

30^e congrès annuel

AQSP

Association québécoise
de soins palliatifs



COURS DE BASE EN SOINS PALLIATIFS

Les symptômes respiratoires



SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

ANDREEA IANCU, MD, PhD, CCFP(PC), FCFP

CIUSSS-ODI, Chef de programme de soins palliatifs
RESIDENCE DE SOINS PALLIATIFS TERESA DELLAR

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊT RÉELS OU POTENTIELS

NOM DU CONFÉRENCIER: ANDREEA IANCU

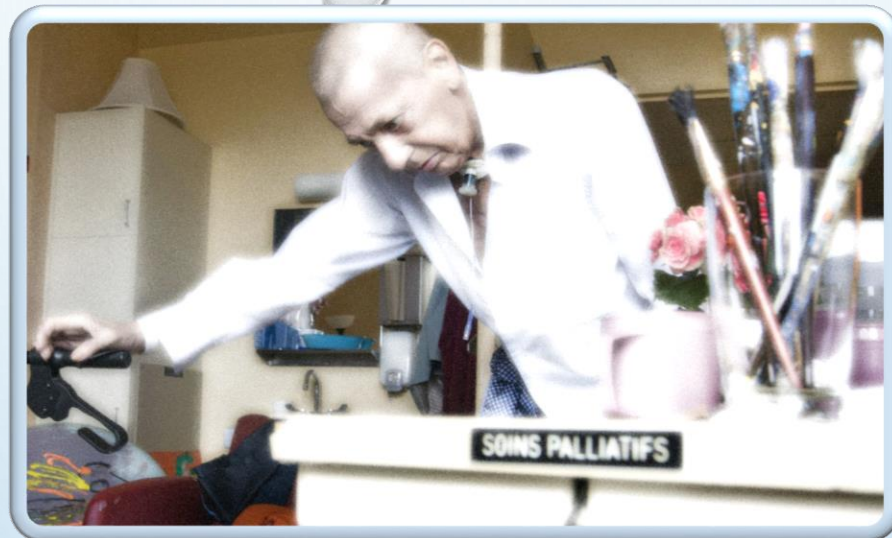


JE N'AI AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT RÉEL OU POTENTIEL EN
LIEN AVEC LE CONTENU DE CETTE PRÉSENTATION

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- LA DYSPNÉE
- LA DÉTRESSE RESPIRATOIRE
- LA TOUX
- LES SÉCRÉTIONS RESPIRATOIRES
- QUESTIONS





LA DYSPNÉE

DÉFINITION

- Sensation **subjective** d'inconfort ou gêne respiratoire, ou une difficulté associée à l'acte de respirer
- Différent de la tachypnée et polypnée
- Symptôme complexe: composantes bio-psycho-sociales, la qualité et l'intensité sont modulé par nombreux facteurs, physiologiques et psychologiques
- Anxiété, dépression, insomnie, panique: conséquences ou facteurs d'exacerbation

LA DYSPNÉE



- Symptôme courant dans le contexte des soins palliatifs, l'incidence augmente avec l'évolution de la maladie
- La dyspnée au repos: facteur de mauvais pronostic
- 70 % des patients des patients vivront de la dyspnée dans leurs dernières semaines de vie
- Le plus fréquent symptôme dans certaines affections (maladies pulmonaires et cardiaques en phase terminale)

LA DYSPNÉE



CAUSES

DIAGNOSTIC :

- CANCER
- NON-CANCER

Souvent étiologie multifactorielle, plusieurs causes agissant simultanément

Parfois conséquence des traitements

- CAUSES PULMONAIRES
- CAUSES CARDIOVASCULAIRES
- CAUSES NEUROLOGIQUES
- CAUSES SYSTÉMIQUES
- CAUSES PSYCHOLOGIQUES

LA DYSPNÉE



ÉVALUATION

- Anamnèse
 - Autoévaluation, échelles - souvent pas de corrélation entre tests/signes cliniques et sensation subjective
 - Histoire complète, trajectoire, autres symptômes (ex: toux, douleur, hémoptysie, sécrétions, fatigue), facteurs d'apaisement ou d'exacerbation, traitements, impact sur la qualité de vie
- Examen physique
- Examen complémentaire: selon la condition du patient et utilité pour orienter le traitement
 - Imagerie
 - Analyses sanguines
 - Rarement: tests de fonction respiratoire, la saturation en oxygène, les gaz artériels

Peuvent ne pas traduire la sévérité du problème

LA DYSPNÉE



ÉVALUATION

Le but de l'évaluation:

- Identifier les causes traitables en tenant compte de la volonté du patient, et du stade d'évolution de la maladie
- Faciliter le diagnostic différentiel

LA DYSPNÉE



PLAN DE TRAITEMENT

- Élaborer le plan avec le patient, les proches aidants et l'équipe de soins
- Selon:
 - Le stade de la maladie et l'objectif de soins retenu (concept de proportionnalité des soins)
 - Les souhaits des patients
 - La disponibilité des ressources
- Optimiser le traitement des causes sous-jacentes
- Besoin essentiel d'informer le patient/ ses proches, valider l'expérience du symptôme du patient, les rassurer et répondre à leurs préoccupations, leurs questions:

Va-t-il mourir étouffé?

LA DYSPNÉE



TRAITEMENT

Traitement non médicamenteux:

- Présence apaisante
- Positionnement
- Éviter les irritants respiratoires
- Ventilateur
- Relaxation
- Évitement des activités aggravantes
- Mesures d'économie d'énergie

Peu de données probantes
Peu coûteux
Facile à implanter

TRAITEMENT

Traitements spécifiques:

- Radiothérapie
- Stent endo-bronchique, laser
- Ponction pleurale
- Diurétiques
- Transfusions
- Antibiotiques
- Anticoagulation
- Soutien ventilatoire non-invasif

LA DYSPNÉE



TRAITEMENT

- **Traitement symptomatique:**

- **Les opioïdes** (les opioïdes à action rapide constituent le premier choix de traitement de la dyspnée grave) – éviter de prescrire seulement en prn (peu demandés ou peu offerts)
 - Pour le patient naïf aux opioïdes:
 - débuter avec morphine 2.5 mg po ou 1 mg sc q 4h ou q 6h, aussi en prn (q 2h)
 - Ou les autres opioïdes à dosage équivalent (ex: hydromorphone 0.5 mg po / 0.25 mg sc)
 - Une fois le besoin établi, penser à la longue action + prn + prévention des effets indésirables (laxatifs, antiémétique prn)
 - Pour le patient déjà traité avec des opioïdes, augmenter de 25 à 50% la dose régulière
- Les phénothiazines: parfois utilisés comme adjuvants

LA DYSPNÉE



TRAITEMENT

Traitement symptomatique

- **Les benzodiazépines:**

Si éléments d'anxiété (fréquents), prn ou reg.

Clonazépam 0.5 mg à 2 mg, bid-tid, po

Lorazepam 0.5 mg à 2 mg q 4h ou q 12 heures, po-sc-sL

Midazolam 1 mg à 10 mg sc q 2h ou q 4h

Il faut briser le cercle vicieux de la panique respiratoire qui hausse le rythme cardiaque et les besoins en oxygène

LA DYSPNÉE



TRAITEMENT

Les corticostéroïdes:

- Indications:
 - Lymphangite carcinomateuse
 - Tumeur répondant aux stéroïdes: lymphome
 - Syndrome de la veine cave supérieure
 - Exacerbation de MPOC
 - Pneumonite radique
 - Toxicité pulmonaire associée à la chimiothérapie
- Dexaméthasone 4-16 mg po/sc die
- Prednisone 20 – 60 mg po die

LA DYSPNÉE



TRAITEMENT

Autres médicaments:

- Les bronchodilatateurs
- Les anticholinergiques
- Les diurétiques: furosémide

LA DYSPNÉE



TRAITEMENT

L'oxygénothérapie

- Bénéfique pour le patient atteint de MPOC
- À tenter pour les patients hypoxiques (cancéreux ou non cancéreux), poursuivre si bénéfique
 - Une oxygénothérapie de confort peut être considérée en présence d'une hypoxémie sévère (saturation au repos $<88\%$), si le pronostic vital est estimé à moins de 3 mois
 - Cadre de référence du programme national d'oxygénothérapie à domicile
- Suivre le soulagement plutôt que la saturation en oxygène

NB: LA DYSPNÉE EST UN SYMPTÔME SUBJECTIF...

- Pour le patient non hypoxique?

L'AIR AMBIANT EST ÉQUIVALENT À O₂

LA DYSPNÉE



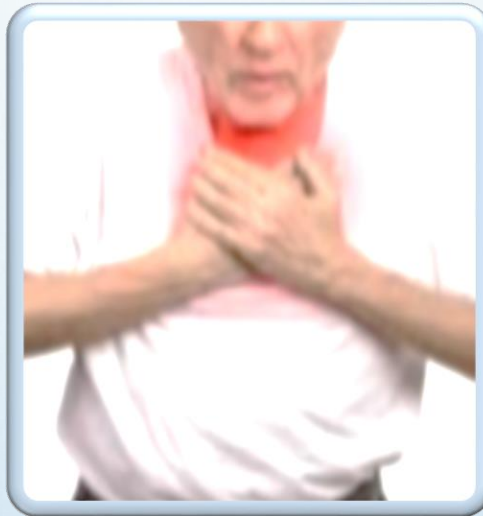
TRAITEMENT

En dernier ressort.....(si dyspnée sévère réfractaire)

La sédation palliative

LA DYSPNÉE





LA DÉTRESSE RESPIRATOIRE

DEFINITION

- **Dyspnée sévère et subite**
 - De novo, ou contexte d'exacerbation de dyspnée chronique
- **Elle est associée à une détresse psychologique:** au moins un de signes ou symptômes suivantes: (peuvent se manifester par la contraction des muscles du visage, les yeux écarquillés, la diaphorèse, la peur de mourir, etc)
 - Anxiété intense
 - Sentiment d'étouffer ou de mort imminente, terreur
 - Agitation
- **Détresse respiratoire majeure caractérisée par au moins un des signes suivants:**
 - Difficulté respiratoire intolérable et constante au repos, avec recherche constante d'air
 - Tachypnée ou RR élevé (supérieur à 28-32)
 - Utilisation des muscles intercostaux et sus-claviculaires: tirage
 - Embarras bronchique sévère
- Souvent autres signes (cyanose, désaturation, tachycardie, diaphorèse, etc.)

LA DÉTRESSE RESPIRATOIRE



CAUSES

- Détresse respiratoire secondaire à un processus physiologique réversible ou traitable (la personne n'est pas nécessairement en fin de vie imminente)
 - Bouchon muqueux
 - Edème pulmonaire aigu (et autres causes cardiaques)
 - Épanchement pleural ou péricardique
 - Pneumonie
 - Embolie pulmonaire
- Détresse respiratoire secondaire à un processus irréversible ou mortel
 - Tumeur obstructive (trachée, bronche)
 - Saignement massif des voies respiratoires ou ORL
 - Embolie pulmonaire massive

TRAITEMENT

Important d'avoir discuté en avance du plan de traitement si une situation de détresse aigüe arrive, et d'expliquer que les médicaments administrés en cas de détresse ne précipitent pas le décès de la personne

Objectifs:

- Traiter la cause si réversible, l'état du patient le permet et selon les souhaits du patient
- Très important de soulager la détresse respiratoire de manière urgente si la cause est irréversible
- Traitement non-pharmacologique
- Traitement pharmacologique: Protocole de détresse prn

TRAITEMENT

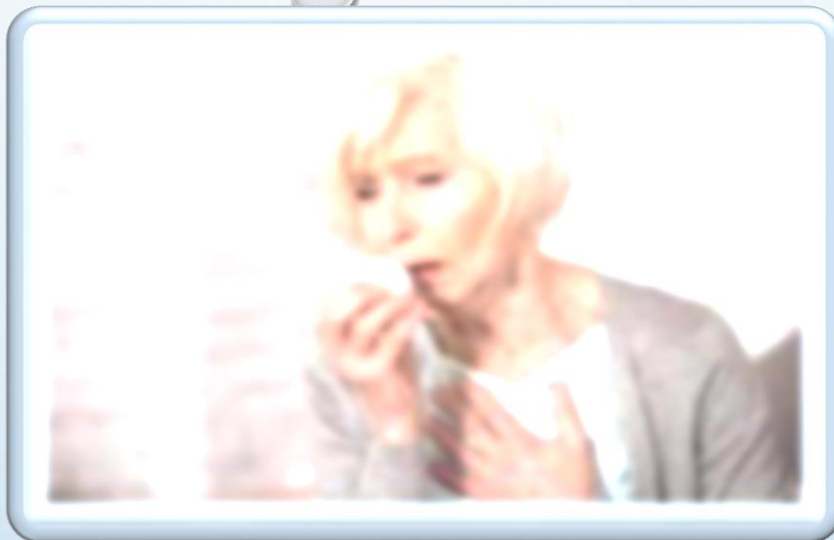
Protocole de détresse:

- Objectif: sédation temporaire rapide accompagnée d'une amnésie antérograde et du soulagement des symptômes de détresse aigüe
- Indications:
 - Le patient reçoit des soins palliatifs de niveau de soins D, qui visent exclusivement à assurer le confort chez cette personne
 - Détresse aigüe subite, présence des 2 critères:
 1. État de panique (présence d'au moins un des symptômes ou signes suggestifs d'un état de panique)
 2. Présence d'au moins un des signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure subite
- Contre-indications: personne inconsciente ou personne qui présente une manifestation clinique isolée ou un seul symptôme réfractaire qui n'est pas accompagné d'un état de panique

TRAITEMENT

Protocole de détresse:

- Administration d'une combinaison de trois classes de médicaments (sc ou iv):
 - Benzodiazépine – dose en fonction du poids et dose quotidienne
 - Opioïde – dose en fonction de la dose régulière
 - Anticholinergique – la scopolamine provoque une sédation et une amnésie antérograde puisqu'elle traverse la barrière hémato-encéphalique
- Répétable une deuxième fois si le traitement est inefficace ou partiellement efficace (dans 15-20 min sc ou 10 min iv)
- INESSS: protocole médical national



LA TOUX

CAUSES

- Symptôme fréquent dans:
 - Maladies pulmonaires stades avancés
 - Cancer: en général 23-37%; atteinte pulmonaire maligne: 37-80%
 - Maladies rénales en phase terminale
- Certaines causes similaires à celles pour la dyspnée
- Certains médicaments peuvent causer la toux (inhibiteurs ECA, AINS)
- La toux chronique peut réduire beaucoup la qualité de vie: diminution du sommeil et repos, épuisement musculaire, fatigue, douleur et fractures costales, céphalées, vomissements, incontinence

EVALUATION

Identifier les causes réversibles

- Infections
 - MPOC, asthme
 - Rx: IECA (toux réversible dans 4 semaines après l'arrêt), AINS
 - Reflux gastro-œsophagien
 - Envahissement de l'arbre respiratoire par une tumeur
-
- **Traiter la cause spécifique, si approprié (en respectant les objectifs de soins et selon la pertinence médicale)**

TRAITEMENT

Traitement symptomatique

- Mesures non pharmacologiques
 - Éviter les irritants, éviter de fumer
 - Humidification de l'air inspiré, nébulisation
 - Physiothérapie respiratoire, drainage postural
 - Position confortable, tête élevée
- Pour toux légère:
 - Sirop simple, Miel, Bonbons clairs....Peu d'études cliniques!
- Mucolytiques (expectorants) (si toux productive)
 - Solution saline nébulisée, n-acétylcystéine nébulisé, guaifénésine po

Peu de preuves d'efficacité

LA TOUX



TRAITEMENT

Traitement pharmacologique

- Antitussifs à action périphérique: anesthésiques locaux en nébulisation
Lidocaïne, Bupivacaine (solutions sans agent de conservation) (pour les cas réfractaires)
- Antitussifs centraux
 - Clophedianol (Ulonge)
 - Opioïdes:
Morphine 2.5- 5 mg aux 4 h, ou autres à dose équivalente
Augmenter de 25 à 50% la dose reçue d'un opioïde
Methadone, Cophylac (Chlorhydrate de norméthadone + Chlorhydrate de p-hydroxyéphédrine)
Éviter la codéine, dextrométorphan

TRAITEMENT

Autres traitements symptomatiques (toux réfractaire)

- Cromoglycate de sodium en inhalation
- Corticostéroïdes
 - Dexaméthasone
- Analogue gamma de l'acide aminobutyrique*:
 - Gabapentine: 300 à 1800 mg die, dose fractionnée
 - Prégabaline: 75 – 150 mg po bid
- Bronchodilatateurs
- Paroxétine (rapports anecdotiques) 10 - 20 mg po die
- Amitriptyline 10 mg po hs



LES SECRÉTIONS RESPIRATOIRES

DÉFINITION

- **Embarras bronchique:** accumulation des sécrétions et du liquide dans les voies respiratoire supérieures
- **Rôles terminaux:** bruits respiratoires résultant des mouvements vibratoires des sécrétions pharyngées et pulmonaires au passage de l'air, chez une personne inconsciente ou semi-consciente, trop affaiblie pour les expulser
 - Souvent en fin de vie (23-44%)
 - Surtout chez les patients avec maladie chronique et cachexie
- Parfois tableau clinique d'edeme pulmonaire chez des patients avec pneumonie ou atteinte pulmonaire étendue (ex: lymphangite carcinomateuse)

PHYSIOPATHOLOGIE SÉCRÉTIONS ARBRE BRONCHIQUE

- Perte du réflexe de toux
 - Incapacité de tousser/ force expiratoire insuffisante
 - Force ciliaire diminuée - cachexie fin de vie
- Dysphagie
 - Directement - aspiration liquide
 - Indirectement - inflammation et mucus augmenté en réaction
- Production accrue de mucus
 - Augmentation du tonus parasympathique
 - Vasodilatation locale -> plus de mucus et liquide par cellules épithéliales

PHYSIOPATHOLOGIE SÉCRÉTIONS ARBRE BRONCHIQUE

- Apport augmenté de liquide
 - Proches qui encouragent hydratation
 - Hydratation iv
 - Production augmenté de ADH par stress, opioïdes, hypotension, SIADH
 - Production liquide endogène par protéolyse
- Exsudat
 - Les cellules cancéreuses modifient le tonus parasympathique (surtout pulmonaires)
- Insuffisance cardiaque gauche
 - Accentuation œdème pulmonaire (accentuée aussi par pression oncotique ↓)

CLASSIFICATION RÂLES

- Classification:
 1. Sécrétions trachéobronchiques/oropharyngées -> réponse au anticholinergiques
 2. Réponse inflammatoire -> pas de réponse au anticholinergiques
 3. Expansion liquide intra pulmonaire -> réponse au diurétique
- Souvent combinaison
- Classification en fonction du niveau sonore (évaluation quantitative de l'embaras respiratoire selon l'échelle de Victoria)
 - 0: non audible
 - 1: Seulement audible près du patient (30 cm)
 - 2: clairement audible au bout du lit
 - 3: clairement audible a 9.5 m (a la porte de la chambre)

MESURES NON-PHARMACOLOGIQUES

- Informations aux proches aidants, toujours s'assurer de porter attention à la famille et rassurer de la situation (éléments très anxiogènes pour famille): le patient n'a pas conscience des râles (si inconscient), ne risque pas de suffoquer et n'est pas en détresse respiratoire
- Réévaluer, si nécessaire, l'hydratation parentérale
- Cesser tout humidifiant/hydratant (humidificateur de pièce/soluté)
- Pas d'apport PO chez patients dysphagiques (liquides épais)
- Mobiliser le patient, repositionner, drainage postural (inconfortable pour patient)
- Succion ? (aspiration oro-pharyngée: parfois pour patients inconscients qui produisent des sécrétions abondantes)

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Anticholinergiques:
 - Glycopyrrolate 0.2 - 0.4mg sc q2h prn (pas d'effets centraux, utile si patient conscient)
 - Hyoscine hydrobromide (scopolamine) 0.2 – 0.8 mg sc q2h prn (traverse barrière hémato—encéphalique, utile si sédation et amnésie souhaitées, mais peut causer la somnolence, confusion, delirium)
 - Élimination rénale et métabolisme hépatique
 - Atropine 0,4 – 0.8 mg sc q4h prn: moins utilisée, mais pratique en alternance si résistance à scopolamine. Plus tachycardisant
- Furosémide 20-40mg sc q 1h prn x 3
 - Préférable si la cause de râles est un oedeme pulmonaire

Réponse variable. Peu d'études cliniques sur l'efficacité de l'approche médicamenteuse proposée

BIBLIOGRAPHIE

- LES SOINS MÉDICAUX DANS LES DERNIERS JOURS DE VIE, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 2015, 60 P
- ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC (APES) (2017). *GUIDE PRATIQUE DES SOINS PALLIATIFS : GESTION DE LA DOULEUR ET AUTRES SYMPTÔMES*, 5E ÉD., MONTRÉAL, APES, 562 P.
- *PALLI-SCIENCE*. (EN LIGNE : WWW.PALLI-SCIENCE.COM)
- INESSS. (EN LIGNE: [HTTPS://WWW.INESSS.QC.CA/THEMATIQUES/MEDICAMENTS/PROTOCOLES-MEDICAUX-NATIONAUX-ET-ORDONNANCES-ASSOCIEES/SOINS-PALLIATIFS-DETRESSE.HTML](https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/soins-palliatifs-detresse.html))
- UPTODATE. ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF DYSPNEA IN PALLIATIVE CARE, 2018 EN LIGNE: WWW.UPTODATE.COM)
- LIVRE DE POCHE PALLIUM CANADA



DES QUESTIONS ?



MERCI !

