



Palli-Science

L'évaluation et le traitement des rôles en fin de vie

Par Mireille Aylwin, médecin
Et Justine Métayer, infirmière

Aucun conflit d'intérêt n'est présent en lien avec ces informations

Les râles

Les râles signent un déséquilibre entre l'entrée de liquide dans l'arbre pulmonaire et l'élimination insuffisante de ce liquide : il s'ensuit une accumulation dans les bronches.

Il y a donc apparition de bruits ronflants causés par un mouvement de liquide emprisonné dans l'arbre pulmonaire qui roule sous la poussée du flux d'air expiré et/ou inspiré. Ces bruits sont d'abord expiratoires puis survenant aux deux temps de la respiration.

Le déconditionnement et la dénutrition jouent un rôle majeur pour l'élimination des sécrétions bronchiques. On note souvent une incapacité à tousser de façon efficace et une force expiratoire déficiente chez les personnes en fin de vie qui développent des râles.

- Ces râles sont beaucoup plus incommodants **pour l'entourage** que pour le patient lui-même (lorsque sous bonne sédation ou inconscient);

IMPORTANT : Aviser et informer les proches de cette éventualité afin de mieux les préparer : « *Il s'agit d'un symptôme auquel on s'attend en fin de vie. Ce n'est pas de la difficulté à respirer.* »

Les râles surviennent chez 23 à 44% des patients en fin de vie, principalement dans les dernières heures de vie (peuvent être un signe annonciateur d'un décès proche) ; le décès survenant dans les 48h après leur apparition chez 76% des patients.

Évaluation des râles

Il est important de bien évaluer l'intensité des râles, et il importe surtout que l'évaluation soit faite avec un seul et même outil (pour avoir un langage et une mesure comparative commune). L'évaluation quantitative de l'embarras respiratoire selon l'échelle de Victoria peut être utilisée comme référence.

0	Pas d'embarras
1	On entend l'embarras à moins de 30 cm du patient
2	On entend l'embarras lorsqu'on est au pied du lit
3	On entend l'embarras à la porte de la chambre

- Réduire autant que possible les bruits environnants (télévision, radio) et écouter les respirations sur 30 secondes aux trois endroits : à 30 cm du thorax du patient, au pied du lit et à la porte, puis inscrivez le résultat au dossier.

Types de râles :

1. Râles de type I

- Sécrétions salivaires (oropharyngées) et bronchiques (trachéobronchiques); le système parasympathique est fréquemment stimulé chez les malades terminaux, ce qui cause une production accrue de mucus et active la dynamique ciliaire (mais la dynamique ciliaire disparaît si l'état nutritionnel est insuffisant) : il y a donc plus de mucus qui stagne en fin de vie.
- Ces sécrétions répondent bien aux anticholinergiques
Traitements : Glycopyrrolate (Robinul) et Scopolamine
 - La moitié des malades ne répondent que partiellement au traitement anticholinergique : 50 % mourront avec des râles significatifs même si on accroît les doses de médicaments. Cela peut être dû à l'abondance des sécrétions présentes, à un traitement appliqué trop tardivement ou à une physiopathologie non reliée aux récepteurs muscariniques (inflammation locale stimulant des récepteurs non muscariniques ou présence d'œdème pulmonaire).
 - L'atropine ne constitue pas un médicament de premier choix en raison du risque d'effets anticholinergiques importants qui peuvent durer des heures. Toutefois, puisque les gouttes oculaires d'atropine peuvent être administrées par voie orale, elles restent utiles lorsque le recours aux injections sous-cutanées est limité.

2. Râles de type II

- Sécrétions stimulées par une inflammation locale ; inflammation secondaire à une aspiration sur dysphagie (répond mal à tout traitement) ou inflammation secondaire à une infection (des antibiotiques peuvent être tentés selon le stade d'évolution de la maladie)

3. Râles de type III

- Râles causés par une expansion intrapulmonaire ; œdème pulmonaire (surcharge) sur dysfonction cardiaque gauche (insuffisance cardiaque)
 - Ces râles répondent habituellement bien aux diurétiques (furosémide)

Traitement pharmacologique :

Anticholinergiques :

- Diminuent l'embarras respiratoire et les sécrétions trachéo-bronchiques à venir : ces agents n'ont aucune action sur les sécrétions déjà présentes
- Produisent aussi une bronchodilatation qui contribue à diminuer les bruits respiratoires
- Réservés pour de courtes périodes de traitement, généralement en fin de vie ou pour des atteintes sérieuses re : effets secondaires ++;
 - Glycopyrrolate (Robinul) : lorsque sédation non souhaitée
 - 0,2 à 0,4 mg SC q 2 à 4h
 - Scopolamine (hydrobromure d'hyoscine) : lorsque sédation + amnésie désirée
 - 0,4 à 0,6 mg SC q 4 à 8h ou 0,4 mg SC q 2 à 4h si effet sédatif souhaité
 - Scopolamine (Transderm-V) timbre : début action + long
 - 1 à 3 timbres (selon réponse clinique) q 72h
 - Atropine :
 - 0,4 à 0,6 mg SC q 4 à 6h
 - Peut être donné par voie orale avec les gouttes de solution ophtalmique :
 - 1 à 2 gouttes de solution ophtalmique 1% (0,5mg/goutte)
 - (mais la grosseur des gouttes varie facilement; administration imprécise)
- Réponse paradoxale possible des anticholinergiques :
 - Peut se manifester par excitation, agitation, confusion, délirium :
 - Chez 10% des patients,
 - Surtout avec un dosage élevé ou une thérapie prolongée,
 - **Recommandation** : changer d'agent.
- ❖ Les associations d'anticholinergiques sont irrationnelles et déconseillées.

Furosémide :

- Les patients les plus prédisposés à répondre à ce traitement seraient des patients de sexe masculin, porteurs d'une plus grande masse musculaire et susceptibles d'être affectés par une plus grande protéolyse en fin de vie.
- Le furosémide peut aussi servir parfois à diminuer la surcharge liquidienne associée à certaines conditions cliniques, comme l'insuffisance cardiaque, l'œdème, l'ascite.
 - 20 à 40 mg SC, répétable q 30 minutes (selon réponse clinique) ad 3 doses, q 8h

Traitement non pharmacologique :

- Rassurer et informer le patient, les proches et le personnel soignant
 - Diminuer les apports liquidiens, si possible
 - Éviter ou limiter tout apport liquide PO aux patients dysphagiques
 - Positionnement du patient
 - Drainage postural et percussion
- ❖ On ne retrouve, par contre, aucune étude scientifique démontrant l'efficacité de ces interventions. Toutefois, elles sont perçues comme aidantes par les cliniciens qui les appliquent.

Références

- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec [A.P.E.S.]. (2019). *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*, 5e Éd., Montréal, Québec : A.P.E.S.
- Jacquemin, D. & De Broucker, D. (2014). *Manuel de soins palliatifs*, 4e Éd. Paris : édition Dunod.
- La Maison Victor-Gadbois. (2020) *Mini-guide Palli-Science, outil de consultation pour les soignants au chevet de patients en phase palliative de cancer*, 19e édition.
- Pallium Canada. (2016). *Livre de poche de Pallium sur les soins palliatifs : une ressource dûment référencée révisée par les pairs*, 2e Éd., Ottawa, Canada : Pallium Canada.
- Vinay, P. et al. (2010). Soigner les rôles terminaux, *Médecine palliative* (9), p. 148-156.