



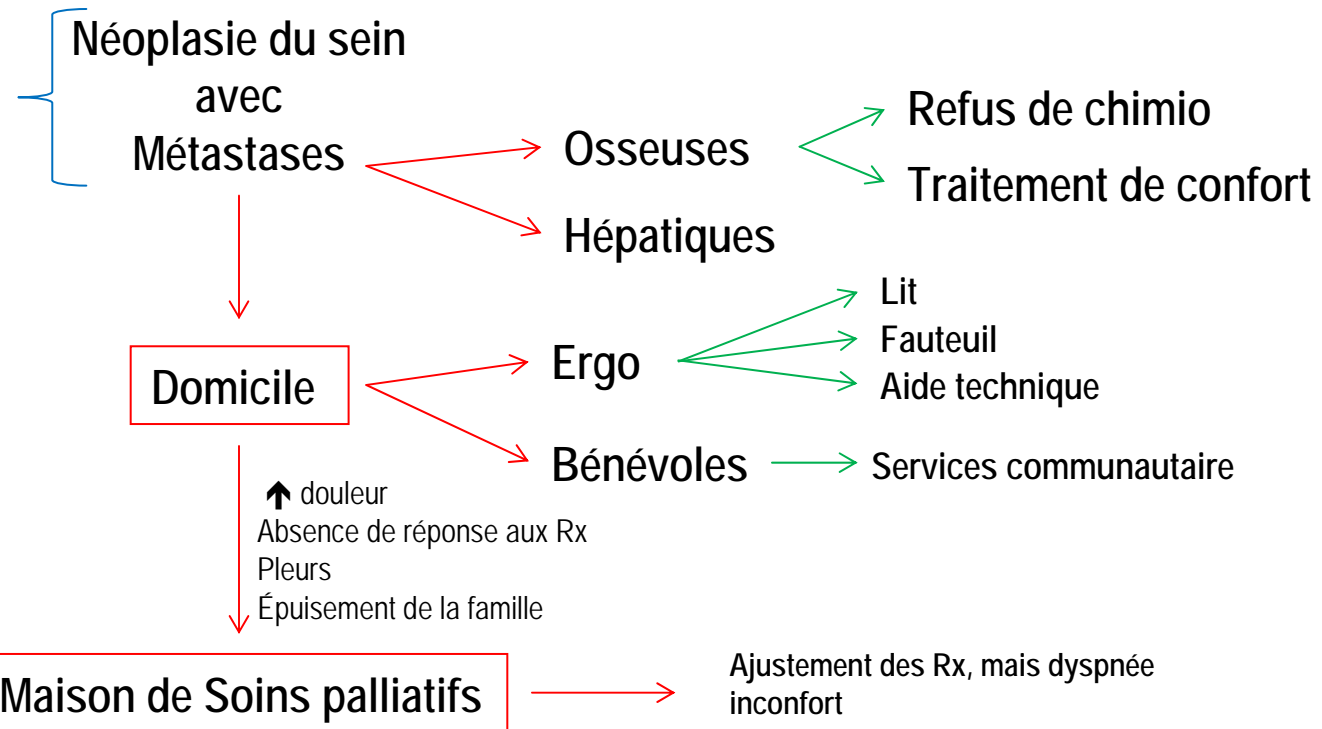
L'évaluation et le soulagement de la douleur en équipe interdisciplinaire

Septembre 2011

QUE SAVONS-NOUS?

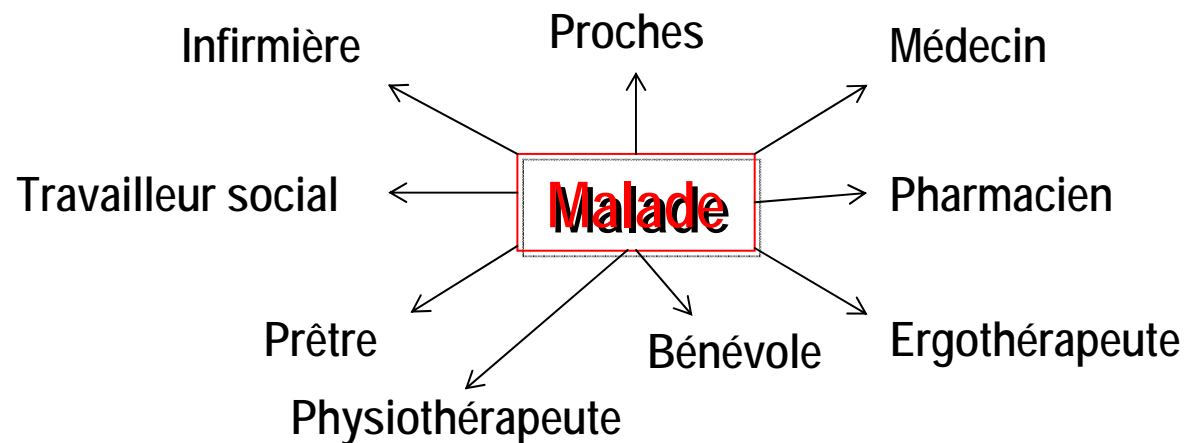


68 ans - Autochtone



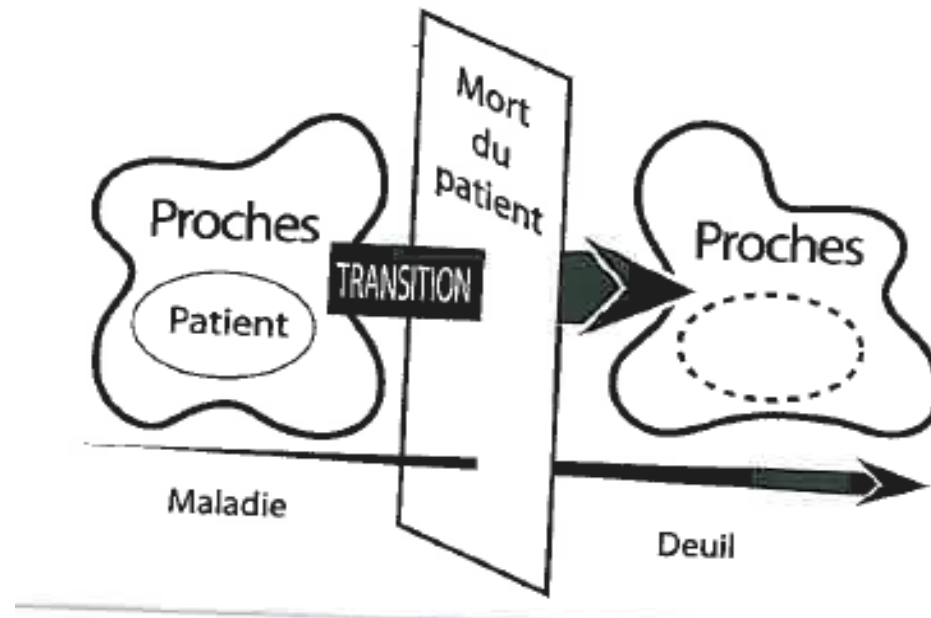
ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

en soins palliatifs,
c'est un travail d'équipe




Face à une période de TRANSITION

Le patient et ses proches

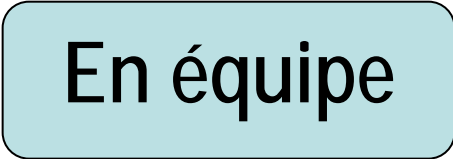




Un atout



**Anticiper les
problèmes**



En équipe

Que voulez-vous savoir?

1. Histoire médicale:

- a) Diabète
- b) MPOC
- c) MCAS
- d) Insuffisance Cardiaque
- e) Maladie mentale
- f) Chirurgie
- g) Etc.

2. Histoire personnelle:

- a) Frères / sœurs
- b) Enfants
- c) Drame vécu
- d) Problèmes (résolus, non résolus)

3. Habitudes:

- a) Tabac
- b) ROH
- c) Drogues

Que voulez-vous savoir?

4. **Évaluation de la douleur:** Par l'infirmière

5. **Examen physique:**

Que recherche-t-on?

- Auscultation pulmonaire: Râles, Tirage
- Facies: lèvres, cou, thorax – Syndrome de la veine cave (SVC) supérieure
- Cœur: souffle, bruits réguliers et irréguliers, F.A.
- Points de pression: plaie (cutanée, métastases, sein, odeur, siège, talon)
- Œdème (pré-sacré, membre supérieur: lymphœdème, membre inférieur)
- Système nerveux central: orientation – myoclonie, etc.

Médicaments déjà tentés et en cours

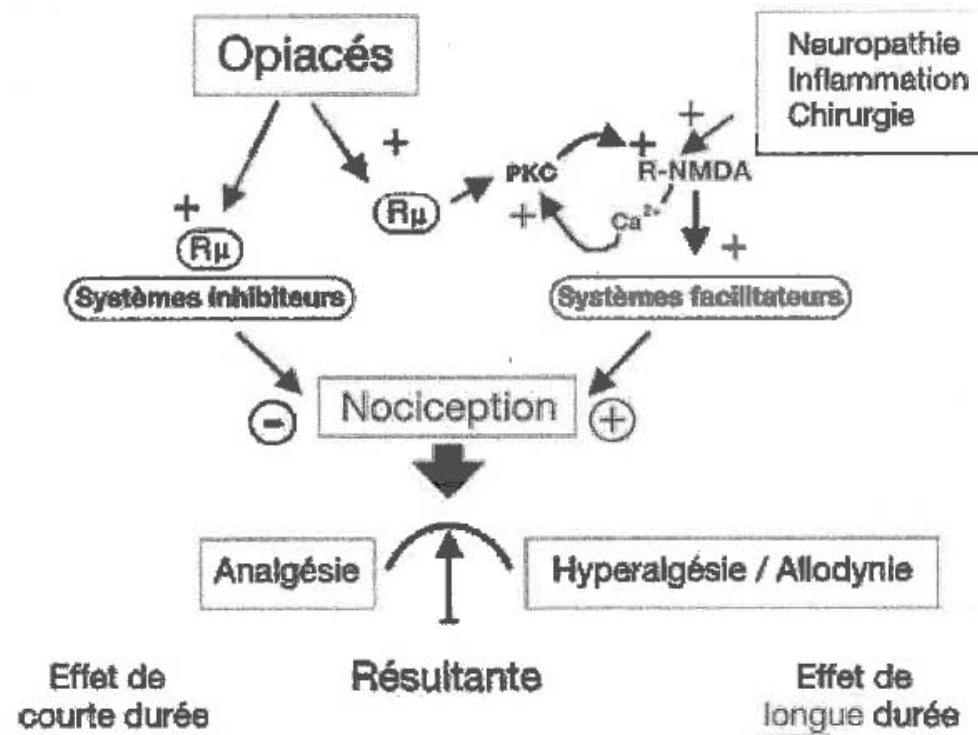
- ◆ Inhalo: bronchodilatation
- ◆ O2
- ◆ Corticostéroïdes
- ◆ AINS
- ◆ Diurétiques
- ◆ Opioïdes (T.D., per os, SIC)
- ◆ Anticonvulsivant
- ◆ Anxiolytiques
- ◆ Antipsychotiques
- ◆ Etc.

Et leur

réponse

Bonne
Effets secondaires
Posologie
Allergie

ATTENTION - HYPERALGÉSIE



D'où rotation d'opioïdes

Méthadone



Centre de santé et de services sociaux
de Sept-Îles

ET ENCORE.....

- ◆ **Pronostic**
 - Jour
 - Semaine
 - Mois

- ◆ **Que désire le patient!**

- Qu'a-t-il déjà exprimé?
- Que devons-nous lui demander? Les non dits
 - Ses peurs... la mort
 - Ses attentes

- ◆ **Et les proches**

- Qui sont-ils?
- Où sont-ils?
- Que savent-ils?

Que désirez-vous faire?

Y a-t-il place pour

Investigations

→ Rx poumons

→ PSA

→ Prélèvements (FSC, créatinine)

Traitements

- Radiothérapie
- Chirurgie palliative
- Autres

Aller à la plage.....





ANXIÉTÉ

- Le pire potentialisateur de la douleur

- Malaises physiques associés:

Tension musculaire, impatience motrice,
hyperactivité, engourdissements, dyspnée, insomnie

- Conditions associées:

Hypoxémie

Délirium

ANXIÉTÉ (suite)

- ◆ Traitements:

- 1- Psychothérapie:

- Ecoute- Attitude sereine dans un environnement calme-support-relaxation-massage-toucher thérapeutique- musicothérapie

- 2- Pharmacothérapie:

- Benzodiazépines: rivotril, ativan...

- Antidépresseurs: réméron(sédatif-stimule appétit)

- tricyclique: désipramine plus stimulante, nortryptiline plus

- sédative à petite dose

- insomnie) -Antipsychotiques: Zyprexa à petite dose 5 bid(bon si nausée, peu appétit et

- Séroquel 25 mg die à tid

- m-Nozinan si douleur et agitation 5-25 mg die

FOI ET PRIÈRE.....



	Lorazepam	Diazépam	Midazolam
Dose	0,05 mg/kg (2mg IV si < 60 kg) (3mg IV si > 60 kg)	0,15 à 0,25 mg/kg (10 à 20 mg)	5 – 10 mg S.C.
Répétition	15 – 20 min	5 min (I.V.) 15-30 min (I.R.)	15 min
Maximum	4 mg / dose 8 mg /12h	40 mg (I.V.) 20-30 mg (I.R.)	-
Voies	I.V. / S.C. / S.L	I.V. / I.R.	S.C. / I.V. / I.N.
Début action	6 – 10 min (I.V.)	1 - 3 min (I.V.) 5 – 10 min (I.R.)	5 min (I.V.) 5-15 min (S.C.)
Durée	12 – 24 h	15 – 30 min (I.V.) 30 min - 2 h (I.R.)	2 h
Efficacité	87%	79%	Le + efficace (\$)



DÉPRESSION

- ◆ Challenge diagnostique car associé à des symptômes neuro-végétatifs:
fatigue- insomnie- diminution de la concentration , de l'appétit et perte de poids
 - Condition médicale: trouble métabolique, hypo – hyperthyroïdie- déficit nutritionnel- insuffisance surrénalienne etc

Approche thérapeutique:

Toujours vérifier qualité du sommeil

Psychothérapie

Pharmacothérapie

DÉPRESSION

◆ PSYCHOTHÉRAPIE

Reconnaitre sa souffrance- aider à l'exprimer et partager l'expérience

Faciliter les nombreux deuils_ travail-santé- autonomie- sexualité- loisirs-sécurité financière etc

Corriger les fausses perceptions

Identifier des objectifs réalistes

Redonner un certain contrôle

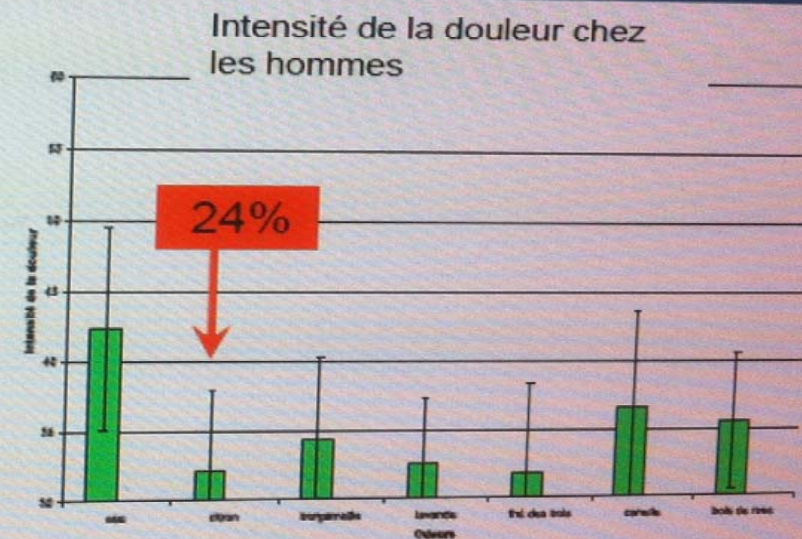
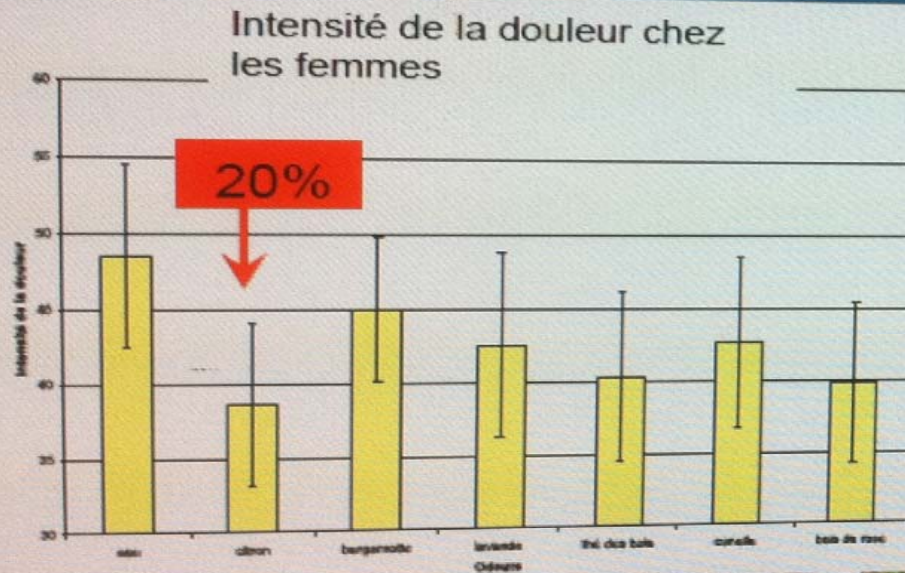


Étude expérimentale

- Identification d'une odeur, parmi 7 odeurs testées, diminuant la perception de la douleur: **citron**



Demers, CPS 2



PLAIES DIFFÉRENTES

DÉPRESSION

◆ PHARMACOTHÉRAPIE

Psychostimulants:

Ritalin 5 mg AM et midi aide pour fatigue et donne léger regain- plus d'intérêt- qualité de vie

Alertec si ritalin inefficace et somnolence avec les opioïdes-

Antidépresseurs:

selon pronostic...début d'action 2-4 sem-
interaction médicamenteuse à surveiller: célexa

Antidépresseurs

Antidépresseurs	[Dosages]	Particularités
<u>Citalopram</u>	10 -60	Intéractions neutres
Fluvoxamine	25-300	Sédatif- HS
Sertraline	25-200	Anti-panique
Fluoxétine	10-80	TOC- Boulimie Longue ½- vie
Paroxétine	10-60	TOC-Panique-Dlr neuropathiques
<u>Venlafaxine</u>	37,5- 375	5-HT et NE- Dlr neuropathiques
<u>Bupropion</u>	100- 350	DA et NE- énergisant- atteintes SNC: attention
<u>Mirtazapine</u>	5-60	Anti HT2 et HT3 – NE et HT- sédatif

Antidépresseurs

Antidépresseurs	[Dosages]	Particularités
Nortryptiline	25-150	Effet dans les douleurs neuropathiques documentés- effet NA
Désipramine	10-300	Effet dans les douleurs neuropathiques documentés Effet NA
Amitryptiline	12,5-300	Effet dans les douleurs neuropathiques documentés Effet 5HT +/- NA

DÉPRESSION

TRAITEMENTS

Antipsychotiques:

potentialise l'antidépresseur- parfois
composante psychotique de la dépression-

Zyprexa zydis: 5mg-10 Hs- aussi effet
antinauséieux

Séroquel XR-50-100 mg au souper surtout
si composante anxieuse mais aussi sédatif- attention HTO

Nozinan 5-25 HS si douleur-agitation



DIFFICULTÉES RESPIRATOIRES TERMINALES

Présentation clinique

1- Polypnée terminale

2- Cyanose:
(lèvres-oreilles ongles)

3- Respiration sifflante
(bronchospasme
surcharge)

Traitement

Morphine
5mgs/c q h
PRN

O2 via
lunettes

Bronchodilatateur
prednisone
lasix

DIFFICULTÉES RESPIRATOIRES TERMINALES

PRESENTATION CLINIQUE

4-Encombrement bronchique
(râles humides-sécrétions)
râles agoniques

5- Toux pénible

TRAITEMENT

Scopolamine
0.6- 0.8
solumédrol?
80 mg s/c
lasix 20mg
s/c q 30min
X3

Nozinan 5-10 mg q 8h
selon réponse

Xylo 40 mg(4ml à 1%)
en pulvérisation? loin des
repas

Nébulisation de salin

Drainage postural et percussion

Soins palliatifs au quotidien

Les râles agoniques

Physiopathologie

Les râles agoniques (ou encombrement bronchique terminal) résultent d'une accumulation de sécrétions dans les voies aériennes (hautes et/ou basses) secondaire à la disparition des réflexes de toux et de déglutition.

Les sécrétions proviennent des glandes salivaires et de la muqueuse bronchique. Elles peuvent également résulter de situations pathologiques telles qu'un œdème ou une surinfection pulmonaire.

Manifestations

Les râles agoniques se manifestent quelques heures à deux ou trois jours¹ avant le décès. Ils sont présents chez environ 50% des patients. Les malades souffrant d'une atteinte cérébrale y sont prédisposés.

Ils se manifestent sous forme de bruits expiratoires humides, plus ou moins bruyants.

Chez le patient conscient, ils peuvent s'accompagner d'une sensation de dyspnée.

Chez le patient inconscient, ils peuvent s'accompagner de signes cliniques d'inconfort.

Quand traiter ?

La diminution de l'hydratation parentérale voire son interruption peut suffire à réduire voire à supprimer les râles agoniques.

Un traitement médicamenteux est indiqué chez un patient incommodé par l'encombrement ou, s'il est inconscient, présentant des signes cliniques d'inconfort respiratoires.

Les râles agoniques suscitent fréquemment une grande détresse chez les proches d'un patient apparemment confortable. Un traitement symptomatique peut être indiqué si les explications données par les soignants ne suffisent pas à les reconforter.

Approche médicamenteuse

Chez le patient conscient et capable d'expectorer :

- Aérosols de NaCl 0.9% 4 à 6ml
- Mucolytique (p.ex. Flumucil® 200 mg 3x/j)
- Physiothérapie respiratoire
- Si persistance de la dyspnée : morphine PO/SC à petites doses (2 à 5 mg/4h) chez le patient naïf d'opioïde ou augmentation de la posologie de 25% chez le patient déjà sous opioïde

Chez le patient inconscient ou trop faible pour expectorer :

- Anticholinergiques² : efficaces sur les sécrétions « physiologiques »
 - o Glycopyrolate (Robinul®) 0.2-0.4 mg/4-6h SC ou 1.2 mg/24h SC continu
 - o Hyoscine butylbromide (Buscopan®) 20 mg/4h SC ou 120 mg/24h SC continu
 - o Scopolamine (Transcop®) 1 patch/72h, max 3 patch/72h (risque de delirium)
 - o Atropine gouttes oculaires à 1% en sub lingual 1gtte/4-6h ou Atropine (Bellafit®) 20 gouttes/4-6h (risque de delirium)
- Si échec des anticholinergiques, lévomopromazine (Nozinan®) 3-6 mg/8h SC à titrer selon réponse clinique

- Si traitement insuffisant ou signes cliniques d'inconfort respiratoire, morphine selon schéma ci-dessus (page 2)
- Si une composante cardiaque suspectée, test au furosémide (Lasix®) 20-40 mg SC ou IV (~~10 mg~~ 20 mg SC à 30' x 3)

Approche non médicamenteuse :

- Les râles engendrent souvent des manifestations d'inconfort de l'entourage (anxiété, agitation, agressivité, fuite) qu'il convient d'anticiper en donnant des informations. Expliquer notamment les différences entre bruits respiratoires et inconfort respiratoire et les phénomènes d'alternance entre râles et pauses respiratoires.
- Assurer une surveillance régulière d'éventuels **signes d'inconfort respiratoire** : (utilisation des muscles accessoires, tirage, crispation du visage, agitation motrice, pipage, etc.)
- Evaluer la dyspnée, dès lors qu'elle est exprimée, en utilisant l'échelle appropriée (Visuelle, numérique, verbale).
- Assurer une surveillance régulière de la **diurèse** (éventuelles complications urinaires comme un globe sur traitement par anti-cholinergique, évaluation des effets d'un traitement diurétique), de l'apparition ou l'augmentation d'œdèmes, (surcharge hydrique)
- S'assurer de la prise en compte de l'**anxiété** du patient, lui assurer un environnement calme et apaisant.
- **Positionnement du patient** :
 - lorsqu'il est **conscient** : encourager le patient à chercher une position qui lui convient
 - lorsqu'il est **inconscient** : privilégier, si possible, une position de décubitus ¾ latéral qui favorise le drainage postural et évite les compressions thoraciques et abdominal (penser à caler le dos, les cuisses et les aisselles avec des coussins)
- **Soins de bouche** : Ils aident à éliminer les sécrétions et permettent aussi de lutter contre la sensation de soif voir une sécheresse buccale. Mobiliser des moyens simples est souvent efficace (compresse humidifiée avec de l'eau fraîche, par exemple).
- S'assurer d'une **circulation régulière d'air frais** dans la pièce.
- Eviter la vapeur froide dans un rayon de deux mètres autour du patient (les gouttelettes d'eau en suspension peuvent se condenser et donc aggraver un encombrement).
- Réserver une place limitée à l'aspiration bronchique (ce geste peut être source d'un sévère inconfort pour un bénéfice limité, voire stimuler les sécrétions). Une aspiration, en bouche, de sécrétions accumulées peut toutefois s'avérer utile.

Références :

- 1 Ethierches J. et al. Caractéristiques des râles agoniques terminaux et leur traitement. J. of Pain and Symptom Management, Vol.21, 12, 17 2001
 - 2 Procédure d'utilisation des différentes techniques de prise en charge de l'encombrement bronchique. CI.UD 22, Comité de lutte contre la douleur, Hôpitaux de Toulouse, 2005
- Bennett M. et al. Opioid and muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care. Palliat Med 2002

Rédigé par :

Dr C. Mazzocato , P. Laurent

Réponses Quiz p 1 :

1. Vrai
2. c
3. Vrai

COMITE DE REDACTION

José	PEREIRA	Chaire Leonards, Universités Lausane - Genève, Chef service CHUV - Service de Soins Palliatifs
Christian	BERNET	EMSP ARCOS
Maurice	BAEHLER	EHNV / CTR Chambion
Yvan	BOURGEOIS	EMSP ASCOR - FSC
Brigitte	CHAPPUIS	EMS La Maison du Pélerin
Philippe	LAURENT	Centre de Diffusion, CHUV
Nicolas	LONG	EMSP ARC / EHC Aubonne
Claudia	MAZZOCATO	CHUV - Service de Soins Palliatifs
Sophie	MELANJOIE	EMSP ARC / EHC Aubonne
Marie-José	PAQUIER	EHNV CTR Orbe / EMSP Nord-Br
Françoise	PORCHET	Centre de Diffusion, CHUV
Josiane	PRALONG	Fondation Rive-Neuve
Etienne	RIVIER	Hôpital Riviera / CTR Mottex
Nathalie	STEINER COLLET	Cabinet Médical - Genève

Veuillez plier le long de cette ligne

DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES EN PHASE TERMINALE

PRÉSENTATION CLINIQUE

6- Etouffement
Hémoptysie

7- Anxiété

8- Détresse respiratoire

TRAITEMENT

Protocole de
confort

Versed 5mg
s/c q 3 h

Protocole de
confort

ORDONNANCES MÉDICALES PROTOCOLE DE CONFORT

N° DOSSIER

Nom et prénom à la naissance

Date de naissance (AA-MM-JJ)

Numéro d'assurance maladie

INDICATIONS OU SITUATION CLINIQUE VISÉE :

Patient en phase terminale et présentant l'une des conditions suivantes :

- Détresse respiratoire aigüe :
 - Tachypnée (rythme respiratoire rapide)
 - Tirage des muscles intercostaux et sus-claviculaires
 - Wheezing ou crépitements pharyngés
 - Dyspnée aigüe
 - Stridor
 - Étouffement majeur
- Hémorragie massive aigüe
- Autres : s.v.p. préciser _____

DESCRIPTION DE L'ORDONNANCE :

*** Le médecin doit prescrire en **PARAPHANT la case OU en inscrivant la dose pour chacun des médicaments** ***

❖ MIDAZOLAM (Versed®) 5 mg/mL

- > Dose : ____ 5 mg S.C. : Si prise occasionnelle ou 1 fois par jour de benzodiazépines ou poids < 70 kg.
- ____ 10 mg S.C. : Si prise régulière (plus de 1 fois par jour) de benzodiazépines ou poids > 70 kg.
- ____ S.C. : Autre dose.

❖ SCOPOLAMINE

- > Dose : ____ 0,4 mg S.C. ____ 0,6 mg S.C. ____ 0,8 mg S.C.

❖ NARCOTIQUES

• MORPHINE

- > Dose : ____ 10 mg S.C. : Si reçoit morphine 0 à 10 mg S.C. aux 4 h OU 0 à 30 mg p.o. aux 4 h.
- ____ 15 mg S.C. : Si reçoit morphine 11 à 30 mg S.C. aux 4 h OU 31 à 90 mg p.o. aux 4 h.
- ____ mg S.C. : Si reçoit morphine ≥ 31 mg S.C. aux 4 h OU ≥ 91 mg p.o. aux 4 h.

**** Donner 50% de la dose S.C. OU 25% de la dose p.o. MAX : 50 mg ****

OU

• HYDROMORPHONE (Dilaudid®)

- > Dose : ____ 2 mg S.C. : Si reçoit hydromorphone 0 à 2 mg S.C. aux 4 h OU 0 à 4 mg p.o. aux 4 h.
- ____ 3 mg S.C. : Si reçoit hydromorphone 2 à 6 mg S.C. aux 4 h OU 5 à 12 mg p.o. aux 4 h.
- ____ mg S.C. : Si reçoit hydromorphone ≥ 7 mg S.C. aux 4 h OU ≥ 13 mg p.o. aux 4 h.

**** Donner 50% de la dose S.C. OU 25% de la dose p.o. MAX : 10 mg ***

Si nécessaire; RÉPÉTER cette ordonnance aux _____ minutes.
(si non spécifié; peut être répétée 1 fois après un délai de 15 minutes)

MODALITÉS D'ADMINISTRATION

- > Administrer **en premier lieu** le midazolam.
- > Administrer la morphine ou l'hydromorphone et la scopolamine, **préparées dans la même seringue, rapidement** après le midazolam.
- > L'ordonnance est valide pour la durée de séjour du patient. S'il y a **modification des doses régulières** de narcotiques ou de scopolamine, les doses du protocole de confort doivent être revalidées.
- > Suite à l'administration du protocole de confort, aviser le médecin traitant : oui non

M.D. : _____ Date : _____ Heure : _____ Ph : _____



ETIOLOGIE DE LA DYSPNEE

1- Augmentation de la demande ventilatoire

- Catabolisme: hyperthermie
hyperthyroïdie
Paranéoplasie etc
- Anémie:
Saignement
Chimio
envahissement médullaire
- Acidose respiratoire
Cachexie
Insuffisance hépatique
- Défaut de ventilation:
Embolie pulmonaire- épanchement pleural
SVC
Lymphangite carcinomateuse
Atélectasie
épanchement péricardique- insuffisance cardiaque

ETIOLOGIE DE LA DYSPNÉE

2-Augmentation de la resistance des voies aeriennes

- Obstruction tumorale
- Pneumonite post traitement
 - radiothérapie, bléomycine..
- présence de sécrétions
 - Infection
 - Œdème
 - Sang
- Antécédents: MPOC
 - Asthme
 - Fibrose pulmon. etc

ÉTIOLOGIE DE LA DYSPNEE

◆ 3- Atteinte de la musculature respiratoire

-Atteinte générale:

Cachexie
Fatigue

- Neuropathie

Paralysie du nerf phrénique
SEP

- Résistance à l'expansion pulmonaire

Hépatomégalie sévère
Défaut de la cage thoracique
Infiltration néoplasique
Pectus excavatum
Dystrophie musculaire

-Myopathie

SLA(sclérose latérale amyotrophique)
Dystrophie musculaire

ETIOLOGIE DE LA DYSPNÉE

Douleur généralisée:

mauvais contrôle de la douleur

Condition psychologique:

anxiété- crise de panique

Mécanique

Globe vésical(Rx anticholinerg.)

Ascite

Reflux gastro-oesophagien

Dyspnée post-prandiale avec toux nocturne

Tableau 1 : Approche d'une dyspnée selon la chronologie du symptôme.

Très aigu (minutes)	Pneumothorax Embolie pulmonaire Inhalation
Aigu (heures)	Pneumonie Asthme Œdème pulmonaire Alvéolite allergique
Subaigu (jours)	Atélectasie (carcinome bronchique) Epanchement pleural
Chronique (mois, années)	BPCO <u>Fibrose pulmonaire</u>
Intermittent	Asthme Œdème pulmonaire

Conférence présentée dans le cadre du séminaire de printemps de
S.U.M.G.-U.L.B. (Turquie, 7-14 avril 2007)



Par un soir d'hiver.....



TRAITEMENT DE LA DYSPNEE

MESURES NON MÉDICAMENTEUSES

si conscient 1-Positionnement du patient dans son lit- semi-assis-fauteuil- confort+++-

inconscient

position $\frac{3}{4}$ latérale si

2- Fréquence de mobilisation à revoir

3- Aérer la pièce(fenêtre- ventilateur) - _Air frais vers le visage

4- technique de respiration

5- technique de relaxation Musique- odeur massage

6- Rassurer le patient-famille et soignant- un patient dyspnéique est toujours anxieux- Vérifier ce que le patient imagine...se noyer-étouffer..

7- Soins de bouche: compresses humidifiées avec de l'eau fraîche

8- Surveiller diurèse(globe)- constipation-fécalome

9- Éloigner les irritants; fumée- personnes mal venue

10- Conservation d'énergie

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

OXYGENE

1- on ne traite pas une saturation mais les symptômes

2- Lunettes nasales mieux tolérées en général que le masque

3- Attention: pas de vaseline-

Mettre pour le nez sec:

Sécaryl-glaxal base- vitamine E

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

OPIOIDES;

Pourquoi?

Il existe des récepteurs morphiniques au niveau des alvéoles bronchiques

Permet de réduire effort ventilatoire et la dyspnée

Effet sédatif

Réduction de la sensibilité à l'hypoxémie et l'hypercapnie

Comment?

Aérosol: pas prouvé- mais nébulisation de salin isotonique 0.9% 4ml peut aider à la sensation d'étouffement en facilitant le dégagement des sécrétions épaisses- intérêt particulier pour lymphangite carcinomateuse: (5-20 mg morphine dans salin-5ml)

Par voie sous-cutanée ou per os: en débutant à petite dose et en augmentant selon la réponse- 2 à 5 mg de morphine per os q 4h ou augmentation de 25% -50% de la dose d'opioïde déjà en place

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

- ◆ ANXIOLYTIQUES: briser le cercle vicieux dyspnée-anxiété

1-Midazolam(versed): si dyspnée sévère: 2.5-5mg s/c q 4h et réévaluer

2- Ativan: 0.5-2 mg q4h s/l-s

3- Clonazépam(rivotril) 0.5-2 mg per os tid

4- Diazepam(Valium) 2.5- 5 mg tid-qid- max 20 mg per os die

5- Méthotriméprazine(Nozinan): 10-25 mg s/c q 6-8h- également analgésique et sédatif

TRAITEMENT DE LA DYSPNEE

LES STÉROIDES

1-Mécanisme d'action:

Diminution de l'œdème péri-tumoral

Diminution des sécrétions

2- Indications:

obstruction-lymphangite carcinomateuse- SVC supérieure- pneumonite de radiation- MPOC sévère

3- Posologie:

Dexaméthasone(décadron): 4 mgs/c ou per os qid versus mégadose 50-100mg IV en 30 min

prednisone: 20-60 mg die à bid

Fluticasone(flovent): 250-1000 microg bid

4- Attention:effets secondaires

psychose paranoïde

agitation

candidose oropharyngée et oesophagienne

intolérance au glucose

myopathie proximale

5- Diminuer progressivement après contrôle des symptômes

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

LES BRONCHODILATATEURS

1-Salbutamol(ventolin):

de préférence en aérosol doseur:2-4 inh. q 4h sauf si agité ou trop faible

2- Anticholinergiques, Atrovent

N.B.NaCl 0.9% en nébulisation permet de liquéfier les sécrétions et diminue la sensation de dyspnée

Acétylcystéine(Mucomyst) aussi possible mais peut provoquer un bronchospasme



TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

LE LASIX...

1- Dans les râles agoniques.

Si composante d'insuffisance cardiaque terminale suspectée ou connue:

Test au lasix (Dr P. Vinay) :

20 mg s/c q 30 min x 3 (peut être augmentée à 40 mg selon réponse)

2- Lasix en nébulisation:

Mécanisme: effet bronchodilatateur, activation des récepteurs à l'étirement. etc)

Posologie: 20 mg en nébulisation qid dans 2 ml de NaCl 0.9% - bien toléré - effet en 20-30 min - durée d'action 4-6h

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

LES ANTICHOLINERGIQUES

1- Mécanisme d'action:

Diminution des sécrétions
effet anxiolytique et
amnésiant(scopolamine)

2- Posologie:

Scopolamine: 0.4-0.8 mg s/c q2-4h
ou (Transderm-V) timbre 1 mg q 3 jours
Robinul: 0.4-0.6 mg s/c q 2-4h

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

LES NEUROLEPTIQUES

1- Méthopriméthazine(Nozinan):

2.5-10 mais parfois ad 25mg per os ou s/c si l.on a besoin d'une sédation

2- Chlorpromazine(Largactil):

7.5-25 mg per os ou s/c q6-8h si agitation incontrôlable

3- Zyprexa zydis

5 -10mg bid à tid, effet antinauséux intéressant

4- Haldoperidol(Haldol)

0.5-2 mg s/c ou per os q h si agitation +++ associé puis espacé les doses

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

PROTOCOLE DE CONFORT

1- Objectif visé:

Soulager

pas d'euthanasie

2- Explications au patient et à la famille

3- conditions d'application:

détresse respiratoire

hémoptysie-hémorragie

agitation terminale réfractaire

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

Pas de réponse au protocole!!!!!! Et *

1- phénobarbital:

100-200 mg stat puis 90 à 1600 mg die en doses divisées per os, s/c ou IV

2- propofol: attention: surveillance particulière

Voie-intra-veineuse: 1 mg/kg/h au départ et augmentation par tranche de 0.5 mg/kg/h q 5-10 min ad sédation suffisante-maintien: 1-2 mg /kg/h

*N.B. tout a été essayé et pensé avant: benzodiazépine, neuroleptique, etc



MÉTASTASES HÉPATIQUES

Manifestations cliniques:

douleur abdominale supérieure

+/- irradiation à la base de

l'omoplate

douleur pire la nuit

Ascite-distension abdominale

inconfort-prise de poids

Satiété précoce

Dyspnée- orthopnée-tachypnée

Faiblesse- fatigue

Traitement

Ajustement de diurétique:

Ponction d'ascite

CONDITIONS PARTICULIÈRES

EPANCHEMENT PLEURAL

1- Signes et symptômes:

Dyspnée qui augmente avec évolution de l'épanchement

Douleur thoracique

Toux

Douleur à l'épaule

2- Investigations

RX poumons- CTScan

3- Traitement

Soulager...

ponction pleurale évacuatrice sous guidage échographique

talçage(pleurodèse chimique par injection d'agents sclérosants entre les 2 plèvres) si récurrence fréquente

selon le pronostic;;;confort à discuter

CONDITIONS PARTICULIERES

COMPRESSION DE LA VEINE CAVE SUPERIEURE

1- Signes et symptomes

Obstruction de la VCS par une masse pulmonaire ou médiastinale
(Néo pulm.- LNH les plus fréquents)

Dyspnée et orthopnée d'apparition progressive ou subite

Toux, parfois dysphagie

Oedème facial-dilatation des veines superficielles de la face, du thorax, du cou, bras,

droit le plus fréquent

stridor- cyanose- somnolence- convulsions signent une congestion cérébrale et sont une urgence

CONDITION PARTICULIÈRE

Syndrome de la veine cave supérieure(suite)

2- Investigation:

RX poumon: élargissement du médiastin

CTScan-RMN: Extension de la maladie

3- Traitement

Radiothérapie, traitement de choix

Chimiothérapie: si sensibles(LNH-Oat cell)

Endoprothèse chez certains patients

Médicamenteux: Décadron pour diminuer œdème péri tumoral

4- Référence: www.palli-science.com vidéo

CONDITIONS PARTICULIÈRES

ASCITE

1- Signes et symptômes

Augmentation du volume abdominal

Dyspnée et orthopnée quand importante

Nausée- diminution d'appétit

Œdème membres inférieurs, distension des veines abdominales-oedème scrotal

Matité au niveau des flancs et tympanisme au niveau périombilical

2-Traitement:

selon l'inconfort et le pronostic

Ponction d'ascite sous guidance échographiques idéalement (mais peut-être faite à la maison) et mise en place d'un drain possible

Diurétique: Aldactone et lasix

3- Fiche technique: réf. Excellente: www.palli-science.com (Maison Victor Gadbois)



ETAPES DU PROCESSUS DE LA MORT

DU CONSEIL EN SOINS PALLIATIFS DE L'HOPITAL JUIF SIR
MORTIMER B.DAVIS

En respectant le confort
l' autonomie et
la dignité

l'enrichissement de la qualité de vie et l'espoir sont réalisables
Voir feuillets joints

Je suis sur la plage. A côté de moi, un navire déploie ses voiles blanches dans la brise matinale et s'avance vers les flots bleus de l'océan. Il est objet de beauté et de force. Je reste à l'observer jusqu'à ce qu'il ne soit plus qu'une parcelle de nuage blanc suspendue à l'horizon, là où ciel et mer se fondent et ne font plus qu'un.

*Quelqu'un à mes côtés murmure : «Voilà, il est parti!»
«Parti...mais où donc?»*

Là où mon regard ne peut porter. Voilà tout. En fait, il est aussi gros de coque et de mâture qu'il l'était lorsqu'il a quitté le rivage, et tout aussi capable de porter sa cargaison de vie à son port de destination.

Sa taille n'a diminué qu'à travers mon regard - en réalité, elle est toujours la même. Et juste au moment où la voix à mes côtés chuchote «Voilà, il est parti!», quelqu'un d'autre, ailleurs, pose son regard sur le navire et le regarde approcher, et une autre voix s'apprête à lancer joyeusement «Le voici, il arrive!».

C'est cela, mourir.

Chaque personne a sa propre façon d'aborder la mort, apportant à cette dernière expérience une dimension unique. La présente brochure se veut un simple guide, une carte routière qui trace la voie en quelque sorte. Comme sur toute carte, elle indique plusieurs routes menant à la même destination, plusieurs façons d'entrer dans une même ville.

Utilisez ce guide en gardant à l'esprit que rien n'est concret ici, qu'au contraire, tout est extrêmement flexible. Ainsi, la personne peut présenter l'un ou l'autre des signes décrits, les présenter tous à la fois, ou encore, n'en présenter aucun. Certains mettent des mois à se séparer du corps qu'ils habitent tandis que d'autres ne prennent que quelques minutes.

La mort a son propre rythme et sa propre façon de se manifester.

L'expérience de la mort est aussi unique que la personne qui la vit. S'il fallait établir une chronologie—une chronologie très souple—des signes décrits ci-après, on pourrait dire que les changements commencent à se manifester un à trois mois avant la mort. Le processus de la mort comme tel s'amorce dans les deux semaines qui précèdent la mort. Un changement se produit alors : au lieu d'intellectualiser sa propre mort, la personne accède à une compréhension et à une acceptation de sa propre mort. Malheureusement, cette compréhension n'est pas toujours partagée avec les autres.

Un à trois mois avant la mort

Le retrait

A mesure qu'elle prend vraiment conscience qu'elle va mourir, la personne commence à se retirer du monde qui l'entoure. C'est le début de la séparation. Elle s'isole d'abord du monde en ne manifestant plus d'intérêt pour les journaux ni pour la télévision.

Puis elle refuse les visites de voisinage— «Dites à tante Jeanne que je n'ai envie de voir personne aujourd'hui» —et finalement la compagnie des enfants, des petits-enfants, voire même des êtres les plus chers.

Pour la personne, le moment est venu de se retirer du monde extérieur, de se replier sur elle-même. Elle s'isole dans son for intérieur et passe en revue le cours de sa vie en y mettant de l'ordre. *Mais dans ce monde intérieur, il n'y a de place pour personne d'autre.*

Cette introspection s'effectue généralement les yeux fermés, ce qui favorise le sommeil. Ainsi, une sieste matinale vient s'ajouter à la sieste habituelle de l'après-midi. Finalement il est maintenant normal de rester au lit toute la journée et de passer plus de temps endormi qu'éveillé. Mais malgré l'apparente banalité de ce sommeil, sachez qu'un travail important se déroule à un niveau qui échappe aux «gens de l'extérieur».

Le retrait s'accompagne d'un besoin moindre de communiquer avec les autres. Les mots sont perçus comme un lien avec la vie physique que l'on est en train de quitter et perdent de leur importance. *Par contre, le toucher et la communication non verbale prennent une signification accrue.*

La nourriture

La nourriture est ce qui apporte l'énergie au corps. C'est ce qui lui permet d'exister, de se mouvoir, de vivre. Nous mangeons pour vivre. Quand le corps se prépare à mourir, il est parfaitement naturel qu'il cesse de s'alimenter. Pour les proches, il s'agit là d'une des réalités les plus difficiles à accepter.

On observe une diminution graduelle de l'alimentation. Rien n'a plus de goût. L'appétit va et vient. Les liquides sont préférés aux solides. «Je n'ai tout simplement pas envie de manger», entendra-t-on. Les viandes sont les premiers aliments à être rejetés, suivis des légumes et des autres aliments difficiles à digérer. Finalement, même les aliments mous ne sont plus tolérés.

Il est naturel de ne plus manger. *La personne se nourrit maintenant d'une autre sorte d'énergie. Une énergie spirituelle, et non plus physique, la soutiendra désormais.*

Une à deux semaines avant la mort

La désorientation

La personne dort maintenant presque continuellement. Elle semble incapable de garder les yeux ouverts. Néanmoins, il est encore possible de la tirer de ce sommeil. A ce stade, la personne a littéralement un pied dans chacun des deux mondes. Elle devient souvent confuse. Elle tient des propos sur des personnes, des endroits ou des événements inconnus de son entourage. Elle voit des êtres chers déjà disparus et converse avec eux. Elle agite les bras et tiraille ses draps. Toute activité physique semble maintenant dépourvue de logique. La personne s'apprête à quitter ce monde pour passer au suivant; elle perd pied sur terre.

Les changements physiques

On commence à observer un certain nombre de changements physiques qui indiquent que le corps est de moins en moins capable de poursuivre sa route.

Dans bien des cas, la **tension artérielle** baisse.

Un **pouls** normal de quatre-vingts peut augmenter jusqu'à plus de cent-cinquante, ou diminuer jusqu'à zéro.

La **température corporelle** fluctue entre la fièvre et l'hypothermie.

La **transpiration** augmente et s'accompagne souvent de moiteur.

La peau change de couleur, adoptant un rouge fiévreux ou le bleu caractéristique de l'hypothermie. Une pâleur jaunâtre (à ne pas confondre avec la jaunisse) s'installe souvent à l'approche de la mort. Les mains, les pieds de même que la base des ongles prennent souvent une teinte pâle et bleutée parce que le coeur ne parvient plus à assurer la circulation sanguine à un débit normal.

La respiration change également. Un rythme respiratoire normal de seize à vingt respirations par minute peut augmenter jusqu'à cinquante, ou au contraire diminuer jusqu'à neuf, voire six respirations par minute. On peut observer un mouvement des lèvres qui soufflent l'air à l'expiration, ou encore, une pause dans le rythme respiratoire qui reprend ensuite normalement. Ceci survient habituellement durant le sommeil. Une congestion peut aussi se développer et s'accompagner d'un râle dans les poumons et la gorge. La personne peut tousser, mais en général, elle ne crache rien. Tous ces symptômes, y compris la congestion, ont tendance à se manifester sporadiquement. Ils peuvent être présents en totalité ou en partie à un moment donné, et disparaître la minute d'après.

De un à deux jours avant la mort aux heures qui le précèdent immédiatement

On observe parfois un regain chez la personne. Elle peut se montrer alerte et parler clairement alors qu'elle était jusque-là désorientée. Elle peut demander qu'on lui serve son mets préféré et le manger avec appétit alors qu'elle n'a rien avalé depuis des jours. Après avoir refusé pendant longtemps de voir qui que ce soit, elle peut prendre plaisir à s'asseoir au salon avec ses proches et à rendre visite aux autres. Elle possède maintenant l'énergie spirituelle nécessaire pour passer de ce monde à l'au-delà et la met au profit de son expression physique avant de «faire le grand pas». Ce regain d'énergie n'est pas toujours aussi perceptible, mais, avec un certain recul, on peut habituellement le reconnaître.

Les signes observés depuis une semaine ou deux s'intensifient à mesure que la mort approche.

L'agitation peut augmenter en raison du manque d'oxygène dans le sang.

La respiration ralentit et devient plus irrégulière. La personne cesse souvent de respirer pendant dix à quinze, voire trente à trente-cinq secondes, puis recommence.

La congestion peut être très bruyante. Elle apparaît et disparaît et peut varier selon le côté sur lequel la personne est couchée.

Les yeux peuvent être ouverts ou à moitié ouverts, mais la personne ne voit pas. Le regard est vitreux et souvent larmoyant.

Les mains et les pieds prennent une teinte violacée. La couperose apparaît sur les genoux, les chevilles et les coudes et s'étend parfois également à la face interne des bras, aux jambes, au dos et aux fesses.

Lorsque la mort devient imminente, la personne plonge généralement dans le coma et ne répond plus aux stimulations de l'environnement.

La façon dont nous abordons la mort dépend de la crainte que nous inspirait la vie, de l'intensité de notre vécu et de notre résignation à laisser-aller cette expression connue de l'existence pour nous aventurer dans une nouvelle vie. La peur et le sentiment de n'avoir pas achevé ce que nous avons entrepris sont deux facteurs qui contribuent largement à notre réticence à accueillir la mort.

La séparation du corps devient complète à l'arrêt de la respiration. Ce qui semble être le dernier soupir est souvent suivi d'une ou deux longues respirations espacées. Le corps s'est vidé. Son propriétaire n'a plus besoin d'un véhicule lourd qui ne fonctionne pas.

La personne est entrée dans un nouveau monde, dans une nouvelle vie.

Résumé du cheminement

Un à trois mois avant la mort

- Retrait de l'entourage et du reste du monde
- Diminution de l'alimentation
- Augmentation du sommeil
- Repli sur soi-même
- Diminution de la communication

Une à deux semaines avant la mort

- *Changements dans le comportement*
 - désorientation - agitation
 - conversation dans l'imaginaire - confusion
 - tiraillement des vêtements et des draps
- *Changements physiques*
 - diminution de la tension artérielle
 - accélération ou ralentissement du pouls
 - changement de couleur (pâlisement, bleuissement)
 - augmentation de la transpiration
 - respiration irrégulière
 - congestion

- sommeil (avec réponse aux stimulations)
- fatigue et lourdeurs
- refus de nourriture, absorption minime de liquides
- fluctuations de température corporelle (fièvre/hypothermie)

Jours et heures précédant la mort

- intensification des signes observés depuis une ou deux semaines
- regain d'énergie
- diminution de la tension artérielle
- yeux vitreux, larmoyants, à demi-ouverts
- respiration irrégulière (arrête/repart)
- agitation ou inertie
- genoux violacés, pieds et mains couperosés
- pouls faible et difficile à prendre
- diminution des urines
- lit mouillé ou souillé

Minutes précédant la mort

- respiration «comme un poisson hors de l'eau»
- sommeil définitif



Peu de temps après la mort d'un proche, certaines personnes peuvent encore sentir sa présence. Certains membres de la famille éprouveront peut-être alors le besoin de rester dans la pièce, de se remémorer quelques souvenirs, d'exprimer l'affection qu'ils éprouvaient pour le défunt, ou de s'unir dans le silence ou la prière. Le moment venu, vous saurez qu'il est temps de quitter l'être cher et d'aller de l'avant, de prendre soin de vous, de laisser libre cours à la douleur que cause la perte d'un proche.

Durant votre travail de deuil, vous réapprenez à vivre avec le souvenir de l'être aimé. Soyez généreux et patient envers vous-même. Se remettre de la mort d'un proche demande temps et efforts.

Inspiré de Barbara Karnes, inf.
Préparé par Michael Dworkind, M.D.
Traduit par Louise Choquette et Francine Venne.

LES DERNIERS MOMENTS...

COMMUNIQUER AVEC UNE PERSONNE DANS LE COMA :

Le coma est un état qui ressemble au sommeil, sauf que la personne malade ne peut pas être éveillée en lui parlant ou en la touchant. Parfois le coma est intermittent et bref, mais généralement lorsqu'une personne malade entre dans le coma, elle n'en sort pas.

Une personne dans le coma peut, si le coma est léger, souffrir de douleurs physiques et entendre les gens qui parlent autour d'elle.

On sait qu'une personne dans le coma ne souffre pas si elle est calme, ne bouge presque pas et si sa figure semble détendue. Une personne dans le coma n'a pas faim, ni soif.

Lorsque le coma est profond, les respirations peuvent devenir profondes et irrégulières. Ces respirations peuvent aussi être bruyantes à cause des sécrétions dans les bronches qui conduisent aux poumons.

Lorsqu'un être cher entre dans le coma, nous éprouvons souvent un grand nombre de sentiments et d'émotions : nous nous sentons blessés, exclus, impuissants, confus, déprimés, affligés ou irrités. La personne que nous connaissons a changé : sa personnalité et son énergie se sont tournées vers l'intérieur.

Pour communiquer avec une personne dans le coma, vous devrez être à l'écoute de vos perceptions et de vos sentiments profonds. Lorsque vous serez à l'écoute de vous-même, vous pourrez communiquer avec elle. Cela signifie que vous devrez prêter attention à des indices que vous teniez pour acquis auparavant ou que vous négligiez de remarquer comme des changements au niveau de la respiration, de légers mouvements des yeux, des muscles faciaux ou d'autres parties du corps. Après avoir remarqué ces signes, vous serez en mesure de recevoir et d'envoyer des messages au malade comateux.

Que faire ?

- Assurer de bons soins de bouche (voir symptôme : bouche sèche).
- Si la respiration est très bruyante, positionnez la personne malade en position semi-assise en levant la tête du lit ou en mettant plusieurs oreillers.
- Si la personne malade tousse beaucoup ou vous semble avoir de la difficulté à respirer, communiquez avec le médecin.
- Si la personne malade est agitée (bouge beaucoup) ou que sa figure a l'air crispée, donnez une entorse, cette agitation est peut-être due à la douleur. Si l'agitation persiste, communiquez avec le médecin.
- Vérifiez la couche au moins trois (3) fois par jour et changez-la au besoin.
- Parler à la personne malade et parler avec les autres dans la chambre comme si elle pouvait entendre.
- Éviter, en sa présence, de parler de son état ou de parler d'elle comme si elle n'était déjà plus là.
- Parlez-lui normalement. Faites-lui part de ce que vous voyez et ressentez.
- Toucher souvent à la personne malade, lui tenant la main, lui frottant doucement le bras, etc... Une personne malade dans un coma léger sentira ce toucher et sera rassurée.

Ge
de

PRIÈRE INDIENNE

* À CEUX QUE J'AIME... ET CEUX QUI M'AIMENT *

Quand je ne serai plus là, relâchez-moi, laissez-moi partir
J'ai tellement de choses à faire et à voir
Soyez reconnaissant pour les belles années
Je vous ai donné mon amitié, vous pouvez seulement deviner
Le bonheur que vous m'avez apporté
Je vous remercie de l'amour que chacun m'avez démontré
Maintenant, il est temps de voyager seul
Pour un court moment vous pouvez avoir de la peine
La confiance vous apportera réconfort et consolation
Nous serons séparés pour quelques temps
Laissez les souvenirs apaiser votre douleur
Je ne suis pas loin et la vie continue...
Si vous avez besoin, appelez-moi et je viendrai
Même si vous ne pouvez me voir ou me toucher, je serai là
Et si vous écoutez votre cœur, vous éprouverez clairement
La douceur de l'amour que j'apporterai
Et quand il sera temps pour vous de partir
Je serai là pour vous accueillir
Absent de mon corps, présent avec Dieu
N'allez pas sur ma tombe pour pleurer
Je ne suis pas là, je ne dors pas
Je suis le scintillement des cristaux de neige
Je suis la lumière que traverse les champs de blé
Je suis la douce pluie d'automne
Je suis l'éveil des oiseaux dans le calme du matin
Je suis l'étoile qui brille dans la nuit
N'allez pas sur ma tombe pour pleurer
Je ne suis pas là, je ne suis pas mort

AVEZ-VOUS DES QUESTIONS?

