

Les soins palliatifs en cardiologie: comprendre pour mieux intervenir



Anie Brisebois, inf., M.Sc., chef de l'unité de médecine cardiaque
Martine Lacroix, B.Pharm, M.Sc., pharmacienne clinicienne
Émilie Lacharité St-Louis, inf., B.Sc., conseillère en soins palliatifs

ICM-01-01-2012-08



Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

**Anie Brisebois, Martine Lacroix et Émilie
Lacharité St-Louis**

- ☒ Nous n'avons aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation



Plan de la présentation

- L'introduction: quelques statistiques
- Les recommandations
- La thérapie médicamenteuse
- Les enjeux
- La conclusion



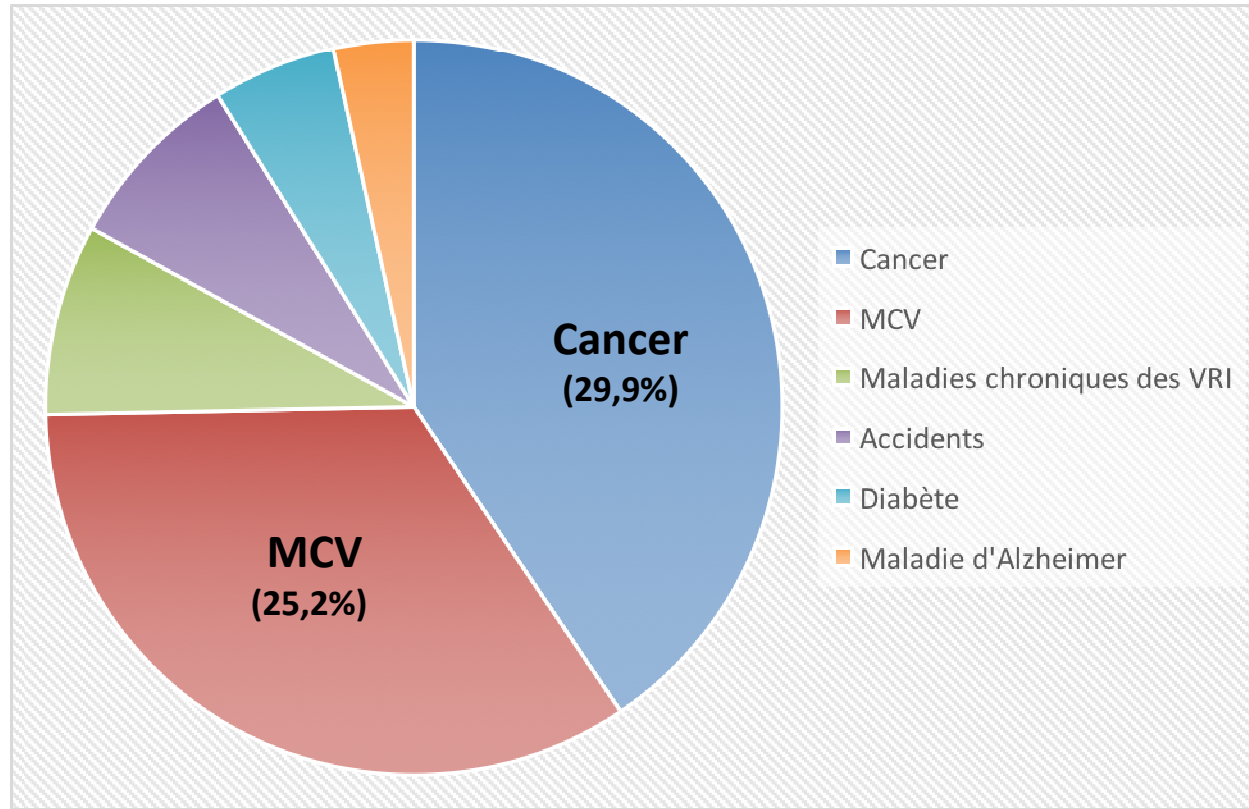
Objectifs de la présentation

- Reconnaître les patients cardiaques qui pourraient bénéficier d'une approche en soins palliatifs.
- Analyser un cas clinique afin de comprendre les interventions qui peuvent être initiées pour améliorer le confort et la qualité de vie des patients en insuffisance cardiaque avancée.
- Expliquer les enjeux en regard de l'accès, la continuité de soins et le maintien dans le milieu de vie pour cette clientèle.

ICM-01-01-2012-08



Causes de décès au Canada



Statistiques Canada. (2011)

ICM-01-01-2012-08



Besoins en soins palliatifs

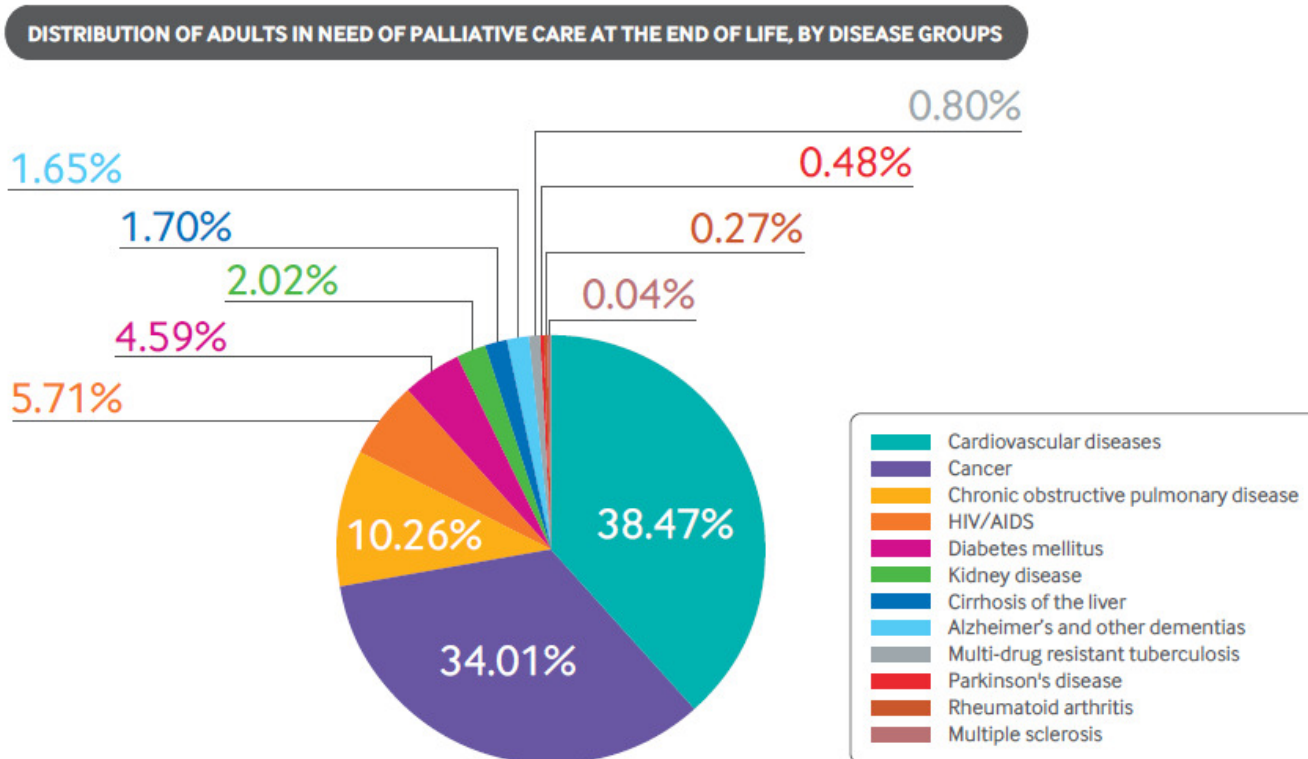


Fig 1 | Distribution of adults in need of palliative care at the end of life by disease. *Adapted, with permission, from the World Health Organization²⁵

McIlvennan, C.K. et Allen, L.A. (2016)

ICM-01-01-2012-08

Besoins et coûts en soins palliatifs

- Plus de 19 millions d'adultes dans le monde ont besoin de SP en fin de vie
 - Seulement 10% d'entre eux en reçoivent
- SP associés à:
 - ↓ coûts de santé ($\approx$ 7000\$ US de moins/patient)
 - ↓ durée de séjour
 - ↓ nombre de procédures et d'interventions en fin de vie

McIlvennan, C.K. et Allen, L.A. (2016)

ICM-01-01-2012-08



Insuffisance cardiaque (IC) avancée

- Croyances de la population canadienne:
 - 20% croient que l'IC est lié au vieillissement normal
 - 75% croient qu'on peut vivre normalement et avoir la même espérance de vie
 - > 50% croient que l'IC se guérit

Heart and stroke foundation. (2016)

ICM-01-01-2012-08



Insuffisance cardiaque (IC) avancée

- Clientèle âgée avec comorbidités+++
 - Moyenne de 4,5 comorbidités/patient
- Principale raison d'admission des patients ≥ 65 ans
- Taux de mortalité $>$ que la plupart des cancers
 - 50% des patients décèdent dans les 5 ans suivant un diagnostic d'IC
- Fardeau des symptômes $>$ cancer

Agence de santé publique du Canada. (2010); Davis, M.P. (2005); McIlvennan, C.K. et Allen, L.A. (2016); Shah, A.B. et al. (2013); Evangelista, L.S. et al. (2012); Janssen D. et al. (2012); Pantilat, SZ et al. (2012)

ICM-01-01-2012-08



Insuffisance cardiaque (IC) avancée

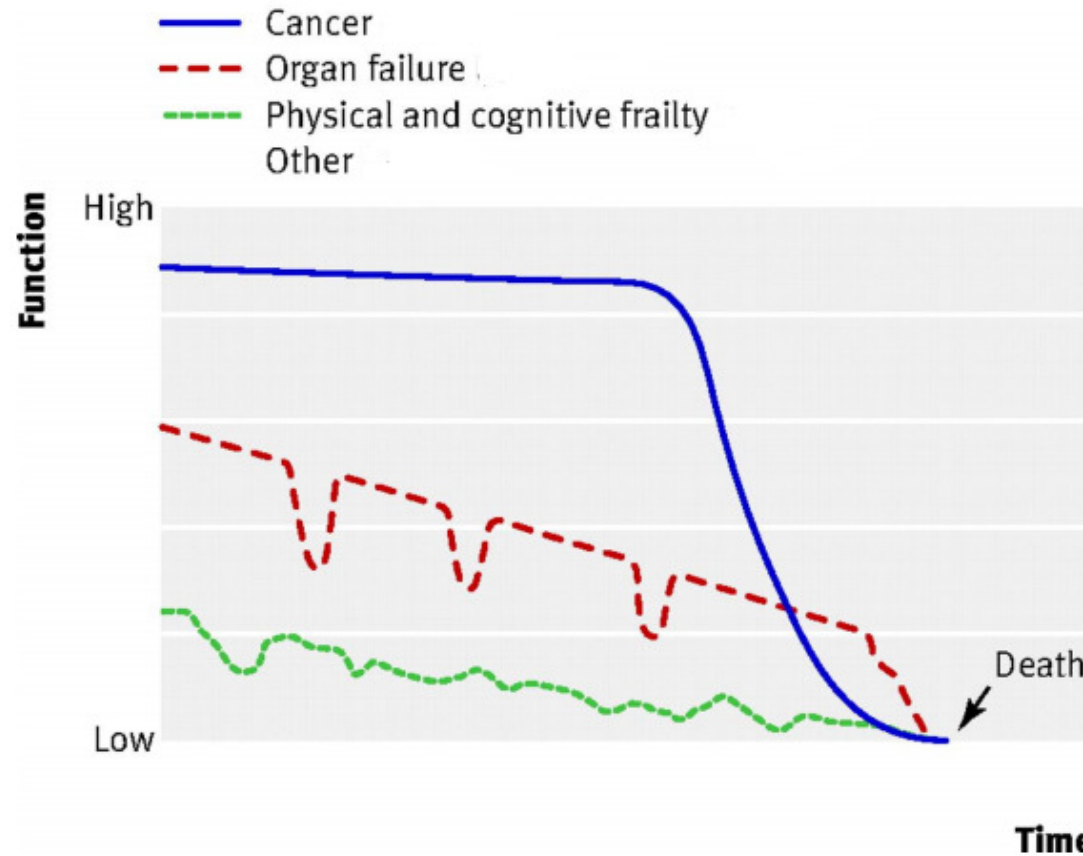
- Les symptômes les plus communs:
 - Dyspnée: même au repos
 - Fatigue: multifactorielle
 - Douleur: angine ou autre (“totalgie”)
 - 85% des patients; 1/3 $\Rightarrow$ douleur sévère
 - Douleurs diverses... d'étiologies différentes
 - Dépression: 21 à 36% des patients
 - Oedème

Adler, E.D. et al. (2009); Goodlin, S.J. et al. (2012); McIlvennan, C.K. et Allen, L.A. (2016); Shah, Ankit B. et al. (2013); Blinderman et al. (2008)

ICM-01-01-2012-08



Trajectoires en fin de vie



Murray, S. A et al. (2008)

ICM-01-01-2012-08

Fin de vie en IC avancée

1. Mort subite ou;
2. Déclin graduel accompagné de malaises divers qui ne sont pas forcément attribuables à l'IC
 - Ex.: douleur, chutes, problèmes cognitifs, anxiété, troubles du sommeil, etc.

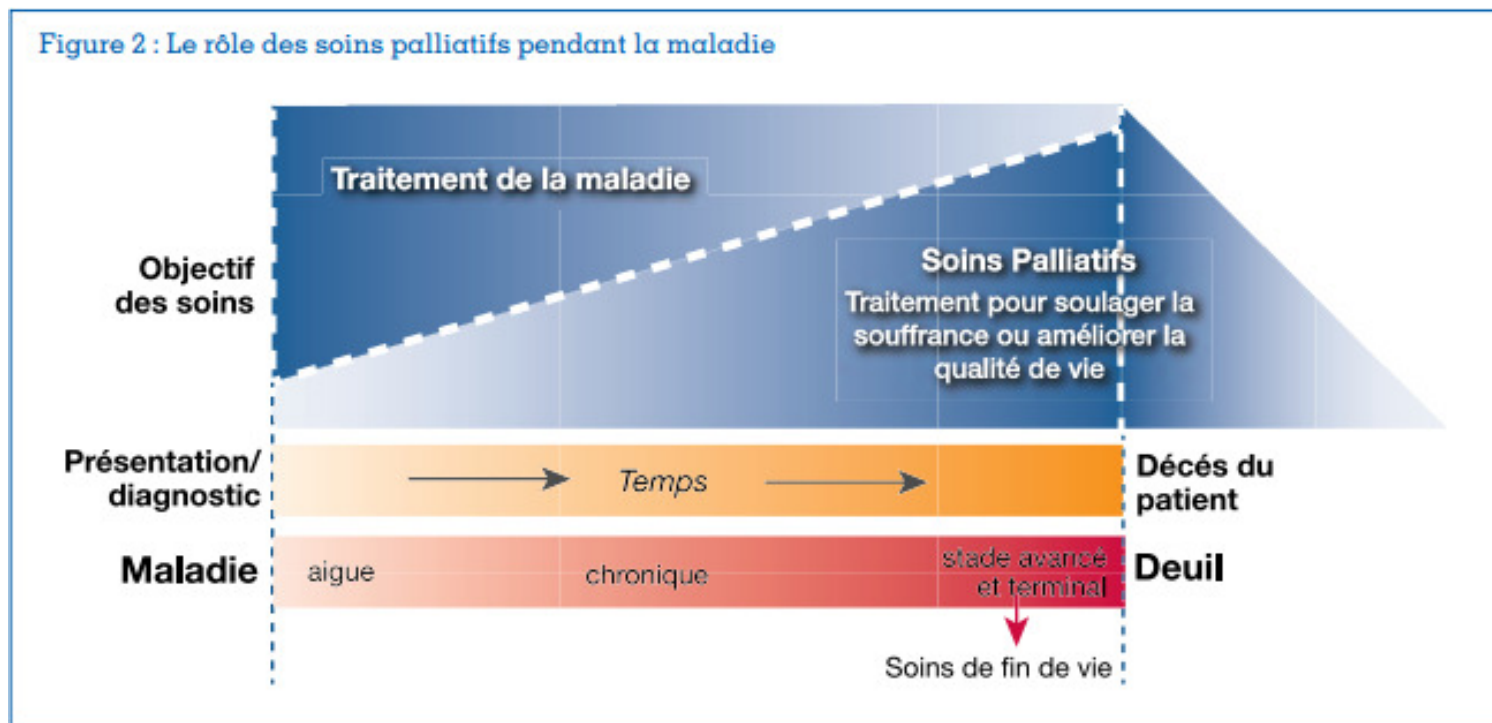
Agence de santé publique du Canada. (2010); McIlvennan, C.K. et Allen, L.A. (2016)

ICM-01-01-2012-08



Recommandations

- Association Canadienne de soins palliatifs



Association Canadienne de soins palliatifs (2013), Fig.2, p. 7

Recommandations

- American Heart Association (AHA)
- American College of Cardiology (ACC/AHA)
- European Society of Cardiology (ESC)
 - Intégration des soins palliatifs pour les patients symptomatiques avec IC avancée

Allen LA et al. (2012); Yancy CW et al. (2013); McMurray J.V. et al. (2012)

ICM-01-01-2012-08



Recommandations

- Société canadienne de cardiologie
 - Introduction précoce des SP, parallèlement à d'autres traitements initiés pour prolonger la vie
 - Ex.: médication, inotropes IV, PM défibrillateur, dialyse, assistance ventriculaire
 - Implication des SP en fonction des symptômes et des besoins plutôt que sur un pronostic
 - NYHA III-IV avec symptômes réfractaires au Tx optimal

McKelvie, R.S. et al. (2011)

ICM-01-01-2012-08



Recommandations

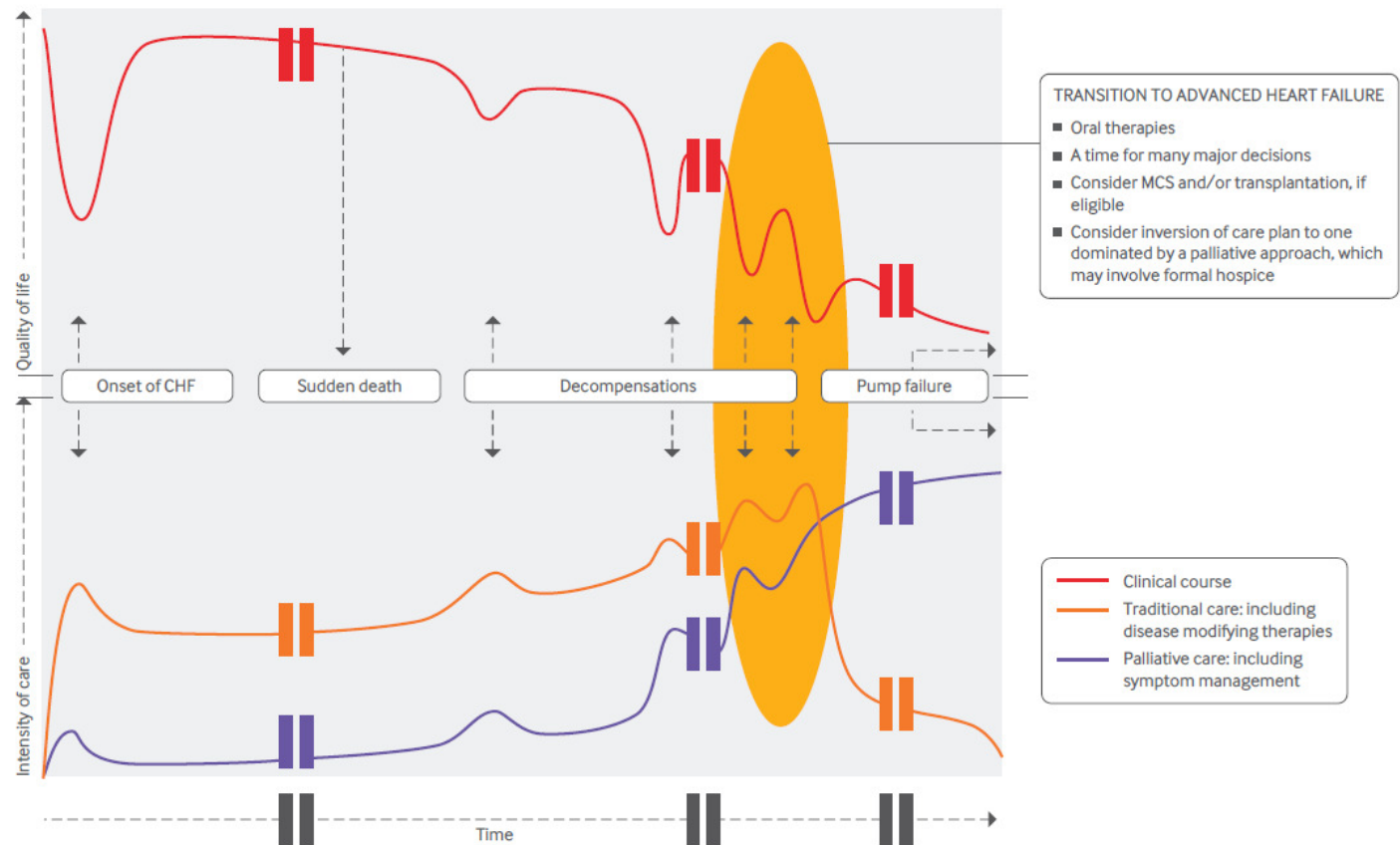
- Société internationale de transplantation cardiaque et pulmonaire
 - Les SP devraient être impliqués dès la phase d'évaluation, donc **AVANT** l'implantation d'un DAV
 - Gestion des Sx
 - Objectifs de soins
 - Planification préalable pour la fin de vie

Feldman, et al. (2013)

ICM-01-01-2012-08



Recommandations



McIlvennan, C.K. et Allen, L.A. (2016)

ICM-01-01-2012-08

Référence aux SP en IC

- Résultats d'une étude américaine:
 - Seulement **6%** de 2647 pts hospitalisés en cardiologie ont été référés en S.P
 - Critères influençant la référence en SP
 - Atteinte cognitive
 - Drainage pleural
 - Séjour aux soins intensifs
 - Admissions fréquentes

Greener, et al. (2014)

ICM-01-01-2012-08



Révision des objectifs de soins

- Annuellement:
 - De routine lors d'un suivi à la CLIC (date anniversaire)
 - Tôt dans le continuum plutôt qu'au moment d'un épisode de décompensation ou lorsque le décès est imminent
- Ponctuellement en fonction de certains indicateurs:
 - ↑ fardeau des symptômes
 - ↓ capacité fonctionnelle, perte d'autonomie dans les AVQ, chutes
 - Hospitalisations répétées
 - ↑ répétée des doses de diurétiques, initiation d'inotropes, hémodialyse
 - Patient "froid et humide": hypoperfusion, IRA, surcharge
 - Chocs de pace défibrillateur (arythmies)
 - Nouvelles comorbidités majeures (cancer, AVC, etc.)
 - Patient avec appréhension de la fin de vie

Allen LA et al. (2012); Thoonsen, et al., (2012)

ICM-01-01-2012-08



Histoire de cas

Monsieur Poitras

ICM-01-01-2012-08

© A. Brisebois, inf., M.Sc, M. Lacroix, B.Pharm, M.Sc.,
É. Lacharité St-Louis, inf., B.Sc. - Mai 2017



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

AFFILIÉE
**Université
de Montréal**

Histoire de Monsieur Poitras

- Homme de 77 ans
- Suivi à l'ICM x 40 ans
 - CMP ischémique et valvulaire avec FEVG 24 %
- ATCD médicaux:
 - RVA mécanique
 - PM défibrillateur
 - HTA
 - FA (ACO)
 - IRC (créat $\pm$ 130)
 - Hypothyroïdie

ICM-01-01-2012-08



Histoire de Monsieur Poitras

- Avec sa conjointe depuis 40 ans; vit dans une maison à l'extérieur de Montréal
- 2 enfants + 2 petits enfants
- Épouse très impliquée
- Bon réseau de soutien familial



Histoire de Monsieur Poitras

- Histoire:
 - 2014→ Discussion sur les objectifs de soins avec le cardiologue
 - Priorise la qualité de vie; réfléchit à la désactivation du défib.
 - 2016→ Détérioration progressive X 1 an
 - 3^e admission en 8 mois
 - ↑ fréquence des visites à la CLIC
 - Ajustement des Rx (ex: ↑ Lasix)
 - Discussion sur l'évolution de la maladie et le pronostic réservé. Peu à offrir...
 - Désactivation du défib.

ICM-01-01-2012-08



Histoire de Monsieur Poitras

- Motifs de la visite à l'urgence:
 - Dyspnée et OMI
- Évaluation clinique:
 - Se dit essoufflé au moindre effort (6-7 pas max)
 - Grande fatigue, Ø d'énergie
 - Gain de poids, malgré ↑ lasix PO
 - ↓ autonomie
 - Selon épouse:
 - Pt pleure, déprimé, réfléchit beaucoup à la fin de vie

Histoire de Monsieur Poitras

- Diagnostics
 - Défaillance cardiaque globale
 - Dyspnée NYHA 4 /4
 - BNP 17 860 (base $\pm$ 8500)
 - Gain pondéral 15 kg X 6 mois
 - Abdomen globuleux, foie pulsatile, OMI 3+
 - Insuffisance rénale aïgue (IRA)
 - Créat 170 (base $\pm$ 130)

Selon vous, quels sont les éléments qui indiquent que M. Poitras pourrait bénéficier des soins palliatifs?

- 3^e hospitalisation dans la dernière année
- Dyspnée, NYHA 4 /4
- Gain de poids, malgré ↑ lasix PO
- ↓ autonomie
- Réfléchit beaucoup à la fin de vie

Histoire de Monsieur Poitras

- Demande de consultation à l'équipe de SP
- À l'évaluation
 - Qualité de vie perçue ↓↓
 - Désir de vivre présent
 - Maintien l'espoir d'aller mieux
 - Souhaite vivre à domicile de plus longtemps possible (incluant le décès)
 - Épouse épuisée, ne souhaite pas le décès à domicile (culpabilité)

Histoire de Monsieur Poitras

Plan d'intervention interdisciplinaire:

- Soutien et accompagnement
- Orientation à discuter:
 - Pt et conjointe souhaitent un RAD et un suivi dans leur région $\Rightarrow$ épuisés du voyage pour visites CLIC
- Optimisation de la thérapie médicamenteuse



Soins palliatifs en cardiologie: optimiser la thérapie médicamenteuse

ICM-01-01-2012-08



La gestion des symptômes

- Maintien du traitement pharmaco optimal
- Décision individualisée en fonction de risques vs bénéfices
- Ajustement des doses si patient **SYMPTOMATIQUE** (ex: fatigue +++, hypotension)
 - Réduire les doses
 - Modifier l'horaire; étaler les doses
 - Cesser certains médicaments (déprescription)

ICM-01-01-2012-08



Déprescription en IC

- Si FEVG <40%
 - Peu de référence sur l'ordre d'arrêt des Rx
 - Recommandations Mount Sinai Hospital:
 - BCC
 - alpha-bloqueur
 - nitrate
 - hydralazine
 - β -bloqueur
 - antagoniste de l'aldostérone
 - IECA/ARA
- Re: alpha-bloqueur est celui qui présente le moins de bénéfices en cardiologie
- Re: hydralazine sans nitrate entraîne rétention hydrosodée
- Entresto

Webinaire: Steinberg, L. (2016), Mount Sinai Hospital, Joseph and Wolf Lebovic Health Complex, Toronto, ON

Déprescription en IC

- Si FEVG préservée (FEVG normal ou $> 40\%$)
 - Ø référence sur l'ordre d'arrêt des Rx
 - Notre pratique:
 - Dépend des symptômes
 - « Essai / erreur »
 - Exemples:
 - Si HTA, maintenir IECA/ARA et BCC
 - Si sténose Ao sévère, éviter les vasodilatateurs même si angine et prudence avec les diurétiques



Déprescription en IC

- Si angineux
 - ∅ référence sur l'ordre d'arrêt des Rx
 - Notre pratique:
 - Dernier épisode > 1 an
 - Arrêt graduel des Rx pourrait être envisagé: nitrate, BCC, AAS
 - Angine réfractaire
 - Maintenir ces Rx sauf si hypo TA symptomatique
 - Au besoin, corriger anémie et maintenir un TA diastolique > 60 mmHg

ICM-01-01-2012-08



Déprescription en arythmie

- Si FA symptomatique:
 - Ajuster ou réintroduire digoxine, β -bloqueur ou diltiazem pour le contrôle de la fréquence
 - Viser la dose minimum
- Si ATCD d'arythmie ventriculaire
 - S'assurer de désactiver le défibrillateur AVANT de cesser les antiarythmiques

Mareev, Y., & Cleland, J. G. (2015)

ICM-01-01-2012-08



Les diurétiques

- Furosémide (Lasix^{md}) +/- metolazone (Zaroxolyn^{md})
- À maintenir le plus longtemps possible malgré IR
- Ajuster la dose selon les symptômes (↑ ou ↓)
- Évaluer la pertinence du supplément K+

Les anticoagulants

- Les patients cardiaques à plus haut risques:

- Valves mécaniques

- FA

- Avec sténose mitrale modérée à sévère

- CHADS₂ élevé ≥ 4

1 pt / 10 présente
un AVC dans
l'année, si non
anticoagulé

- Notre pratique:

- Garder le plus longtemps possible sauf si
saignement

ICM-01-01-2012-08

Traitements à éviter

- AINS
 - Rétention hydrosodée et IR
- Corticostéroïdes
 - Rétention hydrosodée (moindre qu'avec AINS)

Séquence de la déprescription en IC

À arrêter

(Ø bénéfices à court terme)

- Lipolipidémiant
- Supplément vitaminique
- Antihypertenseur sans autre bénéfice (maintenir TAs < 180 mmHg)
- Antiplaquettaire si MCAS stable > 1 an

À évaluer

(risques VS bénéfices)

- β -bloqueur
- Spironolactone
- Digoxine (si RS, bénéfices seulement si digox < 1,2 nmol/L)
- Hypoglycémiant (PO)
- Hormonothérapie substitutive
- Anticoagulant

À poursuivre

(bénéfices à court terme)

- Diurétique
- IECA/ARA
- β -bloqueur (si FA symptomatique)
- Digoxine (si FA symptomatique)
- Anti-angineux

ICM-01-01-2012-08



La gestion des symptômes

- Fatigue
 - Évaluer la nécessité du β -bloqueur
- Dyspnée
 - Maintenir l'euvolémie en ajustant les doses de diurétiques
 - Tenter les mesures non-pharmacologiques
 - Utiliser les opiacés et les benzodiazépines PRN

Les mesures non-pharmacologiques

- Ventilateur orienté vers le visage
 - Efficacité démontrée, serait même supérieure à l'usage d'O₂ dans plusieurs circonstances
- Serviettes froides
- Température de la chambre; humidifier l'air
- Tête du lit surélevée
- Technique de respiration et thérapie cognitivo-comportementale

Galbraith. (2010); Chin. (2016)
<http://www.cuh.org.uk/breathlessness-intervention-service-bis>

ICM-01-01-2012-08



Les mesures pharmacologiques: les opiacés

- Recommandés pour le traitement de la dyspnée
- Les patients IC présentent une bonne réponse
- La sédation et les nausées sont les principaux facteurs limitants
- Les doses utilisées sont beaucoup plus faibles que celles pour le traitement des douleurs
- Bénéfices > risques lorsque la dose est adéquate
- Plusieurs études démontrent qu'ils n'abrègent pas la vie

ICM-01-01-2012-08



Les opiacés

- Effet antidyspnéique (Démontré efficace MPOC, cancer et MCV)
 - ↓ ventilation (↓ perception de la respiration)
 - ↓ consommation d'O₂
 - ↓ sensibilité à l'hypercapnie
 - ↓ perception centrale de la dyspnée (semblable à l'effet antidouleur)
 - ↓ anxiété associé à la dyspnée
 - ↓ post-charge

Mahler et al. (2010); Darrouj et al. (2009)

ICM-01-01-2012-08



Opiacés

- Morphine 1 à 5 mg PO q 4-6 h
 - Accumulation de métabolite en IR
- Dilaudid 0,2 à 1 mg PO q 4-6 h
 - Moins d'accumulation en IR

Formulation en sirop
permet de débiter à
très faible dose

Si patient déjà traité avec opiacé et dyspnéique,
augmenter la dose d'environ 25%

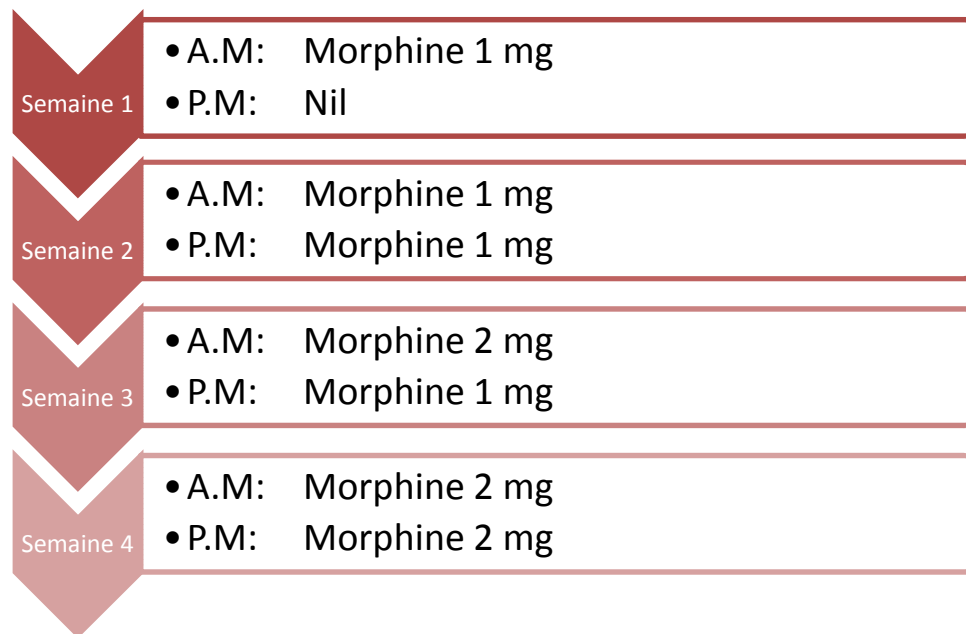
Whellan et al. (2014)

ICM-01-01-2012-08



Intégration graduelle des opiacées

- Éviter de prescrire seulement PRN, car peu demandé ou peu offert
- Exemple d'initiation des opiacées en externe:



Chin. (2016)

ICM-01-01-2012-08



Benzodiazépine

- L'association d'opiacé et de benzodiazépine a été démontrée plus efficace que l'O₂ pour soulager la dyspnée

Guide d'exercice du CMQ. (2015)

ICM-01-01-2012-08



Benzodiazépine

- Peu de données probantes pour la dyspnée
- Ø étude chez les patients atteints de MCV
- Opiacé + benzodiazépine plus efficace que l'O₂ pour soulager la dyspnée
- Si anxiété prédominante

Guide d'exercice du CMQ. (2015)

ICM-01-01-2012-08



Éléments à considérer

- ↓ absorption de la médication
 - Réévaluer la voie d'administration (PO $\Rightarrow$ SC)
- Pour le furosémide:
 - Voie SC rarement possible re: quantité maximale injectable (furosémide inj. 10 mg/mL)
 - Voie IV souvent utilisée en milieu hospitalier en raison des doses élevées à administrer

Monsieur Poitras: pharmacothérapie

Médication en cours	Suggestions des SP
Monopril 2,5 mg po hs	Maintenir
Coreg 9,375 mg po bid	↓ 6,25 mg po bid
Synthroid 0,1 mg po die	Maintenir
Lasix 60 mg po bid	Maintenir
Pantoloc 40 mg po die	Maintenir
Inspra 25 mg po bid	Cesser
Calcium 500 mg po Bid	Cesser
Vitamine D 10 000 un 1X/ semaine	Cesser
Lipitor 10 mg po die	Cesser

ICM-01-01-2012-08



Monsieur Poitras: pharmacothérapie

Suggestions des SP : AJOUTS

Dilaudid 1 mg po bid

Dilaudid 0,5 mg po q 4h PRN si dyspnée, douleur ou inconfort

Maxéran 5 mg po q 8h PRN

Colace 100 mg po bid

Senokot 8,6 mg po HS PRN

Ativan 0,5 mg po bid PRN si anxiété

ICM-01-01-2012-08



Histoire de Monsieur Poitras

- Évolution :
 - Confortable avec le traitement
- Plan:
 - Retour à domicile
 - MDF et clinique ambulatoire de SP en région
 - Liaison pour décès en maison de SP
 - Congé de la CLIC



Histoire de Monsieur Poitras

- Pt est demeuré à domicile 7 semaines
- Décédé 3 jours suivant son transfert en maison de SP



Histoire de Monsieur Poitras

- Verbatims de l'épouse suite au décès:
 - «Les professionnels ne sont pas vraiment formés»
 - «Pour eux, un cardiaque n'a pas besoin de soins. C'est le cancer qui compte»
 - «On s'est fait dire qu'en soins palliatifs on donne que des traitements de confort, pas des injections de Lasix»
 - «Il a demandé l'AMM à son arrivé à la maison de soins palliatifs tellement il était au bout du rouleau»

ICM-01-01-2012-08



Histoire de Monsieur Poitras

- Verbatims de l'épouse suite au décès:
 - «Quand il a lâché prise, ç'a été plus facile pour nous»
 - «Mon époux aurait voulu finir ses jours à l'ICM si ça n'avait pas été si loin»
 - «Je ne voudrais pas que d'autres familles subissent la même chose»



Histoire de Monsieur Poitras

- Difficultés rencontrées
 - ∅ accès aux SP à domicile, re: le MDF ne croit pas qu'il est au stade des SP
 - Inconfort et souffrance du pt-famille
 - Inadéquation des ressources
 - Lien d'attachement fort à l'ICM (suivi x 40 ans): transition difficile

Enjeux en regard de l'accès, la continuité de soins et le maintien dans le milieu de vie

ICM-01-01-2012-08



Les enjeux

- Incompréhension de l'approche en SP
- Croyances que SP:
 - Ne peuvent être initiés parallèlement à d'autres traitements pour prolonger la vie
 - Associés à une perte d'espoir; si on en parle, le patient se laissera mourir...
 - Équivaut à la fin de vie («condamnation à mort»)

Brännström, M. et Boman, K. (2012); Goodlin, Sarah J. (2009)

ICM-01-01-2012-08



Les enjeux

- Incertitude pronostique :
 - Difficulté à reconnaître la fin de vie (trajectoire spécifique en dents de scie)
 - Peu de signes et symptômes spécifiques à la fin de vie (idem à chaque détérioration)
 - Outils pronostiques non validés en IC et peu aidants en clinique (pratiquement impossible de prédire la mortalité à 6-12 mois)
 - Difficulté de reconnaître le moment où il faut aborder la question de fin de vie et le niveau de soins

Brännström, M. et Boman, K. (2012); Goodlin, Sarah J. (2009)

ICM-01-01-2012-08



Les enjeux

- Critères d'accessibilité pour les services ou les ressources en SP
 - Pronostic (px) < 3 mois $\Rightarrow$ de plus en plus d'ouverture pour px un peu plus long (ex.: 3 à 6 mois)
 - $\emptyset$ traitement curatif $\Rightarrow$ réduit au minimum
 - Les médicaments pour traiter l'IC permettent essentiellement de contrôler les symptômes et d'optimiser le confort
 - L'arrêt de ces médicaments = exacerbation des symptômes tels que dyspnée, détresse respiratoire, palpitations, œdème, etc.



Les enjeux

- Besoins spécifiques de la clientèle en cardiologie
 - Les traitements en IC avancée:
 - Les défibrillateurs
 - Les dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV) en tant que thérapie définitive (“destination therapy”)
 - Les inotropes en perfusion continue



Le défibrillateur

- Prévient le décès par mort subite (arythmies)
- En fin de vie:
 - ↑ complexité des soins
 - ↑ souffrance (douleur et anxiété)
 - Physique ⇒ tempêtes arythmiques et chocs répétés
 - Psychologique ⇒ décision complexe, difficile
 - Incompréhension du patient p/r au fonctionnement du défib. ⇒ perception que désactivation = décès

Journal of the American Heart Association (2010)

ICM-01-01-2012-08



Le désactivation du défibrillateur

- Résultats d'une étude (attentes des patients porteurs d'un défibrillateur en prévention primaire)
 - % pts qui souhaiteraient maintenir le défibrillateur même si:
 - Cancer → 70 %
 - Chocs dans le passé → 55%
 - Dyspnée constant au repos → 100 %
- Constats:
 - Incompréhension des patients sur les risques et bénéfices en fin de vie
 - Développement d'un lien psychologique avec l'appareil
 - Manque d'information quant à la désactivation du défibrillateur

Steward, et al., (2010)

ICM-01-01-2012-08



Le DAV: thérapie définitive

- Améliore le débit cardiaque pour les patients en IC avancée non éligibles à la greffe
- En fin de vie:
 - ↑ complexité des soins
 - Lorsque l'arrêt du DAV est souhaité: pas de lignes directrices, pas de protocole
 - ↑ inconfort en regard des soins
 - Peu d'expérience dans l'accompagnement de cette clientèle

ICM-01-01-2012-08



Les inotropes en perfusion continue

- Traitent les symptômes réfractaires de l'IC et le bas débit
- N'améliorent pas la survie, mais peuvent améliorer les Sx et le confort pour une période de temps $\pm$ longue
- En fin de vie:
 - $\uparrow$ complexité des soins
 - Donnés à l'hôpital, $\emptyset$ disponible à domicile
 - Nécessitent un sevrage physique et "psychologique"

Journal of the American Heart Association (2010)

ICM-01-01-2012-08



Les pistes de solutions

- Développer des corridors de services et un partenariat clinique pour améliorer l'accès et la continuité des soins pour notre clientèle
 - Partage de l'expertise de soins palliatifs en cardiologie: formations, coaching, séances de débriefing, etc.
 - Soutien des équipes de première ligne pour l'intensification des soins de fin de vie à domicile: intervention directe sur le terrain ou consultation téléphonique



Conclusion

- Impliquer précocement les SP dans le continuum de soins
- Ajuster plutôt que cesser tous les traitements
- Utiliser les opiacés pour améliorer le confort respiratoire
- Développer les partenariats pour améliorer l'accès et la continuité des soins
- Adapter les ressources aux besoins de cette clientèle
- Développer l'offre de service en soins palliatifs ambulatoires pour les patients cardiaques

ICM-01-01-2012-08





Période de questions

anie.brisebois@icm-mhi.org

martine.lacroix@icm-mhi.org

emilie.lacharitestl@icm-mhi.org

ICM-01-01-2012-08



Références

Association canadienne de soins palliatifs (2013). Modèle de soins palliatifs fondé sur les normes de pratique et principes nationaux. Ottawa (Ontario), 30.

Agence de santé publique du Canada (2010). Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action, 116.

Adler, E.D. et al. (2009). Palliative Care in the Treatment of Advanced Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*, 120, p. 2597-2606.

Allen, L. A., Stevenson, L. W., Grady, K. L., Goldstein, N. E., Matlock, D. D., Arnold, R. M., . . . Anesthesia. (2012). Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125(15), 1928-1952.

Brännström, M. et Boman, K. (2012). A new model for integrated heart failure and palliative advanced homecare: rationale and design of a prospective randomized study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(3):269-275.

Bekelman, D. B., Hooker, S., Nowels, C. T., Main, D. S., Meek, P., McBryde, C., . . . Heidenreich, P. A. (2014). Feasibility and acceptability of a collaborative care intervention to improve symptoms and quality of life in chronic heart failure: mixed methods pilot trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 145-151.

Bekelman, D. B., Rumsfeld, J. S., Havranek, E. P., Yamashita, T. E., Hutt, E., Gottlieb, S. H., . . . Kutner, J. S. (2009). Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, 24(5), 592-598.

Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Portenoy, R. K., & Tennstedt, S. L. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain Symptom Management*, 35(6), 594-603.

Chin, C., & Booth, S. (2016). Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgraduate medical journal*, postgradmedj-2015-133578.

Collège des médecins du Québec [CMQ]. (2015). Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie : guide d'exercice, Montréal, 26-28.

ICM-01-01-2012-08



Références

- Darrouj et al. Cardiovascular Manifestations of Sedatives and Analgesics in the Critical Care Unit. *Am J Therapeutics* 2009;16:339-53.
- Davis, M. P., Albert, N. M., & Young, J. B. (2005). Palliation of heart failure. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22(3): 211-222.
- Evangelista, L. S., Lombardo, D., Malik, S., Ballard-Hernandez, J., Motie, M., & Liao, S. (2012). Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 18(12), 894-899.
- Feldman, D. et al. (2013). *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 32 (2): 157-187.
- Ferreira et al. Blinded Patient Preference for Morphine Compared to Placebo in the Setting of Chronic Refractory Breathlessness- An Exploratory Study. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(2):247-54.
- Galbraith et al. Does the Use of a Handheld Fan Improve Chronic Dyspnea? A Randomized, Controlled, Crossover Trial. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39(5): 831-8.
- Greener, D. T., Quill, T., Amir, O., Szydlowski, J., & Gramling, R. E. (2014). Palliative care referral among patients hospitalized with advanced heart failure. *Journal of palliative medicine*, 17(10), 1115-1120.
- Goodlin, S. J. (2009). Palliative care in congestive heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(5), 386-396.
- Goodlin, S.J. et al. (2012). Investigating Pain in Heart Failure Patients: The Pain Assessment, Incidence, and Nature in Heart Failure (PAIN-HF) Study. *Journal of Cardiac Failure*, 18(10) : 776-783.
- Heart And Stroke Foundation. (2016). *A report on the Health of Canadians: The Burden of Heart Failure*. Canada: Repéré à <http://tedrogersheartfunction.ca/wp-content/uploads/the-burden-of-heart-failure.pdf>.
- Janssen D. & al. (2012). Symptom distress in advanced chronic organ failure: disagreement among patients and family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 15(4), 447-456



Références

Johnson, M. J. (2007). Management of end stage cardiac failure. *Postgraduate medical journal*, 83(980), 395-401.

Journal of the American Heart Association (2010), 120, p. 2597-2606.

Li, S.-J., Sartipy, U., Lund, L. H., Dahlström, U., Adiels, M., Petzold, M., & Fu, M. (2015). Prognostic significance of resting heart rate and use of beta-blockers in atrial fibrillation and sinus rhythm in patients with heart failure and reduced ejection fraction: findings from the Swedish heart failure registry. *Circulation: Heart Failure*, CIRCHEARTFAILURE. 115.002285.

Mahler et al. American College of Chest Physicians Consensus Statement on the Management of Dyspnea in Patients With Advanced Lung or Heart Disease. *Chest* 2010;137(3):674-91.

Mareev, Y., & Cleland, J. G. (2015). Should β -blockers be used in patients with heart failure and atrial fibrillation? *Clinical therapeutics*, 37(10), 2215-2224.

McIlvennan, C. K., & Allen, L. A. (2016). Palliative care in patients with heart failure. *British Medical Journal*, 353.

McKelvie, R. S., Moe, G. W., Cheung, A., Costigan, J., Ducharme, A., Estrella-Holder, E., . . . Grzeslo, A. (2011). The 2011 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: focus on sleep apnea, renal dysfunction, mechanical circulatory support, and palliative care. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(3), 319-338.

McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., . . . Guidelines, E. S. C. C. f. P. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 33(14), 1787-1847.

Murray, S. A et al. (2008). Care for all at the end of life. *British Medical Journal*, 336: 958-959.

Oxberry et al. Repeat Dose Opioids May Be Effective for Breathlessness in Chronic Heart Failure if Given for Long Enough. *Journal of palliative medicine* 2013;16(3):250-55.

ICM-01-01-2012-08



Références

Packer, M., Gheorghiade, M., Young, J. B., Costantini, P. J., Adams, K. F., Cody, R. J., . . . Jolly, M. K. (1993). Withdrawal of digoxin from patients with chronic heart failure treated with angiotensin-converting-enzyme inhibitors. *New England Journal of Medicine*, 329(1), 1-7.

Pantilat, SZ et al. (2012). Longitudinal Assessment of Symptom Severity Among Hospitalized Elders Diagnosed With Cancer, Heart Failure, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Hospital Medicine*, 7(7) : 567-572.

Shah, Ankit B. et al. (2013). Failing the Failing Heart: A Review of Palliative Care in Heart Failure. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 14(1):41-48.

Statistiques Canada (2011). Les principales causes de décès. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/11896-fra.htm>

Steinberg, L. (2016), Mount Sinai Hospital, Joseph and Wolf Lebovic Health Complex, Toronto, ON

Stewart, G. C., Weintraub, J. R., Pratibhu, P. P., Semigran, M. J., Camuso, J. M., Brooks, K., . . . Lewis, E. F. (2010). Patient expectations from implantable defibrillators to prevent death in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 16(2), 106-113.

Thoonsen, B., Engels, Y., van Rijswijk, E., Verhagen, S., Van Weel, C., Groot, M., & Vissers, K. (2012). Early identification of palliative care patients in general practice: development of RADboud indicators for Palliative Care Needs (RADPAC). *British Journal of General Practice*, 62(602), e625-e631.

Whellan, D. J., Goodlin, S. J., Dickinson, M. G., Heidenreich, P. A., Jaenicke, C., Stough, W. G., . . . Quality of Care Committee, H. F. S. o. A. (2014). End-of-life care in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 20(2), 121-134.

Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., . . . Januzzi, J. L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, 128(16), 1810-1852.

