



Palliative FLASH [©]

Soins palliatifs au quotidien

Une urgence aux soins palliatifs, c'est quoi ?

1. Les urgences palliatives sont souvent prévisibles.
 - a. VRAI
 - b. FAUX

2. Les principales urgences en soins palliatifs sont :
 - a. L'hypercalcémie maligne
 - b. La compression médullaire maligne
 - c. L'hémorragie aigüe terminale
 - d. La détresse respiratoire aigüe.

Veuillez plier le long de cette ligne

(Incidence de 10-20% chez les patients atteints d'un cancer avancé)

- Définition : taux de calcium corrigé dans le sang supérieur à 2.6mmol/l ; elle est qualifiée de légère en dessous de 3mmol/l, de moyenne entre 3 et 3.5mmol/l et de sévère au-delà de 3.5mmol/l. Le calcium corrigé est calculé sur la base de la formule suivante : Calcium corrigé = calcium total mesuré (mmol/L) + (40 – albumine en g/L) /40.
- Cliniquement : engendre un inconfort avec, pour les formes légères : des nausées, des vomissements, une constipation ou une polyurie, et pour les formes plus avancées un état confusionnel aigu, un coma, des troubles du rythme cardiaque ou une déshydratation aiguë.
- Conduite à tenir repose sur : (i) hydratation adaptée à l'état clinique du patient ; (ii) administration intraveineuse de biphosphonates ; (iii) dans le contexte palliatif, dans les 48 premières heures, l'utilisation de calcitonine en spray intranasal peut s'avérer utile.

In fine : la prise en charge des urgences palliatives repose sur une :

1. Discussion des mesures d'anticipation avec le patient, ses proches et les professionnels de santé
2. Identification précoce
3. Mise à disposition des médicaments/matériel sur le lieu de vie du patient.

Références : **Boussios S et al.** Metastatic Spinal Cord Compression: Unraveling the Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Anticancer Res.* 2018 Sep;38(9):4987-4997. **Currow D, Clark K.** Emergencies in Palliative and Supportive Care. Oxford University Press. 2006. **De Schreye R., Smets T., Deliens L., Annemans L., Gielen B., Cohen J.** Appropriateness of End-of-Life Care in People Dying From COPD. *Applying Quality Indicators on Linked Administrative Databases Journal of Pain and Symptom Management.* 2018;56(4):541-550. **Falk S, Fallon M.** ABC of palliative care. Emergencies. *BMJ.* 1997 Dec 6;315(7121):1525–1528. **Harris D.G, Noble S.I.R.** Management of Terminal Hemorrhage in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2009; 38(6): 913-927. **Lamy O.** L'hypercalcémie maligne: une urgence palliative souvent négligée. *InfoKara.* 2003;1(18):11-16. **Nauck F, Alt-Epping B.** Crises in palliative care—a comprehensive approach. *Lancet Oncol.* 2008;Nov;9(11):1086-91. **Noble S., Noble M.** Medicine (United Kingdom). 2015;43(12):722-725. **Prasad D, Schiff D.** Malignant spinal-cord compression. *Lancet Oncol.* 2005 Jan;6(1):15-24. **Prella M, Nicod L.** *Rev Med Suisse.* 2015; volume 11:1955-1960

Rédigé par F. Diawara, G.Behaghel
Relecture
 Prof. GD Borasio, Service soins palliatifs CHUV
 Valérie Champier, Service soins palliatifs CHUV
 Sophie Ducret, Service soins palliatifs CHUV

Comité de rédaction :
 Prof. GD Borasio, Service soins palliatifs CHUV
 V. Champier, Service soins palliatifs CHUV
 Y. Gremion, EMSP Voltige, Fribourg
 F. Lurati-Ruiz, EMSP RSHL
 D. Neves, Hôpitaux universitaires Genève
 J. Pralong, Fondation Rive-Neuve
 T. Puig, Home Mon Repos, La Neuveville
 C. Schmidhauser, palliative vaud
 G. Spring, Aumônerie CHUV
 A. Vacanti-Robert, Service de soins palliatifs CHUV

- 1. Réponses Quiz p 1 :**
1. a.
 2. a, b, c, d.

Informations et ressources en soins palliatifs pour les différents cantons romands

VAUD : <http://www.palliativevaud.ch>
 GENEVE : <http://www.palliativegeneve.ch/>
 FRIBOURG : <http://www.palliative-fr.ch/fr>
 VALAIS : <http://www.palliative-vs.ch/>
 Arc Jurassien (BE JU NE) : <http://www.palliativebeiune.ch/accueil/>

palliative vaud

E-mail coordination : corinne.schmidhauser@palliativevaud.ch

Les Palliative Flash sont accessibles sur : <http://www.palliativevaud.ch/professionnels/documentation>

Une urgence aux soins palliatifs, c'est quoi ?

Inévitablement, les patients palliatifs seront confrontés, dans leur parcours de soins, à des situations de crise menaçant leur qualité de vie et qui, sans intervention rapide, conduiront à un décès plus précoce.

Il est difficile d'obtenir une définition consensuelle de « l'urgence ». Cependant, la notion de danger non prévu ou soudain demandant une intervention immédiate est la plus souvent retrouvée. La plupart des urgences palliatives sont prévisibles ce qui permet leur anticipation. Ces urgences peuvent être en lien avec l'exacerbation de symptômes déjà présents, ou avec l'évolution de la maladie elle-même. La réponse qui sera apportée dépendra d'un processus réflexif pluri professionnel, incluant le patient et ses proches, et reposant sur les éléments repris dans l'encadré suivant.

Processus de prise de décision pour la gestion des urgences palliatives :

1. Quel est le problème actuel ?
2. Est-il réversible ?
3. Quel effet aura la disparition du symptôme sur l'état général du patient ?
4. Existe-t-il une indication médicale ?
5. Que veut le patient ?
6. Que veulent les proches ?
7. Est-ce que l'introduction d'un traitement améliorera ou pas la qualité de vie du patient ?

L'hémorragie aiguë terminale :

- Rare en soins palliatifs (prévalence 1-5%), mais impact majeur sur les patients, leurs proches et les professionnels.
- Résulte d'une rupture artérielle se manifestant par un saignement massif interne ou externe pouvant conduire à un décès rapide.
- Conduite à tenir : peu de littérature sur le sujet, mais importance de l'anticipation par : (i) identification précoce ; (ii) discussion des risques et de la conduite à tenir avec le patient et ses proches ; (iii) mise à disposition de linges couleur sombre pour tamponner l'hémorragie ; (iv) présence auprès de la personne pour la soutenir ; (v) utilisation d'une sédation palliative (midazolam intra nasal, s/c ou IV), si patient informé au préalable.

L'insuffisance respiratoire aiguë :

- Un des motifs les plus fréquents d'admission aux urgences car suscite une détresse pour le patient, les proches et les équipes.

Veillez plier le long de cette ligne

- Causes multiples : pulmonaires (épanchement pleural, exacerbation d'une fibrose pulmonaire, asthme), cardiovasculaires (embolie pulmonaire, OAP), ORL (obstruction des voies aériennes supérieures).
- Signes cliniques à rechercher : polypnée (FR>25/min) ou bradypnée (FR<8/min), cyanose, sueurs, tirage (intercostal, sus claviculaire, sus ou sous sternal), battement des ailes du nez, respiration abdominale paradoxale et signes de répercussion neuropsychologique (agitation, confusion voire coma).
- Conduite à tenir : repose sur l'anticipation et nécessite la réalisation d'un plan d'urgence incluant : (i) discussion de l'attitude thérapeutique avec le patient et ses proches ; (ii) mise à disposition d'un protocole en cas de détresse respiratoire aiguë. Les médicaments les plus utilisés sont les opioïdes, en particulier la morphine, et un anxiolytique type lévomépromazine, de préférence par voie s/c pour favoriser un soulagement rapide des symptômes ; (iii) mesures non pharmacologiques : aération de la pièce, installation du patient, comportement calme des soignants et relation d'aide ; (iv) un transfert en milieu hospitalier peut s'avérer nécessaire pour réaliser un bilan étiologique ou mettre en place une ventilation non invasive ; (v) l'oxygénothérapie systématique est actuellement remise en question.

La compression médullaire maligne :

- Origine : une compression externe du rachis par une métastase osseuse ou par la progression locale d'un cancer.
- Tableau clinique : peut varier selon la localisation de la compression, mais comprendra une douleur rachidienne dans 95%, inaugurale, précédant de quelques jours à quelques semaines les autres signes que sont le déficit moteur, le déficit sensitif, ou les troubles sphinctériens (rétention urinaire). Le délai moyen entre l'apparition des premières douleurs et les autres signes est d'environ 2 mois, entraînant un retard au diagnostic et des pertes fonctionnelles.
- Au moment du diagnostic, 50% des patients ne peuvent déjà plus marcher. Pourtant, un traitement dans les 24-48 premières heures peut favoriser une récupération fonctionnelle complète.
- Conduite à tenir : La réponse immédiate devant toute suspicion de compression médullaire est : (i) immobilisation du patient jusqu'au diagnostic ; (ii) introduction d'une corticothérapie à haute dose ; (iii) mise en place d'une sonde vésicale ; un bilan d'imagerie (IRM) en urgence est souvent indispensable pour orienter la prise en charge qui repose sur une approche multidisciplinaire : radiothérapie, chirurgie, ou chimiothérapie.

L'hypercalcémie maligne:

- Complication métabolique la plus fréquente dans un contexte oncologique