LA DYSPNEE EN SOINS PALLIATIFS….

DR MOMIN VINCENT

26 JANVIER 2019

DYSPNEE ? QUESAQUO? ….

- « La dyspnée correspond à la perception anormale et désagréable de la respiration.
  Il s'agit donc d'une gêne respiratoire subjective dont se plaint le sujet ou que l'interrogatoire met en évidence avec une terminologie variée : essoufflement, souffle court ou coupé, soif d'air, blocage, oppression, difficulté ou mal à respirer.
  Il s'agit d'une sensation plus ou moins angoissante ou interviennent des perturbations physiologiques, mais également des réactions psychologiques du sujet. »

(http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/sem1/Polycop%20College%20Enseign%20Pneumo.pdf)

ECHELLE NEW YORK HEART ASSOCIATION

- Classe I:Aucune limitation d'activité; capacité d'effort normale pour l'âge. Les patients ne souffrent d'aucun symptôme au cours des activités ordinaires. Des efforts physiques inhabituels peuvent cependant être responsables d'un essoufflement.
- Classe II : Limitation d'activité légère à modérée. Pas de limitation au repos mais apparaissant pour des activités normales pour l'âge.
- Classe III: Limitation d'activité marquée. Pas de limitation au repos mais apparaissant pour des activités inférieures à la normale pour l'âge.
- Classe IV :Limitation au moindre effort et/ou au repos.

ECHELLE DE BORG

Evaluation	Intensité de la sensation
0	Rien
0,5	Très, très légère
1	Très légère
2	Légère
3	Modérée
4	Un peu forte
5	Forte
6	
7	Très forte
8	
9	Très, très forte
10	Maximale

- https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-491/Docteur-j-ai-de-la-peine-a-respirer-perspective-hospitaliere

ECHELLE RDOS

	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	<90	90–109	>110
Fréquence respiratoire (/min)	<18	19–30	>30
Mouvements d'impatience non volontaire	aucun	occasionnel	fréquent
Respiration paradoxale	légère		absente
Utilisation des muscles accessoires susclaviculaires	aucune	faible	intense
Grunting en fin d'expiration	absent		présent
Mouvements des ailes du nez	absent		présents
Expression de peur	absents		présente

https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-491/Docteur-j-ai-de-la-peine-a-respirer-perspective-hospitaliere

ORIGINE DIVERSE ET VARIEE…LA CLINIQUE COMME BON SENS…..

Pulmonaire (BPCO,embolie,epanchement,lymphangite,…)
Cardiaque
Neoplasie
Anemie
douleur
Anxiete
Neuromusculaire : SLA,Myopathie,…
Ascite,hepatomegalie,etc….

Saturation	<90%
Fréquence respiratoire	<8/min ou >25/min
Bruits respiratoires	stridor
Couleur de la peau	cyanose
Diaphorèse	présente
Tirage (intercostal, sus-claviculaire, sus ou sous-sternal)	présent
Utilisation des muscles accessoires	présente
Respiration paradoxale	présente
Altération du status mental	Diminution de l'état de conscience, Agitation ou confusion

- https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-491/Docteur-j-ai-de-la-peine-a-respirer-perspective-hospitaliere

	Mouvements thoraciques	Fremitus	percussion	auscultation	Forme thoracique	particularités
Pneumothorax	diminués du côté atteint	diminué	tympanique	hypoventilation localisée	normale	
Syndrome obstructif	diminués des 2 côtés	diminué	normale ou tympanique	hypoventilation diffuse sibilances	thorax en tonneau	respiration lèvres pincées
Origine cardiaque	normaux	normal ou augmenté	normale ou matité	sibilances, râles crépitants, hypoventilation diffuse	normal	turgescence jugulaire, souffle cardiaque, OMI symétriques
Pneumonie	normaux ou diminués du côté atteint	augmenté	matité	souffle tubaire, râles crépi-tants	normal	
Epanchement pleural	diminués du côté atteint	diminué	matité	hypoventilation localisée	normal	
Obstruction des VAS	augmentés	normal	normale	stridor	normal	tirage inspiratoire

- https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-491/Docteur-j-ai-de-la-peine-a-respirer-perspective-hospitaliere

PRISE EN CHARGE MULTIPLE….

MEDICAMENTS
RELATIONNEL (patient,famille,équipe et institution..)
SUPPORT PSYCHOLOGIQUE
KINE
DIMINUTION APPORTS HYDRIQUES
ARRET FLUIDIFIANTS
ENVIRONNEMENTAL

MOLECULES DISPONIBLES ?....

Morphiniques

benzodiazepine

Scopolamine

Autres: diuretiques,AB,corticoides,....

Oxygene??

LES MORPHINIQUES

Posologie de départ (Po ou Scut)
patient natif : 2,5 à 5 mg po/4h
patient sous morphinique: majoration r/ fond de 25-50%

Interdose

toujours à prevoir anticipativement !!!!
10% dose de fond
administration à la demande en fonction de l'evolution clinique

Attention Irénale, risque globe vesical (surtout si associé scopolamine) et prevoir r/ constipation

Importance rotation opioides (www.orthodose.com)

LES BENZODIAZEPINES

Peu d’efficacité sur dyspnée de repos
Pas d’effet préventif sur crise aigue
Toxicité
Pas de différence liée au type de bzd utilisé

(Dr Desmedt M. Formation ucl 2013 et Simon 2011 Cochrane ;issue3)

Indications

- etat anxieux
- panique refractaire
- Syndrome réfractaire

Molecules:

- alprazolam 0,25 à 1 mg
- lorazepam 0,5 à 2,5 mg (expidet ou Scut)
- midazolam scut si crise majeure (5-10 mg en fonction natif bzd et poids)

envisager r/ entretien en fonction évolution et réponse

LES ANTICHOLINERGIQUES

Action : diminution secrétions respiratoires et salivaires

Efficacité dans 2/3 des cas
- ½ réponse précoce
- ½ réponse tardive

Faire attention DD clinique OAP? Surinfection,...?

Quid de l'aspiration?

(Dr Desmedt M. Formation ucl 2013 et Simon 2011 Cochrane ;issue3)

Scopolamine 0,25 mg/ml(hyoscine) : 0,125 à 0,5 mg /4h sous cut

Robinul 0,2mg/ml (glycopyrronium) : 0,1 à 0,4 mg/ 4h sous cut

ATTENTION RISQUE DE GLOBE VESICAL (association morphine,prostate)

(Atropine 0,5 mg/ml : 0,25 à 1 mg/ 4h Scut; buscopan 5-10mg/6h Scut)

AUTRES ?…AU CAS PAR CAS….

Diurétiques (insuffisance cardio)
Corticoides
Aerosols (BPCO)
Antibiotiques
Transfusion
Ponction pleurales
Anticoagulants

Et la place de l’oxygène????

PLACE DE L'OXYGENE…? AU CAS PAR CAS…

- si dyspnée ET désaturation : envisageable mais attention qu'il n'y a pas de corrélation entre la mesure de la saturation et l'importance de la dyspnée ressentie par le patient

- Si dyspnée SANS désaturation : éfficacité discutable et non démontrée , aide plutôt psychologique mais problème de « dépendance »

- Dans l'une et l'autre situation ,c'est toujours au cas par cas et un test therapeutique peut être envisagé et réévalué. Si prescription ,bien spécifier contexte palliatif TPA

Source	Population	Etude	Résultat
Philip 2006 J Pain Symptom Manage; 32: 541	51 cancer 17 Sa O2 < 90 %	RCT vs AC 4 l/min	Pas d'effet
Booth 1996 Am J Resp Crit Care Med; 153: 1515	38 cancer 6 Sa O2 < 90 %	RCT vs AC 4 l/min	Pas d'effet
Abernathy 2010 Lancet 4; 376: 784	239 (64 % cancer) PaO2 >55 mmg Hg	RCT vs AC 2 l/min	Pas d'effet
Ahmedzai 2004 Br J Cancer; 90: 366	12 cancer Sa O2 > 90 % Effort (marche)	RCT vs AC 8-10 l/min	Pas d'effet
Bruera 2003 Palliat Med; 17: 659	33 cancer SaO2 > 90 % Hb > 10 gr%	RCT vs AC 5 l/min	Pas d'effet
Bruera 1993 Lancet; 342: 13	14 cancer Sa O2 < 90 %	RCT vs AC 5 l/min	Effet +

(Dr Desmedt M. Formation soins palliatifs Hellesi UCL 2013)

1

PROTOCOLE DE DÉTRESSE

> Indications:

Détresse respiratoire aiguë

Hémorragie massive

Douleur sévère incontrôlable Convulsions, agitation terminale Toute autre situation intolérable

Objectif:

Sédation très rapide, durant 3 à 4 h, avec amnésie rétrograde => PASSER LE CAP

2

PROTOCOLE DE DÉTRESSE

- Moyen:
  Prescription souvent anticipée de midazolam , morphine, scopolamine en SC. (alternatives: lorazépam , diazépam)
  Concertation préalable avec le patient, les proches et les soignants – réflexion éthique préalable.
  Administration par un soignant, sur ordre médical préalable.
  Les médicaments doivent être prêts et les doses prévues.

PROTOCOLE DE DÉTRESSE

3

- Pratiquement: 2 injections SC

- 1 seringue midazolam (dormicum)
  - Sédation, amnésie rétrograde
  - Dose (préférer ampoule 15 mg/3ml):
    - - BZD 0 à 1x/j, poids < 70 kg: 5 mg

      -BZD > 1x/j, poids > 70 kg : 10 mg

      -BZD hte dose, tolérance Importante aux BZD: 15-20mg à

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'UTILISATION DU MIDAZOLAM

Toujours en discuter avant avec patient,famille et équipe !!!!!!!!

Présence du médecin recommandée lors de l'utilisation tant que faire se peut (mieux vecu par l'équipe,soutien famille et equipe…)

Toujours rester présent auprès du patient et réévaluer

Si anxiété, utilisation du lorazepam (expidet ou sc) comme alternative

PROTOCOLE DE DÉTRESSE

- 1 seringue morphine + scopolamine
  - Morphine: bradypnéisant , diminution de la sensation de dyspnée et sédation
  - Dose: suivant dossier:

Morphine SC/4h	Dose du protocole
- 0 à 10 mg	- 10 mg SC
- 11 à 30 mg	- 15 mg SC
- > 30 mg	- 50 %de la dose aux 4 h, avec un max. de 50 mg s/c direct.

PROTOCOLE DE DÉTRESSE

- 1 seringue morphine + scopolamine
  - Scopolamine: diminution des sécrétions, sédatif, amnésiant.
  - Dose: 0,5 à 0,75 mg (ampoules à 0,25 mg)

PROTOCOLE DE DÉTRESSE

- Dialogue préalable avec le patient et les proches, mais aussi les soignants.
- Difficulté pour les soignants, risque de culpabilité: prévoir discussion à postériori.
- Assurer présence et accompagnement de la famille, continuer soins de confort.
- Aspect éthique: principe du double effet.

LA SÉDATION

- Définition (SFAP): La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté

LA SÉDATION DE FIN DE VIE.

- Elle peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue (le plus souvent)
- Eventuellement mise en route après échec de 2 protocoles de détresse (réapparition des symptômes)
- Peser et poser l'indication (consentement?)
- Médicament: midazolam (amp à 15 mg)

LA SÉDATION

- Induction (titration): injecter 1 mg toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à obtention d'un score de 4 sur l'échelle de Rudkin (patient avec yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère)
- Chez le patient âgé: toutes les 5 à 6 minutes
- Dose horaire, en perfusion continue (hypodermoclyse ou pousse seringue): = 50% de la dose nécessaire pour obtenir le score 4 (x 24 = dose quotidienne)
- Evaluation de l'état du patient 2x/j
- Poursuivre le traitement antalgique, le nursing, l'accompagnement de la famille

HTTP://WWW.PALLIAGUIDE.BE

HTTP://WWW.SOINSPALLIATIFS.BE

HTTPS://WWW.INAMI.FGOV.BE/FR/THEMES/COUT-REMBOURSEMENT/PAR-MUTUALITE/PALLIATIF/PAGES/DEFAULT.ASPX

- MERCI POUR VOTRE ATTENTION…..