



## Et s'il y avait urgence ? Sauriez-vous quoi faire ?

*Justine Farley et Parissa Charghi*

*En prévision de la garde de fin de semaine, vous transmettez à votre collègue, le D<sup>r</sup> Tremblay, l'information sur les patients en fin de vie pour lesquels un suivi est nécessaire.*

- ☉ *M<sup>me</sup> Riopel a vu sa douleur au dos s'intensifier et éprouve une faiblesse à la jambe gauche.*
- ☉ *M<sup>me</sup> Desmarais commence à s'agiter.*
- ☉ *M. Surprenant présente depuis peu une hémoptysie discrète.*
- ☉ *M. Legros a connu une augmentation subite du diamètre de son cou accompagnée de dyspnée.*

*Votre collègue, nouveau venu dans le service, pense retourner à la maison, effrayé qu'il est par les défis à relever. Vous lui exposez une approche clinique pour toutes ces situations urgentes. Est-il rassuré ?*

### Compression médullaire

#### Le problème de M<sup>me</sup> Riopel

Une compression médullaire est une atteinte de la moelle épinière ou de la queue de cheval par une masse tumorale, soit un cancer primaire (gliome, méningiome, etc.) ou plus souvent une métastase d'une tumeur solide.

De 5 % à 10 % des patients souffrant d'un cancer éprouveront une compression médullaire ou une atteinte de la queue de cheval. Plus de la moitié des atteintes médullaires sont causées par des métastases osseuses d'un cancer du sein, du poumon ou de la prostate, quoique les métastases de toute tumeur solide peuvent

occasionner une telle atteinte. Globalement, les lésions métastatiques à la colonne vertébrale sont de trois à quatre fois plus fréquentes que les cancers primaires. Une compression médullaire peut constituer la première manifestation d'un cancer. La région thoracique est la plus vulnérable (70 %), suivie de la région lombaire, notamment de la queue de cheval (20 %), et de la région cervicale (10 %)<sup>1</sup>. Il n'est pas rare de voir deux ou trois compressions médullaires chez un même malade<sup>1,2</sup>.

#### Pourquoi est-ce une urgence ?

Une préoccupation constante d'une éventuelle compression médullaire et un diagnostic rapide avant qu'une faiblesse musculaire ou une incontinence ne s'installe, permettent d'éviter des séquelles neurologiques irréversibles. Le traitement doit être fait dans un centre spécialisé dès que le diagnostic est posé.

Toute nouvelle douleur au dos ou toute exacerbation d'une douleur connue, associée à un ou à plusieurs signes neurologiques, doit alerter le médecin. La douleur peut être unilatérale en cas de lésion cervicale ou encore lombaire ou bilatérale si la région thoracique est

*La D<sup>re</sup> Justine Farley, médecin de famille, exerce en soins palliatifs au Centre hospitalier de St. Mary, à Montréal. Elle est professeure adjointe de clinique aux départements de médecine familiale et d'oncologie de l'Université McGill, à Montréal. La D<sup>re</sup> Parissa Charghi, médecin de famille, exerce également en soins palliatifs au Centre hospitalier de St. Mary, à Montréal.*

**Un repérage rapide et une présomption élevée, avant qu'une faiblesse musculaire ou une incontinence ne s'installe, permettent d'éviter des séquelles neurologiques irréversibles.**

### Repère

## Tableau 1

### La compression médullaire<sup>2</sup>

#### Problème

- ⊕ Douleur dorsale, nouvelle ou exacerbée + signe(s) neurologique(s)

#### Examen

- ⊕ Examen de la colonne vertébrale
- ⊕ Examen neurologique (moteur, sensitif, réflexes, tonus du sphincter anal)

#### Consultation

- ⊕ Oncologie, radiothérapie

#### Traitement immédiat

- ⊕ Dexaméthasone, 16 mg, en bolus intraveineux

atteinte. Typiquement, cette douleur est exacerbée par la position déclive ou par une manœuvre de Valsalva. Souvent, elle précède de plusieurs semaines l'apparition des signes neurologiques.

### Que faire en cas de compression médullaire ?

On doit porter une attention particulière à la zone douloureuse. La percussion de la colonne révélera la vertèbre touchée. L'examen neurologique est primordial ainsi qu'un examen du tonus du sphincter anal. On trouvera, selon le niveau de la lésion, les principaux signes d'une atteinte du neurone moteur supérieur ou inférieur. Une parésie ou un déficit sensitif précède généralement la perte de fonction motrice. Si la parésie est présente depuis des jours, voire des semaines, elle peut évoluer vers une paralysie complète en quelques heures. On recherchera les indices d'une atteinte du système nerveux autonome, soit une rétention ou une incontinence urinaire, une incontinence fécale ou une constipation *de novo*, atteinte qui survient tardivement dans la majorité des cas.

Dès que le diagnostic est soupçonné, l'oncologue traitant ou le radiothérapeute doit être avisé de la possibilité d'une compression médullaire afin que l'évaluation et le traitement aient lieu dans les meilleurs délais dans un centre spécialisé.

L'examen de choix est l'imagerie par résonance magnétique. S'il ne peut être fait, une tomodensitomé-

trie associée à une myélographie permettra d'établir le diagnostic.

Pour connaître toutes les étapes à suivre en cas de compression médullaire, veuillez consulter le *tableau 1*<sup>2</sup>.

### Le traitement immédiat

Le but du traitement est de préserver la qualité de vie et l'état fonctionnel du patient. Avant même de confirmer le diagnostic, il faut prescrire un corticostéroïde, le plus souvent un bolus de dexaméthasone. La dose recommandée est de 16 mg par jour<sup>2</sup>. En plus de diminuer les symptômes associés à l'œdème local et d'améliorer le pronostic fonctionnel, les corticostéroïdes permettent d'atténuer la douleur. L'intensité de celle-ci justifie souvent la prescription d'opioïdes.

La radiothérapie, avec ou sans intervention chirurgicale, est le traitement de choix d'une compression médullaire. Cependant, pour un patient déjà alité en raison d'une altération grave de l'état général, la décision de s'en tenir au traitement médical doit être envisagée.

### La prévention

La radiothérapie doit être envisagée contre les métastases osseuses connues<sup>3</sup> pour prévenir les complications neurologiques. Le patient sera avisé de l'importance de consulter son médecin en cas de nouvelle douleur au dos et de changement du caractère et de l'intensité de la douleur existante. Par ailleurs, une faiblesse musculaire doit être évaluée dans les meilleurs délais.

### Agitation

#### Le problème de M<sup>me</sup> Desmarais

L'agitation se définit comme l'impossibilité de rester au repos et la présence d'une activité motrice allant d'importante à extrême sans but précis. En fin de vie, les causes de l'agitation sont multiples :

- ⊕ grande anxiété, état de panique ;
- ⊕ sevrage d'alcool ou autre ;
- ⊕ effets indésirables de certains médicaments (ex. : neuroleptiques, excès de médicaments avec activité anticholinergique, corticostéroïdes) ;
- ⊕ douleur et autres inconforts associés notamment à la constipation et à la rétention urinaire ;
- ⊕ hypoxie, insuffisance hépatique ou rénale ;
- ⊕ delirium, mixte ou hyperactif, principale source d'agitation de la personne moribonde.

### Pourquoi est-ce une urgence ?

Un patient agité, même en fin de vie, représente un danger pour lui-même et son entourage. Par respect pour les personnes concernées, il convient donc de limiter les comportements inappropriés. Par ailleurs, un épisode de delirium est très éprouvant, autant pour le patient que pour sa famille et le personnel infirmier<sup>4</sup>.

### Que faire en cas d'agitation ?

Il faut tenter de mieux comprendre la situation. L'anamnèse du patient nous orientera vers la possibilité d'un sevrage médicamenteux, d'une maladie mentale ou d'autres symptômes sources d'inconfort.

La connaissance des médicaments que prend le patient, de leurs effets indésirables et des interactions médicamenteuses possibles est essentielle. Il est tout aussi important de s'informer des habitudes de vie (alcool, tabac) du patient. Un sevrage de l'alcool et du tabac constitue également des sources d'agitation.

Un examen clinique permet parfois de déceler la cause de l'agitation : hypoxie, œdème pulmonaire, rétention urinaire, constipation importante, etc.

L'état fonctionnel du patient et son pronostic guident le choix des examens appropriés. Chez une personne grabataire, le médecin se contentera de trouver les causes dont le traitement procurera plus d'avantages que d'inconvénients et sera acceptable pour le patient.

Bien qu'il faille assurer la sécurité du malade, de ses proches et du personnel, les mesures de contention demeurent une solution de dernier recours. Chez un patient agité, l'environnement et les médicaments font partie intégrante de l'approche. Un milieu calme ainsi qu'une personne connue et rassurante peuvent limiter l'intensité de l'agitation. En outre, une révision du traitement médicamenteux s'impose. Les anticholinergiques et les corticostéroïdes sont-ils toujours nécessaires ?

Par ailleurs, en présence d'anxiété ou encore d'un sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines, les benzodiazépines sont indiquées.

Pour l'agitation associée au delirium, la prescription d'un neuroleptique (halopéridol) est l'option de choix. Si une sédation est recherchée, on pensera aux neuro-

leptiques de nouvelle génération (olanzapine, rispéridone, quétiapine). La méthotriméprazine est suggérée à l'occasion<sup>1,7</sup>, mais son activité anticholinergique est un inconvénient dont il faut tenir compte. Si l'agitation résiste aux neuroleptiques, les benzodiazépines seront considérées. Il est à noter qu'un delirium terminal, observé en fin de vie, est souvent multifactoriel et irréversible. Le but du traitement est donc d'atténuer les symptômes.

Pour connaître toutes les étapes à suivre en cas d'agitation, veuillez consulter le *tableau II*<sup>5-7</sup>.

### La prévention

À l'aide des antécédents du patient, il est possible de repérer les éventuels cas de sevrage des médicaments, de l'alcool ou de la nicotine et d'en prévenir ainsi les manifestations. Afin d'intervenir rapidement, le médecin doit porter attention aux signes et symptômes du prodrome de delirium, soit l'excitabilité, la perturbation du cycle veille-sommeil, l'agitation, l'anxiété<sup>8</sup>.

### Hémorragie catastrophique

#### Le problème de M. Surprenant

Une hémorragie terminale catastrophique est un saignement artériel massif, interne ou externe, qui peut entraîner une mort rapide<sup>9</sup>. Bien qu'il soit peu fréquent, ce type d'hémorragie survient dans de 3 % à 12 % des cancers avancés, le plus souvent de la tête et du cou, où une rupture de la carotide est plus susceptible de se produire<sup>9,10</sup>.

### Pourquoi est-ce une urgence ?

Une telle hémorragie peut occasionner une détresse importante chez le patient, sa famille et l'équipe médicale, surtout si elle est externe et, par conséquent, visible<sup>9</sup>.

Le risque de saignement augmente dans les cas de thrombocytopénie grave (surtout < 10 000 plaquettes/mm<sup>3</sup>), de cancer volumineux de la tête et du cou, de cancer du poumon à localisation centrale, d'atteinte hépatique grave, d'anomalie de la coagulation, de leucémie aiguë ou chronique réfractaire ou de myélodysplasie. La prise d'anticoagulants chez les patients souffrant d'un cancer à un stade avancé accroît aussi le risque<sup>11,12</sup>.

**Chez un patient agité, l'environnement et les médicaments font partie intégrante de l'approche.**

**Repère**

## Tableau II

### Le traitement de l'agitation<sup>5-7</sup>

#### Anxiété

- Lorazépam, 0,5 mg–2 mg par voie orale, sous-cutanée ou intraveineuse, toutes les quatre à huit heures
- Midazolam, 1,5 mg toutes les heures ou 2,5 mg, toutes les deux à quatre heures, par voie sous-cutanée ou intraveineuse

#### Sevrage de l'alcool et des benzodiazépines

- Lorazépam, 2 mg–4 mg par voie orale, sous-cutanée ou intraveineuse, 3–4 f.p.j., puis 1 mg–2 mg, 3–4 f.p.j.
- Halopéridol, 2 mg–10 mg, par voie sous-cutanée ou intraveineuse, toutes les heures ou deux, 30 mg par jour maximum

#### Delirium léger

- Halopéridol, 0,5 mg–1 mg, par voie orale sous-cutanée ou intraveineuse, 2 f.p.j.

#### Delirium important

- Halopéridol, 0,5 mg–2 mg par voie orale, sous-cutanée ou intraveineuse, toutes les heures, jusqu'à l'apaisement, puis toutes les quatre à six heures
- Olanzapine, 2,5 mg/j–20 mg/j, par voie orale, 1–2 prises jusqu'à 20 mg/j
- Risperidone, 0,25 mg–1 mg, 1–2 f.p.j. par voie orale

#### Cas réfractaires

- Sédation palliative par les benzodiazépines (ex. : midazolam, 2,5 mg–5 mg par voie sous-cutanée, immédiatement, puis d'une perfusion continue à raison de 10 mg/24 h à 30 mg/24 h

Un saignement léger doit inciter l'équipe médicale à évaluer sans tarder les facteurs de risque du patient, car il peut précéder une hémorragie massive. Il est important de noter qu'il n'y a parfois aucun signe annonciateur<sup>10,13</sup>.

### Que faire en cas d'hémorragie ?

Il faut repérer les patients susceptibles de souffrir d'une hémorragie, établir la planification des soins, réduire les risques de saignement et, enfin, prévoir un protocole de détresse (figure)<sup>9</sup>.

Les discussions sur la planification préalable des soins doivent inclure le patient, sa famille ainsi que les membres de l'équipe multidisciplinaire. Les facteurs comme le pronostic, l'objectif de soins et l'indice de performance du patient doivent être pris en compte<sup>9,11</sup>.

Afin de réduire les risques d'hémorragie, des changements apportés aux facteurs de risque modifiables, tels que le retrait des anticoagulants, peuvent être indiqués<sup>10</sup>.

Lorsque les premiers signes d'un saignement sont notés chez les patients présentant un risque d'hémorragie massive, des mesures locales ou générales doivent être appliquées selon la situation. Les mesures locales comprennent les pansements compressifs, les tamponnements, les vasoconstricteurs (épinéphrine), la radiothérapie locale (en cas d'hémoptysie, d'hématurie, de saignements gastro-intestinaux ou gynécologiques dus aux cancers et de saignements attribuables aux cancers avancés de la tête et du cou) ou l'intervention chirurgicale (ligature des vaisseaux sanguins). Les mesures générales comprennent la transfusion de produits sanguins et l'administration de vitamine K (contre l'effet de la warfarine ou d'une déficience de certains facteurs de coagulation), d'antifibrinolytiques (comme l'acide tranexamique, en cas de fibrinolyse) et d'octréotide (lié au traitement des saignements gastro-intestinaux hauts)<sup>11-13</sup>.

Pour le patient hospitalisé, le plan de soins anticipé exige que tout l'équipement et le matériel nécessaires – serviettes ou linges foncés pour camoufler le sang, appareils d'aspiration pour nettoyer la gorge, etc. – se trouvent dans la chambre du patient. Tous les membres de l'équipe médicale doivent bien connaître le plan d'action. Une infirmière ou un médecin doit être désigné pour demeurer avec le patient en cas d'hémorragie<sup>9,10,12</sup>.

La dernière étape consiste à s'assurer que les sédatifs nécessaires ont été prescrits d'avance afin de soulager sans délai la détresse en cas d'hémorragie. Si le règlement le permet, conserver des seringues préremplies dans la chambre du patient<sup>9,12</sup>.

### Au moment de l'hémorragie...

Il n'existe pas de consensus sur le médicament, la dose et la voie d'administration qui conviennent le mieux à tous. Cependant, le midazolam est généralement recommandé à cause de son début d'action rapide (par voie intraveineuse : de 1,5 à 5 minutes, par voie sous-cutanée ou intramusculaire : de 5 à 15 minutes), de sa facilité d'administration, de son innocuité, de sa courte demi-vie et de la présence d'amnésie antérograde. De plus fortes doses de midazolam peuvent être nécessaires en cas de tolérance aux benzodiazépines ou d'antécédents de consommation importante d'al-

cool. Une seringue préremplie de midazolam, conservée au chevet du patient, est une option appropriée à domicile. Les opioïdes ne sont recommandés qu'en cas de douleur ou de dyspnée<sup>9,10,12</sup>.

### Syndrome de la veine cave supérieure

#### Le problème de M. Legros

Le syndrome de la veine cave supérieure englobe des signes et des symptômes dus à une hypertension dans le territoire de cette veine. Cette hypertension est causée par une obstruction attribuable à une compression extrinsèque ou à l'invasion de la veine par des tumeurs du médiastin, par des adénopathies ou par des tumeurs issues de la bronche lobaire supérieure droite. Parmi les causes bénignes, on peut mentionner une thrombose due à un dispositif intravasculaire (ex. : cathéter ou stimulateur cardiaque)<sup>14,15</sup>.

Une obstruction de la veine cave supérieure est liée à un cancer dans de 60 % à 85 % des cas<sup>15-17</sup>. De 2 % à 4 % de tous les patients souffrant d'un cancer du poumon ou d'un lymphome non hodgkinien présentent ce syndrome au cours de leur maladie<sup>15,17</sup>.

#### Quand est-ce une urgence ?

La plupart des syndromes de la veine cave supérieure ne constituent pas une urgence médicale. En général, les manifestations cliniques apparaissent graduellement pendant plusieurs semaines et peuvent même s'atténuer grâce à la formation d'une circulation veineuse collatérale<sup>15,17</sup> (tableau III)<sup>16</sup>.

Cependant, un stridor évocateur d'une obstruction des voies respiratoires centrales ou d'un œdème laryngé ou encore des signes de confusion ou d'obnubilation due à un œdème cérébral nécessitent un traitement urgent afin de réduire le risque d'insuffisance respiratoire ou d'éviter la mort<sup>15,17</sup>.

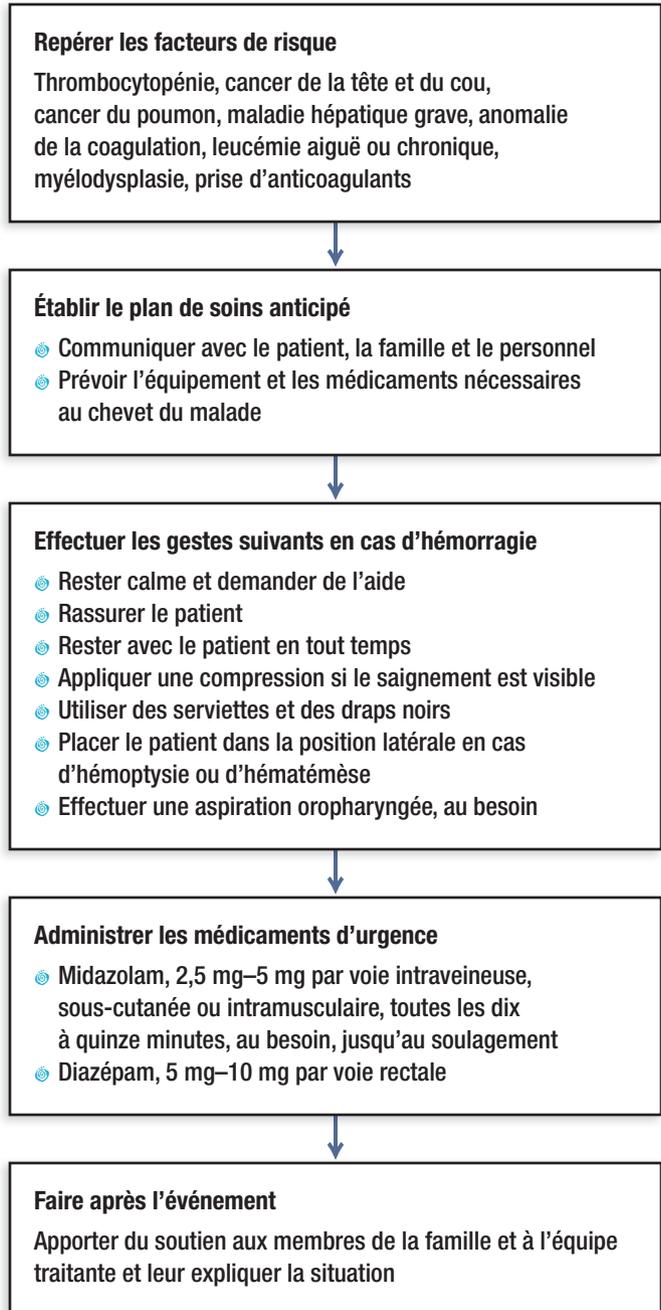
Des symptômes plus graves peuvent survenir selon la vitesse d'apparition de l'occlusion<sup>16</sup>.

#### Que faire en cas de syndrome de la veine cave supérieure ?

L'anamnèse doit inclure la durée des symptômes ainsi que les antécédents de cancer ou d'intervention intravasculaire récente<sup>16,17</sup>. L'examen physique doit établir l'étendue de l'œdème et des veines collatérales du haut du corps et évaluer tout signe de détresse respiratoire<sup>17</sup>. Une tomodensitométrie du thorax avec

### Figure

#### Conduite à tenir en cas de risque d'hémorragie<sup>9</sup>



Source : Harris DH, Noble SI. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 (6) : 913-27. Adaptation autorisée.

contraste est recommandée afin de constater le niveau et le degré de l'obstruction, les voies collatérales et les causes sous-jacentes. L'IRM est une option de rechange.

### Tableau III

#### Les signes et symptômes associés à une compression de la veine cave supérieure<sup>16</sup>

##### Symptômes

- Dyspnée
- Toux
- Douleur thoracique
- Syncope
- Céphalées
- Étourdissements
- Confusion
- Dysphagie
- Symptômes visuels

##### Signes

- Œdème facial
- Distension des veines du cou et du thorax
- Œdème du bras
- Pléthore faciale
- Stridor
- Obnubilation
- Cyanose

Source : Wilson LD, Detterbeck FC. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med* 2007 ; 356 (18) : 1862-9. Adaptation autorisée.

La phlébographie, par contre, est indiquée si la pose d'une endoprothèse vasculaire est prévue<sup>14,17</sup>.

#### Le traitement

La prise en charge du patient présentant un syndrome de la veine cave supérieure en lien avec un cancer a pour but d'atténuer les symptômes et de traiter la cause sous-jacente, si cela est jugé approprié. Les options de traitement dépendent largement de l'histologie du cancer, de son étendue, de l'intensité des symptômes et du pronostic. Elles comprennent les mesures générales de soutien, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'insertion d'une endoprothèse vasculaire ou une combinaison de ces modalités<sup>17</sup>. Il vaut mieux consulter un radio-oncologue ou un oncologue afin d'établir un plan de traitement opti-

mal pour les patients ayant un meilleur pronostic. La survie médiane est d'environ six mois<sup>15,17</sup>.

Il y a un manque de données probantes quant à l'efficacité des mesures initiales visant à soulager les symptômes d'obstruction, comme l'oxygénothérapie, la position de la tête et les diurétiques. Cependant, compte tenu des faibles risques associés, ces mesures peuvent être employées d'emblée.

L'élévation de la tête du patient est recommandée afin de diminuer la pression hydrostatique et, par la suite, l'œdème de la tête et du cou<sup>15,17</sup>.

Un bref essai de corticostéroïdes (dexaméthasone, 4 mg, 2-4 f.p.j.) peut réduire les symptômes d'obstruction liés au lymphome et au thymome, mais l'efficacité est inconnue en ce qui a trait aux autres types de cancer<sup>14-17</sup>. Les corticostéroïdes peuvent aussi être donnés d'emblée en cas d'œdème des voies respiratoires, mais il n'existe que quelques études de cas sur ce sujet<sup>15-17</sup>.

#### En cas d'urgence

Les manifestations cliniques évocatrices d'un œdème cérébral ou de troubles respiratoires constituent une véritable urgence médicale et doivent faire l'objet d'interventions sans délai, comme l'insertion d'une endoprothèse vasculaire et la radiothérapie<sup>15</sup>. La mise en place d'une endoprothèse par voie percutanée peut atténuer les symptômes au bout de 24 à 72 heures, comparativement aux traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie qui demandent de sept à quinze jours<sup>17</sup>.

**L**UNDI MATIN, le Dr Tremblay vous attend tout souriant à l'entrée de l'unité. En suivant vos directives, il a travaillé beaucoup plus que prévu, mais a réussi à éviter le pire pour les patients. Il a su maîtriser l'agitation de M<sup>me</sup> Desmarais, traiter la compression médullaire de M<sup>me</sup> Riopel sans séquelles neurologiques et juguler les saignements de M. Surprenant. Quant à M. Legros, il est beaucoup moins essoufflé. Comme leur famille, les patients étaient reconnaissants des soins reçus.

Et vous avez maintenant un nouveau collaborateur pour les gardes de fin de semaine! 🍷

**Les manifestations cliniques évocatrices d'un œdème cérébral ou de troubles respiratoires constituent une véritable urgence médicale et doivent faire l'objet d'interventions sans délai.**

**Repère**

**Date de réception :** le 30 novembre 2012  
**Date d'acceptation :** le 30 janvier 2013

La D<sup>re</sup> Justine Farley a été membre d'un comité-conseil pour Purdue Pharma en 2012. La D<sup>re</sup> Parissa Charghi n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

- Downing M. Neurological. Dans : Downing M, rédacteur. *Medical Care of the Dying*. 4<sup>e</sup> éd. Victoria : Victoria Hospice Society ; 2006. p. 455-64.
- Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO). *Traitement de la compression médullaire chez les patients atteints de cancer métastatique*. Direction québécoise du cancer ; 2011. Site Internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2059722> (Date de consultation : le 10 décembre 2012).
- Dennis K, Vassiliou V, Balboni T et coll. Management of bone metastases: recent advances and current status. *J Radiat Oncol* 2012 ; 1 (3) : 201-10
- Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics* 2002 ; 43 (3) : 183-94.
- Tougas D. Insomnie, anxiété et dépression. Dans : Regroupement de pharmaciens en établissements de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs, rédacteurs. *Guide pratique de soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*. 3<sup>e</sup> éd. Montréal : A.P.E.S. – Sabex ; 2002. p. 241-65.
- Néron A. Les états confusionnels et l'agitation. Dans : Regroupement de pharmaciens en établissements de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs, rédacteurs. *Guide pratique de soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*. 3<sup>e</sup> éd. Montréal : A.P.E.S. – Sabex ; 2002. p. 267-84.
- Huot AM. Sédation palliative. Dans : Regroupement de pharmaciens en établissements de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs, rédacteurs. *Guide pratique de soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*. 3<sup>e</sup> éd. Montréal : A.P.E.S. – Sabex ; 2002. p. 214.
- Breitbart W, Lawlor P, Friedlamer M. Delirium in the terminally ill. Dans : Chochinov HM, Breitbart W, rédacteurs. *Psychiatry in Palliative Medicine*. 2<sup>e</sup> éd. Oxford : Oxford University Press ; 2009. p. 81-101.
- Harris DH, Noble SI. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 (6) : 913-27.
- Ubogagu E, Harris DH. Guidelines for the management of terminal haemorrhage in palliative care patients with advanced cancer discharged home for end-of-life care. *BMJ Support Palliat Care* 2012 ; doi : 10.1136.
- Prommer E. Management of bleeding in the terminally ill patient. *Hematology* 2005 ; 10 (3) : 167-75.
- Pereira J, Pautex S. Clinical management of bleeding complications. Dans : Hanks G, rédacteur. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4<sup>e</sup> éd. Oxford : Oxford University Press ; 2010. p. 1093.
- Pereira J, Phan T. Management of bleeding in patients with advanced cancer. *Oncologist* 2004 ; 9 (5) : 561-70.
- Chan KS, Tse DMW, Sham MMK et coll. Palliative medicine in malignant respiratory diseases. Dans : Hanks G, rédacteur. *Oxford Text-*

## Summary

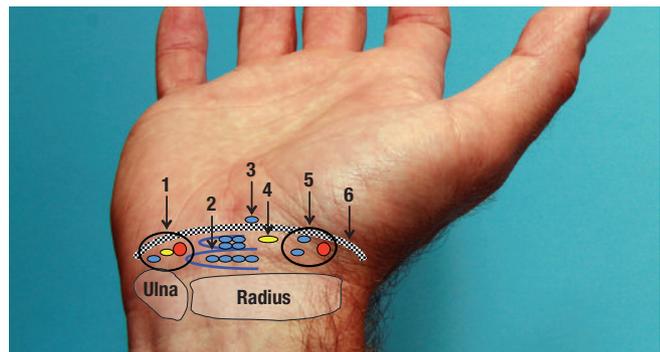
**What to Do in the Event of a Crisis?** Early recognition and management of acute cancer-related complications is fundamental in order to optimize the patient's quality of life and minimize the level of distress in patients, their families and the care team. Maintaining a high clinical suspicion for patients at risk of spinal cord compression, even before the onset of neurological deficits, allows for earlier detection and diagnosis, and in turn better preservation of neurological function. Agitated patients also require urgent medical attention, as they may cause harm to themselves or others. Managing agitation requires a combined approach of using pharmacological measures while ensuring that patients feel safe in their environment. Moreover, being aware of the risk factors associated with a major bleed favours advanced care planning and better preparation in the event of a terminal hemorrhage. Lastly, the need for urgent interventions in patients suffering from severe symptoms of superior vena cava syndrome is discussed.

*book of Palliative Medicine*. 4<sup>e</sup> éd. Oxford : Oxford University Press ; 2010. p. 1121.

- Drews RE, Rabkin DJ. Malignancy-related superior vena cava syndrome. Site Internet : [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) (Date de consultation : le 26 octobre 2012).
- Wilson LD, Detterbeck FC. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med* 2007 ; 356 (18) : 1862-9.
- Wan JF, Bejjani A. Superior vena cava syndrome. *Hematol Oncol Clin North Am* 2010 ; 24 (3) : 501-13.

## Erratum.

Une erreur s'est glissée à la page 30 du numéro de mars 2013 dans l'article « L'évaluation du poignet et de la main, clé en main ». La photo 3 aurait dû s'intituler « Coupe transversale du poignet » et doit être remplacée par celle-ci. Le canal carpien est en position légèrement plus distale et contient uniquement les tendons fléchisseurs superficiels et profonds des doigts, le nerf médian et le tendon du long fléchisseur du pouce, contrairement à ce qui était indiqué dans le corps du texte.



**Photo 3.** Coupe transversale du poignet

- Trio ulnaire de gauche à droite : tendon fléchisseur ulnaire du carpe, nerf ulnaire et artère ulnaire ; 2. Tendons des fléchisseurs superficiels et profonds ; 3. Tendon du long palmaire ; 4. Nerf médian ; 5. Trio radial de gauche à droite : tendon du long fléchisseur du pouce, tendon fléchisseur radial du carpe et artère radiale ; 6. Rétinaculum