

# les râles agoniques\*

En fin de vie, un patient ayant perdu la capacité d'avaler ou d'expectorer peut souvent accumuler des sécrétions salivaires et/ou respiratoires dans son arrière-gorge. Il en résulte des bruits ronflants, humides, survenant dans un premier temps pendant l'expiration, et occupant ensuite les deux temps respiratoires jusqu'à devenir extrêmement bruyants.



\* Respiration bruyante produite par le passage de l'air à travers une accumulation de sécrétions (phénomène lié à la fin de vie).

## ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

### Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe des râles agoniques ?

- **Quel est le degré d'encombrement ?**  
Les bruits sont-ils audibles uniquement au stéthoscope ? Au chevet du patient ? Ou dès l'entrée dans la pièce ?
- **Le patient semble-t-il souffrir d'un inconfort respiratoire ou de dyspnée ?**  
(référez-vous à la fiche → « **Soulager la dyspnée** »).
- **Les proches montrent-ils des signes de stress et d'anxiété ?** Ont-ils été suffisamment informés de l'origine des râles et des mesures qui sont prises ?

S'agit-il bien de râles agoniques ?  
Ne confondez pas les râles agoniques avec un **encombrement respiratoire**.

L'encombrement respiratoire n'est pas spécifique à la fin de vie. Il peut être dû à une infection, une bronchorrhée, un œdème pulmonaire, une fausse déglutition, un reflux gastro-œsophagien, un saignement ou une fistule trachéo-œsophagienne, etc.

Si tel est le cas, envisagez un traitement étiologique à titre symptomatique chaque fois que la situation et le pronostic le permettent.

Par exemple :  
→ en cas de reflux gastro-œsophagien, administrer

un inhibiteur de la pompe à protons et recommander la position assise ou semi-assise

- en cas de suspicion d'une composante cardiaque, administrer une dose test de 20 à 40 mg de furosémide sc ou iv (peut être répétée après 2 heures si l'effet est positif mais insuffisant), réduire l'hydratation artificielle et recommander la position assise ou semi-assise
- en cas de composante infectieuse responsable d'un inconfort, envisager une antibiothérapie
- en cas de fausses déglutitions, pratiquer si nécessaire une aspiration, adapter l'alimentation et l'hydratation, demander un avis logopédique et diététique.

## Quel traitement puis-je mettre en route ?

- Interrompez l'administration des mucolytiques car ces médicaments aggravent l'encombrement respiratoire des patients inconscients ou trop faibles pour expectorer.
- Faites un essai thérapeutique avec un anticholinergique afin de réduire les sécrétions.
- Intensifiez les soins de bouche pour éliminer les sécrétions buccales et lutter contre la sécheresse provoquée par l'anticholinergique.
- Réduisez l'hydratation artificielle en tenant compte de l'ensemble des apports liquidiens.
- Rassurez les proches sur le fait que les râles font partie du processus naturel de la fin de vie et sur le fait que le patient n'en souffre pas dans la mesure où il n'est pas (ou peu) conscient. Informez-les sur les mesures qui sont mises en place pour réduire ce symptôme.
- En cas de dyspnée surajoutée, associez de la morphine à l'anticholinergique (ces deux médicaments peuvent être administrés dans la même seringue). Référez-vous à la fiche → «**Soulager la dyspnée**».

## MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

### Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

Adaptez la position du patient dans son lit :

- Une **tête de lit relevée** facilite le drainage postural des sécrétions et réduit les bruits respiratoires.
- Recherchez la **position de la tête** qui facilite le passage de l'air.
- Interrogez et observez les réactions du patient afin de trouver la position la plus aidante :
  - le **décubitus latéral** favorise l'écoulement de sécrétions qui stagnent dans la sphère oro-pharyngée mais elle peut être inconfortable.
  - la position de **décubitus en ¾ latéral**, en calant le dos, les cuisses et les aisselles avec un coussin, est souvent un bon compromis car elle limite la compression thoracique ou abdominale, elle évite les points de pression sur les saillies osseuses et elle permet la communication.

### Faut-il envisager une aspiration trachéo-bronchique ?

Si le patient est trachéostomisé ou s'il présente un encombrement respiratoire massif qui le gêne : oui.

Dans les autres situations, mieux vaut s'abstenir.

L'aspiration trachéo-bronchique est un acte traumatisant et irritant s'il est répété (ce qui aura pour effet d'augmenter les sécrétions et d'aggraver l'encombrement). Il peut être difficile à supporter car il entraîne, chez certains patients, une sensation d'étouffement.

Si vous réalisez une aspiration trachéo-bronchique :

- pensez à l'associer aux autres mesures thérapeutiques décrites dans cette fiche
- prévoyez d'administrer un sédatif avant l'aspiration, surtout si le patient redoute cet acte (par exemple 2 à 5 mg de midazolam sc ou iv).

## Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

Les anticholinergiques réduisent la production des sécrétions salivaires et bronchiques, et entraînent une bronchodilatation.

Ils n'ont aucun effet sur les sécrétions qui sont déjà présentes dans l'arbre respiratoire ou sur celles qui seraient liées à une fausse déglutition, à un œdème pulmonaire ou à un saignement.

Les anticholinergiques ne peuvent pas être administrés chez les patients trachéotomisés (risque de bouchons muqueux), sauf pour ceux chez qui l'aspiration est contre-indiquée

Ils ont des effets indésirables non négligeables.

Parmi ceux-ci :

- une sécheresse buccale
- une constipation
- une rétention urinaire (prudence si hypertrophie de la prostate)
- des troubles oculaires (prudence si glaucome à angle étroit)
- une tachycardie (prudence si insuffisance cardiaque et hyperthyroïdie)

Débuter le traitement le plus précocement possible (il n'agira pas sur les sécrétions déjà présentes).

Si le traitement s'avère inefficace après 12 à 24 h, interrompez-le.

Réalisez des soins de bouche réguliers et soyez attentif au transit intestinal et aux mictions du patient.

### 1. Anticholinergiques traversant la barrière hémato-encéphalique

La scopolamine est indiquée si l'on recherche un effet sédatif en plus de l'effet asséchant. Elle peut entraîner une confusion et une agitation paradoxale.

- **Scopolamine (ou hyoscine hydrobromide) :**  
0,25 à 0,5 mg sc ou iv toutes les 4 à 6 h

ou 0,75 à 3 mg/jour sc ou iv par pompe en continu

### 2. Anticholinergiques ne traversant pas la barrière hémato-encéphalique

L'hyoscine butylbromide et le glycopyrrolate sont utilisés lorsqu'on redoute une somnolence ou l'apparition d'une confusion sous scopolamine.

- **Hyoscine butylbromide :**  
10 à 20 mg sc ou iv toutes les 4 à 6 h ou 60 à 120 mg/jour sc ou iv par pompe en continu
- **Glycopyrrolate :**  
0,1 à 0,2 mg sc ou iv toutes les 4 à 6 h ou 0,3 à 1,2 mg/jour sc ou iv par pompe en continu

# Pourquoi est-il important de traiter les râles agoniques ?

Les râles agoniques concernent 30 à 50 % des patients palliatifs. Ils se manifestent surtout durant les dernières heures ou jours de vie, et annoncent un décès imminent.

Un patient en phase agonique est rarement conscient du bruit qu'entraîne sa respiration (coma, sédation), mais les râles donnent aux proches la sensation d'un étouffement et éveillent chez eux de l'inquiétude.

