

ACTUALITES THERAPEUTIQUES EN SOINS PALLIATIFS



DR LE JOUAN GAILLAC BEATRICE
Polyclinique Marzet
19 NOVEMBRE 2015



CAS CLINIQUE N°2

SYNDROME CONFUSIONNEL *SELON AFSOS 2012*



Monsieur LA âgé de 78 ans est hospitalisé LE 1er OCT 2015 à la demande de son médecin traitant pour douleurs dorso-lombaires , syndrome confusionnel et BILAN compliquant la prise en charge et le maintien à domicile depuis plus d'une semaine .

Le scanner TAP réalisé en externe ,le 30 SEPTEMBRE 2015 révèle au niveau thoracique deux ganglions de 13 mm ,ovales ,avec altérations emphysémateuses surtout au niveau des lobes supérieurs ainsi que du lobe apical à gauche ,

au niveau

abdominal

pas d' anomalie hépatique , pancréatique , et rénales
au niveau de la glande surrénalienne gauche: un nodule de 15mm ,
pas d'adénopathie aorto- mésentérique
par contre des diverticules du sigmoïde sans signe d'infection et un volumineux fécalome au niveau de l'ampoule rectale.

au niveau axial

lyse du corps de L4,altérations dégénératives importantes sur rachis lombaire et dorsal

le patient présente comme ATCD une néoplasie prostatique 2006 ,PSA à 0;66
hernie inguinale droite



A l'arrivée dans le service , le patient présente une légère agitation avec syndrome confusionnel confirmé par son épouse épuisée, inquiète de cet état « il ne dort plus il est agressif ,je me demande s'il ne devient pas fou; il mange peu et ne boit quasi pas ».

le patient est sous durogésic 50 Microgrammes augmenté depuis 24H du fait des douleurs avec des inter doses d' actiskénan 10 MG associé à du doliprane 4 G par jour ,il en prend 4 par jour en systématique.

Kardégic 75mg 1sachet/J

Pravastatine 40 1CP le soir

Plavix 1cp le soir

Tareg 160 MG 1cp le midi

Témérit ¼ CP LE matin

Lexomil ¼ 0 ½ AU COUCHER + imovane 7.5 mg 1cp au coucher +Seroplex 20 1 cp le soir

à l' examen ,le patient est douloureux au niveau L4 ,douleurs en ceinture neurogène ,à type de brûlure sans irradiation dans les membres inférieurs ;pas de déficit neurologique ,rythme sinusal , auscultation pulmonaire ronchis dans les deux champs, ventre météorisé légèrement sensible;





QUELLES SONT POUR VOUS LES CAUSES DE CE SYNDROME CONFUSIONNEL?

UNE OU PLUSIEURS REponses POSSIBLES:

1. SURDOSAGE EN MORPHINIQUE
2. CAUSE MEDICAMENTEUSE
3. DESHYDRATATION
4. TROUBLES METABOLIQUES
5. AUTRES



QUELS TRAITEMENTS AURAIENT PU ÊTRE MIS EN PLACE A DOMICILE?

UNE OU PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES:

1. DIMINUER LES OPIOÏDES
2. ROTATION DES OPIOÏDES
3. LAXATIFS
4. DIMINUTION OU ARRÊT DES BZP
5. REHYDRATATION
6. AUTRES

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PRECOCE

A QUOI PENSEZ – VOUS ?

- 問 UN INTERROGATOIRE PRECIS :orientation temporo-spatiale, mémorisation immédiate, difficultés d attention,...paroles qui devraient alerter (il est perdu ,elle plane ,il somnole , il est insomniaque , il est agressif
- 問 UNE ATTENTION PORTEE AUX CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS RECENTS(Début souvent brutal de la confusion)modification de caractère, agitation ,trouble du sommeil avec cauchemars inversion nyctémérale.
- 問 Un partage des observations avec les proches ,les IDE et auxiliaires de vie(variabilité dans le temps)

LA PRECOCITE DU DIAGNOSTIC EST FONDAMENTALE

擱 **NE PAS ATTENDRE LA SURVENUE D'UNE PHASE D'AGITATION !!!**

Car

擱 **Certaines causes sont aisément curables**

擱 Le syndrome confusionnel engendre des risques (fugue chute, violence, suicide)

擱 Augmente d'autres symptômes (douleur) et la morbidité perturbe toutes les relations avec et autour du patient

擱 **Entraine une souffrance intense chez le patient et ses proches+++**



Le syndrome confusionnel doit faire l'objet d'un diagnostic précoce et le traitement doit être considéré comme une urgence

DEFINITION: Dysfonctionnement cérébral global, non spécifique, souvent transitoire et réversible, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des processus organiques.

SYNDROME QUI PEUT ETRE REVERSIBLE S'IL EST TRAITÉ A LA FOIS DE MANIÈRE ÉTIOLOGIQUE ET SYMPTOMATIQUE

DANS UN CONTEXTE DE SOINS PALLIATIFS :le sd confusionnel est facteur prédictif de décès

Hors contexte de soins palliatifs : le sd confusionnel est un facteur pronostic de gravité



擱 **LE SCANNER** révèle chez CE PATIENT **UN FECALOME** ;AU VU DE L EXAMEN UN LAVEMENT A ÉTÉ REALISE APAISANT LE PATIENT MAIS TOUJOURS CONFUS **LE BILAN SANGUIN** REVELAIT UNE **HYPERCALCEMIE A 128 MG** avec **INSUFFISANCE RENALE FONCTIONNELLE à 43 ml/mn, HYPERHYDRATATION** DU PATIENT ET MISE EN PLACE D'UNE **PERFUSION DE ZOMETA**

擱 **MISE EN PLACE D UNE SE OXYNORM** après arrêt du patch (rotation des opioïdes et actions neurogènes de l' oxynorm)EN UTILISANT DES INTERDOSES PUIS augmentation de la SE OXYNORM au bout de 12H PUIS ADAPTATION AU BOUT DE 24H

擱 Dans les 48 H LA CALCEMIE REVENAIT à 94 MG . NA134, CLAIRANCE 56.8

擱 **L'IRM** réalisée montrait une atteinte secondaire de T1 T7 T10 ET L4 SANS ATTEINTE DU MUR POSTERIEUR

擱 **LE TEPSCANN** réalisait le 7/10/2015 révèle **une lésion pulmonaire droite en faveur d'un processus néoplasique AVEC LOCALISATIONS SECONDAIRES MULTIPLES OSSEUSES,GANGLIONNAIRES,ET SURRENALIENNES.**

擱 Patient bénéficiant d'une **fibroscopie bronchique avec biopsie** (échec) et d'une **biopsie osseuse sur T7 pour obtenir l'anatomo-pathologie**





Données épidémiologiques en cancérologie

搨 **C'est un syndrome dont la
fréquence est sous estimée
dans la pratique
quotidienne**

搨 1/3 à 2/3 des cas de
confusion sont sous



QUELLES ETIOLOGIES RECHERCHEES EN PRIORITES ? (généralités)

攔 D AUTANT PLUS QUE LA CONFUSION EST AIGUE ET INATTENDUE

攔 CHERCHER++ UNE CAUSE QUI PEUT ETRE RAPIDEMENT CURABLE ET ASSURER LA REVERSIBILITE DU SYNDROME CONFUSIONNEL

攔 TOUTEFOIS DANS **50% DES CAS** ,ON NE TROUVE PAS D ETIOLOGIE UNIVOQUE MAIS PLUTÔT **L'INTRICATION DE PLUSIEURS CAUSES**



PRINCIPALES ETIOLOGIES ORGANIQUES

擱 **RETENTION URINAIRE ET FECALOME +++**

擱 **CAUSES Métaboliques et nutritionnelles**

擱 **Traitements médicamenteux symptomatiques**

擱 **Traitements oncologiques**

擱 **Infections systémiques**

擱 **Infections du système nerveux (abcès , méningites ,
encéphalites,)**

擱 **Tumeurs parenchymateuses ou méningées**

擱 **Epilepsie**

擱 **Syndromes paranéoplasiques à expression**



CAUSES METABOLIQUES ET NUTRITIONNELLES

⊞ TRoubles HYDRO-ELECTROLYTIQUES : HYPONATREMIE +++ET HYPERNA
HYPERCALCEMIE+++ET HYPO
HYPOPHOSPHOREMIE
HYPOMAGNESEMIE

⊞ TRoubles GLUCIDIQUES :HYPO+++ET HYPERGLUCIDIQUE

⊞ INSUFFISANCE RESPIRATOIRE :HYPOXIE ET HYPERCAPNIE

⊞ INSUFFISANCE RENALE: élévation urée et créatinine

⊞ INSUFFISANCE HEPATIQUE

⊞ DEFICITS VITAMINIQUES: BAISSSE vitB1 (encéphalopathie de Wernicke korsakoff
;baisse de vit B12

⊞ TROUBLE ENDOCRINIEN : HYPOTHYROIDIE +++.modification cortisol

⊞ SYNDROME CARCINOIDE



CAUSES / TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

- 攔 OPIOIDES
- 攔 Benzodiazépines
- 攔 Antidépresseurs
- 攔 Neuroleptiques
- 攔 DIGOXINE
- 攔 Corticostéroïdes
- 攔 Anticholinergiques
- 攔 Antiépileptiques
- 攔 Antihistaminiques
- 攔 Antifongiques
- 攔 Quinolones
- 攔 ANTICOAGULANT



Causes /traitements oncologiques

- 摺 CYCLOSPORINE A
- 摺 METHOTREXATE
- 摺 ARACYTINE
- 摺 5 FU
- 摺 CISPLATINE
- 摺 VINCRISTINE
- 摺 PROCARBAZINE
- 摺 AGENTS ALKYLANTS
- 摺 INTERFERONS



EXAMENS COMPLEMENTAIRES RECOMMANDES

📌

FNS VS PLAQUETTES

📌

**PARAMETRES INFECTION /INFLAMMATION : CRP ,PROCALCITONINE ,VS
HEMOCULTURES,ECBU, autres prélèvements selon la clinique ECBC**

📌

IONOGRAMME SANGUIN

📌

GLYCEMIE

📌

FONCTION RENALE :urée ,créatinine ,clairance

📌

Bilan Hépatique: bilirubine libre et conjuguée TGO,TGP ,TP,PROTIDEMIE.AMMONIEMIE

📌

GAZ DU SANG

📌

RP

📌

BILAN DE COAGULATION : fibrinogène ,TS ,TCA,

📌

Bilan endocrinien TSH CORTISOL

📌

DOSAGES VITAMINIQUES VIT B12.VIT B1 AC FOLIQUE

📌

DOSAGES MEDICAMENTEUX :digoxine , antiépileptiques

à hiérarchiser selon la clinique et le pronostic

vital



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- 擱 **TDM ou IRM pour recherche de métastases cérébrales
OU PB infectieux**
- 擱 **PL à la recherche de méningite infectieuse ou
carcinomateuse**



TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA CONFUSION

QUELLE QUE SOIT LA
FORME CLINIQUE DE
LA CONFUSION
(AGITEE, RALENTIE
OU MIXTE)



PRISE EN CHARGE ENVIRONNEMENTALE

擱 DE L'ORDRE DU NURSING ET DE L'EDUCATION /INFORMATION

擱 **ACTION SUR L ENVIRONNEMENT**

擱 **SOUTIEN DES PROCHES**

擱 **EVITER LA CONTENTION SI POSSIBLE** MAIS NECESSAIRE SI DANGEROUSITE
recommandations ANAES)

擱 **DONNER DES REPERES** :éclairage suffisant ,calme noms des soignants
,lieux ,temps (horloge , calendrier)rituels annoncés
(repas,)audioprothèses et lunettes en place ,objets familiers ,présence
de la famille.

擱 **IMPORTANCE DE RASSURER LA FAMILLE ET LE PATIENT VIS-À-VIS DE LA
PEUR DE DEVENIR « FOU »**

擱 **EXPLICATIONS DES TROUBLES ,LEGITIMER LES COMPORTEMENTS (PATIENTS
ET PROCHES)**

擱 **Stimuler** pendant la journée pour conforter le rythme nycthémeral



Modalités de prescriptions

TRAITEMENT DE LA CAUSE EN PREMIERE INTENTION

PUIS SI CONFUSION PERSISTE ET SI

Voie orale possible OUI : Préconisations : **Halopéridol sol buvable**

2mg/ml (1mg=10gttes) ou 1 cp de 1mg ou 5mg **dose initiale 0,5-2mg en 1 à 2 prises par jour à moduler de 12h en 12h en fonction de la symptomatologie**

Posologie de 1 à 10mg par jour

si BZP :lorazépam (0,5 à 10 mg/jour)

NON : Préconisations: **Haloperidol sol injectable** à 5mg/ml en IM ,dose initiale :1/2 à 1 amp à répéter toutes les heures si besoin jusqu' au contrôle de l'agitation (20mg/j)

En s/Cut (soins palliatifs):1 à 2mg /24h

IVSE POSSIBLE SI <2mg /24h; si >2mg/24h nécessaire éliminer torsades de pointes et surveillance cardiologique

SI BZD(SOINS PALLIATIFS)

MIDAZOLAM



Les symptômes sont ils contrôlés?

- OUI relais per os même dose puis décroissance rapide et arrêt
- Non hospitalisation ou avis psy si ATCD psychiatriques connus ou résistances ou intolérance aux neuroleptiques .PRECONISATION d'une association à un autre neuroleptique CHLORPROMAZINE 25 – 100 MG /j (largactil) utilisation d'antipsychotique :rispéridone (0,5-4mg/j) (Risperdal) ,Olanzapine (2,5-10mg/j) (zyprexa), utilisation de méthylphénidate (5-20mg/J) (ritaline) dans certaines formes ralenties





bibliographies

摺 Confusion mentale en cancérologie référentiel du 03/12/2010

AFSOS REVISION 20/12/2013

摺 HAS RECOMMANDATION :confusion chez la personne agée mai
2009




CAS CLINIQUE N° 3

ANTICIPER LES TROUBLES RESPIRATOIRES
EN FIN DE VIE

Selon ARS, URPS, et PalliAquitaine





Madame C 92ans, veuve, deux filles très présentes, vit dans une EPAD depuis 14ANS , elle est porteuse d'une néoplasie du sein droit opérée il y a 20 ANS RADIOTHERAPIE et hormonothérapie par Tamoxifène pendant 5ans . Elle présente une DMLA ,et une insuffisance cardiaque stade 2 sur FA. Sous Lasilix 20 mg 1 cp le matin ,amiodarone 200 MG 1cp le matin RAMIPRIL 5mg 1 cp le midi

Récidive controlatérale, il y a 2 ans avec lâcher de ballon pulmonaire d'emblée métastatique ; mis sous AROMASINE 1cp par jour .

la patiente présente un épanchement pleural bilatéral de faible abondance mais avec dyspnée stade 2. La patiente a déjà été hospitalisée il y a 6 MOIS POUR PONCTION PLEURALE .

La patiente ne veut pas d'acharnement thérapeutique et refuse toute hospitalisation; elle désire mourir à la maison de retraite .



QUELLES DEMARCHES FAITES VOUS?

UNE OU PLUSIEURS REponses POSSIBLES:

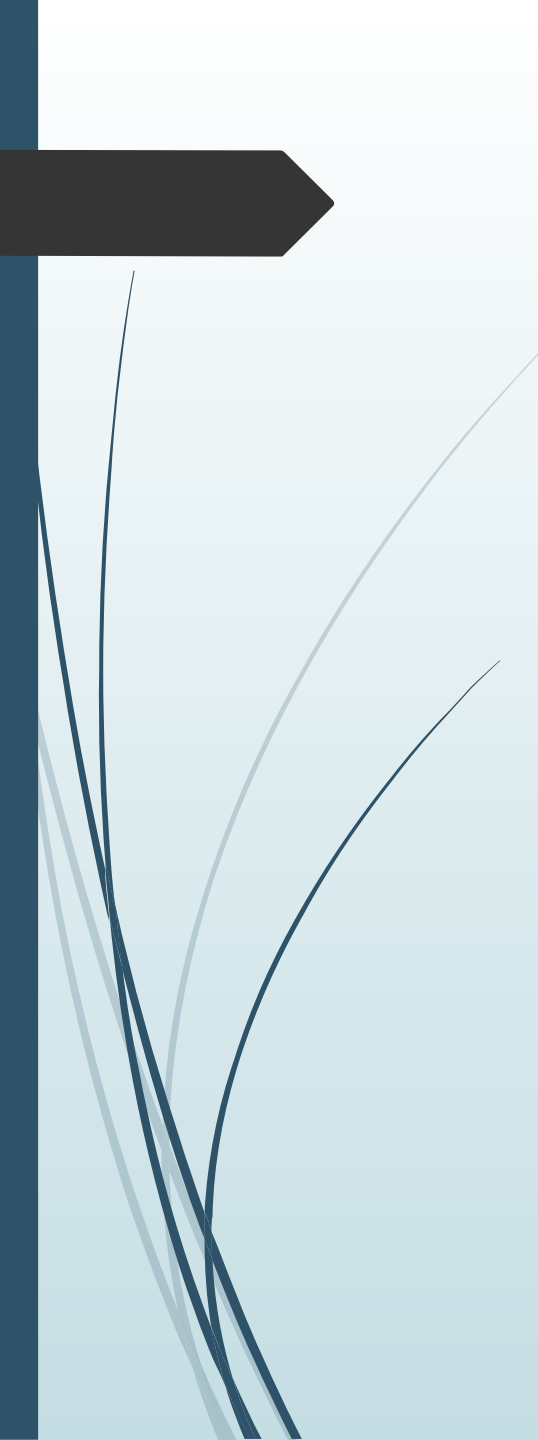
1. ENTRETIEN AVEC SES FILLES ET LA PATIENTE
2. CONTACT AVEC LE RESEAU DE SOINS
3. PRESCRIPTIONS ANTICIPEES POUR LA DYSpNEE
4. VOUS FAITES LA SOURDE OREILLE
5. VOUS PASSEZ LA MAIN A UN CONFRERE
6. AUTRES



QUELS TRAITEMENTS POUVEZ VOUS METTRE EN PLACE DÉJÀ A DOMICILE ?

UNE OU PLUSIEURS REponses POSSIBLES:

1. OXYGENOTHERAPIE
2. FUROSEMIDE 40MG 1 CP LE MATIN
3. ANXIOLYTIQUES
4. PERFUSION DE NACL
5. OXYNORM ORODISPERSIBLE
6. LAXATIFS



La prise en charge des troubles respiratoires en fin de vie repose sur l'anticipation des symptômes ,leur survenue nécessitant un traitement

- ☞ **Identifier les personnes en situations palliatives POUR EXPLIQUER LA PRISE EN CHARGE AU PATIENT ET A SA FAMILLE AINSI QU A L EQUIPE SOIGNANTE +++++ afin d obtenir l adhésion de tous les participants**
- ☞ **METTRE EN PLACE UN PLAN DE SOINS** en recueillant les souhaits du patient et de faire rédiger si possible ses directives anticipées (utiles lorsque le patient ne pourra plus exprimer sa volonté)
- ☞ **Rédiger les prescriptions anticipées personnalisées** permettant de soulager les éventuels symptômes d'inconfort
- ☞ **LA PERSONNE DE CONFIANCE** ,si elle a été désignée, est informée ainsi que l'entourage proche afin que les traitements proposés soient expliqués et compris



IDENTIFIER LES PERSONNES EN SITUATION PALLIATIVE SYMPTOMATIQUE ET TERMINALE

擱 LA PERSONNE EST ,SAUF EXCEPTION ,TRES DEPENDANTE
(INDICE DE KARNOSFSKY < 30) OU STADE OMS 3 OU 4

擱 LES TROUBLES RESPIRATOIRES SONT MAJORITAIREMENT LIES A
DES FAUSSES ROUTES OU A UNE HYDRATATION EXCESSIVE
MAIS D AUTRES CAUSES SONT POSSIBLES ET INTRIQUEES TELLES
UNE ATTEINTE PULMONAIRE DIRECTE ,UN EPANCHEMENT
PULMONAIRE ,UNE DEFAILLANCE CARDIOVASCULAIRE

REDACTION DES PRESCRIPTIONS ANTICIPEES PERSONNALISEES EN CAS DE SYMPTÔMES RESPIRATOIRES AÏGUS

攔 CETTE PRESCRIPTION MEDICALE A POUR OBJECTIF DE REpondre A UN SYMPTÔME QUE
POURRAIT PRESENTER LE PATIENT QUE CELUI-CI EN AIT DÉJÀ SOUFFERT OU NON

攔 ELLE DOIT COMPORTER LA DATE DE REDACTION

LA DATE D APPLICATION

LA DUREE DE VALIDITE

LA POSOLOGIE DES MEDICAMENTS

LA VOIE D ADMINISTRATION ET

LA QUANTITE DE MEDICAMENT A DELIVRER PAR LA PHARMACIE

LES TRAITEMENTS ADMINISTRES DOIVENT ÊTRE RAPIDEMENT EFFICACES ET FACILEMENT ADMINISTRES

- La voie d'administration sera à adapter en fonction des voies d'abord disponible , de leur délai d'action et de la sévérité de la dyspnée;
- **La voie PO agit en 45 MN à 1 H**
- **La voie S/CUT AU BOUT DE 20 à 30 MN**
- **La voie IV EN PERFUSETTE commencera à agir dès l'injection**
- **La voie IM AGIRA EN 10 à 15 MN , utile en cas d'urgence, pour une injection unique**
- **DANS LES SITUATIONS D'URGENCES , LA VOIE IV est privilégiée si possible puis la voie IM PUIS LA VOIE SC**



L INFIRMIERE LA MET EN APPLICATION , APRES EVALUATION
DE LA SITUATION DU PATIENT ,SI LES CONDITIONS PRECISES
SONT REUNIES

LE MEDECIN DOIT PREVOIR DE REEVALUER LES PAP
PERIODIQUEMENT, A CHAQUE EVOLUTION DE L ETAT DU
PATIENT ET APRES TOUTE MISE EN APPLICATION++++

La patiente est hospitalisée un dimanche soir en **état de détresse sévère** sans que le médecin traitant n'ait eu le temps d'organiser les choses, **transférer par le SAMU sur L'APPEL de l'EHPAD.**

La patiente est ponctionnée avec son accord et l'accord de ses proches de 2 L, mise sous O₂. nette amélioration dans les jours qui suivent, mise sous oxynorm.

REFUS DU TALCAGE

Elle exprime le désir de rentrer à la maison de retraite ; discussion avec ses deux filles, le médecin traitant, et le réseau de soins pour le retour à la maison de retraite, après accord de tous.

REDACTION DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

CHOIX DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

MISE EN PLACE DE L'O₂

RESEAU DE SOINS POUR L'OBTENTION DE L'HYPNOVEL ET LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE POUR LA PATIENTE, LA FAMILLE ET LES SOIGNANTS DE LA MAISON DE RETRAITE

PAP A DISCUTER AVEC LE MEDECIN TRAITANT ET L'EQUIPE EN FONCTION DES SIGNES DE DETRESSE

DYSPNEE ET POLYPNEE

- 攔 **DEFINITION:** La dyspnée est une gêne respiratoire subjective ressentie par le patient et /ou la présence de signes de lutte observables par le soignant (tirage , battement des ailes du nez , respiration abdominale ;;;) plus ou moins associée à une polypnée .
- 攔 La polypnée est l' augmentation de la fréquence respiratoire au dessus de 20 /mn
- 攔 La dyspnée est souvent associée à une anxiété importante chez le patient , souvent communicative et qui aggrave la sensation d'étouffement.
- 攔 La dyspnée sévère est définie par la présence de signes de lutte ou d'étouffement
- 攔 Dans cette phase palliative , l'objectif est un soulagement purement symptomatique



PRINCIPES DE TRAITEMENT

LE TRAITEMENT DE LA DYSPNEE ET DE LA POLYPNEE REPOSE SUR L'ASSOCIATION D'UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX ET NON MEDICAMENTEUX AVEC DES PAP

Les traitements non médicamenteux reposent sur des techniques d'aménagement de l'espace afin de diminuer la sensation d'étouffement et sur la réassurance du malade pour lutter contre l'anxiété ,ainsi que sur la réalisation de soins de bouche pour atténuer l'inconfort de la sécheresse buccale

Traitement de la dyspnée

- 攔 **Le traitement symptomatique médicamenteux** de la dyspnée nécessite d'associer un **antalgique de palier 2 ou 3 et un anxiolytique**, une BZP par exemple (angoisse associée à la dyspnée)+OU- **corticoïdes**
- 攔 **La morphine et ses dérivés sont utilisés pour soulager la dyspnée et la polypnée**, selon les recommandations de l'ANAES et de l' AFSSAPS ;
- 攔 **Le MIDAZOLAM (HYPNOVEL) possède une demi vie courte** =molécule privilégiée pour traitée le symptôme ;disponible en ville en **présence d'un réseau de soins palliatifs ou d'une hospitalisation à domicile;** d'autres molécules sont utilisables en alternative ;

MOYENS NON MEDICAMENTEUX

- 搨 Dégager la bouche et le nez du patient : pas d'aliments pendant phase aigue
- 搨 Installer le patient confortablement ,le + souvent position 1/2 ASSISE
- 搨 Créer une atmosphère rassurante ,parler calmement à bonne distance , SONNETTE à DISPOSITION; explications au fur et à mesure, présence rassurante (famille ,bénévole)
- 搨 Bonne ventilation de la pièce :ouvrir la fenêtre , ventiler le patient ,O2 AVEC LUNETTES éviter le masque
- 搨 Poursuivre soins de bouche avec compresses humides ou bâtonnets

MOYENS MEDICAMENTEUX

Les posologies et les voies d'administrations sont choisies en fonction de l'état du patient et du trait

de fond

1. **DYSPNEE MODEREE ET PATIENT POUVANT AVALER:** O2 à 3L/MN

摺附 Patient sans opioïde en cours:

MORPHINE 2.5mg à 5mg PER OS (ORAMORPH 2à4 gttes, 4 gttes =5mg)
ou OXYNORM 5MG en OROdispersible 1cp +ALPRAZOLAM (Xanax 0;25
½ à1 Cp) ou OXAZEPAM (seresta10 mg ½ à 1 Cp)

摺附 Patient sous opioïde en cours :

MORPHINE 2.5 à5 mg PER OS (ORAMORPH 2 à 4gttes)ou Oxynorm oro
ou 1/6 de la dose d'opioïde reçue par 24 H+ALPRAZOLAM(Xanax
0.25mg ½ à1 Cp ou oxazépam (seresta 10mg ½ Cp à 1 Cp

**PUIS PREVOIR LA MAJORATION DE LA DOSE D'OPIOIDE Reçue PAR 24H
DE 30%**

MOYENS MEDICAMENTEUX

2 Dyspnée modérée et patient ne pouvant plus avaler: O2 3L/MN avec lunettes

⊞ Patient sans opioïde en cours:

MORPHINE 2.5 mg à 5 par voie sous cutanée +
MIDAZOLAM(HYPNOVEL)2.5 à5 mg par voie sous cutanée

Si ABS de MIDAZOLAM remplacer par CHLORPROMAZINE (LARGARCTIL 5à10mg sous cutanée ou par CLONAZEPAM (RIVOTRIL) 0.5 à1 MG par voie sous cutanée

⊞ Patient sous opioïde en cours:

MORPHINE 2.5 à5 MG par voie SC ou 1/6 DE LA DOSE QUOTIDIENNE par voie S/CUT + MIDAZOLAM(HYPNOVEL) 2.5 à 5mg par voie s/cut ;

Si ABS MIDAZOLAM remplacer par LARGARCTIL 5à10mg S/C ou RIVOTRIL 0.5à1mg S/CUT.

Si patient >85 ANS ou insuffisant rénal ou cachectique ,choisir posologie la plus faible

ENCOMBREMENT AIGU

DEFINITION : 3 mécanismes pathologiques

攔 **La bronchorrhée** est une hypersécrétion pathologique de mucus bronchique ; elle peut avoir de nombreuses causes (inflammatoires, infectieuses, tumorales, ou hémodynamiques) souvent intriquées

攔 **L'inhalation et la pénétration dans les voies aériennes inférieures** de matériel provenant de l'extérieur (sécrétions naso-pharyngées, liquide gastrique ou matériel alimentaire)

攔 **le rôle agonique est produit par le mouvement** par le flux expiratoire des sécrétions stagnant dans le pharynx, la trachée et les bronches en raison d'une perte des reflexes de déglutition et de toux ;

PRINCIPES DE TRAITEMENT

l'objectif est d'éviter si possible l'apparition de l'encombrement en essayant de prévenir les fausses routes et en réduisant l'hydratation excessive

1. MOYENS NON MEDICAMENTEUX :

Arrêt de toute prise orale pendant l'épisode aigu ; avant toute reprise , faire test de déglutition et reprise de l'alimentation en adaptant la texture

Soins de bouche réguliers

Positionnement

Si le patient peut tousser et cracher : position assise ou semi assise fonction de son confort

Si le patient ne peut tousser ou cracher et/vigilance altérée : position 3/4 DT ET G EN ALTERNANCE EN RESPECTANT SON CONFORT

Aspirations buccales douces avec pressions la plus faible possible , le moins souvent possible

2 MOYENS MEDICAMENTEUX

⊞ NE PAS OUBLIER DE DIMINUER LES APPORTS +++500ML MAX PAR 24 H VOIR ARRET DE TOUT APPORT HYDRIQUE

⊞ ANTISECRETOIRE scopolamine 0.25 mg s/CUT, à renouveler toutes les 4H OU EN PERFUSION PER VOIE SCUT (1.5mg à 3/24 H MAX)

Penser à la sonde urinaire car risque de globe vésical et soins de bouche renforcés car sécheresse buccale

⊞ Diurétiques de l'anse :FUROSEMIDE 0.5mg /KG (20 à 40 mg)scut si TA >9

À renouveler si efficace sinon arrê

⊞ corticoïdes

Le symptôme intense = détresse respiratoire sédation transitoire par titration intraveineuse lente

攔 Est la recherche par des moyens médicamenteux ,d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience.

攔 **Stade 4** de RUDKIN= Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient;

攔 **En cas de dyspnée asphyxiante, réfractaire au traitement déjà entrepris ou en fin de vie, une sédation transitoire** pour soulager le patient est indiquée pour des soins de confort en fin de vie avec accord du malade et de la famille .**PENSER AUX DIRECTIVES ANTICIPEES ET A LA PERSONNE CONFIANCE+++**

攔 **LES SIGNES d'une DYSPNEE ASPHYXIQUE SONT :détresse respiratoire avec polypnée , angoisse ,sudation ,tachycardie , cyanose**

PRINCIPES DE TRAITEMENT

⊞ **DETRESSE RESPIRATOIRE = symptôme intense TITRATION IV LENTE =sédation transitoire**

MORPHINE 5mg (ou 1/6 de la dose de 24 H POUR LES PATIENTS RECEVANT DÉJÀ PLUS DE 60MG D' EQUIVALENT DE MORPHINE ORALE PAR 24 H +

MIDAZOLAM(HYPNOVEL)5MG dilué dans 10 ml de sérum physiologique ,en injectant ml par ml ts les 60 secondes jusqu' 'APAISEMENT STADE '4 DE RUDKIN, le midazolam possède la même pharmacocinétique par voie iv et s/cut

OU INJECTER IM SANS DILUER

SI ABS DE MIDAZOLAM, remplacer par largactil 12.5 à 25 mg ou RIVOTRIL 0.5à1mg

Si patient âgé de plus de 85 ans ,insuffisant rénal ou cachectique, MORPHINE 2.5MG ET MIDAZOLAM 2.5MG EN IM



ECHELLE DE RUDKIN

- 1 PATIENT COMPLETEMENT EVEILLE ET ORIENTE
- 2 PATIENT SOMNOLENT
- 3 PATIENT AVEC LES YEUX FERMEES.MAIS REpondANT A L APPEL
- 4 PATIENT AVEC LES YEUX FERMEES .MAIS REpondANT A UNE STIMULATION TACTILE LEGERE (TRACTION DU LOBE DE L OREILLE)
- 5 PATENT AVEC LES YEUX FERMEES ET NE REpondANT PAS A UNE STIMULATION TACTILE LEGERE



SEDATION DEFENITIVE

搨 SI LA DETRESSE PERSISTE ,RELAIS A LA SE DEMI DOSE DE LA TITRATION
A LA SE MG/H



BIBLIOGRAPHIES



- ▮ ANTICIPER LES TROUBLES RESPIRATOIRES EN FIN DE VIE ARS 2015
- ▮ DYSPNEE ONCOLOGIK JUIN 2010 REFERENTIEL
- ▮ SEDATION SFAP 2009 JUIN

CONCLUSIONS

1. **POUR LE SD CONFUSIONNEL: PENSER AUX CAUSES CURABLES
FECALOME ,GLOBE URINAIRE ,HYPERCALCEMIE,HYPONA OU HYPERNA ET HYPOXIE**
2. **POUR LA DETRESSE RESPIRATOIRE : ANTICIPER LES SYMPTÔMES
DISCUSSION SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES
LA PERSONNE DE CONFIANCE
ET LES PAP à REEVALUER FONCTION DES EVENEMENTS SURVENUS**
3. **MERCI DE NOUS AVOIR SI PATIEMMENT ECOUTES**
4. **ET N'HESITER +++++
PAS A NOUS CONTACTER POUR NOUS DEMANDER CONSEILS ,
NOUS VOUS REPONDONS AVEC GRAND PLAISIR
DR HUNAUT N°0559925699
DR LE JOUAN GAILLAC N° 0559927254**



摺 CAS CLINIQUE N° 4

*NAUSEES ET VOMISSEMENTS EN SITUATIONS
PALLIATIVES*



擱 MME CA âgée de 64ans