



Les urgences en soins palliatifs

Août 2011

À BOUT DE SOUFFLE....LA DYSPNÉE

- ◆ *Avez-vous peur d'étouffer?*



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 RÉSISTANCE DES VOIES AÉRIENNES

- 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 L'EXPANSION DE LA CAGE THORACIQUE

-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



TRAITEMENT DE LA DYSPNEE

MESURES NON MÉDICAMENTEUSES

- si conscient
- 1-Positionnement du patient dans son lit- semi-assis-fauteuil- confort+++-
- position $\frac{3}{4}$ latérale si
- inconscient
- 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,ventilation etc



HYPERCALCEMIE MALIGNE

◆ QUI EST À RISQUE?

- 10% des patients avec néoplasie
- Déshydratation et insuffisance pré-rénale
- Métastases osseuses(80%des cas)
- HyperPTH like: Augmentation du calcium, baisse du phosphore
- patients dont les opiacés ont été augmentés récemment

RELIÉ À :

Myélome (50%) –lymphomes
Néo du sein
Néo pulmonaire(épidermoïde)
Néo du rein- prostate

HYPERCALCEMIE MALIGNE

SYMPTOMES

La sévérité n'est pas en relation avec le niveau de calcémie mais plutôt avec la vitesse d'installation

Faiblesse- Malaise diffus

Nausée- constipation- Polyurie- polydypsie

Symptomes neurologiques: hyporéflexie- hypotonie

Confusion- délirium- changement de personnalité

FACTEUR DE MAUVAIS PRONOSTIC

Décès en moins de 1 à 3 mois

Hypercalcémie maligne (HCM)

◆ But du traitement

- Corriger la cause de l'HCM, stimuler l'excrétion urinaire de Ca, diminuer résorption osseuse.
- Analgésie et amélioration de la qualité de vie.

◆ Traitement

- Cesser Rx (si possible): suppléments de Ca, diurétiques thiazidiques, vit. A et D, lithium, hormonothérapie.
- Hydratation (NaCl 0,9 % de 2 à 3 L/j, si HCM grave: 200-300 ml/h initialement, et ajuster pour assurer débit urinaire à 100-150 ml/h).
- ± furosémide (sécrétion du Ca)

Hypercalcémie maligne (suite)

◆ Traitement (suite)

1. Biphosphonates (BP) (Pamidronate 90 mg, Zoledronate 4 mg)

- M.A.: diminution de la résorption osseuse par inhibition de la fonction, diminution de l'activation, et induction de l'apoptose des ostéoclastes, diminution de la production de cytokines et inhibition de la prolifération tumorale.

2. Nitrate de gallium

- vs HCM réfractaire aux BP

Hypercalcémie maligne (suite)

◆ Traitement (suite)

3. Calcitonine SC x 2-3 jours

- Utilisé si HCM grave et symptomatique, où un début d'action rapide est souhaité

Attention! Calcitonine par voie nasale non efficace

4. Corticostéroïdes (Prednisone, Hydrocortisone)



LES HÉMORRAGIES

◆ PREVALENCE

10% DES CAS DE CANCER AVANCÉ

Mort dans 6% des cas

CAUSES

1-Anomalies hématologiques

Thrombopénie-fibrinolyse- coagulation altérée

2- Iatrogéniques:

AINS-Anticoagulants

Status post radiothérapie-télangiectasie-saignement digestif

3- Chimiothérapie: suppression médullaire

4- Croissance tumorale qui infiltre les vaisseaux et organes voisins

5- Insuffisance hépatique

Hémorragie

◆ Mesures générales

- Dans la mesure du possible, cesser tous Rx susceptibles de provoquer un saignement.
- Selon condition et pronostic, remplacer les liquides perdus.
- Pression locale, serviettes et bassines FONCEES - VERTES.
- Si hémoptysie ou hématomèse: positionner le patient en décubitus latéral gauche (pour éviter suffocation).
- Protocole de confort

Hémorragie (suite)

◆ Hémorragie

■ Épistaxis

- Pincement des narines x 10 minutes minimum.
- Paquetage avec ou sans pression 5 à 20 minutes, pansement éponge (Gelfoam^{MD}, Surgicel^{MD}).
- Acide tranexamique 1-1,5g po q8-12h x ~10 jours.
- Rapidrhino 300 gelkit: confortable et non agressant-CMC absorbant

■ Saignement vaginal

- Paquetage avec ou sans pression.
- Acide tranexamique 1-1,5g po q8-12h x ~10 jours.

Hémorragie (suite)

◆ Hémorragie

■ Ulcères cutanés

- Prévention: maintenir un milieu humide entre le pansement et l'ulcère.
- Traitement: pression, pansement avec alginate de calcium, sucralfate en application locale BID*, acide tranexamique topique*, bâtonnets de nitrate d'argent.

■ Saignement buccal

- Pression
- Gelfoam^{MD}
- Sucralfate topique
- Gargarismes:
 - ▶ eau saline
 - ▶ acide tranexamique.

Hémorragie (suite)

◆ Hémorragie

■ Saignement rectal

- Paquetage
- Lavements:
 - ▶ sucralfate*
 - ▶ corticostéroïdes
 - ▶ acide tranexamique*
 - ▶ misoprostol*

Hémorragie (suite)

◆ Hémorragie

■ Hématurie

Irrigations vésicales:

- NaCl 0,9 %
- Alun 1 % *** attn en IR: ≤ 300 ml/h !!
- Instillation d'acide tranexamique 3 à 6 fois par jour (attn, formation caillots peut survenir et causer une obstruction)
- Cystite hémorragique:
 - ▶ Premarine per os
 - ▶ Vasopressine IV
- Finastéride si source du saignement est une néoplasie de la prostate
- Si saignement persistant: acide tranexamique per os 1,5 g stat puis 1 g TID
- Si HDH 2nd à rupture de varices œsophagiennes: Octréotide SC (ad 600 mcg/j)
- Vitamine K si déficience soupçonnée
- Voie IV:
 - ▶ DDAVP
 - ▶ Vasopressine

LES HÉMORRAGIES

◆ TRAITEMENTS ALTERNATIFS

selon le pronostic, penser .

RADIOTHERAPIE si masse accessible

ex. saignements bronchiques-

gynécologiques- rectaux

ENDOSCOPIE

ex. saignement digestif



Convulsions

- Éviter le plus possible les Rx pouvant diminuer le seuil de convulsion;
- Si une accumulation de Rx opiacés est soupçonnée:
 - Changer de Rx opiacé ou
 - Diminuer la dose de Rx en cours
- ** Vérifier si un Rx du SNC a été cessé brusquement (sevrage)**
- ex. neurontin, anticonvulsivant, etc
- Sevrage ROH?-Drogues(amphétamine, cocaïne, ritalin..)

CONVULSIONS

◆ INCIDENCE

25% avec métastases cérébrales

10% en phase terminale sans méta- causes multiples

CAUSES

1- Cérébrales:

Tumeur- métastases- ACV- Epilepsie

2- Infectieuses

3- Désordre métabolique ou toxique

4- Fièvre-

5- Médicaments:

ex. psychotropes, opioïdes, cyclosporine

Convulsions (suite)

■ Prophylaxie

- Benzodiazépines
 - ▶ Lorazepam, Diazepam, Clonazepam
- Anticonvulsivants
 - ▶ Phénytoïne, barbituriques

■ Traitement

- Benzodiazépines
 - ▶ Midazolam, Diazepam IR, Lorazepam
- Barbituriques
 - ▶ Phénobarbital
- Choisir l'anticonvulsivant en fonction du type de crise
 - ▶ Si le patient retourne en externe et a besoin d'un traitement anticonvulsivant à domicile.



COMPRESSION MÉDULLAIRE

◆ INCIDENCE

5% des patients avec cancer

25 fois plus fréquent avec métastase qu'avec néo primaire
les plus fréquents:

Bronchogénique

Sein

Lymphome

génito-urinaire

SITES

Colonne- dorsale(59%), lombaire(15%), cervicale(15%)
sacrée(10%)

COMPRESSION MÉDULLAIRE

SYMPTOMES

toujours y penser si exacerbation des douleurs ou apparition d'une douleur au niveau de la colonne car troubles de la motricité peut être irréversible après 72h
dans 8 à 35 % des cas peut-être le mode de présentation d'un néo

DOULEUR

premiers symptômes dans 95% des cas
douleur qui est augmentée en décubitus dorsal (quand le patient se couche)et par le Vasalva

qui est diminuée en position assise
irradiation radiculaire + ou -

PARESTHÉSIE- DYSESTHÉSIE

dans 50% des cas

PARÉSIE

souvent en dernier- faiblesse, flaccidité, troubles sphinctériens, dysfonction autonome

COMPRESSION MÉDULLAIRE

◆ EXAMEN

Signe de l'Hermitte choc électrique en flexion cervicale

Signe de Hoffman: flexion de la phalange distale du 3^{ème} doigt entraîne flexion des autres doigts (compression dorsale- diaphragme)

Toucher rectal -anesthésie en selle

Déficit sensitif

ROT vifs- clonus Babinski

Compression médullaire

■ Traitements:

- Dexaméthasone à débiter stat (8 à 10 mg tid) si pas de cause infectieuse
- Radiothérapie délai d'action 4-5 jours- risque de myélopathie rare
- Chirurgie si > 3-6 mois et si instabilité ou destruction vertébrale extensive
- Antidépresseurs tricycliques (pas en urgence)
- Néo du sein et myélome: ajout en plus de biphosphonate



Occlusion intestinale

■ But:

- Soulager les sx et résolution de l'occlusion (lorsque possible)

■ Chirurgie:

- Réservée chez un nombre limité de patients et selon le pronostic
 - ▶ Occlusion mécanique
 - ▶ Site unique
 - ▶ Causée par une tumeur encapsulée ou peu avancée
 - ▶ gastrotomie-iléostomie éventuelle
 - ▶ Mise en place d'une endoprothèse luminale(stent) sous endoscopie pour œsophage,intestin-colon mais risque de perforation, sténose, carcinomatose

■ TNG:(tube nasogastrique)

- Seulement en début de traitement
- En attendant l'effet des Rx
- Minimise N/V et aspiration
- Très inconfortable pour le patient

■ Rx par voies sc, se, rectale, transdermique, iv

Occlusion intestinale (suite)

■ TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- DOULEUR
 - ▶ Analgésiques narcotiques de forte puissance (p.e. hydromorphone)
 - ▶ ± antispasmodique (p.e. dicyclomine)
 - ▶ Nouveau: Targin . Oxycodone associée au naloxone, minimisant ainsi la constipation secondaire à l'opiacé (10/5- 20/10, 40/20 oxycodone/naloxone à libération prolongée q 12h)
 - ▶ Relistor: naloxone s/c pour contrer effet secondaire du narcotique
 - VOMISSEMENT
 - ▶ Antisécrétoires:
 - Glycopyrrolate
 - Bromure d'hyoscine
 - a) Diminution du tonus et du péristaltisme de la musculature lisse
 - b) Diminution de l'activité sécrétoire
 - Octréotide (100-150 mcg/j) ad max 750 mcg/jour
 - ▶ NAUSÉE Antiémétiques::
 - Métoproclamide si occlusion partielle et pas de colique
 - Mais C-I si occlusion complète (dans le doute, s'abstenir)
 - Halopéridol, Prochlorpérazine
 - Dimenhhydrinate
 - Autres (anti 5HT3 p.e. ondansertone, benzodiazépines, cannabinoïdes)
- Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles
- ▶ **À TENTER**
- Corticostéroïdes (essai 5 jours): décadron pour oed`me péritumoral
 - Octréotide...

BULLETIN OCTRÉOTIDE

L'octréotide est un analogue synthétique de l'hormone naturelle somatostatine et se distingue de cette dernière par une durée d'action plus longue et une plus grande puissance. L'octréotide est utilisé en soins palliatifs depuis quelques années, en particulier pour le soulagement des symptômes reliés à l'obstruction gastro-intestinale.

PHARMACOCINÉTIQUE ⁽¹⁻⁶⁾

Le tableau 1 présente les données pharmacocinétiques de l'octréotide administré par voie sous-cutanée.

Tableau 1 : Données pharmacocinétiques de l'octréotide SC.

Absorption : complète et rapide	Tmax : 30 minutes
Biodisponibilité : 100 %	Temps de demi-vie d'élimination :100 min.
Activité maximale en 2 heures	Liaison aux protéines plasmatiques : 65 %
Élimination :	Volume de distribution : 0,4 L/Kg
- métabolisme hépatique extensif;	Durée d'action : 12 heures
- 32% éliminé inchangé dans l'urine (voir posologie).	

Tmax : temps pour atteindre concentration maximale

Les facteurs suivants peuvent diminuer la biodisponibilité de l'octréotide lorsque administré par voie sous-cutanée : un oedème, l'obésité et une circulation sanguine périphérique faible.

MÉCANISME D'ACTION ⁽⁴⁻⁶⁾

L'octréotide est un analogue synthétique de la somatostatine, un polypeptide naturel se retrouvant notamment au niveau du pancréas, du tractus gastro-intestinal, de l'hypophyse et des glandes salivaires. L'octréotide se fixe aux récepteurs de la somatostatine pour effectuer une multitude d'actions physiologiques (tableau 2).

Lors d'obstruction intestinale mécanique, l'accumulation des gaz, des fluides ingérés et des sécrétions digestives causent une distension. Cette dernière stimule à son tour la sécrétion d'eau et d'électrolytes au niveau du segment obstrué. L'administration d'octréotide améliore l'absorption des électrolytes et diminue la sécrétion de fluides gastro-intestinaux. Il contribue ainsi à briser le cycle vicieux de l'obstruction gastro-intestinale et à soulager les symptômes.

Tableau 2 : Actions de l'octréotide

<p>Hypophyse</p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ hormone de croissance ↘ TSH 	<p>Tractus gastro-intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ sécrétion de : <ul style="list-style-type: none"> - acide gastrique - gastrine - pepsine - VIP (<i>vasoactive intestinal peptide</i>) - Cholécystokinine - Eau - Électrolytes de l'épithélium intestinal ↗ production de mucus ↘ la motilité gastro-intestinale par relaxation de la musculature lisse (↗ temps de transit) ↘ flot biliaire
<p>Pancréas</p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ sécrétion insuline ↘ sécrétion de glucagon ↘ sécrétion enzymes pancréatiques ↘ sécrétion de bicarbonates pancréatiques 	
<p>Circulation</p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ la pression portale ↘ flot sanguin portal ↘ flot artériel hépatique ↘ flot sanguin splanchnique <p>Par ↗ de la résistance vasculaire splanchnique (sans affecter la résistance vasculaire portale)</p>	<p>Masse tumorale</p> <p>Inhibition de la croissance de lignées cellulaires de tumeurs coliques humaines, <i>in vitro</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↘ de la croissance et du développement de métastases hépatiques chez l'humain

INDICATIONS EN SOINS PALLIATIFS ^(5,6)

L'octréotide a été utilisé dans plusieurs indications en soins palliatifs principalement :

- Soulagement des symptômes reliés à une obstruction gastro-intestinale
- Diminution de la production de fluides intestinaux chez des patients avec une fistule intestinale ou une entérostomie
- Soulagement symptomatique du syndrome de l'intestin court et de la diarrhée y étant associée
- Contrôle des hémorragies gastro-intestinales



Agitation terminale et délirium

Agitation terminale

- Identifier la cause et y remédier autant que possible
 - Soulager la douleur
 - Repères jours/nuit, calmer anxiété, désorientation
 - Rétention urinaire?
 - Constipation?
 - Hypoxie?
 - Déshydratation?
- Si insuffisant: Rx
 - Benzodiazépines
 - Antipsychotiques
 - Combinaison
 - Peut aller ad sédation palliative
 - Cf guide des soins palliatifs

Agitation terminale et délirium

Delirium

- Identifier et corriger la cause
 - Problème métabolique (p.e. hyper Ca, hypoxémie)
 - Condition médicale (IR, IH, infection, hypo TA)
 - Condition psychologique
 - Accumulation / Toxicité / interaction Rx?
 - Sevrage Rx ou ROH? (peut prendre plusieurs jours après le retrait avant la manifestation des signes de sevrage)
 - Rx souvent en cause: corticostéroïdes, opioïdes, anticholinergiques, certains Rx de chimio
- Mesures non pharmacologiques
 - Multiples mesures pour rassurer le patient et lui offrir un environnement stable et paisible.

Agitation terminale et délirium

■ Tx pharmacologique

- Si agitation: antipsychotiques atypiques (p.e. rispéridone)
- Si hallucinations / agressivité: antipsychotiques classiques
- Methylphenydate (Riatlin^{MD}): pourrait être efficace vs délirium hypoactif (apathie, retrait silencieux, répression)
- Donépézil (Aricept^{MD}): pourrait être utilisé vs toxicité des opioïdes ou des anticholinergiques au niveau du SNC.
- Éviter benzos sauf vs sevrage Rx ou ROH. Sinon, utiliser avec prudence car peut exacerber le délirium.



Parfois on est dans la brume.....



Douleur non contrôlée

- Coanalgésie
- Perf continue sc
- Pour contrôler: convertir les opiacés à longue action en courte action
- Réévaluer:
examen physique, questionnaire,angoisse etc...

Les neurolyses et leurs indications

La neurolyse du plexus coeliaque

Douleurs de l'œsophage distal, de l'estomac, du duodénum, de l'intestin grêle, du côlon ascendant et transverse.

La neurolyse des nerfs splanchiques

Tumeurs rétropéritonéales dont la douleur n'est pas améliorée par la neurolyse du ganglion coeliaque.

La neurolyse des chaînes sympathiques lombaires

Douleurs originant des tumeurs du sigmoïde, du côlon, du rectum, des organes génitaux ou d'origine rénale.

La neurolyse du plexus hypogastrique supérieur

Douleurs des organes pelviens.

La neurolyse du ganglion impair

Douleurs périnéales sévères.

**APPROBATION DE ^NSATIVEX[®] AVEC CONDITIONS
(TETRANABINEX[®] ET NABIDIOLEX[®])**

OFFERT POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR NÉOPLASIQUE

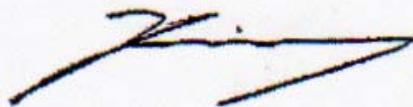
Madame, Monsieur,

Depuis le 2 août 2007, Sativex[®] est approuvé comme traitement d'appoint de la douleur néoplasique, en vertu d'un Avis de conformité avec conditions (AC-C) émis par Santé Canada. L'indication officielle est la suivante :

SATIVEX[®] peut être utile pour le traitement analgésique d'appoint chez les adultes atteints de cancer avancé qui présentent une douleur modérée ou grave pendant un puissant traitement opioïde administré à la plus forte dose tolérée contre une douleur de fond persistante.

Pour obtenir les renseignements thérapeutiques complets, veuillez communiquer avec le Service de l'information médicale de Bayer HealthCare au 1.800.265.7382 ou visiter le site www.bayerhealth.ca. Pour les modalités de commande, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de Bayer au 1.800.268.1432.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.



Andrew King
Chef de marché, SATIVEX[®]
Bayer HealthCare,
Produits pharmaceutiques

SATIVEX[®]

27 mg/mL de delta-9-tétrahydrocannabinol (de Tétranabinex[®] - extrait de Cannabis sativa L.)
et 25 mg/mL de cannabidiol (de Nabidiolex[®] - extrait de Cannabis sativa L.)

RÉFÉRENCES

- ◆ 1-Guide pratique des soins palliatifs- gestion de la douleur et autres symptomes- 2008-4^{ème} édition-APES- ISBN:978-2-9810552-0-0
- ◆ 2-Site Palli-Science- Maison Victor Gadbois
- ◆ 3-Formation réseau en soins palliatifs- 2008- de la maison Michel Sarazin

Merci, Avez-vous des questions?

