

## Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – expert group Swiss Society for Palliative Care –

### 1. Quel est le problème?

Dans les cancers avancés, la dyspnée est un problème fréquent, et bien que des possibilités d'intervention existent, la dyspnée est souvent peu mentionnée par le patient et sous diagnostiquée par les professionnels.

#### 1.1. Définition

Le terme «dyspnée» est utilisé pour caractériser «une expérience subjective d'inconfort respiratoire pouvant se manifester sous forme de sensations qualitativement distinctes d'intensité variable. La sensation provient de l'interaction entre des facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux et peut induire des réponses secondaires physiologiques et comportementales».

### 2. Pourquoi?

#### 2.1. Quelles sont les causes?

##### Causes pulmonaires

- Compression tumorale-atélectasie
- Épanchement pleural
- lymphangite carcinomateuse
- syndrome de la veine cave supérieure
- fibrose pulmonaire (chimio et radio toxicité)
- status après lobectomie, pneumectomie
- embolie pulmonaire récidivante
- infection pulmonaire, bronchoaspiration
- BPCO/asthme
- augmentation du volume abdominal (ascite, masse abdominale)

##### Causes cardiaques

- insuffisance cardiaque
- épanchement péricardique
- hypertension pulmonaire

##### Causes musculaires

- cachexie
- myopathie
- paralysie diaphragmatique
- paralysie des cordes vocales

##### Causes centrales

- dépression respiratoire induite par les médicaments
- troubles métaboliques (fièvre, anémie, hypoxémie, acidose)
- lésions cérébrales

##### Autres causes

- anxiété (en particulier attaques de panique)
- douleur mal contrôlée

- infection
- toux

#### 2.2 Evaluation

##### Anamnèse spécifique

- histoire du symptôme
- mode d'installation: aigu ou progressif
- pathologies sous-jacentes
- qualificatifs/descripteurs utilisés
- échelles quantitatives: échelle visuelle analogique, numérique ou verbale, échelle de Borg
- facteurs aggravants et précipitants
- facteurs soulageants
- traitements antérieurs
- répercussions
- vécu du patient, ses craintes, stressseurs psycho-sociaux et spirituels
- environnement

##### Anamnèse multidimensionnelle

- ESAS
- Histoire de vie; qualité de vie
- Projet de vie
- Facteurs pronostics

##### Observation et examen clinique

La dyspnée, par définition subjective, n'est pas forcément corrélée aux signes objectifs cliniques (tachypnée, utilisation des muscles accessoires) et aux examens de laboratoire (désaturation en O<sub>2</sub>, anémie).

##### Examens paracliniques

Utiliser les examens déjà existants.

Proposer des investigations complémentaires en fonction des étiologies suspectées cliniquement et des perspectives thérapeutiques réalistes.

### 3. Quoi faire?

Des approches thérapeutiques multiples simultanées sont le plus souvent nécessaires.

Les traitements doivent être instaurés pour une durée limitée et réévalués. Définir les critères de réévaluation, qui réévaluation? quand?

#### 3.1. Mesures générales

##### Concernant l'environnement du patient

Il convient d'assurer:

- un positionnement adéquat
- le confort vestimentaire

## Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – expert group Swiss Society for Palliative Care –

- un flux d'air proche du visage: aération de la pièce, ouverture de la fenêtre, ventilateur,
- une bonne atmosphère dans la chambre,
- soins de bouche et des lèvres réguliers et adaptés,
- un rafraîchissement du visage et du corps,
- une répartition équilibrée des soins dans la journée en limitant les sollicitations, attention au nombre de visites simultanées,
- des repos respiratoires (chaise dans les escaliers, éviter les longs trajets, fractionner les repas, épargner l'énergie du malade lors de ses mobilisations).

### Concernant les aspects relationnels avec le patient et son entourage

- expliquer ce qui se passe, les événements et nos actions,
- offrir une écoute active,
- offrir un contact corporel par le toucher, positionner les mains sur le dos ou le long du corps, pour aider à inspirer profondément,
- soutenir et associer l'entourage aux soins,
- proposer de la relaxation, une concentration sur la respiration, des exercices respiratoires.

### Concernant sa propre attitude

- veiller à avoir une respiration normale avant de rentrer dans la chambre afin de ne pas se laisser entraîner par le rythme respiratoire du malade,
- rester serein et garder un ton de voix calme, faire des petites phrases concises,
- formation et soutien de l'équipe soignante afin qu'elle puisse développer ses connaissances et compétences dans le «savoir être» et «faire face à l'impuissance».

## 3.2. Traitements étiologiques

Par exemple:

- Surinfection pulmonaire: antibiothérapie
- Embolie pulmonaire: anticoagulation
- Epanchement pleural: drainage, pleurodèse
- Epanchement péricardique, ascite: drainage
- Obstruction bronchique tumorale: corticoïdes/stent endo-bronchique/laser/trachéostomie
- Lymphangite carcinomateuse: corticoïdes
- BPCO décompensé: antibiothérapie, corticostéroïdes, optimiser les broncho-dilatateurs
- Décompensation cardiaque: diurétiques/vasodilatateurs/digitaliques/oxygène
- Syndrome de la veine cave supérieure: corticostéroïdes, considérer une thérapie anti-tumorale
- Anémie: transfusions à discuter.

## 3.3. Traitements symptomatiques pharmacologiques

### 3.3.1. Oxygène

- Efficacité de l'O<sub>2</sub> démontrée chez:
  - les patients cancéreux dyspnéiques terminaux lorsque la saturation est <90%.
  - les patients non cancéreux cachectiques, déconditionnés: O<sub>2</sub> diminue la dette d'O<sub>2</sub> à l'effort.
  - BPCO hypoxiques au repos ou avec désaturation à l'effort.
- L'oxygène est indiqué en fonction de la clinique et non pas des valeurs de Sat Tc O<sub>2</sub>.
- Chez le patient hypoxique, maintenir une saturation en O<sub>2</sub> si possible en dessus de 90%.
- Prudence chez le patient BPCO: risque d'hypercapnie.
- L'O<sub>2</sub> peut se révéler efficace cliniquement même sans amélioration significative de la saturation et même lorsqu'elle est d'emblée supérieure à 90%.

### 3.3.2. Les opiacés

#### Choix de l'opiacé:

La morphine constitue le 1<sup>er</sup> choix.

En cas d'effets indésirables limitants, recourir à l'hydromorpnone.

NB: l'effet des opiacés autres que la morphine n'a pas été évalué dans la littérature.

#### Doses initiales:

- Patient naïf d'opiacé:
  - voie orale: morphine 5 mg toutes les 4h (2,5–3 mg chez le sujet très âgé)
  - voie sc: 50% des doses orales
- Patient déjà traité aux opiacés à visée antalgique: Augmenter la posologie de 20–30%

#### Doses de réserve:

- En prescrire systématiquement à une dose unitaire égale à 10%.
- Les doses de réserves s'administrent lors d'exacerbation de la dyspnée ou 45 min ou 1 heure avant un événement susceptible d'aggraver les symptômes (p. ex toilette, déplacement). Si inefficace, répéter la réserve après 1 heure.

#### Adaptation du traitement

- Adaptation des doses et des réserves par paliers de 20–30% au gré d'évaluations régulières pour obtenir le meilleur soulagement possible avec le moins d'effets indésirables.
- Attention à la survenue d'effets indésirables, en particulier neurotoxiques, notamment chez les patients en insuffisance rénale.

## Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – expert group Swiss Society for Palliative Care –

### Voie d'administration

- Préférer la voie orale fractionnée aux 4 heures ou sous forme d'opiacé à libération retardée
- En présence de trouble de la déglutition ou de l'absorption, on recourt à la voie sous-cutanée fractionnée aux 4 heures ou continue.
- La morphine par inhalation n'a pour l'heure pas fait la preuve de son efficacité dans des études randomisées contrôlées.

### 3.3.3. Anxiolytiques:

Si l'angoisse est secondaire à la dyspnée, traiter dans un premier lieu la dyspnée (traitement spécifique et symptomatique, O<sub>2</sub> et morphine).

Si la dyspnée est la manifestation somatique d'un trouble panique ou en cas d'anxiété co-existante, recourir à une anxiolyse médicamenteuse de type:

- benzodiazépines à courte durée d'action: lorazepam (Temesta®) 0,5–1mg aux 8 heures sub-lingual, à titrer
- en présence d'un delirium surajouté, éviter les benzodiazépines et préférer un neuroleptique (cf recommandations Bigorio 2004 Expert group)
- neuroleptique à petite dose: lévopromazine (Nozinan®) 1–3–5mg aux 8 heures po ou sc ceci d'autant plus si le patient peut bénéficier des effets anticholinergiques (p. ex. assèchement des sécrétions broncho-trachéales)

### 3.3.4 Physiothérapie respiratoire

#### Objectifs:

- désencombrer le patient de manière douce et efficace, combattre l'hypoventilation, favoriser une respiration efficace

#### Moyens:

- Massages, vibrations, augmentation phase expiratoire, spirométrie incitative, Position de confort respiratoire...

### 3.4. Dyspnée réfractaire

- Réévaluation globale des étiologies et des mesures thérapeutiques.
- Discuter de l'hospitalisation/consultation spécialisée.
- En cas d'échec de toute autre mesure: discuter la sédation (cf recommandations Bigorio 2005).

### 3.5. Thérapies complémentaires dans le traitement de la dyspnée

De petites études randomisées ont mis en évidence une diminution de la dyspnée chez des patients atteints de BPCO modérée à sévère grâce à l'acupuncture et l'acupressure. La relaxation musculaire progressive a été montrée efficace sur la dyspnée chez BPCO et cancers pulmonaires. Des exercices respiratoires en association avec des stratégies de soutien contribuent à diminuer la dyspnée et à améliorer la capacité fonctionnelle.

## 4. Thème spécial: Le rôle du mourant

### Définition

Respiration bruyante produite par la turbulence de l'air passant à travers des sécrétions accumulées dans l'oropharynx et l'arbre bronchique chez un patient proche de la mort et incapable d'éliminer ses sécrétions par la toux ou la déglutition.

Facteurs de risque: tumeur pulmonaire et/ou cérébrale  
Incidence: 40–90%  
Souvent anxiogène pour les proches.

### Mesures générales

- explication/réassurance à la famille et aux proches,
- positionnement en décubitus latéral ou position assise pour faciliter le drainage postural,
- l'aspiration n'est généralement pas conseillée,
- limiter l'hydratation aux besoins métaboliques,
- soins de bouche (cave sécheresse buccale aggravée par les anti-cholinergiques).

### Mesures médicamenteuses

- Considérer une dose test de diurétiques pour exclure une composante de décompensation cardiaque (par ex.: Lasix® sc)
- Anti-cholinergiques:
  - Glycopyrolate (Robinul®) sc 0,2 mg, si pas de réponse après 1h, prescrire 0,4 mg aux 6h ou 1,2 à 2mg en sc continu/24h
  - Hyoscine butylbromide (Buscopan®) sc 20 mg, puis si réponse après 1h mettre en place une perfusion sc continue 60–120 (–240)mg/24h
  - Scopolamine (Transcop®) patch à renouveler toutes les 72h. Attention: risque de delirium (pas disponible en Suisse)
  - Lévomépromazine (Nozinan®): 6,25 mg sc, max 2–3x/j

Efficacité dans 80% des cas, 20% de non réponse en particulier en cas d'œdème pulmonaire ou d'infection pulmonaire (traitement spécifique à introduire éventuellement).

## Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – expert group Swiss Society for Palliative Care –

Réassurance des proches, soutien et traitement anticholinergique améliorent la détresse des proches dans 90% des cas.

### 5. Littérature

1. Roberts DK, Thorne SE, Pearson C. The experience of dyspnea in late-stage cancer. Patients' and nurses' perspectives. *Cancer Nurs* 1993; 16:310-20.
2. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159:321-40.
3. Dudgeon DJ. Managing dyspnea and cough. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002; 16:557-77,
4. Ripamonti C, Fusco F. Respiratory problems in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002; 10:204-16.
5. Lamallem H, Margery J, Ruffie P, Di Palma M. [Management of dyspnea in the cancer patient]. *Bull Cancer* 2003; 90:214-8.
6. L'infirmière et les soins palliatifs. In: SFAP cdsi, ed. Paris, 1999:237.
7. Shee CD. Palliation in chronic respiratory disease. *Palliat Med* 1995; 9:3-12.
8. Ripamonti C, Fulfaro F, Bruera E. Dyspnoea in patients with advanced cancer: incidence, causes and treatments. *Cancer Treat Rev* 1998; 24:69-80.
9. Hill KM, Muers MF. Palliative care for patients with non-malignant end stage respiratory disease. *Thorax* 2000; 55:979-81.
10. Addington-Hall JM, Gibbs JS. Heart failure now on the palliative care agenda. *Palliat Med* 2000; 14:361-2.
11. Thomas JR, von Gunten CF. Clinical management of dyspnoea. *Lancet Oncol* 2002; 3:223-8.
12. Ripamonti C. Management of dyspnea in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 1999; 7:233-43.
13. Bruera E, de Stoutz N, Velasco-Leiva A, Schoeller T, Hanson J. Effects of oxygen on dyspnoea in hypoxaemic terminal-cancer patients. *Lancet* 1993; 342:13-4.
14. Bruera E, MacEachern T, Ripamonti C, Hanson J. Subcutaneous morphine for dyspnea in cancer patients. *Ann Intern Med* 1993; 119:906-7
15. Booth S, Wade R, Johnson M, Kite S, Swannick M, Anderson H. The use of oxygen in the palliation of breathlessness. A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. *Respir Med* 2004; 98:66-77
16. Mazzocato C, Buclin T, Rapin CH. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: a randomized double-blind controlled trial. *Ann Oncol* 1999; 10:1511-4.
17. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax* 2002; 57:939-44.
18. Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20:374-87.
19. Bennett M, Lucas V, Brennan M, Hughes A, O'Donnell V, Wee B. Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care. *Palliat Med* 2002; 16:369-74.