



Palli-Science

Évaluation et traitement de la dyspnée en soins palliatifs

Par Mireille Aylwin, médecin
et Justine Métayer, infirmière

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

La dyspnée

- Expérience subjective de malaise respiratoire ou difficulté associée à l'acte de respirer.
- Cette sensation n'est pas nécessairement liée à l'augmentation de la fréquence respiratoire ou à une diminution de la saturation.

La dyspnée est un symptôme fréquent en phase avancée de diverses maladies;

- Symptôme dominant chez la clientèle âgée en fin de vie, toutes maladies confondues.
- Source importante de souffrance chez les patients en phase terminale.

Objectif : Diminuer le sentiment de suffocation, diminuer l'effort respiratoire, maximiser la qualité de vie et calmer l'anxiété du patient et de ses proches.

Incidence :

- Incidence + élevée dans les six dernières semaines de vie
- ↑ de l'incidence et de l'intensité des symptômes dans les 48 dernières heures de vie

Étiologies :

Il existe plusieurs raisons pouvant expliquer la dyspnée en fin de vie selon la pathologie du patient.

Par exemple, outre l'anxiété, la dyspnée est souvent de cause :

- hématologique (anémie sévère),
- cardiaque (insuffisance cardiaque, arythmie, épanchement péricardique) ou
- pulmonaire (bronchospasme, épanchement pleural, maladie parenchymateuse, embolie pulmonaire).

D'autres causes plus rares peuvent aussi contribuer.

Évaluation de la dyspnée : questions au patient (PQRSTU-I)

- Qu'est-ce qui augmente votre difficulté à respirer? (Précipite)
- Avez-vous tenté des moyens pour soulager cette difficulté (ex : 2-3 oreillers, inhalateurs)? (Pallie)
- Décrivez-moi cette difficulté à respirer. (Qualité)
- À quel endroit ressentez-vous cette difficulté à respirer (poitrine? gorge? bouche-nez?) (Région)
- À quel niveau d'activité êtes-vous essoufflé? Au repos? À l'habillage? À la marche sur de courtes distances (ex. vous rendre aux toilettes)? Monter les marches? (Sévérité)
- Avez-vous de la douleur dans la poitrine? Des palpitations? (Symptômes associés)
- Est-ce que vous toussiez? (sèche, grasse, productive, quinte ou émétisante); Êtes-vous plus essoufflé en position couchée qu'assis ou debout? (orthopnée?) Est-ce que vous vous réveillez la nuit parce que vous êtes essoufflé? (dyspnée paroxystique nocturne?) (Symptômes associés)
- Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à respirer? (Temps)
- Est-ce que cette difficulté est toujours présente? Sinon quand survient-elle? (Temps)
- Est-ce que cette difficulté à respirer est arrivée soudainement? ou de façon plus progressive? (Temps)
- À votre avis, à quoi attribuez-vous cette difficulté à respirer? (*Understanding*)
- Quels sont les impacts de cette difficulté à respirer sur votre vie? (Impact)

- Plusieurs outils différents existent pour évaluer la dyspnée. Toutefois, comme la dyspnée est subjective, il est important de toujours comparer la dyspnée au «niveau de base» du patient, puisqu'un patient atteint d'une pathologie pulmonaire chronique aura un niveau de base de dyspnée différent d'un patient qui souffre nouvellement de dyspnée. Cette mise à niveau permettra de bien évaluer l'évolution de la dyspnée et la réponse aux interventions mises en place. (Ex. évaluation d'un patient atteint de MPOC sévère : échelle de 0 à 10, 0 = état respiratoire habituel du patient au repos).

Évaluation de la dyspnée : examen clinique

- a. Signes vitaux
 - Rythme respiratoire, saturation (si dyspnée nouvelle), pouls (régulier ou irrégulier?), température (infection?)
 - b. Apparence générale :
 - Détresse, agité?
 - Teint gris? cyanose? pâleur (anémie?)
 - Amorphe, manque de tonus, faible capacité à tousser
 - c. Respiration :
 - Encombrée? Expectorations visualisées?
 - Toux sèche irritative ou grasse et productive?
 - Tirage?
 - Wheezing? (bruit expiratoire typique du bronchospasme)
 - Stridor? (bruit inspiratoire, obstruction des voies aériennes supérieures)
 - Dyspnée à la parole vs à l'effort?
 - Dyspnée augmentée en décubitus (orthopnée)?
 - Temps expiratoire allongé?
 - d. Auscultation pulmonaire :
 - Crépitants, ronchis?
 - Sibilances? diminution murmure vésiculaire?
 - Asymétrie droite – gauche?
 - e. État de conscience :
 - Confus, somnolent, comateux? Changement par rapport à la normale du patient?
 - f. Abdomen :
 - Respiration paradoxale avec respiration abdominale?
 - Ascite?
 - g. Membres inférieurs :
 - Œdème unilatéral versus bilatéral? mollets souples?
- Notez qu'un grand écart entre les mesures subjectives et objectives de la dyspnée peut être l'expression d'un fort niveau d'anxiété.

Interventions non-pharmacologiques :

- Clarifier la cause de la dyspnée et informer les patients et les proches du plan de traitement pour ouvrir la discussion sur le pronostic, les peurs et les espoirs du patient;
- Attitude rassurante, environnement calme (éviter trop de personnes dans la chambre);
- Aération : diriger un courant d'air vis-à-vis la joue (ventilateur);
- Positionnement, tête de lit surélevée d'au moins 45 degrés;
- Restrictions des activités (prioriser activités essentielles);
- Restriction hydrique (si insuffisance cardiaque ou rénale avancée);
- Mode de vie (ex : lit au rez-de-chaussée, aide à domicile);
- Éloignement des irritants (ex : cigarette);
- Soins de bouche;
- Présence constante en situation de crise.

La vérification de la saturation :

Il peut être pertinent de vérifier la saturation :

- Si la dyspnée est un nouveau symptôme d'apparition soudaine chez un patient qui pourrait bénéficier d'oxygène.

Il faut toutefois éviter de vérifier la saturation :

- En période d'agonie (derniers jours de vie), car la saturation varie de façon naturelle en toute fin de vie, la mesure ne serait donc pas utile et cela risquerait d'engendrer un stress inutile aux proches.

La saturation n'est pas une mesure de dyspnée.

- ❖ Il a été démontré qu'il n'y a pas de corrélation entre la saturation et la dyspnée.

L'oxygène :

- L'utilisation de l'oxygène pour TOUS les patients souffrants de dyspnée n'est pas appuyée par les données probantes actuelles;
- Un essai peut être indiqué pour ceux qui n'obtiennent pas d'amélioration avec une médication de premier recours ou des traitements non pharmacologiques;
- Si l'oxygène améliore l'état du patient, on le lui laisse, s'il le gêne, il faut le lui retirer.

Traitement pharmacologique :

Opiïdes :

- Médicaments de première intention en présence de maladie terminale de causes diverses;
- Utilité basée sur données probantes;
- Pas d'augmentation de risque de dépression respiratoire;
- Action sur le centre respiratoire : ↓ la demande ventilatoire;
- Également : sédation centrale qui ↓ la consommation d'oxygène, ↓ la perception de dyspnée, ↓ l'anxiété.
- Médicaments les plus utilisés : Morphine/hydromorphone PO ou SC, timbre de Fentanyl;
 - **Dose de départ du patient naïf aux opiïdes** : il est difficile de recommander une dose de départ unique et universelle pour le soulagement de la dyspnée, car les fonctions rénales et hépatiques, la gravité de la dyspnée et l'âge, entre autres, doivent être pris en compte.
Cependant, débiter avec de petites doses comme :
 - morphine 2,5 à 5 mg PO ou 1 à 2 mg SC en PRN
ou encore
 - morphine 1 à 2,5 mg PO q 6h + PRN chez les patients âgé ou atteints de maladies pulmonaires, cardiaques ou neurologiques chroniques
avec une réévaluation quotidienne serait généralement adéquat.
 - **Pour un patient déjà exposé aux opiïdes** : on peut augmenter la dose régulière d'environ 25% pour soulager la dyspnée en plus de la douleur, tout en prévoyant des entre-doses pour la dyspnée (souvent prescrit : ED si douleur ou dyspnée).
L'augmentation peut aller de 25% à 100% selon la réponse clinique du patient. On peut envisager un changement d'opiïde ou un changement de voie d'administration au besoin.

Anxiolytiques :

- Traitement adjuvant aux opiïdes (2^e ligne de traitement lorsque les mesures non-pharmacologiques et les opiïdes sont insuffisants)
- **Brisent le cercle vicieux anxiété-dyspnée;**
- Dose ajustée selon l'effet clinique
(débiter à petite dose PRN, puis horaire régulier avec ou sans entre-dose).

Benzodiazépines :

- Alprazolam (Xanax) : 0,25 à 1 mg PO tid
- Clonazepam (Rivotril) : 0,5 à 2 mg PO bid à tid
- Lorazepam (Ativan) : 0,5 à 2 mg PO / SL / SC q 4 à 12h
- Midazolam (Versed) : 1 à 10 mg SC ou intra-nasal (IN) q 2 à 4h
- Diazepam (Valium) : 2,5 à 5 mg PO / IR tid à qid

Neuroleptiques (si dyspnée très importante et sédation souhaitée) :

- Methotrimeprazine (Nozinan) : 2,5 à 10 mg PO / SC q 6 à 8h, PRN ou régulier

D'autres traitements peuvent être ajoutés pour adresser spécifiquement certaines causes de dyspnée

Bronchodilatateurs :

Effet bénéfique supérieur si bronchospasme (patients avec ATCD de tabagisme, d'asthme ou de MPOC sont parmi ceux qui peuvent bénéficier de ces traitements)

- Salbumol (Ventolin), Ipratoprium (Atrovent);
- Généralement en aérosol-doseur (pompe) avec aérochambre; réserver les nébulisations pour les patients faibles, alités, paniqués ou très dyspnéiques ;
- **Attention** : l'anxiété fait partie du tableau d'effets indésirables du Salbutamol (et ainsi augmente potentiellement la dyspnée).

Corticostéroïdes :

Soulagement de la dyspnée grâce à l'effet anti-inflammatoire : Surtout utile pour les cas d'asthme, MPOC, syndrome de la veine cave supérieure, tumeurs solides obstructives, pneumonite radique, lymphangite carcinomateuse.

- Dexaméthasone (Décadron^{MD}) : 4 à 16 mg/jour PO, SC ou IV fractionnés en bid à qid
- Prednisone : 20 à 60 mg/jour PO fractionné en die à bid
- Après contrôle des symptômes, ↓ progressivement les doses jusqu'à l'obtention d'une dose minimale efficace.

❖ En inhalation (ex: Flovent) si asthme ou MPOC + bronchospasme.

Diurétiques :

Peut aider à diminuer la dyspnée secondaire à la congestion pulmonaire des patients souffrant d'insuffisance cardiaque grave.

- Furosémide (Lasix) : dose dépendante du traitement régulier du patient
- Métolazone (Zaroxolyn) : en cas de surcharge aiguë réfractaire

Anticoagulants :

Afin de prévenir les récurrences chez les patients avec embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde.

Autres traitements (selon la cause) :

Causes	→	Traitements
Épanchement pleural	→	Thoracocentèse
Ascite	→	Ponction d'ascite
Obstruction des voies respiratoires	→	Stent / radiothérapie / corticostéroïdes
Pneumonie	→	Antibiotiques
Anémie sévère	→	Transfusion sanguine
Insuffisance cardiaque	→	Diurétiques
SLA	→	Ventilation non-invasive dans certains cas

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.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Montréal, ÉRPI.