



BIENVENUE

Approche palliative et personnes âgées en milieu hospitalier dans le contexte du COVID-19

Hôte: Jeffrey B. Moat

Modérateur: Dr Bernard J. Lapointe, MD

Présentateurs:

Marie-Laurence Fortin

Dr Philippe Michel

Le webinaire commencera bientôt (veuillez noter que votre microphone est désactivé).

Veuillez utiliser la fonction Q&R pour soumettre vos questions.



Directives pour le webinaire

- Vos microphones sont désactivés.
- Utilisez la fonction Q&R au bas de votre écran pour soumettre des questions. Veuillez ne pas utiliser la fonction de chat pour les questions.
- Ce webinaire sera enregistré et sera disponible dans quelques jours sur le site web pallium.ca.

Présentateurs

Hôte

Jeffrey B. Moat, CM

Président-directeur général, Pallium
Canada

Modérateur

Dr Bernard J. Lapointe, MD

Chaire Eric M. Flanders de
médecine palliative, Université
McGill | Directeur des soins palliatifs
McGill | Chef de la division des soins
palliatifs,
Hôpital général juif Sir Mortimer B.
Davis, Montréal, Québec

Présentateurs

**Marie-Laurence Fortin inf. M.Sc.N,
CHPCN(C)**

Conseillère cadre, Soins palliatifs,
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-
Montréal

Dr Philippe Michel

Médecin en soins palliatifs, Hôpital
général juif de Montréal

Déclaration de conflits

Pallium Canada

- Organisme à but non-lucratif
- Génère des fonds pour soutenir les opérations et la R&D à partir des frais d'inscription aux cours et des ventes du livre de poche palliatif.
- Partiellement financé par une contribution de Santé Canada.
- Ces webinaires sont soutenus par une subvention à l'éducation inconditionnelle de Boehringer-Ingelheim (Canada) Inc.

Présentateurs

- Jeffrey B. Moat
- Marie-Laurence Fortin
- Dr Bernard J. Lapointe
- Dr Philippe Michel

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce webinaire, vous devriez être en mesure de:

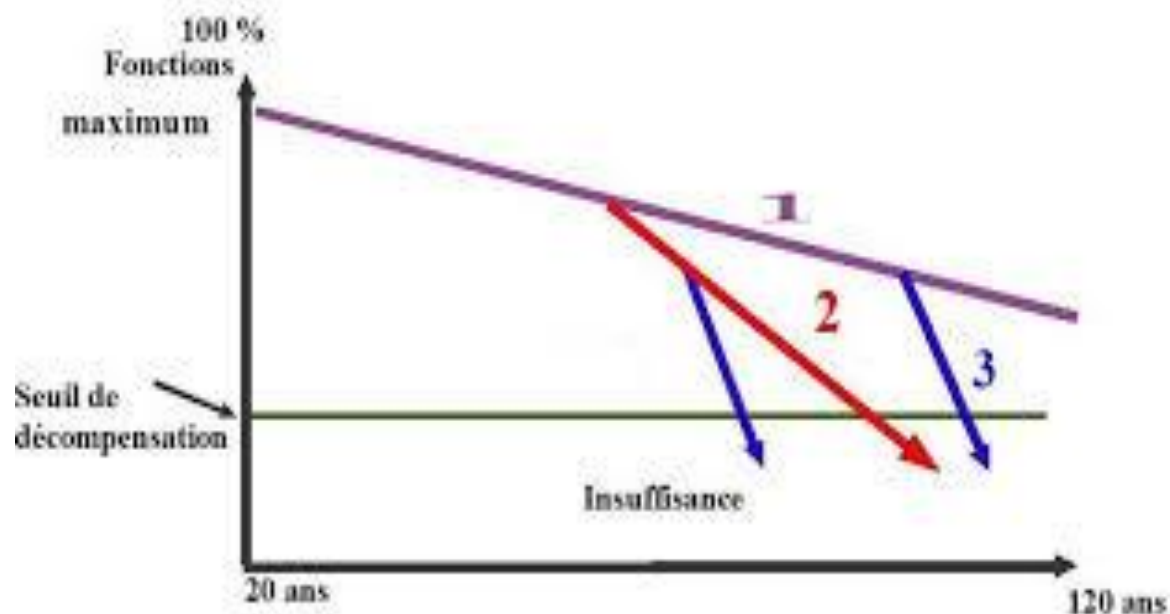
- Connaître les particularités liées à la gestion des symptômes chez la clientèle âgée atteinte de COVID;
- Comprendre les défis du contexte de soins aigus dans l'approche palliative chez cette clientèle;
- Identifier quelques pistes de solutions en lien avec les défis du contexte de soin.

La pandémie COVID 19 a touché cruellement les canadiens les plus âgés

Groupe d'âge	Nombre cas +	%	Québec
90 +			8.7%
80 +	16,399	18.89%	12.3%
70 – 79	6,768	7.80%	7.9%
60-69	8,777	10,11%	9.1%

COVID-19 et personnes âgées

- Notion de fragilité: concept gériatrique / impossibilité de coordonner des réponses adéquates face aux agressions
- Évaluation de la fragilité = 1+2+3 de Bouchon (Bouchon 1984)



COVID-19 et personnes âgées

- Afflux massif de patients provenant des Centres Hospitaliers de Soins de Longue Durée, des résidences pour personnes âgées et des ressources intermédiaires.
- Perte d'autonomie physique/cognitive
- Difficultés d'adaptation des soignants
- Contexte particulier: visites des familles interdites dans de nombreux milieux de soins y compris à l'hôpital
- Niveaux d'intervention n'ayant souvent pas été discutés préalablement, ou demeurant ambigus.

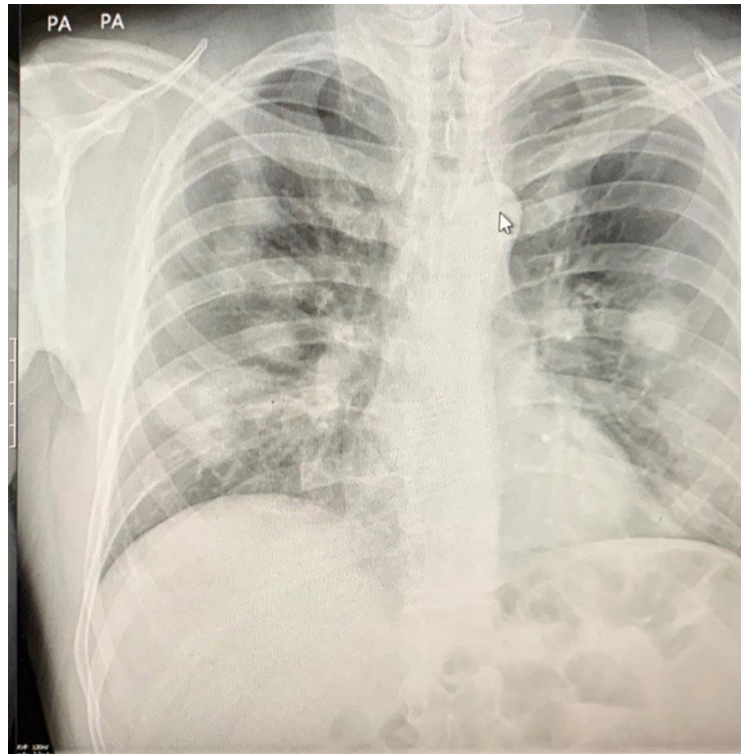
COVID-19 et personnes âgées

- Cas N°1: Mr D. 90 ans admis (Jour 5 après le début des symptômes) pour dyspnée et fièvre.
- Comorbidités: démence mixte, ACFA, RGO, UGD, Cancer vessie
- RP: opacités bilatérales compatibles avec COVID 19



COVID-19 et personnes âgées

- RP: opacités bilatérales multiples pathognomoniques du COVID-19



COVID-19 et personnes âgées

- Lab: GB= 8.2 avec lymphopénie 0.7, CRP 188, D-dimère 477, LDH 385, IL6 116, pro calcitonine 0.35
- SpO2 91% 15 l/min
- Malgré traitement par antibiotiques, stéroïdes IV pas d'amélioration au Jour 9 et agitation avec dyspnée.
- Niveau de soins 3 ou C et décision médicale de passer à 4 ou D
- Communication à la famille.
- Naïf aux opioïdes:
 - Morphine 2.5 mg S.C. Q 8h et Halopéridol 0.5 mg S.C. BID PRN

COVID-19 et personnes âgées

- Contrôle sub-optimal de la dyspnée:
 - augmentation morphine 2.5 mg S.C. q 6 h
- Contention physique pour agitation (masque O2, vêtements)
- Discussion avec famille et soignants
- Halopéridol 0.5 mg BID S.C. régulier

COVID-19 et personnes âgées

- Jour 10: patient agité, dyspnéique et ce malgré traitement
- Perfusion sous cutanée de 96 cc de NS sur 24h à 4 cc/h est initiée avec :
 - 20 mg morphine
 - 5 mg midazolam
 - 3 mg haloperidol
- Patient confortable, parfois requérant quelques doses de morphine PRN parce que tachypnéique

COVID-19 et personnes âgées

- Jour 11: patient agité, dyspnéique dans la nuit et ce malgré la perfusion sous cutanée continue
- Réticence des soignants aux doses PRN de morphine et mise au masque à haute concentration d'oxygène
 - Culture des soins aigus et curatifs
 - Défaut de connaissance de l'approche palliative des soignants
 - Rotation hebdomadaire des équipes médicales
 - Réaffectation du personnel soignant
 - Contention, oxygène et signes vitaux
 - Méconnaissance des signes de fin de vie

COVID-19 et personnes âgées

- Jour 11: patient agité, dyspnéique dans la nuit et ce malgré la perfusion sous cutanée continue
- Réticence des soignants aux doses PRN de morphine et mise au masque à haute concentration d'oxygène
- Ajustement des doses de la perfusion sous cutanée de 96 cc de NS sur 24h à 4 cc/h avec :
 - 25 mg morphine
 - 10 mg midazolam
 - 5 mg haloperidol
- Décès confortable du patient à J 13

Recommandations de la Société Européenne d'Oncologie Médicale (EMSO)

Dyspnée malgré oxygénothérapie

- Utiliser papillon pour accès S.C.
- Morphine 2.5 à 5mg S.C. q 4h ou 10 à 30 mg PO q 12h morphine longue action

OU

- Fentanyl transdermique 6 à 12 ug/h q 3 jours (délai de 10 à 12h)
- Cesser morphine régulière après 12h

Dyspnée malgré oxygénothérapie (EMSO)

- **Si crise de détresse respiratoire**, donner morphine 2.5 à 5mg en S.C. q 20 min au besoin
- **Si patient déjà sous opioïdes**, augmenter la dose quotidienne de 25%
- Ajouter Midazolam 1mg avec la morphine S.C. q 4 h si patient anxieux, agité.
- Si patient était sous Fentanyl transdermique , augmenter la dose à 25 ug/h

Dyspnée malgré oxygénothérapie (EMSO)

- **Si inefficace**, débiter une perfusion S.C. de morphine 50mg/100cc
- Débiter à la dose de 1mg (2ml) /h, et augmenter de 0.5mg(1ml) toutes les 4 heures
- Ajouter 25 mg de Midazolam si anxiété/agitation
- Ajouter 1.5 mg d'halopéridol si délire terminal/nausées

COVID-19 et personnes âgées

- **Attention** tout patient et surtout âgé peut avoir d'autres causes d'agitation à rechercher systématiquement, surtout chez les déments:
- **Rétention urinaire** = scan de la vessie
- **Constipation/fécalome** = laxatifs avec les opioïdes
- **Déshydratation** = possibilité d'hydrater en S.C. via papillon à 30 à 40 cc/h
- **Toujours** rechercher l'étiologie de la douleur.

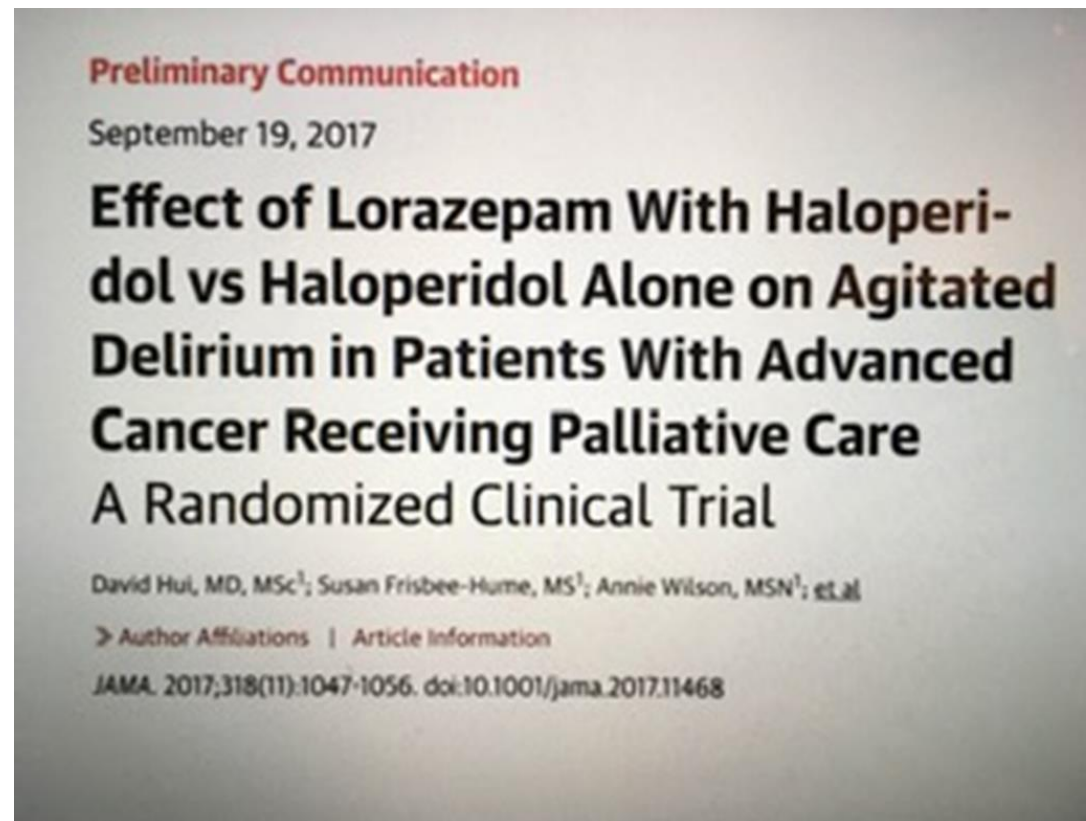
COVID-19 et personnes âgées

- Reconnaître la douleur chez des personnes âgées peu ou non communicantes. Outil très utile pour les soignants et pour les médecins.
- Échelle ALGOPLUS: 2 oui ou plus = douleur

date										
heure										
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
1. Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé										
2. Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés										
3. Plaintes "Aïe", "Ouille", "j'ai mal", gémissements, cris										
4. Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées										
5. Comportements Agitation ou agressivité, agrippement										
Total OUI	.../ 5		.../ 5		.../ 5		.../ 5		.../ 5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation :	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <i>Paraphe :</i>		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <i>Paraphe :</i>		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <i>Paraphe :</i>		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <i>Paraphe :</i>		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <i>Paraphe :</i>	
La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui» Chaque item coté "oui" est compté 1 point										

COVID-19 et personnes âgées

Quelques pistes pour le traitement et l'agitation



COVID-19 et personnes âgées

- Dans le groupe lorazepam + haloperidol , on constate une diminution significative plus importante de l'agitation dans les 8 heures après administration que dans le groupe haloperidol seul ($p < 0.001$)
- Ajouter une benzodiazépine à un antipsychotique est donc bénéfique.
- Les benzodiazépines sont donc les médicaments de base pour le traitement de l'agitation.

COVID-19 et personnes âgées

Neuroleptiques traditionnels:

- Halopéridol 0.5 à 5mg BID/TID (PO/SC/IV)
- Methotrimeprazine 6.25 à 25mg BID/TID (PO/SC)
- Loxapine 2.5 à 10mg DIE/BID (PO)

Neuroleptiques atypiques:

- Olanzapine 2.5 à 10mg DIE/BID (PO)
- Risperdone 0.5 à 2mg DIE/BID (PO)
- Quietapine 12.5 à 50mg DIE/BID (PO)

Benzodiazépines:

- Midazolam 1 à 2mg SC Q 1H PRN (courte action)
- Lorazepam 0.5 à 2mg DIE/BID/TID (PO/SC)

COVID-19 et personnes âgées

- Nécessité d'accompagnement des soignants, médecins, infirmières, aides soignantes pour l'approche palliative aussi bien pour le contrôle des symptômes que pour la fin de vie
- Accompagnement pédagogique sur le terrain et en théorie
- Mise en place de protocoles
- Formation et mise à jour

Références bibliographiques

- Bouchon JP 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie? Revue Prat 1984;34:88-92
- Senin U, Cherubini A, Mecocci P ; Impact of population aging on the social and the health care system. Ann Ital Med Int 2003
- Arveux I, Faivre G, Lenfant et al : Le sujet fragile. La revue de geriatrie Tome 27, n 7 sept 2002 .
- European Society for Medical Oncology- COVID19 palliative care pathways <https://www.esmo.org/covid-19-and-cancer/covid-19-full-coverage/covid-19-useful-resources/covid-19-palliative-care-pathways>
- The Many Faces of COVID-19. Medscape Consult May 28,2020
- Effect of lorazepam with halopéridol vs halopéridol alone on agitated délirium in patient with advanced cancer receiving palliative care. Randomized clinical trial. David Hul MD. JAMA 2017

MERCI

