

## I PROBLEME

La dyspnée, une sensation d'essoufflement, se présente souvent chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs, mais aussi chez les personnes qui ne sont pas en fin de vie. Un patient présentant ce symptôme peut avoir l'impression qu'il étouffe et ces problèmes de respiration peuvent coïncider avec une douleur au niveau de la poitrine. Généralement, la personne peut indiquer elle-même l'intensité des symptômes, si les symptômes sont présents depuis longtemps et si leur nature a changé. Si la dyspnée est apparue récemment ou est aiguë, il convient de consulter un médecin, car la dyspnée peut être le premier symptôme d'un problème médical aigu. Ce CAP vise le traitement des patients en fin de vie, qui souffrent d'un certain degré de dyspnée. La dyspnée peut être un facteur de stress important pour les prestataires de soins informels.

L'essoufflement est une caractéristique importante des affections pulmonaires chroniques et des problèmes cardiaques chroniques, mais il peut aussi être causé par de nombreuses autres affections. Les personnes présentant une capacité pulmonaire limitée, une inflammation pulmonaire, des caillots dans les poumons ou du liquide dans le thorax peuvent souffrir de dyspnée. Les personnes souffrant d'anémie peuvent aussi présenter ce symptôme, tout comme les personnes souffrant de graves douleurs peuvent elles aussi présenter des signes d'essoufflement.

Les personnes qui souffrent de septicémie, d'un cancer ou de toute autre maladie qui progresse en phase terminale peuvent avoir des difficultés à respirer lors des derniers stades de la maladie. Elles sont souvent à bout de souffle, puisqu'elles ne sont pas capables de respirer profondément pendant une longue période.

Lorsque l'on détermine pour un patient son degré de dyspnée et son besoin d'interventions, il est surtout important de mesurer le nombre de respirations par minute. Au départ, la plupart des patients ne se sentiront pas bien lorsque le nombre de respirations par minute sera supérieur à 20. De nombreux muscles, dont le diaphragme et les muscles de la cage thoracique, peuvent être utilisés pour respirer quand la dyspnée est grave. L'observateur peut même entendre des sifflements sans stéthoscope, ce qui indique la présence d'un bronchospasme et l'éventuel besoin d'un inhalateur.

L'essoufflement est parfois associé à de faibles niveaux d'oxygène dans le sang. Des niveaux d'oxygène significativement faibles peuvent souvent être décelés chez les personnes blanches, car elles ont les lèvres et les bouts des doigts bleus. De nombreuses personnes souffrant de maladies pulmonaires chroniques et d'autres affections peuvent mesurer leur saturation en oxygène à l'aide d'un petit appareil qui est placé autour du bout des doigts.

## OBJECTIFS DE SOINS GENERAUX

- Vérifiez la gravité des symptômes et le besoin d'intervention.
- Déterminez la (les) cause(s) de la dyspnée et traitez-la (les) dans la mesure du possible.
- Optimisez le confort du patient et sa possibilité à exercer les activités quotidiennes.

## II ACTIVATION CAP

L'activation du CAP est basée sur le niveau d'activité de la personne lorsqu'elle subit une dyspnée.

## ☐ **ACTIVE**

Ce groupe comprend :

- Les personnes qui subissent une dyspnée au repos.
- Les personnes qui ne subissent pas de dyspnée au repos, mais bien durant l'exécution d'activités quotidiennes normales.

Ce niveau d'activation se présente chez 18% des personnes dans la base de données soins palliatifs interRAI qui souffrent de dyspnée au repos et 27% des personnes qui souffrent de dyspnée lors de l'exécution des activités quotidiennes normales.

## ☐ **NON ACTIVE**

Ce groupe comprend :

- Les personnes qui ne souffrent pas de dyspnée.
- Les personnes qui ne souffrent pas de dyspnée au repos, mais bien durant l'exécution d'activités lourdes.

Ce groupe comprend environ 36% des personnes qui ne souffrent pas de dyspnée.

### **III DIRECTIVES**

#### **Déterminez le début et la gravité des symptômes.**

- Mesurez le nombre de respirations par minute. La plupart des personnes ne se sentiront pas bien lorsque le nombre de respirations par minute sera supérieur à 20.
- Demandez si la personne a déjà souffert par le passé d'une maladie pulmonaire chronique ou d'une insuffisance cardiaque.
- Observez les muscles respiratoires et vérifiez si d'autres muscles sont utilisés.
- Déterminez si la personne présente une respiration sifflante en l'écouter ou en demandant si elle entend un sifflement lorsqu'elle respire.
- Observez chez les personnes blanches si le bout de leurs doigts et leurs lèvres sont bleus. Vérifiez aussi la saturation en oxygène.
- S'il est question de dyspnée, déterminez s'il y a eu un changement au niveau de la gravité des symptômes. Il se peut que la dyspnée se présente à nouveau ou que les symptômes s'aggravent en raison d'un problème de médication engageant le pronostic vital. Dans ces circonstances, on doit contacter un médecin pour évaluer l'état du patient de manière plus approfondie et pour lui prodiguer les soins médicaux nécessaires.

#### **Déterminez la (les) cause(s) de la dyspnée et traitez-la (les) dans la mesure du possible.**

- On doit chercher la cause de la dyspnée, même si la personne est mourante. Il peut être possible de lutter contre la dyspnée avec des médicaments (stéroïdes, inhalateurs, etc.).
- L'essoufflement qui est causé par les mucosités dans la cage thoracique peut être traité en supprimant celles-ci.
- Lorsque la dyspnée est causée par une grande quantité de liquides dans l'abdomen, de sorte que le mouvement normal du diaphragme est impossible, la dyspnée peut dans certains cas être traitée en éliminant les liquides.

- Un pneumothorax peut aussi causer une dyspnée grave et le traitement peut consister à placer un tube dans l'espace autour des poumons.
- Les personnes souffrant d'insuffisances cardiaques graves peuvent se sentir mieux après l'administration d'un diurétique.
- L'hydratation intraveineuse et l'alimentation artificielle doivent être interrompues chez certains patients.
- Un rythme cardiaque anormal (surtout un rythme cardiaque rapide) peut être associé à la dyspnée. Ce problème peut être traité avec des médicaments.
- L'essoufflement peut aussi être causé par des caillots de sang qui se déplacent du bassin vers les poumons. Des anticoagulants peuvent être indiqués dans ce cas.
- Parfois, une grave anémie peut être le résultat d'un essoufflement. La transfusion d'une ou plusieurs unités de sang peut alors aider à lutter contre le symptôme.

### Stratégies de traitement générales

- **Positionnement** : La dyspnée peut souvent être réduite en se redressant dans le lit. Un patient se sent parfois mieux s'il est sur une chaise avec une table haute placée devant la chaise et sur laquelle est placé un coussin permettant au patient de se pencher vers l'avant. Si le patient est trop faible pour se tenir droit, on peut placer des coussins autour de lui pour qu'il ne doive pas utiliser ses muscles. Installer un ventilateur soufflant dans la direction du patient, utiliser un humidificateur ou rafraîchir la pièce peut veiller à ce que le patient se sente plus à l'aise.
- **Oxygène** : Une personne souffrant de dyspnée peut se sentir mieux si une petite quantité d'oxygène est en permanence administrée via le nez. Si l'oxygène est prescrit, il convient d'accorder de l'attention à la possibilité de retenir le CO<sub>2</sub>. La décision à cet effet doit toujours être prise en concertation avec le médecin.
- **Médication** : On doit envisager le recours aux médicaments pour lutter contre la dyspnée. Dans certains cas, il se peut que le patient ressente une amélioration en utilisant des anxiolytiques. Souvent, des inhalateurs et des corticoïdes sont utilisés si l'on entend des sifflements ou s'il est question de fibrose pulmonaire. Dans de rares cas, on a recours aux rayonnements pour dégager les voies respiratoires bouchées par une tumeur.
- **Exercices respiratoires** : Si l'on ne s'attend pas à ce que le patient décède dans un avenir proche, on peut envisager des techniques de relaxation et de la physiothérapie. Étant donné que la dyspnée est associée à l'anxiété et que l'anxiété peut renforcer la sensation de dyspnée, différentes méthodes doivent être explorées pour calmer le patient. Certaines personnes réagissent aussi à l'acuponcture.

### Education

On doit prévoir une éducation sur la dyspnée et les options de traitement pour le patient et/ou ses prestataires de soins. En cas de programmes de soins palliatifs à domicile, il est important de discuter des options de traitement avec le patient et ses prestataires de soins informels.

- Une dyspnée grave peut souvent être évitée en administrant les médicaments au bon moment ou en prévoyant d'autres traitements thérapeutiques.
- Il est important de s'arrêter sur les inquiétudes des prestataires de soins par rapport à la détresse respiratoire, puisque l'essoufflement du patient peut aussi être terrifiant pour les prestataires de soins. Traiter efficacement l'essoufflement et examiner toutes les options de traitement sont généralement indiqués.
- Conseillez aux prestataires de soins de demander une aide médicale urgente si nécessaire.
- Expliquez aux membres de la famille qu'il n'est pas anormal que la respiration change lors des dernières heures de vie. Parfois, le patient respire très rapidement, et parfois très lentement.

### **SOURCES COMPLEMENTAIRES**

**Dudgeon DJ, Lertzman M.** 1998. Dyspnea in the advanced cancer patient. *Journal of Pain and Symptom Management* 16: 212-219.

**Gallagher R.** 2003. An approach to dyspnea in advanced disease. *Canadian Family Physician* 49: 1611-1616.

**NHS Lothian.** 2010. Breathlessness in Palliative Care. Disponible sur :

<http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/documents/breathlessnessfinal.pdf>

**Viola R, Kiteley C, Lloyd N, Mackay JA, Wilson J, Wong R, and the Supportive Care Guidelines Group.** 2006. The Management of Dyspnea in Cancer Patients: A Clinical Practice Guideline, A Quality Initiative of the Program in Evidence-based Care (PEBC). *Cancer Care Ontario (CCO), Evidence-Based Series #13-5: Section 1.*

#### **Auteurs**

Knight Steel, MD

John N. Morris, MSW, PhD

Bruce Leff, MD