



BIENVENUE

Fin de vie d'insuffisance cardiaque à domicile en temps de pandémie

Une collaboration entre Pallium Canada et Palli-Science.

Hôte: Jeffrey B. Moat

Modérateur: Dr Alexis Lapointe

Présentatrice: Dre Geneviève Dechêne

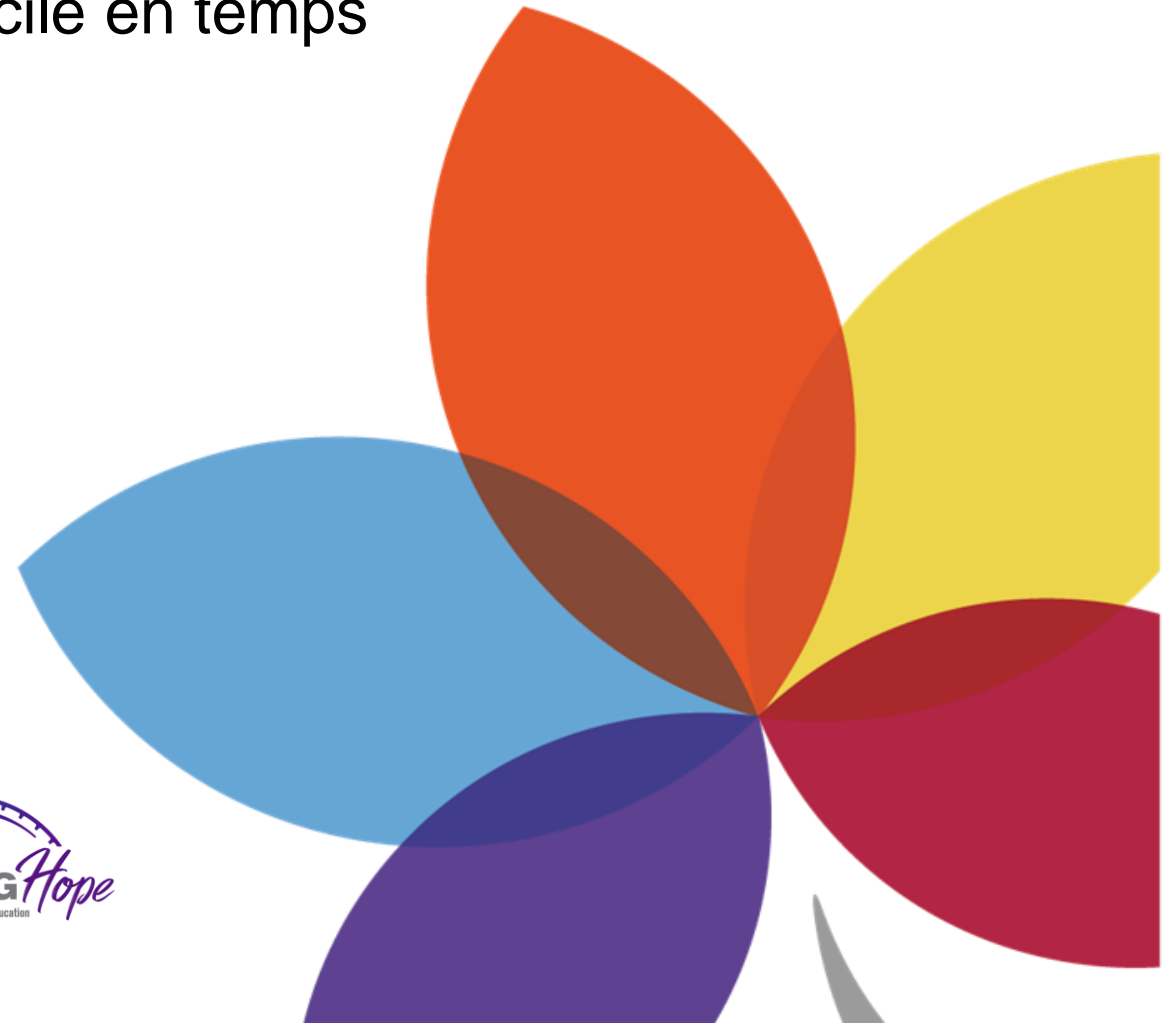
Commanditaires principaux



Caisse de dépôt et placement
du Québec



Boehringer
Ingelheim



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 clavardage pour les questions.
- Ce webinaire sera enregistré et sera disponible dans quelques jours sur le site web pallium.ca.

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 au 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
- Dre Geneviève Dechêne
- Dr Alexis Lapointe

Présentateurs

Hôte

Jeffrey B. Moat, CM

Président-Directeur Général, Pallium
Canada

Modérateur

Alexis Lapointe, MA, MD

Médecin en soins palliatifs, Maison
Victor-Gadbois, St-Mathieu-de-
Beloeil

Médecin de famille, Inukjuak,
Nunavik

Directeur administratif, Palli-Science

Présentateurs

Panéliste

Geneviève Dechêne, MD

Professeur adjoint, Département de Médecine Familiale, Université de Montréal

Équipe médicale palliative à domicile, SIAD du CLSC Verdun

Directrice scientifique du site de Palli-Science

Objectifs d'apprentissage

- **Reconnaître la maladie cardiaque avancée** et terminale
- Intégrer à domicile les **traitements « curatifs » aux traitements palliatifs** lorsque la demande du patient et de ses proches est d'éviter l'hôpital
- **Organiser des soins médicaux à domicile sécuritaires** en temps de pandémie
- **Adapter l'offre de services** professionnels (médecins, infirmières) des SAD CLSC à l'évolution non linéaire de la maladie cardiaque avancée et à la pandémie (manque de personnel, visites plus courtes, etc.)

Veillez noter:

- SIAD (*Équipe médicale de soins intensifs à domicile*). Verdun affilié à un service de SAD aigu infirmier.
- UFCI (*Unité de formation clinique interprofessionnelle*) Verdun

Pourquoi éviter l'hôpital?

- Le risque de contracter la Covid 19 est plus élevé en hôpital qu'à domicile.
- Pour les proches il est difficile en Covid de visiter en hôpital = demande augmentée pour les soins à domicile.
- 30% des gens âgés hospitalisés : syndrome d'immobilisation un delirium.
- Une seule journée d'alitement = 3 jours d'hospitalisation supplémentaires en moyenne chez une personne de >75 ans (déconditionnement, réadaptation, infection)



Visites à domicile en pandémie Covid-19

Garder le domicile “froid”

- Protéger les travailleurs de la santé
- Protéger le patient
- Protéger ses proches

- **Masques chirurgical**
- **Lunettes ou visière**
- **Malade avec un masque si on l’approche à moins de 2 mètres**
- **Proches masqués pendant la visite**
- **Conseils aux proches qui sortent de bien se protéger**
- **Fenêtre ouverte avant et pendant la visite**



Moins de 15 minutes à domicile si possible

- Questionnaire détaillé par téléphone avant la visite avec le malade et/ou ses proches
- On amène ce qui se désinfecte facilement: stéthoscope, saturomètre, stylo
- Pas notre ordinateur (auto, CLSC)
- Rarement notre sphigmo-manometer
- Encourager les proches à s'équiper (sphigmo, saturo)
- Il reste du temps pour rencontrer le patient et l'examiner





Médecins à domicile

Déjà prêts pour une pandémie:

Gestion téléphonique = Base de la
pratique médicale intensive à
domicile

Gestion téléphonique: nous répondons aux appels de jour comme en CHSLD ou en hospit.



- Appel de l'infirmière SUR PLACE PENDANT SA VISITE
- Gestion conjointe avec elle : état général, dyspnée, poids, signes vitaux pris par le patient et ses proches, médication en cours
- Plan d'action gardé sur place à domicile: l'infirmière sait quand le donner puis appeler le médecin
- Inscription par l'infirmière au 24/7: médication, niveau de soins, protocole de détresse
- « Dossier » à domicile: un cahier commun (infirmières, Médecin, proches, patient) pour partager à domicile les informations avec copie du niveau de soins

Gestion téléphonique à domicile en équipe: tous les médecins sont les bienvenus, les besoins sont immenses

- Médecin âgé
- Médecin avec une vulnérabilité à la Covid-19
- Médecin débordé avec d'autres pratiques



Ils ont tous un rôle utile dans le suivi à distance des cas de soins à domicile, cancer et non-cancer.

- Si équipe avec des jeunes médecins qui effectuent la visite au besoin
- Si équipe avec les infirmières SAD des CLSC
- Si équipe avec les infirmières communautaires en soins palliatifs

La pratique à domicile = Plateau technique réduit

Encore plus en pandémie

- Beaucoup de patients refusent de sortir pour des imageries
- On s'en passe...

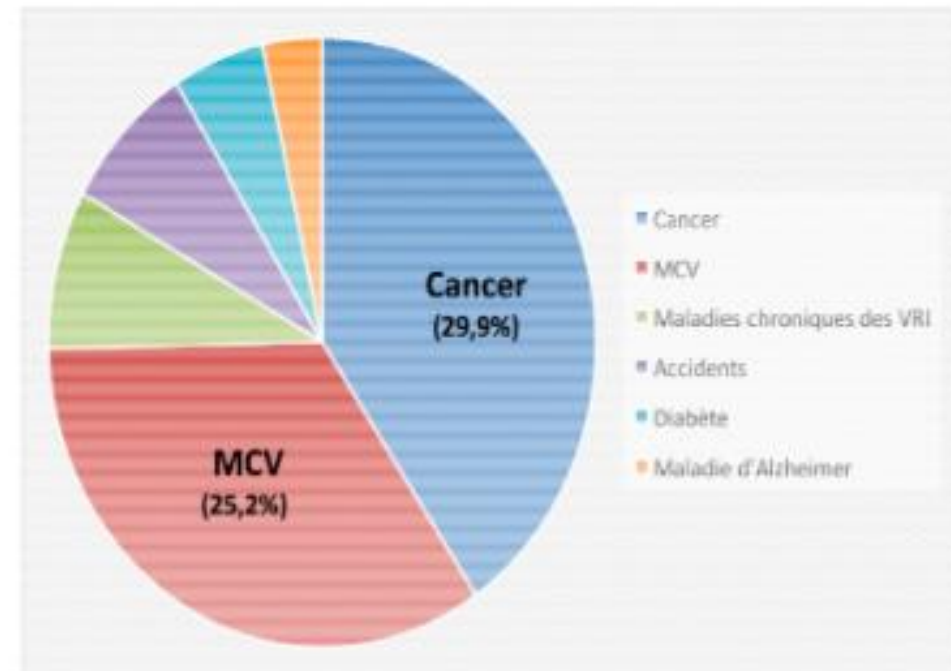
Il nous reste:

- Le questionnaire détaillé
- L'examen physique
- Les laboratoires
- Les hypothèses diagnostics
- Les essais thérapeutiques

L'insuffisance cardiaque: cause importante de morbidité et de mortalité au Canada

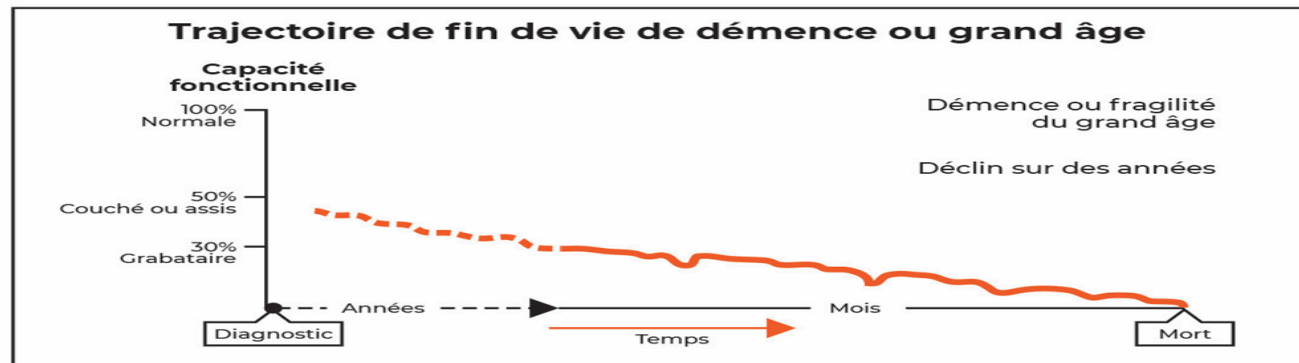
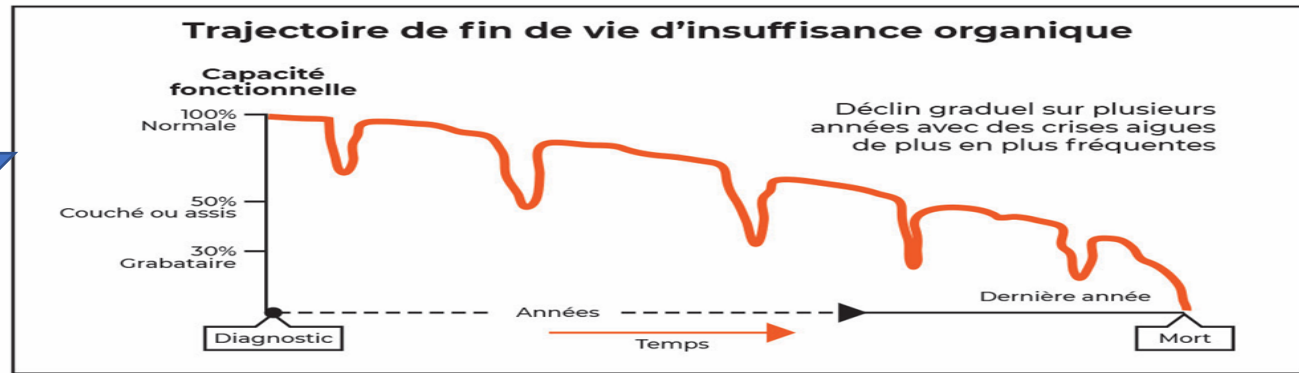
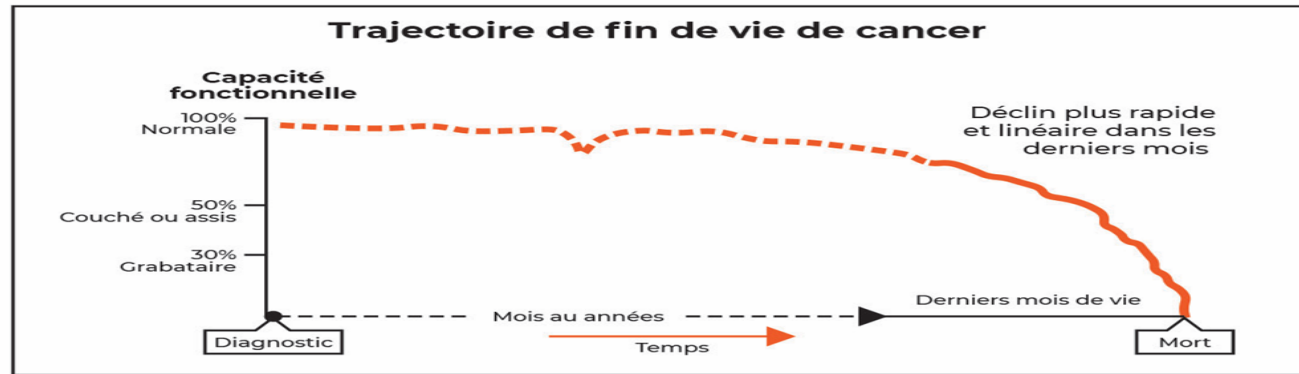
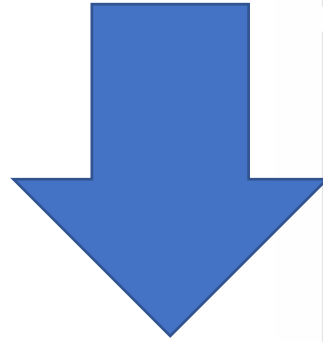
- 30-40% de décès dans l'année qui suit le diagnostic
- 50% de décès à 5 ans tous stades (vs 60% cancers à tous stades)
- 10% morts subites
- 9% des décès au Canada
- 2^e cause d'hospitalisation des 65 ans+
- 4,5 comorbidités présentes en moyenne

Causes de décès au Canada



Trajectoires de fins de vie selon la maladie principale

Trajectoire de fin de vie plus imprévisible en insuffisance cardiaque que le cancer



Fin de vie non cancer à domicile = approches curatives et palliative intégrées



- 75% + des Québécois en fin de vie préfèrent demeurer à domicile
- Contact privilégié avec le patient et ses proches.
- Plus facile de comprendre ce qui constitue la qualité de vie pour le patient et ses proches.
- Le calme et l'intimité favorisent les échanges et permettent de mieux cerner les objectifs du patient pour établir un niveau de soins approprié.
- Économies \$ démontrées (trajectoire de soins 2-3 fois moins coûteuse)

Équipes de soins médicaux « intensifs » à domicile « SIAD »*

Équipe médicale 24 heures, intégrée au service SAD d'un CLSC

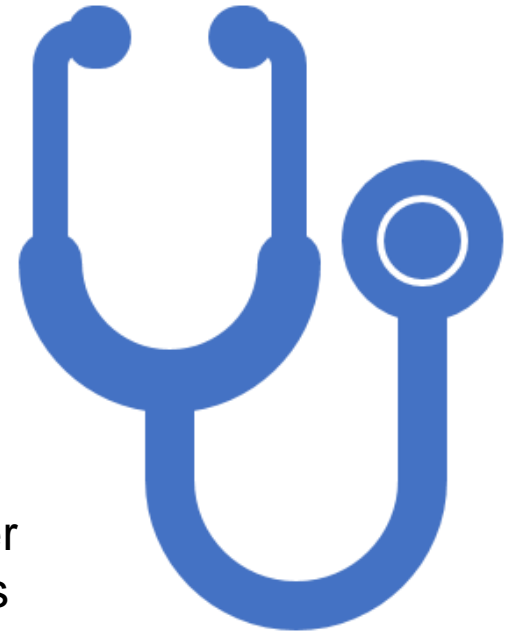
Prise en charge de façon 7 jours/24 heures (« intensive ») d'un groupe de patients complexes et instables médicalement (toutes conditions sévères et terminales) avec réponse téléphonique le jour même et visites au besoin

Suivi téléphonique comme en CHSLD

Lorsque le SIAD est en place, le service de soins à domicile (SAD d'un CLSC peut rajouter à ses services réguliers:

- « **Unité de formation clinique interprofessionnelle** » (UCFI) pour former et recruter des résidents en médecine de famille pour la complexité médicale, les soins palliatifs et les urgences à domicile
- Infirmières dédiées au service du « **SAD aigu** »

* *Nom retenu par le MSSS pour les équipes médicales 24 h en CLSC*



Définition du SAD aigu

Service infirmier d'urgence

- Prise en charge infirmière *rapide* (24 heures) experte en urgences à domicile
- Clientèle en perte d'autonomie avec profil gériatrique qui présente un problème de santé aigu
- Qui ne parvient pas à aller voir son MD de famille.



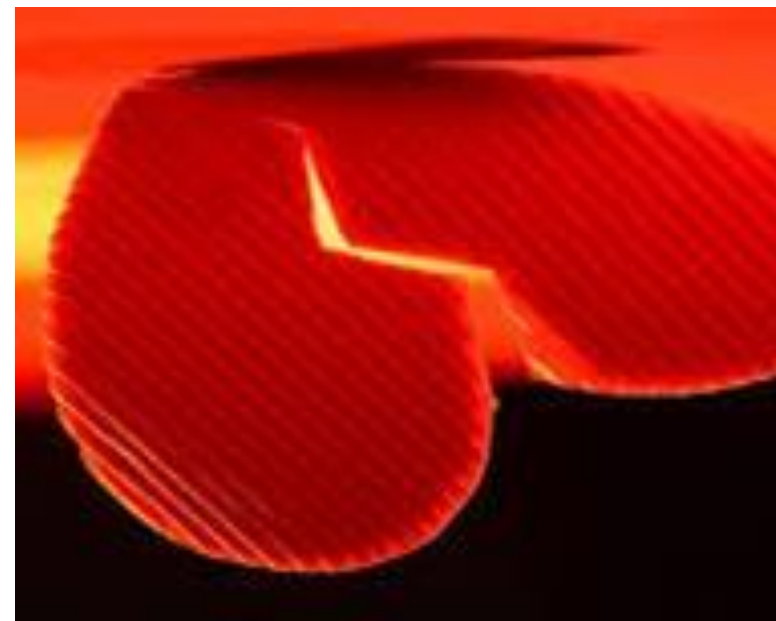
Services du SAD aigu

- Évaluation rehaussée (triage expérimenté)
- Administration en urgence d'antibiotiques IV
- Administration de diurétiques IV (Furosémide) en urgence
- Protocoles de détresse palliatifs PO, SC
- Bilans sanguins et urinaires stat
- Hydratation IV
- Sonde urinaire stat
- Corridor de services RXP, doppler MI (TPP ?)



Patients suivis à domicile: stades III et IV de la NYHA

- Perte de mobilité, pendant les détériorations aiguës
- Plusieurs hospitalisations/séjours aux urgences si le patient n'est pas suivi en équipe 24/7 à domicile avec le SAD CLSC.
- Les soins terminaux surviennent le plus souvent brusquement sans pré-avis (symptomatologie différente des décompensations antérieures): tout doit être prêt (médication d'urgence) à domicile si le patient a opté pour un niveau C- D de soins.



Maladies chroniques sévères non cancéreuses

Curatif et palliative imbriqués

- La phase de traitements « *actifs* » +
- La phase de traitements « *palliatifs* »

Ces phases se superposent de façon fluide selon l'évolution de la maladie et selon les désirs du patient.

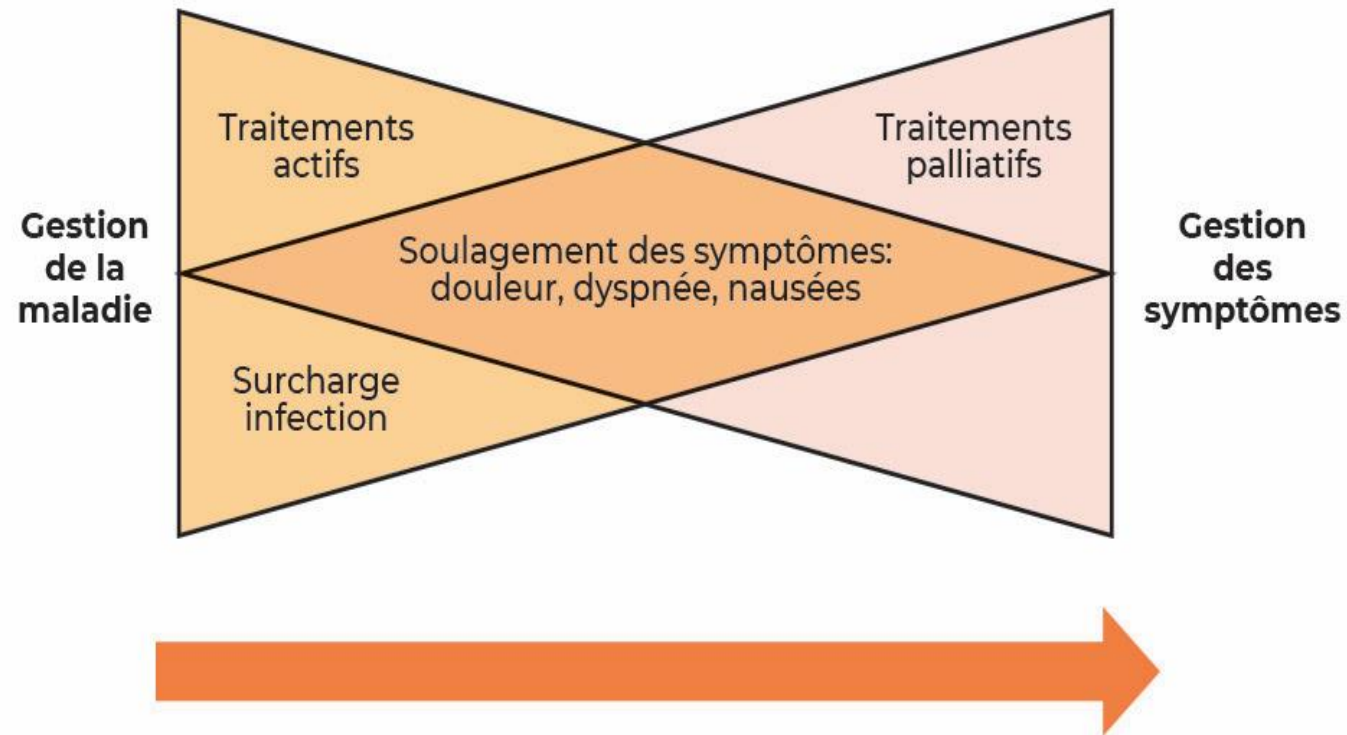
En insuffisance cardiaque le pronostic est presque impossible à déterminer sauf en toute fin de vie (pré-agonie, agonie) : ne pas attendre des signes d'une fin de vie imminente pour soulager un grand malade et le préparer à sa fin de vie.

On vise le confort maximal dès le diagnostic d'insuffisance cardiaque IV (« *l'approche palliative* »): on n'enlève pas des traitements, on en rajoute!

Soins palliatifs intégrés précocement en insuffisance cardiaque avancée

Maladies chroniques sévères- Soins palliatifs intégrés

Modèle de soins à expliquer au patient et ses proches



Utilité du BNP à domicile

Pour un nouveau patient

- La mesure du BNP (*peptide natriurétique de type B*) et de son précurseur le *Probnp* sont utiles mais **non spécifiques** pour différencier l'insuffisance cardiaque d'autres conditions chez un patient dyspnéique. **Plusieurs conditions non cardiaques provoquent une augmentation du BNP** : insuffisance rénale, sepsis, âge avancé, anémie.
- **Les BNP ne sont pas des examens diagnostics** étant donné leur grande variabilité et leur évolution lente (hebdomadaire) suite à des événements cliniques.
- **Ils sont surtout utiles lorsque négatifs** pour aider à éliminer une dyspnée cardiaque.
- **BNP élevé: utile pour suivre un insuffisant cardiaque connu.**
- La persistance d'un BPN élevé après le traitement d'une insuffisance cardiaque (en milieu de vie ou au congé hospitalier) est un **facteur de mauvais pronostic** et un risque élevé de future détérioration.

Le repérage **des mois avant le décès** est essentiel au maintien à domicile

Permet de préparer le patient et ses proches pour une fin de vie plus paisible et une mort digne dans le milieu de soins choisi.

Un pourcentage important (75%) des patients opte pour le maintien à domicile jusqu'au décès lorsque cela est possible, **lorsque l'équipe à domicile comprend un médecin, des infirmières expérimentées et une garde 24 heures.**

On a le temps d'établir un lien de confiance et de préparer une fin de vie à domicile

Discuter d'avance avec les proches et le malade. Ne pas attendre à la dernière minute pour parler de ses craintes



- Crainte de mourir ou de *voir mourir* à domicile (proches)
- Surcharge de travail pour ses proches
- Désir de cacher à ses proches sa mort imminente
- Crainte de souffrir plus si non hospitalisé
- Crainte d'être hospitalisé et d'être seul, et pire encore, de mourir seul (pandémie)
- Crainte de subir une réanimation/technique invasive, de mourir en souffrance

Le patient est-il au courant de son pronostic?

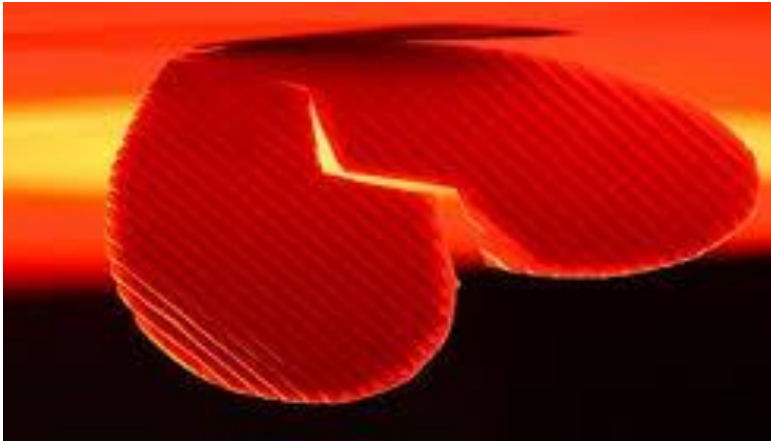
En parler avec lui et ses proches

Établir un niveau de soins le plus tôt possible: on doit préparer le domicile

- *Aimeriez-vous en savoir plus sur l'évolution à venir de votre maladie ?*
- *Aimeriez-vous savoir quels traitements hospitaliers pourraient être utiles ou au contraire inutiles et pénibles si votre maladie s'aggrave ? (Réanimation, intubation, respirateur)*
- *Aimeriez-vous en savoir plus sur les symptômes de fin de vie et les traitements que nous pourrions donner pour vous soulager alors ?*
- *Avez-vous préparé vos papiers officiels (directives anticipées, niveau de soins, testament, mandat en cas d'inaptitude, arrangements funéraires)*
- *Aimeriez-vous que je rencontre les membres de votre famille pour leur expliquer ce dont nous venons de parler ?*

Symptômes d'insuffisance cardiaque terminale

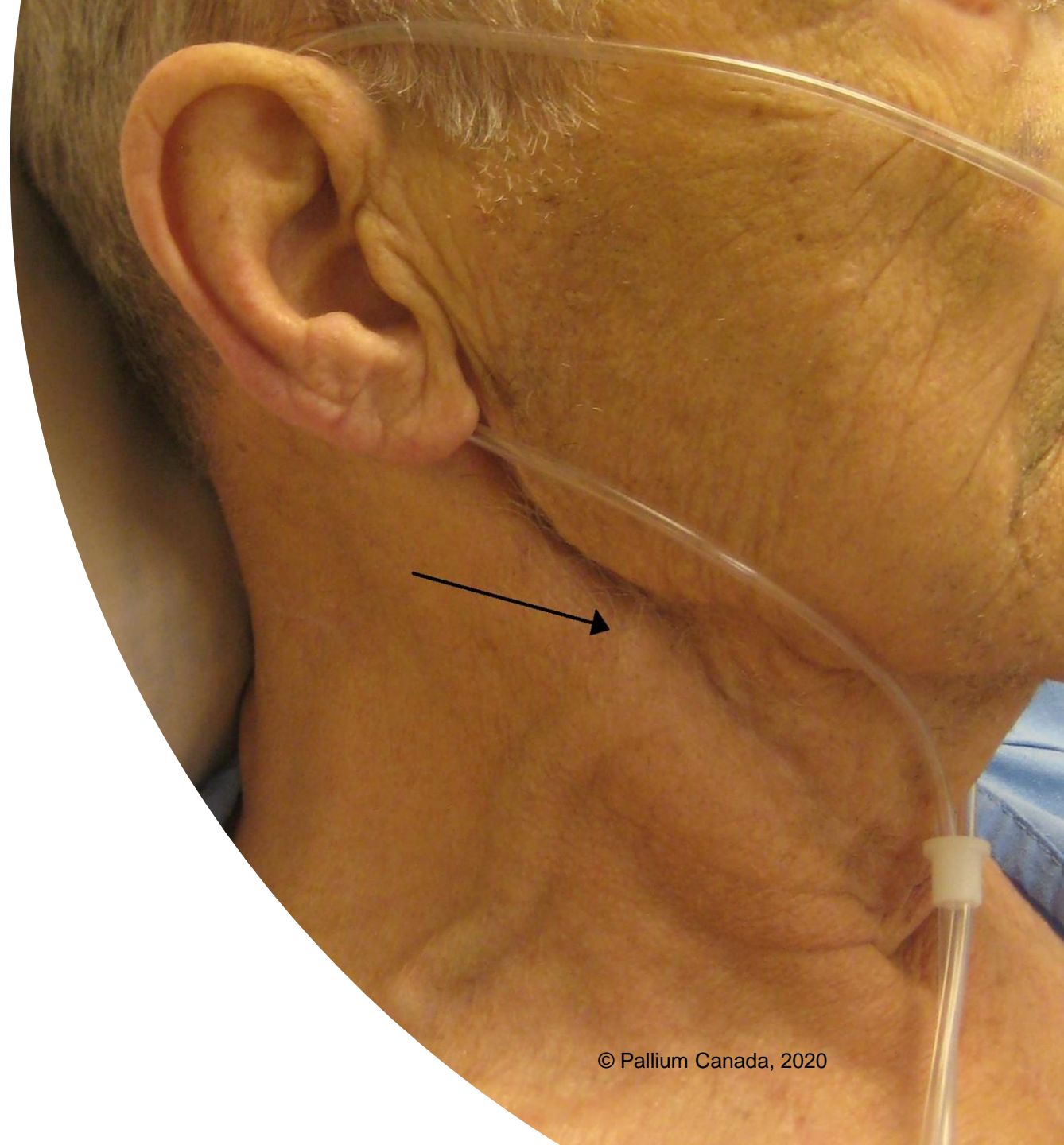
Détecter tôt les patients à risque de mourir



- Dyspnée au repos qui limite AVQ- AVD (77%)
- DRS (48%)
- Douleurs articulaires (52%), faiblesse musculaire
- Orthopnée sévère, DPN
- OMI et génital/scrotal, anasarque
- Anorexie, dyspepsie, N, V, C (22 %)
- Asthénie sévère incapacitante: baisse Q de vie (59 %)
- Troubles de sommeil, anxiété (59%)
- Confusion, oublis, agitation (44%)

À domicile, l'examen physique est notre 'imagerie'

Le suivi à domicile d'un insuffisant cardiaque implique un examen physique régulier et minutieux par les médecins et les infirmières formées.



Examen physique à domicile

Révélateur

- **Pouls rapide** qui peut être faible et même difficile à percevoir (hypotension souvent présente)
- **Tension artérielle basse** (faible FE éjection, médication)
- **Galop**: Bruit cardiaque protodiastolique B3 et bruit cardiaque télédiastolique B4
- **Apex cardiaque palpable élargi à gauche** avec déviation du choc de pointe à la palpation du thorax et soulèvement parasternal. Souffles fréquents.
- **Épanchements pleuraux** avec matité à la percussion et baisse sinon disparition des bruits vésiculaires.
- On peut aussi retrouver une ascite et un ictère (hépatite congestive).



Examen physique d'un insuffisant cardiaque

- Râles « *crépitants* » aux bases ou à l'ensemble des poumons
- Bruits sibilants (« *asthme cardiaque* »)
- Tirage respiratoire au repos ou à l'effort léger
- Désaturation en oxygène
- Œdèmes déclives « à *godet* » (dépressibles) aux jambes sinon généralisés (scrotum, pubis, abdomen, ascite et même bras)
- Distension des jugulaire, constante ou provoquée (*reflux hépato-jugulaire, examen à domicile souvent fait*)
- Hépatomégalie (insuffisance du cœur droit)
- Hypotension (éjection diminuée), surtout en position debout (à rechercher systématiquement)



Facteurs de mauvais pronostic (sans échelle)

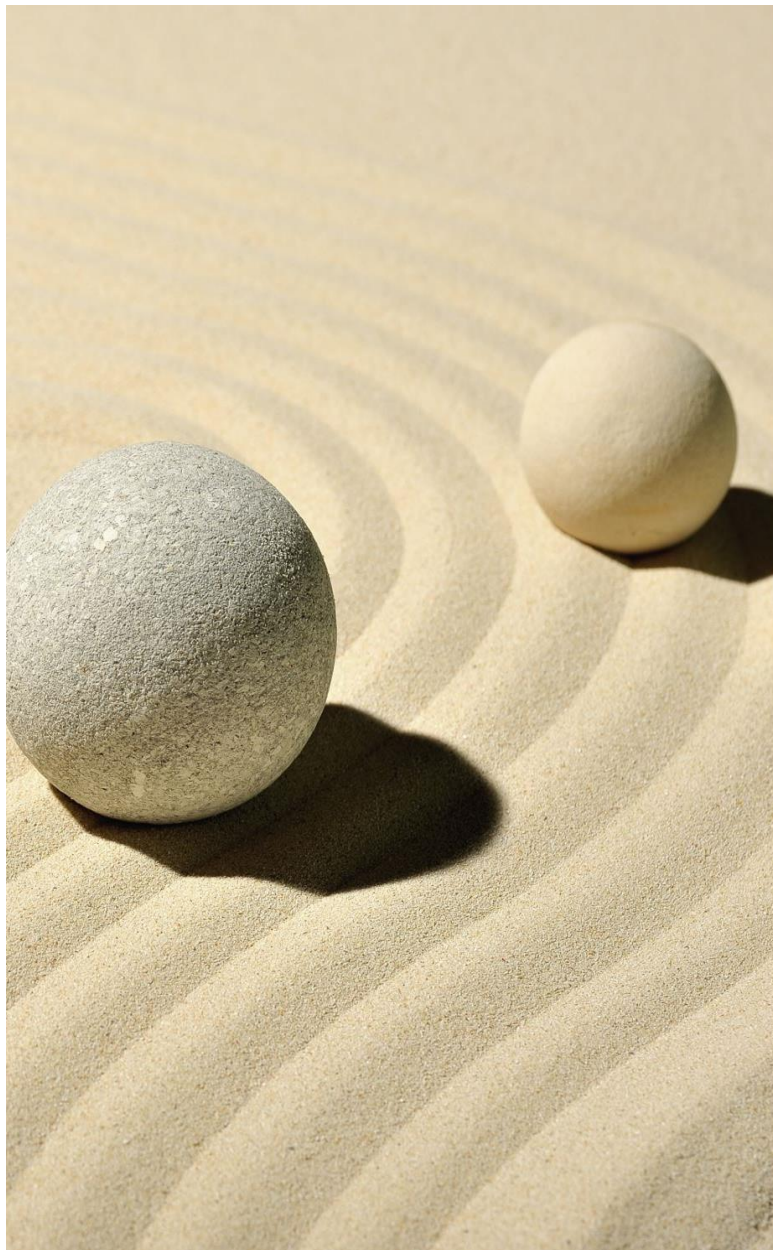
Facteurs de mauvais pronostic en insuffisance cardiaque

- Fréquence cardiaque au repos plus de 100/minute
- Dyspnée au repos
- Anorexie
- Patient âgé de plus de 70 ans

Wilner, LS. Arnold, RM. The palliative Prognostic. J Palliat Med 2006; 9(4) : 993 A
controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The
SUPPORT Principal Investigators. 1995, JAMA 274(20) : 1591-8

Facteurs de mauvais pronostic

- Antécédent de décompensation cardiaque aigue
- Sévère perte d'autonomie fonctionnelle (Échelle de Karnofsky de 50 ou moins)*
- Comorbidités (diabète, insuffisance rénale, MPOC, etc.)
- Créatinine sérique plus de 150 mmol/L
- Sodium sérique moins de 138 mmol/L



Parlons “curatif”

Terme inapproprié pour décrire les traitements de l'insuffisance cardiaque (les diurétiques sont palliatifs).

On ne guérit pas d'une insuffisance cardiaque.

Utilité du BNP à domicile

Pour un nouveau patient

- La mesure du BNP (*peptide natriurétique de type B*) et de son précurseur le *Pro-BNP* sont utiles mais **non spécifiques** pour différencier l'insuffisance cardiaque d'autres conditions dyspnéiques.
- **Plusieurs conditions non cardiaques provoquent une augmentation du BNP :** insuffisance rénale, sepsis, âge avancé, anémie.
- **Les BNP ne sont pas des examens diagnostics** étant donné leur grande variabilité et leur évolution lente (hebdomadaire) suite à des événements cliniques.
- **Ils sont surtout utiles si négatifs** pour aider à éliminer une dyspnée cardiaque.
- **BNP élevé: utile pour suivre un insuffisant cardiaque connu.**
La persistance d'un BPN élevé après le traitement d'une insuffisance cardiaque (en milieu de vie ou au congé hospitalier) est un **facteur de mauvais pronostic** et un risque élevé de future détérioration.

Soins très actifs en insuffisance cardiaque jusqu'à « la fin »

- Même si la condition est sévère, **des traitements spécifiques prolongent l'espérance de vie d'un patient qui désire vivre plus longtemps.**
- Le terme « *actif* » porte à confusion : les soins palliatifs sont des soins très actifs.
- **L'insuffisance cardiaque ne reste pas stable:** elle évolue de façon irrémédiable malgré les traitements.
- Le terme « *actif* » fait référence aux traitements spécifiques qui permettent de souffrir moins et de possiblement prolonger leur vie en évitant les hospitalisations.

Traitements non pharmacologiques: contrôle à domicile difficile



- Limite de l'apport en sel à 2-3 g/jour (« *diète sans salière* »), moins de 2 g si l'insuffisance cardiaque sévère (éviter les produits salés et les produits préparés).
- 2 g de sel par jour est un apport très faible considérant la diète occidentale habituelle. Des feuillets détaillant la liste des aliments à éviter sont absolument nécessaires et doivent être fournis aux patients.
- Restriction hydrique importante, maximum 1,5 à 2 litres/ jour sauf en période de canicule.

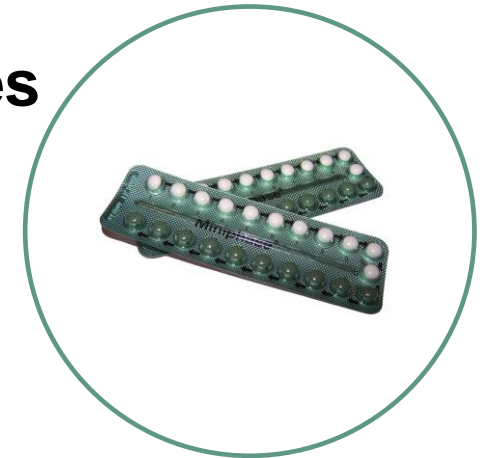
Traitement pharmacologique

Trithérapie de base

Réduit la mortalité.

3 molécules données à tous les insuffisants cardiaques (NYHA classes I-IV) à moins d'intolérance ou de contre-indication :

- 1) IECA, sinon ARA +
- 2) Bêtabloqueurs +
- 3) ARM- Antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes (spironolactone)



**Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. J Am Coll Cardiol. 2017 Apr 21*

Trithérapie essentielle

- Cette *trithérapie (IECA- BB- ARM)* est titrée selon la réponse clinique en **visant les doses cibles maximales tolérées**.
- **Cette combinaison est à ce point essentielle** qu'il faut considérer la réduction des autres molécules, dont les diurétiques, en cas d'intolérance (hypotension, étourdissements) de façon à maximiser cette trithérapie qui vise à **réduire la mortalité**.
- En cas d'intolérance sévère à cette *trithérapie*, on essaie de répartir la médication dans la journée pour éviter des baisses abruptes de tension artérielle.
- Le défi: le potassium en IRC sévère.

Autres traitements de l'insuffisance cardiaque... palliatifs!

Les autres molécules: utiles pour réduire les symptômes de surcharge (*traitement palliatif*) sans impact sur la mortalité

- Diurétiques de l'anse (Furosémide),
- Métolazone (*Zaroxolyn*®) thiazidique puissant
- Alpha-bloqueurs
- Dérivés nitrés
- *Entresto*® (*sacubitril + valsartan*) réservé aux insuffisants cardiaques II-IV qui demeurent symptomatiques sous la trithérapie

Diurétiques en insuffisance cardiaque

- Utiles pour **réduire les symptômes congestifs** en luttant contre la rétention hydrosodée. Les diurétiques de l'anse (*furosémide*) sont les plus utilisés, 20 à 120 mg par jour.
- **Si 120-160 mg quotidiens de furosémide** ne suffisent pas, ajouter métolazone (*Zaroxolyn*) 2,5 à 5 mg PRN, en prise ponctuelle (1-2 fois/semaine) ou régulière. **Die avec suivi étroit du potassium et sodium.**

Insuffisance cardiaque sévère

Détériorations aiguës

Questions à se poser:



1- **Traitement possible d'une cause réversible ?**
(surinfection, rx toxique , non respect limites sel et eau ?)



2- **Thérapie médicamenteuse optimale ?**



3- **Oedeme réfractaire et IR sévère: fin de vie imminente ?**

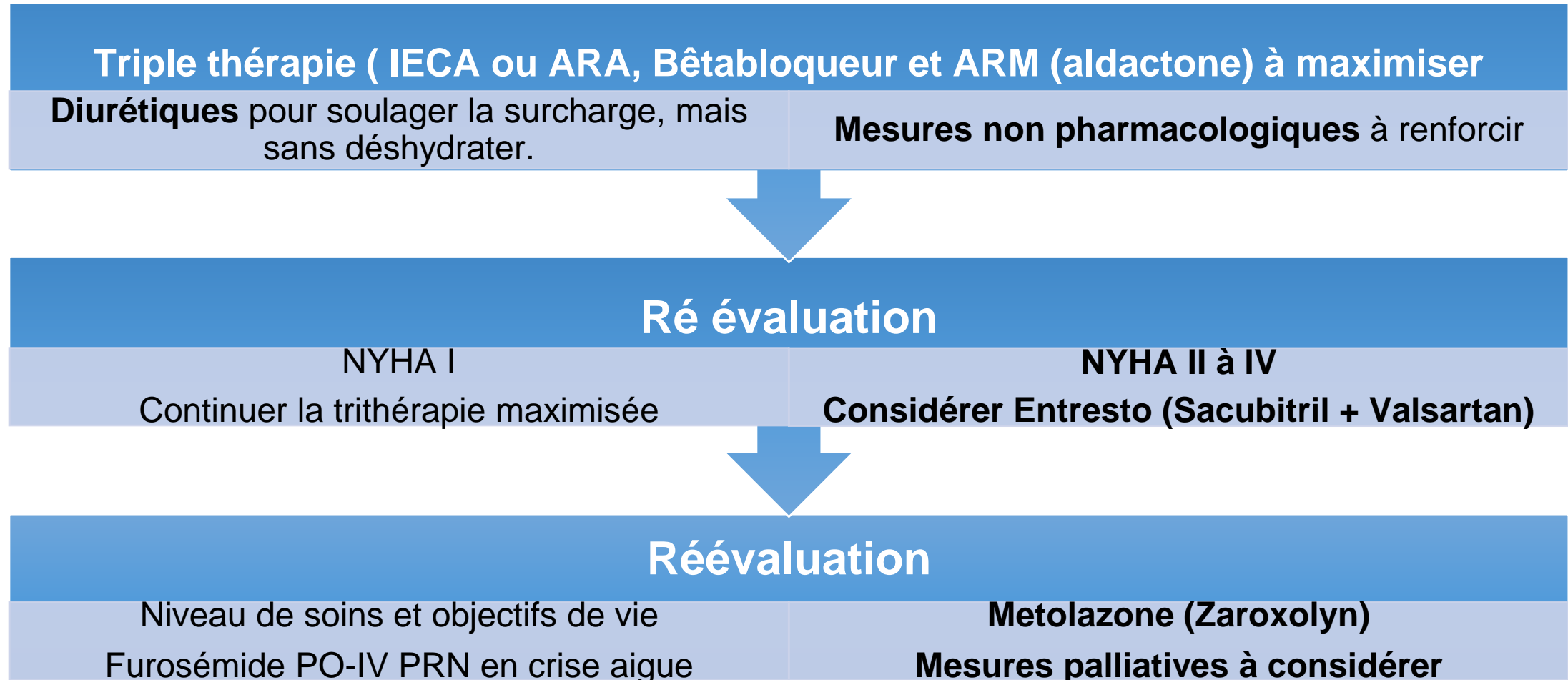


Soins palliatifs, à domicile si désiré avec médication de confort

Doses moyennes de furosémide selon la fonction rénale

| DFG estimé | Condition | Doses de furosémide initiale, augmentations |
|--------------------|---|---|
| Plus de 60 mL/min | Insuffisance cardiaque nouvelle Pas encore sous diurétiques | 20-40 mg PO BID |
| Plus de 60 mL/min | Insuffisance cardiaque connue Sous diurétiques | Dose IV 20-80 mg X1-2 selon dose orale Puis dose orale augmentée de 20-40 mg BID |
| Moins de 60 mL/min | Insuffisance cardiaque nouvelle | 20-80 mg BID PO |
| Moins de 60 mL/min | Insuffisance cardiaque connue Sous diurétiques | Dose IV 20-80 mg X 1-2 selon dose orale Puis dose orale augmentée de 20-80 mg BID |

Étapes du traitement actif de l'insuffisance cardiaque



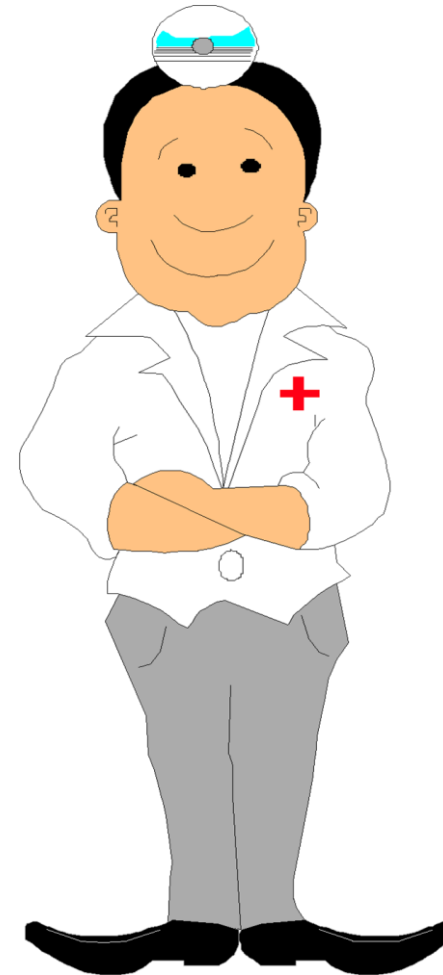
Diurétiques en insuffisance cardiaque terminale

- **Maintenir les diurétiques le plus longtemps possible** même si progression IRC. Ajuster les doses selon symptômes (réduire si patient hypotendu et « sec », augmenter si patient en surcharge) en surveillant le potassium et le sodium.
- Avec la progression de **l'insuffisance rénale**, les suppléments de **potassium doivent être habituellement réduits puis cessés.**

Inhibiteur de la néprilysine **Sacubitril + valsartan** (Entresto®): 2^e ligne pour cas sévères réfractaires

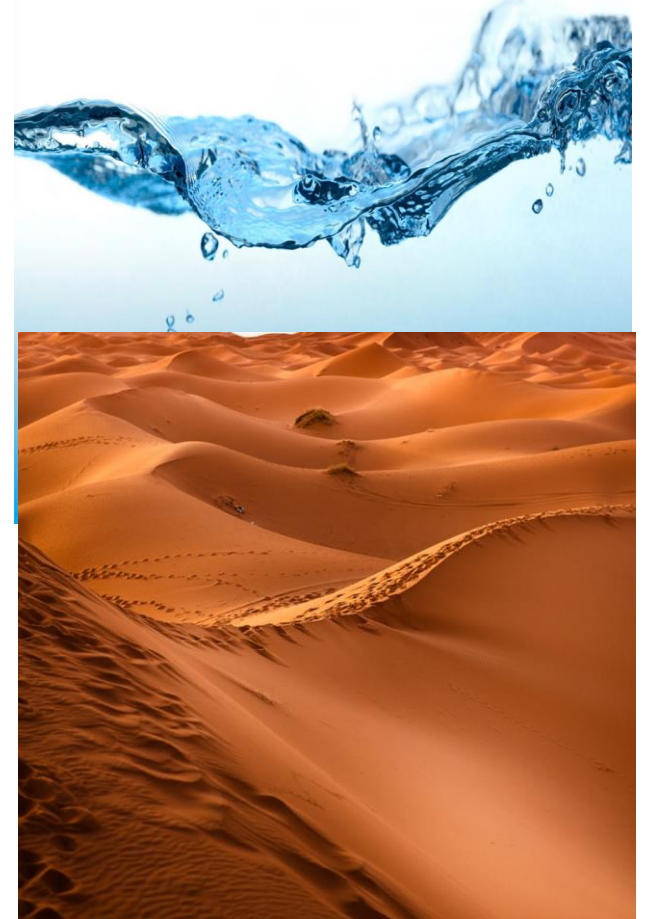
- ***L'Entresto*: 2^e ligne si d'échec de la « trithérapie » de base IECA/Bêtabloqueur/ARM chez un insuffisant cardiaque II à IV**
- Ne pas l'essayer avant d'avoir tenté au moins 4 semaines de trithérapie maximisée.
- **Attendre au moins 36 heures après l'arrêt du IECA** ou ARA avant de débiter en surveillant les niveaux de potassium et de tension artérielle.
- **Le *sacubitril* est déconseillé dans les cas d'insuffisance rénale sévère (DFG est. inférieure 30 mL/min).**

Prescriptions anticipés
« Plans d'action »
Le secret du suivi à
domicile
On doit toujours être prêts



Types de décompensations cardiaques

1. **Chaud et Sec:** TA N., membres chauds, donc perfuse bien, pas de surcharge = trithérapie de base.
2. **Chaud et Humide:** Surcharge (OMI, DDJ, RHJ) = diurétiques à augmenter PO, IV si aigu (IC droite avec oedème intestinal et malabsorption orale).
3. **Froid et Sec:** TA basse = bas débit. Attention de ne pas baisser plus la TA (angine, IRA, chute, confusion).
4. **Surcharge à bas débit:** Oedème généralisé, TA basse. **La plus instable:** dès que la diurèse augmente, on réduit les liquides ...car grande instabilité.



Les plans d'action = patient partenaire

Plans d'action individuels prescrits d'avance et laissés à domicile

Réserve de comprimés de diurétiques (30 co Furosémide 40 mg, 30 co Zaroxolyn 2,5mg) que le patient prend stat PRN (1 à 2 comprimés) selon les directives du médecin.

Permet au patient et à son infirmière de s'ajuster rapidement aux symptômes d'une semaine à l'autre et souvent même, dans les dernières semaines de vie, d'une journée à l'autre.

Plan d'action en place à domicile: demander au patient de **prendre immédiatement une dose supplémentaire de furosémide** dès qu'il se sent plus essoufflé ou œdématié (40 à 80 mg selon les directives du médecin) pour ne pas évoluer vers une détérioration aigue sévère.

On avise le médecin APRÈS

Traitement de la surcharge aiguë à domicile

- Position semi-assise
- Oxygène au besoin si disponible
- Diminution de 50%, temporaire, des doses des médicaments inotropes négatives si sévère (Bêtabloqueurs, inhibiteurs calciques autres que amlodipine)
- Furosemide 40 ou 80 mg IV, une dose à répéter au besoin le lendemain: bien toléré à domicile

Traitement de la surcharge aiguë sévère à domicile



Furosémide IV le jour même (40-80 mg) à répéter au besoin 24 heures après.



Viser une perte de poids de 0,5 à 1,5 KG/ 24 heures



Viser une diurèse d'environ 200 ml dans l'heure qui suit l'administration, puis 100 ml/heure dans les 6 heures, 3L/J

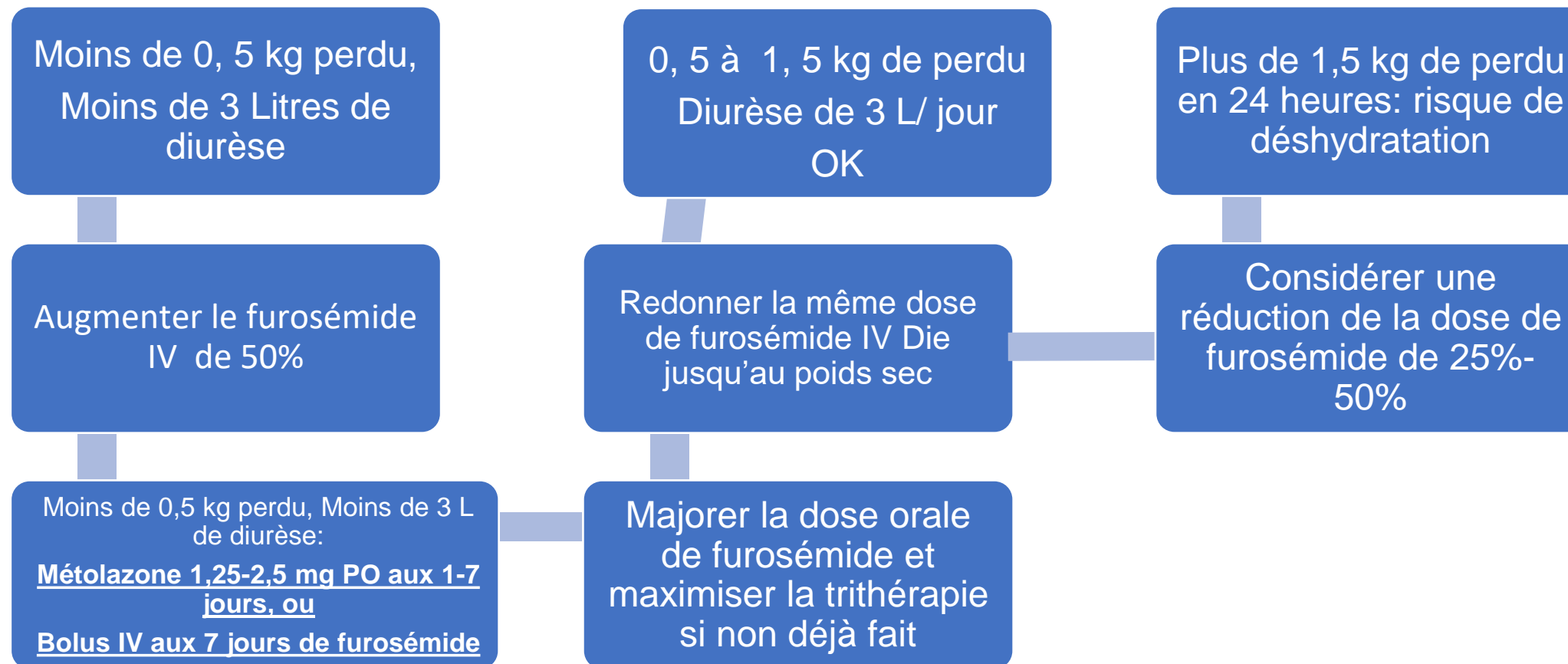


Pour le confort d'un patient épuisé on peut proposer une sonde urétrale pour 6 à 24 heures



Compenser les pertes de potassium selon le niveau sérique le jour même et le lendemain en supplémentation orale

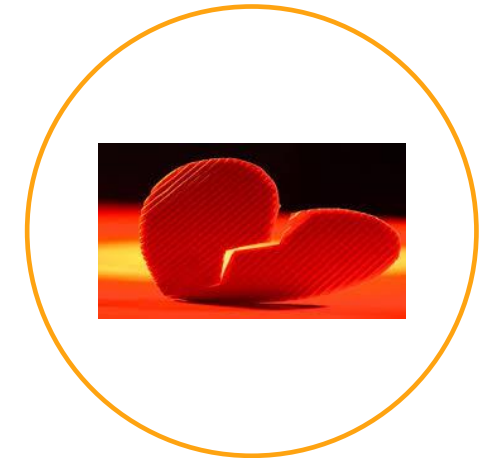
Ajustement à domicile du traitement de la surcharge aiguë: on pèse sur la même balance



Insuffisance cardiaque avancée

Traitement de confort toujours

- L'hydromorphone est très utile (diminue la précharge), +++ efficace pour les DRS et les crises de dyspnée: 1 mg PO ou SC/1-4 h par un jelco au thorax, augmenter PRN
- Avec ou sans benzodiazépine: Ativan SL
- Calme= RC ralenti = moins de besoin d'O₂, résolution plus rapide de la crise.



Les opiacés ne sont pas dangereux



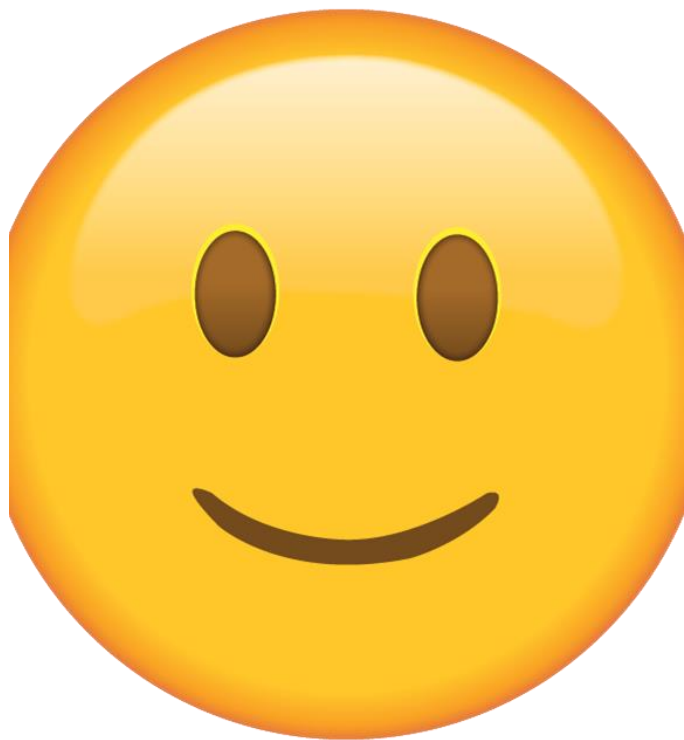
- Les opiacés sont sécuritaire chez les insuffisants cardiaque en autant que leur dose soit modulée en fonction de l'insuffisance rénale souvent présente chez ces patients.
- **L'hydromorphone est préférable à la morphine** puisque nombreux sont les insuffisants cardiaques qui présenteront éventuellement une **insuffisance rénale** (métabolite actif de la morphine M6G possède une durée de vie et une puissance au moins 6 fois plus importante que la morphine elle-même, avec risque plus élevé de surdosage, myoclonies et confusion).

Traitements de la douleur

Éviter

- Tous les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont susceptibles d'augmenter le risque de surcharge et d'hypertension artérielle, même les coxibs
- Le prégabalin (Lyrica®) **peut provoquer ou exacerber des œdèmes**. Même si nous ne disposons pas de données en insuffisance cardiaque, ce n'est pas une molécule recommandée, sinon à faible dose avec un suivi serré du patient.
- Les antidépresseurs tricycliques, effet anticholinergique qui peut exacerber les effets indésirables d'autres molécules utilisées en insuffisance cardiaque : **bouche sèche, hypotension orthostatique, constipation, fatigue, somnolence** et augmentent le risque d'arythmies (prolongation PR et QT, tachycardie) et **de mort subite**.
- La carbamazépine qui peut être **cardiotoxique, hypotension, blocs AV** et œdème.

Traitement de la dépression/anxiété



Les ISRS (*inhibiteurs sélectifs de la recaptation de la sérotonine/norépinephrine*) **n'augmentent pas la mortalité.**

Surveiller étroitement la tension artérielle et le pouls au début de leur administration car à hautes doses montée possible de la TA et du pouls.

« Dépression »: antidépresseurs vraiment utiles ?

Un patient insuffisant cardiaque sur 5 présente des symptômes dépressifs. Les conditions se confondent : fatigue, perte d'énergie, perte d'intérêt, perte de capacité pour des activités, difficultés à dormir, perte d'appétit.

Le traitement de la dépression concomitante à une maladie terminale ne fait pas l'objet de consensus.

L'efficacité des traitements semble reposer surtout sur des interventions non pharmacologiques.

Les ISRS ne semblent pas augmenter la mortalité chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les INRS comme la mirtazapine et le bupropion semblent sécuritaires chez les insuffisants cardiaques, mais pas d'étude concluantes sur leur efficacité.

Patient épuisé

Amorcer la déprescription

- Il n'est pas rare en fin de vie d'insuffisance cardiaque de rencontrer des **patients épuisés**, dont le désir est « *d'en finir* » et surtout d'arrêter les innombrables pilules qui ont « empoisonné » leur parcours de soins depuis le début de leur maladie.
- **La déprescription** avec arrêt de certains médicaments améliore la qualité de vie des patients en réduisant le nombre des comprimés et d'injections (*voir suggestions*).
- Certaines médications ne sont pas essentielles chez un insuffisant cardiaque avancé dont le pronostic est réservé (estimé à moins de 3 mois) : **la déprescription progressive est une activité médicale importante en insuffisance cardiaque avancée.**

Déprescription

| Médicaments à cesser après discussion avec le patient | Médicaments à essayer de réduire progressivement Ne reprendre que si cliniquement requis | Médicaments à continuer jusqu'à l'agonie sauf si le patient est prêt à mourir (déprescription finale alors) |
|--|--|--|
| Statines (pas d'effets positifs à court et moyen terme) | Anticoagulation , si le risque de thrombose est faible sinon arrêter en pré-agonie seulement | Anticoagulation à continuer si le <u>risque de thrombose</u> est élevé (grabataire, antécédent de thrombose) Mais cesser dès que le patient s'hydrate moins car sinon risque d'hémorragie massive en fin de vie |
| Toutes les formes de vitamines incluant le fer et les suppléments de calcium (pas d'effets positifs à court et moyen terme) | Hypoglycémiant : essayer de réduire le nombre de comprimés et d'injections avec un objectif modeste de contrôle du diabète : éviter les hyperglycémies et les hypoglycémies | Trithérapie de base (IECA ou ARA, bêtabloqueur, aldactone) à continuer jusqu'à la pré-agonie. Bêtabloqueurs utiles aussi si antécédents de fibrillation auriculaire à réponse rapide |

Déprescription

Médicaments à
cesser après
discussion avec le
patient

Médicaments à
essayer de réduire
progressivement
Ne reprendre que si
cliniquement requis

Médicaments à
continuer jusqu'à
l'agonie sauf si le
patient est prêt à
mourir (déprescription
finale alors)

**Biphosphonates pour
l'ostéoporose (pas d'effets
positifs à court et moyen
terme)**

Digoxine à cesser si
possible: risque élevé
d'effets indésirables (**les
bénéfices ne sont présents
que si le niveau sérique est
moins de 1,2 nmol/L**)

Digoxine à garder si
fibrillation auriculaire avec
réponse rapide
symptomatique

Déprescription

| Médicaments à cesser après discussion avec le patient | Médicaments à essayer de réduire progressivement Ne reprendre que si cliniquement requis | Médicaments à continuer jusqu'à l'agonie sauf si le patient est prêt à mourir (déprescription finale alors) |
|--|--|--|
| Antihypertenseurs à réduire si le patient est hypotendu avec faiblesse secondaire. Mais prudence puisque l'hypertension artérielle augmente le travail du cœur (garder la tension sous contrôle) | Antihypertenseurs à réduire si le patient est hypotendu avec faiblesse et étourdissements orthostatiques secondaires. Mais prudence puisque l'hypertension artérielle non contrôlée augmente le travail du cœur | Cesser tous les hypotenseurs en toute fin de vie puisque la tension artérielle baisse rapidement en fin de vie. |

Déprescription

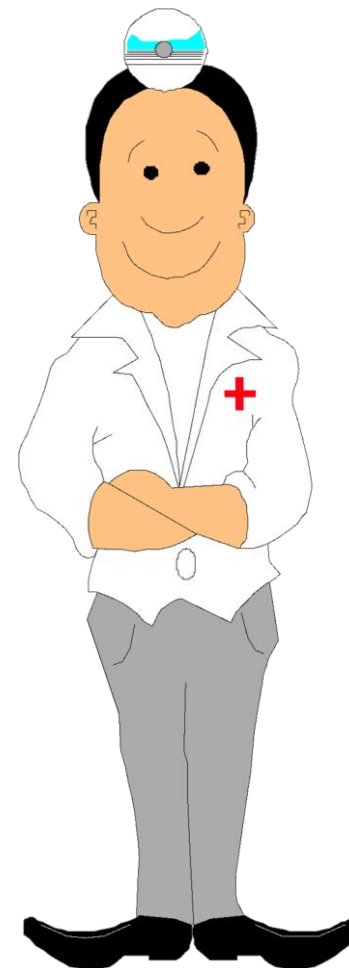
| Médicaments à cesser après discussion avec le patient | Médicaments à essayer de réduire progressivement Ne reprendre que si cliniquement requis | Médicaments à continuer jusqu'à l'agonie sauf si le patient est prêt à mourir (déprescription finale alors) |
|--|---|---|
| Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase pour la démence (pas d'effets positifs à court et moyen terme) | Anti-angineux à réduire avec prudence car on veut éviter un événement coronarien aigu. | Anti-angineux à poursuivre jusqu'à ce que le patient s'hydrate moins (pré-agonie) |
| Les antiplaquettaires en prévention primaire (sans maladie coronarienne ou cérébro-vasculaire) | Antiplaquettaires à continuer si MCAS ou maladie cérébro-vasculaire | Ne pas oublier de cesser les antiplaquettaires dès que le patient s'hydrate moins, sinon risque de saignements en fin de vie |

Prescriptions anticipées de fin de vie = le secret du domicile

On les garde des mois dans un sac de papier.

Souvent on doit les changer (date d'expiration)
car prescrites longtemps d'avance.

Jamais on ne doit en manquer.



Trousse d'urgence palliative de base

Doses habituelles SC et SL

| Médication | Dose et voie d'administration |
|--|--|
| 1-<u>Midazolam</u> Versed® Détresse, convulsions | 2, 5 mg SC (SL) si âgé, frêle 5 mg sinon, aux 15-20 minutes PRN 10 mg si tolérance aux benzos |
| 2-(Morphine)_ou <u>Hydromorphone</u> Détresse, dyspnée, douleur | 50 à 100 % de la dose reçue en 4h en stat SC Morphine: dose minimale 2,5 mg, maximale 25 mg Hydromorphone: dose minimale 1 mg, maximale 10 mg |
| 3-<u>Scopolamine®</u> (bromhydrate de hyoscine) | 0, 4 ou 0, 6 mg SC (une ampoule) |
| ou, Robinul® (Glycopyrrolate) Râles, hypersécrétions, détresse | 0, 2 à 0, 6 mg SC (fiOLE de 0, 2 mg) |

Messages clés en ces temps de pandémie

Il n'y pas que la Covid : plus de grands maladies à domicile en fin de vie

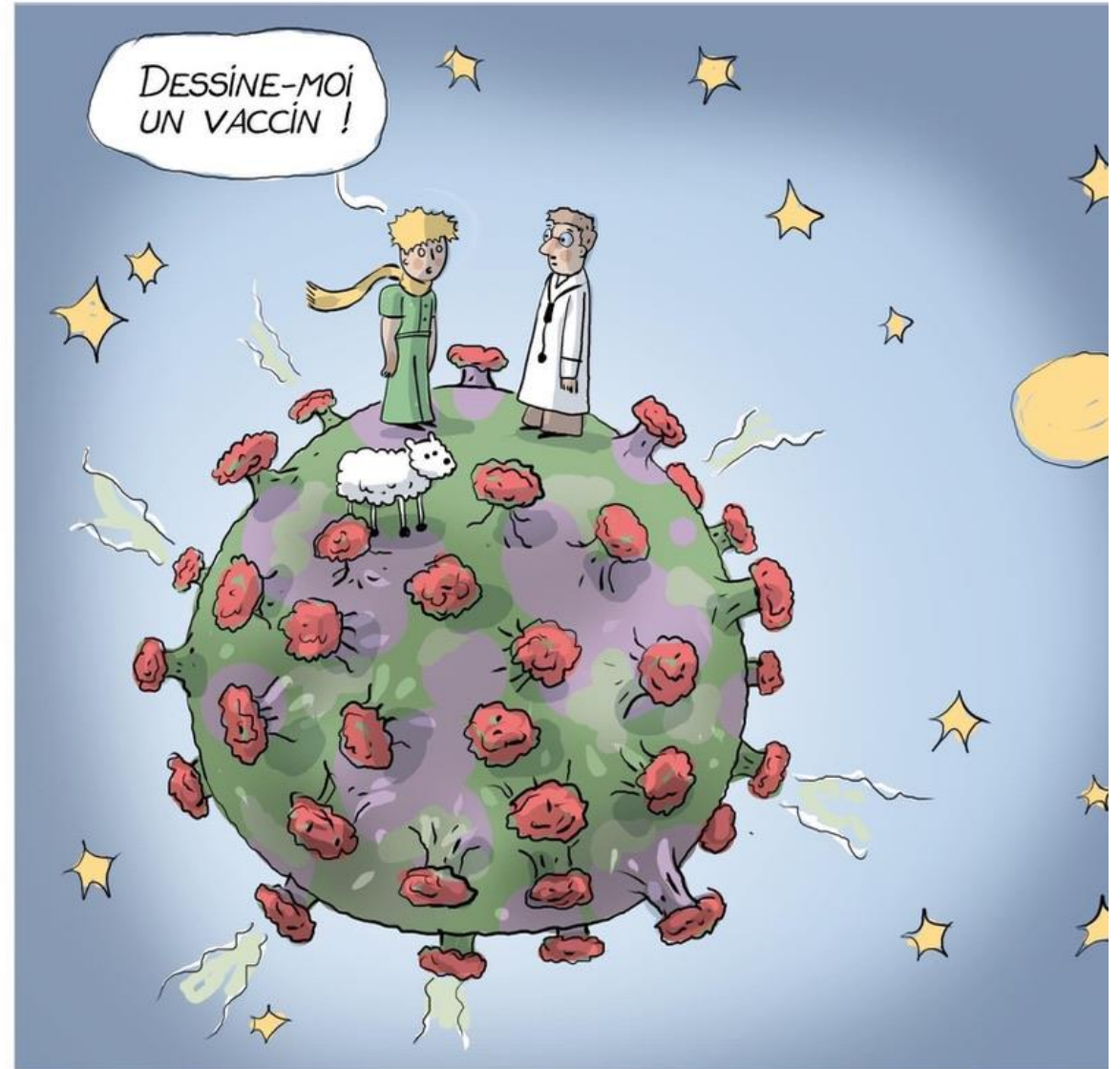


Il n'est pas nécessaire d'hospitaliser un patient en fin de vie d'insuffisance cardiaque si les équipes à domicile comportent des médecins et des infirmières expérimentés en fin de vie en milieu de vie qui acceptent de répondre au téléphone toute la semaine.



Si on a bien préparé la médication (pompe SC continue et/ou en injections intermittentes) le patient sera soulagé sans délai lorsque la crise aiguë surviendra

En attendant le vaccin, la domicile demande une “nouvelle” façon de travailler (ancienne ?) qui permet de ne pas obliger un grand cardiaque à retourner en hôpital pour mourir loin de ses proches.



Questions et réponses

Veillez utiliser la fonction Q&R
au bas de votre écran.

MERCI

