

Symptomatologie respiratoire en situation palliative

L'encombrement bronchique

En situation curative : il est classique de favoriser l'expectoration des sécrétions par fluidification, mobilisation, exercices de kinésithérapie respiratoire...

Spécificité dans le contexte palliatif : l'encombrement bronchique correspond à une production de sécrétions, sans possibilité d'expectoration autonome efficace et si un traitement étiologique est à discuter au cas par cas, l'objectif est l'assèchement des sécrétions pour favoriser le confort.

Conduite à tenir symptomatique :

- Maitriser une éventuelle hyperhydratation par la **limitation des apports hydriques** notamment parentéraux à visée d'hydratation et/ou les apports induits par les dilutions éventuelles des médicaments injectables.
- Posturer le patient en **décubitus ¾ latéral** (s'il le supporte), en veillant que la tête du lit reste bien à plat pour favoriser l'évacuation naturelle des sécrétions.
- Introduire des **traitements anticholinergiques**.
 - La Scopolamine injectable (SCOPOLAMINE) 0.5mg renouvelable au besoin toutes les 4 h en SC ou IV (voie IV hors AMM mais recommandation professionnelle)
 - La Scopolamine transdermique (SCOPODERM) 1 à 3 patchs sur 72 heures si la symptomatologie est de moindre intensité (médicament non remboursé en ville)
- Utiliser les **diurétiques** s'il se développe une d'insuffisance cardiaque et/ou rénale avec diurétique de l'anse type LASILIX 20mg en SC ou IV renouvelable jusqu'à 6 fois par jour. La posologie pourra être majorée pour un patient déjà traité par cette molécule dans la cadre d'un traitement de fond.
- Intensifier la fréquence des **soins de bouche** au bicarbonate de sodium 1,4% pour maintenir l'humidité buccale mise en défaut par les traitements anticholinergiques et pour favoriser l'hygiène en évacuant les sécrétions accumulées.

La dyspnée

Spécificité dans le contexte palliatif : La dyspnée est définie comme « une sensation pénible d'étouffement, génératrice d'angoisse chez le patient et son entourage. C'est une expérience subjective dont la sévérité n'est pas forcément liée à la gravité de la pathologie sous-jacente. »

A défaut de d'un traitement étiologique possible, on évaluera son intensité et le retentissement physique et psychique.

Conduite à tenir symptomatique :

- Prendre des **mesures environnementales** : positionnement du patient, aération de la chambre.
- Intensification des **soins de bouche** au bicarbonate de sodium 1,4% d'autant plus que le patient respire bouche ouverte et/ou bénéficie d'oxygène
- Evaluer et prendre en compte l'anxiété du patient et de son entourage avec des **mesures non pharmacologiques** d'apaisement musique douce, sophrologie, relaxation...
- L'**oxygène** sera à adapter en fonction de la clinique et du ressenti du patient. Il n'est pas nécessaire de systématiser la surveillance des paramètres dans ces situations palliatives. L'absence de bénéfice de confort et/ou de sens à l'oxygénothérapie doit conduire à son arrêt.
- Les **opioïdes** ont une place de choix dans la prise en charge symptomatique médicamenteuse de la dyspnée. L'utilisation d'opioïde en bolus est pertinente dans le but de normaliser le rythme respiratoire avec diminution de l'hyperventilation. L'utilisation de cette molécule est sûre si on l'introduit à faibles doses et si elle est titrée prudemment ; l'HAS recommande :
 - * chez les patients dyspnéiques recevant déjà des opioïdes, d'augmenter les doses de 20 à 30%.
 - * chez les patients naïfs d'opioïdes, de débuter par la moitié de la posologie initiale antalgique recommandée par le résumé caractéristique du produit, soit pour l'adulte 0,5mg/kg/j de Morphine et pour la personne âgée 0,25mg/kg/j avec des d'interdose au 1/10ième de la dose de 24 h, proposées toutes les 4 h, ou toutes les 2h sous surveillance médicale
- Les **anxiolytiques**, seront utilisés en recours et en association avec la morphine, pour traiter l'anxiété et gérer la crise de panique respiratoire. Il est prudent de choisir un traitement avec une demi-vie courte per os (Lorazépam, Bromazépam, Alprazolam) ou par voie injectable (Midazolam), d'adapter la posologie en fonction de la situation, de réaliser une titration et de prévoir des interdoses en cas de besoin.
- Les **corticoïdes** sont à proscrire dans le cadre du Covid19, sauf réflexion approfondie sur leur bénéfice/risque.
- Les **aérosols bronchodilatateurs**, sont à proscrire dans le cadre du Covid19 car participant à la diffusion du virus.

-En cas de détresse respiratoire asphyxiante, on réalisera une **sédation en urgence** avec une titration de MIDAZOLAM. La voie IV est recommandée pour la titration, mais en situation d'urgence sans voie d'abord disponible la voie rectale, par canule rectale, peut être utilisée aux mêmes doses le temps de poser une voie adéquate. L'entretien de la sédation peut s'envisager en voie SC à défaut d'une autre voie disponible.

MIDAZOLAM 1 mg en 30 secondes toutes les 2 à 3 minutes, chez le sujet très âgé ou en cas d'insuffisance d'organe, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses peut être plus long, les injections sont poursuivies jusqu'à obtenir un score de -4 ou -5 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) ; la dose totale nécessaire pour induire la sédation est notée dans le dossier. Si une dose d'entretien IV est nécessaire, elle débute à une dose horaire égale à 50 à 100% de la dose qui a été nécessaire pour obtenir un score RASS de -4.

En cas d'administration intraveineuse impossible, la voie sous-cutanée peut être envisagée avec une dose de charge de MIDAZOLAM entre 0,05 et 0,1 mg/kg administrée, à renouveler toutes les 20 à 30 min jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée (RASS -4 -5). L'entretien se fait aux mêmes doses que par voie IV. En l'absence de dose de charge, la perfusion continue est débutée à la dose de 0,5 à 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et adaptation du débit jusqu'à obtention de l'effet recherché (RASS -4 à -5).

En cas d'absence de Midazolam **d'autres benzodiazépines** peuvent être utilisées en recours temporaire. En situation de détresse nécessitant un soulagement urgent les posologies ci-dessous peuvent être doublées. Chez les patients à risque (âgés, insuffisants hépatiques et rénaux, cachectiques), les doses initiales doivent être diminuées de moitié.

VALIUM 5 mg en IV lente pour l'induction, renouvelable une fois après 15 minutes ou VALIUM 5 mg en intrarectal pour l'induction, renouvelable une fois après 15 minutes,

RIVOTRIL 0,5 mg en IV, renouvelable une fois après 15 minutes, ou RIVOTRIL 1 mg en SC pour l'induction, renouvelable une fois après 30 minutes,

-Hors cas de détresse respiratoire asphyxiante, une sédation pourra être réalisée avec une perfusion continue d'emblée à augmenter progressivement sans dose de charge, elle débute à la dose de MIDAZOLAM 1 mg/h avec adaptation posologique de la même dose toutes les 30 mn jusqu'à obtention de la profondeur de la sédation nécessaire.

-La tachyphylaxie des benzodiazépines peut justifier des **associations de molécules sédatives** pour maintenir le sommeil et sa profondeur comme la Chlorpromazine (LARGACTIL) et la Lévépromazine (NOZINAN).

Sources :

- HAS, Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, Recommandation de bonne pratique, Mis en ligne le 01 déc. 2002
- HAS, Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 10 févr. 2020