

Prise en charge de la dyspnée en soins palliatifs

Prise en charge étiologique

A discuter au cas par cas en fonction de la pathologie en cause, de l'état du malade et de sa demande. La décision d'un traitement étiologique (exemple : antibiothérapie, diurétique) ou d'une abstention reste de la décision du médecin.

Traitements symptomatiques et soins de confort

Principes généraux :

Atmosphère calme, rassurer. L'anxiété liée à la dyspnée peut « contaminer » l'entourage

Position demi-assise

Aérer la pièce

Soins de bouche

Kinésithérapie respiratoire douce, si le malade y trouve un bénéfice. Inutile chez une personne épuisée.

Aspirations :

Souvent douloureuses.

Seulement si le malade le souhaite et si elles apportent un bénéfice net.

Traitements

Oxygénothérapie :

Pas obligatoire. Seulement si apporte un confort ou rassure le malade et l'entourage.

Se contenter de faibles débits pour limiter l'assèchement des muqueuses.

Préférer les lunettes au masque souvent mal supporté

Aérosols :

Peuvent aggraver l'encombrement.

Traitements médicamenteux :

N'améliorent pas la fonction respiratoire, mais améliorent la dyspnée

Les utiliser à dose minimale efficace

A mettre en place après explications au malade et avec son consentement. Informer également l'entourage.

L'instauration de ces traitements chez un malade inconscient n'est pas utile.

Morphine :

Diminue les récepteurs respiratoires à l'hypercapnie ce qui entraîne une diminution du ressenti de la dyspnée par le patient mais qui ne diminue pas forcément les signes cliniques.

Prise en charge de la dyspnée en soins palliatifs

La Morphine diminue la fréquence respiratoire ce qui améliore la ventilation

Elle diminue la fatigabilité des muscles respiratoires

Elle limite la toux

La prescription doit être précautionneuse en dose, en voie d'administration et en surveillance

L'effet sédatif est plus marqué chez le patient dyspnéique.

Commencer à faible posologie : 2,5 à 5mg par voie orale toutes le 4h (ou équivalent pour des formes LP). Diviser les doses par deux pour la voie injectable.

Patient déjà sous morphinique : augmenter la posologie de 25 à 30% puis réévaluer

Benzodiazépines :

Anxiolytique, décontractant musculaire en particulier relaxation des muscles respiratoires, sédatif, efficaces sur la sensation de dyspnée, alternative à la morphine. Peuvent éventuellement lui être associées avec un effet synergique.

Pour la voie orale : Alprazolam 0,25mg 2 à 3 fois par jour, puis réévaluation

Pour la voie injectable : Midazolam (hypnovel médicament hospitalier 5 mg/ml, versé par le réseau 2mg/2ml) : débuter avec de faibles doses, l'effet anxiolytique étant souvent suffisant (0,25 à 0,5mg/h en seringue électrique, adaptation par paliers de 0,25-0,5mg/h en fonction du ressenti du malade et avec son accord, respecter un intervalle de plusieurs heures avant une modification de posologie)

L'intérêt du Midazolam tient à son élimination rapide (réversibilité) et à la possibilité d'administration par toutes les voies (IV, SC, orale...)

En cas de détresse respiratoire asphyxique intolérable pour le patient on peut l'utiliser sous forme de bolus IV (0,5mg renouvelable à intervalles de 5mn. Pour la voie SC faire des bolus de 2,5mg avec des intervalles de 10-15mn.

Gestion de l'encombrement bronchique

En phase terminale, la façon la moins agressive d'assurer le confort du malade est d'utiliser des traitements asséchant les sécrétions bronchiques

Scopolamine : (ampoules 0,5 mg/2ml) 0,125-0,25 mg par voie sous cutanée toutes les 8 à 12h en l'absence d'effets indésirables (sommolence, confusion, rétention urinaire) on peut augmenter la posologie sans dépasser 3mg/j. Prévoir une ordonnance de sonde urinaire si besoin.

Scopoderm : (1mg)1 ou 2 patch à changer tous les 3 jours.

Prise en charge de la dyspnée en soins palliatifs

Scoburen: (ampoules de 20 mg/ml): mieux toléré que la scopolamine (pas d'effets centraux), 20mg par voie sous cutanée 2 à 4 fois par jour ou en SE, ou voie iv en continue, doubler la posologie si besoin.

Bronchospasme: Corticoïdes, Béta+ :

Les corticoïdes peuvent avoir un effet anti oedémateux (lymphangite carcinomateuse), mais il peut y avoir un risque d'augmentation de l'anxiété et d'agitation.