

Document d'aide à la prise en charge de la dyspnée, pour les personnes à domicile et en structures médico-sociales, en situation palliative

Version 2 - Septembre 2022

**BOUTEILLER Mathilde, médecin
LELUT Brigitte, infirmière
Référentes en Soins Palliatifs**



**Adapté d'un document de mars 2020 élaboré dans le cadre de l'épidémie
de la COVID-19 avec Dr Barbaret Cécile, Dr Liatard Pierrel Karine
et Mme Amouroux Valérie, cadre de santé
de la Clinique de Soins Palliatifs du CHU Grenoble Alpes**

Mesures générales associées à la prise en charge de la dyspnée, dont l'encombrement terminal

ANTICIPER LA PERTE DE LA PRISE PER OS : avoir des formes injectables ou des solutions buvables pour une dispensation en gouttes. Si la personne ne peut pas avaler, les gouttes seront administrées en sublingual ou dans le sillon gingival. Les formes orodispersibles nécessitent une muqueuse buccale suffisamment humidifiée et peuvent ne pas être adaptées dans ce contexte.

MESURES NON MEDICAMENTEUSES :

- Patient ½ assis, atmosphère calme.
- Eviter la kinésithérapie respiratoire si la toux est inefficace et / ou si la coopération de la personne est limitée pour les exercices.
- Eviter les aspirations : douloureuses, inefficaces et stimulant la production des sécrétions.
- Eviter les fluidifiants.
- Soins de bouche et humidifications buccales réguliers en cas de sécheresse buccale notamment si respiration bouche ouverte ou oxygénothérapie.

OXYGENOTHERAPIE :

Pas obligatoire, uniquement si bénéfique sur la sensation de manquer d'air .

- 2 à 3 litres / minute en fonction du soulagement de la personne et tolérance.
- Se baser avant tout sur l'observation clinique et non sur le résultat de la saturation en oxygène (SaO₂).

EN CAS D'ENCOMBREMENT TRACHEO BRONCHIQUE TERMINAL avec perte de l'efficacité de la toux par épuisement musculaire ou RÂLES :

- **ARRET** de l'HYDRATATION ARTIFICIELLE ou ne pas l'entreprendre.
- **SCOPOLAMINE** (anticholinergique asséchant les sécrétions bronchiques) :
De préférence, en patch dosé à 1 mg, **SCOPODERM®** 1 à 3 patchs tous les 3 jours.
NON REMBOURSE, autour de 40 euros la boîte de 5 patchs. Patch à coller sur la peau saine et sans poils (arrière de l'oreille de préférence).
Ou bolus de 0,5 mg en SC, **SCOPOLAMINE** : maximum 6 fois par jour, à au moins 4 h d'intervalle, Majoration possible jusqu'à 6 mg / 24 h.

EN CAS DE SURCHARGE HYDRIQUE : œdème pulmonaire

- Notamment chez les patients insuffisants cardiaques connus : arrêt de l'hydratation et introduction du Furosemide, voie SC possible, dose SC = dose IV.

- **Si respiration spastique** : aérosols possibles, corticothérapie, SC possible.

IM : Intra Musculaire

IV : IntraVeineux

SC : Sous-Cutané

Signes de gravité

Saturation	<90%
Fréquence respiratoire	<8/min ou >25/min
Bruits respiratoires	stridor
Couleur de la peau	cyanose
Diaphorèse = hypersudation	présente
Tirage (intercostal, sus-claviculaire, sus ou sous-sternal)	présent
Utilisation des muscles accessoires	présente
Respiration paradoxale	présente
Altération du status mental	Diminution de l'état de conscience, Agitation ou confusion

Prise en charge thérapeutique

LES OPIOÏDES SONT A PRIVILEGIER pour leurs actions eupnéisante et antitussive

Eupnée = Respiration normale ou aisée

<p><u>Patient naïf de morphine :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Débuter à des doses faibles. • Titrer per os : 5 mg d'ACTISKENAN® (gélule ou orodispersible) • ou 5 mg d'ORAMORPH® <i>(prescription préférable en solution buvable 20 mg / 1 ml, flacon compte-goutte de 20 ml), 4 gouttes pour 5 mg (1 goutte = 1,25 mg).</i> 	<p><u>Patient déjà sous opioïde :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise d'une interdose de 1/6^e ou 1/10^e de la dose totale des 24 h.
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'en donner toutes les 4 h, maximum 6 fois / jour. • En cas de dyspnée sévère, possibilité de diminuer l'intervalle entre les prises à 30 minutes, afin d'obtenir le soulagement le plus rapide, même si l'on prend le risque d'un cumul des doses. • Si plus de 4 prises par 24 h, mettre en place un traitement de fond ou le majorer de 30 % : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Per os à privilégier, SKENAN® LP, possibilité d'ouvrir les gélules et de faire prendre les microgranules. ✓ Par patch de Fentanyl, à éviter en cas d'hyperthermie. 	

Associer DES BENZODIAZEPINES

- **En si besoin pour lutter contre l'angoisse générée pour une dyspnée légère**
- **En systématique pour une dyspnée sévère :**

Patient naïf de benzodiazépines, au choix :

- Xanax® comprimé : 0,25 mg
Seresta® comprimé : 10 mg
Lysanxia® solution buvable : 5 mg (10 gouttes = 5 mg)
Valium® solution buvable : 1 mg (3 gouttes = 1 mg)

Fréquence 2 à 3 fois par jour. Si insuffisant, majoration possible des doses dès la prise suivante.

- Si per os non possible : possibilité de donner les formes buvables en goutte dans le sillon gingival ou en sublingual : Valium® ou Lysanxia® ;
ou Valium® en SC ou IV à dose de 1 mg initialement et majoré à 5 puis 10 mg, possibilité 3 fois par jour.

Patient déjà sous benzodiazépines :

- Majoration de la benzodiazépine déjà prescrite ; éviter d'associer 2 benzodiazépines.
- Rotation de benzodiazépine si aucune efficacité après 2 majorations sur 24 h.
- En cas d'agitation ou d'inefficacité, possibilité d'associer le Tercian® solution buvable, 5 mg (1 goutte = 1 mg), le soir initialement, majoration des doses dans les 24 h si insuffisant et possibilité de prises en 3 fois par jour.
- Si per os non possible : possibilité de donner les formes buvables en goutte dans le sillon gingival ou en sublingual : Valium® ou Lysanxia® ;
ou Valium® en SC ou IV à dose de 5 mg initialement et majoré à 10 mg, possibilité 3 fois par jour.

**Prise en charge du patient en détresse respiratoire aiguë
avec un pronostic vital engagé à très court terme
(situation de détresse nécessitant un soulagement urgent) : ASPHYXIE**

A PRESCRIRE EN ANTICIPATION

Morphine, pour lutter contre la sensation de soif d'air

Patient naïf de morphine :

- Bolus de 5 mg de morphine en IV ou SC d'emblée, poursuivre en fonction des signes de lutte, toutes les 10 minutes en IV et 30 minutes en SC.
- Si pas de voie SC / IV possible : bolus per os d'ORAMORPH® 10 mg (8 gouttes au flacon compte-gouttes) à renouveler toutes les 30 minutes en fonction des signes de lutte.

Patient déjà sous morphine :

- Faire d'emblée un bolus de morphine IV ou SC proportionnel à la dose de fond (1/6^e à 1/10^e) et poursuivre en fonction des signes de lutte, toutes les 10 minutes en IV et 30 minutes en SC.
- Si absence d'injection possible : faire bolus en transmuqueux, par exemple PECFENT® solution pour pulvérisation nasale, renouvelable toutes les 15 minutes ou ORAMORPH® flacon compte-gouttes (1 goutte = 1,25 mg) en sublingual ou dans le sillon gingival, proportionnel à la dose de fond (1/6^e à 1/10^e), à renouveler toutes les 30 minutes.

Benzodiazépine à visée sédative

Dans ce contexte d'urgence, la sédation est proportionnée au soulagement du patient et ne nécessite pas de procédure collégiale. La personne peut la refuser.

Préparer le matériel d'injection et la thérapeutique choisie (Valium® ou Midazolam), à proximité de la personne.

- Injection de VALIUM® 5 mg d'emblée IV ou à défaut IM, ou à défaut SC, à défaut Intra Rectal, puis refaire toutes les 2 minutes par les mêmes voie et posologie, si persistance de la conscience.
En l'absence d'autres voies d'administration :
VALIUM® gouttes en sublingual ou dans le sillon gingival : 10 mg d'emblée (30 gouttes) à renouveler au bout de 5 minutes si persistance de la conscience.
Si besoin de poursuivre la sédation, mettre une dose de fond par VALIUM® 10 mg matin, midi et soir.
- Le MIDAZOLAM Accord est disponible à domicile depuis janvier 2022, la seule indication thérapeutique ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie est la sédation en soins palliatifs (proportionnée ou profonde et continue).
Injection de 5 mg de MIDAZOLAM en IV lente ou à défaut en IM ou SC. Si persistance de la conscience, à renouveler au bout de 2 minutes.
Si besoin de poursuivre la sédation, besoin d'un pousse – seringue du fait de la cinétique, pour administrer le MIDAZOLAM en continu, avec une dose horaire égale à 50 % de la dose nécessaire à l'induction.

Indications pour l'entourage face à une dyspnée

La dyspnée est une gêne respiratoire subjective ressentie par la personne c'est-à-dire une **sensation de manquer d'air** et / ou la **présence de signes de lutte** observables par le soignant : tirage, battement des ailes du nez, respiration abdominale + / - associée à une polypnée (augmentation de la fréquence respiratoire au-dessus de 20 / minute).

Elle est souvent **associée** à une **angoisse importante** de la personne.

La dyspnée génère de l'angoisse et l'angoisse majore la dyspnée.

Cette angoisse est communicative.

« La dyspnée a cela de particulier : elle se transmet. Chaque fois que nous sommes auprès d'une personne dont la respiration est difficile et qui en souffre, nous ressentons cette douleur dans notre propre respiration dont le rythme se modifie, nous sommes sujets à cette angoisse viscérale. »

Cosette ODIER, « Du premier cri au dernier souffle », Journal de cancer et psychologie, n°20, 3^{ème} trimestre 1996.

Aussi, **l'attitude de l'entourage calme et apaisante** est importante et contribue à diminuer les difficultés respiratoires.

Il existe **un mimétisme** (imitation involontaire), qui fait **prendre, en sa présence, le rythme respiratoire de la personne**, amenant à l'essoufflement. En être conscient pour **garder son propre rythme respiratoire**.

La personne doit être installée en position **demi-assise, voire assise**, buste relevé.

L'amplitude au niveau de son buste doit être préservée : **vêtements amples, drap non tiré**.

La sensation de recevoir de l'air peut diminuer la gêne respiratoire : **création d'un courant d'air, ouverture d'une fenêtre, utilisation d'un ventilateur**.

L'Oxygénothérapie (administration d'oxygène) n'est utile que si la personne se sent améliorée par celle-ci. **Se baser avant tout sur l'observation clinique et non le résultat de la saturation en oxygène (SaO2)**.

En cas d'oxygénothérapie, il n'est pas possible d'utiliser au niveau du visage et de la bouche, **de corps gras, ni les produits contenant de l'alcool** (par exemple : pas de stick lèvres, de vaseline, de bâtonnets glycerinés citronnés, d'Aequasyl® ...).

Les produits compatibles avec l'oxygène sont :

- **pour la sécheresse buccale** : BioXtra® ou Gum Hydral® en gel ou spray humectant ;
- **pour les lèvres sèches** : SENSILUBE ® ou KY ® gels lubrifiants ;
- **pour la sécheresse nasale** : HYARHINOL® en spray nasal (arôme camomille) ;
- **pour la peau du visage irritée** : Gel d'eau thermale d'AVENE.