



# Soins palliatifs et fin de vie

## Fiche clinique sur les symptômes respiratoires

### 1. Mise en contexte

#### 1.1 Dyspnée

La dyspnée est une expérience subjective décrite comme une sensation désagréable ou inconfortable liée à la respiration. Puisque seule la personne peut décrire son inconfort respiratoire, le personnel infirmier doit accorder une grande considération au témoignage de cette souffrance même si ses paramètres cliniques (fréquence respiratoire et saturation) sont normaux. La dyspnée touche jusqu'à 95% des personnes atteintes de cancer du poumon avancé (primaire ou métastases). Puisqu'elle est multifactorielle, elle peut résulter de problèmes autres que le néoplasie pulmonaire elle-même, comme un épanchement pleural, infection broncho-pulmonaire, insuffisance cardiaque, syndrome de la veine cave supérieure, anémie, faiblesse musculaire, ascite et autres. Elle peut être chronique comme chez les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou aigue chez les personnes atteintes de néoplasies en fin de vie. La dyspnée affecte grandement la qualité de vie, puisqu'elle cause anxiété, insomnie et dépression en plus de nuire aux activités de la vie quotidienne comme l'alimentation, les déplacements et l'hygiène. Elle s'accompagne souvent d'autres symptômes comme l'embaras, la douleur thoracique, la toux et la fatigue. Une des grandes craintes des personnes est de mourir étouffer, c'est pourquoi elles doivent être convaincues que les infirmières ont à cœur leur mieux être.

#### 1.2 Embarras respiratoire

L'embaras respiratoire résulte des bruits produits par les mouvements oscillatoires des sécrétions qui s'accumulent dans les voies respiratoires. Il survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre l'entrée de liquide dans les voies respiratoires (p. ex. dysfonction cardiaque gauche ou production accrue de mucus, etc.) et son élimination (p. ex. déconditionnement qui rend la toux inefficace, dysphagie, altération de l'état de conscience, hydratation excessive, etc.). Les râles peuvent initialement se manifester par un léger crépitement, progresser vers des bruits ronflants inspiratoires et expiratoires et devenir forts au point de les entendre à l'entrée de la chambre. Ils donnent l'impression d'une respiration laborieuse, voire souffrante causant beaucoup d'inquiétude chez les proches. L'embaras respiratoire est annonciateur d'un décès imminent et est souvent réfractaire au traitement anticholinergique. Ces informations doivent être fournies aux proches afin qu'ils soient bien préparés à cette éventualité et les rassurer à l'effet que si la personne est bien sédationnée ou dans un état comateux, elle ne sera pas incommodée par l'embaras.

#### 1.3 Toux

Jusqu'à 50% des personnes atteintes de cancers terminaux souffrent de toux. Lorsqu'elle est liée à un cancer (masse pulmonaire, épanchement pleural, traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie, etc.) et qu'elle devient chronique, elle affecte la qualité du sommeil, et peut mener à un épuisement musculaire, des vomissements, des fractures costales, etc. La qualité de vie de la personne en est altérée. D'autres conditions peuvent être à l'origine de la toux comme le tabagisme, MPOC, reflux gastro-œsophagien, infection broncho-pulmonaire, etc. La toux se classe en 3 catégories : productive efficace, productive inefficace et sèche.

## 2. Évaluation infirmière

### 2.1. Anamnèse

Une bonne anamnèse des symptômes respiratoires par le questionnaire PQRSTU permet à l'infirmière d'obtenir un portrait juste de ce que ressent la personne. Pour les maladies chroniques non cancéreuses (p. ex. MPOC et insuffisance cardiaque) différentes échelles existent pour quantifier une dyspnée parfois présente depuis longtemps et qui augmente progressivement avec l'évolution. Mais en soins palliatif et en fin de vie, il n'y a pas de mesure spécifique objective fiable. Le seul indicateur fiable de la dyspnée est ce que la personne nous décrit. L'échelle visuelle analogique (0 à 10) ou l'échelle de Borg peuvent être utiles en clinique et servir de guide pour mesurer la dyspnée et l'efficacité de nos interventions. Une autre façon simple et efficace de quantifier la dyspnée est de demander à la personne dans quelles circonstances elle ressent de l'essoufflement; à l'effort soutenu, l'effort modéré, lors des activités de la vie quotidienne, à la parole ou au repos?

L'évaluation étant plus difficile chez les personnes incapables de décrire leur inconfort respiratoire (TNCM, delirium), l'infirmière se basera sur ses observations et la recherche des signes d'inconfort : gémissements, l'expression du visage (p. ex. sourcils froncés), la tension au niveau des membres (p. ex. résistance lors des mobilisations) et les mouvements corporels (p. ex. repousser les couvertures, sortir les jambes du lit, position antalgique, etc.). En présence de ces signes d'inconfort, l'infirmière orientera son examen physique afin de valider si ceux-ci peuvent être d'origine respiratoire (cyanose péribuccale, tachypnée, tirage, etc.). Les informations rapportées par les autres membres de l'équipe et par les proches sont aussi une source d'information inestimable pour l'évaluation des symptômes respiratoires.

### Évaluation subjective par le questionnaire PQRSTU

Dyspnée	Embarras respiratoire	Toux
<b>P : Provoquer/Pallier</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qu'est-ce qui provoque ou aggrave votre essoufflement? p. ex. effort, décubitus dorsal, etc.</li> <li>▪ Qu'est-ce qui le soulage? p. ex. oreillers, repos, médication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment ou à la suite de quoi l'embarras respiratoire s'est-il installé?</li> <li>▪ Attribuez-vous une cause? p. ex. à la suite d'un étouffement, ou d'un vomissement.</li> <li>▪ Qu'est-ce qui soulage votre inconfort?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qu'est-ce qui déclenche votre toux? p. ex. alimentation, effort</li> <li>▪ Qu'est-ce qui aide l'aide? Adaptation textures, repos, médication</li> </ul>
<b>Q : Qualité-Quantité-Impact</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrivez-moi votre essoufflement. P. ex., souffle court, air qui ne passe pas, oppression thoracique</li> <li>▪ À combien évaluez-vous votre essoufflement sur une échelle de 0 à 10?</li> <li>▪ L'essoufflement affecte-t-il vos activités?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arrivez-vous à vous dégager?</li> <li>▪ Est-ce que la présence de sécrétions affecte votre quotidien? p. ex. hygiène, alimentation, déplacement.</li> <li>▪ Décrivez-moi l'aspect de vos sécrétions (couleur, consistance, quantité).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrivez-moi votre toux. p. ex. productive, sèche, quinteuse, efficace ou non</li> <li>▪ Est-ce que votre toux affecte votre quotidien?</li> </ul>
<b>R : Région/Irradiation</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pointez-moi la région où vous ressentez l'inconfort de votre essoufflement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selon vous, où se situent les sécrétions?</li> </ul>	S/O
<b>S : Signes/symptômes associés</b>		

## Fiche clinique sur les symptômes respiratoires

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressentez-vous d'autres malaises que votre essoufflement? p. ex. douleur dans la poitrine, asthénie, anxiété, toux, crachats, insomnie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressentez-vous d'autres malaises en plus de l'embarras? p. ex. dyspnée, douleur, toux, anxiété, insomnie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que d'autres symptômes accompagnent votre toux? p. ex. embarras, douleur thoracique, vomissement, incontinence, insomnie.</li> </ul>
<b>T : Temps-durée-intermittence</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Depuis quand êtes-vous essoufflé?</li> <li>Est-ce votre essoufflement a débuté subitement ou de façon graduelle?</li> <li>Est-il constant tout au long de la journée ou par épisodes? à certains moments de la journée?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depuis combien de temps avez-vous des sécrétions?</li> <li>Est-ce que les sécrétions ont débuté subitement ou de façon graduelle?</li> <li>Est-ce que l'embarras est plus fréquent à certains moments de la journée?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La toux dure depuis combien de temps?</li> <li>Est-elle constante? Intermittente? Pire à certains moments de la journée?</li> </ul>
<b>U : Understanding (signification pour la personne)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment expliquez-vous ce qui vous arrive?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À quoi associez-vous votre embarras?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À quoi associez-vous votre toux?</li> </ul>

En plus de questionner la personne, l'infirmière doit explorer et faire ressortir différents éléments pour compléter son évaluation :

- Explorer les diagnostics, les antécédents médicaux et les habitudes de vie afin de repérer les problèmes de santé, pathologies ou facteurs environnementaux contributifs (fumée, allergènes) susceptibles de provoquer ou être accompagnées de dyspnée ou d'embarras ou de toux ;
- Consulter le profil médicamenteux pour connaître la médication utilisée pour soulager la dyspnée et l'embarras ou la toux et s'il y a eu des modifications récentes (ajout, ajustement et retrait).

### Évaluation quantitative de l'embarras respiratoire :

Contrairement à la dyspnée, il est possible d'évaluer objectivement l'embarras respiratoire à l'aide d'une échelle quantitative : Échelle de Victoria. Elle est facile d'utilisation et connue par la plupart des professionnels de la santé.

L'infirmière évalue également la capacité de la personne à se dégager efficacement.

### 2.3. Examen physique

Signes vitaux/paramètres selon la pertinence

Respiration

- Fréquence (prise sur une minute)
- Rythme (régulier ou irrégulier)
- Amplitude (normale, superficielle, profonde, variable)
- Type (p. ex. Cheyne-stokes)

Retour capillaire

### Évaluation quantitative de l'embarras respiratoire selon l'échelle de Victoria

<b>0</b>	<b>Pas d'embarras</b>
<b>1</b>	<b>On entend l'embarras à moins de 30 cm de la personne</b>
<b>2</b>	<b>On entend l'embarras au pied du lit</b>
<b>3</b>	<b>On entend l'embarras à la porte de la chambre</b>

Source: Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS), *Medical Care of The Dying*, 4th ed.; p.384. © Victoria Hospice Society 2006.

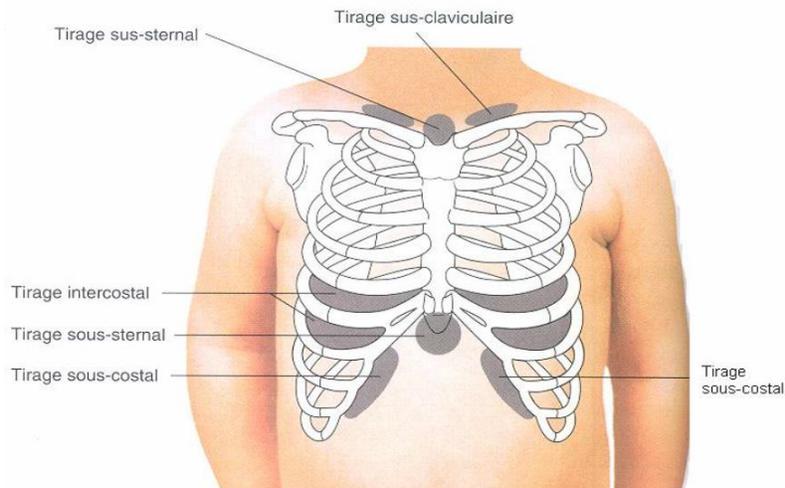
## Fiche clinique sur les symptômes respiratoires

### Inspection

- Bruits respiratoires audibles : stridor, wheezing, embarras
- Tirage (muscles accessoires du cou, sus-sternal, sus-claviculaire, intercostal, sous-costal, sous-sternal)
- Cyanose péribuccale et des extrémités
- Œdème périphérique, œdème du haut du corps (suspicion syndrome veine cave supérieure)
- Signes d'inconfort : tension au niveau du visage et des membres, gémissement, agitation, etc.

Auscultation pulmonaire: rechercher murmures vésiculaires diminués, bruits surajoutés : sibilances, ronchis, crépitants

Examen état mental : état de conscience, capacité d'attention, orientation, organisation de la pensée, etc.



<http://ispits.net/wp-content/uploads/2017/03/Syst-respiratoire.pdf>, image empruntée du CHU Ste-Justine

🔔 Rappelons que la mesure de la saturation ne témoigne pas de l'inconfort de la personne. Si une personne se dit essoufflée, l'infirmière doit intervenir même si sa saturation ne révèle pas d'hypoxémie.

### **3. Surveillance clinique et fréquence des évaluations**

L'infirmière détermine la fréquence d'évaluation de l'état respiratoire selon la condition de la personne. Elle demeure vigilante quant à l'apparition d'une nouvelle dyspnée, un symptôme fréquent en fin de vie. À domicile, l'infirmière enseignera à la personne et à ses proches les symptômes respiratoires anormaux à rapporter à l'équipe de soins. Des visites régulières rassurent la personne et ses proches et permettent de dépister une dyspnée progressive et l'installation d'un embarras respiratoire incommode. Elle avisera rapidement le médecin si elle observe des signes d'inconfort.

### **4. Approches thérapeutiques**

La qualité de vie, le pronostic de la personne et le contexte clinique sont des aspects à considérer avant d'envisager un plan de traitement. Il faut toujours mesurer les bienfaits versus les préjudices encourus pour la personne qu'on soigne et s'assurer d'agir dans le plus grand respect de ses désirs et de ses choix.

#### 4.1. Mesures non pharmacologiques

Puisque la dyspnée à une importante composante psychologique, il est primordial d'accorder une place aux mesures non-pharmacologiques.

- Aménager un environnement calme et avoir une approche empathique et rassurante;
- Aérer la pièce (p. ex. air frais, porte et fenêtres ouvertes);
- Ventilateur dirigé vers le visage (la stimulation du nerf trijumeau agit sur la sensation de dyspnée);
- Positionner la personne pour limiter son inconfort respiratoire (p. ex. coucher sur un coté en particulier : décubitus latéral gauche si épanchement pleural gauche, relever la tête de lit si orthopnée);
- Établir les priorités pour économiser de l'énergie (p. ex. utiliser la chaise d'aisance au lieu d'aller à la salle de bain, se limiter aux AVQ essentielles, etc.);
- Encourager les stratégies personnelles (p. ex. techniques de respiration, visualisation, distraction);
- Faire appel à l'expertise des autres professionnels pour d'autres options.

Spécifiquement pour l'embarras et la toux :

- Limiter les apports per os aux personnes dysphagiques ou s'assurer que les textures soient bien adaptées;
- Limiter l'hydratation orale et parentérale lorsque la toux n'est pas productive et à l'opposé encourager l'hydratation et humidifier l'air lorsque la toux est efficace;
- Enseigner les techniques de toux efficace;
- Référer aux autres professionnels pour optimiser la gestion de l'embarras (p. ex. drainage postural, percussion);
- Éviter l'aspiration des sécrétions qui génère de l'inconfort et n'apporte aucun bénéfice;
- Prodiguier des soins bouche fréquemment.

#### 4.2. L'oxygénothérapie

L'oxygène n'est pas une mesure efficace pour soulager la dyspnée à moins que la personne soit hypoxémique (saturation < 88%) et qu'elle présente une dyspnée importante au repos. Pourtant, dans les milieux de soins, on offre couramment de l'oxygène aux personnes dyspnéiques, même si les données scientifiques n'appuient pas cette pratique. Ainsi, lorsqu'une personne est dyspnéique, l'administration d'un opioïde et/ou une benzodiazépine est à prioriser, car c'est ce qui est le plus efficace. Si cette médication de premier recours ne procure pas une amélioration suffisante, l'infirmière pourra administrer de l'oxygène via des lunettes nasales (plus confortable) selon la prescription individuelle ou l'ordonnance collective en vigueur dans le milieu. En l'absence de bénéfices, l'oxygène sera cessé après quelques jours d'essai. L'administration d'oxygène à domicile est toutefois plus restreinte, car la personne doit répondre à certains critères pour être admissible au service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile (SRSRSD).

Chez les personnes souffrant de MPOC, l'oxygénothérapie a un bienfait réel sur leur survie. Il faut toutefois demeurer prudent, car administrer de l'oxygène à haut débit à cette clientèle peut inhiber leur réflexe de respiration.

#### 4.3. Traitement pharmacologique de la dyspnée

La meilleure façon de soulager la dyspnée est de traiter les causes sous-jacentes réversibles lorsque l'état de santé le permet (p. ex. transfusion sanguine si anémie, corticostéroïde si lymphangite pulmonaire, diurétique si surcharge).

## Fiche clinique sur les symptômes respiratoires

Les opioïdes sont les médicaments de première intention dans le soulagement de la dyspnée. Ils ont pour effet de diminuer la consommation d'oxygène, le travail respiratoire, la perception de la dyspnée et l'anxiété. Tous les opioïdes sont recommandés et ce peu importe leur voie d'administration. Les anxiolytiques comme les benzodiazépines sont à introduire si les opioïdes et les mesures non pharmacologiques sont jugées insuffisantes et que la personne souffre d'anxiété, ce qui est souvent le cas. Ils serviront à briser le cycle dyspnée-anxiété de par leurs propriétés sédatives, anxiolytiques et myorelaxantes. En présence de dyspnée très importante et réfractaire, la sédation palliative intermittente ou continue pourrait être envisagée.

Si la personne présente un bronchospasme, elle pourrait aussi bénéficier de bronchodilatateurs. L'utilisation d'aérosol doseur avec aérochambre, d'un dispositif Respimat ou encore de nébulisations doit être privilégié chez les personnes ayant une capacité pulmonaire diminuée (p. ex. MPOC stade 4, fibrose pulmonaire avancée).

### 4.4. Traitement pharmacologique de l'embaras respiratoire

Avant tout, il faut évaluer la capacité de la personne à se dégager par des efforts de toux. Si tel est le cas, l'humidification des sécrétions qui sont légères et peu inconfortantes doit être encouragée afin de les rendre plus fluides et ainsi faciliter leur expectoration (p. ex. humidification de l'air inspiré, nébulisation de salin 0,9% sous prescription). Il faut toutefois demeurer vigilant, car l'humidité peut rendre la personne inconfortable en augmentant le volume de sécrétions dans les voies respiratoires. À l'inverse, chez la personne incapable de se dégager efficacement ou qui s'épuise, le but thérapeutique est de diminuer la production de sécrétions trachéo-bronchiques en administrant des agents anticholinergiques.

Malgré l'absence de preuve scientifique appuyant une utilisation systématique des anticholinergiques, cette pratique est toujours citée dans la littérature en soins palliatifs. Les deux médicaments utilisés sont le Robinul<sup>MD</sup> et la Scopolamine par la voie sous-cutanée et bien qu'ils soient administrés dans des contextes différents, leur efficacité est comparable. Les anticholinergiques n'ont pas d'effet sur les sécrétions trachéo-bronchiques en place, car ils ne font que limiter leur production. Il est donc courant que les personnes présentent de l'embaras respiratoire jusqu'à leur décès. Le Robinul<sup>MD</sup> est utilisé chez la personne chez qui on ne souhaite pas de sédation (embaras respiratoire léger et non inconfortant), alors que la Scopolamine<sup>MD</sup> est utilisée chez la personne chez qui on souhaite offrir une sédation et une amnésie (embaras respiratoire inconfortable). L'utilisation de ces médicaments doit être individualisée, car rappelons qu'ils ont un large éventail d'effets secondaires : xérostomie, xérophtalmie, rétention urinaire, constipation, confusion, etc. Une personne pourrait donc préférer avoir de l'embaras respiratoire plutôt que de risquer l'installation d'une sonde urinaire. Chez la personne chez qui on suspecte une surcharge pulmonaire ou lorsque l'embaras est réfractaire aux anticholinergiques, on peut considérer l'administration de Lasix<sup>MD</sup>.

L'embaras respiratoire peut devenir impressionnant en fin de vie, l'infirmière doit s'assurer que la personne est bien sédationnée afin qu'elle ne présente pas d'inconfort en lien avec l'embaras qui est souvent réfractaire. Il faut aussi rassurer les proches à cet effet, car un embaras respiratoire important peut leur donner l'impression que leur proche étouffe.

#### 4.6. Traitement pharmacologique de la toux

L'approche pharmacologique sera différente selon le type de toux présent. En présence d'une toux productive et efficace, on favorisera les nébulisations de salin 0,9% sous prescription, les agents qui augmentent la fluidité des sécrétions comme le Mucomyst<sup>MD</sup> ainsi que les bronchodilatateurs en inhalation. Lorsque la toux est productive mais inefficace, on favorisera les antitussifs (opioïdes, Ulone<sup>MD</sup> ou DM) et les anticholinergiques tel qu'abordé dans la section précédente. Lorsque la toux est sèche, on prescrira les antitussifs ainsi que les anesthésiques locaux en pastille (Cepacol<sup>MD</sup>).

Au CIUSSSCN, une ordonnance individuelle standardisée (OIS-CN00275) pour le soulagement des symptômes de fin de vie est disponible à la discrétion du prescripteur. Un guide posologique et directives y figurent pour une prescription adaptée à la condition de la personne en contexte de dyspnée, toux, tachypnée, ou d'embarras bronchique. Des prescriptions anticipées au dossier permettent à l'infirmière d'intervenir promptement en toute autonomie lorsque la situation clinique le requiert.

#### 5. Documentation en soins infirmiers

Il est primordial de documenter l'évaluation clinique, les traitements médicamenteux et les approches non-pharmacologiques réalisées, leur efficacité ainsi que la surveillance effectuée. Lorsque l'infirmière détaille bien ces aspects, il est ensuite facile de retracer l'évolution des symptômes et les interventions qui fonctionnent.

L'infirmière note aussi au PTI ses constats, directives et les surveillances requises en lien avec la dyspnée ou l'embarras respiratoire et met à jour le plan de travail.

#### Alerte clinique

Des symptômes respiratoires non surveillés et non soulagés rapidement peuvent évoluer vers une détresse respiratoire.

##### Documentation complémentaire à consulter

- ✓ Algorithme gestion de la dyspnée
- ✓ Algorithme gestion de l'embarras respiratoire
- ✓ Fiche clinique sur l'utilisation judicieuse des opioïdes
- ✓ Fiche clinique sur le protocole de détresse
- ✓ Ordonnance individuelle standardisée (CN00275) « *Soulagement des symptômes de fin de vie* »

**Références** : consultez le document «Références pour les fiches et algorithmes en soins palliatifs et fin de vie ».