

Dyspnée et symptômes respiratoires en fin de vie

Parcours de base



Dr. Mathieu Guilbault
Directeur médical maison soins palliatifs La Traversée
Membre du comité scientifique Palli-science

Je n'ai aucun conflit d'intérêts.

Aucune utilisation de l'intelligence artificielle n'a été faite pour la réalisation de cette diapositive.

- Prescrire un traitement adéquat pour soulager la dyspnée;
 - Décrire comment prévenir les râles de fin de vie;
 - Reconnaître et traiter de manière appropriée une détresse respiratoire en fin de vie.
1. Dyspnée
 2. Râles de fin de vie
 3. Détresse respiratoire de fin de vie

1. Dyspnée

sensation SUBJECTIVE de gêne respiratoire ou d'essoufflement anormal

Impact de la dyspnée chez nos patients

- Plus de 50% des patients expérimentent de la dyspnée en fin de vie peu importe la pathologie de base (cancéreuse ou non cancéreuse)
- Impact physique / psychologique et social
- Vais-je mourir étouffé ???



Diagnostic différentiel parfois complexe

- Suivi de plus en plus long en soins palliatifs
- Comorbidités fréquentes – Patients souvent déjà très hypothéqués avant le cancer



Mise en situation

- Femme de 65 ans, suivie en oncologie pour cancer du sein métastatique, sous deuxième ligne de traitement
- Se présente pour dyspnée et désaturation à 85% à l'AA

Au questionnaire

- Douleur pleurétique?
- Toux / expectorations / hémoptysies?
- Atteinte des autres systèmes?
- ATCD pulmonaire (MPOC, asthme)
- Dernier traitement de chimio?

À l'examen physique

- Auscultation pulmonaire primordiale
- Anasarque?
- Mollets?

Investigations nécessaires?

- Tout dépend du timing
- Où est rendue la patiente ?
- C'est beau faire des tests, mais est-ce que le traitement par la suite sera souhaité ou souhaitable?

Tests non invasifs

Une anémie inflammatoire doit toujours suspectée

Radiographie pulmonaire suffisante pour éliminer épanchement

Non invasif



Résultats



FSC : Hb à 100

Besoin d'un 2L d'Oxygène pour saturation 90%
Voir radio poumons

Que pouvons-nous offrir ?

Ponction pleurale / PleurX place aux diurétiques?

Si récidive rapidement, considérer PleurX

Pas toujours simple en région



Oxygénothérapie ?

Indiquée pour une courte période chez les patients qui désaturent en période aigue

Pas d'indication pour la dyspnée sans désaturation

Placebo ? Même efficacité entre O2 ou Ventilateur ?

Ventilation parfois nécessaire en maladie neurodégénérative



Mais si la patiente n'avait pas eu d'épanchement ?

Multiples pathologies possibles :

- Embolie pulmonaire (NACO ? / hémoptysies?)
- Lymphangite pulmonaire (Cortisone ?)
- Progression métastases pulmonaires (Radiothérapie ?)



Parfois la cause est réversible Sinon, il faut soulager

Approches non pharmacologiques

- Ventilateur / Air
- Techniques respirations / relaxation
- Acupuncture (# 1)

Différentes échelles de dyspnée

Échelle visuelle analogique	Échelle de Borg	Échelle du <i>Medical Research Council</i>
Dyspnée maximale	0 Pas du tout de dyspnée	0 Aucune dyspnée
	0,5 Très, très légère	1 Peut hâter le pas ou monter une pente
	1 Très légère	2 Peut marcher sur terrain plat à pas normal
	2 Légère	3 Doit s'arrêter même lorsqu'il marche à son propre pas
	3 Modérée	4 Est essoufflé pour s'habiller et faire sa toilette
	4 Un peu sévère	
	5 Sévère	
	6 } Très sévère	
	7 } Très sévère	
	8 } Très sévère	
	9 } Très sévère	
Absence de dyspnée	10 Très, très sévère	

Approches pharmacologiques

1- Narcotiques demeurent la pierre angulaire (surtout pour causes néoplasiques)(#2)

- Diminution de la perception centrale de la dyspnée sans diminution de la réponse ventilatoire
- Courte action vs longue action

2- Anxiolytiques



Narcotiques - Prescriptions de base

Morphine 2.5 mg po q 4H PRN (lent début d'action)

Sirop de morphine pour plus petites doses pour patients fragiles

Longue action à adopter rapidement (diminution chutes?)

- Kadian 10 mg die rég, souvent une bonne option

Éviter Oxycodone

Transmuqueuse buccale ?

Action plus rapide avec SC



Anxiolytiques

Composante anxieuse toujours à considérer

Lorazepam / Clonazepam petites doses (.25mg /0.5 mg q4 H PRN)

Attention au profil d'effets secondaires non négligeable

Versed SC en fin de course souvent préféré comme injectable

Dose à ajuster selon poids / utilisateur chronique de Benzos/ ROH



2. Râles de fin de vie

Râles apparaissent en fin de vie

Surcharge pulmonaire fréquente : hypoalbuminémie / Diminution filtration rénale / Réaction inflammatoire

Augmentation des sécrétions bronchiques : Stimulation des glandes à mucus / diminution capacité de Toux

Surviennent souvent / parfois persistent

Situations prédisposantes : Fin de vie rapide / Fin de vie non oncologique / Néoplasie pulmonaire / Cérébrale

50% des patients qui ont des râles auront des râles jusqu'à la fin

PAS DE SOLUTÉ EN FIN DE VIE

Beaucoup d'enseignement à faire auprès des familles



Évaluation

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec 

Évaluation quantitative de l'embarras respiratoire selon l'échelle de Victoria

0	Pas d'embarras
1	On entend l'embarras à moins de 30 cm du patient
2	On entend l'embarras lorsqu'on est au pied du lit
3	On entend l'embarras à la porte de la chambre

Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS), *Medical Care of The Dying, 4th ed.*;
p.384. © Victoria Hospice Society 2006.

Inconfort associé au râles ?

Respiration peut paraître très impressionnante

Besoin d'enseignement +++

En général, apparition en fin de vie, patients inconscients

Traitement des râles

Antimuscariniques demeurent le meilleur traitement

- Glycopyrrolate (Robinul) : 0.2 mg / ml, 1 à 2 ml q 2-4 H PRN , PO / SC
- Scopolamine : 0.4 mg / ml, 0.4 mg q 2-4 H PRN, SC

Souvent utilisés lors des sédations palliatives en prophylaxie

Lorsque débutés, doivent être donnés q 4 – 6 H rég

Robinul : Pas d'effet sédatif, effets anticholinergiques +

Scopolamine : Sédatif, peut causer confusion, effets anticholinergiques

Traitement des râles

Lorsqu'un surcharge est suspectée :

- Furosémide doit être tenté rapidement
- Peut être donné en SC (20mg/2ml) ou préférablement en IV
- Souvent nécessite plusieurs doses régulières (q 2 H rég x 3 doses et observer la diurèse)

Réflexes de toux /dégagement

Surviennent parfois lorsque sédation n'est pas suffisante

- Suggestion personnelle: Phénobarbital SC 60 mg à 120 mg sc 6 h rég



3. Détresse respiratoire en fin de vie

Critère #1 : Expérience consciente

- État de panique
- Terreur
- Agitation
- Anxiété intense

Critère #2 :

- Détresse respiratoire : Difficulté respiratoire / tachypnée / tirage ou embarras bronchique sévère
- Douleur intolérable subite ou en augmentation exponentielle
- Hémorragie massive

Peut être confondu

Plusieurs patterns respiratoires de fin de vie
Tachypnée terminale
Cheyne Stokes

Si patient inconscient, pas de détresse

Mauvais pronostic

Peu importe l'administration du protocole de détresse ou non

C'est une urgence

Protocole à donner rapidement chez les patients en fin de vie / objectif de soins D

L'objectif est de créer une sédation rapide

Médicaments

Première classe de médicament à donner : Benzodiazépines

Midazolam 1^{er} choix, 5 mg ou 10 mg Sc (dépendant de doses régulières / poids)

Agissent rapidement, anxiolytiques / sédatifs

Médicaments

Deuxième classe de médicaments à donner : Narcotiques

Utiliser le même narcotique déjà pris par le patient

50% à 100% de la dose q4 h rég

Diminuent la sensation de dyspnée / douleur / diminution fréquence respiratoire

Médicaments

Troisième classe de médicaments à donner : Anticholinergiques

Uniquement scopolamine est indiquée en raison de la sédation recherchée

Dose usuelle de 0.4 mg sc

Peu d'avantage à donner plus

Surveillance

Généralement le patient sera soulagé rapidement

Protocole en SC peut être répété aux 20 minutes

Voies IV ? Plus rapide / souvent moins accessible (q 10 minutes)

Communication

Nécessite de bien communiquer avec famille

Beaucoup d'écoute / assurance

Somnolence attendue après protocole

Décès n'est pas causé par la médication

**SOINS PALLIATIFS
GESTION DES SYMPTÔMES EN FIN DE VIE**

Protocole de détresse aiguë subite			
Se référer au protocole médical national n°888020 - <i>Administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne qui reçoit des soins palliatifs</i> (insss.qc.ca)			
Médicaments	S.cut.	IV**	À titre indicatif
1. BENZODIAZÉPINE : permet un effet anxiolytique, amnésiant, myorelaxant et sédatif			
<input type="checkbox"/> MIDAZOLam : _____ mg (Versed ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Par voie IV : 2,5 à 5 mg. Administrer à raison de 1 mg/min. Par voie S.cut. : <ul style="list-style-type: none"> Poids inférieur à 70 kg ET benzodiazépine dose équivalente inférieure à 3 mg de LORazépam/24 h : MIDAZOLam : 5 mg Poids supérieur à 70 kg OU benzodiazépine dose équivalente supérieure ou égale à 3 mg ET inférieure ou égale à 12 mg de LORazépam/24 h : MIDAZOLam : 10 mg Benzodiazépine dose équivalente supérieure à 12 mg de LORazépam/24 h : MIDAZOLam : 15 mg
<input type="checkbox"/> LORazépam : _____ mg (Ativan ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dose suggérée : 1 à 2 mg S.cut. ou IV (max : 4mg /dose) Par voie IV : ajouter un volume égal de NaCl 0,9% au volume de la dose. Administrer à raison de 2 mg/min Doses équivalentes des benzodiazépines PO pour LORazépam 1mg : <ul style="list-style-type: none"> Alprazolam 0,5 mg Clobazam 10 mg Bromazépam 3 mg Clonazépam 0,25 mg Oxazépam 15 mg
2. OPIOÏDE : diminue l'effort respiratoire, tout en renforçant la sédation			
<input type="checkbox"/> MORPHine : _____ mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Dose régulière de 0 à 10 mg* S.cut. chaque 4 h (0 à 60 mg/24 h) <ul style="list-style-type: none"> 10 mg S.cut. OU IV lente Dose régulière de 10,1 à 30 mg S.cut. chaque 4 h (60,1 à 180 mg/24 h) <ul style="list-style-type: none"> 15 mg S.cut. OU IV lente Dose régulière supérieure à 30 mg S.cut. chaque 4 h (plus de 180 mg/24 h) <ul style="list-style-type: none"> 50 % de la dose S.cut. chaque 4 h jusqu'à une dose maximale de 50 mg
<input type="checkbox"/> HYDROMORPHone (Dilaudid ^{MD}) : _____ mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Dose régulière de 0 à 2 mg* S.cut. chaque 4 h (0 à 12 mg/24 h) <ul style="list-style-type: none"> 2 mg S.cut. OU IV lente Dose régulière de 2,1 à 5 mg S.cut. chaque 4 h (12,1 mg à 30 mg/24 h) <ul style="list-style-type: none"> 3 mg S.cut. OU IV lente Dose régulière supérieure à 5 mg S.cut. chaque 4 h (plus de 30 mg/24 h) <ul style="list-style-type: none"> 50 % de la dose S.cut. chaque 4 h jusqu'à une dose maximale de 10 mg
<input type="checkbox"/> FENTAnyl : _____ mcg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Échec ou toxicité aux autres opioïdes Se référer au pharmacien pour les doses (posologie selon dose du fentanyl timbre transdermique si utilisé) <ul style="list-style-type: none"> Dose régulière de 6 à 12 mcg/h : 6 mcg S.cut. Dose régulière de 12 à 25 mcg/h : 12 mcg S.cut.
*Chez l'usager naïf aux opioïdes, une dose de MORPHine 5 mg S.cut. OU d'hydromorphone 1 mg S.cut. pourrait être administrée à la discrétion du médecin.			
3. ANTICHOLINERGIQUE : réduit les sécrétions pharyngées et bronchiques et potentialise l'effet sédatif et amnésiant de la benzodiazépine			
<input type="checkbox"/> Scopolamine : 0,4 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,4 à 0,6 mg S.cut. ou IV lente en 2 min
<input type="checkbox"/> Scopolamine : 0,6 mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S.cut. : possibilité de mettre dans la même seringue que opioïde
<input type="checkbox"/> Scopolamine : _____ mg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S.cut. ou IV lente en 2 min
Fréquence de l'administration du protocole de détresse aiguë subite			
<input type="checkbox"/> Répéter une 2 ^e dose S.cut. après 20 min PRN, puis aviser médecin si non soulagé			
<input type="checkbox"/> Répéter une 2 ^e dose IV après 10 min PRN, puis aviser médecin si non soulagé			
<input type="checkbox"/> Autre directive médicale : _____			
Nom du prescripteur autorisé	Signature	Permis	aaaa/mm/jj

GRM 14004163 Rév. : (2025-02-14) V3 - CECMDP
OIS-CISS-6865

**SOINS PALLIATIFS
GESTION DES SYMPTÔMES EN FIN DE VIE**

Dossier médical
D.I.C. : 3-4-4
Page 3 de 3

Ajustement

Si décès ne survient pas rapidement après le protocole

Le traitement de base régulier doit être majoré

Possible de prévenir?

Peu de données probantes

Nous remarquons qu'il y a plus de protocoles donnés en CHSLD

Importance de bien évaluer nos patients en fin de vie

Traiter activement les signes d'inconfort rapidement

S'assurer d'une bonne sédation de fin de vie

Conclusion

Dyspnée est vraiment un symptôme cardinal en soins palliatifs

Réversible parfois, à soulager toujours

Bien voir venir fin de vie pour prévenir complications



Questions ?

Bibliographie

1. Can a standardized acupuncture technique palliate disabling breathlessness: a single-blind, placebo-controlled crossover study.
AULewith GT, Prescott P, Davis CL
SOChest. 2004 May;125(5):1783-90.
2. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea.
AUAbernethy AP, Currow DC, Frith P, Fazekas BS, McHugh A, Bui C
SOBMJ. 2003;327(7414):523.
3. Administration des médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne qui reçoit des soins palliatifs. Rapport en soutien à la mise à jour du protocole médical national – INESSS
4. Site Web Palli-science pour inspiration

