



Dyspnée en fin de vie

Cynthia Savoy, MD CCMF

CHU Dr-Georges-L.-Dumont, Moncton, NB



Mise en situation



- Vous voyez M. Cormier, 79 ans dans votre cabinet privé
- Connu MPOC tabagique
- Il est à sa 5^e hospitalisation en 12 mois pour EAMPOC
- Hémorragie digestive haute secondaire à un ulcère digestif récente
- Dyspnée progressive aggravée
- Affecte sa qualité de vie
- Que pouvez-vous faire?



Suite Mise en situation

Un an plus tard, Dx d'adénocarcinome pulmonaire avec métastases locales et osseuses aux côtes et T5

- Il est principalement alité.
- Il s'alimente peu.
- Il est a bout de souffle, est tachypnéique, tousse et crache.
- On dirait qu'il s'étouffe souvent.
- Sa famille est en panique.
- Que faites-vous?

Buts de la présentation

- Reconnaître et évaluer un patient qui se plaint de dyspnée.
- Établir un plan de traitement qui tient compte des causes sous-jacentes et des symptômes.
- Décrire le rôle des mesures non-pharmacologiques
- Comprendre le rôle des opiacés
- Décrire quand le recours à un protocole de détresse respiratoire est approprié



Prévalence de la dyspnée

- Varie selon la maladie sous-jacente
- MPOC: 95%
- Démence: 70%
- Cancer: 50-70%
- Insuffisance cardiaque congestive: 60%
- Sclérose latérale amyotrophique: 50%
- AVC: 37%



Qui est le plus dyspnéique?

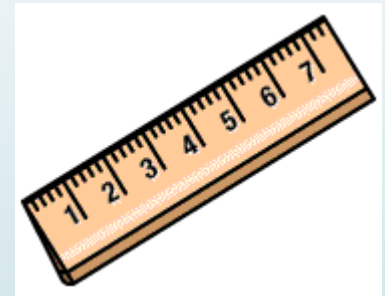
1. Homme 67ans avec cancer du poumon?
2. Femme 83 ans MPOC avec sat. O₂ à 89%?
3. Femme 72 ans avec l'insuffisance cardiaque en surcharge?
4. Homme 81 ans ayant un syndrome myélodysplasique avec Hb à 74?
5. Femme de 59 ans avec une attaque de panique?

Comment évaluer la dyspnée?



Comment mesurer la dyspnée?

1. Le rythme respiratoire
2. La saturation en oxygène
3. Un gaz artériel
4. Une échelle visuelle analogique
5. Toutes ces réponses
6. Aucune de ces réponses





Définition de la dyspnée

Sensation désagréable de respiration difficile, laborieuse et inconfortable

Entrave la qualité de vie de l'individu

La sévérité n'est pas toujours corrélée avec la gravité de l'affection sous-jacente

Expressions de la dyspnée





Expression de la dyspnée

- Perdre son souffle
- Avoir le souffle court
- Manque d'air
- Impossibilité de retrouver son souffle
- Être essoufflé
- Avoir la « misère à haler son vent »
- Suffocation

- MAIS, il faut demander au patient comment est son souffle!

La Dyspnée

- La dyspnée est un sentiment SUBJECTIF. (comme la douleur)



J'ai du
mal à
souffler!

- Le seul indicateur fiable de la dyspnée en pratique clinique est ce que le patient en dit!

Évaluation de la sévérité de la dyspnée

- Médecins: 28%
- Infirmières: 35%
- Bénévoles: 43%
- Il faut se fier au patient



Physiopathologie



Généralement le résultats d'un déséquilibre dans l'offre et la demande.



3 anomalies principales:



Effort Respiratoire accrue (ex obstruction)



Effort Musculaire plus important (faiblesse, cachexie)



Besoin de ventilation augmenté (anémié, fièvre)



Évaluation de la dyspnée

- Toujours adresser la respiration
- Circonstances d'apparition
- Durée (intermittente, continue)
- Sévérité/Intensité (échelle)
- Éléments déclencheurs et d'atténuation
- Symptômes accompagnateurs
- Facteurs psycho-socio-spirituels contributoires
- Impact



Causes de la dyspnée

Causes Pulmonaires

- Obstruction bronchique*
- Bronchospasme*
- Épanchement pleural*
- MPOC
- Pneumonies et infections*
- Cancer et métastases pulmonaires
- Lymphangite carcinomateuse*
- Embolies pulmonaires
- Pneumothorax*
- Aspiration



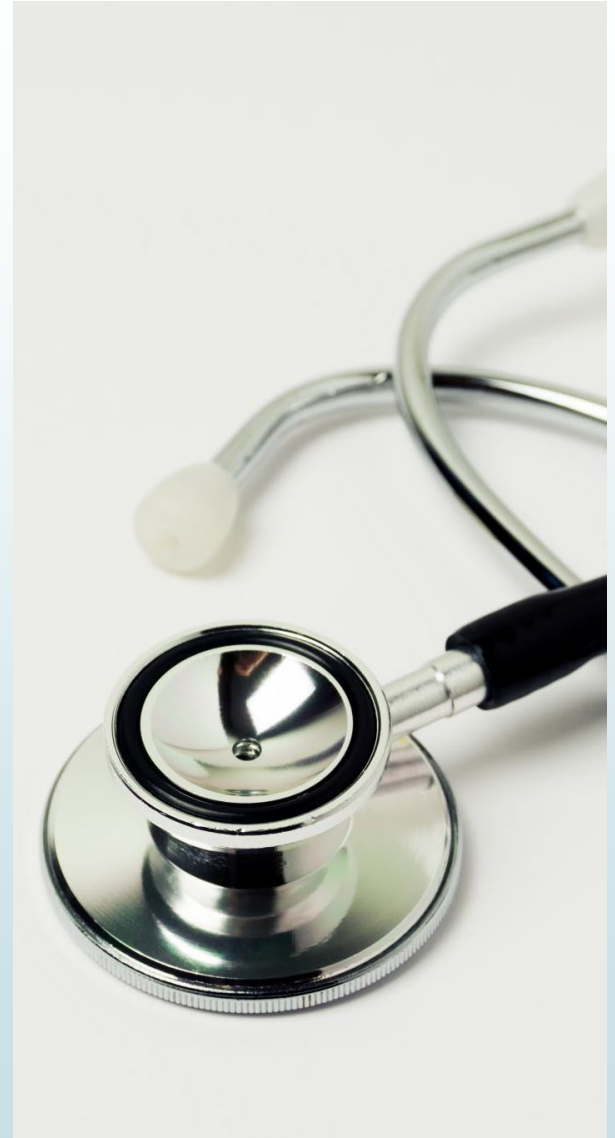
Causes de la dyspnée

Causes Extra-Thoraciques

- Causes cardiaques (ICC, épanchements)
- Causes systémiques (anémie)
- Causes neurologiques (SLA, faiblesse musculaire)
- Causes métaboliques (acidose, ↓ Mg, ↓ Ca ++)
- Causes psychologiques (anxiété, hyperventilation)


Évaluation de la dyspnée

- Examen physique
- Investigations dirigées selon la cause soupçonnée et selon niveau de soins désirée
 - RX des poumons
 - Formule sanguine
 - Saturation O₂
 - CT scan
 - Echo cardiaque
 - Bronchoscopie
 - Spirométrie
 - Gaz artériel



Mesures non pharmacologiques





Mesures non pharmacologiques

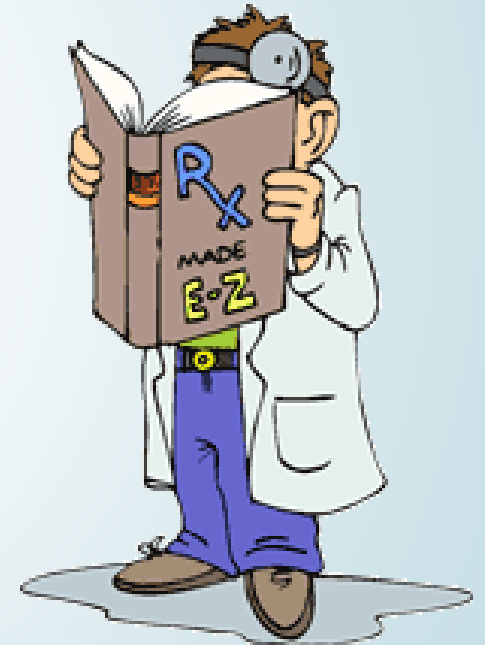
- Demeurer calme
- Utiliser un ventilateur
- Positionnement du patient
- Limiter le nombre de personnes dans la pièce
- Retirer les vêtements serrés ou gênants
- Baisser la température de la pièce
- Placer près d'une fenêtre
- Ouvrir les rideaux
- Éviter les irritants (odeurs)
- Exercices respiratoires

Mesures pharmacologiques



Mesures pharmacologiques

- Oxygène*
- Opioides
- Traitements adjuvants:
 - Bronchodilatateurs et stéroïdes en inhalation
 - Stéroïdes
 - Phénothiazines
 - Benzodiazépines
 - Diurétiques*
 - ISRS (Sertraline, Mirtazapine)
 - Ventilation non-invasive





Opioides




- Ils diminuent la sensation d'essoufflement
- Agissent au centre respiratoire
- Des essais cliniques ont confirmé l'utilité et la sécurité des opioïdes aux doses appropriées et titrés de façon judicieuse.
- Efficace non seulement chez les patients atteints d'un cancer avancé mais aussi de la SLA, de maladie cardiaque et de maladie pulmonaire en phase terminale.



Utilisation d'opioïdes dans la dyspnée

- Suivre le modèle du traitement de la douleur.
- Régime régulier avec entre-doses (E.D.) prn
- Commencer avec de petites doses ex: Morphine 2,5mg-5mg po q 4h avec ED 2,5mg q 1h prn
- Titrer graduellement.
- Ajouter un laxatif et un anti-émétique
- On peut diminuer la dose chez un pt MPOC et titrer plus lentement.
- Chez un patient non naïf aux opiacés on peut augmenter la dose de 25%.



Débuter un traitement aux opioïdes

- Morphine 5mg po q4h
- Hydromorphone 1 mg po q4h
- Oxycodone 5mg po q 4h
- On peut ajouter une entre-dose en cas de percées de dyspnée à toutes les 1-3h prn
- Dose prn si dyspnée à l'effort uniquement

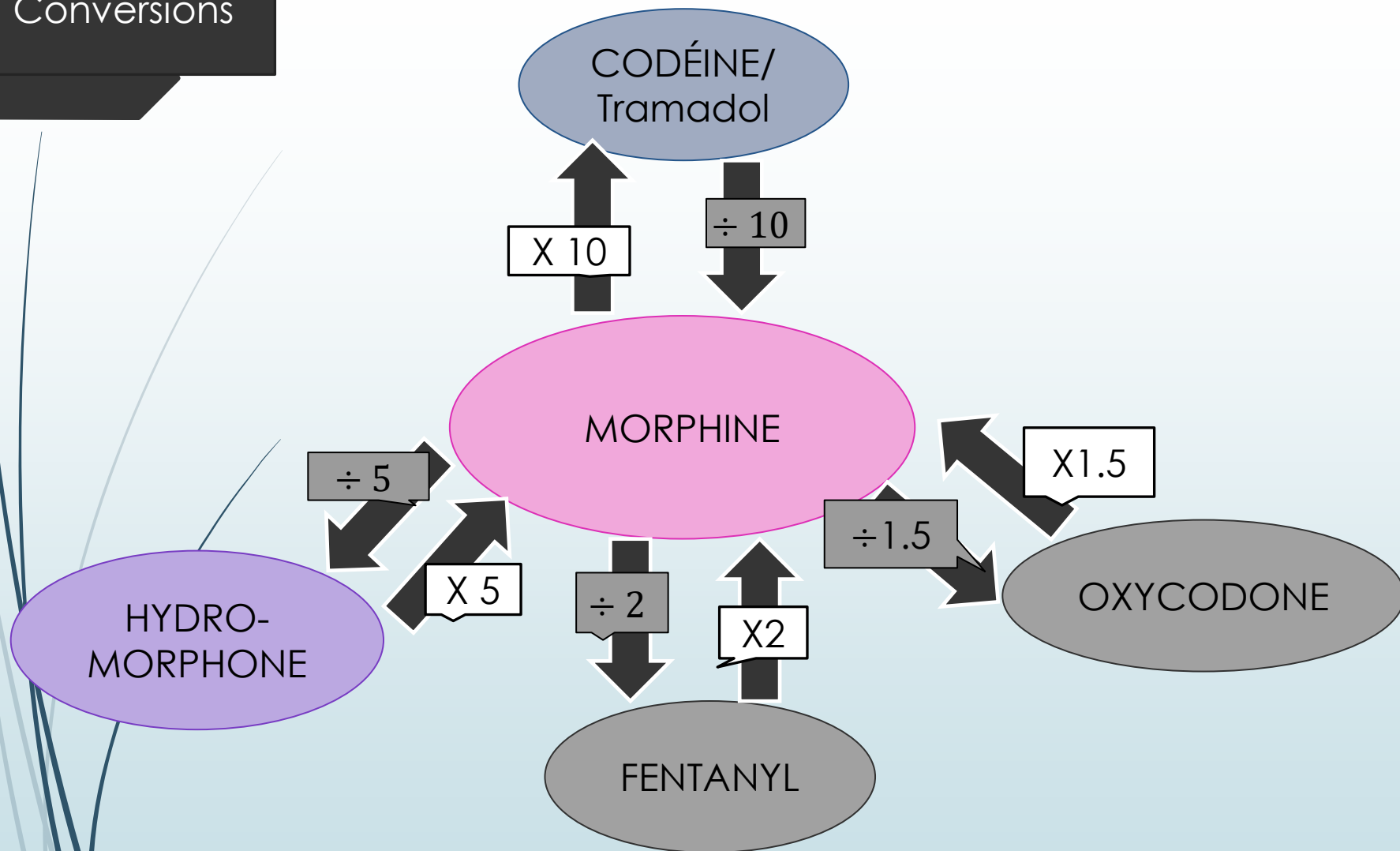
Les entre-doses

- L'entredose(ED)=10% de la dose totale en 24h
 - Ou on peut prendre la demie de la dose q4h
 - Ex: Morphine 20mg q 4h reg = 120mg/24h
 - 10%= ED Morphine 12 mg q 1-2h prn
 - La demie dose q 4 h = 10 mg q 1-2 h prn
- On utilise la même molécule pour les ED que la dose régulière. Exception Fentanyl
- Si un patient nécessite plus de 3 entre-doses par 24h, on doit considérer d'augmenter notre dose régulière.

Info Importante - opiacés

- PO à S/C: 2:1
 - Morphine 20mg pos = Morphine 10 mg S/C
 - hydromorphone 2mg S/C = Hydromorphone 4mg pos
- PO à I/V: 3:1
- Si on doit changer d'opioïde, on convertit puis on diminue la dose de 20-30% (ad 50%)
- « Start low and go slow »
- Attention aux limites supérieures en utilisant les combinaisons.
- Codéine et tramadol ont « limites »

Conversions





Rôles en fin de vie

- Congestion respiratoire terminale
- « Death rattle »
- Causée par l'accumulation de sécrétions chez patients trop faibles pour expectorer
- Glycopyrrolate (**R**obinul): 0,2-0,6 mg sc aux 4h prn
- Hyoscine hydrobromide (**S**copolamine):
- 0,2-0,6 mg sc q4h prn ou patch q72h
- *Atropine 1% 1-2 gouttes SL q2h prn

Détresse respiratoire aigüe

Benzodiazépine (Midazolam-Versed)

die ou poids <70kg-----5mg sc

>die ou poids > 70kg-----10mg sc

Opiacé Si morphine

0-3mg sc q4h-----5mg sc

≥ 4mg sc q4h-----1,5x la dose sc q4h
(max 50mg)

Rx2

Si hydromorphone

q15min

0-1mg sc q4h-----1mg sc

>1mg sc q4h-----1,5x la dose sc q4h
(max 10mg)

Anticholinergique

Robinul ou Scopolamine----0,6mg sc



Conclusion



- La dyspnée est telle que le patient la décrit
- La dyspnée est liée à de nombreuses maladies
- Les opioïdes permettent de gérer la dyspnée de manière sécuritaire et efficace chez les patients avec une maladie avancée
- L'O₂ est utile chez les patients hypoxiques
- La gestion non pharmacologique est essentielle



Questions?