

Jeudi d'Unisanté, décembre 2024

Prise en charge de la dyspnée en fin de vie

Michel Beauverd, médecin adjoint MERc
Service de soins palliatifs et de support



Histoire d'un patient

M. H

- 78 ans, BSH, HTA, hypercholestérolémie.
- D: NSCLC stade IV il y a 1 mois (hémoptysies faibles quantité)
 - Masse LID, atélectasie complète, métas foie, LC et omoplate G
- Décision du patient:
 - abstention ttt oncologique
 - Éviter hospitalisation CHUV, mourir à domicile
- Épouse: proche aidante et représentante thérapeutique
 - «pas d'acharnement thérapeutique»
- CMS 2x/sem: contrôle santé, aide à la toilette

Tél de l'épouse

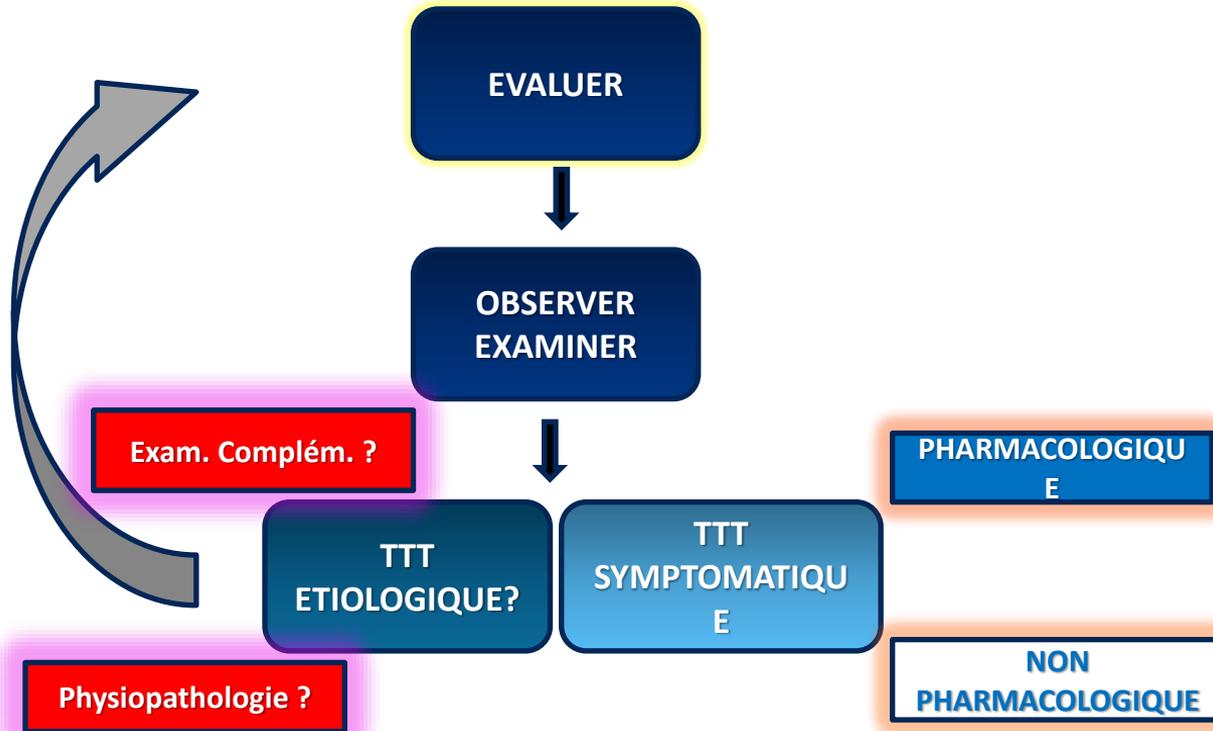
- « il a beaucoup de peine à respirer »
- « il refuse de venir au CHUV »
- « il tousse beaucoup »

- Quelle chance, vous avez un créneau de 3h !

STATUS

- EG diminué, encombré, anxieux ++
- FR 30/min, SaO₂ AA: 89%, 135/90, 110/min, T 38,3
- Silence auscultatoire 2/3 plage D, râles grossiers à G, pas OMI, pas TJ

Approche clinique générale



Évaluation quantitative: les outils

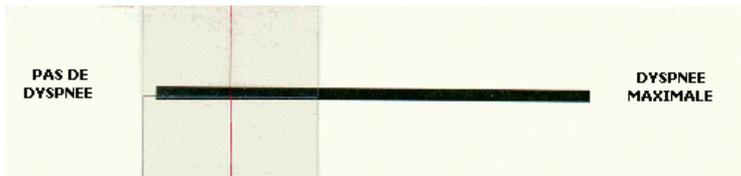
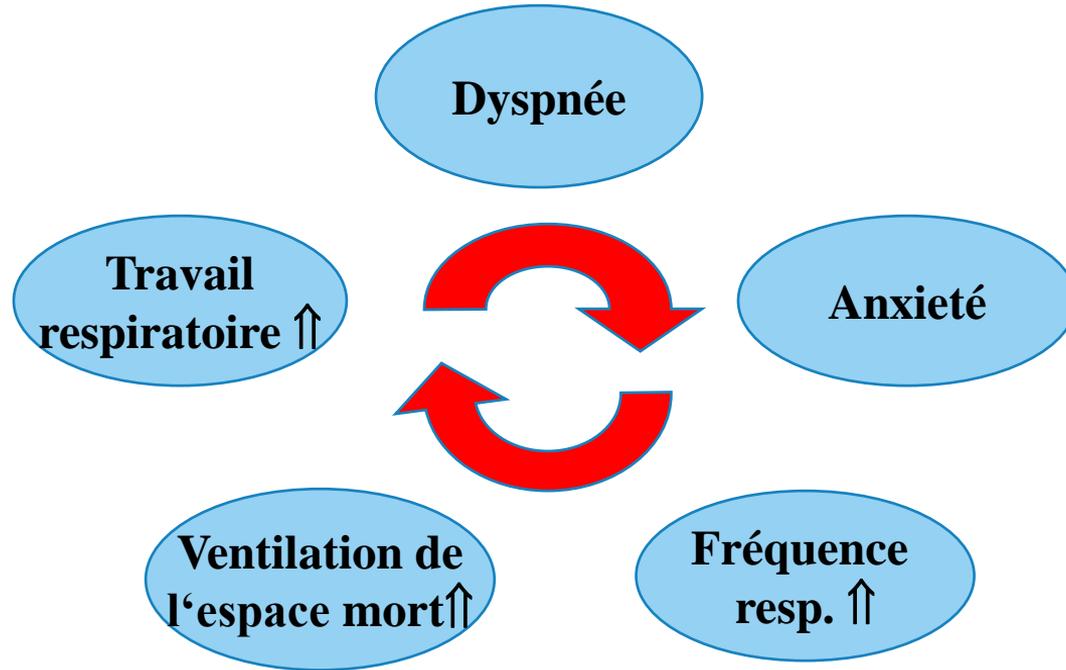


Table. Modified Borg Scale.

| | |
|-----|------------------------------------|
| 0 | No Breathlessness |
| 0.5 | Very very slight (just noticeable) |
| 1 | Very slight |
| 2 | Slight Breathlessness |
| 3 | Moderate |
| 4 | Somewhat severe |
| 5 | Severe breathlessness |
| 6 | |
| 7 | Very severe breathlessness |
| 8 | |
| 9 | Very very severe (almost maximum) |
| 10 | Maximum |

The modified Borg Scale score that documented the patient's respiratory discomfort was recorded based on the current level of the patient's subjective evaluation or the records of nurses involved in his treatment during stay in our coronary care unit.

Dyspnée – cercle vicieux



Opioïdes
Benzodiazépines
Autres (stéroïdes)

Takagi, Y., et al., **Opioids for the management of dyspnea** in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Oncol*, 2023. **28**(8)

The integrated analysis of opioids included seven trials, all of which were placebo-controlled. The effect on dyspnea was significant with a standardized mean difference of - 0.43 (95% CI - 0.75 to - 0.12) (Fig. 3).

Morphine, Fentanyl, Hydromorphone VS Placebo

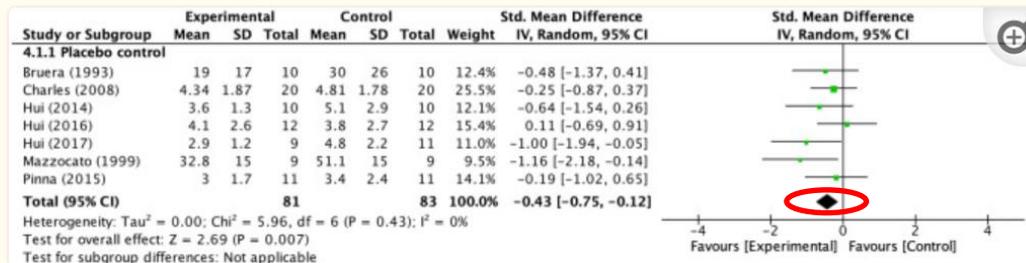


Fig. 3

Forest plots for palliation of dyspnea. *CI* confidence interval, *IV* inverse variance, *SD* standard deviation, *Std* standard. Mean and SD represent the dyspnea measures; Total represents the number of patients; Experimental and Control represent the opioid intervention and placebo, respectively

Pour les naïfs d'opioïdes

| | 1 ^{er} choix | 2 ^{ème} choix | Alternative |
|--------------------------|--|---|---|
| Molécule | - Morphine sc/iv aux 10-15 min | - Hydromorphone sc/iv aux 10-15 min | - Fentanyl sc/iv aux 10-15 min |
| Posologie départ (bolus) | 5 mg sc 3 mg iv | 1 mg sc 0.7 mg iv | 10 -15 mcg sc/iv Perfusion continue avec pompe |
| Cave | Insuffisance rénale Pt très âgé | Insuffisance rénale Pt très âgé | Durée d'action courte (20-30 min) |
| Titration | Palier + 40-50% | Palier + 40-50% | Palier + 40-50% |

CAVE:

- pas de formulation lente (MST[®], Palladon retard[®], Oxycontin retard, Targin[®])
- pas de Temgésic[®], pas de Méthadone, pas de patch transdermique

Pour les non-naïfs (d'opioïdes)

| Avant protocole | Pour le protocole |
|---|---------------------------|
| ✓ Stop opioïdes retard | MST 30 mg aux 12h |
| ✓ Calculer la dose prise po sur 24h | 60 mg / 24h po |
| ✓ La répartir en dose rapide par voie parentérale | 6 x 10 mg po = 6 x 5mg sc |
| ✓ Majorer la posologie de +20-30% | +30% de 5mg = 7.5 mg sc |

Dose de départ pour le protocole: **7.5 mg sc** aux 10-15 min

Benzodiazépines

Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults (Review)

Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Bausewein C

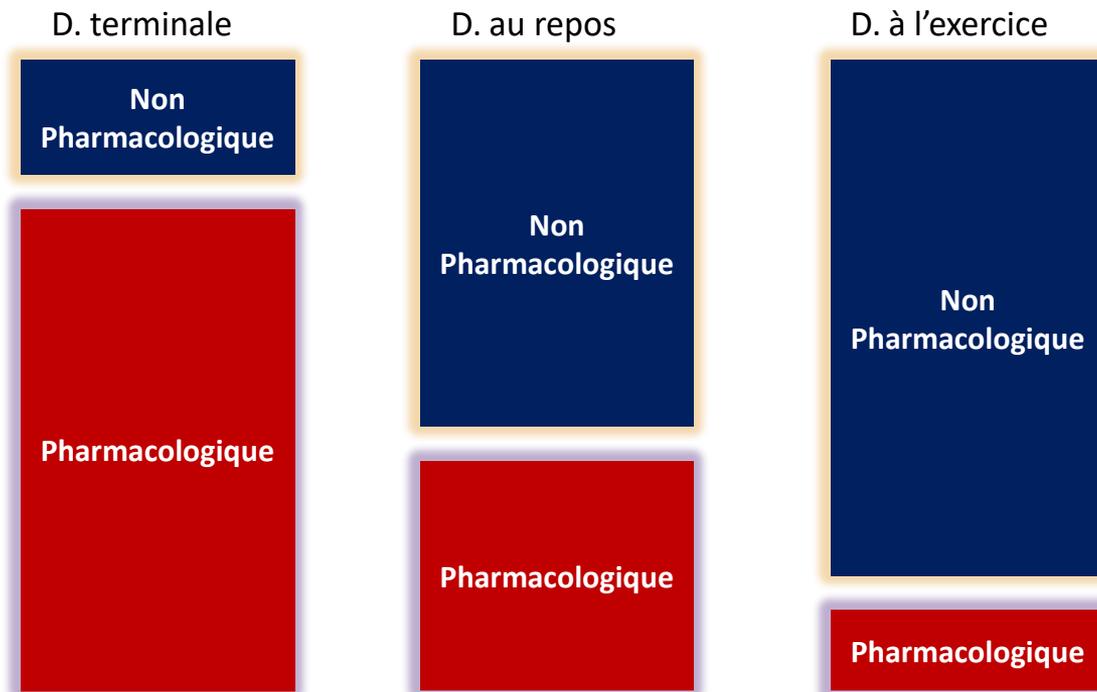


Authors' conclusions

There is no evidence for a beneficial effect of benzodiazepines for the relief of breathlessness in patients with advanced cancer and COPD. There is a slight but non-significant trend towards a beneficial effect but the overall effect size is small. Benzodiazepines caused more drowsiness as an adverse effect compared to placebo, but less compared to morphine. These results justify considering benzodiazepines as a second or third-line treatment within an individual therapeutic trial, when opioids and non-pharmacological measures have failed to control breathlessness. Although a few good quality studies were included in this review, there is still a further need for well-conducted and adequately powered studies.

Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults (Review)
Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Approches (non) pharmacologiques



OXFORD HANDBOOK OF PALLIATIVE CARE, 2ND EDITION 2009

Oxygénothérapie...

Hypoxémie et dyspnée ne sont pas forcément liées:

- Un pt peut être dyspnéique avec une bonne saturation
- Un pt avec une mauvaise saturation peut ne pas être dyspnéique

COVID-19: l'expérience clinique ne semble pas confirmer l'affirmation ci-dessus ...

Oxygénothérapie...

Recommandations:

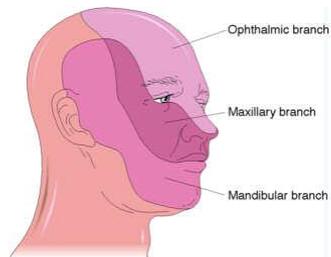
- Test thérapeutique d'oxygène de préférence par des lunettes (mieux tolérées que le masque):
 - Se fier à ce que dit le patient (symptôme)
 - Les valeurs de saturation ne sont pas un facteur déterminant
- Phase agonale: abstention !

Approche non pharmacologique

Stimulation du Nerf trijumeau:

- Via récepteurs cutanés / nasaux
- flux d'air, application du froid
- diminution de l'intensité de la dyspnée
- ventilateur
- lavette froide sur visage

Schwartzstein et al. Am Rev Respir Dis 1987



A la maison: HAD ?

Hypoxie

CONFORT perçu

Dyspnée

O₂

Morphine

- 0.6mg/h iv continu
- 3 mg bolus (PR:15min)



VNI Prisma VENT 50C
Haut débit 10 l/min
O₂ 7l/min
FiO₂ 70%



Pompe CADD, PCA

URGENCE



Dyspnée aiguë asphyxiante (DAA)

- **Urgence** = urgence aussi palliative !!!
- **Agir vite !**
- **Anticiper la crise**
 - ✓ «taguer» les pts à risque de DAA
 - ✓ Discuter avec patients/proche (protocole)
 - ✓ Clarifier l'objectif thérapeutique
- **Protocole de DAA**
 - ❖ guide de prescription médicaux (Réserves)
 - ❖ Étapes chronologiques
 - ❖ Clair et compréhensible



Identifier les patients à risque

- Cancer du poumon (avancé) (dyspnée = MH)
- BPCO (dyspnée = MH)
- Insuffisance cardiaque terminale (OAP)
- Démence et broncho-aspiration, cachéxie
- SLA
- Lymphangite carcinomateuse pulmonaire
- Cancer ORL (VASup comprimées, sécrétions +++)
- ...

Principe de base du protocole

- **Attitudes:**
 - ✓ Attitude (Hospo, REA / transferts SC, SI) définies
 - ✓ Accès parentéraux (cath. sc jaune péd 24G, voie veineuse idéale)
 - ✓ Disponibilité des molécules d'urgence sur l'étage
- **Mesures non-pharmacologiques:**
 - Sur le patient
 - Sur l'environnement / communication
- **Mesures pharmacologiques:**
 - **OPIOIDE parentéral (sc/iv) !! = pilier du traitement**
 - **Anxiolytique parentéral (Midazolam iv/sc)**
 - **Évaluer effet aux 10-15 min**
 - **Selon mécanisme suspecté: ttt ciblé (pex Lasix®iv si OAP)**

CONCLUSION

- symptôme complexe, dévastateur aux impacts multiples
- Très fréquent en fin de vie
- Facteur de mauvais pronostic en SPL
- Evaluation quantitative : OUTILS (VAS)
- Comprendre et traiter la cause si possible
- Opioïdes = pilier de l'approche pharmacologique
- Approches non-pharmacologique essentielles
- Intégrer les proches dans l'enseignement de la gestion du symptôme