 - Sentiment d'impuissance (entourage, soignants, médecin)

→ Importance de l'anticipation de ces situations

Anticipation

- Anticipation médicale:
 - Évaluer le pronostic évolutif (ATCD, âge, évolution de la maladie, complications antérieures surajoutées)
 - Prévoir les risques de complications aiguës (douleur, dyspnée, agitation...)
 - Penser aux alternatives thérapeutiques sortant parfois des protocoles standardisés pour la pathologie...
- Anticipation soignante:

Y a-t-il des prescriptions disponibles permettant:

- Réactivité/action directe de l'IDE
- Rapidité d'action des thérapeutiques
- Logistique adaptée au domicile
- Relais après départ de l'IDE
- Alternatives éventuelles

→Coopération et coordination indispensable

anticipation (2)

- L'entourage: quelle capacité?
 - à comprendre la situation
 - à entendre la gravité et le risque évolutif
 - à participer à une conduite à tenir
 - à être prêt à vivre une aggravation (voire la mort) à la maison

Le patient:

- Quelle perception de la situation?
 - Quelle faculté de comprendre , de donner son avis?
 - Quelle disposition à anticiper et exprimer un choix?
- décision partagée autant que possible

En pratique

- Anticiper les situations cliniques:
 - Acutisation de douleurs
 - Dyspnée
 - Confusion/agitation/angoisse majeure
- Agir rapidement:
 - Voie d'administration simple
 - Per os
 - Transmuqueux (Fentanyl ACTIQ)
 - Sous cutanée (morphine, corticoïdes, neuroleptiques, midazolam...)
 - Pompe portable contrôlée par le patient (PCA)
 - Protocole rédigé, clair, disponible à domicile
- Alternatives également inscrites (n° d'urgence, hospitalisation...)

Douleur aiguë

- Maniement des antalgiques expliqués au patient
 - 3 paliers OMS
 - Morphiniques
 - à libération prolongée (Skénan, Durogésic...)
 - augmentation par palier de **30 à 50%**
 - à libération immédiate (Acti-Skénan, Oramorph, Oxynorm, Actiq...)
 - **1/10^e** de la dose journalière, à renouveler / 1 à 4 h selon la situation
 - Surveillance signes de surdosage = hallucinations
somnolence
fréquence respiratoire <12/mn

Dyspnée

- **Traitement médicamenteux:**
 - Quelle que soit la cause de la dyspnée:
(en complément éventuel du traitement étiologique)
 - Flash test de **corticoïdes**:
broncho-dilatateur et réduction des sécrétions
ex: SOLUMEDROL 2mg/kg (s/c dans faible dilution)
 - **Morphine**
 - **Anxiolytique** (benzodiazépine)
 - +/- **O₂**
 - +/- **atropinique** si hypersécrétion persistante
(Scopolamine injectable ou transdermique ou orale)

Morphine et dyspnée

- Utilisation validée (Afssaps, HAS, études)
 - Diminution de la fréquence respiratoire
(dépression respiratoire contrôlée)
 - Diminution subjective de la sensation d'essoufflement
 - Pas d'aggravation de la fonction respiratoire
 - Objectif: frequ. respi < 20-25/mn mais > 12/mn !!
- => Adaptation des doses comme pour la douleur (démarrer à 1/2 dose)
- Réversibilité de l'effet (usage transitoire éventuel)
- ≠ Sédation
- Morphine orale ou injectable (transmuqueux, Actiq?)

Agitation - Confusion

- Recherche d'une cause évidente
 - Iatrogène (corticoïdes, morphine, psychotropes...)
 - Douleur non contrôlée
 - Rétention d'urine, fécalome ++
 - Trouble ionique ou métabolique
 - Pb neurologique
 - Angoisse majeure sous jacente +++
- Ttt étiologique autant que possible

Agitation

traitement symptomatique en urgence:

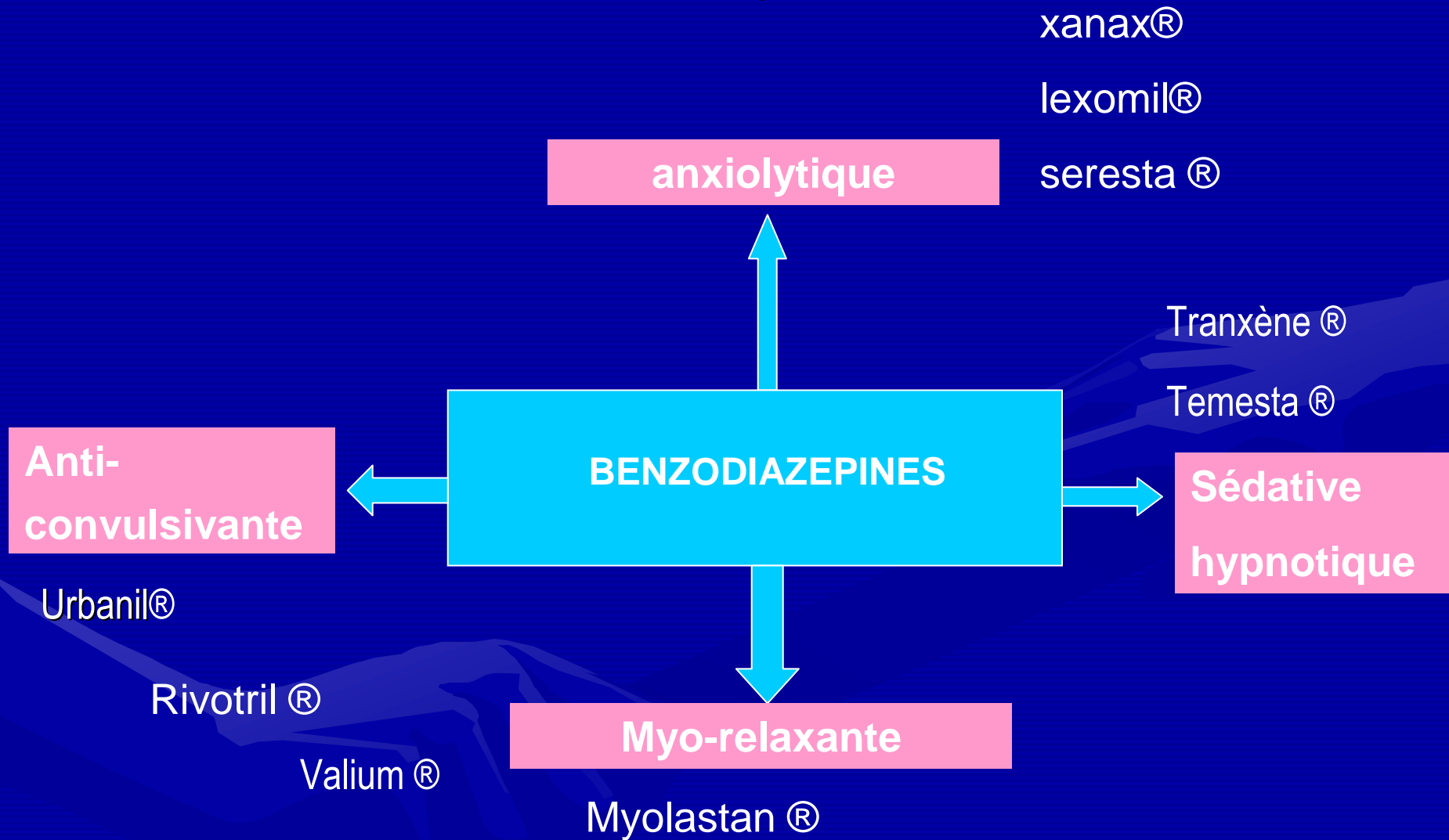
- En cas de forte agressivité
 - Neuroleptiques « classiques »:
 - => voie orale, s/c, IV (en continu ou /8h)
 - HALDOL: 3 à 30mg/j (++si hallucinations / peu sédatif)
 - LARGACTIL: 25 à 100mg/j (PO ou IV)
 - TERCIAN: 50 à 300mg/j (PO ou IV)
 - Neuroleptiques « récents »
 - RISPERDAL
 - LOXAPAC oral ou IM

Agitation

traitement symptomatique en urgence:

- En cas d'angoisse majeure +/- agitation
- Benzodiazépine injectable à demi vie courte
 - Midazolam
HYPNOVEL® VERSED®
 - AMM: « situation d'urgence »

MIDAZOLAM: une benzodiazépine « polyvalente »



midazolam

- Ampoule injectable: IV, S/C, Sub-linguale, intra-rectale, intra-nasale, aérosol, IM.
- **HYPNOVEL®** : 5mg/1 ou 5 ml et 50 mg/5ml
 - Dispensation hospitalière (+ rétrocession)
 - AMM= -Sédation vigile pour acte à visée diagnostic ou thérapeutique
 - Anesthésie
- **VERSED ®**: 2mg/2ml
 - En libéral (par le laboratoire, pour trousse du praticien)
 - AMM = sédation vigile en situation d'urgence

Hypnovel® midazoloam

- **Avantages:**
 - Effet dose/dépendant:
 - Anxiolytique à faible dose (2,5 à 10 mg/24h)
 - « Sédation partielle » pour agitation (5 à 20 mg/24h)
 - « Sédation complète » pour souffrance aiguë rebelle ou à risque vital immédiat (suffocation aiguë, hémorragie cataclysmique...)
 - **1/2 vie courte: 2 heures => réversibilité**
(Tranxène®, Valium®: 30 à 150 h !!...)
 - **Antidote: ANEXATE®(flumazénil)**
 - Diversité des voies d'administration (sublingual, s/c, iv, intra-rectal, nasal...)

Hypnovel®

Précautions d'emploi

- Administration en continu (+/- bolus)
- Potentialisation des morphiniques
(sommolence, dépression respiratoire)
- Tachyphylaxie, dépendance
- Diminuer les doses chez l'insuffisant hépatique et sujet âgé
- Surveillance clinique rapprochée

Indications (SP)

- Anxiolyse:
 - si voie orale impossible
 - à faible dose, **5 à 20mg/24h** (IV ou SC) en continu à la seringue électrique
 - Patient réveillé et orienté (Ramsay : 2)

Indications midazolam(2)

Sédation en situation de détresse aiguë

Avec risque vital immédiat (suffocation, hémorragie cataclysmique, agitation ...)

- **1mg IVD/ 3mn** jusqu'à occlusion des paupières (max 3mg)
- En s/c: 2,5mg +/- à renouveler après 10-15mn
- puis relais par **10mg/48cc** au PSE, vitesse 2
(dose horaire = 50% dose initiale)
- Surveillance / h et adapter la vitesse:
+/- 0,5 cc/h pour obtenir un état calme mais réveillable à l'appel
(Ramsay = 4 max)

Rq: La sédation doit être réversible après contrôle des Sp

Indications (3)

- Situation vécue comme insupportable par le patient:
 - Après essai de « tous les moyens disponibles et adaptés » pour soulager le patient (ex: avis d'intervenant extérieur)
 - Après explication et consentement du patient autant que possible (sinon: personne de confiance)
 - Discussion d'équipe: objectifs discutés et réévalués.
 - Commencer par sédation intermittente (ex: jour/nuit)
 - Poursuite du reste du traitement de confort (ex:antalgiques)
 - La sédation doit rester potentiellement réversible
 - Intention= diminuer le vécu de souffrance et non hâter la mort

Monsieur le médecin traitant
Madame, Monsieur le médecin de garde
Madame l'Infirmière à Domicile

Exemples de prescription anticipée à domicile

Le 14 Janvier 2005

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Madame T. Louise, 85 ans est atteinte d'une insuffisance rénale au stade terminale, d'une cardiopathie et d'un lymphome de découverte récente.

La patiente est tout à fait lucide et consciente de la gravité de son état de santé; elle en a parlé avec sa famille, son médecin traitant, les différents spécialistes (cardiologues, néphrologue), notre équipe ...

Elle s'est opposée à la proposition d'une dialyse qui n'est d'ailleurs maintenant plus réalisable à cette phase. Elle a plusieurs fois réclamé qu'il ne soit pas fait de traitement lourd. Un retour à domicile s'est décidé avec elle et elle a demandé à ne pas être ré hospitalisée en cas d'aggravation.

Nous lui avons signifié que nous respectons ce choix, ce qui nécessite d'anticiper les éventuelles complications attendues dans ce contexte.

Le problème essentiel est celui de la dyspnée induite par l'œdème pulmonaire, actuellement bien contrôlée par 500mg de LASILIX per os et 5mg de morphine iv/24h bien supportée, que nous passons ce jour en voie sous cutanée avec une PCA.

En cas d'aggravation de l'état clinique nous vous proposons le protocole suivant :

PROTOCOLE DE TRAITEMENT – DYSPNEE AIGUE

En cas de dyspnée aigue (essoufflement important, plainte subjective et/ou fréquence respiratoire supérieure à 25/mn) :

Par la famille

- Augmenter l'oxygène à 5 litres/mn.
- Faire une dose (au moyen de la poire) avec la pompe à morphine qui délivrera : 1 mg, à renouveler tout les 20 mn si nécessaire, en attendant l'infirmière et/ou un médecin.

A l'arrivée de l'infirmière et/ou du médecin : réévaluer la situation : chercher une fréquence respiratoire entre 10 et 25 /minute et/ou un soulagement subjectif, en renouvelant si besoin des interdoses de morphine.

Après soulagement : augmenter le débit de base de la pompe à morphine de 30 à 50% (par ex. de 0.2 à 0.3 mg/h).

En cas d'encombrement important :

- **SOLUMEDROL 120 mg** : 1 flacon par voie sous cutanée directe (à diluer dans 3cc d'eau pour préparation injectable), à réaliser par l'infirmière dès son arrivée.
- **SCOPOLAMINE** : ½ ampoule par voie sous cutanée à renouveler toutes les 8 heures si besoin.

En cas d'angoisse majeure ou d'agitation liée à la dyspnée :

- **VERSED 2 mg (midazolam)** : ½ ampoule par voie s/c à renouveler au bout d'1/4 d'heure si nécessaire. Puis relais en augmentant le débit de morphine comme indiqué plus haut.
(Ou autre BENZODIAZEPINE à disposition du prescripteur)

Ce protocole n'est qu'une proposition et une aide face à une situation aigue, pour améliorer le confort.

Il n'a aucune intention d'accélérer un processus morbide.

Une fois les symptômes contrôlés, une re-discussion avec la patiente et sa famille parait indispensable pour réévaluer le consentement à cette stratégie, celle-ci ayant pu évoluer entre-temps (ré hospitalisation ?)

Nous restons à disposition par téléphone (04.74.31.30.70 /04.74.31.33.33 + bip30.68), pour rediscuter de cette situation ou du traitement.

En vous remerciant de votre collaboration,

Bien confraternellement.

Docteur B. ROCHAS

Monsieur le médecin traitant
Madame, Monsieur le médecin de garde
Madame l'Infirmière à Domicile

1er décembre 2003

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Mme D. 72ans est atteinte d'une forme rapidement évolutive de sclérose latérale amyotrophique, avec atteinte bulbaire responsable de troubles de déglutition, troubles de phonation et atteinte débutante de la fonction respiratoire.

La patiente est informée du diagnostic et du pronostic de la maladie ; elle a pu en parler avec sa famille, son médecin traitant, notre équipe ...

Après consentement éclairé, elle a accepté le principe d'une alimentation entérale à titre de confort. Elle est en revanche clairement opposée à toute éventualité d'une assistance respiratoire (intubation, trachéotomie et également ventilation non invasive). En outre, elle souhaite rester chez elle, même en cas d'aggravation.

Nous lui avons signifié que nous respectons ce choix, ce qui nécessite d'anticiper les éventuelles complications attendues dans ce contexte. C'est pourquoi nous vous proposons le protocole de traitement qui suit, après l'avoir expliqué à la famille.

Conclusion

- Questions soulevées:
 - Anticipation
 - Qui fait quoi ? (famille)
 - Risque de trop en demander à la famille?
 - Attention à trop d'anticipation (deuil anticipé)
 - Surmédicalisation de la mort ?
 - Idéalisation de la mort à domicile?
 - Traitement de symptômes terminaux
et non pas traitement terminal des symptômes...