

Soins palliatifs : traitement symptomatique de la dyspnée

Définition de la dyspnée:

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 : Echelle verbale simple (EVS), Echelle numérique (EN)
- Observation des signes cliniques : Fréquence Respiratoire, cyanose, sueurs, tirage
- Retentissement sur l'autonomie, la qualité de vie, la communication, l'humeur
- Facteurs aggravants et apaisants
- Recherche d'une hypoxie (saturation)
- Examens paracliniques s'ils sont indispensables

Démarche étiologique:

Comprendre la cause de la dyspnée :

- Evolution tumorale (obstruction, fistule, compression, épanchement)
- Séquelles thérapeutiques (fibrose pulmonaire, lobectomie ...)
- BPCO, pneumothorax, syndrome restrictif, OAP, cardiopathie
- Fausses routes, bronchospasme, pneumopathie
- etc. ...

Démarche thérapeutique : rechercher une amélioration de la dyspnée

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

Mesures de soulagement non médicamenteuses :

• Environnement calme, reposant et aéré :

- Rechercher avec le patient la position la plus confortable (installation assis, demi-assis ou 3/4)
- Courant d'air frais (ventilateur orienté vers le visage). Porte, fenêtre ouverte.
- Chambre au calme (lumière tamisée) mais pas isolée.

• Démarche rassurante:

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

• Soins corporels :

- Humidification de la bouche, du nez, du visage (eau, spray, soins de bouche)
- Massages légers et relaxants: visage, épaules, mains ...
- Aide à la respiration diaphragmatique (abdominale), relaxation
- Aide à l'expectoration (arrêt si le patient s'aggrave)

• Entourage :

- Identifier les personnes ressources.
- Soutenir les proches +/- les associer à la démarche, leur permettre de s'approprier quelques actions pour soulager le patient (Soins de bouche, massages ...).

Traitement symptomatique :

Traitement symptomatique n°1 : la morphine

(Quelle que soit la cause de la dyspnée et quand son traitement étiologique ne la soulage pas)

• Dyspnée sans angoisse:

Morphine
+/- anticholinergique
+/- oxygène

• Dyspnée avec angoisse :

Morphine + benzodiazépine
+/- anticholinergique
+/- oxygène

• En cas de détresse respiratoire asphyxiante majeure avec panique :

(hors indication d'intubation ou d'autres traitements étiologiques immédiatement efficaces)

Sédation selon recommandations SFAP
(cf fiche Compas sédation)

Morphiniques

Diminuent le seuil de perception de la dyspnée par le patient et réduit la fréquence respiratoire.
Action centrale sur la perception de la dyspnée.

MORPHINE D'ACTION RAPIDE:

- Pour un patient naïf de morphine:
 - 2,5mg à 5mg Per Os si besoin (gouttes, comprimés/gélules, ou lyoc) ou 2.5mg S/C ou 1mg IV si besoin et renouvelable toutes les 4 à 6h en fonction de la dyspnée du patient. Prudence chez le patient âgé, insuffisant rénal et respiratoire sévère.
 - Augmenter par pallier de 30 %, en fonction de l'effet clinique obtenu et de la tolérance.
 - Quand la dose totale des 24h est établie, on peut convertir en morphine LP
- Pour un patient déjà sous Morphine :
 - augmenter les doses de 20 à 30%/24H
 - Si voie sous cutanée ou IV : respecter les équivalences (1 PO = 1/2 S/C = 1/3 IV : 30 mg PO = 15 mg S/C = 10 mg IV)

Efficacité non prouvée de la morphine administrée par nébulisation

Première intention : BZD à demi-vie courte per os

Ex : Lorazépam: TEMESTA®, Alprazolam, XANAX®, Oxazépam: SERESTA®

• Si troubles de la déglutition: possibilité de BZD à 1/2 vie longue et en gouttes:
Ex: Prazépam: LYSANXIA®, Diazépam: VALIUM®

Deuxième intention : voie S/C ou IV

(Midazolam : HYPNOVEL®)

Délai d'action immédiat en IV, de 10 à 15 min en S/C

Ex : Midazolam bolus S/C 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, à adapter en fonction de la réponse clinique

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

Benzodiazépines (BZD)

Elles réduisent l'anxiété

Toujours à discuter selon la pathologie du patient: Bénéfices versus Confort

- Les lunettes nasales sont 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

Oxygénothérapie

Anticholinergiques

Diminuent les sécrétions bronchiques si encombrement (terminal, râles agoniques..)

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

SCOPOLAMINE® (Bromhydrate de scopolamine) COOPER® 0.5mg/2ml

Voies : S/C, IVL ou en continu à la Seringue Electrique (SE)

- Posologie de départ : 0.25 à 0.50mg toutes les 4 à 6 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 en SE).

SCOBUREN® (Butylbromure de scopolamine) 20mg/ml

Voies S/C, IVL ou en continu à la SE

- Posologie de départ : 1 ampoule de 20mg toutes les 4 à 6 heures si besoin, A adapter en fonction de la réponse clinique 1 à 2 mg/kg/j.(Ex: 60 à 120 mg/j pour patient de 60 kg).
- Moins sédatif que la Scopolamine.

SCOPODERM® 1mg/72h

- 1 patch tous les 3 jours en rétro auriculaire, Maximum 4 patchs tous les 3 jours
- Efficacité à partir de 6h après la 1e pose et persistance jusqu'à 12h après le retrait

Remarque : questionner la diminution de l'hydratation artificielle et arrêter les aérosols humidificateurs

Contact utiles

COMPAS
www.compas-soinspalliatifs.org

02.40.16.59.90

Références bibliographiques

- La dyspnée p.461- Manuel de soins palliatifs- 5ème Edition Dunod - Paris 2020
 - Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée - Edition SAURAMPS MEDICAL, 2009 (??)
 - La revue du praticien.Vol. 59/20.06.2009 P 792- 794
 - Guide de soins palliatifs p 63-69. Laurent Taillade, Ed. Elsevier Masson - Mai 2025
- MAJ - 2026