



# « Elle a du mal à respirer! »

*Gestion des symptômes respiratoires*

**Pascale Perdon, IDE libérale**  
**Capucine Gréhal, Médecin HAD du Bouscat**

***Liens d'intérêts déclarés par les intervenants :***

***Absence de lien d'intérêts déclarés par les intervenants***

# Mme T

Mme T, 79ans, vit à domicile avec son époux.

Antécédents : **cancer du sein** avec métastases **osseuses** et **pulmonaires**, HTA, insuffisance cardiaque.

Ne marche plus, mise au fauteuil la journée.

Chimiothérapie arrêtée le mois dernier (inefficace). Mme T a verbalisé souhaiter **rester à son domicile** jusqu'à sa fin de vie.

Intervenants à domicile : SSIAD (IDE et aide-soignants) x2/j, auxiliaires de vie x2h/jour.

# Mme T

Vous arrivez à son domicile un matin et son époux vous demande de vite venir la voir parce qu'elle a du mal à respirer !

En effet, Mme T respire vite, s'agite dans son lit et dit qu'elle s'étouffe. Vous décidez d'appeler l'IDE pour qu'il avance son passage matinal.



## **Vous êtes avec l'IDE. Que pouvez-vous faire?**

- A- Donner un sucre à la patiente
- B- Rester calme
- C- Prendre la saturation en oxygène qui est le meilleur reflet de la dyspnée
- D- Contacter le médecin traitant pour programmer une visite à domicile rapidement
- E- Calculer la fréquence respiratoire et rechercher des signes de lutte respiratoire

?

**Vous êtes avec l'IDE. Que pouvez-vous faire?**

A- Donner un sucre à la patiente

B- Rester calme

C- Prendre la saturation en oxygène qui est le meilleur reflet de la dyspnée

D- Contacter le médecin traitant pour programmer une visite à domicile rapidement

E- Calculer la fréquence respiratoire et rechercher des signes de lutte respiratoire

# La dyspnée

- Sensation subjective de manque d'air pouvant générer de l'anxiété.
- Signes cliniques :
  - Polypnée =  $FR > 20/\text{min}$ , bradypnée =  $FR < 10/\text{min}$
  - Signes de lutte respiratoire (tirage intercostal ou sus-sternal, battement des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal,...)
  - Outil d'évaluation : échelle RDOS
- D'origine multifactorielle : tumorale, cardiologique, pulmonaire, anémique, infectieuse...
- Examens complémentaires seulement si bénéfice attendu pour adapter le traitement étiologique.

# La dyspnée

## Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire : *Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)*

	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	< 90	90-109	≥ 110
Fréquence respiratoire (/min)	< 19	19-30	> 30
Agitation : mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents
Respiration abdominale paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires : élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée
Râles de fin d'expiration	non		oui
Battements des ailes du nez	non		oui
Expression de crainte : <ul style="list-style-type: none"> <li>• yeux grands ouverts</li> <li>• muscles du visage contractés</li> <li>• froncement des sourcils</li> <li>• bouche ouverte</li> <li>• dents serrées</li> </ul>	non		oui
<b>TOTAL*</b>			

*Traduction française d'après Persichini*

\* Chaque item est coté de 0 à 2 : l'échelle note donc la dyspnée de 0 à 16 : 0 = absence de dyspnée, 16 = dyspnée maximale. Un score supérieur à 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère.

# Approche non médicamenteuse de la dyspnée

## ESSENTIEL !

- Aérer la pièce (ouvrir la fenêtre, ventilateur,...)
- Veiller au confort vestimentaire (vêtements non serrés)
- Rester dans une atmosphère calme, lumière non agressive
- Avoir une attitude apaisante
- Proposer un positionnement confortable (assis, demi-assis)
- Réaliser un soin de bouche

# Les traitements médicamenteux étiologiques de la dyspnée

- En fonction de la cause :
  - anticoagulants si embolie pulmonaire
  - diurétiques si décompensation cardiaque
  - antibiotiques si pneumopathie
  - aérosols si bronchite obstructive chronique
  - ...

?

**En l'absence de traitement étiologique possible, quels peuvent être les traitements symptomatiques de la dyspnée ?**

A- La mise en place d'une corticothérapie est à discuter

B- Les benzodiazépines ne sont pas indiquées car elles diminuent la fréquence respiratoire

C- L'oxygénothérapie est systématique si la saturation en oxygène est <95%

D- Le traitement morphinique diminue la fréquence respiratoire

E- Le traitement morphinique est administré en fonction de la saturation en oxygène

?

**En l'absence de traitement étiologique possible, quels peuvent être les traitements symptomatiques de la dyspnée ?**

A- La mise en place d'une corticothérapie est à discuter

B- Les benzodiazépines ne sont pas indiquées car elles diminuent la fréquence respiratoire

C- L'oxygénothérapie est systématique si la saturation en oxygène est <95%

D- Le traitement morphinique diminue la fréquence respiratoire

E- Le traitement morphinique est administré en fonction de la saturation en oxygène

# Les traitements médicamenteux symptomatiques de la dyspnée

- LES MORPHINIQUES

- Diminution de la fréquence respiratoire et de la sensibilité des récepteurs à l'hypoxie
- Commencer par formes à libération immédiate puis mise en place d'une dose de fond et augmentation progressive par paliers de 20 à 50% (si >3 interdoses par jour)
- Exemples formes à libération immédiate (= 1/6 à 1/10 de la dose journalière):
  - Actiskenan 1mg, 2,5mg, 5mg, 10mg,...
  - Oramorph goutte (1goutte =1,25mg)
  - Oxynorm goutte (1goutte=1mg) ou Oxynormoro 5mg, 10mg,...
  - Fentanyl transmuqueux (Abstral, Pecfent, Instanyl,...)
- Exemples formes à libération prolongée (/12h):
  - Skenan LP 10mg, 30mg, 60mg,...
  - Oxycontin LP 5mg, 10mg, 15mg,...
  - Durogesic patch 12µg, 25µg, ... (/72h)
- Prévention des effets secondaires : constipation +++ (laxatifs systématiques), nausées (antiémétiques si besoin), somnolence (transitoire), surveillance diurèse, surveillance neurologique.

# Les traitements symptomatiques de la dyspnée

- LES BENZODIAZEPINES
  - Effet sur anxiété induite par la dyspnée
  - Ex : Alprazolam 0,25mg ou Oxazepam 10mg toutes les 4 à 6h si besoin
- LES CORTICOÏDES
  - Effet anti-inflammatoire, anti-œdémateux, bronchodilatateur et diminution de l'encombrement
  - Ex : Prednisolone 1mg/kg/j
- L'OXYGENOTHERAPIE
  - Non systématique, études contradictoires, à discuter (majore la sécheresse buccale, les mycoses, les saignements et lésions ORL), aux lunettes (1 à 4L/min max, pas d'objectif de SO<sub>2</sub>)
  - Non indiquée en phase palliative terminale

# Mme T

Mme T se stabilise avec la mise en place d'un traitement morphinique. Elle est de plus en plus fatiguée et reste désormais alitée 24h/24. Des prescriptions anticipées personnalisées (PAP) ont été rédigées par le médecin traitant et une HAD a été mise en place.

Elle présente une nuit des signes de détresse respiratoire aiguë qui persistent malgré l'application des PAP par l'IDE. Le médecin de l'HAD est contacté : la réalisation d'une sédation proportionnée est décidée.



## Quelles seraient les modalités d'une sédation proportionnée?

A- Réalisable en urgence

B- Transitoire, si la situation aiguë s'apaise

C- Avec pour objectif d'accélérer la survenue du décès

D- Plusieurs voies d'abord sont possibles

E- Réalisable à domicile

F- Il s'agit d'un acte très fréquemment réalisé

?

**Quelles seraient les modalités d'une sédation proportionnée?**

A- Réalisable en urgence

B- Transitoire, si la situation aiguë s'apaise

C- Avec pour objectif d'accélérer la survenue du décès

D- Plusieurs voies d'abord sont possibles

E- Réalisable à domicile

F- Il s'agit d'un acte très fréquemment réalisé

# La détresse respiratoire aiguë

- Signes cliniques : cyanose, sueurs, polypnée (FR>30/min) ou bradypnée (FR<10/min), signes de lutte respiratoire
- Retentissement hémodynamique : tachycardie, signes de choc, hypotension,...
- Retentissement neuropsychique : angoisse, agitation, troubles de conscience

# La sédation proportionnée

- Si symptôme réfractaire en situation palliative avancée ou terminale après validation médicale
- Par voie intraveineuse si possible (voie sous-cutanée à défaut)
- Molécule : **MIDAZOLAM** (Diazepam ou Clonazepam à défaut)
- Réalisation :
  - Titration IV : injection de 0,5mg à 1mg toutes les 3 min jusqu'à soulagement du symptôme ou occlusion des paupières (score RASS -4)
  - Titration SC : injection de 0,1mg/kg toutes les 20 à 30min
  - Si besoin d'une dose d'entretien : dose horaire = 50% de la dose totale nécessaire lors de la titration
- Si morphiniques oraux, relai IV ou SC à réaliser

# La sédation proportionnée

+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe.
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tiens pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressif.
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10s).
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10s).
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex. : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).

RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

# Mme T

La titration a été réalisée : 3mg de Midazolam IV ont été nécessaires pour apaiser les symptômes de Mme T. Une dose d'entretien a été poursuivie à 1,5mg/h.

Le traitement morphinique oral a aussi été relayé en IV.

Mme T est hypovigilante, calme, réagit au toucher. Sa respiration est régulière. Il n'y a plus de signes de lutte et la FR est à 19.

Le soir, Mme T respire de manière ample et bruyante, la FR ralentit.

?

**Vous évoquez un encombrement agonique. Quelle serait votre attitude ?**

A- Appel du 15

B- Position assise

C- Position décubitus latéral  $\frac{3}{4}$

D- Augmentation du débit d'oxygène

E- Information et réassurance auprès des proches

F- Administrer un sédatif

?

**Vous évoquez un encombrement agonique. Quelle serait votre attitude ?**

A- Appel du 15

B- Position assise

C- Position décubitus latéral  $\frac{3}{4}$

D- Augmentation du débit d'oxygène

E- Information et réassurance auprès des proches

F- Administrer un sédatif

# L'encombrement

- Peut correspondre à 3 mécanismes :
  - hypersécrétion de mucus bronchique
  - inhalation
  - râle agonique (son produit par le mouvement des sécrétions stagnantes, perte des réflexes de déglutition et de toux)

# Traitement de l'encombrement de fin de vie

- Diminution voire arrêt de l'hydratation artificielle en situation palliative terminale
- Antisécrétoires (surveillance diurèse)
  - Scopolamine 0,25mg SC toutes les 4h ou en continu
  - Scopoderm patch
  - Scoburen 10 à 20mg IV ou SC toutes les 6h ou en continu
- Diurétiques (selon efficacité et étiologie)
  - Ex : Lasilix 20mg IV ou SC
- Positionnement décubitus  $\frac{3}{4}$  latéral : favorise l'écoulement des sécrétions stagnantes dans la sphère ORL
- Aspirations buccales (non systématiques)
- Poursuite des soins de bouche

## La position de trois quarts

Cette installation est requise pour **améliorer le confort** du patient en soins palliatifs ou en fin de vie, particulièrement lors d'encombrement trachéo-bronchique.

- Dégagement des voies aériennes supérieures et réduction des risques d'inhalation bronchique  
= **SÉCURITÉ**
- Répartition des points d'appui du corps pour prévenir l'apparition des troubles cutanés  
= **PRÉVENTION / CONFORT**
- Atténuation du bruit lié à l'encombrement et amélioration des conditions de communication  
= **COMMUNICATION**

### Cette installation nécessite :

- 2 soignants
- Un coussin long en forme de « S »
- 1 oreiller



*Avant de débuter le soin, prévenir, si besoin, les douleurs susceptibles d'être provoquées lors des mobilisations.*

**1)** Installer le patient sur le dos, tête du lit baissée. Rouler le drap et assurer les prises au niveau du bassin et des épaules. «porter-glisser» le patient en hamac sur un côté du lit.



**2)** Écarter le bras du côté où la personne va être retournée. Plier la jambe opposée.



**3)** Tourner le patient sur le côté à l'aide du drap. L'autre soignant l'accueille en positionnant ses mains à plat sur le bassin et l'omoplate.



*Mains à plat sur les os plats = moins de douleurs induites*



**4)** Poser la partie haute du coussin au contact du dos, de la nuque au sacrum.



**5)** À l'aide du drap exercer une traction douce qui permet au corps de venir se poser sur le coussin



*Le maintien du dos sur toute sa longueur renforce le sentiment de sécurité du patient.*

**6)** Glisser la paume de la main sous l'omoplate et effectuer une traction douce afin de dégager l'épaule.



**7)** Soulever légèrement la jambe du dessus puis plier l'autre et l'avancer. Installer la partie inférieure du coussin en « S » entre les jambes.

**8)** Vérifier l'alignement **menton-sternum-pubis**. Si besoin, remonter la tête du lit (max 30°). Évaluer le confort du patient. Finaliser l'installation.



# Mme T

Mme T décèdera le lendemain à son domicile en présence de son entourage.

Son époux vous remerciera grandement de lui avoir permis de rester chez elle jusqu'à la fin de sa vie.

***Merci pour votre attention***