



Atelier soins palliatifs

*Journée « découverte de la médecine générale rurale »
Santé Ardenne - Novembre 2022*



Plan

- Présentations
- Définitions
 - Patient palliatif - PICT
 - Statut palliatif - INAMI
 - Soins palliatifs
- Aides disponibles
- Réseau des soins palliatifs
- Principaux symptômes inconfortables
- Partie pratique



Présentations

Florine Lecomte

Médecin généraliste et médecin référent de l'asbl « *Accompagner* »

Virginie Coppe

Infirmière responsable de l'asbl « *Accompagner* »

Plate-forme soins palliatifs

Alexandra Joris, psychologue de la plate-forme de concertation des soins palliatifs en province de Luxembourg

Kee Sung Cailteux, coordinatrice de la plate-forme de concertation des soins palliatifs en province de Luxembourg

Définitions

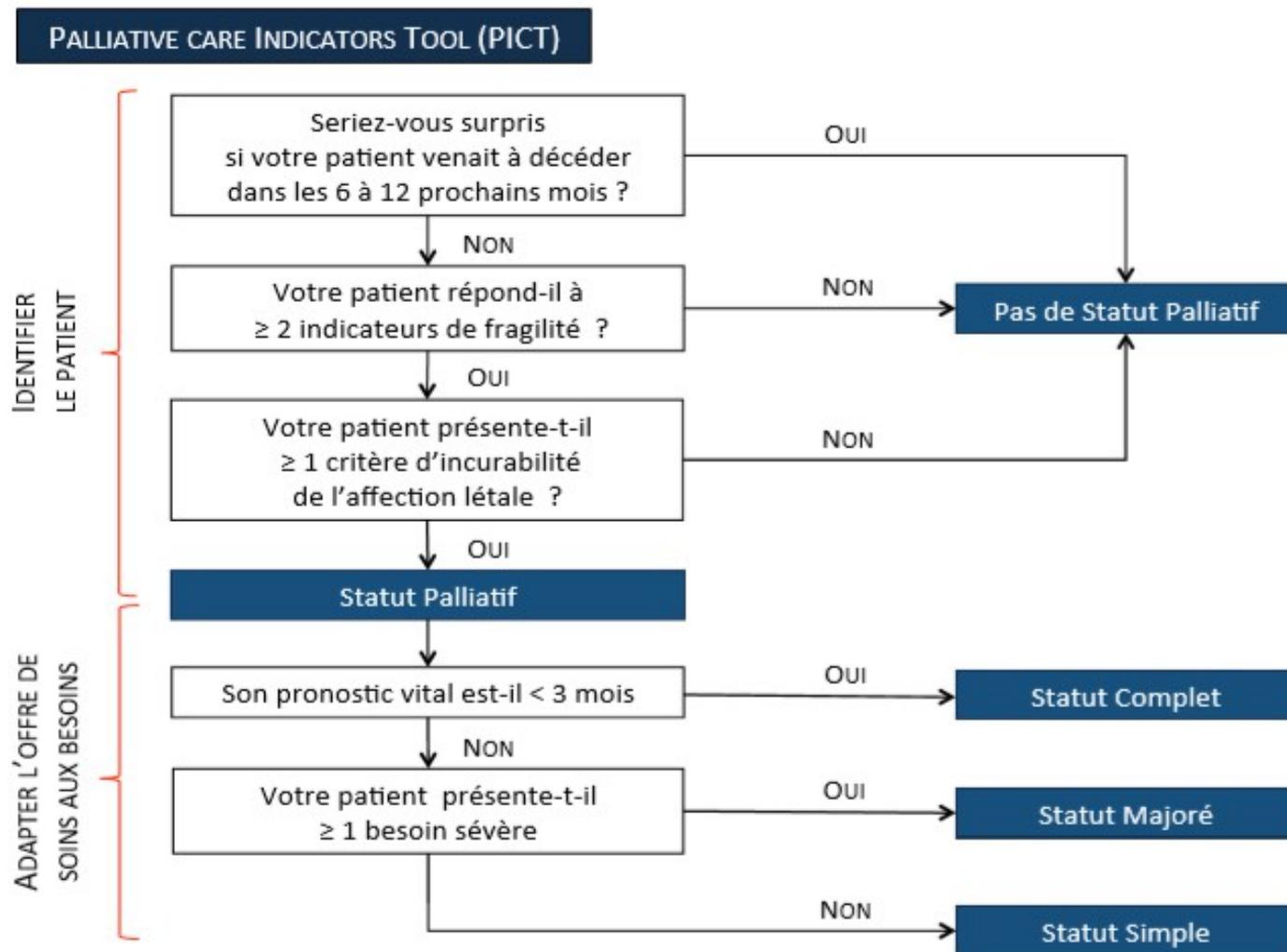
Patient palliatif

Palliative Care Indicators Tool (PICT)

- Outil belge, 2018
- Echelle d'identification qui permet aux médecins d'identifier les patients palliatifs plus précocement dans l'évolution de leur maladie (permet de se détacher du critère « espérance de vie »)
- Algorithme décisionnel, 2 parties :
 - **Identification du patient** = question surprise
 - **Evaluation des besoins** → 3 statuts différents

Définitions

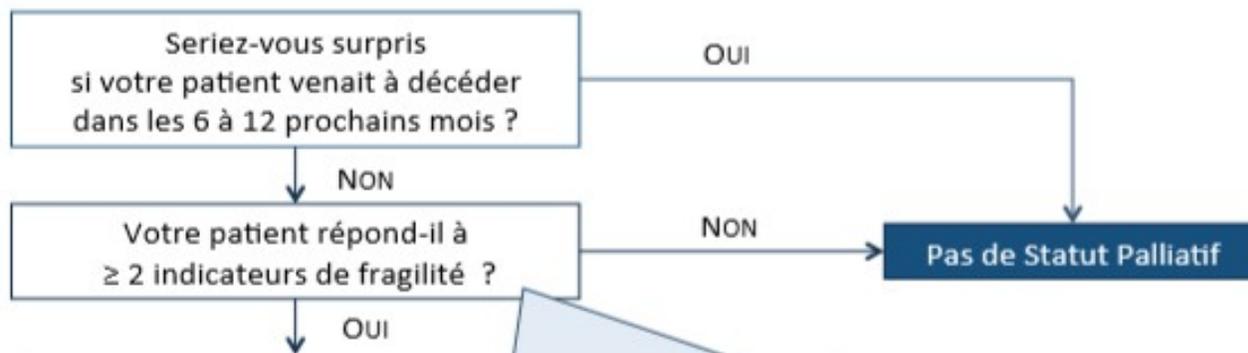
Patient palliatif



Définitions

Patient palliatif

PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL (PICT)



1. Baisse de l'indice de performance
2. Perte pondérale
3. Persistance d'un symptôme
4. Comorbidité
5. Hospitalisations imprévues
6. Intensification de l'aide à domicile ou en MRS
7. Refus thérapeutique

Définitions

Statut « palliatif »

INAMI

Dans le sens « bénéficiant du statut palliatif et pouvant percevoir le forfait palliatif », inclus les critères suivants :

- Présence d'une ou plusieurs affections irréversibles
- Evolution attendue défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- Pas d'influence des interventions thérapeutiques et d'une thérapie revalidante sur l'issue défavorable
- Décès attendu dans un délai compris entre 24h et 3 mois
- Besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long ; le cas échéant il fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
- Ayant l'intention de décéder au domicile

Définitions

Statut « palliatif » - DOMICILE

Annexe I

A ENVOYER SOUS ENVELOPPE FERMEE AU MEDECIN-CONSEIL

Avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiant de soins palliatifs à domicile

Nom du patient: Mutualité:
Adresse du patient: Numéro d'affiliation:
..... Numéro de compte:

Répond à la définition de patient palliatif - bénéficiaire d'une intervention financière:

Diagnostic en matière de soins palliatifs:

soit(1) Patient avec assistance de l'équipe palliative.
Nom d'une équipe ou, le cas échéant, du réseau.
Date de la première assistance.

soit(1) Patient sans assistance de l'équipe palliative, uniquement assisté par les dispensateurs de soins habituels qui s'engagent à réaliser la totalité des soins palliatifs de façon compétente.

La continuité des soins médicaux organisés par le médecin de famille, aussi durant les heures de garde et le week-end (remplacement éclairé) est assurée. Chaque semaine il doit y avoir une réunion interdisciplinaire avec au moins le médecin de famille. Un plan de soins formel et/ou un cahier de communication sont tenus à jour. Après le décès du patient, le médecin de famille garde ces documents dans le dossier du patient.

Il est satisfait à 2 des 3 conditions mentionnées ci-après(2):

Assistance et surveillance permanentes, concrétisées par une ou plusieurs des modalités suivantes:

- a) une personne de l'entourage
- b) congé palliatif demandé par ...
relation, avec le patient: ...
- c) appel à la surveillance par l'entourage complémentaire, éventuellement des volontaires recyclés par des instances agréées
- d) aide familiale
 - prise en charge de jour;
 - prise en charge de nuit;
 - accueil pendant le week-end.

Besoin d'au moins 2 des 5 éléments mentionnés ci-après(3):

- a) médicaments palliatifs spécifiques (analgésiques, antidépresseurs, sédatifs, corticoïdes, antiémétiques, laxatifs);
- b) matériel de soins (matériel d'incontinence, matériel de soins de plaies/de soins de stomie);
- c) dispositifs (matelas, lit d'hôpital, chaise percée et accessoires);
- d) pousse-seringues ou pompe anti-douleur;
- e) soins psychosociaux journaliers pour la famille.

[®] Surveillance quotidienne ou soins quotidiens par un praticien de l'art infirmier pour un patient dépendant au moins pour se laver et s'habiller, pour se déplacer et aller à la toilette, pour incontinence et/ou pour manger. (La dépendance implique au moins un score de niveau 3 sur l'échelle de Katz pour chaque groupe de dépendance).

Signature du médecin de famille

Date
Cachet

(1) Indiquer une des deux possibilités.

(2) Désigner deux des trois conditions et compléter éventuellement.

(3) Cocher au moins deux des cinq éléments.

voir verso s.v.p.

Conditions auxquelles le patient palliatif à domicile doit répondre pour entrer en ligne de compte pour une intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires.

Il doit s'agir d'un patient:

- 1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;
- 2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique;
- 3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;
- 4° pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois);
- 5° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés;
- 6° ayant l'intention de mourir à domicile;
- 7° et qui répond aux conditions reprises dans cette formule.

verso

Définitions

Statut « palliatif » - MR-MRS

A ENVOYER SOUS ENVELOPPE FERMÉE AU MEDECIN-CONSEIL

Article 70cités, § 2, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Conditions auxquelles un patient doit répondre pour entrer en ligne de compte pour la suppression de l'intervention personnelle pour les visites et les suppléments y afférents effectués par un médecin généraliste agréé ou avec droits acquis.

Nom du patient :

Adresse du patient :

Mutualité :

Numéro d'affiliation :

Le bénéficiaire susvisé est un patient :

1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles ;

2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique ;

3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable ;

4° pour qui le pronostic de(s) affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois) ;

5° ayant des besoins physiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés.

Signature du médecin généraliste

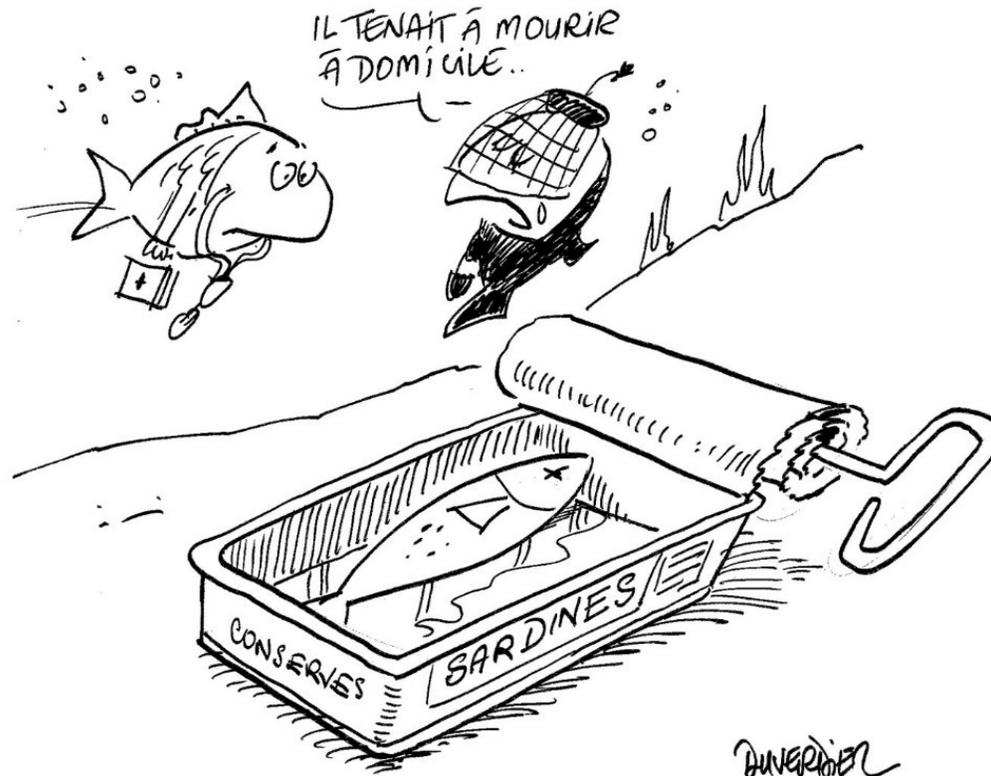
Date

Cachet

Définitions

« C'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire »

Thérèse Vanier, 1976



Définitions

Soins palliatifs - loi de 2002 - modifications 2016

Ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une **maladie grave**, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce ***quelle que soit son espérance de vie***.

Un **ensemble multidisciplinaire** de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur le plan physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, ***spirituel***.



Définitions

Soins palliatifs - loi de 2002 - modifications 2016

Les soins palliatifs offrent au malade et à ses proches la meilleure **qualité de vie** possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser aussi longtemps que possible la qualité de vie pour le patient et pour ses ***proches et aidants proches***.

Les soins palliatifs sont prodigués dès le moment où le patient est identifié comme palliatifs jusqu'à et y compris la phase terminale. Les soins palliatifs peuvent également être entamés alors que ***les traitements sont encore en cours*** jusqu'aux soins liés pour les proches et aidants proches ***jusqu'après le décès***.



Définitions

Soins palliatifs - loi de 2002 - modifications 2016

Idéalement, le recours aux soins palliatifs se fait de façon progressive ***en fonction*** des besoins et ***souhais*** en matière de soins, quelle que soit l'espérance de vie.



Aides en faveur des soins palliatifs

En Belgique

- Années 1990 : mesures en faveur des soins palliatifs
 - **Congé** pour soins palliatifs (1995)
 - **Plates-formes** en soins palliatifs - soins palliatifs à l'hôpital, en MR et MRS et unités résidentielles (1997)
 - Equipes de soutien au **domicile** (1998)
 - **Forfait** soins palliatifs (1999)
- Années 2000 : mesures en faveur des soins palliatifs
 - **Formation** en MR-MRS
 - Suppression du **ticket modérateur**
 - **Loi** relative aux soins palliatifs (14 juin 2002)
 - **Centres** de jour
 - Définition du **patient** palliatif

Réseau de soins palliatifs

PF de concertation des soins palliatifs

Au domicile



Equipe de soutien en soins palliatifs (2ème ligne)



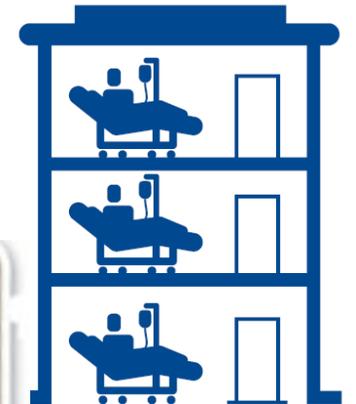
En institution d'hébergement



En institution hospitalière

Equipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs

Unité résidentielle de soins palliatifs



En collaboration avec la famille, les soignants de 1^{ère} ligne et le personnel des institutions

En collaboration avec les soignants de 1^{ère} ligne et en lien avec la famille

Réseau de soins palliatifs

La plate-forme

Association pluraliste réunissant localement les acteurs de la santé autour de la question de la **fin de vie**



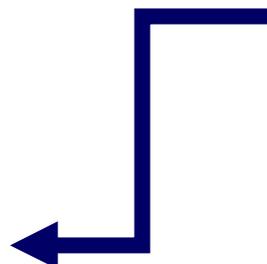
Réseau wallon :
9 plates-formes
et 1 fédération

Réseau de soins palliatifs

La plate-forme

Objectifs

**Diffuser la
culture palliative**



palliaguide.be

Recommandations de bonnes pratiques en soins palliatifs

GUIDELINES DE SOINS PALLIATIFS

Palliaguide.be est un site web dédié aux recommandations de bonne pratique en langue française concernant le contrôle des symptômes en soins palliatifs.

Il s'agit d'une initiative de la Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs [FBSP], réalisée en partenariat avec la Fédération Wallonne des Soins Palliatifs [FWSP] et la Société Scientifique de Médecine Générale [SSMG], grâce à un soutien financier de la Fondation contre le Cancer [FCC].

Ces recommandations s'adressent principalement aux médecins, mais elles peuvent également intéresser d'autres professionnels de la santé confrontés à des situations palliatives. Leur objectif est d'être un support concret pour la pratique de terrain.

Elles viennent compléter, pour la partie francophone du pays, Pallialine.be, site web dédié aux recommandations de bonne pratique néerlandophones élaborées par Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen [FPZV].

soinspalliatifs.be

Portail des soins palliatifs en Wallonie



A A A

Portail des **soins palliatifs** en Wallonie

[Accueil](#) | [Fédération wallonne](#) | [Soins palliatifs](#) | [Aides et soutien](#) | [Acteurs](#) | [Documentation](#) | [Formation](#) | [Agenda](#)

Prochainement

- » **09 octobre 2018**
La décision d'arrêt thérapeutique -
- » **09 octobre 2018**
Debout - de la Compagnie "La Tête à l'envers"
- » **10 octobre 2018**
Apprivoiser nos deuils - Quelle place pour les émotions ?



Nos annuaires

Les soins palliatifs

» [En Wallonie](#)

Je cherche :

Type d'acteur

Tous les acteurs

Code Postal

1300

Ok

» [A Bruxelles](#)

» [En Flandre](#)

Soins palliatifs

- » Définition
- » Historique
- » Législation

Bénéficiaire de soins palliatifs

- » Où se pratiquent les soins palliatifs ?
- » Aides financières

Pour les professionnels

- » Formulaires
- » Organiser le retour à domicile

Accompagnement spécifique

- » Enfant face à la maladie grave
- » Handicap et SP

NEW - L'OFFRE DES SOINS PALLIATIFS AU COEUR DES PREOCCUPATIONS DU CONSEIL DE L'EUROPE - 25 septembre 2018

Ce 18 septembre 2018, la Commission "Questions sociales, santé et développement durable" du Conseil de l'Europe a adopté un projet de résolution qui questionne l'offre de soins palliatifs en Europe. Pour information, le Conseil de l'Europe est une organisation intergouvernementale regroupant aujourd'hui 47 États membres dont les 28 États membres de l'UE.

Ce projet de texte, qui doit encore être ratifié en Assemblée plénière, recommande aux États membres du

Palliathèque.be



Le centre de documentation des soins palliatifs en Wallonie

palliathèque.be

Centre de documentation des soins palliatifs en Wallonie

Palliathèque.be

Le centre de documentation
des soins palliatifs en Wallonie



 Ma sélection

[ACCUEIL](#)

[QUI SOMMES NOUS ?](#)

[RECHERCHE](#)

[CONTACT](#)



Trouvez un ouvrage, une revue...

dans les bibliothèques des plates-formes
de soins palliatifs de Wallonie

[Rechercher](#)

Lancer la recherche



[Recherche avancée](#)

EN UN CLIC

- [Les catalogues](#)
- [Les coups de coeur](#)
- [Le règlement d'ordre intérieur](#)
- [Les liens utiles](#)

[Tout savoir
sur les soins palliatifs](#)

orthodose.com



[HOME](#)

[ABOUT](#)

[CONTACT US](#)



HOME

BACKGROUND OPIOID ANALGESIA >

RESCUE DOSE >

ORTHODOSE MOBILE APP >

ARTICLES >



OPIOID RESCUE DOSE CALCULATOR



Orthodose Mobile APP : une Première !

Orthodose, application mobile pour Smartphones qui permet aux médecins impliqués dans les soins palliatifs d'avoir à disposition continue un outil concret et pratique pour le calcul de :

- ▶ l'interdose ou entredose morphinique lors de pics douloureux
- ▶ l'équianalgésie morphinique
- ▶ la « Cross Tolerance Reduction » lors de la rotation des opiacés
- ▶ la conversion entre différents corticoïdes

Orthodose Mobile APP contient en outre :

- ▶ des guidelines pour la prescription d'interdose
- ▶ des guidelines pour le traitement de l'intoxication morphinique

Le site www.orthodose.com:

- ▶ vous informe sur les principes de base de l'utilisation des opiacés en soins palliatifs.

admd.be

+32(0)2 502 04 85 info@admd.be



Forum EOL Extranet



Actualités Présentation ▾ Information ▾ Contact ▾ 

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

Choisir sa mort : une liberté, un droit !

Livres > Dictionnaires, langues et encyclopedies > Encyclopedies et dictionnaires thematiques

Feuilleter ↴

Cécile BOLLY - Michel VANHALEWYN

Aux sources de l'instant

Manuel de soins palliatifs à domicile



Aux sources de l'instant: Manuel de soins palliatifs à domicile Format Kindle

de [Cécile Bolly](#) (Auteur), [Michel Vanhalewyn](#) (Auteur)

★★★★★ 3 commentaires client

> [Voir les 3 formats et éditions](#)

Format Kindle

EUR 16,99

Broché

EUR 25,00

Lisez avec notre [Appli gratuite](#)

7 d'occasion à partir de EUR 17,00

5 neufs à partir de EUR 22,00

Un guide essentiel pour comprendre les soins palliatifs et les besoins des patients en fin de vie

Si ce livre est avant tout destiné aux médecins généralistes et aux soignants du domicile, il pourra être utile à tous ceux qui s'intéressent aux soins palliatifs et cherchent à compléter leurs connaissances, à élargir leur réflexion, à poursuivre leur remise en question.

▼ [En lire plus](#)

Longueur : 244 pages ▼

Composition améliorée: [Activé](#) ▼

Page Flip: [Activé](#)

Réseau de soins palliatifs

La plate-forme

Objectifs

**Diffuser la
culture palliative**

**Compléter
l'accompagnement
du patient/entourage**

Soutien psychologique

Soutien social





Réseau de soins palliatifs

Les équipes de soutien

- Infirmières, médecin référent, bénévoles/volontaires
- Interviennent à domicile et en MR-MRS à la demande du patient, de la famille ou d'un soignant
- Toujours avec l'accord du médecin traitant



Merci de bien vouloir remettre la présente attestation datée et signée, ainsi qu'une vignette mutuelle, à l'infirmière de l'Equipe ACCOMPAGNER ou l'envoyer à l'adresse ci-dessous :

ASBL « ACCOMPAGNER »
Route d'Houffalize, 1
6600 BASTOGNE

Equipe de soutien de la Plate-forme en soins palliatifs du Luxembourg

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné, Docteur

.....

Médecin traitant de

Confirme que la contribution de l'équipe « Accompagner » aux soins palliatifs de ce patient est indiquée à la date du 1^{er} appel du

Pour que l'accompagnement de votre patient se passe dans les meilleures conditions, un travail en équipe est indispensable. Celui-ci s'organise au travers de réunions de coordination et d'un cahier de suivi au domicile du patient contenant vos observations ainsi que les ordres médicaux écrits.

Fait à, le

Cachet

Signature



Principaux symptômes inconfortables en soins palliatifs

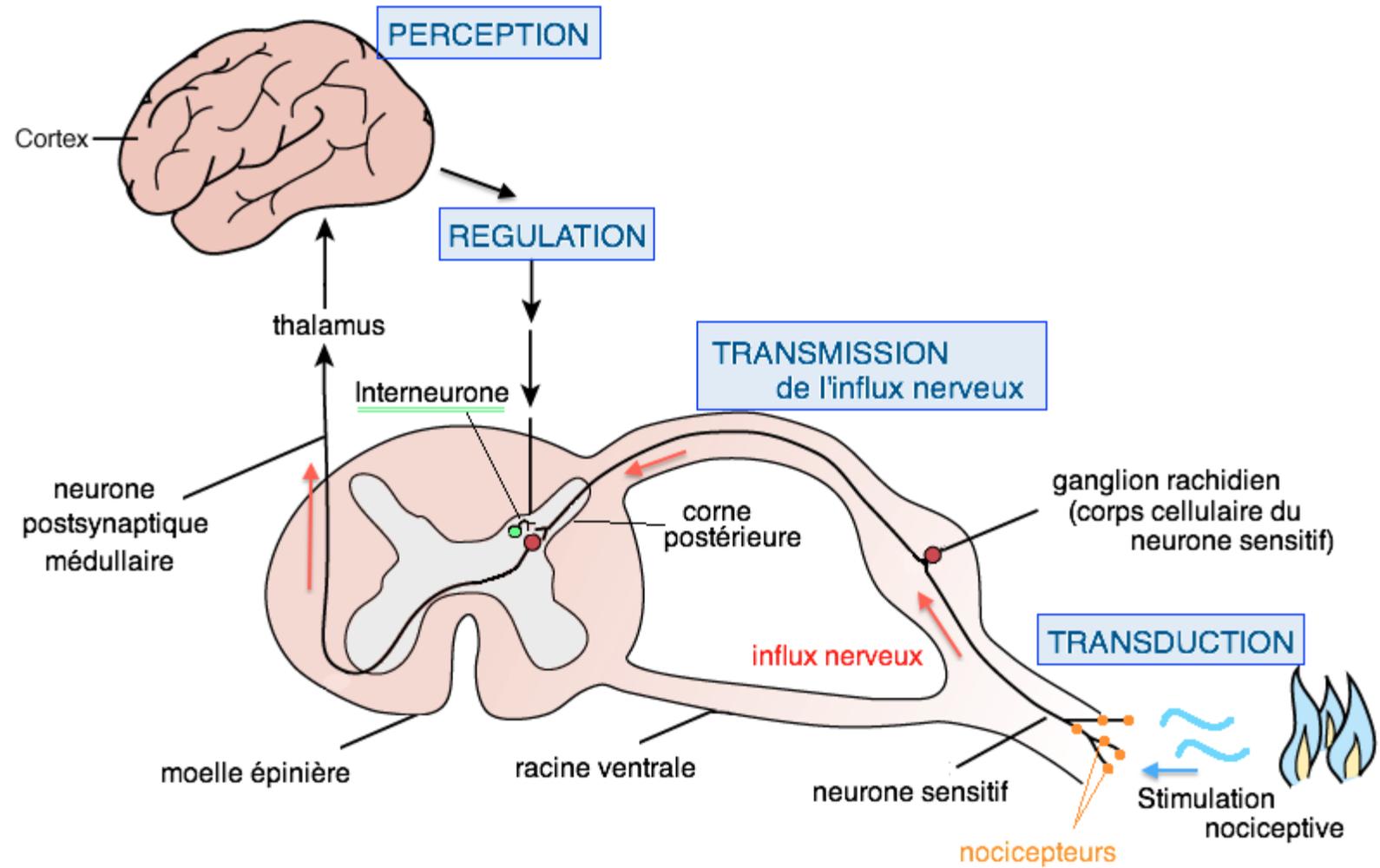
- **Douleur**
- **Dyspnée**
- **Symptômes digestifs**
- **Anxiété, agitation**



Douleur

- Douleur nociceptive VS neuropathique
- Echelles de la douleur
- 3 paliers de l'OMS
- Entre-doses
- Equianalgésie
- Titration
- Rotation d'opioïdes
- Co-analgésiques

Douleur



Douleur

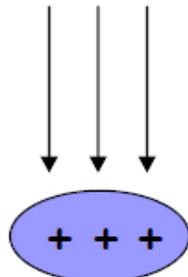
- **Douleur nociceptive** : par activation des nocicepteurs suite à lésion tissulaire
 - **Douleurs somatiques** : peau, muscles, os (localisées, constantes et augmentées à la mobilisation/pression)
 - **Douleurs viscérales** (diffuses, mal localisées, projetées, paroxysmes avec nausées/vomissements)
- **Douleur neuropathique** : résulte d'une lésion et/ou d'un dysfonctionnement des voies nociceptives du système nerveux central ou périphérique ; sensation de brûlure, décharge électrique, dysesthésies sur un territoire avec symptômes négatifs (hypoesthésie) ou positifs (allodynie, hyperalgésie)

DOULEUR NOCICEPTIVE

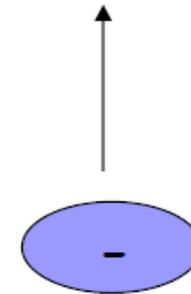
(par excès de nociception)

Lésion
tissulaire

Augmentation
information
douloureuse



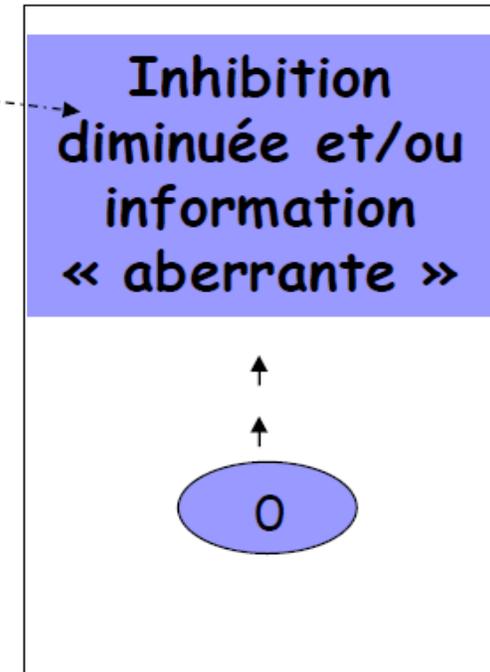
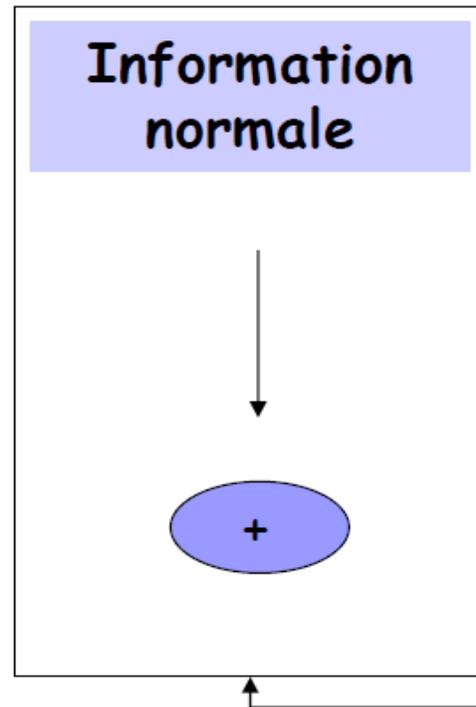
Inhibition
normale



L'inhibition normale ne suffit pas à
compenser le stimulus douloureux

Douleur NEUROPATHIQUE

Stimulus normal
mais sur nerf **lésé**



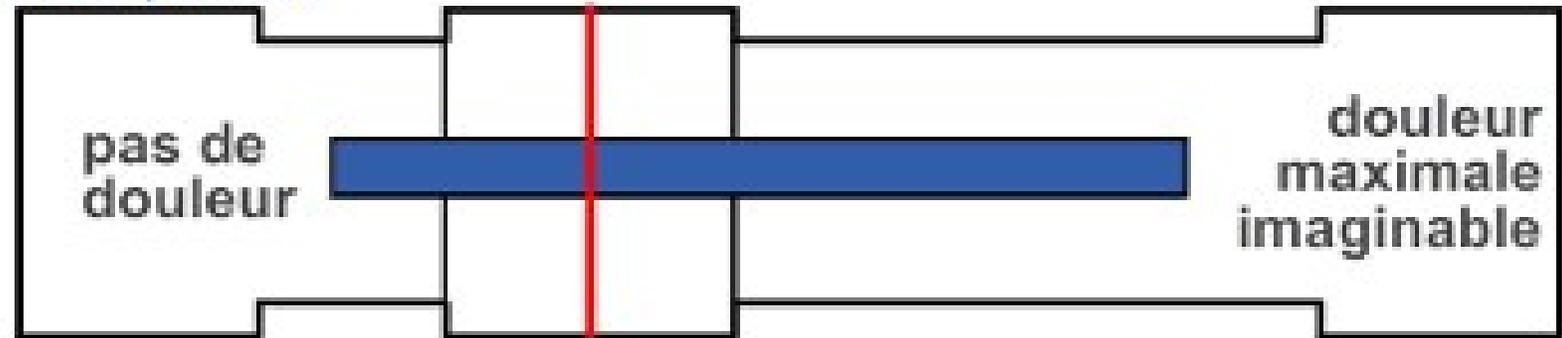
Même à stimulation absente ou normale correspond une sensation douloureuse



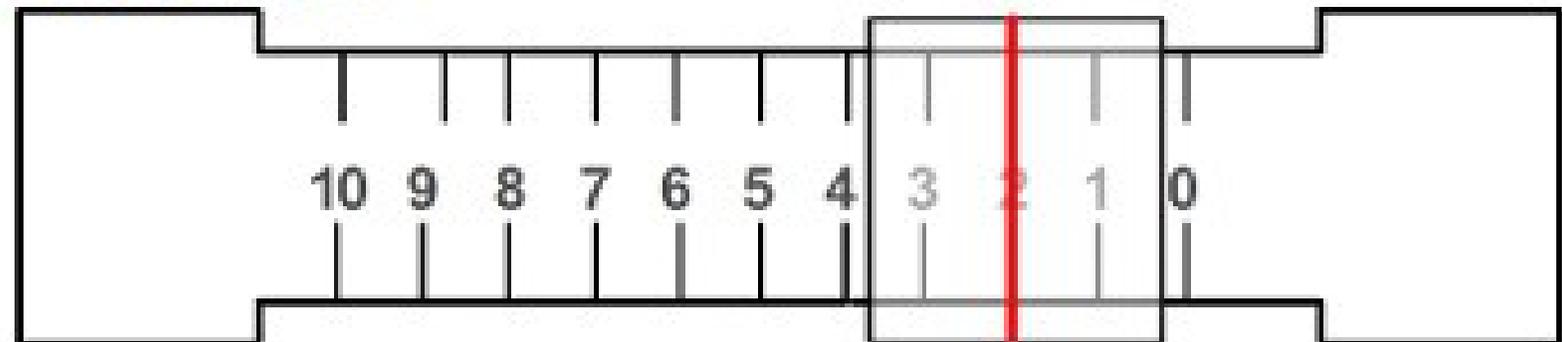
Echelles de la douleur

Échelle visuelle analogique (EVA)

Face patient



Face de mesure





Paliers de l'OMS (1986)

- **Palier 1** : paracétamol, AINS, acide acétylsalicylique, métamizole
- **Palier 2** : tramadol, codéine
- **Palier 3** : morphine, oxycodone, hydromorphone, buprénorphine, fentanyl, méthadone

Entre-doses

Lorsque la douleur est continue, on administre les antalgiques de façon systématique et à horaire fixe (**dose de fond**) afin d'éviter la réapparition du symptôme douloureux (en tenant compte de la durée d'action du produit pour fixer l'intervalle d'administration)

On prévoit des **entre-doses** pour soulager les épisodes douloureux qui surviennent malgré la prise systématique d'antalgiques pour la douleur de base (= **1/6 à 1/10 de la dose de fond**)

On anticipe les douleurs liées à un **geste douloureux** (toilette, mobilisation, soins de plaie,...) en administrant un antalgique avant le geste (tenir compte du délai d'action du produit) + en prenant en charge l'anxiété (explication, relaxation, anxiolytiques) + anesthésiques locaux éventuels (bain antalgique)

Le recours à **3 entre-doses ou plus** par jour, pour une douleur de fond mal soulagée, requiert d'augmenter la dose de fond

Equianalgésie

Le calcul d'équianalgésie entre les différents opiacés dépend essentiellement de 2 paramètres :

- L'affinité au récepteur μ qui, couplée à l'activité intrinsèque, détermine la notion de « **puissance** »
- La **biodisponibilité** de chacune de ces molécules et leur **forme d'administration**

$$\begin{aligned} & 60 \text{ mg morphine PO} \\ & \quad = \\ 30 \text{ mg oxycodone PO} & = 30 \text{ mg morphine SC} = 25 \mu\text{g/h fentanyl TD} \\ & \quad = \\ & 20 \text{ mg morphine IV} \\ & \quad = \\ & 600 \text{ mg tramadol} \end{aligned}$$

Titration

En cas de douleur importante, une dose de départ de **60 mg/24h de morphine PO** est considérée comme adaptée (30 mg/24h en cas d'IR connue ou chez le patient âgé).

Evidemment, il faut penser d'emblée à introduire un **laxatif**.

Quand le traitement de fond est augmenté, lorsque cela est nécessaire, il l'est par paliers de 30 à 50% maximum et ce afin d'éviter un **surdosage** :

myoclonies



myosis serré + somnolence + bradypnée



coma + dépression respiratoire



décès

Rotation d'opioïdes

Lorsqu'un patient est sous traitement opiacé, nous sommes parfois confrontés à des **effets secondaires** trop importants ou à une **action** analgésique **insuffisante** → solution : essayer une autre molécule morphinique = **rotation d'opioïdes**

NB : les calculs d'équianalgésie ne sont que des moyennes et ne tiennent pas compte des variations cliniques parfois importantes → marge de sécurité par réduction de valeur lors de rotation appelée « **Cross Tolerance Reduction** »

Etapes :

- Calculer la conversion de l'opioïde
- Dans la majorité des cas, opérer une réduction de dose de plus ou moins 30% (voire 50%) pour minimiser les risques de surdosage liés à la variabilité de la sensibilité individuelle
- Switcher vers la nouvelle molécule et le nouveau dosage
- Surveiller attentivement l'évolution clinique du patient et procéder si nécessaire à la titration du traitement de fond

Co-analgésiques

Corticoïdes : methylprednisolone 32 mg, dexaméthasone 5 mg

Biphosphonates : acide zolédronique, denosumab

Anti-épileptiques : gabapentine, prégabaline

Anti-dépresseurs : amitriptyline, duloxétine, SSRI

Clonidine

Ketamine

Douleur

Douleur nociceptive :

- Douleurs somatiques :

- Peau, tissus mous : AINS, corticoïdes, paracétamol, opioïdes
- Muscles : mesures non-médicamenteuses
- Os : AINS, corticoïdes, radiothérapie

- Douleurs viscérales : **antalgiques de palier 1, 2 et 3**

Intermédiaire : clonidine

Douleur neuropathique : tramadol, anti-épileptiques, antidépresseurs, kétamine, méthadone, corticoïdes, bloc nerveux, alcoolisation, anesthésie, morphine en intrathécal + mesures non-médicamenteuses

Cas clinique

Mr X, 75 ans, cancer du poumon récemment mis en évidence suite à la découverte d'une lésion vertébrale suspecte au scanner (douleur croissante au niveau dorsal).

Jusqu'à son hospitalisation pour la mise au point, il était sous paracétamol 3 x 1g et tramadol avec une efficacité suffisante.

Dans le rapport de sortie, vous apprenez que des douleurs des membres inférieurs sont apparues, en lien avec la lésion vertébrale : début de compression de moelle avec douleurs neuropathiques.

De la radiothérapie ciblée sur la vertèbre est planifiée...

Cas clinique

Le traitement de sortie est le suivant :

Paracétamol 1 g 3x/j

Tramadol Retard 100 mg 2x/j

Durogesic 50 mcg/h toutes les 72h

Oxynorm Instant 5 mg SN

Lyrica 75 mg 2x/j

Movicol

Question 1 : Quelles affirmations peut-on tenir ?

Il faut enlever le paracétamol, il n'est plus utile vu les opioïdes prescrits

Il faut enlever le tramadol parce qu'on ne mélange pas palier 2 et palier 3

Il y a un problème avec l'entre-dose d'Oxynorm

Cas clinique

- Le paracétamol garde un intérêt vu la douleur osseuse, malgré les opioïdes.
- On peut mélanger palier 2 et palier 3, contrairement à ce qui se disait auparavant...

Cela reste **controversé** à l'heure actuelle : principe de base de ne pas les associer car compétition sur les récepteurs μ mais les opioïdes de palier 3 satureraient plus vite les récepteurs et le tramadol est intéressant dans les douleurs neuropathiques/mixtes vu son activité sur les voies descendantes de la douleur.

D'un point de vue EBM, quelques études notamment en post-opératoire.

- Calcul de l'entre-dose :

Tramadol 200 mg = 20 mg morphine PO

Durogesic 50 μ g/h = 120 mg morphine PO

→ 140 mg de morphine PO → ED \approx 10% \approx 15 mg morphine ou 7,5 mg Oxynorm

Cas clinique

2 séances de radiothérapie ont lieu et améliorent nettement les symptômes.

Une chimiothérapie est entreprise et vous voyez moins le patient pendant quelques mois.

Il revient vous voir entre 2 visites chez l'oncologue en se plaignant de douleurs à la hanche gauche. Une nouvelle métastase osseuse est mise en évidence à la scintigraphie. Les douleurs sont rapidement croissantes et la marche pénible.

Cas clinique

Question 2 :

Vous faites augmenter le patch et l'Oxynorm ?

Vous téléphonez à l'oncologue pour qu'il introduise de l'Xgeva ?

Vous recommandez de nouvelles séances de radiothérapie ?

Vous pensez à introduire des corticoïdes ?

Vous suggérez de l'ibuprofène ?

Cas clinique

Le patient est placé sous Xgeva 1x/mois, corticothérapie pour une période limitée (+ pantoprazole). Le tramadol est majoré à 400 mg...

Antalgiques utiles dans les douleurs osseuses :

Opioides ont une efficacité limitée → co-analgésie nécessaire

Possibilités thérapeutiques :

- Paracétamol
- AINS (courte demi-vie)
- Corticoïdes
- Biphosphonates (Xgeva)
- Radiothérapie

Dyspnée

- Evaluée par l'échelle RDOS
- **Encombrement**
 - Limitation des apports hydriques
 - Anticholinergiques (scopolamine, Robinul)
 - Diurétiques
- **Dyspnée**
 - Morphine
 - Corticoïdes
 - Oxygénothérapie à discuter au cas par cas
- **Anxiété associée** → anxiolytiques, environnement paisible

Respiratory Distress Observation Scale

	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	<90	90–109	>110
Fréquence respiratoire (/min)	<18	19–30	>30
Mouvements d'impairance non volontaire	aucun	occasionnel	fréquent
Respiration paradoxale	légère		absente
Utilisation des muscles accessoires susclaviculaires	aucune	faible	intense
Grunting en fin d'expiration	absent		présent
Mouvements des ailes du nez	absent		présents
Expression de peur	absents		présente

Nausées et vomissements

- Anti-émétiques de 1ère intention : Motilium, Primperan, Litan
- Halopéridol, corticoïdes
- Eliminer une **cause organique** : fécalome, mycose linguale, cause iatrogénique, syndrome (sub)occlusif,... + la traiter
- Mesures symptomatiques : adaptation de l'alimentation, soins de bouche, traitements médicamenteux (anti-émétiques, corticoïdes, traitements de 2e ligne : sandostatine,...)
- Si occlusion et vomissements incoercibles : sonde naso-gastrique

Agitation

- Eliminer une **cause organique** : douleur physique, métastases cérébrales, hypercalcémie, cause iatrogénique, hyponatrémie, tumeur cérébrale primitive, rétention urinaire aiguë, fécalome,... + la traiter
- **Etiologie psychologique**
- Angoisse de fin de vie → anxiolytique (midazolam, lorazepam)
- Agitation, agressivité → neuroleptique (halopéridol, risperidone)

Anticipation

L'anticipation est une notion-clé en soins palliatifs et permet :

- de pouvoir agir rapidement (autorisation du médecin, prescriptions anticipées, protocoles écrits, notamment protocole de détresse)
- d'éviter le stress (médecin de garde/pharmacie de garde)
- un maintien à domicile selon souhait patient/famille

Prescriptions anticipées

Si douleur, dyspnée

Morphine 5 mg SC max 4x/j

Si encombrement

Scopolamine 0,25 mg SC max 4x/j

Si agitation, anxiété

Temesta Expidet 1 mg max 4x/j

Midazolam 5 mg SC max 4x/j

Si fièvre

Novalgine 1 g SC max 4x/j

Si nausées ou vomissements

Litican 50 mg max 4x/j

si > 3 ED/24h → pousse-seringue !

Protocole de détresse

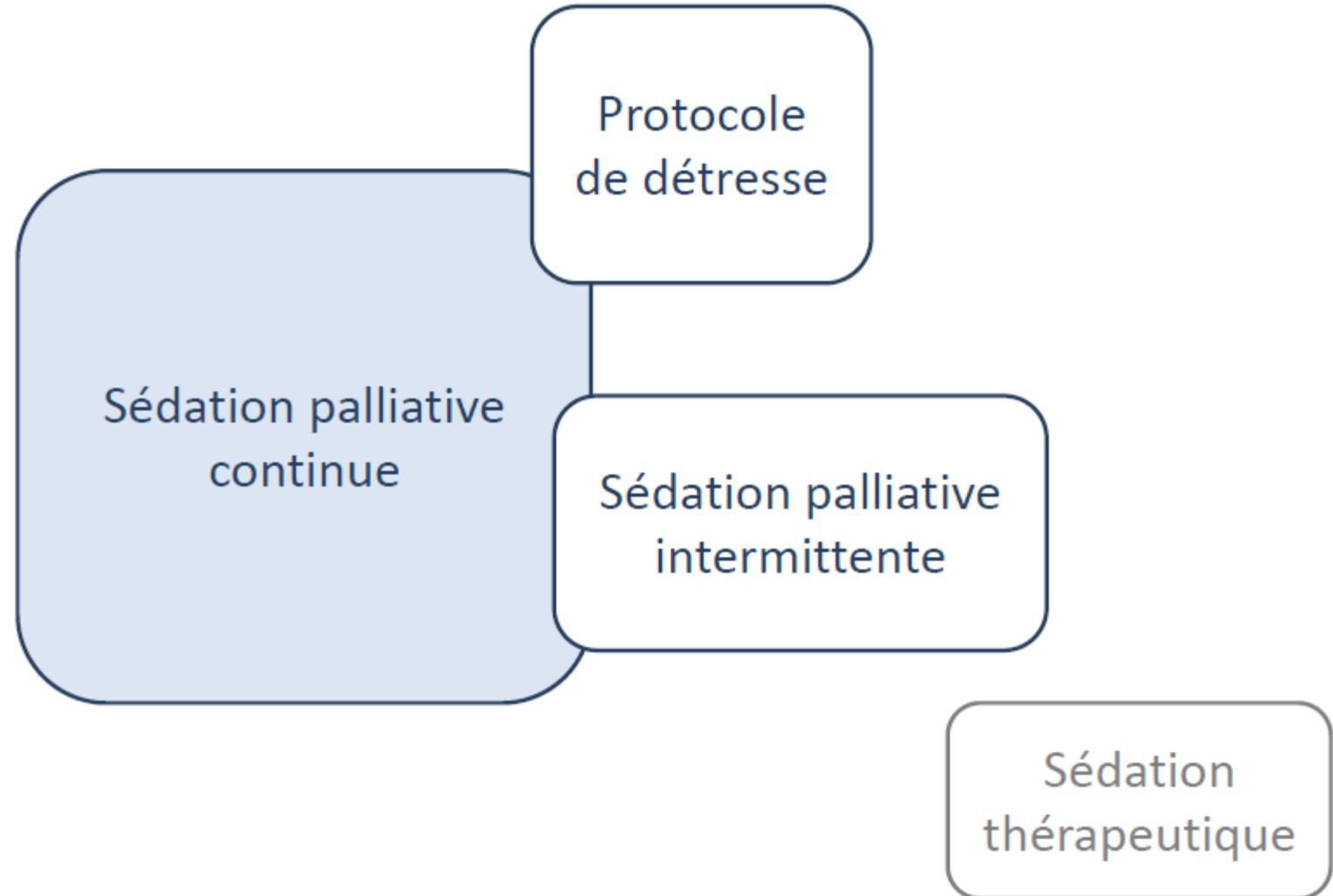
- Il s'agit d'une sédation transitoire
- Il est mis en place pour passer un cap difficile (4h)
- Il est réalisé la plupart du temps en SC (parfois en IV)
- Il contient : morphine - scopolamine - midazolam
- En pratique :
 - 1ère seringue avec midazolam (entre 5 et 15 mg)
 - 2ème seringue avec 10 mg morphine + 0,5 mg scopolamine
 - A répéter toutes les 15 minutes si nécessaire
 - A adapter en fonction de la prise préalable d'opiacés et de benzodiazépines



Sédation palliative

- Traitement médicamenteux spécifique visant à **diminuer** de façon volontaire, **l'état de conscience** d'un patient
- Dans le but de réduire ou de faire disparaître la perception d'une **situation** vécue comme **insupportable** pour le patient
- Alors que **tous les moyens** disponibles et adaptés à cette situation ont été **proposés** et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir un soulagement suffisant

Sédation palliative



Sédation VS euthanasie

	Sédation	Euthanasie
Motif	Souffrance intolérable et réfractaire	
Intention	Retrait de l'état de conscience	Décès
Moyen utilisé	Sédatif titré	Surdose létale
Succès de la procédure	Degré de soulagement obtenu	Rapidité du décès
Conséquence létale	Parfois	Toujours

La voie sous-cutanée

- Intérêt principal : voie orale impossible
- Ne pas mettre trop tôt, car :
 - nécessite un appareillage, un suivi régulier par une infirmière (donc une **dépendance** !)
 - les médicaments accessibles en voie SC sont très **limités** (pas d'anti-épileptiques sauf phénobarbital, pas d'anti-dépresseurs, peu d'anti-inflammatoires, peu de neuroleptiques, peu de benzodiazépines) donc réservé à la fin de vie !
- Associations possibles dans même seringue (4 molécules)
- Pas de corticoïdes, pas de diazepam, pas de furosémide
- Pas de paracétamol (IV seul)

La voie sous-cutanée

	Morphine HCl	Tramadol	Scopolamine HBr	Glucopyrronium bromure	Lorazépam	Alizapride	Butylbromure de scopolamine	Ranitidine	Midazolam	Phenobarbital	Métamizole	Octréotide	Furosémide	Bumétanide	Halopéridol	Diazépam	Ceftriaxone	Dexaméthasone
Morphine HCl			Oui				Oui	Non	Oui			Oui	Non		Oui	Non		Oui
Tramadol								Non	Oui				Non		Oui	Non		Oui
Scopolamine HBr	Oui							Non	Oui				Non		Oui	Non		
Glycopyrronium bromure								Non					Non			Non		
Lorazépam								Non					Non			Non		
Alizapride								Non					Non			Non		
Butylbromure de scopolamine	Oui							Non					Non		Oui	Non		
Ranitidine	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Midazolam	Oui	Oui	Oui					Non					Non	Non	Oui	Non		Non
Phenobarbital								Non					Non		Non	Non		
Métamizole								Non					Non			Non		
Octréotide	Oui							Non					Non		Oui	Non		
Furosémide	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Bumétanide								Non	Non				Non			Non		
Halopéridol	Oui	Oui	Oui				Oui	Non	Oui	Non		Oui	Non			Non		Non
Diazépam	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Ceftriaxone								Non					Non			Non		
Dexaméthasone	Oui	Oui						Non	Non			Non	Non			Non		

Non = incompatible.

Oui = compatible

Case vide = absence de données.

Place à la pratique...



Cas clinique

Mr se dégrade progressivement au fil des semaines, et l'oncologue informe le patient qu'il n'a plus rien à lui proposer.

Les symptômes douloureux restent supportables (douleur de 3 à 4/10) sauf lors de la toilette ; une entre-dose d'Oxynorm est donc donnée d'office 30 minutes avant la toilette.

Puis l'état du patient se dégrade encore et il ne peut plus avaler ses médicaments. Il ne s'alimente plus mais boit encore des petites quantités. La famille vous appelle parce que la respiration de Mr est légèrement ronronnante. De plus, les nuits sont compliquées car Mr dort mal et s'agite régulièrement.

Question 3 : *Que prévoyez-vous pour le traitement de Mr ?*

Cas clinique

Dernier traitement PO :

Paracétamol 1 g 3x/j

Tramadol Retard 200 mg 2x/j

Durogesic 50 mcg/h toutes les 72h

Oxynorm Instant 7,5 mg avant la toilette

Lyrica 75 mg 2x/j

Movicol