

Dyspnée en fin de vie : guide thérapeutique

Préambule

La dyspnée, tout comme la douleur, est un symptôme ressenti. Elle est exactement ce que la personne en dit. Le soulagement de cette souffrance particulière, tout comme la douleur, est un objectif qui s'intègre dans la recherche du confort sous tous ses aspects.

Son évaluation est avant tout subjective et se fait à l'aide d'une échelle analogique : **l'échelle modifiée de Borg**.

L'évaluation des signes extérieurs de la dyspnée a tout de même sa place: fréquence respiratoire/cardiaque, tirage, etc. Elle peut guider l'intervenant vers une **étiologie** sur laquelle il lui sera possible d'intervenir. Notez qu'un trop grand écart entre les mesures subjectives et objectives peut être l'expression d'un fort niveau d'anxiété. Enfin, ce type d'évaluation peut suppléer à l'expression de la personne lorsque celle-ci devient impossible. Cependant, elle ne peut en aucun cas se substituer à l'expression de la personne concernée.

Lors d'altération de l'état de conscience, une agitation marquée est parfois la seule manifestation d'une dyspnée importante bien que d'autres signes peuvent être présents : tachypnée, diaphorèse.

Les mesures oxymétriques ou capnographiques sont de peu d'utilité pour déterminer une ligne de conduite ou pour évaluer la dyspnée. Il importe donc de ne pas insister sur ces mesures.

Les râles bronchiques en fin de vie nécessitent l'utilisation d'une médication adaptée et un enseignement empathique envers les proches. L'aspiration nasotrachéale, acte invasif et agressant, est inefficace. Une aspiration buccale délicate peut parfois être bénéfique.

La détresse respiratoire correspond à une dyspnée ayant atteint un degré tel qu'*elle « subjugue tous les aspects (physiologiques, sociaux culturels, environnementaux, émotionnels et cognitifs) de la vie d'un individu... »*¹

Les manifestations cliniques de la détresse respiratoire sont multiples, notamment: polypnée (respiration rapide et superficielle), tachypnée (> 28/min), ↓ ventilation, ↑ de l'effort respiratoire, cyanose, tachycardie importante, forte anxiété (avec ou sans panique) et agitation. Le tout pouvant culminer vers une impression de mort imminente.

Préalables à toute approche pharmacologique de la dyspnée

Face à toute manifestation d'inconfort respiratoire, les proches et l'intervenant doivent manifester calme et empathie.

Air frais ► Plusieurs études ont démontré qu'un apport d'air frais avait un impact majeur sur la perception de la dyspnée. Cet impact est souvent supérieur à celui de l'oxygénothérapie. Ventilateur dirigé vers la joue et/ou fenêtres ouvertes peuvent aider.

¹ Frenette Guy et Barbant André-Didier, Maison Victor Gadbois octobre 2005

Relaxation ► La relaxation (Jacobson, visualisation positive, etc.) peut améliorer substantiellement le confort respiratoire.

Environnement ► Calme sans isolement. Vue sur l'extérieur et sur les proches. Espaces dégagés pour favoriser la déambulation (tant qu'elle est possible) et/ou les transferts. Espace le moins oppressant possible. Bonne humidité dans la pièce soit 40 à 50% l'hiver et climatisation l'été si canicule. Draps frais.

Position ► Lit électrique permettant position semi-assise au lit favorise le dégagement des viscères portant obstacle à la mobilité du diaphragme tout en évitant la toux liée en partie au collapsus de bronches encombrées.

Corps ► Mauvaise hygiène buccale, sous-hydratation, ballonnements et problèmes d'élimination, peuvent être d'importantes sources d'inconfort respiratoire et autres. Une bonne hydratation permet une meilleure élimination des sécrétions bronchiques. Si présence d'une hypersécrétion en l'absence de toux efficace, faire enseignement sur la toux avant d'envisager anticholinergiques.

Oxygénothérapie ► La place de l'oxygène en soins palliatifs est au cas par cas. **Se rappeler que l'O₂ est un mauvais palliatif à la dyspnée** (inférieur souvent à l'apport d'air frais). De plus, il tend à limiter les déplacements, à créer chez la personne une vision négative de son état. Soulagement en lien avec l'effet placebo lui-même lié aux attentes de la personne.

Si l'inconfort respiratoire de repos se maintient malgré l'application de ces interventions, une approche pharmacologique complémentaire devient indiquée.

Interventions pharmacologiques

Toujours chercher à définir l'étiologie de la dyspnée pour une meilleure intervention.

Les opiacées dans la dyspnée (à doses thérapeutiques) ► Diminution de la perception centrale de la dyspnée; de l'anxiété reliée à la dyspnée; de la sensibilité de la réponse au CO₂/O₂; de la consommation d'O₂; du travail cardiaque; de la réponse des barorécepteurs et de la toux. Durée d'action contre la dyspnée plus courte que contre la douleur. Favoriser administration continue et/ou bio-disponibilité plus rapide (élixir). Aucune modification de la fonction pulmonaire à doses thérapeutiques.

Anticholinergiques (Glycopyrrolate « Robinul » ou Scopolamine). ► Réduisent la quantité des sécrétions. Si râles ou abondance de sécrétions. Robinul si sédation non désirée ou Scopolamine si sédation désirée (possibilité de confusion, délirium).

Benzodiazépines ► **Lorazepam** « Ativan » ou **Midazolam** « Versed » (**Anxiolytiques**). La dyspnée pouvant être augmentée et entretenue par l'anxiété, elle doit être traitée efficacement.

Dexaméthasone « Décadron » **Anti-inflammatoire corticoïde** ► Inflammation, bronchospasme, lymphangite carcinomateuse, SVCS (syndrome veine cave supérieure) et œdème péri-tumoral.

Codéine, Dextrométorphan, Cophylac ► Toux sèche fréquente, en quinte avec atteinte du confort (sommeil par ex.) et/ou entraînant dyspnée. La toux est un symptôme à part. Il doit y avoir questionnement quant à l'usage concomitant de la codéine à d'autres opiacés en vue du soulagement de la dyspnée.

Autres causes ► Parfois la dyspnée est causée par des pathologies antérieures ou associées comme **l'insuffisance cardiaque, la MPOC, l'asthme**, etc. Ces situations seront traitées de la même façon qu'avant à moins que le traitement entraîne trop d'inconvénients, d'effets secondaires ou qu'il ne soit plus efficace. **L'ascite** sévère pourrait nécessiter une ponction si celle-ci est désirée par la personne.

LA DYSPNÉE EN SOINS PALLIATIFS

OUTIL D'AIDE À LA PRISE DE DÉCISION

CSSS DU SUROÎT MARS 2012

Recherche et développement : Lucien Gagnon, inhalothérapeute. Collaboration et révision : Chantal Rochefort, infirmière conseil en soins palliatifs et Dr Ariane Charliers-Lazure

Échelle de Borg au repos [♫]	Indicateurs d'intensité de la dyspnée au repos Tableau clinique variable [♫]	Approche thérapeutique et pharmacologique à suggérer au MD
0- 0,5 1 2	Ø dyspnée à dyspnée légère : - dyspnée légère s'exacerbant à l'effort; - toux sèche ou grasse persistante parfois présente; - autonome AVQ.	Revoir mesures non pharmacologiques. Benzo (si anxiété) et bronchodilatateurs (Ventolin) si antécédents de maladie pulmonaire ou tabagisme. Cortico inhalées si suspicion d'œdème péri-tumoral.
3 4 5	Dyspnée modérée à sévère; inconfort + : - tachypnée à 18-24; - toux sèche ou grasse; - expecto plus ou moins abondantes; - muscles accessoires sollicités (tirage); - tachycardie souvent présente; - anxiété; - AVQ : perte d'autonomie.	Mesures non pharmacologiques, vérifier étiologie et, si dyspnée jugée intolérable... Opiacés [♦] Benzo [♠] si anxiété ou agitation. Décadron [♫] au besoin.
6 7 8	Dyspnée sévère à très sévère, ressentie comme intolérable; grand inconfort : - muscles accessoires très sollicités; - tachypnée importante (24 et plus); - râles bronchiques++ et/ou expectorations abondantes; - toux fréquentes, épuisantes; - tachycardie.	Vérifier étiologie: lymphangite, [♫] SVCS, [♫] œdèmes péri-tumoraux, [♫] ascite (ponction). Opiacés [♥] Benzo [♠] si anxiété ou agitation. Anticholinergiques : Scopolamine ou Robinul si sécrétions abondantes. Aviser Md de garde ou traitant.
9 10 <i>À ce stade, la personne devrait avoir beaucoup de difficultés à parler [♫].</i>	Dyspnée très, très sévère, jugée extrême (cf. tableau de détresse) : - tachypnée importante (respiration superficielle); - agitation et panique possible; - diaphorèse; - cyanose; - tachycardie importante.	Application protocole de détresse; ici, l'étiologie n'a plus d'importance. - Maintien de la présence. - Contacter Md de garde.
[♫] Un écart important entre l'auto-évaluation et les signes cliniques peut signifier une grande anxiété. [♦] Opiode naïf : 2,5 mg de morphine per os en élixir à 1 mg/ml ou 0,5 mg Dilaudid per os q 4h pm. Si déjà sous opiacés : entre-doses q 4 h pm. [♥] Opiode naïf : 5 mg morphine en élixir à 1 mg/ml ou 1 mg Dilaudid per os q 4 h pm. Si déjà sous opiacés : donner une entre-doses q h pm. Après 48 heures, si doses données sur base régulière, convertir en longue action. [♣] Ativan 1 à 2 mg s.l. q 4 h pm ou Midazolam 2 mg s.c. aux 4 h pm. [♠] Ajuster à la hausse Ativan s.l. ou Versed s.c. selon besoin (anxiété, réponse à la médication et état général). [♫] Decadron (4 à 16 mg /24 h) si suspicion œdème péri-tumoral, SVCS ou lymphangite carcinomateuse. On peut suggérer Decadron dans tous les cas de cancers bronchiques, tumeurs péri-bronchiques ou cancers du médiastin lorsque accroissement rapide de la dyspnée.		