

Thérapeutiques à visée respiratoire

■ Prise en charge étiologique de la dyspnée	83
■ Prise en charge symptomatique de la dyspnée	83
■ Prise en charge symptomatique de l'encombrement bronchique	86
■ Anti-tussifs	88

Thérapeutiques à visée respiratoire

■ Prise en charge étiologique de la dyspnée

Même en situation palliative, il ne faut pas oublier de rechercher les différentes étiologies d'une dyspnée, afin de mettre un traitement adapté à la cause (par exemple diurétiques sur insuffisance cardiaque, corticothérapie sur lymphangite carcinomateuse...).

■ Prise en charge symptomatique de la dyspnée

(voir Annexe 9, page 269).

1. Traitement médicamenteux

1. **La Morphine** diminue la sensation de manque d'air, en agissant sur les centres respiratoires, en diminuant le seuil de réponse à l'hypercapnie et par son action bradypnéisante.

- Elle peut être utilisée même en l'absence de douleur, chez un patient naïf de morphine.
 - Elle peut être utilisée chez des patients avec insuffisance respiratoire sévère avec titration attentive.
 - La morphine reste la molécule à privilégier. Les autres opioïdes peuvent être utilisés en seconde intention.
 - Elle peut être utilisée par voie intraveineuse, sous-cutanée ou orale ; en fonction de la voie d'abord présente, et du délai d'action nécessaire.
 - Il n'y a pas de preuve dans la littérature en faveur de l'utilisation de la morphine par voie nébulisée (revue Cochrane 2016 sur l'utilisation des opioïdes à visée symptomatique de la dyspnée chez les adultes en phase palliative).
2. **Les Benzodiazépines** permettent de prendre en charge l'anxiété associée à la sensation de manque d'air.

- Les benzodiazépines à demi-vie courte, par voie orale, sont à privilégier, car moins de risque d'accumulation et de somnolence, d'autant plus chez des patients en phase palliative.
- La crainte de provoquer une dépression respiratoire ne doit pas empêcher de prescrire des benzodiazépines ; la probabilité d'une dépression respiratoire est minimisée par l'utilisation d'une benzodiazépine de demi-vie courte, et par une augmentation progressive des doses.

Exemples de Benzodiazépines orales à demi-vie courte :

	Nom commercial	½ vie
LORAZEPAM	TEMESTA®	10 à 20 heures
BROMAZEPAM	LEXOMIL®	20 heures
ALPRAZOLAM	XANAX®	10 à 20 heures
OXAZEPAM	SERESTA®	8 heures

- Les Benzodiazépines à demi-vie longue ne sont proposées qu'en deuxième intention ou si la voie per os est impossible et ceci d'autant plus que le patient est âgé ou insuffisant rénal.

Exemples de Benzodiazépines orales à demi-vie longue :

	Nom commercial	½ vie
DIAZEPAN	VALIUM®	32 à 47 heures
CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	TRANXENE®	30 à 150 heures

- En cas d'impossibilité de la voie orale, un relais peut être réalisé par voie intraveineuse ou sous-cutanée.

Exemples de molécules disponibles en voie injectable :

	Nom commercial	½ vie	Possibilité de voie SC
MIDAZOLAM	MIDAZOLAM®	1,5 à 2,5 heures	Voie SC en continu ou discontinu Dose SC = dose IV

VALIUM	DIAZEPAM ®	32 à 47 heures	Voie SC en discontinu Dose SC = dose IV
CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE	TRANXENE®	30 à 150 heures	Voie SC en discontinu Dose SC = dose IV

- Le midazolam, du fait de sa demi-vie très courte peut provoquer rapidement une tachyphylaxie (nécessité de majorer les doses pour avoir le même effet thérapeutique) : son utilisation doit donc être réservée aux patients dont le pronostic est à court terme, ou en cas d'absence d'autre possibilité du fait de la nécessité d'une benzodiazépine à demi-vie courte pour limiter les effets secondaires à type de somnolence.

• L'oxygénothérapie

- Ne doit pas être mise en place de manière systématique : maintenir l'oxygène uniquement si amélioration symptomatique du confort du patient.
- La surveillance et la réévaluation doit être clinique (sensation d'amélioration de la dyspnée, fréquence respiratoire) et non basée sur un objectif de saturation.
- Administrer par lunettes plutôt que par masque.
- Débit et horaire en fonction du soulagement du patient.
- Peut assécher les muqueuses (bien utiliser un barboteur : AQUAPACK®).
- Prescription à domicile via un prestataire. L'entente préalable n'est plus indiquée à ce jour chez les patients atteints de cancer.
- Pas de prescription d'acte infirmier.
- Préciser «...oxygénothérapie (par bouteille ou concentrateur d'oxygène si débit >3 L/mn) à raison de ...L/min, ...heures/ jour à partir du ...pour une durée de... ».

2. Mesures non médicamenteuses

- Elles ont également toute leur importance dans la prise en charge de la dyspnée.
- Installation du patient demi-assis, atmosphère calme.
- Soins de bouche et humidifications buccales réguliers :
 - Si pas d'oxygène : ARTISIAL®/AEQUASYAL®/mélange BICARBONATE + LANSOYL®
 - Si oxygène : produits oxygéno-compatibles : BICARBONATE DE SODIUM 1,4%/ BIOXTRA®

■ Prise en charge symptomatique de l'encombrement bronchique

1. Mesures non pharmacologiques

- **La SCOPOLAMINE BROMHYDRATE**
 - Il s'agit d'un parasympatholytique de type atropinique.
 - **Dosage** : ampoule de 0.5 mg/2 ml, solution injectable
Doses usuelles utilisées dans les encombrements bronchiques de fin de vie (exemple des pratiques sur le CHUGA de Grenoble) : débiter par une ampoule de 0.5 mg en cas d'encombrement bronchique, puis mise en place d'un PSE de scopolamine avec 3 ampoules/24h. En cas de poursuite/majoration de l'encombrement bronchique, majorer progressivement la dose du PSE de 2 ampoules/24h en 2 ampoules/24h. En général, peu d'intérêt à dépasser 12 ampoules/24h si encombrement persistant.
 - **Contre-indications** : glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire liée à des troubles uréthro-prostatiques (pas une contre-indication en fin de vie, mais nécessite une surveillance étroite afin d'éviter le globe vésical).
 - **Effets indésirables** : ceux des atropiniques.
 - **AMM** pour le traitement en soins palliatifs des

râles agoniques liés à l'encombrement des voies aériennes supérieures par excès de sécrétions salivaires.

- Efficacité prouvée en prophylaxie dans les râles agoniques des patients en fin de vie (*Van Esch HJ et al. Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life: The SILENCE Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021 Oct 5;326(13):1268-1276. doi: 10.1001/jama.2021.14785. PMID: 34609452; PMCID: PMC8493437*)
- La scopolamine bromhydrate passe la barrière hémato-encéphalique et peut donc avoir des effets sédatifs. Son utilisation doit donc être réservée pour les encombrements bronchiques terminaux
- **Le BUTYLBROMURE DE SCOPOLAMINE (SCOBUREN®)**
 - Intérêt surtout dans les encombrements respiratoires chez des patients en situation palliative mais encore conscients et communicants, car contrairement à la SCOPOLAMINE BROMHYDRATE, ne passe pas la barrière hémato-encéphalique.
- **PATCHS DE SCOPOLAMINE (SCOPODERM®)**
 - AMM également pour le traitement en soins palliatifs des râles agoniques liés à l'encombrement des voies aériennes supérieures par excès de sécrétions salivaires.
 - Appliquer le dispositif derrière l'oreille à un endroit sec, sain et dépourvu de cheveux.
 - Diffusion du patch sur 72h.
 - **Inconvénient du patch** : dose unique de scopolamine, souvent insuffisant dans les encombrements bronchiques de fin de vie, ne permet pas une adaptation comme avec le PSE de scopolamine, mais peut être intéressant si pas d'accès à un PSE, notamment accompagnement à domicile.
- **L'ATROPINE**
 - En seconde intention.
 - En sous-cutanée à dose de 0,5 à 0,8 mg, renouvelable au bout de 4 à 6h (solution injectable en ampoule de 0,25, 0,50 ou 1 mg/ml). Un PSE en

continue est possible jusqu'à 2 mg sur 24h.

- En sublinguale avec l'atropine goutte ophtalmique : 1 à 4 gouttes toutes les 2 à 4h.
- Compte tenu de son effet central stimulant avec risque d'agitation et de délire, elle n'est pas donnée en première intention dans cette indication.

2. Mesures non pharmacologiques (pour les râles agoniques, voir aussi Annexe 10, p. 295)

- Soins de bouche du fait de la sécheresse liée aux atropiniques notamment.
- Réduction d'une hydratation artificielle, pouvant aller jusqu'à son arrêt complet, car majore la surcharge hydrique ; se méfier également de tous les apports IV « cachés » (nombreuses perfusions IV).
- Positionnement important : mobilisation/latéralisation (tête relevée ou décubitus latéral ou $\frac{3}{4}$ latéral).
- Kinésithérapie respiratoire en fonction de l'état clinique du patient : si patient trop fatigué pour une participation active, pas d'intérêt. Possibilité de réaliser des aérosols de sérum physiologique avant les séances afin de fluidifier les sécrétions et d'aider au décollement des sécrétions.
- **Aspiration :**
 - aspiration douce de l'arrière-gorge si quantité importante de sécrétions en bouche,
 - aspiration trachéo-bronchique à éviter : réserver aux patients trachéotomisés ou si inconfort majeur.
 - Peut être traumatisante et irritante si elle est répétée (stimulation des sécrétions).
- Communication avec les proches : les râles font partie du processus naturel de fin de vie.

■ Anti-tussifs

- Privilégier en première intention le traitement étiologique

- À associer aux mesures de repositionnement et d'humidification de l'air inspiré (ou aérosol hydratant ou sérum physiologique) :
- **Pour la toux sèche** : antitussif opiacé ou non :
 - Codéine 15 à 25 mg toutes les 4h, ou pholcodine seule ou associée à des apaisants ou expectorants (HEXAPNEUMINE®, BIOCALYPTOL®...) ou dextrométhorphan (CLARIX®, DRILL®, FLUIMICIL®, HUMEX®...) ou en forme LP 12h, la dihydrocodéine (DICODIN®).
 - Ou morphine 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures (si le patient est déjà sous morphine, on peut augmenter la dose de 30% de celle prise précédemment).
 - Possibilité d'aérosols d'anesthésiques locaux en cas de toux rebelle (à jeun strict pendant 1h suite à la nébulisation).
- **Pour la toux productive** :
 - Kinésithérapie respiratoire
 - En nébulisation l'acétylcystéine (ISTENDO®) si le malade peut expectorer ou par voie systémique