



Par **Vincent Morel**, équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs - vincent.morel@chu-rennes.fr
Stéphane Jouneau, service de pneumologie - stephane.jouneau@chu-rennes.fr
 CHU de Rennes, 35033 Rennes Cedex.

Dyspnée à domicile en fin de vie

Le confort du malade est un objectif prioritaire.

La dyspnée, expérience subjective d'inconfort respiratoire, résulte de différentes composantes : physiologiques, psychologiques, sociales et environnementales. Présente chez 21 à 79 % des malades lors de leurs derniers jours de vie, elle est une source d'angoisse et d'inconfort pour le patient mais aussi pour la famille.¹ Cette anxiété profonde est très souvent partagée par les soignants eux-mêmes car « *la dyspnée a ceci de particulier : elle se transmet* ». Il s'agit d'une expérience toute personnelle dont l'évaluation objective est extrêmement difficile ; il n'y a pas en effet de corrélation entre son intensité et les anomalies objectives de la fonction respiratoire, en particulier la saturation en oxygène. Son évaluation se fait selon la même démarche que pour la douleur : on utilise une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (demander au patient de chiffrer sa dyspnée entre 0 et 10). Elle vise à diminuer l'écart entre la dyspnée ressentie par le malade et celle évaluée par les proches ou les soignants.

Étiologie

En fin de vie, elle est souvent multiple. Schématiquement, dans le cadre d'une maladie cancéreuse, on peut retenir les étiologies en lien direct avec la tumeur (épanchement pleural, atteinte parenchymateuse, lymphangite carcinomateuse, obstructions bronchiques...), en lien indirect avec la tumeur (cachexie, anémie, ascite, fatigue musculaire...), ou avec les traitements (chimiothérapie, radiothérapie, séquelles de chirurgie...), et enfin les autres étiologies qui peuvent être un facteur associé ou bien la cause principale de la dyspnée (insuffisance cardiaque, broncho-pneumopathie chronique obstructive...)²

Conduite diagnostique

On élimine un événement intercurrent aigu qui justifierait une prise en charge spécifique. En effet, même en fin de vie, la mise en œuvre d'une thérapeutique spécifique peut se justifier si elle permet d'améliorer le confort.

Il faut aussi évaluer l'intensité de la dyspnée et son vécu par le patient. La place des examens complémentaires est à adapter à l'étiologie suspectée, aux possibilités techniques à domicile et aux solutions thérapeutiques envisageables. Sauf événement aigu, en fin de vie, le contrôle de la saturation ne modifie pas forcément la prise en charge. En effet, il n'y a pas de corrélation systématique entre la sensation de dyspnée et la saturation qui n'évalue qu'une seule composante de la dyspnée : l'hypoxémie.³

Prise en charge

Le traitement de la cause ne doit pas être oublié (fig.). Cela est d'autant plus vrai en cas de décompensation aiguë respiratoire. Il ne faut pas hésiter à demander (si nécessaire) un avis spécialisé : indication d'une technique endoscopique en cas d'obstruction tumorale ; talcage pleural ; drainage pleural à domicile, prothèse cave, etc...

Mesures générales. L'anxiété accompagne toute sensation de dyspnée ; elles se majorent mutuellement, aussi faut-il :

- demander au patient d'expliquer ses craintes (peur de mourir, d'étouffer). Toute personne ayant vécu un épisode d'asphyxie craint qu'il ne se renouvelle. Au mieux cette étape mérite d'être anticipée (si nécessaire aussi avec les proches) ;
- expliquer l'étiologie de la dyspnée, le rôle de chacun des traitements ;
- installer le patient le plus confortablement possible en respectant les positions qu'il trouve. Ainsi, les insuffisants respiratoires dorment souvent à moitié assis ;
- donner une sensation d'air frais par une ventilation efficace (créer des courants d'air) ;
- proposer des séances de kinésithérapie pour appréhender la mécanique ventilatoire et ainsi apprendre à respirer ;
- inciter les soignants à respirer calmement.

La morphine est le seul traitement qui ait montré son efficacité dans la prise en charge de la dyspnée.³ Son mécanisme d'action précis est mal connu. Globalement, pour des patients naïfs d'opioïdes, on débute par des posologies deux fois moins importantes que pour la douleur : 30 mg morphine per os par 24 heures (10 mg/24 h en IV, 15 mg/24 h en SC). Pour les patients déjà sous morphinique,

Un cas particulier : la détresse asphyxique respiratoire

Il faut savoir anticiper cette situation appréhendée par le malade, la famille mais aussi les soignants. Cette détresse respiratoire est considérée comme un syndrome physique réfractaire qui selon la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs justifie d'une sédation.

Objectif : diminuer la vigilance afin de baisser ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme intolérable par le patient alors que tous les moyens disponibles et adaptés ont été proposés et mis en œuvre sans soulager son asphyxie. Selon les recommandations, on injecte 0,5 mg de midazolam (Hypnovel) toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'obtention de la sédation désirée. L'identification possible d'une telle complication doit inciter à une prise de contact avec une équipe de soins palliatifs ou une structure comme les HAD.

<http://sfap.orf/content/les-recommandations-de-la-sfap>

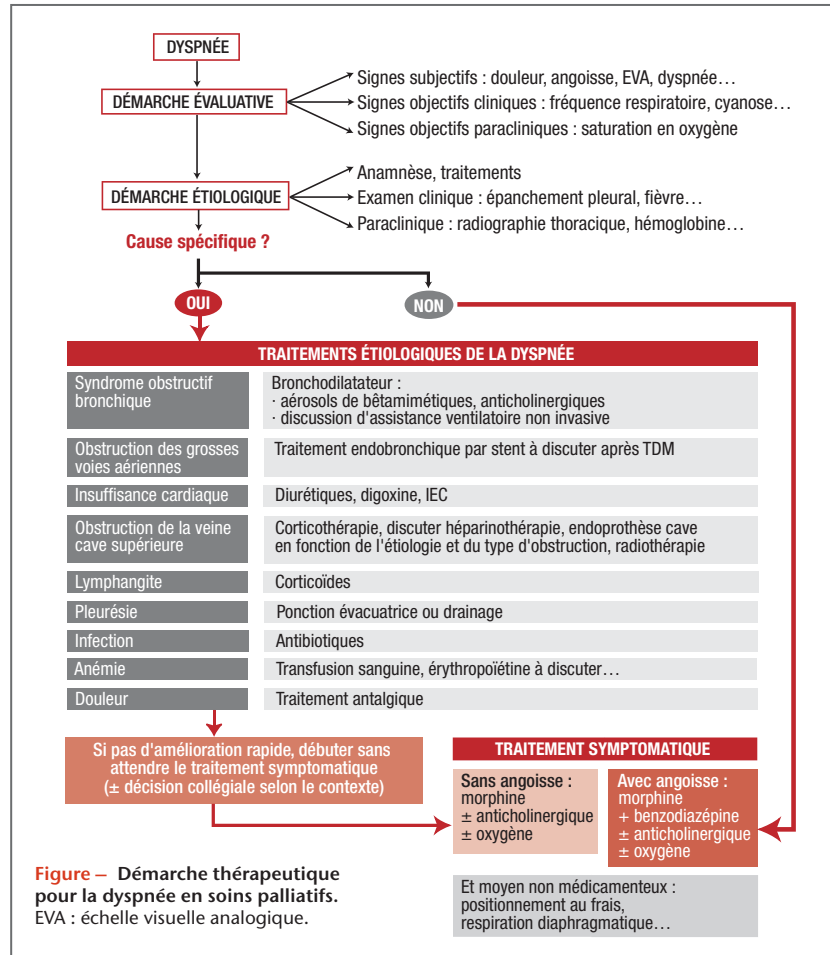
- **La dyspnée** est une sensation subjective à évaluer comme la douleur.
- **Le traitement étiologique** peut être utile et doit être envisagé chaque fois que possible.
- **Le meilleur traitement symptomatique** est la morphine.
- **En cas de risque de détresse asphyxique**, ne pas hésiter à prendre contact avec une équipe de soins palliatifs.

il est possible d'augmenter la posologie de 30 %. Ces doses sont à adapter (par paliers de 30 %) selon la tolérance et l'efficacité sachant que la meilleure évaluation est celle du malade. En fin de vie, même chez les patients insuffisants respiratoires, les risques théoriques de cet antalgique majeur ne sauraient restreindre sa prescription au regard des bénéfices démontrés. La morphine par voie nébulisée n'a montré aucune efficacité.⁴

Benzodiazépine. Anxiété et dyspnée étant corrélées, une benzodiazépine peut être associée aux morphiniques, notamment si le patient est un anxieux connu. Le midazolam (Hypnovel) est recommandé à de faibles posologies en commençant à 0,1 voire 0,2 mg/h (IV ou SC). Cette molécule est accessible en rétrocession par les pharmacies hospitalières (ou si prise en charge en HAD). Si besoin, bien qu'il n'y ait pas eu d'études, une autre benzodiazépine (per os ou IV) pourrait être essayée.³

Aucune étude n'a démontré la réelle efficacité de l'oxygène dans la prise en charge de la dyspnée en fin de vie (même si son intérêt a été prouvé chez les insuffisants respiratoires chroniques). Toutes les études comparant oxygène et air ambiant n'ont pas montré d'amélioration du score de la dyspnée dans le bras oxygène.⁵ Ainsi, une position mesurée et une prescription adaptée au cas par cas – dont le caractère rassurant est indéniable – s'imposent.¹ Aussi, une des possibilités est d'adapter le débit d'oxygène non pas tant à la saturation mais au ressenti du patient. Il y a dans la prescription d'oxygénothérapie une participation symbolique qu'on ne peut exclure. Néanmoins, les masques à haute concentration ne sont pas recommandés.¹ Ils entraînent davantage d'inconfort (sensation d'oppression, gêne à la communication avec la famille...) que de confort. En cas d'oxygénothérapie, il faut privilégier les lunettes en veillant également à ce que le patient puisse déambuler chez lui (bouteilles portables, tuyaux suffisamment longs).

Autres traitements. Par leur action anti-inflammatoire, les corticoïdes méritent



d'être essayés. Parmi les aérosols, seuls ceux contenant des corticoïdes inhalés et des β -2-mimétiques peuvent être efficaces. **Les râles agoniques**, très fréquents, sont la conséquence d'une accumulation de sécrétions dans les voies aériennes due à la disparition du réflexe de toux et de déglutition et d'une augmentation de la sécrétion d'eau endogène. Avant d'utiliser les anticholinergiques qui assèchent les sécrétions et donc la cavité buccale et qui peuvent, entre autres, être sources de confusion, il est préférable de diminuer au minimum les apports hydriques. Globalement, en fin de vie, un apport maximal de 500 cc est suffisant. Les aspirations bronchiques ne sont que peu ou pas efficaces. Le furosémide (Lasilix) peut être

essayé. Au-delà des traitements, il est important d'informer la famille sur la physiopathologie de ces râles agoniques et les mesures préventives mises en place. ●

RÉFÉRENCES

1. Morel V, et al. L'oxygénothérapie : une prescription singulière chez les patients en fin de vie. Réflexion d'une équipe soignante d'un service de pneumologie. *Med Pal* 2004;3:34-9.
2. Bonnichon A, et al. La dyspnée dans le cancer du poumon. *Revue de pneumologie clinique* 2008;64:62-8.
3. Beauverd M, et al. Prise en charge pharmacologique de la dyspnée chez le patient atteint d'un cancer avancé. *Med Pal* 2004;4:61-9.
4. Jennings AL, et al. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax* 2002;57:939-44.
5. Abernethy AP, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised control trial. *Lancet* 2010;376:784-92.