

# Soins Palliatifs en pneumologie

## SSMG Grande Journée Pneumologie

Docteur Danielle Hons 17/11/2012



[WWW.CMSENAMUR.BE](http://WWW.CMSENAMUR.BE)



GRUPEMENT HOSPITALIER NAMUROIS

FOYER  
**SAINT-FRANÇOIS**  
Centre de Soins Palliatifs à Namur

CLINIQUE ET MATERNITE  
SAINTE-ELISABETH • NAMUR



# Plan

**Introduction**

**Cas clinique**

**Symptômes respiratoires et leurs  
traitements palliatifs**

- **Dyspnée**
- **Encombrement respiratoire**
- **Détresse respiratoire**

**BPCO en fin de vie**

**Conclusion**

# Introduction

**Pneumologie : symbolique rattachée au souffle**

**Les soins palliatifs doivent être envisagés précocement**

**Ils doivent pouvoir coexister avec les traitements spécifiques**

**Dans un projet de soins continus**

**Indispensable anticipation**

**L'acceptation du temps du mourir comme un temps à vivre demande un engagement éthique de la part du médecin et des soignants.**

# Histoire de Mr L, 72 ans

« je suis abandonné par le docteur parce que je ne suis plus intéressant »

## 1<sup>ère</sup> consultation :

- Tenter d'introduire un traitement symptomatique de la dyspnée
- Tenter d'introduire du tiers dans ce couple fusionnel
- Expliquer l'offre en soins palliatifs

## 2<sup>ème</sup> consultation 1 semaine plus tard :

Mr demande l'euthanasie

**Question** : Qu'est-ce qui a dérapé ?

**Pas d'anticipation**

# Symptômes respiratoires et leurs traitements palliatifs: I. La dyspnée

**La dyspnée: sensation subjective** d'inconfort ou de difficulté associée à l'acte de respirer

Généralement **indépendante du statut respiratoire objectif** du malade tel qu'il peut être décrit par les explorations fonctionnelles ou la mesure des gaz du sang

Elle provoque:

- Augmentation de la fréquence respiratoire
- Réduction des activités physiques

Elle peut être accompagnée de sécrétions, de toux, de douleur thoracique, de fatigue et peut mener à la suffocation

# La dyspnée

## Incidence

50 à 70% de tous les cancers terminaux  
avec une incidence plus élevée dans les 6  
dernières semaines de vie

Jusqu'à 90% chez les patients atteints de  
cancer du poumon en phase avancée

# Principales causes de dyspnée (1)

## Pathologies cancéreuses

- ORL : Tumeurs trachée, larynx, cordes vocales
- Cancers pulmonaires primitifs ou métastases
- Augmentation de volume des ganglions
- Lymphangite carcinomateuse
- Syndrome veine cave supérieure
- Epanchement pleural, tumeur pleurale
- Ascite, épanchement péricardique
- Fistule trachéo-oesophagienne

# Principales causes de dyspnée (2)

## Traitements antérieurs liés au cancer

- Pneumonectomie ou lobectomie
- Fibrose pulmonaire liée à radio ou chimiothérapie
- Cardiomyopathie (chimiothérapie)

## Pathologies broncho-pulmonaires

- BPCO, asthme, emphysème
- Pneumonie (infections)
- Embolie pulmonaire
- Fausses déglutitions
- Pneumothorax

# Principales causes de dyspnée (3)

## Pathologies cardiaques

- Insuffisance cardiaque
- Infarctus du myocarde

## Divers symptômes

- Douleur mal contrôlée
- Fièvre
- Anxiété, hyperventilation
- Faiblesse musculaire (SLA, myasthénie)
- Obésité
- Atteintes abdominales : hépatomégalie, ascite, distension gastrique
- Fracture de côte

# Principales causes de dyspnée (4)

Toutes ces causes pourront bénéficier de traitements touchant le mécanisme physiopathologique responsable de la dyspnée

**en fonction du contexte clinique et de la volonté du patient**

# Evaluation de la dyspnée

**Symptôme subjectif.** Pas de mesure objective

On peut utiliser les échelles visuelle analogique ou numérique

Evaluer les facteurs aggravants, les symptômes associés,

l'impact sur la qualité de vie, l'impact psychologique

**Peu de corrélation** entre ce que rapporte le patient et les gaz artériels, les tests de fonction respiratoire, le rythme respiratoire ou la saturation en O<sub>2</sub>

**En phase palliative, ceux-ci sont donc peu utiles**

# Traitements étiologiques (1) :

EN FONCTION DU CONTEXTE

Les cancers à petites cellules :

→ chimiothérapie

Les tumeurs bronchiques : pour lever une atélectasie, stopper des hémoptysies

→ radiothérapie palliative

pour détruire un petit bourgeon bronchique

→ laser, cryothérapie

trachée ou bronche souche sténosée

→ stent

# Traitements étiologiques (2) :

EN FONCTION DU CONTEXTE

Syndrome cave supérieur : radiothérapie et doses élevées de corticoïdes

Embolie pulmonaire : HBPM

Infections broncho-pulmonaires : AB

Décompensation cardiaque : diurétiques

Epanchements : ponctions

Anémie : transfusion

Patient en phase terminale → Ne pas traiter

# Traitements symptomatiques

**But :** diminuer l'effort respiratoire et maximiser la qualité de vie

- **Traitements médicamenteux de la dyspnée**
- **Traitements non médicamenteux**
- **Place de l'oxygénothérapie**
- **Place de la kinésithérapie**

**Principe constant et fondamental :**  
**s'attacher à traiter le symptôme,**  
**c'est-à-dire la gêne respiratoire et non la**  
**saturation en oxygène dans le sang**

# Traitements médicamenteux de la dyspnée

**MORPHINE: médicament de 1<sup>ère</sup> intention pour soulager la dyspnée en phase terminale** de cancer, BPCO, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale (étude Cochrane)

Mais... persistance de la peur de la dépression respiratoire. A dépasser!

Voie orale ou parentérale (sous-cutanée)  
(en aérosols ? !! bronchoconstriction)

# Traitements médicamenteux de la dyspnée (2)

Actuellement, la Morphine est le seul traitement ayant prouvé son efficacité et sa relative bonne tolérance dans la prise en charge symptomatique, palliative, de la dyspnée en fin de vie

Dr I. Marin, 2004, emsp Hôpital Delafontaine Saint-Denis France

# Traitements médicamenteux de la dyspnée (3)

La Morphine:

- action sur le centre respiratoire
- diminution de la sensibilité à l'hypercapnie et à l'hypoxémie
- ralentissement de la fréquence respiratoire (titration pour garder une fréquence supérieure à 10/min)
- réduction de la consommation d'oxygène
- effet anxiolytique central

# Traitements médicamenteux de la dyspnée (4)

**Mêmes règles d'utilisation que dans la douleur** : dose régulière, entredoses, anticipation de la constipation et des vomissements

Si patient naïf aux opioïdes : commencer par 2,5 à 5 mg PO par 4 à 6H, MS-Contin 10 mg par 12H

Si patient déjà traité par opioïdes : augmenter la dose régulière de 25 à 50% selon la gravité de la dyspnée

Prévoir des entredoses :  $1/10^{\text{ème}}$  à  $1/6^{\text{ème}}$  de la dose régulière

# Traitements médicamenteux de la dyspnée (5)

## ANXIOLYTIQUES :

Brisent le cercle vicieux anxiété-dyspnée

Prescrits très largement malgré leurs effets dépresseurs sur la commande ventilatoire

Pour soulager une réelle angoisse du malade ou pour soulager l'entourage y compris soignant et médecin ?

Alprazolam, Prazepam (Lysanxia), Lorazepam, Diazepam, Tranxène,...

**Intérêt du Dormicum** (voie IV, SC ou SL) dans la crise de détresse respiratoire: début d'action rapide et courte demi-vie

# Traitements médicamenteux de la dyspnée (6)

CORTICOÏDES : employés largement, surtout efficaces en cas de

- compression tumorale des voies aériennes
- bronchospasme (aérosols)
- syndrome cave
- lymphangite carcinomateuse
- fibrose pulmonaire radique

Doses : Dexaméthasone PO ou SC jusqu'à 20 mg/j en 1 fois,

Médrol 64 mg/j en 1 ou 2 prises

A réduire progressivement

# Traitements médicamenteux de la dyspnée (7)

NEUROLEPTIQUES : peuvent participer à une sédation du patient en présence de dyspnée très importante (Nozinan)

BRONCHODILATATEURS : effet bénéfique si bronchospasme

En puffs ou en aérosols suivant l'état du patient (faiblesse, panique, dyspnée majeure)

Aérosols de sérum physiologique liquéfient les sécrétions pour en faciliter l'expectoration

MUCOLYTIQUES (ACÉTYLCYSTÉINE) : prudence !  
Ne pas noyer dans ses sécrétions le patient qui n'a plus la force d'expectorer

# TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX de la dyspnée

Ventilateur, porte ou fenêtre ouverte, massage, relaxation, sophrologie

Interventions auprès du malade sans agitation ni panique

Présence calme, explications de ce qu'on fera en cas d'aggravation

**Ne pas se laisser contaminer par l'angoisse !**

# Place de l'oxygénothérapie

La symbolique du souffle vital est étroitement liée à celle de l'oxygène.

**Ressenti de 16 soignants d'un service de pneumologie** (Dr Vincent Morel, CHU de Rennes) :

- l'oxygène est un co-analgésique qui participe au confort du patient
- l'oxygène est un moyen de lutter contre l'asphyxie
- l'oxygène est un soin non douloureux, non agressif, non invasif
- le bruit du barboteur d'humidification est parfois perçu comme une gêne à l'intimité

# Place de l'oxygénothérapie (2)

- le bruit du barboteur est parfois perçu comme symbole de vie qui continue, qui retarde le silence de la mort
- l'oxygène sert à soulager la famille, rassure aussi le personnel : « on respire mieux avec de l'oxygène »
- c'est un signe d'accompagnement, de non-abandon
- l'oxygène est perçu comme cordon ombilical qui relie à la vie. Il est **symbole de vie**, lien de vie. Il refoule la difficile réalité de la mort qui s'approche

# Place de l'oxygénothérapie (3)

Commentaire sur l'enquête:

« L'oxygénothérapie, thérapeutique coûteuse, le plus souvent inefficace d'un point de vue curatif et palliatif, est alors un enjeu dans les soins, **enjeu symbolique de vie jusqu'au bout, ou de refus de la mort** ; enjeu de non-abandon ou d'une sollicitude qui ne peut passer que par des soins techniques »

Dr Isabelle Marin (pneumologue travaillant en soins palliatifs)

# Place de l'oxygénothérapie (4)

## A retenir :

- l'oxygène ne soigne que l'hypoxie**
- croire le malade** : si l'oxygène l'améliore, il faut le lui administrer, s'il le gêne, il faut le retirer.

Oxygénothérapie après l'effort souvent plus importante qu'en continu ou au repos au lit.

# En Belgique : Hypoxémie chez les patients palliatifs

Informez le médecin-conseil du **statut palliatif**

**Remboursement: à partir de la date de notification**

Une **demande préalable** auprès du médecin-conseil n'est **pas nécessaire**

Le patient doit disposer d'une **prescription mensuelle** comprenant les éléments suivants :

- oxygène gazeux en DCI
- le dosage (en litre par minute et nombre d'heures par jour)
- le cas échéant, l'humidificateur d'oxygène
- **Ou** utilisation d'un oxyconcentrateur (+ humidificateur)

# Hypoxémie chez les patients palliatifs (2)

Indiquer « **tiers payant applicable** » sur la prescription

Conserver **dans le dossier médical du patient les pièces justificatives :**

- **hypoxémie cliniquement documentée**
- **statut de patient palliatif** (date ou copie de l'avis à la mutualité)
- **évaluation du traitement prescrit** qui démontre que la situation du patient s'améliore grâce à l'oxygénothérapie

# Place de la kinésithérapie

**En fin de vie,**

**pas d'objectif de rééducation** mais

- prise de conscience de la respiration
- apprentissage d'un contrôle respiratoire
- aide à la relaxation
- aide à l'expectoration
- aspiration endotrachéale éventuelle
- présence rassurante d'un professionnel

Il y a souvent un **manque de concertation** entre le médecin et le kiné

# Place de la kinésithérapie (2)

## Le kiné peut orienter le traitement médical:

- indication d'une aspiration
- indication du passage à la Scopolamine
- contreindication relative de celle-ci si les sécrétions sont purulentes

**La confrontation à la mort** peut faire peur au kiné comme aux autres soignants

**Importance d'une concertation** et d'une collaboration dans un travail d'équipe

## II. Encombrement des voies respiratoires en fin de vie

**Symptôme fréquent** : 1 patient sur deux, stressant, plus pour l'entourage que pour le patient

### **3 mécanismes pathogènes :**

- bronchorrhée : hypersécrétion pathologique de mucus bronchique
- inhalation de sécrétions naso-pharyngées, salive, liquide gastrique ou aliments
- rôle agonique : son produit par le mouvement avec la respiration des sécrétions stagnant dans les régions pharyngolaryngées et trachéobronchiques en raison de la perte des réflexes de déglutition et de toux

# II Encombrement des voies respiratoires en fin de vie

## Traitements

Traitements spécifiques habituels : Place et limites

Traitements symptomatiques visant à évacuer les sécrétions des voies respiratoires

Traitements symptomatiques visant à diminuer le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus

# Encombrement: Traitements spécifiques habituels : Place et limites

BRONCHODILATATEURS : en cas de bronchospasme

CORTICOÏDES : efficaces si hypersécrétion

DIURÉTIQUES : indiqués jusqu'au bout si insuffisance cardiaque gauche

ANTIBIOTIQUES : **pas systématiques en fin de vie !**

A discuter en fonction du stade évolutif de la maladie, de l'état clinique du malade et du bénéfice escompté. Les ANTIPYRÉTIQUES peuvent assurer le confort du patient

MUCOLYTIQUES et aérosols de sérum physiologique : augmentent le volume des sécrétions. **A éviter si le patient ne peut plus expectorer**

# Traitements symptomatiques visant à évacuer les sécrétions des voies respiratoires

## ASPIRATIONS NASO-TRACHÉALES

Très répandues mais **pas anodines**

Effets secondaires bien connus: inconfort, majoration de la toux et donc de certaines douleurs, saignement du nez, risque infectieux

Mais aussi : traumatismes de la muqueuse trachéobronchique, hypoxies (liées à atélectasie ou bronchoconstriction)

Et encore : bradycardies (par stimulation vagale), arythmies cardiaques (moins fréquentes, favorisées par l'hypoxie)

# Traitements symptomatiques visant à évacuer les sécrétions des voies respiratoires

## Place des aspirations naso-trachéales en fin de vie :

En complément d'autres traitements (p.ex. pour évacuer des sécrétions avant l'instauration de Scopolamine)

Par des personnes compétentes

Dialogue préalable indispensable avec la famille

Prêt d'appareils Plate-formes SP, location Mutualités

# Traitements symptomatiques visant à évacuer les sécrétions des voies respiratoires

## DRAINAGE POSTURAL :

position horizontale (pas déclive la tête en bas!) de  $\frac{3}{4}$

efficace pour

permettre une respiration libre sans compression thoracique et abdominale, favoriser l'écoulement de la salive et des sécrétions et éviter l'appui sur les parties osseuses saillantes

# Traitements symptomatiques visant à diminuer le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus

## PLACE DE L'HYDRATATION :

L'hyperhydratation majore la dyspnée, la toux, les épanchements pleuraux, l'ascite, l'œdème à tous les niveaux et donc la douleur

**En fin de vie**, le métabolisme de l'eau se transforme de façon significative

Mécanisme de **sécrétion inappropriée aiguë d'ADH chez les malades palliatifs**

Conditions très communes en fin de vie, même si elles ne sont pas toujours identifiées

# Traitements symptomatiques visant à diminuer le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus

## PLACE DE L'HYDRATATION (2):

### **Conséquences pratiques : il s'agit de**

- laisser boire le malade selon la soif seulement
- assurer une hydratation buccale adéquate
- ne jamais laisser une perfusion intraveineuse dans le seul but d'hydrater
- cesser la nutrition par gavage en continu
- comprendre que les œdèmes = réserve d'eau
- expliquer à la famille** ce changement physiologique et la soutenir. Il ne s'agit en aucun cas d'abandonner le malade mais de lui éviter un maximum d'inconfort

# Traitements symptomatiques visant à diminuer le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus

LES ANTICHOLINERGIQUES : inhibent la production des sécrétions respiratoires.

-les amines tertiaires passent la barrière hémato-encéphalique

ATROPINE : excitation centrale

SCOPOLAMINE : fort sédative et peut entraîner de la confusion mais aussi une amnésie

-les ammoniums quaternaires n'ont quasi pas d'effets centraux :

ROBINUL (glycopyrronium) très peu sédatif

BUSCOPAN (butylscopolamine)

# Traitements symptomatiques visant à diminuer le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus

Nombreux effets périphériques : réduction des sécrétions bronchiques mais aussi salivaires (sécheresse de bouche) et lacrymales, bronchodilatation, constipation, rétention vésicale, mydriase et cycloplégie

Prudence nécessaire en cas d'hypertrophie prostatique et de glaucome

Effets centraux : bradycardie puis tachycardie (Atropine !), sédation, amnésie, excitation

Effets neuro-psychiques à doses élevées

# Traitements symptomatiques visant à diminuer le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus

## Doses :

**Dans les râles agoniques** : Scopolamine 0,25 à 0,50 mg toutes les 4 à 6H ou en perfusion continue par voie SC à la dose de 1 à 3 mg/24H

Buscopan : médication de secours si Scopolamine pas disponible

- Effet positif sur râles d'agonie dans 50 à 94% cas
- Pas d'effet sur sécrétions déjà accumulées
- Nécessité d'une aspiration préalable ?
- Moins efficaces si bronchorrhée de longue date
- Peu efficaces si infection broncho-pulmonaire

# Traitements symptomatiques visant à diminuer le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus

**La prévention** de l'encombrement passe par la PRISE EN CHARGE DES FAUSSES ROUTES

L'inhalation de liquides et de particules alimentaires provoque un encombrement majoré par l'irritation locale qui stimule la sécrétion

Importance des **soins de bouche** (mycoses très fréquentes, surtout si corticothérapie)

Importance d'une alimentation de **consistance adaptée**

**Un arrêt d'alimentation** doit parfois être envisagé

**Arrêt d'alimentation ≠ abandon du malade = mesure de sécurité**

Poursuivre soins de bouche attentifs (bains de bouche « plaisir » au coca, jus, café, bière, pastis, champagne...)

# III. Sédation en situations extrêmes : protocole de détresse

Diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience dans le but de passer le cap d'une crise grave

## Règle d'or : **ANTICIPER**

**En parler** bien à l'avance avec le patient, sa famille, l'infirmière (qui devra injecter !)

**Informé du risque** qui sera pris (ne pas se réveiller) et de son intention (soulager le patient dans une crise insurmontable)

**Prévoir les ampoules au domicile** du patient

# III. Sédation en situations extrêmes : protocole de détresse

## Indications :

- dyspnée majeure
- impression de mort imminente avec angoisse intense
- agitation extrême
- hémorragie massive

## Médications :

1-dans une 1<sup>ère</sup> seringue, **DORMICUM** (MIDAZOLAM)

5 à 15 mg SC (ou SL) en fonction de la dose de benzodiazépine habituelle du patient

2-ensemble dans une 2<sup>ème</sup> seringue, **MORPHINE**

5 mg SC à 1,5 fois la dose aux 4 heures

Et **SCOPOLAMINE** 0,25 à 0,50 mg en fonction de l'encombrement

# BPCO en fin de vie

## Identifier la phase palliative

Par rapport au patient atteint de **cancer du poumon**, le patient atteint de **BPCO** :

- a une moindre qualité de vie
- plus de syndromes associés (dyspnée, anxiété, dépression, cœur pulmonaire chronique)
- un confinement au domicile supérieur
- reçoit moins d'aide
- moins de médications spécifiques aux SP
- fait 2 x plus de séjours en soins intensifs
- pour des séjours plus longs
- meurt 2 x plus à l'hôpital
- pour un coût supérieur

# BPCO en fin de vie

## Quand débiter les soins palliatifs ?

Réelle difficulté : **incertitude pronostique** de cette maladie qui évolue « d'une crise à l'autre » au cours des 3-4 décompensations qui mènent le patient en réanimation ou tout le moins à l'hôpital de façon itérative lors de sa dernière année de vie

## Critères prédictifs de mortalité :

- critères objectifs : épreuves fonctionnelles mauvaises, présence associée de dépression, comorbidités, dénutrition, cœur pulmonaire chronique, oxygénothérapie au long cours, exacerbations dans la dernière année
- critères qualitatifs : absence de conjoint, dépendance aux soignants, limitation majeure de l'activité, confinement au domicile, faible qualité de vie

# BPCO en fin de vie

## Comment en parler avec le patient ?

Manque de temps et d'assurance sur la question

Peur de délivrer une information erronée sur le pronostic

Pour le patient et pour son entourage, la limitation des activités quotidiennes, la dépendance croissante, la dyspnée au moindre effort sont sources de souffrance

## Important **d'entamer le dialogue**

Que ressent le patient ? Est-ce qu'il a peur ? Comment voit-il l'avenir ? Comment veut-il être soigné ? A l'hôpital ? A la maison ?

**Important d'anticiper** les complications à venir et **d'expliquer** les différentes interventions possibles

# Conclusion

Le patient pressent parfaitement que son avenir est incertain, il n'ose pas toujours en parler. Il a peur, moins de mourir que de mourir étouffé

Il compte sur son médecin

Il attend de son médecin un dialogue clair et un engagement qui permettront **d'anticiper** les difficultés à venir et donc, de mieux vivre jusqu'au bout

# Références importantes

- [www.soinspalliatifs.be](http://www.soinspalliatifs.be)
- [www.inami.fgov.be/drug/fr/other-pharmaceutical-supplies/oxygen/modifications.htm](http://www.inami.fgov.be/drug/fr/other-pharmaceutical-supplies/oxygen/modifications.htm)
- **Bolly C, Vanhallewyn M,**  
**Manuel de soins palliatifs à domicile**  
**Aux sources de l'instant**  
Weyrich Edition



[WWW.CMSENAMUR.BE](http://WWW.CMSENAMUR.BE)

**Merci de votre attention!**

CLINIQUE ET MATERNITE  
SAINTE-ELISABETH • NAMUR

