

La détresse respiratoire en fin de vie

Steffen Eychmüller, Christoph Cina

La détresse respiratoire est une perception subjective extrêmement désagréable et pesante de la respiration. C'est aussi un des symptômes les plus menaçants qui, dans le contexte de la fin de vie, provoque des peurs existentielles non seulement chez le patient, mais également chez ses proches et chez les professionnels qui l'encadrent.

Le sens de la détresse respiratoire en fin de vie

La détresse respiratoire est le plus fréquent de tous les symptômes de la fin de vie. 70% des patients souffrent de détresse respiratoire au cours des 6 dernières semaines de leur vie. 10–70% des patients souffrant d'une maladie tumorale, 60–95% des patients souffrant de maladies cardio-respiratoires telles que l'insuffisance cardiaque chronique ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et presque tous les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique (SLA) en sont touchés.

Les causes de la détresse respiratoire

Entre la détresse respiratoire et la quantité d'oxygène dans le sang, le rapport n'est que partiellement établi. Le travail respiratoire antiéconomique provoqué par la peur joue un rôle capital. La principale cause de la détresse respiratoire est la plupart du temps la combinaison d'une faiblesse musculaire généralisée et de la cachexie des patients, accentués par des infections. Une anémie ou une hypoalbuminémie associée à des épanchements pleuraux peut encore aggraver le tableau clinique. Les insuffisances d'organes préexistantes telles qu'insuffisance cardiaque ou rénale ne doivent pas être négligées.

Attention: Le seul traitement de ces insuffisances d'organe (par ex. l'administration de diurétiques) n'entraîne la plupart du temps pas une amélioration des symptômes.

Prévention

Les situations de détresse respiratoire sont prévisibles et peuvent être évitées. Comment? En évitant

la surcharge volumique par une réduction de l'apport en liquides, de préférence par voie sous-cutanée. La formation précoce du patient et des proches (appelée «plan en 5 points», de l'adoption d'une position facilitant la respiration à la prise autonome des médicaments) permet d'éviter la peur et la panique. L'apprentissage des mesures physiothérapeutiques du frein labial et de l'économie de la respiration peuvent venir compléter les mesures préventives; c'est également le cas pour un changement à temps de la voie d'administration des médicaments contre l'insuffisance cardiaque et rénale, de la voie orale à la voie parentérale/sous-cutanée, en cas de difficulté croissante à déglutir et d'apathie.

Objectifs thérapeutiques

La détresse respiratoire n'est pas seulement synonyme d'une forte limitation de la qualité de vie du patient, elle est également un fardeau considérable pour toutes les parties. L'objectif principal est d'éviter la peur et la panique, ce qui entraîne à son tour un travail respiratoire largement plus économique. Les situations de détresse respiratoire très mal vécues sont souvent pour les proches le déclencheur d'un deuil pathologique et la source de scénarios terrifiants concernant sa propre mort.

Économie du travail respiratoire

L'administration de morphine (dose: 5 mg p.o. ou 2,5 mg s.c./i.v., soit 10–16% de la dose journalière d'opioïdes) permet d'obtenir une fréquence respiratoire moindre et une importante réduction de la situation de stress. Cela signifie qu'un certain degré de dépression respiratoire est souhaitable sur le plan thérapeutique! Cette mesure peut être répétée au

maximum toutes les 20 minutes (voir également plan d'urgence).

Une *position corporelle adaptée*, assis, les bras appuyés sur les cuisses ou le bord d'une table (intervention de la musculature respiratoire!), facilite la respiration (ce qu'on appelle le siège du cocher, bien qu'un participant au séminaire nous ait fait remarquer qu'en réalité les cochers ne s'assoient pas de cette manière, penchés vers l'avant).

Maximisation du confort

L'excitation des mécanorécepteurs des nerfs trijumeau et maxillaire par le flux d'air, par ex. lors de l'utilisation d'un ventilateur à main ou de l'ouverture d'une fenêtre (courant d'air) procure un soulagement de la détresse respiratoire. A l'inverse, l'administration d'oxygène via des lunettes nasales n'a pas fait ses preuves dans cette situation, particulièrement du fait de la respiration buccale dominante dans ce cas de figure. Néanmoins, l'administration d'oxygène via les lunettes nasales a un effet psychologique anxiolytique pour toutes les parties, effet qui n'est peut-être pas basé sur les preuves mais sur l'expérience, et qui restera certainement valable à l'avenir (tout particulièrement dans les cultures où l'«action» est au centre).

L'appui du dos et les frictions facilitant la respiration permettent d'encore augmenter le confort du patient. La présence d'une personne veillant au calme et la minimisation des stimuli supplémentaires tels que la parole sont utiles.

Réduction de la peur

La peur déclenche chez le patient une réaction de stress. Cette dernière submerge le corps d'hormones de stress et entraîne une hausse conséquente de la pression artérielle, du pouls et de la fréquence cardiaque. C'est pourquoi la réduction du stress par une formation appropriée du patient et des proches est au centre du traitement. Les benzodiazépines n'ont pas d'effet net sur l'intensité de la détresse respiratoire, mais ils ont un effet notoire sur la souffrance/sa gestion. Ils ont un effet apaisant et entraînent une importante réduction du stress.

Attention: Temesta®-Expidet® est un comprimé orodispersible et non un comprimé sublingual, il doit donc être avalé afin d'être absorbé. Dormicum® 1 mg maximum toutes les 20 minutes peut être administré aussi bien par voie nasale (par vaporisateur) que par voie parentérale, associé à de la morphine.

Plan d'urgence

La création d'un plan d'urgence et l'instruction minutieuse du patient et de ses proches sont des éléments capitaux pour une bonne palliation.

- Accepter d'être aidé! Présence d'une personne veillant au calme
- S'asseoir et appuyer ses bras
- Ouvrir la fenêtre, mettre en marche le ventilateur ou prendre de l'oxygène
- Prendre de la morphine à courte durée d'action en association avec Temesta®

Au cas où ces mesures ne seraient pas efficaces, la suite des événements doit être clairement réglée sur le plan logistique: d'où vient l'aide médicale 24 h/24 en accord avec le médecin de famille? Envisage-t-on une hospitalisation en service d'urgences en dépit d'un mauvais état général, si oui où, et comment sont prévus les collègues sur place? A la maison / à l'hôpital, convient-il de procéder à une sédation palliative effectuée par une équipe spécialisée dans les soins palliatifs selon les directives prévues en cas de détresse respiratoire persistante?

Le rôle agonique dans la phase de décès

Le rôle agonique est causé par la sécrétion trachéale qui ne peut pas être expectorée en raison de la faiblesse musculaire et de l'absence de quinte de toux chez des patients souvent mourants et à la conscience altérée.

Pour les proches mais également pour les membres de l'équipe soignante, la respiration bruyante est associée à l'asphyxie et est perçue comme très pesante. Le rôle agonique provoque peur et stress.

Objectif des mesures

Réduction du stress chez les patients et leurs proches. Empêchement d'un deuil complexe.

Traitement non médicamenteux

Principalement en contexte hospitalier: éviter la surcharge volumique par voie intraveineuse (max. 500 ml/24 h). Positionnement du corps: légèrement latéral, changement de position régulier, dans la mesure du possible ne pas aspirer, car l'irritation mécanique peut entraîner une sécrétion accrue.

Traitement médicamenteux

Réduire l'apport de liquides ($\frac{1}{2}$ l/24 h), Buscopan® s.c. /i.v. 10–20 mg/4 h ou 60–100 mg/24 h en perfusion continue, essai avec Lasix® 20–40 mg s.c. ou i.v. au cas où le patient ne répond pas assez!

Correspondance:
Dr Christoph Cina
MediZentrum Messen AG
Hauptstrasse 16
3254 Messen
ccina[at]hin.ch