



PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

PRA-SOS-1001DYSPNEE	SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT – PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE
 	Date de création : 28/01/2003 Version 2 validée le : 03/07/2009 Revue et modifiée le : 25/01/2010

Rédacteur(s) Membres du groupe de travail	BEN ABDESSELEM L. , Assistante Méthodologiste, RRC-RA, Lyon; BLANCHET I. , Médecin Soins Palliatifs, Centre Hospitalier général, Montélimar; BREDEAU O. , Médecin, Réseau OIKIA, Andrézieux Bouthéon; BRUNET M. , Méthodologiste, RRC-RA, Lyon; CHASSIGNOL L. , Oncologue Médicale, Centre Hospitalier Saint Onge, Saintes; CHVETZOFF G. , Oncologue Médicale, CRLCC Léon Bérard, Lyon; CLAIR P. , Kinésithérapeute, Centre Hospitalier, Villefranche sur Saône; COLLIN J.P. , Médecin EMPS, Centre Hospitalier de Montpensier, Trévoux; CUSSENOT A. , Infirmière Diplômé d'État, Grondeville; DE LAVIGERIE B. , Médecin Généraliste, Centre Hospitalier, Annonay; DUCLAUX M. , Cadre de Santé, Centre Hospitalier, Montélimar; GNAKAMENE C. , Pneumologue, Centre Hospitalier, Montélimar; HAIE-GRATTARD J. , Psychologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon; HENRY A. , Médecin Généraliste, Centre Alexis Vautrin, Vandoeuvre les Nancy; JOLY A. , Infirmière Diplôme d'État, Centre Hospitalier, Belley; KEMP M. , Infirmière Soins Palliatifs, Vandoeuvre les Nancy; LLAMAS A. , Infirmière Coordinatrice, HAD- Soins et Santé, Caluire; RAYMOND S. , Pneumologue, Hôpitaux Privés de Metz, Belle-Isle; REBATTU P. , Oncologue Médicale, CRLCC Léon Bérard, Lyon; ROCHAS B. , Médecin Généraliste, Centre Hospitalier, Vienne; SALTEL P. , Psychiatre, CRLCC Léon Bérard, Lyon; THILTGES I. , Médecin EMSP, Centre Hospitalier, Bar le Duc; TOUSSAINT-MARTEL S. , Médecin Soins Palliatifs, SISSPO, Vandoeuvre les Nancy; VILLARD J.F. , Médecin Soins Palliatifs, USP, Metz
Vérificateur(s)	BEN ABDESSELEM L. , Assistante Méthodologiste, RRC-RA, Lyon. BRUNET M. , Méthodologiste, RRC-RA, Lyon CHVETZOFF G. , Oncologue Médicale, CRLCC Léon Bérard, Lyon. TOUSSAINT-MARTEL S. , Médecin Soins Palliatifs, SISSPO, Vandoeuvre les Nancy.
Approbateur(s)	FARSI F. , médecin coordonnateur, RRC-RA, Lyon. KLEIN I. , médecin coordonnateur, ONCOLOR, Nancy. Membres de la Plénière de validation
Destinataire(s)	L'ensemble des établissements des Réseaux Régionaux de Cancérologie Rhône-Alpes et ONCOLOR.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE



PRA-SOS-1001DYSPNEE	SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT – PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE
 	Date de création : 28/01/2003 Version 2 validée le : 03/07/2009 Revue et modifiée le : 25/01/2010

Table des matières

Principes généraux	3
Évaluation systématique de la difficulté respiratoire.....	4, 5
Étiologie des dyspnées aiguës	6
Traitements symptomatiques	7, 8
Traitements étiologiques	9, 10
Échelle Visuelle Analogique (EVA) utilisée pour la dyspnée.....	11
Échelle d'EDMONTON	12
Classification NYHA	13
Échelle de dyspnée du Modified Research Council	14
Titration de la morphine IV	15
Références bibliographiques	16

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

Principes généraux

- Ce référentiel présente les principes de prise en charge d'une dyspnée chez un patient atteint d'une tumeur **cancéreuse** en phase palliative qu'elle soit initiale ou terminale.
- La dyspnée est une expérience subjective individuelle d'inconfort respiratoire de qualité et d'intensité variable. **Le patient ressent une « soif » d'air.**
- Les mesures symptomatiques accompagnent d'emblée toute démarche diagnostique.
- Le traitement étiologique est basé sur la compréhension physiopathologique de la dyspnée et les traitements symptomatiques sont plus ou moins prépondérants en fonction des limites d'efficacités du traitement causal.
- **En pratique en oncologie,**
 - ✓ La situation palliative initiale **début** à **l'apparition de la première métastase ou au moment de l'évolution locale incurable**. Cette phase s'étend sur plusieurs mois, parfois sur plusieurs années. La prise en charge de la dyspnée ne diffère en rien de celle d'une prise en charge en période curative.
 - ✓ La situation palliative terminale s'étend sur quelques semaines à quelques mois. Durant cette période, les décisions relèvent d'une évaluation constante des risques et bénéfiques. Les traitements sont essentiellement symptomatiques privilégiant le soulagement de l'inconfort du patient auquel s'associent, si possible, l'adaptation des traitements étiologiques.
- Une prise en charge adaptée nécessite une évaluation régulière de la situation clinique et du stade d'évolution de la maladie cancéreuse dont dépend le projet de soins .
- Des prescriptions anticipées « doivent » être discutées dans certaines situations fragiles, tenant compte des directives anticipées lorsqu'elles existent et des recommandations de la SFAP.
- **Distinguer :**
 - ✓ Une dyspnée aiguë d'une dyspnée chronique,
 - ✓ La dyspnée du rôle de l'agonie.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNÉE CHEZ UN MALADE CANCÉREUX EN PHASE PALLIATIVE

Évaluation systématique de la difficulté respiratoire

Évaluation de la dyspnée adaptée au patient

la valeur de référence est celle donnée par le patient. Réévaluations régulières nécessaires

Auto évaluation : Mesure directe de la dyspnée (adapter aux symptômes dyspnée) par :

- ✓ L'échelle de Visuelle Analogique (EVA) : ☞ [page 11](#)
- ✓ L'échelle EDMONTON : ☞ [page 12](#)

Hétéroévaluation : Méthodes indirectes utilisables, en fonction de la pathologie initiale, plus adaptées au contexte et plus sensibles aux effets des traitements :

- ✓ Classification New York Heart Association (NYHA) : ☞ [page 13](#)
- ✓ Échelle du Medical Research Council (MRC) : ☞ [page 14](#)

- Évaluer la fréquence respiratoire (normale entre 12 et 16 cycles/mn),
- Circonstance de survenue : installation brutale ou progressive,
- Type de dyspnée : orthopnée, platypnée, tachypnée, bradypnée, hypopnée, respiration périodique,
- Signes associés +/- aggravants : douleur, fièvre, hémoptysie, anxiété, agitation, encombrement.
- Rechercher des signes cliniques de mauvaise tolérance :
 - ✓ De luttres respiratoires (tirage, battement des ailes du nez, rythme abdominal),
 - ✓ Cyanose, sueurs,
 - ✓ Bradypnée,
 - ✓ Bradycardie, HTA,
 - ✓ Désaturation,
 - ✓ Trouble de la conscience, choc.

• **Examens paracliniques** en fonction des implications thérapeutiques éventuelles (radiographie pulmonaire (RP) pour ponction pleurale ...).

☞ Associer le malade aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Impliquer, si le patient le souhaite, les proches, la personne de confiance dans la prise en charge.

Directive anticipée

Recommandations

☞ [page 5](#)

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

Recommandations générales

• Mesures environnementales : toujours associées aux traitements étiologiques et symptomatiques

- ✓ Créer une atmosphère rassurante, parler calmement à bonne distance, éviter les gestes inutiles, organiser une présence rassurante (famille, bénévoles), être disponible, explication au fur et à mesure,
- ✓ Installer confortablement le malade, le plus souvent en position demi assise, parfois de $\frac{3}{4}$, veiller à ce qu'il ne glisse pas dans le lit,
- ✓ Aérer la chambre, éviter l'éclairage agressif et l'obscurité complète, humidifier l'air ambiant,
- ✓ Veiller au confort vestimentaire du malade.

• Définition du projet thérapeutique

- ✓ Pronostic oncologique,
- ✓ Comorbidités,
- ✓ Informations et consentement du patient,
- ✓ Directives anticipées,
- ✓ Anticipation : pertinence ou non du transfert en unité de soin intensif, protocole anticipé de sédation, souhait de retour à domicile....

• Éliminer une pathologie intercurrente

• Traitements symptomatiques : [pages 7 et 8](#)

• Traitements étiologiques : [pages 9 et 10](#)

• Techniques psychocorporelles : relaxation, hypnose, toucher détente ...

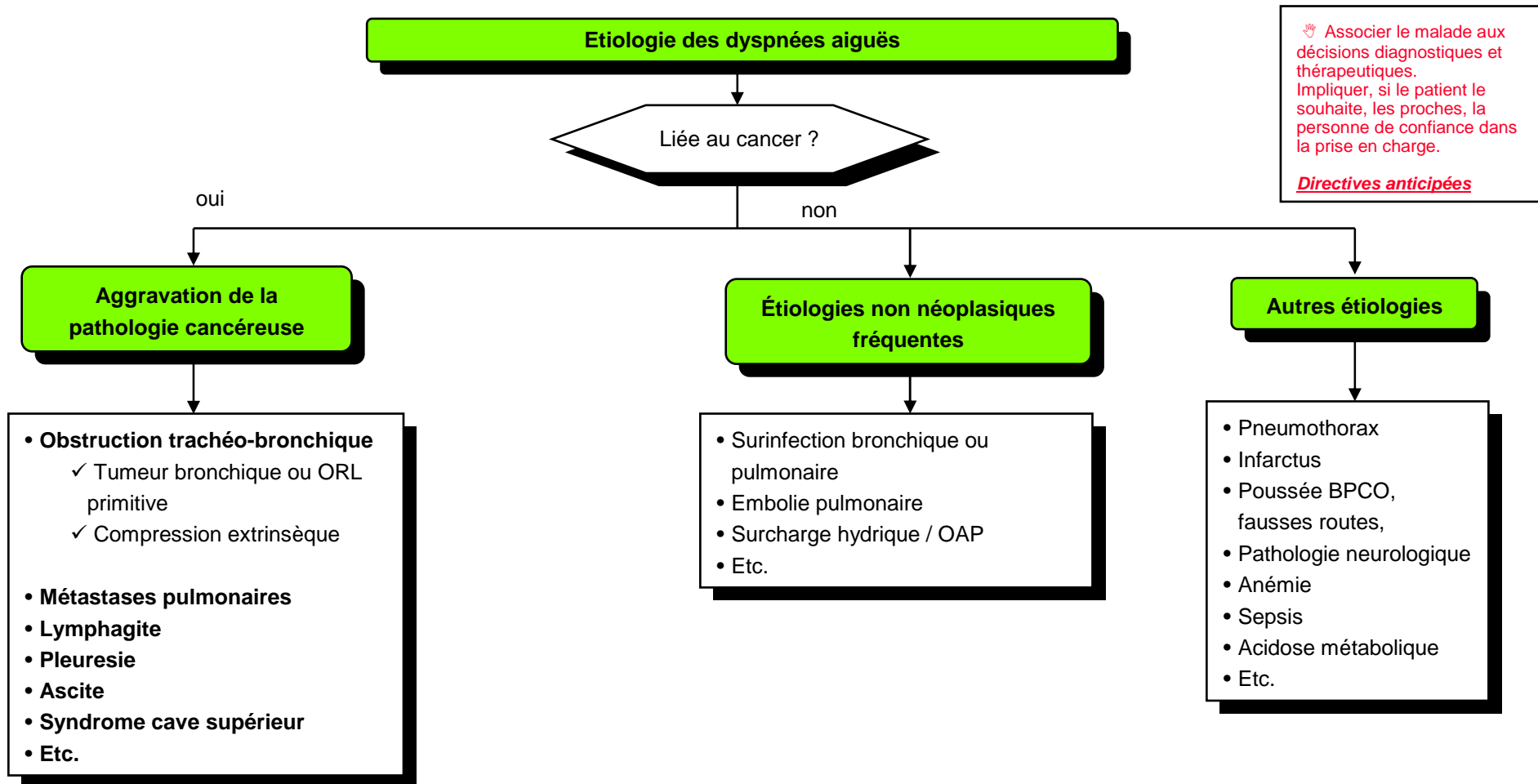
• Examens complémentaires : seront demandés en fonction des implications thérapeutiques envisageables :

- ✓ Discuter d'un abord vasculaire,
- ✓ Hémogramme, crase,
- ✓ Créatinine, bio marqueurs,
- ✓ Saturation transcutanée,
- ✓ Radiographie thoracique,
- ✓ ECG,
- ✓ Et éventuellement échographie cardiaque, scanner, scintigraphie pulmonaire voire fibroscopie bronchique.

✋ Associer le malade aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Impliquer, si le patient le souhaite, les proches, la personne de confiance dans la prise en charge.

Directives anticipées

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE



PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALIATIVE

☞ Le bénéfice escompté doit tenir compte de l'inconfort occasionné et l'impact sur la qualité de vie du malade.
Concertation avec oncologue
Medecin soins de support

☞ Associer le malade aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.
Impliquer, si le patient le souhaite, les proches, la personne de confiance dans la prise en charge.
Directives anticipées

Traitements symptomatiques

Types de symptômes ?

Polypnée

Encombrement

Anxiété

Autres traitements symptomatiques
☞ page 8

Recommandations .
Un des piliers du traitement de la polypnée

- **Morphine**
 - ✓ Si malade naïf : titration Per os, IV ou SC (5 à 10 mg)
 - ✓ Si malade sous traitement morphinique : augmenter de 30 % la dose journalière ou la nouvelle titration, voie injectable (SC, IV),
 - ✓ Aérosols de morphine non recommandés
 - ☞ **Référentiel « Prise en charge de la douleur chez l'adulte »**
 - ☞ **Titration des morphinique page 15**

Objectif du traitement morphinique

- ✓ Soulagement subjectif,
- ✓ Ramener la fréquence respiratoire entre 12 et 25 /min

☞ **Si fréquence < 10 / min = surdosage**

☞ **autres opioïdes forts en cours (en l'absence de données publiées), associer morphine LI, ou rotation en faveur de la morphine**

- **Selon l'étiologie suspectée, corticothérapie :**
 - ✓ Pour les malades déjà sous corticoïdes : possibilité de faire un flash supplémentaire d'épreuve,
 - ✓ Pour les malades naïfs : 2 à 3 mg/kg/j en attaque.

Recommandations

- Diminution ou arrêt des apports hydriques,
- Discussion d' un traitement par furosémide si composante surcharge hydrique
- +/- aspirations douces,
- Soins Palliatifs Initiaux : Aérosols fluidifiants et kiné (drainage + mesure posturale)
- Soins Palliatifs Terminaux : Aérosols atropiniques selon tolérance. Éviter les fluidifiants.
- **Corticoïdes** (hypersécrétion) de 1 à 3 mg/kg /24 h)
- **Antisécrotoires :**
 - ✓ Scopolamine (0,5 mg/2 ml) : 2 à 6 amp/24 h en SC (IV possible, posologie < 10 amp avec accord d'experts), en continu ou discontinu.
 - ✓ **OU** Scopolamine transdermique à 1 mg : 1 à 3 patch / 72 h,
 - ✓ **OU** Buthylscopolamine (20mg) : 2 à 6 Amp / 24h, hors AMM mais accord d' expert et intérêt pour limiter les effets secondaires cognitifs et sédatifs.

Recommandations

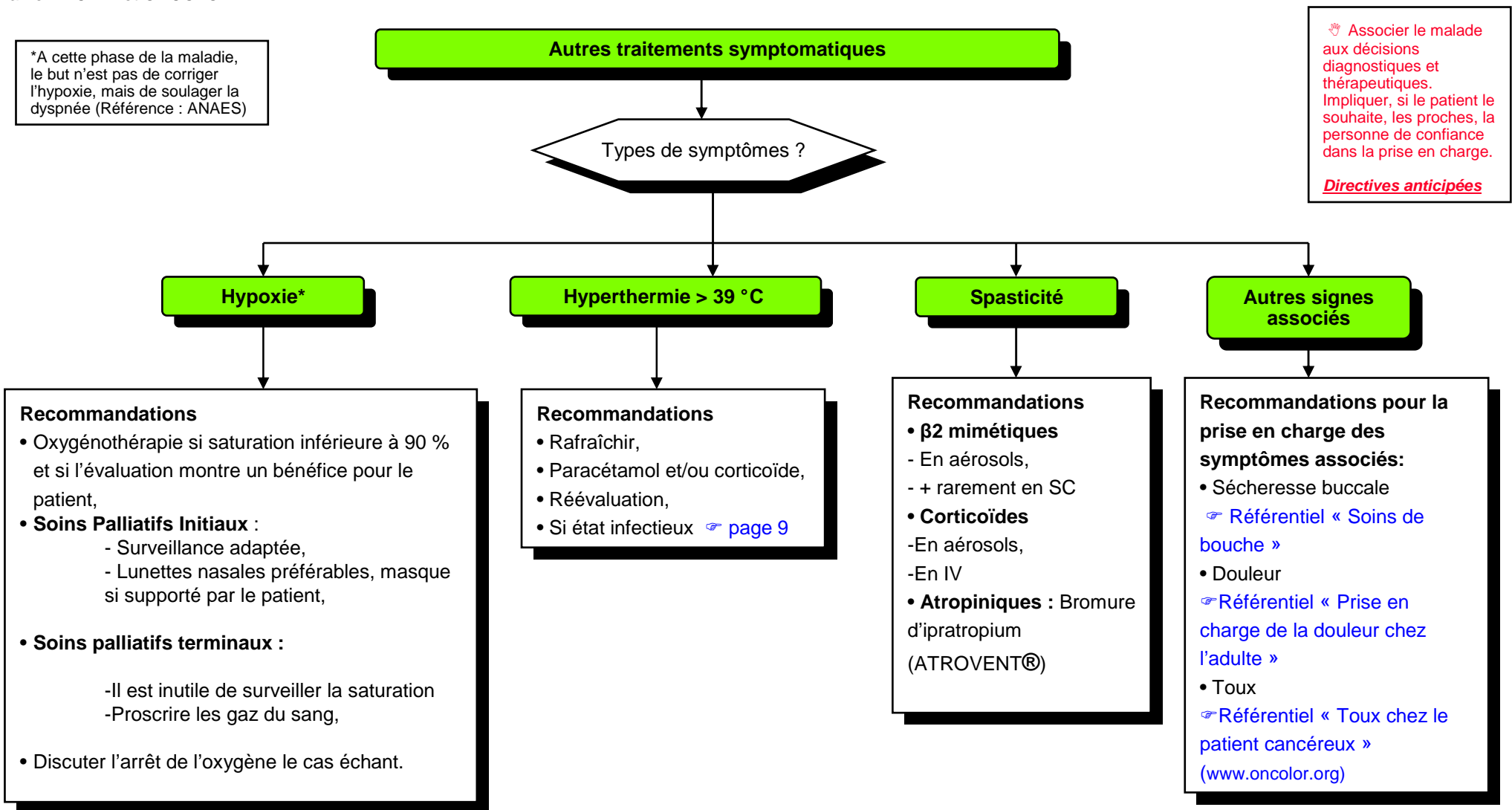
- Prise en charge psychologique du patient et de son entourage
- **Technique psychocorporelle relaxation,**
- Benzodiazépine : orale ou injectable selon le contexte, ½ vie courte préférable: Lorazepam, Bromazepam, Alprazolam.
- L' utilisation du midazolam en continu est réservée à un trouble panique sévère ou à une anxiété réfractaire à tout traitement initialement bien conduit

IV/SC : Midazolam à dose anxiolytique de 0,1 – à 0,5 mg/h (score de RUDKIN = 1) après titration initiale. ☞ **page 15**

Asphyxie : ☞ **Référentiel « Sédation de la SFAP (http://www.sfap.org)**

Réévaluation régulière, adaptation des traitements, recherche d'une étiologie : les investigations sont fonction du stade et du bénéfice escompté.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

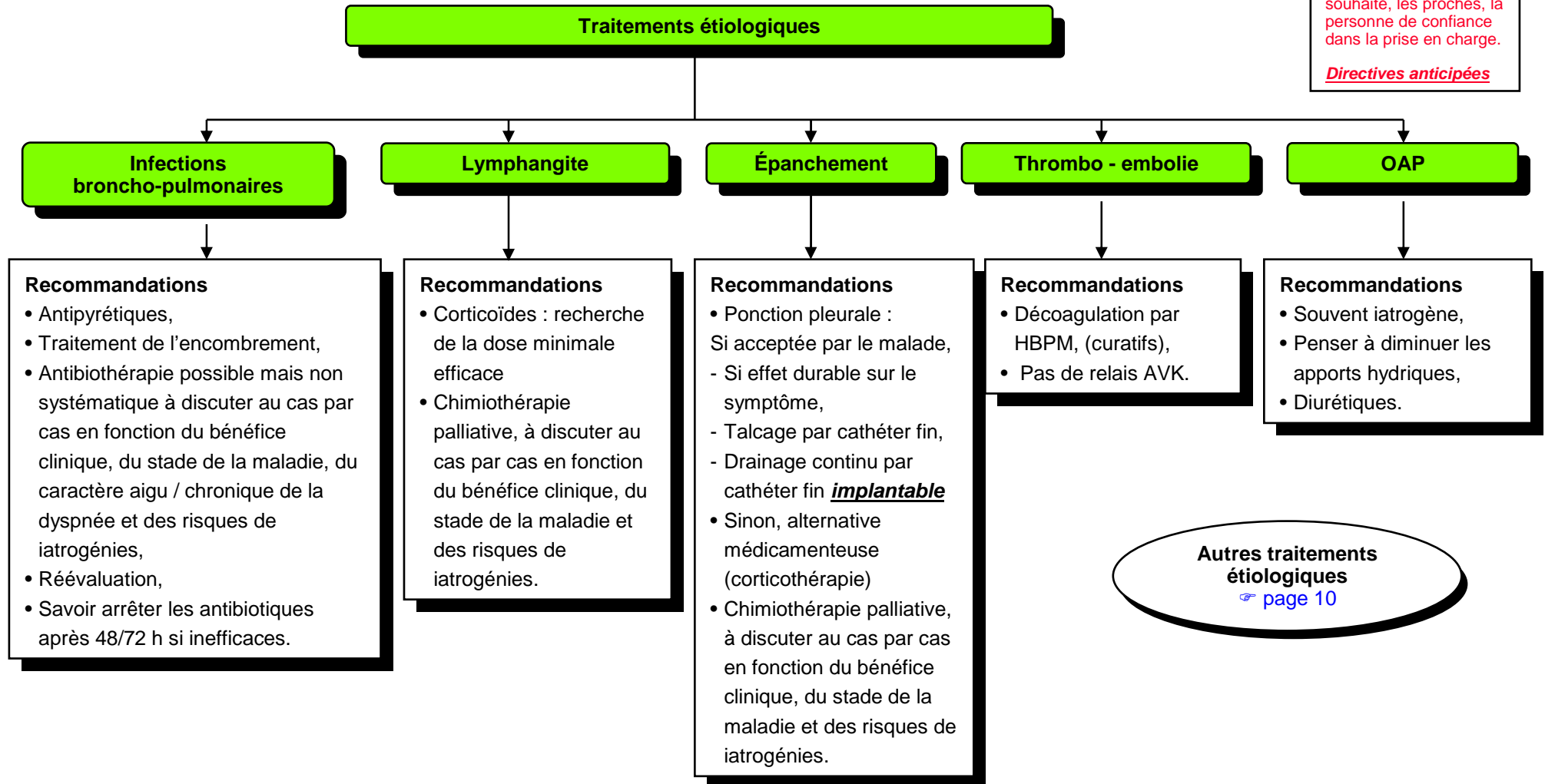


Réévaluation régulière, adaptation des traitements, recherche d'une étiologie : les investigations sont fonction du stade et du bénéfice escompté.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNÉE CHEZ UN MALADE CANCÉREUX EN PHASE PALLIATIVE

✎ Associer le malade aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Impliquer, si le patient le souhaite, les proches, la personne de confiance dans la prise en charge.

Directives anticipées

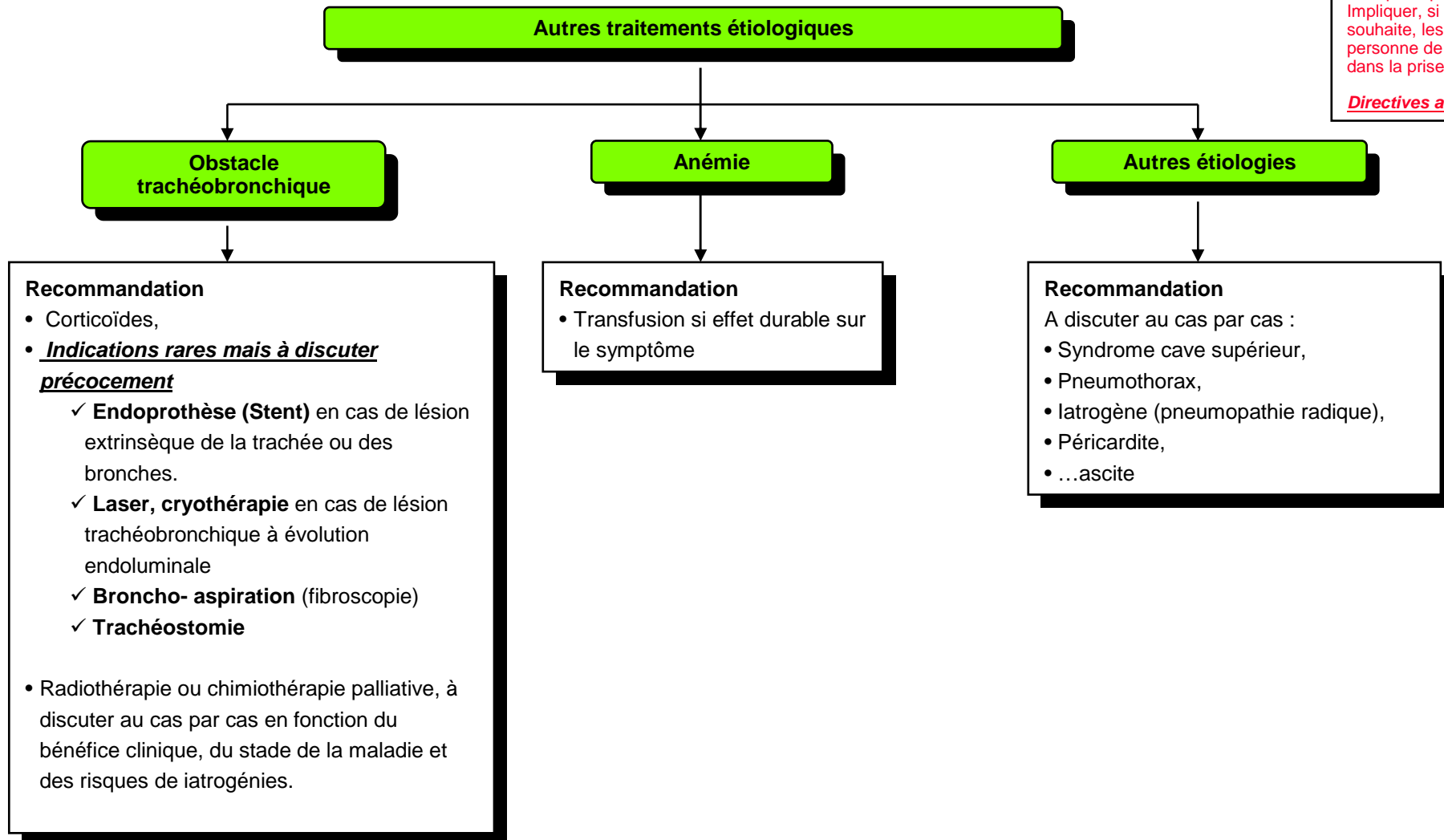


✎ Le bénéfice escompté doit tenir compte de l'inconfort occasionné et l'impact sur la qualité de vie du malade.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

✎ Associer le malade aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Impliquer, si le patient le souhaite, les proches, la personne de confiance dans la prise en charge.

Directives anticipées



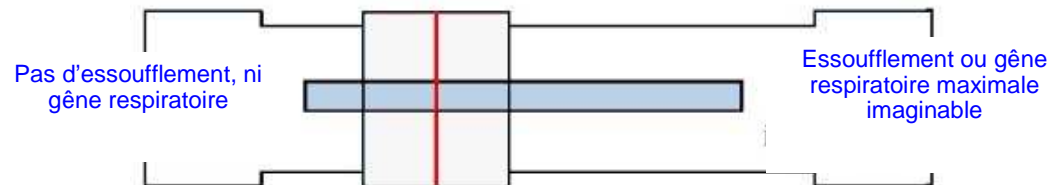
✎ Le bénéfice escompté doit tenir compte de l'inconfort occasionné et l'impact sur la qualité de vie du malade.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

Echelle Visuelle Analogique (EVA) adaptée à la dyspnée en proposant au patient **les bornes suivantes**

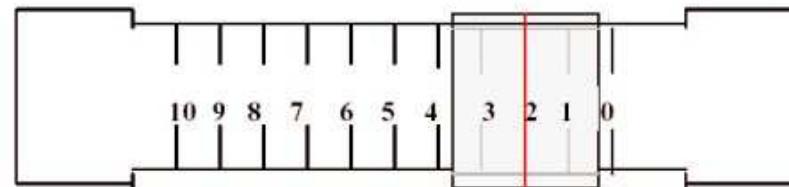
a. Face patient :

Son extrémité gauche est marquée « pas d'essoufflement, ni de gêne respiratoire ». Elle est reliée par un trait bleu à l'extrémité droite marquée « essoufflement ou gêne respiratoire maximale imaginable ». L'infirmière demande au patient de déplacer le curseur de la gauche vers la droite sur la ligne bleue selon ce qu'il perçoit de l'intensité de l'essoufflement ou de gêne respiratoire.



b. Face de mesure :

L'infirmière retourne alors la réglette sur son envers qui est gradué de 0 à 100 mm (Conformément aux Recommandations fixées par la Direction Générale de la Santé le 7 janvier 1999, lors de l'évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle E.V.A. : « ***l'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position du trait rouge du curseur et l'extrémité « pas de douleur ».*** le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche » de droite vers la gauche. Elle peut alors visualiser le score d'EVA localisé par le trait rouge du curseur que le patient a positionné. Elle réalise périodiquement une même évaluation afin d'informer le médecin sur l'efficacité du traitement antalgique ou de l'adapter selon le protocole thérapeutique.



PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

Échelle d'évaluation des symptômes EDMONTON ASSESSMENT SYSTEM - ESAS

Date :

Heure :

Nom / Prénom :

REMPLE PAR : Patient Famille Soignant Patient aidé par le soignant

Tracer sur les lignes ci-dessous une barre verticale (ou une croix) correspondant le mieux à ce que vous ressentez actuellement :

Pas de douleur	_____	Douleur maximale
Pas de fatigue	_____	Fatigue maximale
Pas de nausée	_____	Nausées Maximales
Pas d'anxiété	_____	Anxiété maximale
Pas de somnolence	_____	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	_____	Manque d'appétit maximal
Aucun essoufflement	_____	Essoufflement maximal
Je me sens bien	_____	Je me sens mal

Autres symptômes (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :

Classification New York Heart Association

Classe I : Patient porteur d'une cardiopathie sans limitation de l'activité physique. Une activité physique ordinaire n'entraîne aucun symptôme.

Classe II : Patient dont la cardiopathie entraîne une limitation modérée de l'activité physique sans gêne au repos. L'activité quotidienne ordinaire est responsable d'une fatigue, d'une dyspnée, de palpitations ou d'un angor.

Classe III : Patient dont la cardiopathie entraîne une limitation marquée de l'activité physique sans gêne au repos.

Classe IV : Patient dont la cardiopathie empêche toute activité physique. Des signes d'insuffisance cardiaque ou un angor peuvent exister même au repos.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

Echelle de dyspnée du Modified Medical Research Council

Grade 1 : Patient avec dyspnée lors d'un exercice intense

Grade 2 : Dyspnée lors d'une marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente légère

Grade 3 : Marche plus lentement que les personnes de son âge sur terrain plat, ou doit s'arrêter pour respirer lorsqu'il marche à son propre rythme sur terrain plat

Grade 4 : Doit s'arrêter pour respirer après une marche d'environ 90 mètres

Grade 5 : Trop essoufflé(e) pour quitter la maison, ou dyspnée lors de l'habillement.

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

Titration de la morphine IV

- Bolus IV de 1 à 3 mg de morphine
- Réinjections à intervalles réguliers, toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à obtention d'un certain soulagement de la douleur évaluée par l'échelle EN ou EVA ($EVA \leq 30$),
ATTENTION : pas d'équivalence entre les 2 échelles.
- Surveillance de l'apparition d'une sédation (échelle de sédation : RUDKIN) et/ ou d'une dépression respiratoire évaluée par une échelle de respiration.
- Surveillance de la TA.

Échelle de sédation (RUDKIN)	Échelle de respiration
S1 = patient complètement éveillé et orienté	R0 = normale et FR > 10
S2 = patient somnolent	R1 = ronflement et FR > 10
S3 = patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel	R2 = irrégulière ou FR < 10
S4 = patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère (traction de l'oreille)	R3 = pause, apnée
S5 = patient avec les yeux fermés mais ne répondant à une stimulation tactile légère	

- Pas de dose plafond si bonne tolérance
- Entretien par des faibles doses répétées de morphine calculées à partir de la quantité initiale nécessaire pour soulager le patient.

En cas de surdosage la situation est réversible par le Naloxone (NARCAN®), antagoniste des morphiniques

PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE CHEZ UN MALADE CANCEREUX EN PHASE PALLIATIVE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256.
- **Uronis HE** et Al : « Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer : a systematic review and meta-analysis ». Br J Cancer. 2008 Jan 29;98(2):294-9.
- **Booth S** et Al : « The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer : a systematic review of pharmacological therapy. Nat Clin Pract Oncol. 2008 Feb;5(2):90-100.
- **Ben-Aharon I** et al : « Interventions for alleviating cancer-related dyspnea : a systematic review » Clin Oncol. 2008 May 10;26(14):2396-404.
- **Viola R** et Al : « The management of dyspnea in cancer patients : a systematic review » Support Care Cancer. 2008 Apr;16(4):329-37.
- **Qaseem A** et Al : « Evidence-Based interventions to improve the palliative care of pain, Dyspnea, and depression at the end of life : a clinical practice guideline from the American college of Physicians » Ann Intern Med. 2008 Jan 15;148(2):141-6.
- **Kvale PA** et Al : « Palliative care in lung cancer » Chest 2007; 132; 368S-403S.
- **Chvetzoff G** et Al : « Directives anticipées, testament de vie, personne de confiance : définitions et revue de la littérature » Oncologie 2006, 8 : 1-7.
- **Debourdeau P** et Al : « Traitement curatif de la maladie thromboembolique veineuse, prévention et traitement des thromboses veineuses sur cathéter chez les patients atteints de cancer » SOR 2008.
- **Rocker G** et Al : « Palliation of dyspnoea in advanced COPD : revisiting a role for opioids » Thorax 2009; 64 : 910-915.