

## Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Les crises en fin de vie.

### • Crises hémorragiques extériorisées en fin de vie •

<b>Avertissement</b>	<p>Il existe en soins palliatifs des situations particulièrement complexes. Il s'agit en particulier de certaines détresses en fin de vie : hémorragies cataclysmiques, asphyxie, souffrance rebelle, douleur non contrôlable...</p> <p>Il est essentiel alors :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de vérifier que la personne est bien en phase terminale,</li> <li>- d'anticiper chaque fois que possible une telle détresse,</li> <li>- de prévoir des temps de concertation en équipe pluridisciplinaire, en amont.</li> </ul> <p>La Loi "relative aux droits des malades et à la fin de vie" (Loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005) donne des repères importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le droit du malade au refus de tout traitement.</li> <li>- Le droit du malade au refus de l'obstination déraisonnable.</li> <li>- Le devoir pour le soignant de ne pas poursuivre des traitements disproportionnés et futiles.</li> <li>- Le principe des directives anticipées et la place de la personne de confiance.</li> <li>- L'obligation qui est faite aux soignants <b>d'anticiper</b>, de se <b>concerter</b>, de s'appuyer sur une démarche <b>pluridisciplinaire</b> et <b>collégiale</b>, (décret du 6 février 2006), d'argumenter les décisions, et de les écrire dans le dossier du patient.</li> <li>- L'obligation également de poursuivre les Soins Palliatifs même si d'autres soins sont arrêtés.</li> </ul> <p><b>Toutes ces situations ne doivent en aucun cas aboutir à des décisions isolées, ou répondant à des conduites à tenir standardisées, ou encore être prise sans discernement et recul.</b></p>
----------------------	--

<b>Objectifs</b>	Assurer le meilleur confort possible dans ces situations de crises en fin de vie.
	Améliorer en fin de vie la prise en charge des crises difficiles.
	Anticiper les crises hémorragiques qui sont extériorisées en fin de vie et diminuer l'état de panique.

<b>Population et contexte particulier</b>	<p>Ces recommandations s'adressent à une personne en phase terminale et qui présente une hémorragie brutale incontrôlable et angoissante.</p> <p>Cette phase terminale est caractérisée par une défaillance des grandes fonctions vitales parfois provoquée par un épisode aigu. Elle comporte une phase pré-agonique et une phase agonique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La phase pré-agonique est provoquée par la défaillance d'une ou plusieurs fonctions vitales avec des signes neurologiques, respiratoires, cardio-vasculaires : elle s'apparente à un état de choc qui va évoluer vers la phase agonique et le décès.</li> <li>○ La phase agonique est marquée par l'apparition des premiers signes de décérébration, elle est irréversible et abouti à la mort.</li> </ul>
---	---

Date de première édition :	Mars 2006
Actualisation le :	13 mars 2008
Par :	Dr. Christophe PETITJEAN
Validée par le Groupe de Travail : mars 2008	

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :  
Les crises en fin de vie – Crises hémorragiques extériorisées en fin de vie.**

<b>Principes de prise en charge</b>	<p><b>A. Principes Généraux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La plupart des crises de la phase terminale peuvent être anticipées : cette démarche d'anticipation est fondamentale, elle nécessite une évaluation de la situation des symptômes, une réflexion, une prise en compte en équipe pluridisciplinaire, le cas échéant des prescriptions anticipées.</li> <li>○ les prescriptions anticipées nominatives sont légalement autorisées : elles s'adressent à une personne précise dans un contexte précis.</li> <li>○ L'utilisation de protocoles est une alternative possible : dans ce cas, il faut préciser dans quel contexte et à quel moment ce protocole va être utilisé.</li> <li>○ Toute démarche entreprise doit être évaluée, et peut être remise en cause.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Il est recommandé que pour toute situation de détresse en phase terminale difficile, un temps de "débriefing" soit organisé avec l'équipe, et si besoin des intervenants extérieurs, pour réguler les conséquences dans l'équipe et prendre le recul nécessaire pour les situations suivantes.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>B. Aspects Pratiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si ces crises hémorragiques sont toujours anticipables, elles sont également toujours paniquantes.</li> <li>○ La panique de l'entourage et des soignants renforce, majore, et quelque fois est à l'origine de la panique du malade.</li> <li>○ Dans le cas des hémorragies brutales, abondantes et cataclysmiques le plus important est de gérer cette panique pour permettre que le décès se fasse dans des conditions d'anxiolyse suffisante, à condition que cette prescription ait été anticipée : par exemple :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- injection de 0,5 mg d'HYPNOVEL® (Midazolam) en intraveineux toutes les 2 minutes (l'objectif est d'obtenir un score de 4 sur l'échelle de Rudkin ou un relâchement musculaire)</li> </ul> </li> <li>○ Ce protocole médicamenteux de détresse est important, mais moins qu'une présence la plus rassurante possible des soignants sur place.</li> <li>○ La réalisation d'un point de compression est possible, il n'a pas pour objectif d'empêcher l'hémorragie mais de la contenir et d'atténuer ces circonstances catastrophiques.</li> </ul>
	<p><b>Score de RUDKIN</b></p> <p>L'échelle d'évaluation de la sédation selon Rudkin comprend cinq stades :</p> <p>1 – patient complètement éveillé orienté          2 – patient somnolent          3 – patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel          4 – patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation légère          5 - patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère</p>

<b>Références</b>	Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES, décembre 2002
	Soins palliatifs : spécificités d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, recommandations de l'AFSSAPS, médecine palliative, avril 2003, n°3
	La sédation pour détresse en phase terminale, recommandations de la SFAP, médecine palliative, octobre 2002, n°1
	Aide à la réflexion lors de situations extrêmes, SFAP, 2007
	Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade en fin de vie.