

# La dyspnée en soins palliatifs

## Guide des soins palliatifs

du médecin **vaudois**

n° 10 ❧ 2009

### En bref

La dyspnée de repos en soins palliatifs ..... 4

### Quelques conseils pratiques

Sur la dyspnée ..... 5

### Boîte à outils

Echelles de la New York Heart Association et du Professeur Sadoul ..... 6

Echelle de Borg ..... 6

Echelles visuelle analogique, numérique et verbale ..... 6

### En savoir plus

Introduction ..... 7

Définition ..... 7

Prévalence, conséquences ..... 7

Pathophysiologie ..... 7

Etiologies ..... 8

Evaluation ..... 8

Traitements ..... 9

Principes généraux ..... 9

Approche non pharmacologique ..... 10

Approche étiologique ..... 11

Approche pharmacologique symptomatique ..... 11

Ventilation non évasive (VNI) ..... 13

Médecines complémentaires ..... 13

Sédation palliative ..... 13

Quelques références utiles ..... 14

Sommaire

# Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n° 10 🇨🇭 2009

## Auteurs

D<sup>r</sup> Gérard Pralong  
Hôpital de Lavaux  
1096 Cully  
gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

D<sup>r</sup> Frederic Fellrath  
Grand-Rue 22  
1095 Lutry  
fr.fellrath@medmax.ch

## Editeurs

D<sup>resse</sup> Claudia Mazzocato  
Service de soins palliatifs  
Département de médecine interne, CHUV  
1011 Lausanne  
claudia.mazzocato@chuv.ch

D<sup>r</sup> Stéphane David  
Ch. de Pierrefleur 7  
1004 Lausanne  
stephane.david@svmed.ch

## Reviewer

D<sup>resse</sup> Guillemette Laval  
Unité de recherche et de soutien en soins palliatifs  
Hôpital A.-Michallon  
38043 Grenoble  
GLaval@chu-grenoble.fr

## Un symptôme dévastateur

**D**ouleur, dyspnée...combien ces deux symptômes pénibles pour le malade sont susceptibles d'occasionner angoisse chez les proches, mobilisation des soignants et pressantes requêtes auprès du médecin traitant.

Douleur et dyspnée sont plus proches qu'on ne l'imagine. Elles partagent à la fois une dimension subjective et inconfortable, voire dévastatrice. Seul le patient peut quantifier sa douleur ou sa difficulté à respirer. Comme pour la douleur, il n'existe pas de corrélation évidente entre la plainte et les signes objectivables. Ces deux expériences peuvent influencer profondément l'ensemble des autres dimensions de l'individu. A leur tour, ces dimensions influencent significativement la perception de ces deux symptômes. Ainsi, à la notion de «*total pain*» on peut ajouter maintenant celle de «*total dyspnea*».

Cette perception vérifiée quotidiennement au chevet du patient rejoint les connaissances scientifiques les plus récentes. En effet, avec l'avènement des nouvelles techniques d'imagerie cérébrale, on découvre que les modalités de perception centrale sont très proches, voire similaires, pour ces deux symptômes.

La dyspnée mériterait d'être l'objet d'une recherche scientifique plus active, compte tenu de sa prévalence et de ses conséquences délétères. Si le défi apparaît difficile à relever, les connaissances acquises sur la douleur et les nouvelles technologies d'exploration du cerveau devraient nous permettre des avancées décisives ces prochaines années.

D<sup>resse</sup> Claudia Mazzocato



D<sup>r</sup> Stéphane David



## → En bref

### La dyspnée de repos en soins palliatifs

#### Définition, évaluation

- Expérience subjective d'inconfort respiratoire touchant 50 à 95% des patients en fin de vie, ayant de graves répercussions sur leur qualité de vie.
- Son évaluation repose sur les dires du patient. Son intensité est mesurée à l'aide d'échelles, telles que l'échelle de Borg ou l'échelle visuelle analogique ou numérique (voir boîte à outils p. 6).

#### Etiologies courantes

- Pulmonaires
  - cancer primaire ou secondaire
  - BPCO
  - infection pulmonaire, broncho-aspiration
  - embolie
  - épanchement pleural
  - lymphangite carcinomateuse
- Cardiaques
  - insuffisance cardiaque, épanchement péricardique
- Neuro-musculaires
  - SLA, myopathies
- Autres
  - cachexie
  - anémie, asthénie, anxiété, douleur
  - ascite, hépatomégalie
  - syndrome de la veine cave supérieure
  - centrales

#### Traitements: la dyspnée est une urgence

- Approches étiologiques → chaque fois que possible et approprié
- Approches non pharmacologiques
  - mesures générales
    - position semi-assise dans le lit, vêtements amples
    - bonne ventilation de la chambre, fenêtre à proximité, ventilateur, rafraîchissement régulier du visage
    - dépenses d'énergie limitées au minimum
  - physiothérapie chez le patient conscient et collaborant
  - oxygénothérapie
- Approches pharmacologiques symptomatiques
  - dyspnée de repos réfractaire aux traitements étiologiques:
    - patient naïf d'opioïde: morphine PO 2-5 mg ou SC 1-2,5 mg/4 h + réserves; titrer selon réponse clinique
    - patient déjà sous opioïde: augmentation de 25% des doses en privilégiant la morphine à action rapide + réserves; titrer selon réponse clinique
  - si composante cardiaque: test au furosémide, dérivés nitrés
  - si bronchospasme:
    - ipratropium + salbutamol (Atrovent® + Ventolin®) en aérosols si collaboration suffisante
    - salbutamol (Ventolin®) SC 0,25-0,5 mg/4 h si collaboration insuffisante
    - dexaméthasone (Méphamésone®, Fortecortin®) SC 8-16 mg/j si composante inflammatoire
  - si composante anxieuse malgré le traitement de la dyspnée:
    - état de panique, anxiété chez sujet jeune: lorazepam (Temesta®) SL 0,5-1 mg 3x/j; titrer selon réponse clinique
    - anxiété patient BPCO: buspirone (Buspar®) PO 5 mg 3x/j; titrer selon réponse clinique (délai d'action 2-3 semaines)
    - anxiété patient âgé, état de panique: levomépromazine (Nozinan®) PO/SC 3-5 mg 3x/j; titrer selon réponse clinique
  - si dyspnée et râles agoniques:
    - glycopyrrolate de sodium (Robinul®) SC 0,2-0,4 mg/4-6 h ou 1,2-2 mg/j en continu ou
    - scopolamine TTS 1-3 patchs/72 h (cave: delirium) ou
    - sulfate d'atropine (Bellafit®) SL 0,1-1,2 mg/4-6 h (cave: delirium)
    - si échec, lévomépromazine (Nozinan®) SC 3-5 mg aux 8 heures à titrer en fonction de la réponse clinique.

## Quelques conseils pratiques sur la dyspnée

- L'évaluation fréquente et répétée de la dyspnée (aux heures, jours, semaines, selon le stade) est le meilleur guide de la conduite du traitement.
- En situation terminale ou de dyspnée extrême, l'anamnèse prise auprès du patient utilise des questions simples, auxquelles il est possible de répondre par oui ou non.
- L'observation clinique de la manière de respirer (fréquence, intervention des muscles accessoires) et de ses modifications est déterminante dans le suivi.
- Une écoute empathique du patient, une communication claire, des explications et des réponses aux questions de celui-ci et de son entourage contribuent fréquemment à réduire l'angoisse engendrée par la dyspnée.
- La disponibilité téléphonique, les mesures préventives et anticipées (médicaments de réserve, personnes de référence à contacter) rassurent patient et proches sur les possibilités d'action en cas d'urgence.
- Ne pas négliger les mesures non pharmacologiques qui contribuent de façon importante au soulagement de la dyspnée.
- Rechercher et traiter les symptômes contributifs, tels que la douleur, l'angoisse ou la constipation, qui aggravent fréquemment la dyspnée.
- Prendre l'avis d'un spécialiste (pneumologue, cardiologue, neurologue, par exemple), afin de s'assurer que toutes les approches étiologiques ont été explorées.
- Envisager l'hospitalisation en cas de détresse respiratoire ou psychologique réfractaire vécue par le patient ou son entourage.

## Boîte à outils

### Echelles de la New York Heart Association (NYHA) et du Prof P. Sadoul

Echelles cliniques s'appliquant à l'état habituel du patient.

Stade	NYHA	Sadoul
I	aucune gêne fonctionnelle	dyspnée pour des efforts importants
II	gêne fonctionnelle pour une activité physique normale pour l'âge	dyspnée pour une marche en montée
III	gêne fonctionnelle pour une activité physique réduite pour l'âge	dyspnée pour une marche à plat
IV	dyspnée au moindre effort et/ou au repos	dyspnée à la marche lente
V		dyspnée au moindre effort

### Echelle de Borg

Appréciation	Degré de perception de la dyspnée
0	absence totale de dyspnée
0,5	dyspnée à peine perceptible
1	dyspnée très légère
2	légère
3	moyenne
4	assez grave
5	grave
6	
7	très grave
8	
9	presque maximale
10	dyspnée maximale

### Echelle visuelle analogique (EVA)

Pas d'essoufflement	Pire essoufflement possible
---------------------	-----------------------------

### Echelle numérique (EN)

Pas d'essoufflement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pire essoufflement possible
---------------------	------------------------	-----------------------------

### Echelle verbale (EV)

Pas d'essoufflement	Essoufflement faible	Essoufflement modéré	Essoufflement sévère	Essoufflement très sévère	Pire essoufflement possible
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------

# En savoir plus sur la dyspnée

## 1. Introduction

- La dyspnée est un symptôme particulièrement pénible et angoissant pour le patient, les proches et les soignants.
- Ce cahier du *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* traite la dyspnée de repos survenant dans les pathologies sévères et avancées.
- La dyspnée peut survenir de manière aiguë ou progressive, relever de la phase terminale de la maladie, ou survenir de manière transitoire au cours de son évolution.

## 2. Définition

- L'American Thoracic Society définit la dyspnée comme
  - une «expérience subjective d'inconfort respiratoire pouvant se manifester sous forme de sensations qualitativement distinctes, d'intensité variable.
  - La sensation provient de l'interaction entre des facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux, et peut induire des réponses secondaires physiologiques et comportementales».



La dyspnée est subjective. Son intensité n'est pas forcément corrélée avec la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène ou d'autres paramètres objectifs. La plainte du patient est le critère déterminant de la prise en charge.

## 3. Prévalence, conséquences

- La dyspnée est fréquente en fin de vie. Son incidence augmente avec le stade évolutif de la maladie.
- Sa prévalence varie en fonction de la pathologie:
  - 95% dans la BPCO,
  - 70% dans les cancers et les démences,
  - 60% dans l'insuffisance cardiaque,
  - 50% dans la SLA.
- En soins palliatifs, en l'absence de traitement étiologique disponible, la dyspnée est un facteur de mauvais pronostic.
- Elle altère la qualité de vie de la personne malade, entrave ses activités de la vie quotidienne et l'isole socialement.
- Elle est fréquemment associée à des troubles de la thymie (dépression, anxiété).

## 4. Pathophysiologie

- La respiration est régulée de manière involontaire et automatique au niveau du tronc cérébral. Cette régulation relève avant tout de la  $\text{PaCO}_2$ , de l'équilibre acido-basique et de la  $\text{PaO}_2$ . Elle est ajustée par des neuromodulateurs et des neurotransmetteurs relayant les informations entre les centres de l'éveil, le cortex moteur, les chémorécepteurs, les voies aériennes et les muscles respiratoires.
- La respiration automatique peut être interrompue par un contrôle volontaire, lorsque le sujet parle, déglutit ou tousse.
- La dyspnée apparaît lorsque survient un déséquilibre entre la commande et la réponse du système respiratoire (dissociation neuro-mécanique). Ce déséquilibre apparaît dans des conditions telles que:
  - une augmentation de l'effort respiratoire: pathologie du parenchyme ou des vaisseaux pulmonaires, syndrome obstructif ou restrictif,
  - une atteinte des muscles respiratoires: maladie neuro-musculaire, cachexie,
  - une anomalie des échanges gazeux.

## 5. Etiologies

- Il est essentiel de rechercher chaque fois que possible la (les) cause(s) de la dyspnée afin d'instaurer un traitement étiologique.
- En soins palliatifs, la dyspnée est le plus souvent d'origine multifactorielle, rendant l'approche thérapeutique complexe.

### Etiologies de la dyspnée

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulmonaires (voies aériennes, parenchyme, plèvre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ cancer primaire ou secondaire</li> <li>→ BPCO, asthme</li> <li>→ infection pulmonaire, broncho-aspiration</li> <li>→ lymphangite carcinomateuse</li> <li>→ embolie</li> <li>→ fibrose pulmonaire</li> <li>→ épanchement pleural</li> <li>→ hypertension pulmonaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiaques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ insuffisance cardiaque</li> <li>→ épanchement péricardique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuro-musculaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ sclérose latérale amyotrophique</li> <li>→ myopathie</li> <li>→ paralysie diaphragmatique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres étiologies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ cachexie</li> <li>→ anémie, asthénie</li> <li>→ acidose métabolique</li> <li>→ anxiété, douleur</li> <li>→ ascite, hépatomégalie</li> <li>→ syndrome de la veine cave supérieure</li> <li>→ centrales (AVC, cancer primaire ou secondaire, etc.)</li> </ul>

## 6. Evaluation

- La dyspnée étant subjective, son évaluation repose avant tout sur les descriptifs donnés par le patient et les données quantitatives obtenues au moyen des échelles d'auto-évaluation (voir boîte à outils p. 6). Ces échelles, en plus de l'évaluation ponctuelle de la dyspnée, permettent de documenter l'évolution et le suivi du traitement.
- Anamnèse:
  - antécédents médico-chirurgicaux, co-morbidités, antécédents professionnels,
  - expositions à risque (tabac),
  - date d'apparition de la dyspnée, mode d'installation (progressive ou brutale),
  - évaluation qualitative (termes utilisés pour la décrire),
  - évaluation quantitative (échelle visuelle analogique, échelle de Borg),
  - facteurs aggravants et apaisants,
  - impact fonctionnel sur les activités de la vie quotidienne (scores de performance),
  - traitements antérieurs, bénéfiques et effets secondaires,
  - histoire de vie, contexte familial et social, rôle des proches,
  - attentes du patient,
  - niveau d'information et de compréhension que ce dernier possède de sa maladie.



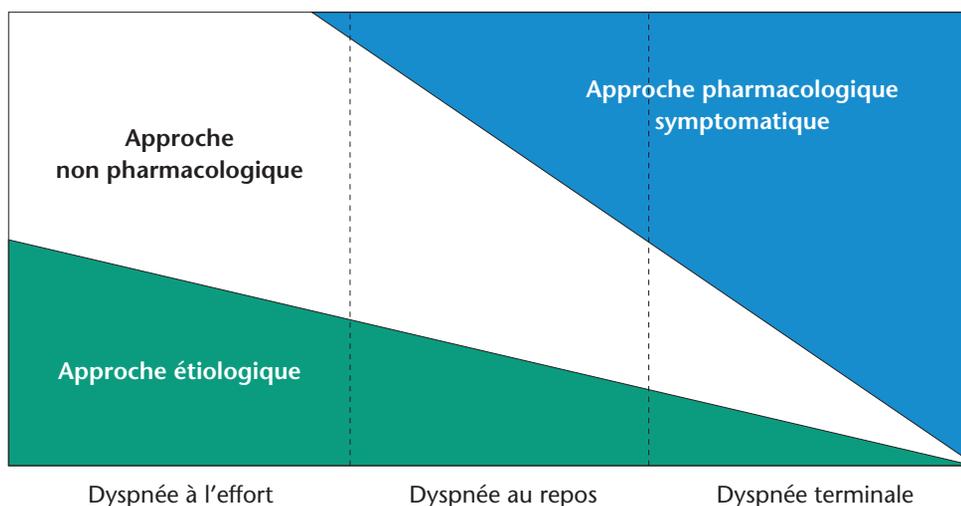
Beaucoup de patients en fin de vie sont dans l'incapacité de communiquer leur sensation de dyspnée. Son évaluation repose alors sur l'observation soignante. En cas de doute, il est recommandé d'introduire ou d'ajuster le traitement.

- D'autres outils, tels que l'ESAS (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 2), qui inclut l'auto-évaluation de symptômes fréquemment associés à la dyspnée (douleurs, angoisse, nausées), peuvent également s'avérer utiles.
- Les questionnaires validés spécifiquement dans la dyspnée, tels que le questionnaire Saint-Georges, sont longs à compléter et s'adressent surtout au suivi de la dyspnée chronique. Ils sont peu utiles dans les formes sévères et avancées de dyspnée.
- Examen clinique:
  - fréquence respiratoire, régularité des cycles inspiration-expiration,
  - rapport temps inspiratoire/temps expiratoire,
  - mode ventilatoire: respiration superficielle, profonde, intervention des muscles accessoires, tirage intercostal, symétrie des mouvements de la cage thoracique,
  - caractéristiques du visage: cyanose labiale, lèvres pincées à l'expirium, battement des ailes du nez, plissement du front.
- Examens paracliniques en fonction:
  - de leur faisabilité,
  - de l'étiologie de la dyspnée lorsqu'elle est connue,
  - des objectifs fixés avec le patient,
  - de l'impact sur l'attitude thérapeutique.
- Ils sont envisagés pour autant qu'ils soient proportionnels au bénéfice attendu et que l'inconfort occasionné soit acceptable pour le patient:
  - examens de premier recours: formule sanguine, CRP, ECG, RX thorax,
  - examens hospitaliers: US ou CT, saturométrie, gazométrie,
  - examens utiles au spécialiste: échographie cardiaque, fibroscopie.

## 7. Traitement

### 7.1 Principes généraux

- La prise en charge fait appel à plusieurs approches souvent simultanément, non pharmacologiques, pharmacologiques, étiologiques, symptomatiques, invasives ou non invasives, voire à la sédation palliative lors de dyspnée réfractaire.



- L'étiologie doit guider le traitement chaque fois que possible: meilleur bénéfice avec souvent moins d'effets secondaires.
- Le traitement est réévalué sur une base régulière (mois, semaines, jours, heures) selon le stade de la maladie.
- Les objectifs thérapeutiques, les critères d'évaluation, la fréquence et les personnes chargées de l'évaluation doivent être déterminés clairement.

## 7.2 Approche non pharmacologique

- Les mesures non-pharmacologiques ont fait la preuve de leur efficacité dans le soulagement de la dyspnée. Elles sont d'autant plus importantes que les approches pharmacologiques ont un impact limité.

### 7.2.1 Mesures générales

- Positionnement dans le lit:
  - chez le patient encore capable de se mobiliser, encourager la position qui lui convient le mieux,
  - chez le patient trop faible ou comateux, position semi-assise, dossier du lit à 45°, coussin sous les creux poplités,
- Vêtements amples.
- Bonne ventilation/aération des locaux, ventilateur sur la table de nuit, fenêtre à proximité.
- Atmosphère calme, espace suffisant autour du lit.
- Rafrâichissements réguliers du visage.
- Dans les situations extrêmes, la dépense d'énergie doit se limiter au minimum:
  - parcours de marche avec nombreuses pauses,
  - toilette au lit avec aide,
  - visites brèves,
  - examen somatique simplifié,
  - repas fractionnés, de texture adaptée.

### 7.2.2 Physiothérapie

- Elle n'est efficace que chez un patient conscient et collaborant. Elle a pour objectifs de:
  - induire l'élimination des sécrétions,
  - améliorer l'efficacité de la toux,
  - favoriser une respiration efficace et régulière (cycles respiratoires, positionnement),
  - combattre l'hypoventilation,
  - améliorer l'oxygénation,
  - réduire la rétention de CO<sub>2</sub>.
- Appliquer la physiothérapie de manière douce, dans une atmosphère calme.
- Eviter les percussions thoraciques et préférer les massages et vibrations pariétales, en choisissant le rapport inspiration/expiration le plus favorable en termes de dépense d'énergie.

### 7.2.3 Oxygénothérapie

- Ses effets sur la dyspnée au repos des patients atteints d'un cancer ou d'une BPCO sont controversés: certains en bénéficient, d'autres pas, sans qu'il soit possible de prédire la réponse. Il n'y a pas d'étude chez le patient insuffisant cardiaque stade IV. Il est donc recommandé d'effectuer un essai thérapeutique.
- Son indication est donc posée sur une base clinique, indépendamment de la SaO<sub>2</sub>.
- Son administration est attentivement étalonnée chez le patient BPCO.
- Le bénéfice de l'oxygénothérapie est évalué le plus objectivement possible (échelle d'évaluation), afin d'éviter toute dépendance inutile lorsque le patient n'en profite pas.
- Les lunettes nasales sont mieux tolérées que le masque.
- L'obtention d'oxygène à domicile pour une situation palliative n'est pas soumise aux critères exigés pour le patient BPCO.



- Un patient peut être dyspnéique malgré une bonne saturation.
- Un patient avec une mauvaise saturation peut ne pas être dyspnéique.
- L'oxygénothérapie peut améliorer la dyspnée d'un patient hypoxémique sans modifier sa PO<sub>2</sub>.

## 7.3 Approche étiologique

- Chaque fois que possible et approprié, les traitements étiologiques sont privilégiés.

### Exemples de traitement étiologique

Etiologies	Traitements
• Pneumonie	→ antibiothérapie → physiothérapie
• BPCO	→ bronchodilatateurs → corticostéroïdes → physiothérapie
• Epanchement pleural	→ ponction/drainage → pleurodèse
• Lymphangite carcinomateuse	→ corticostéroïdes
• Anémie < 70 g/l	→ transfusion
• Embolie pulmonaire	→ anti-coagulation
• Insuffisance cardiaque	→ diurétiques → digoxine → antagonistes ou inhibiteurs de l'enzyme de conversion
• Hypoxie	→ essai d'oxygénothérapie
• Obstruction bronchique	→ corticostéroïdes → stent, laser, radiothérapie

## 7.4 Approche pharmacologique symptomatique

- Lorsque les mesures d'ordre général, les approches non pharmacologiques et les traitements étiologiques ne suffisent pas à contrôler la dyspnée, des traitements pharmacologiques symptomatiques leur sont associés.

### 7.4.1 Opioïdes

- Ils diminuent l'effort respiratoire en réduisant la réponse ventilatoire à l'hypercapnie, à l'hypoxie et à l'exercice. Ils contribuent à atténuer la dyspnée de repos. Leur rôle dans la dyspnée d'effort reste controversé.
- La morphine est l'opioïde le mieux étudié dans cette indication; elle est utilisée en première intention:
  - administration initiale sous forme de réserves, à prescrire d'office aux 4 heures si utilisation de plus de deux d'entre elles en 24 heures,
  - doses initiales:
    - patient naïf d'opioïde: morphine PO 2,5 mg aux 4 heures + 6 réserves à doses équivalentes,
    - patient déjà sous opioïde à visée antalgique: augmentation des doses de 25% + 6 réserves à doses équivalentes,
    - dosage plus faible chez les patients âgés, BPCO, insuffisants rénaux ou souffrant de SLA,
  - titration par paliers de 20 à 30% selon la réponse clinique et la progression de la dyspnée (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1 – 2007).
- Privilégier la voie orale sauf en cas de troubles de la déglutition, du transit, de delirium, de baisse de la vigilance ou de dyspnée sévère nécessitant un traitement rapide.
  - En cas d'effets secondaires intolérables ou de réponse insatisfaisante à la morphine, effectuer une rotation à l'hydromorphone (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1 – 2007).
- La morphine et l'hydromorphone à libération retardée ont une place encore insuffisamment étayée: les réserver à une dyspnée lentement évolutive en s'assurant de leur efficacité.
- L'oxycodone, le fentanyl (transdermique et SC) et la buprénorphine (transdermique et SL) ne sont pas documentés dans la littérature dans cette indication.



- Effets secondaires des opioïdes: voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1 – 2007, p.14 -17.
- Chez le patient BPCO, peser soigneusement l'indication aux opioïdes et titrer particulièrement prudemment; stopper le traitement si les effets secondaires dépassent le bénéfice.

### 7.4.2 Anxiolytiques

- La dyspnée est une source fréquente d'anxiété: le meilleur anxiolytique est donc un traitement efficace de cette dernière.
- Une dyspnée peut s'accompagner d'un état anxieux et/ou dépressif réactionnel ou d'épisodes de panique (peur de mourir étouffé). Il est essentiel de rechercher et de traiter ces troubles afin de réduire leur impact sur la qualité de vie et leur influence sur les choix d'attitude exprimés par le patient.
- Benzodiazépines
  - état de panique, anxiété chez un sujet jeune,
  - benzodiazépine à durée d'action intermédiaire, sans métabolite actif: lorazépam (Temesta®) SL 0,5-1 mg aux 8 heures à titrer selon la réponse clinique,
  - si état de panique sévère réfractaire au lorazépam, midazolam (Dormicum®) SC continu 0,5 mg/heure à titrer selon la réponse clinique.



- Sédation.
- Delirium, en particulier chez les patients âgés.

- Buspirone (Buspar®)
  - dépourvue d'effets sédatifs et dépresseurs respiratoires, contrairement aux benzodiazépines,
  - bonne efficacité sur l'anxiété mais faible sur les états de panique,
  - dose initiale: 5 mg 3×/j puis titration,
  - dose maximale: 20 mg 3×/j,
  - délai d'action: 2-4 semaines.



Diminuer les doses en cas d'insuffisance rénale ou hépatique.

- Neuroleptiques sédatifs
  - utilisés en première intention lors d'anxiété chez le patient âgé, confus ou souffrant d'un encombrement bronchique,
  - utilisés en seconde intention lors de crises de panique,
  - lévomépromazine (Nozinan®) PO/SC 3-5 mg aux 8 heures + 3 réserves à doses équivalentes à titrer selon la réponse clinique,
  - chez un patient en fin de vie, sévèrement dyspnéique, la lévomépromazine SC peut être administrée alternativement avec la morphine SC toutes les 15 à 20 minutes jusqu'à obtention d'un effet satisfaisant.



- Sédation.
- Rétention urinaire, hyposialorrhée, constipation.
- Hypotension (éviter la voie IV).

### 7.4.3 Autres médications utiles

- En cas de composante cardiaque avérée ou suspectée:
  - test au furosémide (Lasix®) SC/IV 20-40 mg selon fonction rénale,
  - nitroglycérine PO ou transdermique 5-10 mg.
- En cas de bronchospasme:
  - si collaboration suffisante, ipratropium + salbutamol (Atrovent® + Ventolin®) en aérosols,
  - si collaboration insuffisante, salbutamol (Ventolin®) SC 0,25-0,5 mg aux 4 heures,
  - si composante inflammatoire associée ou encombrement, dexaméthasone (Méphamésone®, Fortecortin®) PO/SC 8-16 mg/j.

- Dyspnée associée à un encombrement bronchique (râles agoniques: voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 6 – 2008, p. 18)
  - anticholinergiques:
    - glycopyrrolate de sodium (Robinul®) SC 0,2-0,4 mg aux 4 à 6 heures ou 1,2-2mg/j en continu ou
    - scopolamine transdermique 1,5 mg, 1-3 patches/72h ou
    - sulfate d'atropine (Bellafit®) SL (20 gouttes = 0,5 mg) 0,1-1,2 mg aux 4 à 6 heures,
    - si échec, lévomépromazine SC 3-5 mg aux 8 heures; titrer en fonction de la réponse clinique.



La scopolamine et l'atropine peuvent induire un delirium.

## 7.5 Ventilation non invasive (VNI)

- Bien qu'utilisée principalement dans l'insuffisance respiratoire chronique, la VNI peut être utile dans l'approche palliative de la dyspnée, qu'il s'agisse d'une dyspnée terminale ou d'une péjoration passagère, notamment lorsqu'elle est associée à une hypercapnie.
- La VNI peut être mal tolérée, voire inconfortable: irritation oculaire, plaies cutanées, gêne des sangles, pression du masque, alarmes, insufflation gastro-intestinale.
- Elle requiert une expertise particulière de l'équipe afin d'obtenir en priorité une amélioration du confort et de la qualité de vie du patient rendus possibles par la maîtrise du matériel et de ses réglages.
- Un bon niveau de compréhension du patient et de son entourage quant aux objectifs visés est indispensable.
- Limites de la VNI rencontrées fréquemment en fin de vie:
  - encombrement bronchique,
  - mauvaise collaboration du patient,
  - incompréhension du personnel soignant,
  - difficultés d'application à domicile dans les situations terminales.
- D'autres aides mécaniques peuvent être discutées avec le pneumologue, telles que la spirométrie incitative ou le *cough assist* (appareil destiné à suppléer une toux inefficace).

## 7.6 Médecines complémentaires

- L'hypnose est celle dont les effets bénéfiques sur la dyspnée sont le mieux documentés.
- Les techniques de relaxation améliorent la capacité fonctionnelle et les échanges gazeux en harmonisant la fréquence et les cycles respiratoires (rapports inspirium/expirium).

## 7.7 Sédation palliative

- Lorsque les traitements étiologiques et symptomatiques ne suffisent pas à soulager le patient, malgré une réévaluation des diagnostics et des traitements, on parle de dyspnée réfractaire.
- Lorsque celle-ci est intolérable pour le patient, elle peut justifier une sédation palliative qui consiste à réduire son niveau de conscience à l'aide d'une médication sédative telle que le midazolam (Dormicum®) SC en continu.
- Les critères cliniques et éthiques qui encadrent cette pratique sont:
  - l'intention est de soulager la détresse du patient,
  - la pathologie est connue et terminale,
  - le symptôme réfractaire est sévère,
  - le patient et les proches sont informés des objectifs et des risques de la sédation,
  - le patient doit donner chaque fois que possible un consentement éclairé,
  - il existe un consensus au sein de l'équipe soignante,
  - la diminution de conscience est réversible,
  - le degré de sédation est monitoré étroitement.
- La sédation palliative sera abordée de façon plus détaillée dans le cahier du *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* consacré aux dimensions éthiques.

## Quelques références utiles

BREDIN M, CORNER J, KRISHNASAMY M, et al. Multicentre intervention for breathlessness in patients with lung cancer.

*BMJ* 1999; 318 : 901-905.

RIPAMONTI C, FUSCO F. Respiratory problems in advanced cancer.

*Support Care Cancer* 2002; 10 : 204-216.

JENNINGS AL, DAVIES AN, HIGGINS JPT, et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnea.

*Thorax* 2002; 57 : 939-944.

BOOHA S, ANDERSONB H, SWANNICKC M, WADED R, et al. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the scientific committee of the association of palliative medicine.

*Respir Med* 2004; 98 : 66-77.

Supportive care in respiratory disease. Edited by AHMEDZAI SH and MUERS FM.

Oxford University Press, 2005.

PERRIN C, JULLIEN V, DUVAL Y, et al. Place de la ventilation non invasive dans les soins palliatifs et en fin de vie.

*Rev Mal Respir* 2008; 25 : 1227-1236.

# Ressources en soins palliatifs

## Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes interdisciplinaires à la disposition des médecins traitants, des infirmières, des équipes, des infirmières ressources en soins palliatifs dans les soins aux patients palliatifs à domicile, en EMS, en hôpitaux ou en institutions pour personnes handicapées.

### **EMSP Arc (Ouest)**

079 783 23 56 • [aubspal@ehc.vd.ch](mailto:aubspal@ehc.vd.ch)

### **EMSP Arcos (Centre)**

021 314 16 01 • [emsp@hospvd.ch](mailto:emsp@hospvd.ch) • <http://www.arcosvd.ch>

### **EMSP Ascor – FSC (Est)**

079 366 96 86 • [eqmobsoinspal@bluewin.ch](mailto:eqmobsoinspal@bluewin.ch) • <http://www.reseau-ascor.ch>

### **EMSP Nord – Broye**

079 749 37 39 • [emsp@reznord.net](mailto:emsp@reznord.net)

### **Service de soins palliatifs/CHUV**

021 314 02 88 • [soins.palliatifs@chuv.ch](mailto:soins.palliatifs@chuv.ch) • <http://www.chuv.ch>

### **Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP – CHUV**

079 772 59 81 • [patricia.fahrni-nater@chuv.ch](mailto:patricia.fahrni-nater@chuv.ch)

## Autres adresses utiles

### **EHC Hôpital d'Aubonne**

021 821 41 11

### **EHNV – Site Chamblon**

024 447 11 11 • [maurice.baechler@ehnv.ch](mailto:maurice.baechler@ehnv.ch) • <http://www.ehnv.ch>

### **EHNV – Site Orbe**

024 442 61 11 • [jose.arm@ehnv.ch](mailto:jose.arm@ehnv.ch) • <http://www.ehnv.ch>

### **Fondation Rive-Neuve**

021 967 16 16 • [michel.petermann@riveneuve.ch](mailto:michel.petermann@riveneuve.ch) • <http://www.rive-neuve.ch>

### **Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs**

021 799 01 11 • [gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch](mailto:gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch)

### **Hôpital Riviera, Site de Mottex soins palliatifs**

021 943 94 11 • [etienne.rivier@hopital-riviera.ch](mailto:etienne.rivier@hopital-riviera.ch)

### **Centre de diffusion – Service de soins palliatifs – CHUV**

021 314 51 67 • [spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch](mailto:spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch)

Cahiers du  
*Guide des soins palliatifs du médecin vaudois*  
déjà parus:

- Cahier N° 1** Le traitement de la douleur cancéreuse
- Cahier N° 2** L'évaluation de la douleur
- Cahier N° 3** Le traitement des douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses et neuropathiques
- Cahier N° 4** L'alimentation et la nutrition
- Cahier N° 5** La spiritualité en soins palliatifs
- Cahier N° 6** Les urgences et les dernières heures à domicile
- Cahier N° 7** Les soins palliatifs à domicile et les équipes mobiles de soins palliatifs
- Cahier N° 8** Les principaux symptômes digestifs en soins palliatifs
- Cahier N° 9** Le delirium et l'hydratation en soins palliatifs
- Cahier N° 10** La dyspnée en soins palliatifs