

Urgences en soins palliatifs

Parcours de base



Dr Jacob Gervais
Médecin à la Maison Victor-Gadbois
AQSP - 8 et 9 mai 2025

Médecin omnipraticien au GMF-U St-Hubert
Pratique de soins palliatifs à la Maison Victor-Gadbois
Formation en compétences avancés en soins palliatifs à l'UdeM

Aucun conflit d'intérêt

Aucune utilisation de l'IA

Reconnaître et intervenir dans les principales urgences en soins palliatifs

1. Dyspnée & détresse respiratoire
2. Douleur aiguë
3. Hémorragie & thrombose
4. Surdosage médicamenteux
5. Agitation sévère
6. Convulsions

Comprendre les particularités de l'approche des différents symptômes propres à la fin de vie



L'approche en soins palliatifs

Permettre au patient en phase terminale de maintenir une qualité de vie et contribuer au maintien de la dignité jusqu'à la fin.

«Pour que la vie continue... »

«Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.»

Article 58 Code de Déontologie des médecins

Les défis de la médecine palliative de fin de vie

- Patients atteints de maladies graves et complexes en phase terminale
- Peu/pas de tests pour l'aide au diagnostic selon le milieu
- Prendre en considération les désirs et les appréhensions du patient face à la fin de vie

Comment se préparer à l'imprévu ?

- Réfléchir à l'avance, en équipe
 - Quelles sont les complications potentielles selon le patient/maladie ?
- Objectifs de soins discutés **préalablement**
 - DMA / Niveau de soins
 - Discussion avec le patient *et ses proches*

Trucs & astuces

- Se servir de bonnes références (application / cours)
- Des recettes c'est important, mais savoir s'adapter l'est d'autant plus
- Ne jamais hésiter à demander de l'aide
- Être **préparé.e** aux complications

1. Détresse respiratoire & dyspnée

Prévalence : 70% des patients vivront de la dyspnée dans leurs dernières semaines de vie

Définition de détresse respiratoire :

Dyspnée importante d'apparition *aiguë* associée à une tachypnée, à des sécrétions bronchiques

ET

À de *l'anxiété*, à de l'agitation et à la *peur de mourir* par suffocation.

INESSS

En cas de doute, plus de risque à **ne pas** donner protocole qu'à le donner !

PERSONNE QUI PRÉSENTE UNE DÉTRESSE AIGÛE SUBITE SELON LES DEUX CRITÈRES SUIVANTS :	
Critère 1 : État de panique	Présence d'au moins un des signes suggestifs d'un état de panique : <ul style="list-style-type: none">▶ Terreur▶ Agitation▶ Anxiété intense
Critère 2 : Une des trois manifestations cliniques	1- Détresse respiratoire majeure subite : Présence d'au moins un des signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure subite : <ul style="list-style-type: none">▶ Difficulté respiratoire intolérable et constante au repos avec recherche constante d'air▶ Tachypnée▶ Tirage▶ Embarras bronchique sévère 2- Douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide 3- Hémorragie massive

Prise en charge détresse respiratoire

#1 Benzodiazépines :

- Traitement de la composante anxieuse associée à la dyspnée/détresse.
- Effet sédatif/anxiolytique/amnésiant/myorelaxant.

#2 Opiïdes :

- Diminution de la drive respiratoire et de la perception de dyspnée. Zone du cerveau qui régis la douleur sert également à interpréter la sensation de dyspnée
- Effet analgésique et potentialise l'effet sédatif des BZD et ACh.

#3 Anticholinergiques

- Diminution des sécrétions bronchiques, effet somnolent/amnésiant de la scopolamine

Recette de base

Midazolam : 5-20 mg SC

- Si >70kg ou BZD BID, >10mg

Opioïde : Morphine 5 mg ou Hydromorphone 1 mg

- 100-150% de la dose rég ou 2-3 fois l'ED SC
- Choisir la même molécule que l'opioïde régulier
- **Automatisme** : ajuster protocole lors de l'ajustement des doses régulières
- Si méthadone + opioïde, ne pas oublier d'inclure méthadone dans le calcul
- Max : 50mg équivalent morphine SC

Scopolamine : 0.4-0.8 mg SC

- Dose de départ 0.4 mg

Protocole de détresse

Délai d'action :

- 5 min IV
- 10 min SC

Durée d'action :

- 2-4h

Peut se répéter q20 min ad soulagement

Autres méthodes à tenter conjointement

- Ventilateur / oxygène
 - L'air frais et le flot d'air ont démontré un bénéfice sur la perception de dyspnée dans plusieurs études
- Position
 - Si tableau restrictif, surcharge/épanchement
- Présence rassurante d'un intervenant et/ou d'un proche

Toujours considérer approche personnalisée à la cause plus probable de dyspnée chez votre patient dans un 2e temps (pneumonie, masse compressive, épanchement)

2. Douleur aiguë et intense

Selon le pronostic du patient, ne pas hésiter à soulager rapidement

- Patient en fin de vie imminente vs ambulant en clinique
 - Le fameux «Start slow, go slow» n'est pas toujours approprié à la situation

La base du traitement de la douleur cancéreuse/terminale : les opioïdes

- Ne jamais oublier la coanalgésie !

Evaluation de la douleur

Ne jamais oublier d'évaluer la douleur comme dans un contexte régulier

Exemple : un patient avec une néoplasie peut encore faire une crise de goutte

Protocole de douleur aiguë

- Protocole de détresse, possiblement sans anticholinergique
 - Opiïdes + BZD
- ED répétable q30-60 min
 - q30 min si SC ou q60 min si PO
- Si Sx réfractaires et pronostic vital limité : considérer sédation palliative

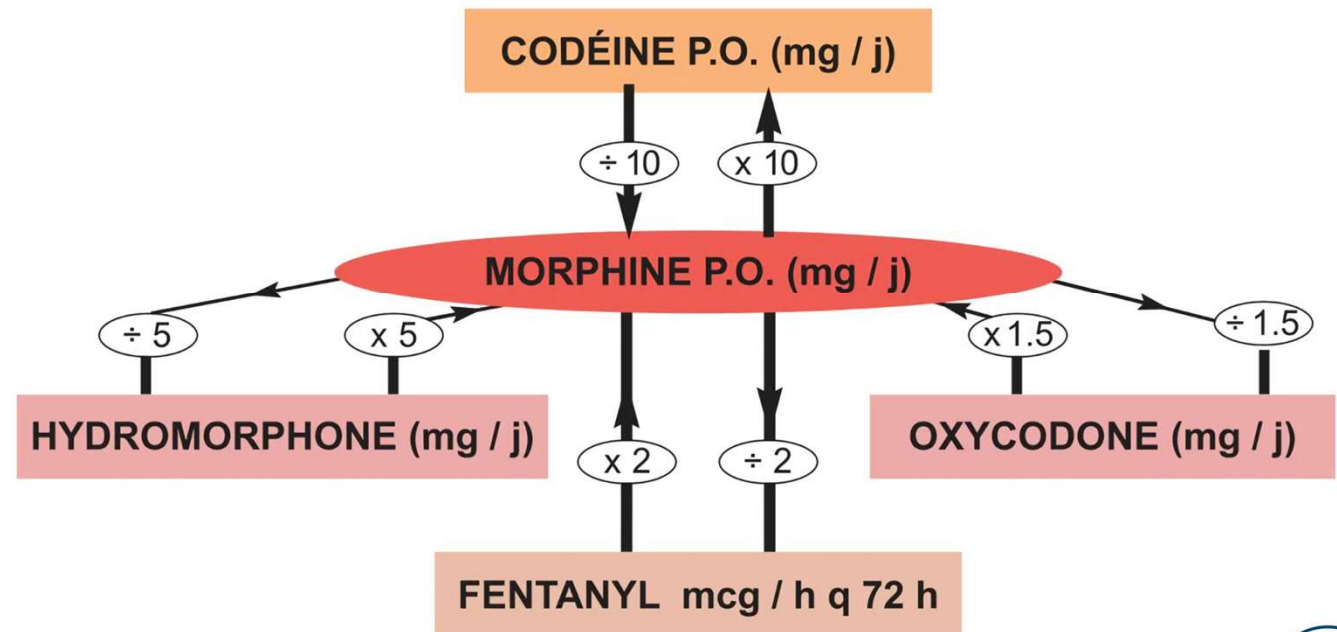
Conversion opioïdes

Les analgésiques opioïdes (conversion approximative)

Important de comprendre les équivalents approx

SC = 2 x dose PO

Lors de la rotation d'opioïde, diminuer de 25% vu la tolérance croisée incomplète





Fun fact

La différence entre opioïde et opiacée ?

- Opiacé : substance dérivée de l'opium, naturelle ou semi-synthétique
 - Naturelle : Morphine/Codéine
 - Semi-synthétique : Hydromorphone/Héroïne/Oxycodone
- Opioïde : substance synthétique non-dérivée du pavot ayant un effet similaire à la morphine
 - Synthétique : Fentanyl/Méthadone/Buprénorphine

Pavot à opium

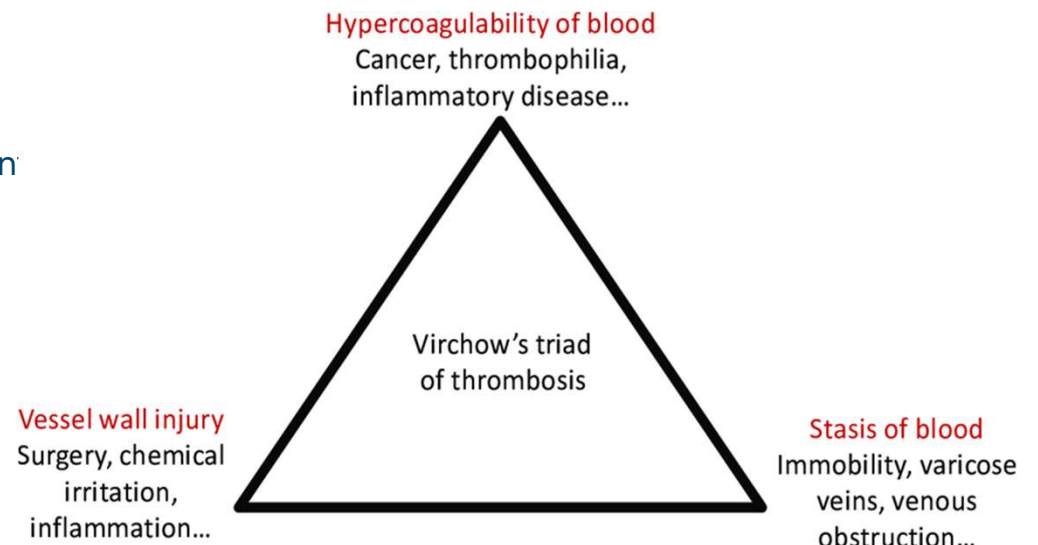
3. Hémorragie et thrombose

- Saignement externe : Plus traumatisant pour patient/proche/équipe soignante
 - GI : varices/MAV/néo
 - Hématémèse, rectorragie/méléna profus
 - Respiratoire : néo, EP
 - Hémoptysie
 - ORL : néo, engainement carotide
 - Épistaxis sévère, cutané
 - Hématologique : leucémie, thrombocytopénie, atteinte cascade coag
 - À fort risque de sgt
- Saignement interne moins associé choquant/anxiogène

Hémorragie et thrombose

Multiples facteurs de risque thrombogène chez le patient

- Cancer actif
- Immobilisation
- Rarement de prophylaxie lorsque admis en USP



Hémorragie et thrombose

Protocole de détresse hémorragique

- Encore protocole de détresse
- Si accès à voie IV :
 - Acide tranexamique (Cyclokapron) 500-1000 mg IV STAT puis q8h x 3.
 - Versed pourrait être donné par voie IV pour un effet plus rapide
- Utiliser serviettes foncées
- Position pour éviter étouffement (décubitus lat si hématomène/épistaxis)
- Rester calme, faire sortir les proches si possible

4. Surdosage médicamenteux

Polypharmacie importante chez patient en fin de vie pour soulager nombreux Sx

Surveiller l'apparition d'ES suite au début/majoration d'un traitement

Interactions possibles entre différentes molécules

- Toxicité sérotoninergique/cholinergique, abaissement seuil convulsif

Ne jamais oublier la progression de la maladie elle-même comme DDx

Toxicité sérotoninergique

- Diagnostique clinique
 - Changement statut mental (anxiété, fébrile, désorienté, agité)
 - Sx autonome (diaphorèse, tachycardie, hyperthermie, vomissement)
 - Sx neuromusculaire (tremblement, myoclonie, hyper-réflexie/clonus, signe Babinski)
 - MI > MS
- Arrive entre 6-24h après un changement de dose
- Rx à surveiller, surtout lorsque **combiné**
 - ISRS/ISRN/Tx TDAH/Ondansetron/amitriptyline

Surdosage opioïdes / opiacés

Symptômes :

- Somnolence
- Fréquence respiratoire diminuée (<12/min)
- Pupille en myose "pinpoint"
- Myoclonies

Souvent suffisant de stimuler régulièrement le patient. Surveillance q30-60 min

Effet de 4-6h de la majorité des molécules

Éviter ED et possiblement sauter prochaine dose régulière

Surdosage opioïdes / opiacés

Si fréquence respiratoire <8/min et/ou aucune réaction à la stimulation :

- Naloxone (Narcan) : 0.04 mg SC ou IV q5 min ad fréq respi >8/min.
 - Dose maximum de 1 mg. Si pas de réponse à 1 mg, élargir DDx
 - Durée d'action de 60-120 min, considérer répéter dose selon durée action opioïde

Exclure fin de vie physiologique (acrocyanose/marbrures/Cheyne-Stokes/etc)

Faire attention au **sevrage** induit chez patient qui prend opioïdes depuis plusieurs semaines

- Anxiété/diaphorèse/larmoiement/bâillements/irritabilité/mydriase

5. Délirium

Prévalence élevée :

- 28-48% des patients admis en soins palliatifs ont un délirium à leur admission
- Prévalence qui augmente dans les dernières semaines de vie (ad 88%)

Jusqu'à 50% des épisodes sont réversibles

... et pourtant seulement 30% des épisodes sont diagnostiqués

Délirium

Perturbation fluctuante de l'attention ou de la vigilance

Apparition aiguë

Diffère du niveau de base du patient

S'explique par une cause médicale (maladie/sevrage/ES/surdosage/etc)

Hyper et hypoactif

*Attention, délirium hypoactif souvent sous-diagnostiqué

Outils pour aider la reconnaissance

EDD : Échelle de dépistage du délirium

- Échelle d'observation ne nécessitant pas de questions au patient
- Permet de coter différents Sx de délirium pour évaluer son apparition/fluctuation
- Sensibilité/spécificité : 86/87%
- Très pratique pour établir une chronologie d'apparition des sx confusionnels

Délirium

Multiples étiologies possibles :

- Néoplasie primaire/métastases cérébrales
- Troubles électrolytiques, particulièrement hyperCalcémie
- Insuffisance hépatique ou rénale
- Infectieuse
- Hypoxie
- Fécalome/rétention urinaire
- Douleur aiguë/intense
- Médicamenteux (ES ou surdosage)
- Sevrage (ROH ou médicamenteux)
- Agitation pré-terminale (Ddx d'exclusion)
- Etc...

Agitation/délirium sévère

Expose le patient à risque de chute/fugue/agressivité

Particulièrement difficile pour les proches qui ne reconnaissent plus le patient

- Rôle important de l'équipe de faire de **l'enseignement** avec les proches

Patient peut représenter un danger pour lui-même et les autres

Agitation/délikirium sévère

1. Reconnaître et traiter la ou les **causes** réversibles
 - a. Toujours selon les objectifs de soins du patient
2. Non-pharmacologique
3. Traitements pharmacologiques

Non-pharmacologique

- Mesures d'orientation
- Recadrer/rassurer le patient
- Palier à la désafférentation
- Améliorer le statut hydrationnel
- Améliorer l'hygiène de sommeil
- Surveillance étroite

Approche selon les symptômes

- Néoplasie primaire / métastases cérébrales
 - Dexaméthasone
- Troubles électrolytiques, particulièrement hypercalcémie
 - Bisphosphonates
- Insuffisance hépatique ou rénale
 - Lactulose
- Infectieuse
 - ATB-thérapie
- Hypoxie

Approche

- Fécalome/rétention urinaire
 - Fleet/cathétérisme
- Douleur aiguë/intense
 - Traitement rapide de la douleur
- Médicamenteux (ES ou surdosage)
 - Rotation opioïde/diminution Rx à envisager
- Sevrage (ROH ou médicamenteux)
- Agitation pré-terminale
 - Soins de confort/détresse

Agitation/délirium

- Si léger :
 - Halopéridol (Haldol) 0.5-2 mg PO/SC/IV QID PRN
 - Midazolam (Versed) : 2.5-5 mg SC q2h PRN
 - Quétiapine (Seroquel) 25-100 mg PO BID PRN
- Sévère :
 - Halopéridol 2-5 mg SC + Midazolam 5 mg SC, répétable q30 min x 2.
 - Méthotriméprazine (Nozinan) 10-50 mg SC q4-6h PRN
- Cas réfractaire :
 - Sédation palliative

Faire attention avec pharmacotx, peut elle-même induire délirium chez certains patients (possiblement BZD > antipsychotiques)

En situation d'urgence, usage BZD est approprié

6. Convulsions

- 25-50% des convulsions sont liées à des métastases/néoplasies cérébrales
- Désordres métaboliques
 - HypoNa/HypoCa/Hypoglycémie
- Rx abaissant seuil convulsif : antipsychotique/antidépresseur
- Sevrage ROH
- Épilepsie déjà connue

Convulsions

En urgence si crises convulsives généralisées :

- Lorazépam (Ativan) : 2-3 mg SC STAT q15-20 min PRN
- Midazolam (Versed) : 5-10 mg SC/IM

Si BZD inefficace :

- Phénobarbital : 60-240 mg SC/IM q8h

Convulsions

Si causes réversibles ou traitables, pas nécessaire traitement prophylactique

Pas tx prévention primaire si aucun antécédent d'épisode convulsif, mais savoir reconnaître les situations à risque

Si néoplasies/métastases cérébrales, après 1 premier épisode :

- Dexaméthasone (Décadron) 2-8 mg SC/PO DIE-BID
- Levetiracetam (Keppra) 500 mg PO BID
- Phénobarbital 60-240 mg SC/IM q8h
 - 2 mg/kg/jour

Un petit mot sur la sédation palliative continue

Sujet complet et complexe en soi

« La SPC consiste à soulager, chez une personne en fin de vie, un symptôme intolérable et réfractaire à tout autre traitement en la plongeant dans un état de sédation profonde qui va être maintenu jusqu'à son décès. »

-INESSS



Sédation palliative

- L'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes réfractaires/intolérables en abaissant le niveau de conscience
- Pronostic limité ou compromis
- Si choix de sédation palliative continue, décision doit être libre et éclairée:
 - Consentement écrit du patient préférablement
 - Consentement verbal du patient ou consentement substitué par un proche

Symptômes réfractaires justifiant la SPC

- Détresse psychologique ou existentielle
- Douleur intraitable ou intolérable
- Détresse respiratoire récidivante
- Dyspnée progressive et incontrôlable
- Sécrétions bronchiques abondantes
- Détresse hémorragique
- Délirium hyperactif
- Nausées ou vomissements incoercibles
- Convulsions
- Autre état réfractaire (préciser):

Messages clés

Certaines urgences sont prévisibles, il faut bien s'y préparer.

La clé des soins palliatifs est d'adapter son approche aux désirs du patient. Il est préférable de discuter d'objectifs de soins lorsque ça va bien.

Les soins palliatifs sont un travail d'équipe, entourez vous d'une bonne équipe infirmières/pharmacien/médecins



Questions ?

Références

1. Johnson MJ, Currow DC. Opioids for breathlessness: a narrative review. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2020;**10**:287-295. <https://spcare.bmj.com/content/10/3/287>
2. <https://palli-science.com/>
3. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_PMN_Detresse_Protocol.pdf
4. Tradounsky G. Crises épileptiques en soins palliatifs. *Can Fam Physician*. 2013;**59**(9):e401-e405.
5. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>
6. <https://palli-science.com/urgence-oncologique-compression-medullaire-syndrome-veine-cave-hypercalcemie-hypertension>
7. <https://lemedecinduquebec.org/Media/74663/105-109DESFOSES1202.pdf>
8. Bush Shirley H, Leonard Maeve M, Spiller Juliet A, Wright David Kenneth. (2014). End of life delirium: Issues regarding recognition, optimal management, and the role of sedation in the dying phase. *Journal of pain and symptom management*. 48 (2). 215-229.
9. <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/sedation-palliative-continue.html>
10. Inspiré de la présentation de Dr Anne Bhéreur et de Dr Michel Hébert

