

la dyspnée*

La dyspnée peut être constante ou se présenter sous la forme d'une crise. Elle peut survenir ou être majorée par une activité physique ou un facteur émotionnel. Elle n'est pas toujours accompagnée de signe(s) clinique(s), ni d'anomalie(s) biologique(s) ou radiologique(s).



* Expérience subjective d'inconfort respiratoire qui résulte de l'interaction de composantes physiologiques, psychologiques, sociales et environnementales.

ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

Quelles questions dois-je me poser lorsque j'observe une dyspnée ?

1. Quelle est la sévérité de la dyspnée ?

Pour répondre à cette question, il est essentiel d'interroger le patient (en s'aidant éventuellement d'une échelle d'auto-évaluation). S'il n'est pas capable de communiquer, vous pouvez relever les signes cliniques qui pourraient refléter l'existence d'une dyspnée (par exemple une modification du rythme ou de l'amplitude respiratoire, une utilisation des muscles accessoires, une cyanose, de la transpiration, des signes d'anxiété), en vous aidant si nécessaire d'un outil comme le [Respiratory Distress Observation Scale](#) (voir en dernière page).

Attention : ne vous fiez pas à la SpO₂ pour évaluer l'existence et l'intensité d'une dyspnée. Il n'existe pas de corrélation entre ce symptôme et l'hypoxémie.

2. Le patient est-il en situation d'urgence ?

Faut-il envisager un protocole de détresse ?

Recherchez les signes qui font du traitement de la dyspnée **une urgence** : stridor, tachypnée (> 30 respirations par minute), altération de l'état de conscience, etc.

3. Le patient exprime-t-il des peurs liées à la dyspnée ? Comment puis-je y répondre ?

4. A-t-il des symptômes associés à la dyspnée ? Le patient présente-t-il, en plus de la

dyspnée, un encombrement bronchique, une toux, des hémoptysies, une douleur, de la fièvre, une anxiété ou un autre symptôme qu'il faut soulager ?

5. Quelles sont les causes de la dyspnée

(elles sont souvent multiples) ? Existe-t-il un ou plusieurs facteurs qui auraient pu la précipiter ou l'aggraver (par exemple une infection, une anémie, une embolie pulmonaire, un épanchement pleural, une ascite) ?

Quel traitement puis-je mettre en route ?

En premier lieu, un traitement étiologique, c'est à dire un traitement qui vise à traiter la ou les cause(s) de la dyspnée. Cela se fait chaque fois que le contexte clinique le permet, avec l'accord du patient et en évaluant, si possible avec lui, le bénéfice qu'il tirera du traitement en termes de confort et de qualité de vie. L'avis d'un médecin spécialiste sera parfois nécessaire. Lorsqu'un traitement étiologique n'est pas envisageable, on traitera exclusivement le symptôme pour calmer la sensation d'étouffer et l'angoisse.

Le traitement est adapté à chaque patient et réévalué régulièrement. Une prise en charge multidisciplinaire est favorisée.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

Quelles mesures non pharmacologiques puis-je mettre en place ?

- Expliquer au patient et à son entourage les causes de la dyspnée et les moyens de la soulager.
- Ouvrir le dialogue avec le patient sur ses peurs et les risques qu'il encourt.
- Aborder, si le contexte le justifie, la question de la sédation et offrir un support émotionnel.
- Assurer une présence apaisante et rassurante dans les moments de crise.
- Aérer la chambre, ventiler le visage du patient.

- Aménager le lieu de vie (par exemple chaise roulante ou chaise percée) et prévoir une aide pour les activités de la vie journalière, afin que le patient puisse réserver sa capacité respiratoire à ce qu'il juge important.
- Créer une atmosphère calme avec un espace suffisant autour du patient, et veiller au confort vestimentaire (vêtements amples).
- Installer le patient dans la position qui lui convient le mieux (semi-assis, décubitus sur le côté de l'épanchement pleural, etc.)
- Bien hydrater les lèvres et les muqueuses buccales.
- Proposer des techniques de relaxation et de contrôle de la respiration, avec l'aide d'un kiné.

Faut-il envisager une oxygénothérapie ?
Attention, l'oxygénothérapie n'est pas utile dans toutes les situations !

Si le patient n'est pas hypoxémique ($SpO_2 > 90\%$), ne pas envisager l'oxygénothérapie : dans ce cas, diriger un souffle d'air frais (par exemple avec un ventilateur) sur le visage. Il est démontré que cette thérapie, agissant par stimulation du nerf V2, est aussi efficace qu'une administration d'oxygène, tout en étant bien moins coûteuse et sans effet secondaire.

Si le patient est hypoxémique ($SpO_2 < 90\%$), faire un test thérapeutique de maximum 72h. Poursuivre l'administration d'oxygène uniquement si le symptôme est atténué et sans nouvelle mesure de la saturation.

👤 Administrer l'oxygène par lunettes si possible, à un débit adapté à la pathologie et à la clinique, en continu ou de manière intermittente. Au domicile, la prescription doit mentionner le type d'oxygénothérapie (par exemple oxyconcentrateur), la période (max 1 mois, renouvelable de manière illimitée), le dosage (litres/minute et nombre d'heures/jour), l'humidificateur, la bouteille de réserve de 1m³ et la mention « tiers payant applicable » (remboursement intégral en cas de statut palliatif).

Quelles mesures pharmacologiques proposer ?

1. Un opioïde

Les opioïdes doivent être utilisés en première ligne. Ils atténuent la sensation de dyspnée sans déprimer le centre respiratoire ou raccourcir la durée de vie, à condition qu'ils soient introduits à faible dose et titrés prudemment. Leurs effets indésirables (par exemple la constipation) doivent être anticipés et gérés comme lorsqu'ils sont prescrits à titre antalgique. L'efficacité de la morphine par voie orale ou parentérale est bien établie (l'utilisation d'aérosol est controversée).

D'autres opioïdes comme le fentanyl ou l'oxycodone peuvent être utilisés mais avec un moins grand degré de certitude quant à leur efficacité.

Déterminer la dose d'entretien

1. Choisir une dose initiale

- patient naïf aux opioïdes : morphine po 15 à 30 mg/j
- patient sous opioïde à titre antalgique : augmenter de 25 à 50% la dose antérieure
- patient âgé, fragile, BPCO, insuffisant rénal, etc. : réduire la posologie de 25 à 50%

2. Effectuer une titration par palier de 25 à 50%, en fonction de la réponse clinique

Déterminer l'entredose (dose à administrer si nécessaire)

- un dixième de la dose de 24h, administrable toutes les 4 heures, ou toutes les 2 heures sous surveillance médicale

2. Un anxiolytique

Les benzodiazépines à demi-vie courte sont indiquées en 2^e intention en association avec la morphine pour traiter l'anxiété et gérer les crises de panique respiratoire, ou en cas d'échec d'un opioïde seul. Titrer en fonction de la situation clinique.

Remplacer éventuellement par un neuroleptique sédatif chez le patient présentant simultanément une anxiété et une confusion.

Traitement d'une crise de panique respiratoire :

- **Alprazolam** : 0,25 à 1 mg po
- **Lorazépam** : 0,5 à 2 mg po m
- **Midazolam** : 1 à 5 mg sc ou iv

Traitement d'une anxiété chronique :

- **Alprazolam** : 0,25 à 1 mg toutes les 4 à 6 h po
- **ou 1 à 2 mg toutes les 12 h po (forme retard)**

3. Autres traitements

Sont envisageables pour des situations spécifiques :

- Un **corticoïde** en cas de composante inflammatoire : compression tumorale, syndrome cave supérieur, lymphangite carcinomateuse, exacerbation de BPCO, etc.
- Un **aérosol bronchodilatateur** en cas de bronchospasme (BPCO, etc.)
- Un **diurétique** en cas de composante cardiaque.
- Un **anticholinergique** en cas de râles agoniques.

4. En cas de dyspnée réfractaire, envisager une sédation palliative. Référez-vous à la fiche → « Sédation palliative »

Pourquoi est-il important de soulager un patient dyspnéique ?

C'est un symptôme fréquent (95% des pathologies respiratoires chroniques terminales, 70% des néoplasies avancées, 60% des insuffisances cardiaques). L'impact et l'inconfort que la dyspnée entraîne sont souvent sous-estimés. Elle est source d'angoisse pour le patient et l'entourage, réduit l'autonomie du patient, altère sa qualité de vie et l'isole

socialement. Elle peut conduire à une détresse respiratoire.

Gardez à l'esprit la nature multidimensionnelle de la dyspnée. Les médicaments n'interviennent que sur certains aspects physiologiques et ne constituent qu'une partie de la prise en charge globale du symptôme.

Outil pour évaluer la dyspnée d'un patient non-communicant


Respiratory Distress Observation Scale pour l'évaluation de la dyspnée *

Nombre de points	0	1	2	Total
Fréquence respiratoire	< 19	19 – 30	> 30	
Fréquence cardiaque	< 90	90 – 110	> 110	
Agitation : mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents	
Utilisation des muscles accessoires : élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée	
Respiration paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui	
Battement des ailes du nez	non		oui	
Râles de fin d'expiration	non		oui	
Expression de crainte Yeux grands ouverts Muscles du visage contractés Froncement des sourcils Bouche ouverte Dents serrées	non		oui	
Total				

Chaque item est coté de 0 à 2. L'échelle note la dyspnée de 0 à 16, 0 signifiant l'absence de dyspnée, 16 une dyspnée maximale. Un score supérieur à 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère.

*Sahut d'Izam M, Thierry Chinet T, Frédéric Guirimand F. Dyspnée en soins palliatifs : épidémiologie, neurophysiologie et évaluation. Médecine palliative 2016 ; 15 : 69-77.

Cette fiche est une synthèse partielle du site palliaguide.be

Consultez celui-ci pour des informations complètes, en particulier pour les points accompagnés du signe  (ici traités très partiellement).

