

Perles cliniques en soins palliatifs de l'insuffisance rénale terminale

Sarah Girard, Pharm.D, M.Sc

RÉUNION DES PHARMACIENS SPÉCIALISÉS EN NÉPHROLOGIE DU
QUÉBEC

3 octobre 2025

Déclaration de conflits d'intérêts

- Je n'ai aucun conflit d'intérêts réels ou potentiel avec le contenu de cette présentation.

Objectifs d'apprentissage

- Améliorer la prise en charge des symptômes courants en insuffisance rénale terminale, tels que la douleur, la nausée et le prurit.
- Discuter de l'utilisation des opioïdes dans un contexte d'insuffisance rénale terminale.
- Discuter des options thérapeutiques disponibles par voies alternatives.
- Expliquer les concepts fondamentaux de la déprescription en soins palliatifs.

Les soins palliatifs

- Soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire
- Accompagner la vie jusqu'à la mort (Andrée Néron)

Principes de base des soins de confort

- Holistique
- Centré sur la personne et sa famille
- Centré sur les relations entre les problèmes physiques, psychosociaux et spirituels.
- La communication efficace et une prise de décision partagée sont essentielles chez les pts en fin de vie.
- Le respect des souhaits et des convictions personnels du patient et de sa famille est essentiel pour réduire les conséquences néfastes du deuil



F84a

IRC terminale (HD 2x/sem), anémie, pancytopénie, possible SMD, HTA, IC (FEVG préservée), PAR, HyperPTH (s/p PTX), OP, goutte, probable TNCM

Aucune allergie

P 34 kg Créat 394 DFG_e 9

Admise: pneumonie et épanchement pleural, compliqué par délirium.

Une fois le délirium résolu et la pneumonie traitée. Patiente refuse toujours de manger, et demande l'arrêt de la dialyse

Consultation en soins pall: rencontre familiale: décision soins de confort + arrêt de dialyse.



Rx domicile

- Étarnercept 50 mg SC q sem
- Calcium carbonate 500 mg po BID
- Vitamine D 10 000 unités q sem
- Allopurinol 100 mg po DIE
- Laxaday 17 g po DIE
- Sennoside 8,7 mg po HSPRN
- Oxazépam 15 mg po HS PRN

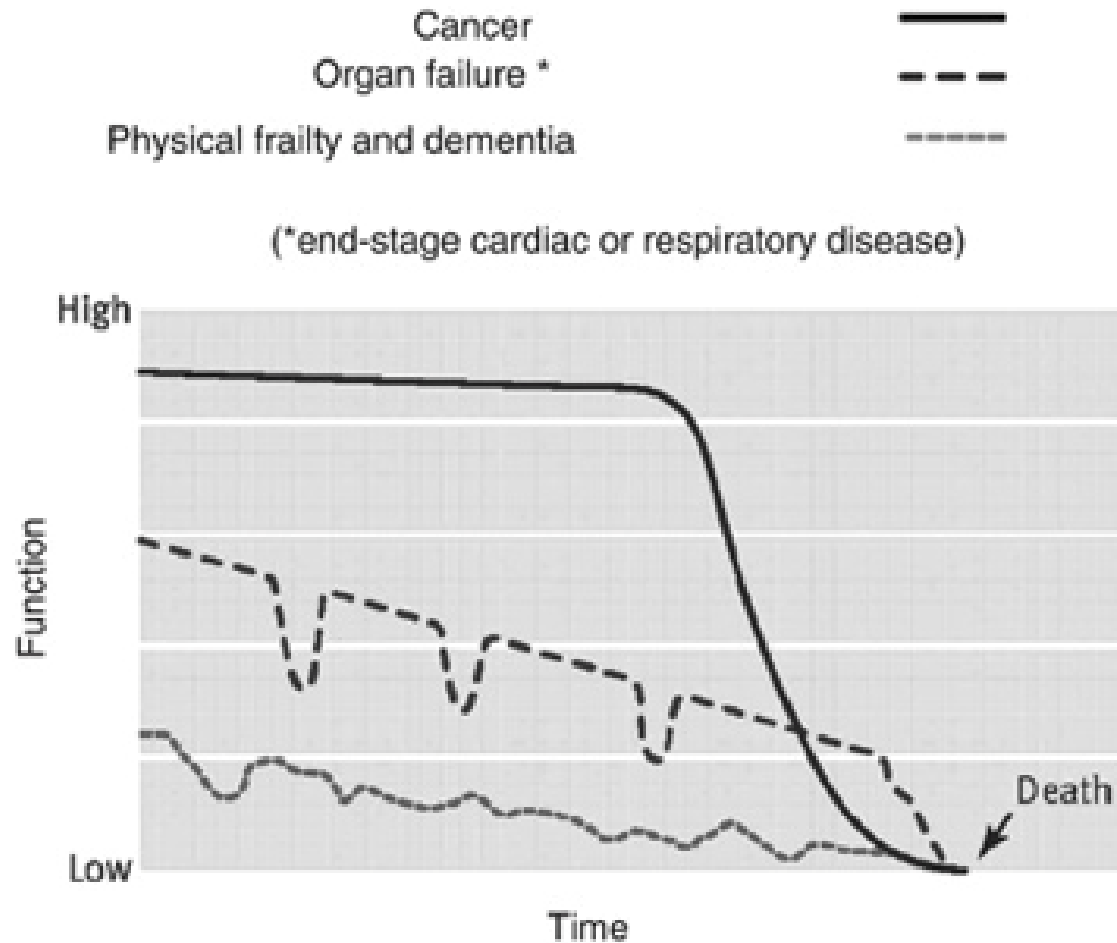
Symptômes

- Dlr abdominale d'étiologie X
- Anorexie

Les patients en IRT ont des besoins en soins palliatifs non comblés

- Les patients atteints d'IRC avancée et d'IRT présentent des symptômes aussi lourds que ceux ayant un cancer avancé.
- Les données probantes suggèrent que la gestion des symptômes est une priorité absolue pour les patients, et les néphrologistes ont tendance à sous-estimer la prévalence des symptômes.
- Les patients dialysés sont plus susceptibles d'être hospitalisés et moins susceptibles de recevoir des soins palliatifs en fin de vie que les patients atteints de cancer.

Trajectoires



Source : Murtagh 2011

- IRT sans dialyse conservent une capacité fonctionnelle relativement constante jusqu'aux un à deux derniers mois de vie, puis subissent une forte diminution.
- IRT sous dialyse ont une évolution similaire à celle d'autres maladies chroniques

Des soins palliatifs pour qui ?

Insuffisance rénale terminale

- Traitement conservateur
 - Survie à 1an : 70,6 %
- Dialysé avec une mauvaise qualité de vie
- Arrêt de dialyse
 - Survie sans fonction rénale résiduelle : 8 à 10 jours.

Posez-vous la question surprise :
Seriez-vous surpris si ce patient décédait
au cours de la prochaine année?

Présentation clinique IRT

En moyenne un patient présente 12 à 13 symptômes d'intensité modérée à sévère

- 71 % fatigue
- 55 % prurit
- 49 % anorexie
- 47 % douleur
- 44 % insomnie
- 38 % anxiété
- 35 % dyspnée
- 33 % nausée
- 30 % syndrome des jambes sans repos

ESAS-r

- Outil clinique validé
- Complété par le patient/membre de la famille
- Symptômes spécifiques à la version rénale
 - **Prurit**
 - **Insomnie**
 - **SJSR**

Edmonton Symptom Assessment System Revised Renal (ESAS-r: Renal)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
No Tiredness <i>(Tiredness = lack of energy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness <i>(Drowsiness = feeling sleepy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetite
No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breath
No Depression <i>(Depression = feeling sad)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
No Anxiety <i>(Anxiety = feeling nervous)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing <i>(Wellbeing = how you feel overall)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
No Itching	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Itching
No Problem Sleeping	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Problem Sleeping
No Restless Legs	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Restless Legs
No _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible _____

Douleur et IRT

Douleur

- 50% des patients IRT rapportent avoir de la douleur chronique
 - 1/2 d'intensité modérée à sévère
- Augmentation ad 73% durant le dernier mois de vie
- Chez les patients avec une maladie avancée et une douleur modérée à sévère → Opioides 1^e choix de traitement.

Évaluation de la douleur

Table 2. The “PQRST” approach to evaluating pain (11)

Components of the Assessment	Questions to Explore
P=Provokes and palliates Q=Quality	What causes the pain? What makes the pain better or worse? What does the pain feel like? Is it sharp? Dull? Stabbing? Burning? Crushing?
R=Region and radiation	Where is the pain located? Is it confined to one place? Does the pain radiate? If so, where to?
S=Severity T=Time (or Temporal)	How severe is the pain? When did the pain start? Is it present all of the time? Are you pain-free at night or during the day? Are you pain-free on movement?

Chronicité

- Dlr aiguë (< 3 mois): tx des causes sous-jacentes
- Chronique: Souvent associée détresse psychologique, insomnie et diminution de la QdV
 - Nécessite une prise en charge multimodale (physiothérapie, psychothérapie, médicaments, infiltration)
- Récurrente: insertion de l’aiguille dans la fistule artérioveineuse, céphalées ou crampes durant la dialyse, ischémie d’un membre 2e à l’accès de dialyse/syndrome de vol

Type

- Nociceptive
- Neuropathique
- Mixte: dlr ischémique, calciphylaxie

Les cinq principes de la gestion de la douleur en IRC avancée

- Débuter par la voie PO (+ sécuritaire)
- Dlr constante = administration régulière des analgésiques
- Selon les paliers de l'OMS : des non-opioïdes aux opioïdes faibles puis forts.
- Ajustement selon le pt : La « bonne » dose d'un opioïde fort est celle qui soulage la douleur sans effets secondaires intolérables.
- La douleur évolue dans le temps, donc une réévaluation continue est nécessaire.



Arrêt de la dialyse depuis 1 mois
Se plaint de douleur abdominale
accompagnée de méléna non
investigué.

L'hydromorphone est titrée ad 2
mg SC/jr sur plusieurs jours.

Des myoclonies, des
hallucinations et de la
somnolence apparaissent suivant
l'introduction de l'hydromorphone.

Que se passe-t-il?

**Quelle option de traitement
avons-nous?**

.

Traitement de la douleur nociceptive en contexte d'IRT

- Acétaminophène
- AINS topique
- AINS PO : Éviter, tx à court terme pourrait être considéré chez pt HD
- Opiïdes à éviter: **codéine, tramadol, tapentadol, morphine, oxycodone et hydrocodone, mépéridine.**
- Opiïdes recommandés: **hydromorphone, fentanyl, méthadone et buprénorphine.**

Recommandations basées sur des avis d'expert. Avons-nous des données probantes?

Journal of Palliative Medicine
Volume 19, Number 11, 2016
© 2016, Mary Ann Liebert, Inc.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0101>

Mary Ann Liebert, Inc.  publishers

Original Article

Evidence for Neurotoxicity Due to Morphine or Hydromorphone Use in Renal Impairment: A Systematic Review

Kathleen A. Lee, MD¹, Niharika Ganta, MD, MPH², Jay R. Horton, PhD, ACHPN³, and Emily Chai, MD³

Support Care Cancer (2017) 25:661–675
DOI 10.1007/s00520-016-3447-0



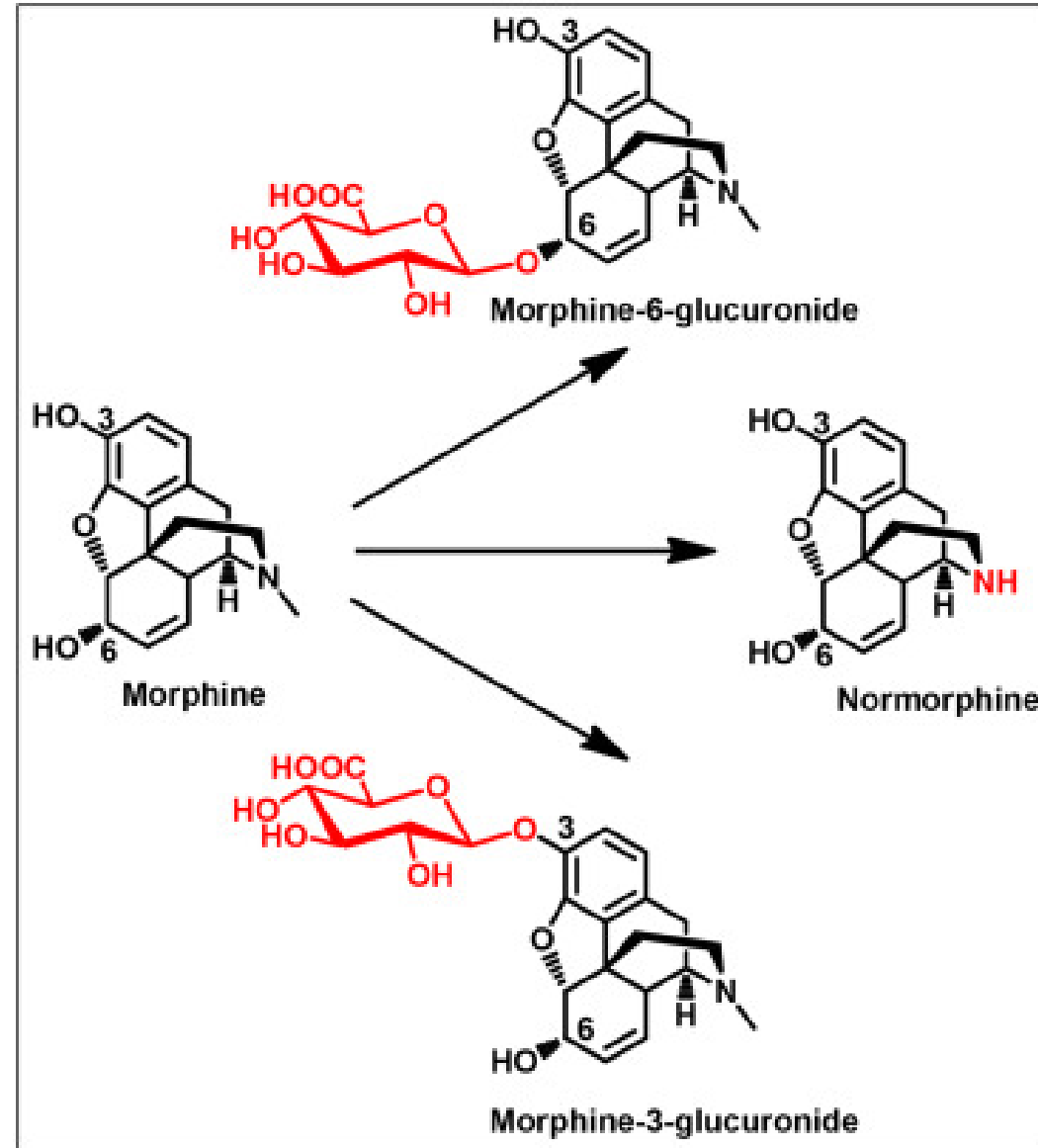
REVIEW ARTICLE

The use of opioids in cancer patients with renal impairment—a systematic review

Tonje A. Sande^{1,2} • Barry J. A. Laird¹ • Marie T. Fallon¹

Morphine

- **Morphine-3-glucuronide**
 - Agitation centrale
 - Hallucinations
 - Myoclonies
 - Convulsions
 - Coma
 - Hyperalgésie
- **Morphine-6-glucuronide**
 - Analgésique
 - Sédation



Davison 2019

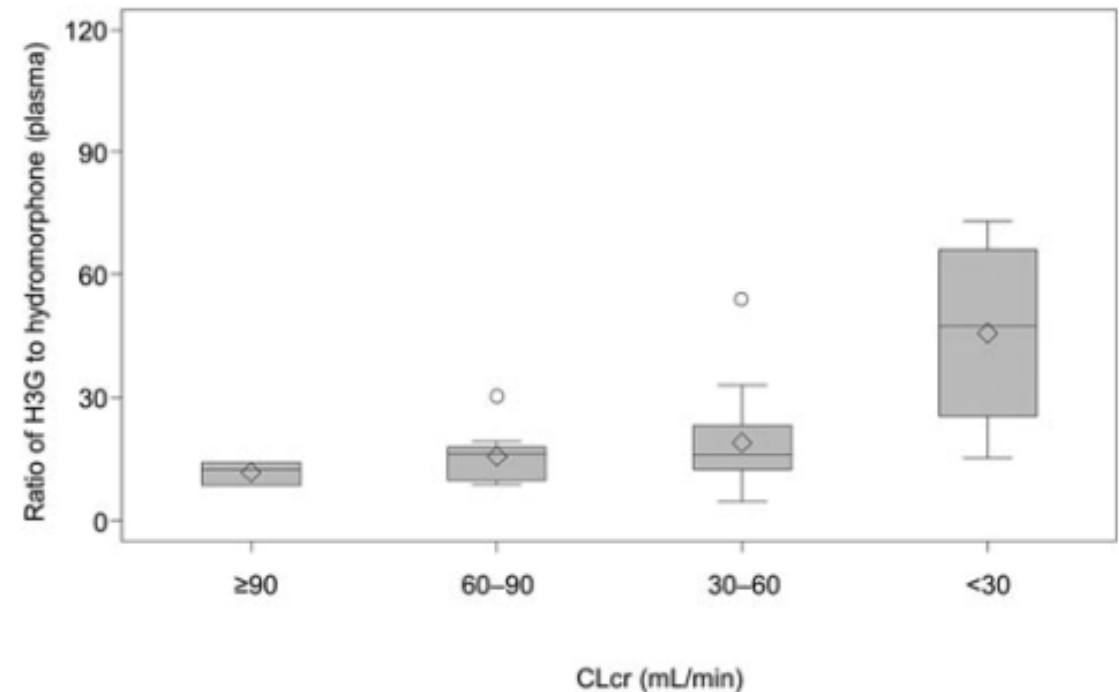
BullCancer2018;105:1052–1073

Morphine

- La majorité des études ont mesuré une accumulation des M-3-G et M-6-G en IR.
- Plusieurs études ont évalué si l'accumulation de ces métabolites en présence d'IR était associée à divers effets neurotoxiques comme les troubles cognitifs, ou les myoclonies.
- Les résultats sont conflictuels, certaines études rapportent une association, mais plusieurs ne démontrent pas d'augmentation des effets indésirables en présence d'IR.
- Est-ce que la morphine a simplement mauvaise réputation en IR?

Hydromorphone

- Métabolite neuroexcitateur : **hydromorphone-3-glucuronide (H-3-G)**
- La clairance de l'hydromorphone est réduite de 50 % chez les patients avec une insuffisance rénale modérée à sévère.
- Exposition au H-3-G est augmentée en présence d'IR
- Résultats contradictoires dans les études entre la présence d'IR et l'augmentation des effets indésirables (incluant les symptômes de neurotoxicité)



Nakatani 2023
Sande 2017
Lee 2016

Pourquoi tant de résultats contradictoires ?

Neurotoxicité induite par les opioïdes

- Troubles cognitifs, delirium, hallucination, allodynie, hyperalgésie, agitation, myoclonies, convulsion
- Aucune définition standardisée
- FR
 - **haute dose**
 - **administration prolongée**
 - **IR**

Sur la base de **données probantes limitées**, de données pharmacocinétiques et des recommandations actuelles des experts, les cliniciens en soins palliatifs peuvent envisager une utilisation prudente de la morphine et de l'hydromorphone en cas d'insuffisance rénale légère à modérée, **en surveillant étroitement les effets neurotoxiques**, notamment lors de l'utilisation de doses élevées d'opioïdes sur une durée prolongée. Chez les patients présentant une **insuffisance rénale sévère** et/ou sous hémodialyse, **le risque** de tels effets indésirables **est probablement plus élevé avec la morphine ou l'hydromorphone**.

Conclusion de Lee et col.



Présente probablement une neurotoxicité induite par l'hydromorphone.

Rx : cesser ancienne perfusion
PSCC fentanyl 125 mcg ds 100
ml NS à perfuser sur 24
heures.

Suivant la rotation au fentanyl,
on observe une diminution
des myoclonies et des
hallucinations.

Fentanyl et IRT

- Absence de métabolite actif
- Considéré comme l'un des opioïdes les plus sécuritaires en IRT
- Plusieurs références recommandent une diminution des doses de fentanyl et s'inquiètent d'une possible accumulation en IR.
- Cependant niveau de preuve de très faible qualité

Fentanyl transdermique

- État d'équilibre atteint après 6 jours
- Grande variabilité interindividuelle de la biodisponibilité
 - F: 92% [57% à 146%]
 - Âge
 - Cancer
 - Masse grasseuse
 - Protéines plasmatiques
- Contexte de soins de fin de vie
 - Diminution de l'absorption : cachectique et diminution de la circulation périphérique
 - Augmentation de l'absorption en présence de fièvre

Les + et - d'une PSCC de fentanyl (vs un timbre)

Avantages

- Augmentation rapide de l'analgésie en douleur aiguë
- Possibilité de titrer la dose q 24 h versus q 3-7 jrs avec le timbre
- En FdV (diminution de la circulation périphérique)

Désavantages

- Dose limitée par volume SC
- Plus coûteux
- Enseignement/ soutien professionnel nécessaire

Le fentanyl en perfusion sous-cutané continue (PSCC)

1mg morphine SC = 15mcg fentanyl SC

Indications du fentanyl

- Échec ou neurotoxicité aux opioïdes
- IRC
- Allergie aux opioïdes
- Ajustement rapide fentanyl TD

Attention ! Diminuer la dose de fentanyl prescrite si:

- Inhibiteur du 3A4 prescrit
- Insuffisance hépatique et cardiaque
- Âge avancé / frêle
- Comorbidités

Commencer une PSCC de fentanyl

- 1) Établir la dose équianalgésique avec un ratio de [1mg morphine SC = 15mcg fentanyl SC]
Ex. morphine 5mg PO q4h reg = 30mg PO / 24h
= 15mg SC / 24h
→ 225 mcg/ 24h de fentanyl en PSCC
- 2) Débuter la PSCC:
 - En même temps que la dernière dose opioïde CA
 - 6-9h après la dernière dose d'opioïde LA
 - 4 à 8h après le retrait du fentanyl TD
- 3) Prescrire des entredoses (**ED = débit horaire**)
Ex. perf F 225mcg/ 24h (≈10mcg/h) → ED de fentanyl 10mcg SC q30-60min PRN

Conversion fentanyl TD ↔ PSCC

Ratio de conversion: [1:1]*

* Diminuer la dose PSCC chez patient à risque d'exposition augmentée (encadrée rouge)

Conversion fentanyl PSCC → TD

Appliquer timbre et cesser PSCC

Bolus de fentanyl:

Pic d'action SC ≈ 30 min

Durée d'action SC: 1 à 2h

Légende : PO : par la bouche, SC : sous-cutanée, PSCC : perfusion sous-cutanée continue, TD : transdermique, CA : courte action, LA : longue action ED : entredose PRN : au besoin

Nausée et vomissement en IRT

Nausée et vomissement en IRT

Souvent multifactorielle

- Urémie
- Médicamenteux
- Gastroparésie (2r médicaments et/ou diabète)
 - N/V postprandial, ballonnements, satiété précoce, flatulence, hoquet, RGO
- Nausée secondaire à une gastrite
- Constipation qui peut exacerber N/V

Médicaments émétisants

- Chimiothérapie
- Opioïdes, tramadol
- AINS, ASA
- Digoxine
- Fer, potassium
- Antibiotiques, théophylline,
- Antidépresseurs: ISRS, bupropion
- Anticonvulsivant, anesthésique, COC
- Sevrage (opioïdes, BZD, antidépresseurs)

Principes de traitement

- Traitement des causes réversibles
 - Hydratation
 - Correction des désordres électrolytiques
 - Choix de l'antiémétique
 - **Selon étiologie** : déterminer cause plus probable et cibler les récepteurs impliqués
 - **Empirique**
- 
- À moduler selon le pronostic et les souhaits du patient

Cependant, la cause des nausées à un stade avancé de la maladie est souvent multifactorielle ou peu claire, et de nombreux types de récepteurs sont impliqués.

N&V secondaires aux opioïdes

- Initiation et lors ↑ dose
- Tolérance à l'effet 5 à 7 jours

Prise en charge

- Débuter l'opioïde à petite dose
- Prévenir la constipation
- Rotation d'opioïde
- Changement de voie d'administration PO -> SC

Nom	Antagonistes	Posologie	Commentaires
Antipsychotique de 1 ^{er} génération			
Halopéridol (Haldol)	D2 +++ 5-HT ₃ +/-	0,5 à 1,5 mg PO/SC HS ou PSCC 0,5 à 1,5 PO/SC q2h PRN	• Aucun ajustement en IR • Bonne réponse à faible dose • Peu sédatif, SEP • Prolongation QT (haute dose IV)
Antagoniste dopaminergique			
Métoclopramide (Maxeran)	D2 ++ 5-HT ₃ + 5-HT ₄ ++ (agoniste)	5 à 10 mg PO/SC q 4h PRN Ad 100 mg/jr Clcr 11 à 60 ml/min: 5 mg PO q 4 h PRN (50% dose/jr) Clcr 10 ml/min et moins: 2,5 mg PO/SC q4h PRN (33% dose/jr)	• SEP incluant akathisie, dyskinésie tardive, sx parkinsonien • Toxicité sérotoninergique • Éviter utilisation à long terme ou chez pt ayant ATCD SEP

Adapté tableau 9,7 Nausée et vomissements dans Guide pratique des soins palliatifs 5^e édition
Et Tableau 8.2.2 Nausea and Vomiting in Oxford Textbook of Palliative Medicine 6^e
Lexidrug Monograph

Nom	Antagonistes	Posologie	Commentaires
Antagoniste sérotoninergique			
Ondansétron (Zofran)	5-HT ₃ +++	4-8 mg PO/SC BID-TID 16-24 mg/24h PSCC	- Aucun ajustement en IR - Efficacité démontrée en nausée 2^r chimio et RT - Céphalée, étourdissement, somnolence, constipation - Prolongation QT
Autres traitements			
Mirtazaprine (Remeron)	5-HT ₃ +++	7,5- 15 mg po HS	- Ajustement eGFR < 30 ml/min/1.73 m²: initier à 7,5 à 15 mg/jr, lente titration, Élimination 75% ds les urines. - Sédation - Prise de poids, stimule l'appétit

Adapté tableau 9,7 Nausée et vomissements dans Guide pratique des soins palliatifs 5^e édition
Et Tableau 8.2.2 Nausea and Vomiting in Oxford Textbook of Palliative Medicine 6^e
Lexidrug Monograph



Depuis son admission, la patiente se plaint de prurit au bas du dos.

Crème de camphre et mentol QID PRN, est appliquée au bas du dos environ 2 fois par jour.

La mirtazapine a été introduite à 7,5 mg et augmentée à 15 mg depuis 1 semaine dans le but de réduire les démangeaisons et améliorer le sommeil.

Malgré les traitements ajoutés, le prurit reste une plainte quotidienne de la patiente.

Que devrions-nous faire?

Prurit en IRT

Prurit urémique

Pathophysiologie incertaine mais étiologie probablement multifactorielle

- Prurit est médié par des fibres C non nociceptives
- Mécanisme neuropathique a/n SN central
- Inflammation cutanée et/ou systémique
- Activation des récepteurs opioïdes
- Récepteurs à l'histamine sensibilise les fibres C

Affecte le sommeil, l'humeur et le fonctionnement

Prurit urémique

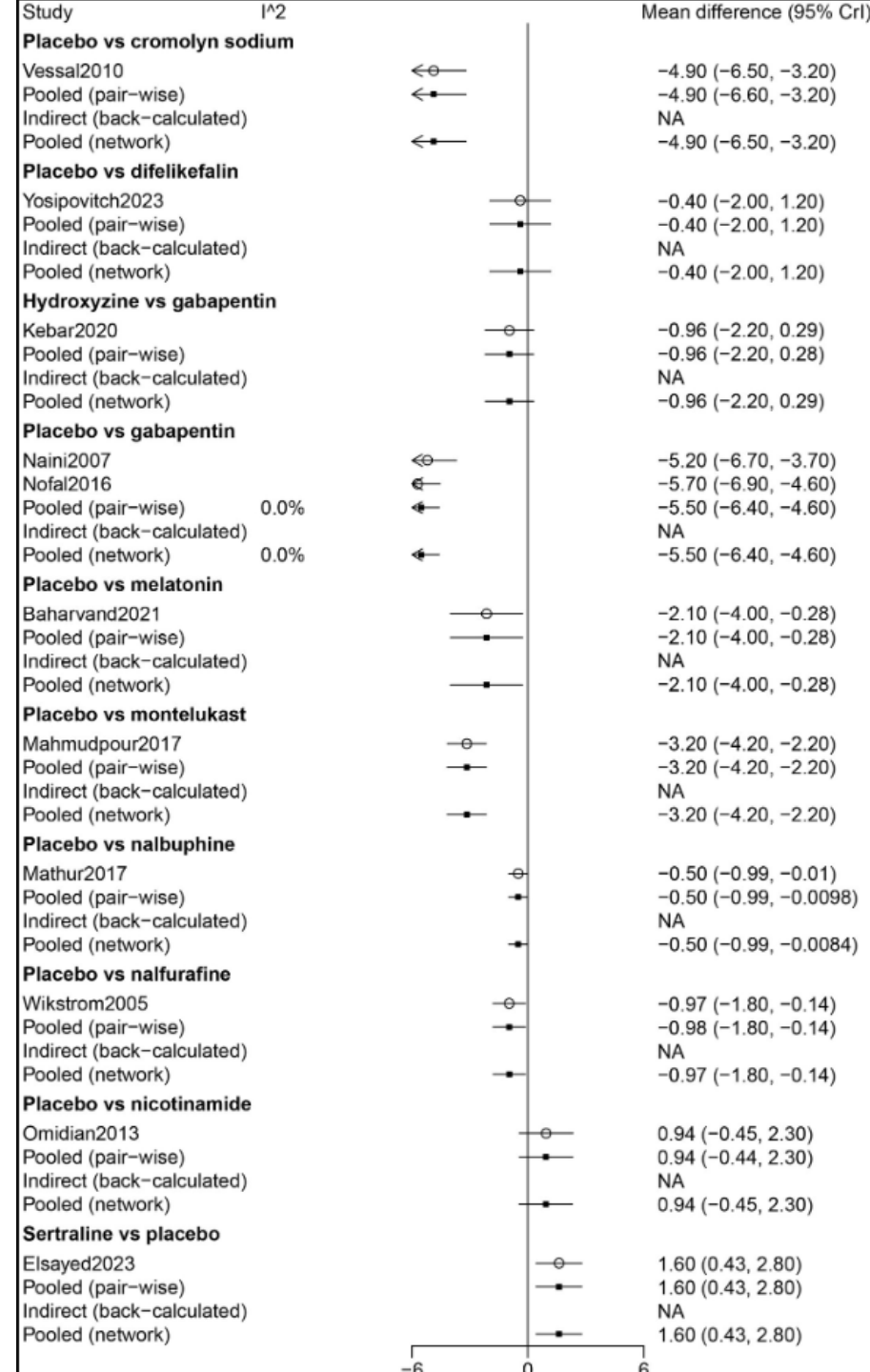
- Généralisé ou localisé au dos et/ou avant-bras
 - Optimiser le traitement rénal
 - Chélateur de phosphate
 - Calcimimétique
-
- MNP : garder les ongles courts et vêtements légers

Gabapentinoïdes

1^e choix

- Études chez pt ss HD
- Gabapentinoïdes > placebo, doxépine, ondansetron
- Gabapentin = hydroxyzine
- Doses :
 - Gabapentin 100 mg à 300 mg 3x/sem post HD ou 100 mg po HS
 - Prégabaline 50 mg 3x/sem post HD ad 50 mg po HS
- Début d'action 1 sem
- EI : somnolence et étourdissement

Simonsen 2017
Zhao 2023



Prurit urémique

Études positives chez pt ss HD

- Montelukast 10 mg po DIE
- Sertraline 50 mg po BID
- Cholestyramine 5 g po BID
- Lotion pramoxine 1% app BID
- Capsaïcine 0,025% app QID

En pratique

- Si xérose : crème hydratante
- crème camphre 0,5 %+ menthol 0,5% appliquer sur les régions de prurit régulièrement et PRN
- Mirtazapine 7,5 à 15 mg po HS
- Ondansétron 4 mg SC/PO DIE à BID
- Antihistaminique (cétirizine)

Qu'est-ce que la déprescription?

- Processus complexe nécessaire à la cessation sûre et efficace des médicaments inappropriés
- IRC : Moyenne de 12 médicaments/pt et 5,37 médicaments potentiellement inappropriés
- Médicaments inappropriés en soins palliatifs
 - Sans indication
 - Non efficace
 - Délai d'action dépasse l'espérance de vie
 - Ajustements selon le poids, IR, IH

Battistella 2025
McNeill 2021
Lindsay 2015

Révision des traitements en soins de confort

- Selon le pronostic
- Nécessite une communication efficace et une prise de décision partagée et **le respect des souhaits et des convictions personnelles du patient et de sa famille est essentiel.**
 - Éviter la perception que l'arrêt des traitements = raccourcir la vie
 - Perte de confiance en l'équipe traitante.
- Analyse des risques et des bénéfices pour chaque médication selon l'indication et l'état du patient
- Potentiel de symptôme de sevrage

STOPMed-HD

- Groupe de pharmaciens/neurologue de Toronto
- Développement et validation de 9 algorithmes de déprescription pour des patients en HD
- Sujets à aborder avec les patients en IRC
 - Déclin de la fonction rénale = ajustement de certains médicaments
 - Peu de données probantes sur l'utilisation de certains médicaments en HD
 - Risque d'EI additif et de cascade médicamenteuse
 - Les objectifs de traitement changent avec le déclin de la fonction rénale.

Hypolipémifiants

Statines, ezetimibe, fibrates, niacine, oméga 3

- Prévention primaire: arrêt lors d'une espérance de vie < 5 ans
- Prévention secondaire: arrêt lors d'une espérance de vie < 1 an

Pourquoi

- Délai d'action de 2 ans en prévention primaire
- Bénéfices diminuent avec l'âge
- Cessation associée avec une amélioration de la QdV et une réduction des coûts sans augmentation de la mortalité.

Curtin 2021

RUSHGQ Dyslipidémie

Kutner 2015

Antihypertenseurs

IECA, ARA, BCC, BB

- Désintensification du traitement
- Accepte des TAS ad 160 mmHg
- Évite les HTA symptomatiques
- Suivi SV au moins 1 x par semaine

Pourquoi

- Bénéfices à long terme pour la prévention MCV
- Diminution des effets indésirables comme la fatigue, vertiges, chutes, syncope

Curtin 2021

Lindsay 2015

RUSHGQ Antihypertenseurs

Anticoagulants et antiplaquettaires

- FA et TVP: continuer ad NPO ou saignement
- Thromboprophylaxie ou prophylaxie primaire: arrêt
- Ajustement pour le poids et IR

Pourquoi:

- Chez les patients FA à haut risque, 1/10 présenteront un AVC dans l'année sans anticoagulation
- Diminution des bénéfices en fdv
- Augmentation du risque de saignement en fdv

Cardiologie

Déprescription chez les patients avec effets indésirables

FA

- Maintenir le plus longtemps possible BB, BCC, Digoxine
- Réduire les doses pour minimiser effets indésirables, vise FC < 100 bpm

Insuffisance cardiaque

- Maintenir le plus longtemps possible diurétique (furosémide – métolazone ou HCTZ)
- FEVG < 40% : maintenir le plus longtemps possible IECA/ARA/ARNI

Pourquoi

- Diminution graduelle des doses, permet de diminuer l'hypotension, la fatigue, les étourdissements et la sensation de faiblesse.
- Le maintien de certains médicaments permet le contrôle des symptômes.

Hypoglycémiants

Metformine, glyburide, GLP-1, SGLT2 insulines

- Désintensification du traitement
- Viser glycémie < 15 à 20 mmol/L
- Ajustement en IR

Pourquoi:

- Complications à court terme > bénéfices à long terme
- Éviter les symptômes d'hyperglycémie
- Éviter les hypoglycémies

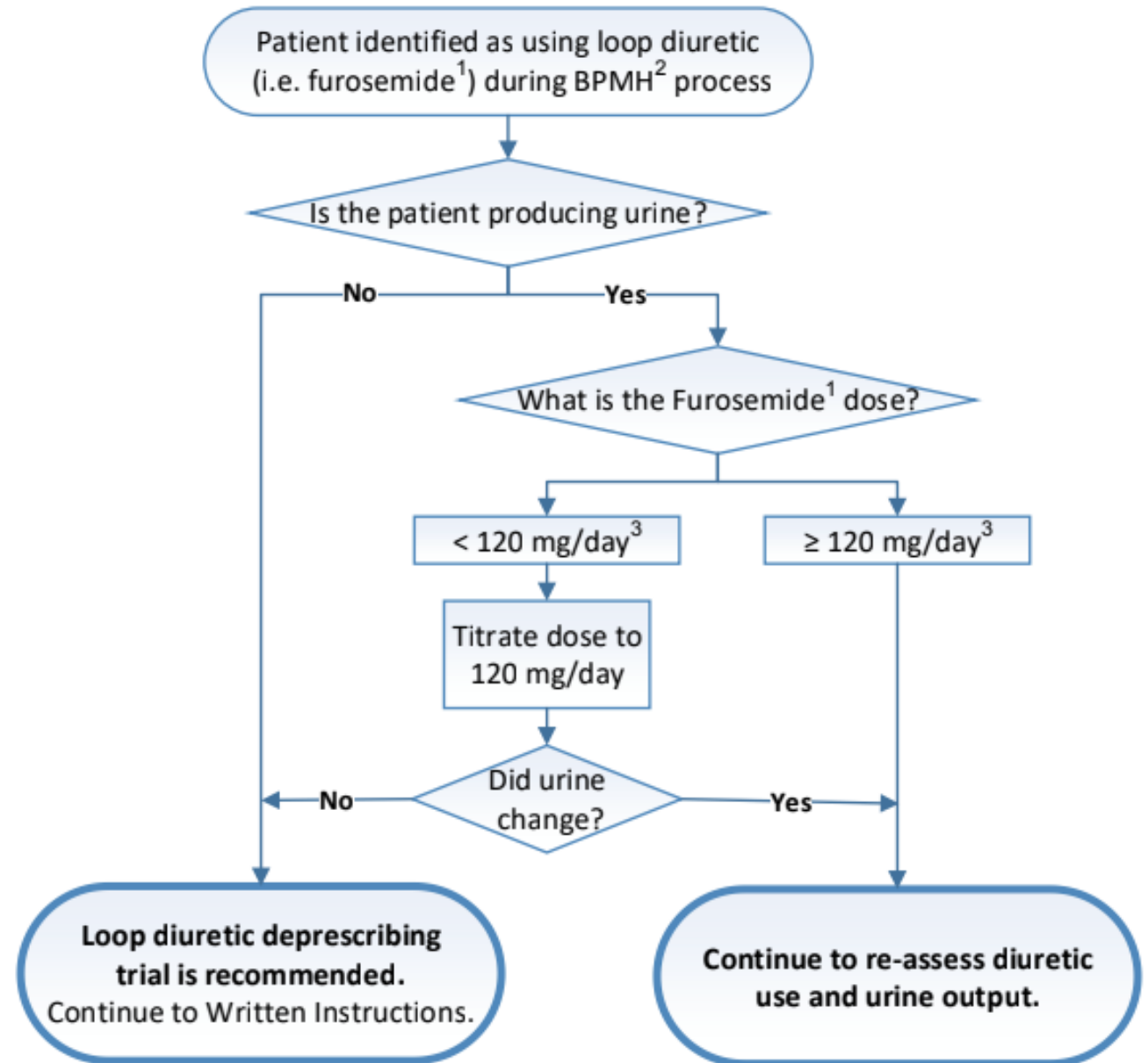
Bloqueur alpha 1 adrénergique

Tamsulosine, Alfuzosine, Terazosin, Doxazosin

- HBP
- IRT: Arrêt chez les patients anuriques (Diurèse < 250 ml/jr)
- Chez les patients avec sonde urinaire: arrêt

Diurétique de l'anse

Hémodialyse



Système urinaire

Hypertrophie bénigne de la prostate

Finastéride, Dutastéride

- Chez les patients avec sonde urinaire: arrêt

Incontinence et vessie hyperactive

Oxybutynine, Toltérodine, Solifénacine, Trospium, Fésotérodine, Mirabegron

- Chez les patients avec incontinence urinaire persistante et irréversible : arrêt
- Exception chez patient qui a des douleurs secondaires à une hyperactivité du détrusor

Divers

Vitamines, Acide folique, Fer, suppléments nutritionnels

- Arrêt

Antibiotiques PO

- Si bénéfiques symptomatiques et espérance de vie assez longue
- Prophylaxie PPJ arrêtée

Traitements IRT

Érythropoïétine

- Certains avis d'expert recommandent de continuer
- Anémie cause beaucoup de fatigue/asthénie
- À nuancer versus capacité anabolique réduite en fdv

Chélateur phosphate et calcimimétique

- Certains avis d'expert recommandent de cesser si espérance de vie < 3 mois
- Nous les continuons à moins de CI (ex. hypercalcémie)
- Cesser à la demande du pt ou si alimentation réduite

Voies alternatives

Dysphagie sévère = voie PO inappropriée

Causes

- Faiblesse généralisée en fin de vie
- Incapacité à ingérer calories/fluides
- Composante neurologique (maladie dégénérative)
- Composante mécanique (dysphagie)
- Désordres métaboliques (hyperCa⁺⁺)
- Altération de l'état de conscience
- N/V, obstruction intestinale

Voie PO inappropriée

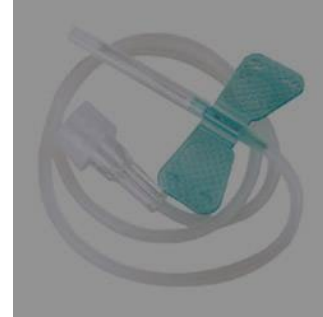
Alternatives

- Voie sous-cutanée
- Voie bucco-gingivale
- Voie intrarectale
 - Peu acceptable pour certain pt

Voie sous-cutanée

Papillon

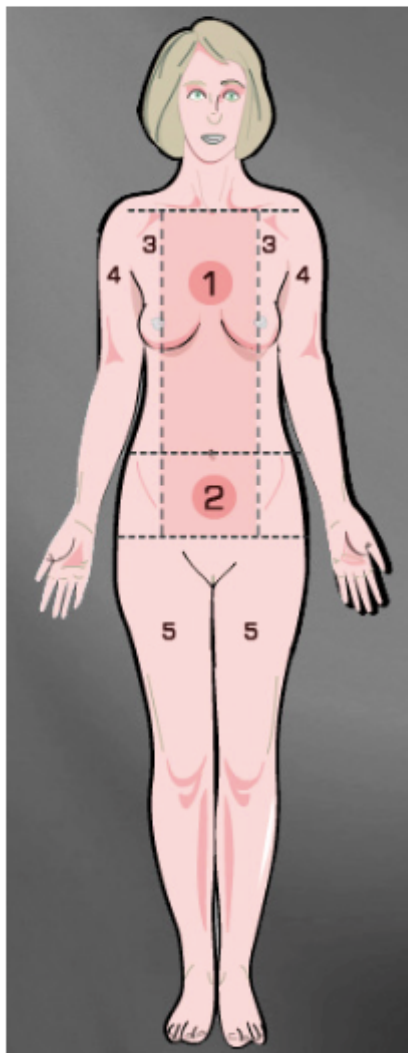
- Espace mort de 0,3 mL
- 1 médicament (une même concentration) par papillon
- Confort
- Changer q 7 jrs ou si induration/rougeur



Voie sous-cutanée

Volume : moins de 2,5 ml pour les injections intermittentes
Idéalement moins de 1 ml

Sites d'injection et temps estimé du début d'action de la médication injectée par voie sous-cutanée selon les sites (5 zones) [1, 19, 20]



Zone 1

Offre une plus grande rapidité d'absorption (de 5 à 10 minutes), un confort accru pour le patient ainsi qu'un accès facile pour ceux qui administrent les injections sous-cutanées

Zone 2 (Abdomen inférieur)

Est un 2^e choix (de 10 à 15 minutes)

Zone 3 (Thorax, à l'extérieur de la ligne des seins)

Entraîne un retard d'absorption en raison du passage de la médication par le réseau lymphatique axillaire (environ 20 minutes)

Zones 4 et 5

L'absorption aux zones 4 et 5 (membres) est plus lente et peut donc retarder de façon significative le début d'action des médicaments injectés (plus de 20 minutes)

Opioïdes sous-cutanés

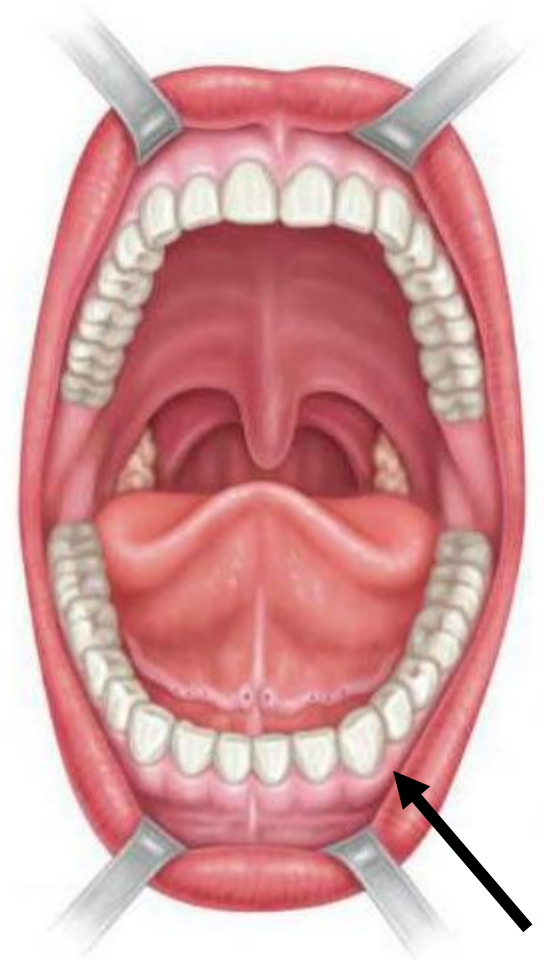
- Début d'action
 - 10 à 20 min
- Pic d'action
 - 30 à 60 min
- Durée d'action
 - Varie de 3 à 6h
- Fréquence d'administration
 - Chaque 4 heures régulièrement
- Passage voie orale à SC
 - 50% de la dose orale
 - Certaines références ratio de 1/3

Médicaments administrés par voie SC

Voie PO	Voie SC
Pantoprazole	Famotidine ou Ranitidine SC • RGO symptomatique ou HDH récente
Furosémide	Furosémide SC (ratio de 2 PO : 1 SC) Volume limitant, concentration de 10 mg/ml Installons parfois plusieurs papillons max 2 ml par injection. PSCC: dans 100 ml de NS à perfuser sur 24h (max 4mg/ml)
Corticostéroïdes	Dexaméthasone (0,75 mg de dexa = 5 mg de prednisone) Horaire d'administration (AM+ Midi)
Benzodiazépines	Mldazolam SC (agit très rapidement mais durée d'action environ 2h) Lorazépam SC

Voie buccogingivale (transmuqueuse)

- Déposer le médicament dans le cul-de-sac situé entre la muqueuse jugale et la gencive
- Au niveau des canines
- Avantageux chez les patients inconscients
 - Diminution du risque d'aspiration
- Viser un volume $< 0,5$ ml
- Comprimé non enrobé écrasé avec un peu d'eau
- Méthadone 10 mg/ml ou 50 mg/ml en fdv





Questions ?

sarah.girard.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

CREDITS: This presentation template was created by
Slidesgo, including icons by **Flaticon** and infographics &
images by **Freepik**

Please keep this slide for attribution

Références

- Crawford. G.B. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. 2021
- McNeill R, Hanger HC, Chieng J, Chin P. Polypharmacy in Palliative Care: Two Deprescribing Tools Compared with a Clinical Review. *J Palliat Med*. 2021;24(5):661-667
- Todd A, Nazar H, Pearson S, et al.: Inappropriate prescribing in patients accessing specialist palliative day care services. *Int J Clin Pharm* 2014;36:535–543.
- Lindsay, J., Dooley, M., Martin, J. et al. The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the ‘OncPal deprescribing guideline’. *Support Care Cancer* 23, 71–78 (2015).
- Crawford. G.B. Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. 2021
- Curtin D, Gallagher P, O'Mahony D. Deprescribing in older people approaching end-of-life: development and validation of STOPPFrail version 2. *Age Ageing*. 2021;50(2):465-471.
- RUSHGQ Gestion des dyslipidémies en UCDG 2022 disponible: https://rushgq.org/wp-content/uploads/2022/08/Annexe_1_Fiche_RUSHGQ_dyslipidemies_29aout2022.pdf
- Kutner JS, Blatchford PJ, Taylor DH, et al. Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life-limiting illness: a randomized clinical trial *JAMA Intern Med*. 2015 May;175(5):869
- Soins palliatifs en cardiologie: comment s’y retrouver ? Une approche simplifiée. M. Lacroix, J. Sirois Présentation ICM novembre 2020

Références

- Davison SN. Clinical Pharmacology Considerations in Pain Management in Patients with Advanced Kidney Failure. Clin J Am Soc Nephrol. 2019 Jun 7;14(6):917-931.
- Cohen LM, Ruthazer R, Moss AH, Germain MJ. Predicting six-month mortality for patients who are on maintenance hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2010 Jan;5(1):72-9. doi: 10.2215/CJN.03860609. Epub 2009 Dec 3. PMID: 19965531; PMCID: PMC2801643
- Bansal AD, Leonberg-Yoo A, Schell JO, Scherer JS, Jones CA. Ten Tips Nephrologists Wish the Palliative Care Team Knew About Caring for Patients with Kidney Disease. J Palliat Med. 2018 Apr;21(4):546-551. doi: 10.1089/jpm.2018.0087. PMID: 29596042.
- Murtagh FE, Addington-Hall JM, Donohoe P, Higginson IJ. Symptom management in patients with established renal failure managed without dialysis. *EDTNA ERCA J*. 2006;32(2):93-98.
- Fentanyl. Dans : Lexicomp 2024. Ohio: Wolters Kluwer UpToDate;2024. [en ligne] (site visité le 26 mars 2024).
- Murtagh 15.7 End-stage kidney disease in Oxford Textbook of Palliative Medicine 16th edition, 2024

Références

- Koncicki HM, Unruh M, Schell JO. Pain Management in CKD: A Guide for Nephrology Providers. *Am J Kidney Dis*. 2017;69(3):451-460.
- Murtagh FE, Addington-Hall JM, Higginson IJ. End-stage renal disease: a new trajectory of functional decline in the last year of life. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(2):304-308. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03248.x
- Lee KA, Ganta N, Horton JR, Chai E. Evidence for Neurotoxicity Due to Morphine or Hydromorphone Use in Renal Impairment: A Systematic Review. *J Palliat Med*. 2016;19(11):1179-1187. doi:10.1089/jpm.2016.0101
- Nakatani T, Shiosakai K, Hashimoto T, et al. Steady-State Pharmacokinetics of Intravenous Hydromorphone in Japanese Patients With Renal Impairment and Cancer Pain. *J Palliat Med*. 2023;26(6):768-775. doi:10.1089/jpm.2022.0289
- Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2007 Jan;14(1):82-99. doi: 10.1053/j.ackd.2006.10.001. PMID: 17200048.
- Marisa Battistella, Jo-Anne Wilson, Angelina Abbaticchio, Patrick Gee, Rasheeda Hall, Deprescribing in chronic kidney disease: An essential component of comprehensive medication management, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 82, Issue 12, 15 June 2025, Pages 745–752, <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaf051>
- Berteau, Rouleau Chapitre 2 Guide pratique des soins palliatifs APES 5e edition
- Harlos 19.1 The terminal phase. Oxford textbook 4^e ed.
- Simonsen E, Komenda P, Lerner B, et al. Treatment of Uremic Pruritus: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis*. 2017;70(5):638-655. doi:10.1053/j.ajkd.2017.05.018.
- Zhao X, Sun H, Li W. Comparative efficacy of interventions for uremic pruritus: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1334944. doi:10.3389/fmed.2024.1334944.