

PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES :

UTILISATION À L'URGENCE

Les patients en soins palliatifs pédiatriques, qui arrivent en fin de vie, peuvent présenter de la détresse. Cette détresse survient dans la grande majorité des cas sous la forme d'une détresse respiratoire, lors d'une dyspnée aiguë et intense (ex : étouffement subit, épanchement pleural progressif, affaiblissement musculaire rapide). Dans certains cas, cette détresse peut aussi prendre la forme d'une douleur sévère non contrôlée, d'une anxiété intense (panique face à la mort imminente) ou d'une hémorragie massive. Dans tous ces cas, le soulagement du patient reste un des objectifs primaires des soins palliatifs.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité des opiacés pour diminuer la sensation de dyspnée lors d'une détresse respiratoire (1-4). On utilise donc la morphine ou l'hydromorphone (Dilaudid). On combine aussi une benzodiazépine pour ajouter un effet anxiolytique et potentialiser l'effet de l'opiacé. L'agent habituellement utilisé est le Midazolam (Versed) car il a un début d'action très rapide. Finalement, on ajoute un anticholinergique (Scopolamine ou Glycopyrrolate) au besoin pour diminuer les sécrétions respiratoires qui peuvent obstruer la respiration.

Il existe encore beaucoup de croyances de la part des soignants sur la toxicité des opiacés et la survenue d'effets néfastes comme la dépression respiratoire et le décès précipité. Plusieurs études récentes ont démontré que les opiacés, donnés en dose appropriée pour soulager le patient, sont parfaitement sécuritaires (5-7) et ne hâtent pas le décès (8-11). Certaines études démontrent même que les opiacés bien administrés prolongent la vie des patients en soins palliatifs (12-14).

Depuis septembre 2009, un protocole de détresse a été instauré pour les patients en soins palliatifs pédiatriques au CHU Sainte-Justine. Ce protocole est prescrit par le médecin et l'équipe de soins palliatifs lorsque jugé opportun dans l'évolution de la maladie du patient, et ce en accord avec sa famille (ou celui-ci s'il est apte à consentir). Par la suite, le protocole peut être débuté par l'infirmière si le patient présente une détresse aiguë lors d'une hospitalisation. L'infirmière doit ensuite aviser le médecin dès que le protocole a été débuté et le médecin doit se rendre au chevet du patient. Le protocole peut aussi être administré à domicile, soit par les parents ou par une infirmière qui se rend à domicile. Dans ce cas, les parents auront les seringues de médicaments déjà prêtes avec eux à domicile.

Les patients en soins palliatifs transitent à l'urgence avant d'être admis à l'étage dans les circonstances suivantes : soir, nuit ou fin de semaine, patient instable, arrivée en ambulance, présence de détresse (voir document joint). Lors de ce passage à l'urgence, tout patient en soins palliatifs qui présente une détresse doit être soulagé avec le protocole de détresse au besoin.

Les conditions pour utiliser le protocole sont :

- 1) patient en soins palliatifs**
- 2) niveau de soins clairement statué : pas de tentative de réanimation, d'intubation ou ventilation mécanique**
- 3) présence de détresse**
- 4) famille (et patient si apte) d'accord avec l'utilisation du protocole de détresse**

Plusieurs informations sur les patients en soins palliatifs sont habituellement disponibles dans le cartable SOINS PALLIATIFS au module Aqua. Tous les formulaires de niveau de soins et protocole de détresse, si déjà prescrit ou suggérés, sont présents au nom du patient. Un résumé de l'évolution des patients actifs est au début du cartable et mis-à-jour chaque vendredi.

Si un patient n'est pas connu des soins palliatifs, le protocole de détresse peut être débuté, à condition que l'urgentiste ou autre médecin ait une discussion avec la famille (et patient si apte) au sujet des conditions mentionnées ci-haut et qu'elles soient clarifiées.

La feuille d'ordonnance pour le protocole se retrouve sur le site de l'urgence ou dans les FOPR individualisées, section Liste de clientèle dans Soins Palliatifs au nom Protocole de détresse pour patients hospitalisés (voir FOPR joint).

Tel que mentionné plus haut, un protocole de détresse consiste en l'administration de :

- 1) opiacé : morphine (ou Dilaudid si déjà utilisé par le patient)**
- 2) benzodiazépine : midazolam (Versed)**
- 3) anticholinergique : Robinul ou Scopolamine (au choix du médecin) qui sera administré au besoin, selon l'infirmière, si présence de sécrétions abondantes et fluides**

Un protocole peut être répété jusqu'à trois fois, aux 15 à 20 minutes au besoin, avant que le médecin n'ait à réévaluer le patient.

Si un patient est déjà connu des soins palliatifs et a un protocole déjà prescrit, l'ordonnance sera dans le cartable SOINS PALLIATIFS au module AQUA. Si le patient n'a pas de prescription préalable, des doses de médicaments suggérées sont sur la FOPR, selon que le patient n'a jamais reçu d'opiacés/benzodiazépines (0,1mg/kg/dose IV ou SC) ou s'il reçoit déjà des doses régulières (10% à 20% de la dose journalière incluant les entredoses). Si le patient porte un patch de fentanyl, contacter la clinique de la douleur (garde 24h/24h) ou les soins palliatifs (Dr. France Gauvin) afin de calculer la conversion.

La voie sous-cutanée peut être utilisée très rapidement et est aussi efficace que la voie intraveineuse. Il n'est donc pas nécessaire de mettre une voie IV chez le patient pour débiter le protocole. Si la voie sous-cutanée est utilisée, mettre un insuflon après avoir donné le premier protocole.

Les doses de départ suggérées peuvent être ajustées à la hausse en tout temps par le médecin. Il n'est pas nécessaire d'attendre d'avoir donné trois fois le protocole pour augmenter les doses si le patient n'est pas bien soulagé.

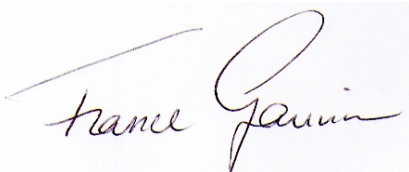
La détresse doit être évaluée pré-protocole et 10 minutes post-protocole grâce à une échelle de 0 à 10. L'évaluation est faite par l'infirmière et doit être notée dans les notes d'infirmière.

Il a été convenu que le médecin du module Aqua sera responsable de voir les patients en soins palliatifs afin d'assurer qu'ils reçoivent adéquatement le protocole de détresse et ce même si le patient est placé directement dans la salle d'observation. Si le médecin du module Aqua est en salle de réanimation avec un autre patient ou est débordé, il demandera à l'infirmière de donner le dossier à la meilleure personne disponible, idéalement un régulier. Il a été convenu que l'infirmière doit aviser le médecin urgentiste et avoir son accord avant de débiter le protocole.

Par ailleurs le protocole pourrait être débuté par l'infirmière sans que l'urgentiste ait évalué le patient si :

- 1) le protocole a déjà été prescrit (ordonnance déjà remplie) et disponible**
- 2) les 4 conditions d'utilisation du protocole ci-haut sont remplies**
- 3) l'urgentiste est d'accord**
- 4) la rapidité du soulagement du patient est jugé primordial par rapport au délai d'attente pour l'évaluation par l'urgentiste**

Pour tout commentaire ou question au sujet du protocole de détresse, n'hésitez pas à me contacter.

A handwritten signature in black ink that reads "France Gauvin". The signature is written in a cursive, flowing style.

France Gauvin, MD, M.Sc.

médecin responsable de l'Unité de consultation en soins palliatifs pédiatriques,

CHU Sainte-Justine

Tel : 6812 pagette : 5764

RÉFÉRENCES :

1. Mazzocato C, Buclin T, Rapin CH. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: a randomized double-blind controlled trial. *Ann Oncol.* 1999 Dec;10(12):1511-4.
2. Bruera E, MacEachern T, Ripamonti C, Hanson J. Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients. *Ann Intern Med.* 1993 Nov 1;119(9):906-7.
3. Allard P, Lamontagne C, Bernard P, Tremblay C. How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. *J Pain Symptom Manage.* 1999 Apr;17(4):256-65.
4. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax.* 2002 Nov;57(11):939-44.
5. Estfan B, Mahmoud F, Shaheen P, Davis MP, Lasheen W, Rivera N, et al. Respiratory function during parenteral opioid titration for cancer pain. *Palliat Med.* 2007 Mar;21(2):81-6.
6. George JA, Lin EE, Hanna MN, Murphy JD, Kumar K, Ko PS, et al. The effect of intravenous opioid patient-controlled analgesia with and without background infusion on respiratory depression: a meta-analysis. *J Opioid Manag.* 2010 Jan-Feb;6(1):47-54.
7. Walsh TD, Rivera NI, Kaiko R. Oral morphine and respiratory function amongst hospice inpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2003 Dec;11(12):780-4.
8. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Effects of high dose opioids and sedatives on survival in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2001 Apr;21(4):282-9.
9. Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, Horn S, Connor S, Blum RH, et al. Opioid use and survival at the end of life: a survey of a hospice population. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Dec;32(6):532-40.
10. Sykes N, Thorns A. The use of opioids and sedatives at the end of life. *Lancet Oncol.* 2003 May;4(5):312-8.
11. Thorns A, Sykes N. Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. *Lancet.* 2000 Jul 29;356(9227):398-9.
12. Bengoechea I, Gutierrez SG, Vrotsou K, Onaindia MJ, Lopez JM. Opioid use at the end of life and survival in a Hospital at Home unit. *J Palliat Med.* 2010 Sep;13(9):1079-83.
13. Bercovitch M, Adunsky A. Patterns of high-dose morphine use in a home-care hospice service: should we be afraid of it? *Cancer.* 2004 Sep 15;101(6):1473-7.
14. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med.* 2003 Feb 10;163(3):341-4.