

Prise en charge de la dyspnée chez un patient atteint de cancer

version de travail du 02/07/2020

Contributeurs

Coordination

MASTROIANNI Bénédicte (pneumologue, Lyon)

Coordination méthodologique

LABROSSE CANAT Hélène (pharmacien, chef de projets, Lyon)

Membres du groupe de travail

BAYLE BLEUEZ Sophie (pneumologue, Saint Etienne), **BOURCELOT Sophie** (psychologue, Lyon), **GERINIERE Laurence** (pneumologue, Lyon), **MAGNET Marc** (médecin HAD, Lyon), **STEINER Marie Pierre** (médecin HAD, Lyon), **TURQUIER Ségolène** (pneumologue, Lyon)

Relecteurs

BEERBLOCK Karine (oncologue, Paris), **DURANTI Julie** (infirmière, Lyon), **LELUT Brigitte** (infirmière, Grenoble), **MAYEUR Didier** (oncologue, Dijon), **PATERNOSTRE Bernard** (médecin soins palliatifs, Bordeaux), **RHLIOUCH Hassan** (radiothérapeute, Arras), **ROCHON Florence** (IDE, Genève), **TRUFFLANDIER Nathalie** (oncologue, Bordeaux)

Approbateurs (Participants à l'atelier des J2R du 02/07/2020)

BEY Emilie (chargée de projet, Besançon), **DEBONNET Géraldine** (sophrologue, TOUL), **DURANTI Julie** (infirmière, Lyon), **FARSI Fadila** (Lyon), **KRAKOWSKI Ivan** (oncologue, Bordeaux), **MEMBRE Rachel** (enseignant APA, Bourg en Bresse), **RHOUNI Samia** (Chargée de mission, Nancy), **STUDER Noémie** (médecin douleur, Neuilly s/Seine), **VACELET Vincent** (médecin HAD, Saint Malo)

Sommaire

○ Préambule	<u>p. 4</u>
○ Définitions / Contexte	<u>p. 5</u>
○ Physiopathologie	<u>p. 6</u>
○ Evaluation clinique	<u>p. 7</u>
○ Orientation diagnostique	<u>p. 9</u>
○ Principes de prise en charge	<u>p. 10</u>
○ Diagnostic étiologique des dyspnées aiguës	<u>p. 11</u>
○ Diagnostic étiologique des dyspnées chroniques	<u>p. 12</u>
○ Traitements étiologiques	<u>p. 13</u>
○ Traitements symptomatiques	<u>p. 15</u>
○ Dyspnée chronique liée au cancer	<u>p. 17</u>
○ Prise en charge à domicile en hospitalisation à domicile	<u>p. 18</u>
○ Annexes	
○ Outils d'évaluation	<u>p. 21</u>
○ Mode d'action des thérapeutiques	<u>p. 24</u>
○ Références bibliographiques	<u>p. 25</u>

Définitions/ Contexte

- **La dyspnée** est un terme médical utilisé pour traduire un essoufflement.
- C'est une sensation subjective d'inconfort respiratoire (allant jusqu'à l'étouffement) survenant pour un niveau d'activité usuel, n'entraînant normalement aucune gêne. Seul le patient est à même de la décrire.
- Elle a un caractère anxiogène++++, *la peur de s'étouffer étant une des pires qui soit.*
- Chez un patient atteint de cancer, elle est souvent d'origine multifactorielle, il peut être difficile de déterminer la part respective de chaque pathologie. Sa prise en charge est donc pluridisciplinaire, associant un traitement étiologique, un traitement symptomatique et, le cas échéant, une prise en charge psychologique.
- 70 % des patients atteints de cancer souffrent de dyspnée dans les 6 dernières semaines de vie

Contexte

- La dyspnée, quelque soit son aspect (aiguë ou chronique) peut survenir ou s'exacerber à tout moment dans le parcours de soins du patient.
- Il y a une fréquente dissociation entre les sensations rapportées et les chiffres objectifs de mesure des performances. Ni la mesure de la fréquence respiratoire, ni celle de la saturation artérielle en oxygène, ni les gaz du sang n'évaluent efficacement la dyspnée. Dans le contexte palliatif terminal, il n'existe souvent pas de relation entre la dyspnée et l'hypoxémie.
- Des prescriptions anticipées « doivent » être discutées, et prévues autant que possible, dans toutes les situations palliatives à risque, tenant compte des directives anticipées lorsqu'elles existent et des recommandations de la SFAP.

Evaluation clinique

- **Mode d'apparition** : brutal, progressif, intermittent.
- Recherche de signes de gravité : présence de signes d'épuisement (sueurs, tirage, pincement des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal), d'hypoxémie (cyanose), d'hypercapnie (agitation, troubles de conscience).
- **Inspection thoracique** :
 - Fréquence Respiratoire (FR) normale : 12 à 16 cycles/min. La respiration normale comporte une inspiration (active) et une expiration (passive) d'une durée un peu plus longue que l'inspiration (rapport I/E environ $\frac{1}{2}$)
 - Tachypnée (FR>25cycles/minutes) / bradypnée (FR<15 cycles /minutes).
 - Evaluation du temps respiratoire : inspiratoire/expiratoire.
 - Recherche d'un bruit audible : cornage, sibilants.

Evaluation clinique

- **Examen cardio pulmonaire:**
 - Auscultation pulmonaire et cardiaque : temps principal de l'examen physique du patient dyspnéique. (☞ [page 12](#))
 - Recherche de signes d'insuffisance cardiaque droite (turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire, hépatomégalie douloureuse, œdèmes des membres inférieurs) ou gauche (galop, œdèmes des membres inférieurs) et de signes cliniques extra thoraciques (hippocratisme digital, fièvre, altération de l'état général...)
 - Recherche matité, tympanisme, encombrement bronchique, toux
- Recherche de signes extra thoraciques ou généraux associés : fièvre, douleur, anxiété, voire panique, thrombose veineuse profonde, ascite, syndrome occlusif, pâleur...
- Outils de quantification des dyspnées : [☞ Annexe 1](#)

Principes de prise en charge

- **Evaluation du terrain et des comorbidités** : Cancer du poumon ? Pleurésie néoplasique ?
Atteinte pulmonaire secondaire ?
- **Diagnostic étiologique** : recherche d'une cause surajoutée médicalement traitable (☞ [page 10](#))
- **Examens complémentaires de réalisation adaptée au contexte**. En cas de phase palliative avancée, les examens sont discutés selon l'évaluation et de la durée de vie prévisible. Dans toutes les autres situations, la survenue d'une dyspnée, surtout si elle est aiguë justifie une démarche diagnostique systématique : *radiographie thoracique, angioscanner thoracique voire endoscopie bronchique (à discuter en fonction de l'évaluation et de la durée de vie prévisible), saturation O2, NFP, CRP, ECG...*

Toujours 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.

Consulter, le cas échéant, les directives anticipées.

Na pas attendre l'efficacité du traitement étiologique pour instaurer un traitement symptomatique

Le bénéfice escompté doit tenir compte de l'inconfort, de l'impact sur la qualité de vie du malade et la prise en charge doit être en accord avec le souhait du patient.

Traitements étiologiques

Infections bronchopulmonaires

Préconisations

- Antipyrétiques
- Traitement de l'encombrement
- Antibiothérapie à discuter au cas par cas en fonction du bénéfice clinique, du stade de la maladie, du caractère aigu/chronique de la dyspnée, réévaluation à 48/72h

Lymphangite

Préconisations

- Corticoïdes: 1 à 2 mg/kg avec réévaluation à 48/72h.
- Traitement oncologique spécifique : à discuter au cas par cas en fonction du bénéfice clinique, du stade de la maladie.

Epanchement pleural/péricardique

Epanchement pleural

Préconisations

- Ponction pleurale évacuatrice
- Et/ou Pose d'un cathéter type pleurX®, si effet durable sur le symptôme
- Et/ou symphyse pleurale chirurgicale

Epanchement péricardique

Préconisations

- Drainage péricardique, si tolérance médiocre, parfois associé à une fenêtré péricardique

Dans les 2 cas

- Traitement oncologique spécifique, à discuter au cas par cas en fonction du bénéfice clinique, du stade de la maladie.

Thrombo-embolie

Préconisations

- Décoagulation par HBPM (curatif)
 - Après 6 mois relai par anticoagulant oral : à discuter selon le primitif et le stade évolutif
- ☞ [Référentiel AFSOS Thrombose et Cancer](#)

OAP

Préconisations

- Souvent iatrogène
- Penser à diminuer les apports hydrosodés, diurétiques et autres cardiotropes

☞ Mode d'action des thérapeutiques
[Annexe 2](#)

Ne pas attendre l'efficacité du traitement étiologique pour instaurer un traitement symptomatique

Le bénéfice escompté doit tenir compte de l'inconfort, de l'impact sur la qualité de vie du malade et la prise en charge doit être en accord avec le souhait du patient.

Autres traitements étiologiques

Obstacle trachéobronchique

Evaluation recommandée par bronchoscopie souple (bilan des cordes vocales et bronches)

Préconisations

- Corticoïdes, indications rares mais à discuter précocement
- Cordectomie (si paralysie bilatérale des cordes vocales)
- Endoprothèse (stent) si compression extrinsèque >ou= 50% des gros troncs bronchiques (bronchoscopie plutôt rigide)
- Résection mécanique / thermocoagulation/ cryothérapie/ laser si lésion endobronchique bourgeonnante , obstruction >ou=50% des gros troncs bronchiques, accessible par bronchoscope rigide, poumon d'aval fonctionnel
- Trachéostomie
- Radiothérapie (aide à désobstruction en complément de technique ci-dessus (stent silicone++), levée atélectasie..) et/ou chimiothérapie/ immunothérapie palliative , à discuter au cas par cas en fonction du bénéfice clinique , du stade de la maladie...

Anémie

Préconisations

- Transfusion si effet durable sur le symptôme
 - Supplémentation ferrique et/ou ASE selon contexte
- [Référentiel AFSOS Anémie et Cancer](#)

Syndrome Veine cave supérieure

Préconisations

- Corticothérapie et anticoagulation, voire stent au niveau de la veine cave supérieure
- **Radiothérapie et/ou chimiothérapie/immunothérapie** palliative, à discuter au cas par cas en fonction du bénéfice clinique, du stade de la maladie.

Autres étiologies pneumothorax, iatrogène, ascite...

Préconisations

- À discuter au cas par cas

Mode d' action des thérapeutiques
[Annexe 2](#)

Traitements symptomatiques

☞ Le bénéfice escompté doit tenir compte de l'inconfort, de l'impact sur la qualité de vie du malade et la prise en charge doit être en accord avec le souhait du patient.

Préconisations

- Hydrater les lèvres et la muqueuse buccale avec un bâtonnet mousse
- Respecter la position de confort du patient ou installation en alternant les positionnements: position semi assise; décubitus latéral
- Confort vestimentaire
- Aérer la chambre, ventilateur

Polypnée

Préconisations

Un des piliers du traitement de la polypnée

- Morphine
 - Si malade naïf : titration per os, IV ou SC
 - Si malade sous traitement morphinique : augmenter de 30 % la dose journalière
 - Pas d'intérêt des aérosols de morphine
 - ☞ [Référentiel AFSOS « Prise en charge de la douleur chez l'adulte »](#)

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 : 1 à 2 mg/kg/j en attaque
 - Réévaluation systématique 48/72h et poursuivre avec la dose minimale efficace

Encombrement

Préconisations

- Diminution ou arrêt des apports hydriques,
- Prise en charge des fausses routes +++
- Discussion d' un traitement par furosémide si composante de surcharge hydrique
- Proscrire les aspirations systématiques, aspiration oropharyngée douce à discuter avant la mise en route de la scopolamine
- Pas de nébulisation (qui apportent 4,5 ml de liquide dans les bronches) sauf avant kiné si sécrétions épaisses et malade capable de cracher
- Soins Palliatifs Terminaux : nébulisations atropiniques selon tolérance.
- Corticoïdes** (hypersécrétion) de 1 à 2 mg/kg /24 h)
- Antisécrétoires :**
 - ✓ 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.

Anxiété

Préconisations

- Prise en charge psychologique du patient et de son entourage
 - Technique psychocorporelle relaxation, hypnose, massages, sophrologie
 - Présence d'un proche
 - Benzodiazépine : orale ou injectable selon le contexte, ½ vie courte préférable: Lorazepam (0,5 à 2 mg/kg per os), Bromazepam, Alprazolam.
 - L' utilisation du midazolam en continu est réservée à une anxiété réfractaire à tout traitement initialement bien conduit
- Asphyxie : ☞ Référentiel « Sédation » de la SFAP

Autres
☞ page 16

☞ Mode d' action des thérapeutiques
Annexe 2

Le bénéfice escompté doit tenir compte de l'inconfort, de l'impact sur la qualité de vie du malade et la prise en charge doit être en accord avec le souhait du patient.

Autres traitements symptomatiques

Préconisations

- Hydrater les lèvres et la muqueuse buccale avec un bâtonnet moussé
- Respecter la position de confort du patient ou installation en alternant les positionnements: position semi assise; décubitus latéral
- Confort vestimentaire
- Aérer la chambre, ventilateur

Hypoxémie*

Préconisations

- Oxygénothérapie avec titration du débit afin d'obtenir une saturation supérieure à 90 % et si l'évaluation montre un bénéfice pour le patient
- Phase palliative initiale :**
 - Surveillance adaptée,
 - Lunettes nasales préférables, ou sonde nasale si disponible, masque si supporté par le patient
- Phase palliative terminale :**
 - Il est inutile de surveiller la saturation
 - Proscrire les gaz du sang
 - Discuter l'arrêt de l'oxygène le cas échéant.

Hyperthermie > 39°C

Préconisations

- Rafrâichir
- Paracétamol et/ou corticoïde,
- Réévaluation,
- Si état infectieux : traitement étiologique

Spasticité

Préconisations

- Nébulisations de β_2 mimétique (salbutamol, terbutaline) et anticholinergique (ipratropium bromure) en association, 4 à 6 par jour,
- plus rarement terbutaline en SC
- Corticoïdes, voie orale ou IV, 1 mg/kg/j, pas d'intérêt en nébulisation

Autres signes associés

Préconisations

- Sécheresse buccale
 - ☞ Référentiel « Soins de bouche »
- Douleur
 - ☞ Référentiel « Prise en charge de la douleur chez l'adulte »
- Toux
 - ☞ Référentiel « Toux chez le patient cancéreux » (www.oncolor.org)

*A cette phase de la maladie, le but n'est pas de corriger l'hypoxie, mais de soulager la dyspnée

☞ Mode d'action des thérapeutiques

Annexe 2

Prise en charge à domicile en hospitalisation à domicile -1

Contexte de la maladie et du projet de soin au premier plan. L'inconfort et la composante psychique sont intimement liés à la compréhension de la situation par les différents acteurs au domicile et aux moyens disponibles ou anticipés pour la prise en charge.

1- Anticipation, évaluation et transmission

- Anticipation des symptômes selon le risque de survenue et les conditions du domicile : (géographique, entourage..)
 - **Ressource aidants** identifiés, maîtrise des procédures d'appels, connaissance des directives
 - **Ressource soignants** : intervention professionnels : IDE, médecins, kiné ; permanence des soins avec astreinte joignable 24H/24 et déplacement nocturne IDE, médecin, SAMU
 - **Ressource matérielle** : réserve médicaments et matériel
- Elaboration initiale et continue du projet de soin selon l'évolution de la maladie : réévaluation traitement en cours et réserve à domicile

Prise en charge à domicile en hospitalisation à domicile -2

2- Prise en charge de la dyspnée à domicile

- Toujours centrée sur l'étiologie si possible et le soulagement en fonction du projet de soin
- Option de transfert si plateau technique nécessaire ou symptôme non rapidement maîtrisable à domicile
- **Aidants** : CAT simple avant intervention soignante pour diminuer l'anxiété : mesures de confort et activation traitement si disponible : O2, aérosols
- **Soignants**
 - Evaluation objective de la dyspnée (→ [page 7](#))
 - Activation des protocoles et explication des traitements disponibles en première intention avec continuité de suivi
 - Mobilisation de ressources complémentaires si besoin avec délai d'intervention adapté et adaptation des procédures aux directives anticipées et niveau de réanimation
 - Toujours consentement à la réalisation renouvelé avec possibilité de changement de stratégie selon évolution, souhait du patient et de l'entourage

Principaux Médicaments à domicile « réserve pulmonaire » : corticothérapie, anxiolytique, antibiothérapie, traitement anti sécrétoire, morphiniques

Matériel : oxygénothérapie, aérosols, matériel d'aspiration, PleurX®

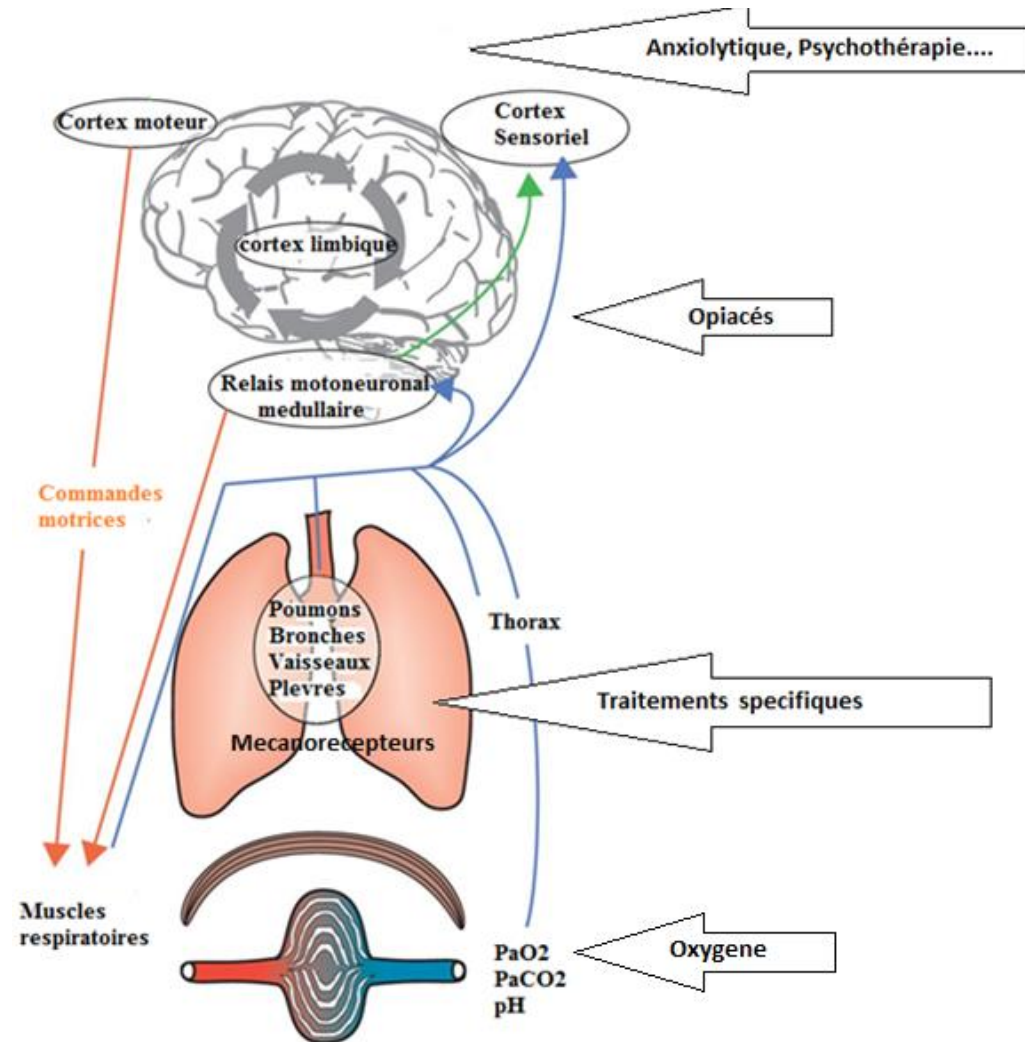
Annexe 2- Mode d'action des thérapeutiques

Anxiolytiques:
Benzodiazépine, Psychothérapie, Hypnose...
modulation de la dimension émotionnelle

Opiacés:
dépression de la neuro transmission centrale
et modulation de la dimension émotionnelle

Traitement spécifique de l'étiologie:
Bronchodilatateur, diurétique, drainage pleural,
Transfusion..

Oxygène:
Inhibition du chémorécepteur à l'hypoxémie
en maintenant une $SaO_2 > 90\%$
En limitant l'hypoventilation
(chémorécepteur de la $PaCO_2$)



Références bibliographiques

American Thoracic Society.

Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement.

[Am J Respir Crit Care Med. 1999 Jan;159\(1\):321-40.](#)

Kloke M, Cherny N.

Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.

[Ann Oncol. 2015; 26\(5\): v169-v173.](#)

Laviolette L, Laveneziana P; ERS Research Seminar Faculty.

Dyspnoea: a multidimensional and multidisciplinary approach.

[Eur Respir J. 2014 Jun;43\(6\):1750-62.](#)

Sanchez O, Benhamou Y, Bertoletti L, Constans J. et al.

Recommendations for best practice in the management of venous thromboembolic disease in adults.

[Rev Mal Respir. 2019 Jul 4. pii: S0761-8425\(19\)30210-4.](#)

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP)

Les recommandations sur la sédation

Site www.sfap.fr

Turquier.S, Glerant JC.

Mécanismes et diagnostics des dyspnées.

EMC, Edition 2020, *sous presse.*