

SOINS PALLIATIFS & TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA DYSPNEE

La **dyspnée** est une sensation subjective et pénible d'étouffement, de gêne respiratoire ou de suffocation génératrice d'angoisse.

Démarche évaluative :

- Evaluation de la gêne ressentie par le patient (EVS, EVA)
- Observation des signes cliniques (FR, cyanose, sueurs, tirage)
- Retentissement sur l'autonomie (vie quotidienne, activité), la communication, l'humeur.
- Recherche d'une hypoxie (saturation, gaz du sang ?)
- Examens paracliniques s'ils sont indispensables

Démarche étiologique :

Elucider les mécanismes physiopathologiques, comprendre la cause de la dyspnée

- Evolution tumorale (obstruction, fistule, compression, épanchement)
- Séquelles thérapeutiques
- BPCO, pneumothorax, sd restrictifs, OAP, cardiopathie
- Fausses routes, bronchospasme, pneumopathie
- Etc...

Démarche thérapeutique :

1. Rechercher une amélioration de la dyspnée (EVA \leq 3)
2. Proposer et discuter si possible un **traitement étiologique** selon les bénéfices attendus (Ponction, broncho-dilatateur, diurétiques, corticoïdes, radiothérapie...)
3. Si pas de traitement étiologique ou pas d'amélioration rapide, donner un **traitement symptomatique**
4. Prévoir des **prescriptions anticipées personnalisées**.
5. Informer le patient et obtenir son consentement.
6. Avoir une cohérence d'équipe dans le projet thérapeutique en concertation pluridisciplinaire.
7. Tracer l'information
8. **Réévaluer régulièrement** le projet thérapeutique.

Mesures de soulagement non médicamenteuses

Environnement calme, reposant :

Recherche avec le patient de la position qui apportera le plus de bénéfices et de confort (Position assise, demi-assise ou $\frac{3}{4}$)
Courant d'air frais. Porte, fenêtre ouverte.
Chambre au calme (lumière tamisée) mais pas isolée.

Démarche rassurante

Passages fréquents (soignants, médecins) programmés pour réévaluer, réadapter les traitements si besoin.
Paroles expliquant la situation, les actions proposées ou encore possible
Ecoute permettant au patient de nommer ses peurs, libérer ses émotions, exprimer ses attentes et donner son consentement

Soins corporels

Humidification bouche, nez, visage (eau, spray)
Massages légers et relaxants
Aide à l'expectoration (arrêt si le patient s'aggrave)
Aspiration douce buccale et oropharyngée (arrêt si mal supporté et si le patient s'aggrave (râle agonique))

Entourage :

Repérer les personnes ressources.
Soutenir les proches +/- les associer à la démarche, leur permettre de s'approprier quelques actions.

Traitement symptomatique

Traitement symptomatique n°1: la morphine
(Même pour les dyspnées d'origine cardiovasculaire résistante au traitement étiologique)

- **Dyspnée sans angoisse**
Morphine
+/- anticholinergique
+/- oxygène
- **Dyspnée avec angoisse :**
Morphine + benzodiazépine
+/- anticholinergique
+/- oxygène
- **En cas de détresse respiratoire asphyxiante avec panique :** (hors indication d'intubation ou d'autres traitements étiologiques immédiatement efficaces) :
Sédation selon recommandations SFAP
(cf fiche sédation)

Morphiniques

Diminue le seuil de perception de la dyspnée par le patient et réduit la fréquence respiratoire

Morphine d'action rapide:

- 2,5mg à 5mg / 4H per os ou 2.5mg SC ou 1mg IV toutes les 4 heures si besoin
- Augmenter par pallier de 30 %, en fonction de l'effet clinique obtenu, de la tolérance.
- Quand la dose totale des 24h est établie, on peut convertir en morphine LP

Déjà sous Morphine : augmenter les doses de 20 à 30%/24H

Si voie sous cutanée ou IV : respecter les équivalences

Efficacité non prouvée de la morphine administrée par nébulisation

Benzodiazépines

Réduit l'anxiété

1^{er} intention : BZD à demi-vie courte per os

Lorazepam: TEMESTA®, Bromazepam : LEXOMIL®, Alprazolam : XANAX®).

Ex : Alprazolam : 0,25 à 0,50 mg toutes les 8 heures en sublingual

2^{ème} intention : utiliser la voie SC ou IV (Midazolam : HYPNOVEL®)

Délai d'action immédiat en IV, de 10 à 15 min en SC

EX : Midazolam bolus SC ou IVD de 1 à 2,5 mg à renouveler après 10 min si besoin

puis relais PSE avec 0,25 à 0,50 mg/h chez l'adulte au départ, adapter en fonction réponse clinique

En cas d'asphyxie avec sensation de mort imminente et attaque panique, réaliser une sédation (cf. fiche sédation, recommandation SFAP)

Oxygénothérapie

*Si hypoxémie
Si dyspnée continue
(lymphangite, stridor, etc)*

- Lunettes nasales mieux supportées que le masque
- Débit horaire à adapter à la clinique et à la pathologie
- Assèche les muqueuses et peut générer une gêne supérieure aux bénéfices attendus.
- Ne maintenir que si le patient y trouve un confort et donc savoir l'arrêter

Anticholinergiques

Diminuent les sécrétions bronchiques

*Si encombrement
(terminal, râles agoniques..)*

Surveiller : globe vésical, confusion, sécheresse buccale, etc.

SCOPOLAMINE® COOPER 0.5ml/2ml, Voie : SC, IVL ou en continu à la SE

Poso départ : 0.25 à 0.50mg toutes les 8 heures ou en continu sur 24h à la SE

Si réponse insuffisante : augmenter la posologie des injections et/ou passer à toutes les 4h ou

SCOBUREN® 20mg/ml, Voie SC, IVL ou en continu à la SE

Posologie de départ : 1 ampoule de 20mg toutes les 6 heures si besoin,

A adapter en fonction de la réponse clinique 1à2mg/kg/j.

Moins sédatifs que Scopolamine.

ou

SCOPODERM® 1mg/72h

Timbre de 1 patch tous les 3 jours en rétro auriculaire,

Maximum 4 patchs tous les 3 jours

Efficacité au bout de 6h et jusqu'à 12h-24h après le retrait

Remarque : réduire l'hydratation et arrêter les aérosols humidificateurs.

Contacts utiles		Références bibliographiques
COMPAS Site hospitalier Laënnec Bd Jacques Monod .44093 Nantes Cedex 1	02.40.16.59.90	Manuel de soins palliatifs Edition Dunod – Paris 2009
UNITE DE SOINS PALLIATIFS CHU Nantes, Site hospitalier Laënnec	02.53.48.27.33	Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée Edition SAURAMPS MEDICAL, 2009