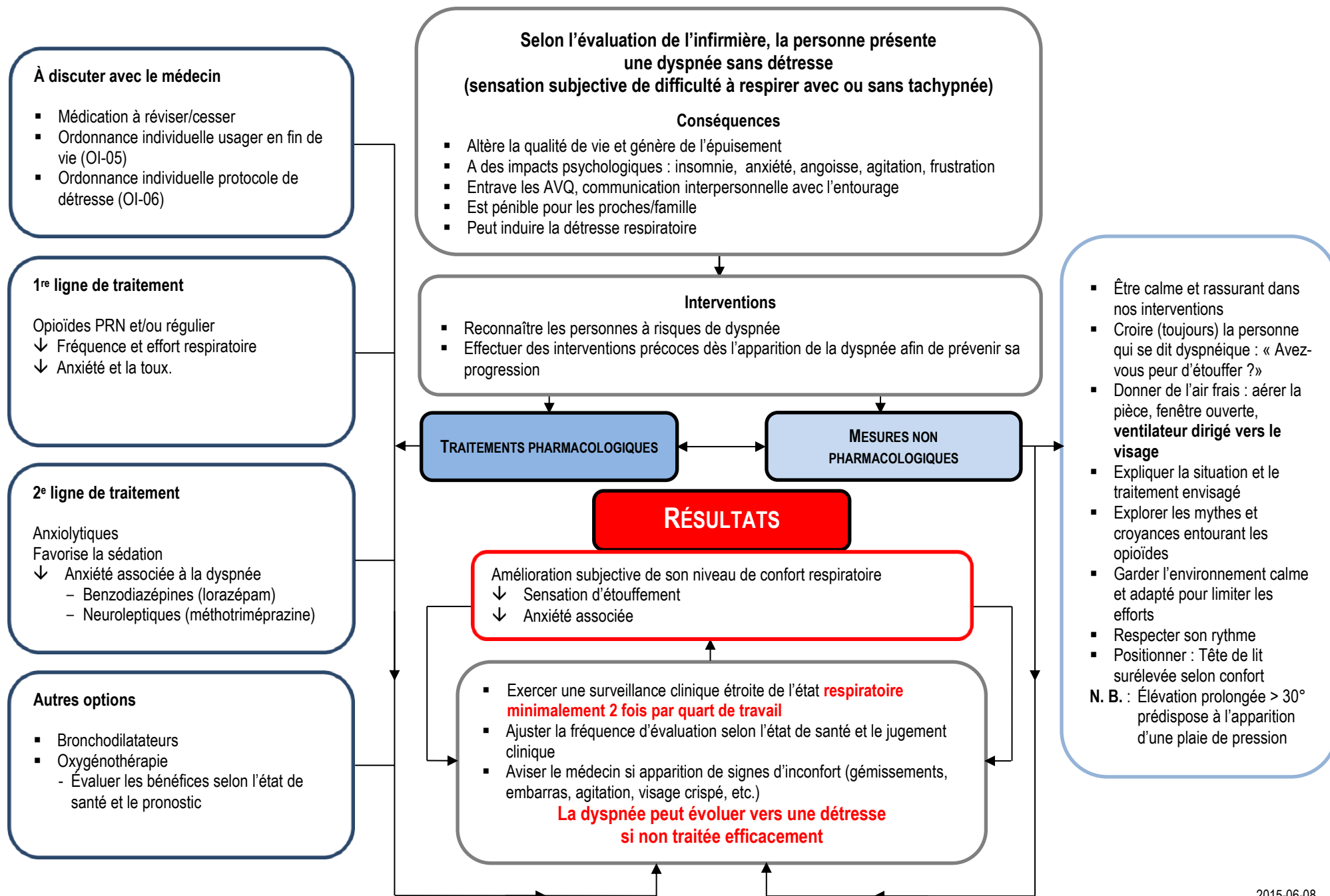


APPROCHE THÉRAPEUTIQUE DE LA DYSPNÉE SANS DÉTRESSE



DÉMARCHE CLINIQUE LORS D'UNE SITUATION DE DYSPNÉE SANS DÉTRESSE

Le seul indicateur fiable de la dyspnée est : « ce que la personne affirme qu'elle est et non ce que les autres croient qu'elle devrait être »

Évaluation clinique de l'infirmière

- Connaître l'histoire de santé, ATCD médicaux, profil médicamenteux, allergie(s)
- Évaluer la personne capable de communiquer et de s'autoévaluer par le PQRST-U
- Mesurer l'intensité (même outil que pour la douleur) : thermomètre d'intensité de Gélinas (2007)



Évaluation des paramètres de la respiration¹

- Fréquence (nombre de respirations/min)
- Rythme (régulier ou irrégulier)
- Amplitude (normale, superficielle, profonde, variable)
- Tirage (muscles accessoires du cou, sus-sternal, sus-claviculaire, intercostal, sous-costal, sous-sternal)
- Bruits respiratoires audibles à l'oreille (sibilances, stridor, ronchi, ronflements)
- Coloration de la peau : cyanose périphérique (extrémités, lèvres) ou centrale (muqueuses buccales, partie interne de la paupière inférieure)

Observer/rechercher des signes d'inconfort : gémissements, agitation psychomotrice, respiration buccale, visage crispé, position du corps, etc.

- La personne est-elle dyspnéique au repos? À l'effort? À l'effort?
- Est-elle incommodée ou non par la dyspnée?
- Est-elle en détresse respiratoire?

Rechercher l'opinion des proches et autres soignants

Examen physique respiratoire selon le stade de la maladie et le jugement clinique

N.B : La saturation ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire (ex. : changement de la fréquence respiratoire, pauses respiratoires), mais seulement ses conséquences tardives

Constat au PTI, directives infirmières, note au dossier à chaque quart de travail

Surveillance clinique et la fréquence des évaluations

- Évaluer la respiration **minimalement 2 fois par quart de travail**
- Ajuster la fréquence d'évaluation selon l'état de santé et le jugement clinique
- Évaluer au moment d'administrer la médication prescrite (opioïdes ou autres)
- Évaluer au pic d'action de l'opioïde administré
- Assurer la surveillance clinique liée à la prise d'opioïdes

N.B. : Pour les soins de fin de vie, la surveillance clinique se fait selon le jugement clinique

(Règle de soins RS-02-DQSSI : Surveillance des usagers ayant reçu des opiacés par voie parentérale et autres voies)

Types de respiration et leurs caractéristiques¹

Type de respiration	Fréquence	Rythme	Amplitude
Eupnée (Normale)	10 à 20/min	Régulier	Normale
Tachypnée	> 24/min	Régulier	Respiration courte et superficielle
Bradypnée	< 10/min	Régulier	Normale
Hypoventilation	Égale ou inférieur à 8/min	Peut-être irrégulier (pauses respiratoires)	Superficielle
Cheyne-Stokes	Cycle respiratoire régulier (30-45 s)	Phase d'augmentation progressive suivie d'une phase de diminution progressive	Chaque cycle est séparé d'une pause respiratoire (20 s)
Apnée	Absence de respiration Important de noter la durée		

Mythes et croyances entourant les opioïdes²

Morphine = mort fine.....	Faux
Il existe une dose maximale sécuritaire.....	Faux
L'utilisation de la morphine, dès le début de la maladie, mènera à une perte d'efficacité.....	Faux
L'augmentation des doses entraîne inévitablement une dépression respiratoire.....	Faux
L'utilisation des opioïdes entraîne toujours confusion et somnolence.....	Faux
La personne qui demande ses doses trop souvent est une « narcomane ».....	Faux

¹ Source : PRN Comprendre pour intervenir, Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières OIIQ 2010, p. 33-34, 41-43

² Source : Guide pratique des soins palliatifs, Gestion de la douleur et autres symptômes, APES 2008, p. 44