

Dyspnée (1/23)

■ Diagnostic d'une dyspnée

– Diagnostic clinique par excellence !

- Sensation subjective de gêne respiratoire, avec modification de fréquence et de rythme de la respiration
- Pas toujours proportionnelle à la lésion originelle: action de l'anxiété +++
- Parfois signes associés: cyanose, hyper-sudation

– Connaître la vitesse d'apparition du symptôme:

- Si progressive: orientation vers une pathologie néoplasique I^{ve} ou II^aire
- Si aigue: pathologies infectieuses ou cardiaques, hémoptysie....

S'accompagne souvent d'un encombrement bronchique

Dyspnée (2/23)

■ Examens complémentaires:

- Aucun n'est nécessaire pour le diagnostic positif
- Parfois indiqués pour le diagnostic étiologique en vu d'une prise en charge spécifique:
 - Radiographie pulmonaire
 - Bilan biologique (NFP, bactériologie...)
 - Oxymétrie ou gazométrie sanguine
 - ECG
 - Autres examens à discuter en fonction des bénéfices attendus: scanner thoracique, échographie cardiaque, scintigraphie pulmonaire, fibroscopie bronchique...

Dyspnée (3/23)

Patiente au stade ultime de l'évolution de sa pathologie néoplasique, présentant une dyspnée sévère



Dyspnée (4/23)

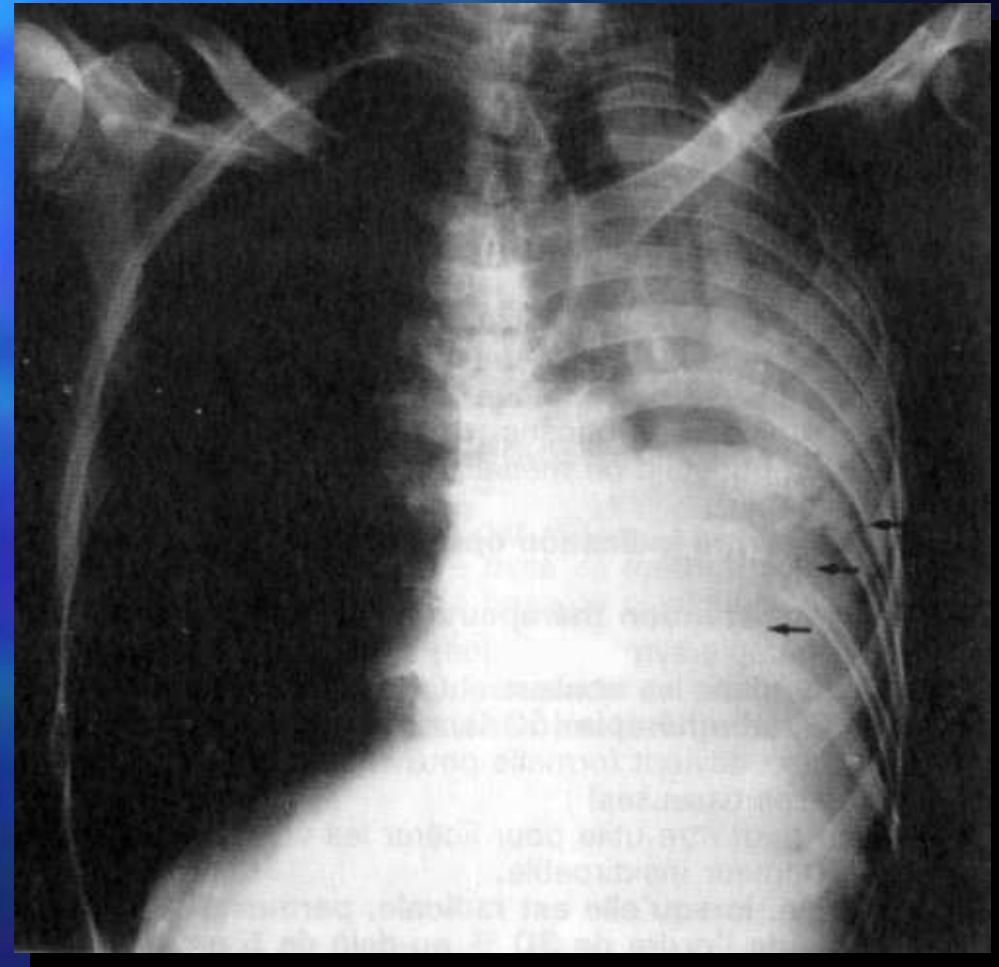
■ Étiologies des dyspnées

– Multiples

- Pulmonaires (métastases, pleurésie, fibrose radique ou médicamenteuse, lymphangite néoplasique, etc.)
- Syndrome de compression médiastinale (syndrome cave supérieur)
- ORL (cancers...)
- Maladies neurologiques dégénératives (SEP, maladie de Charcot...)
- Distension abdominale (ascite, occlusion...)
- Cardiaques (péricardite...)

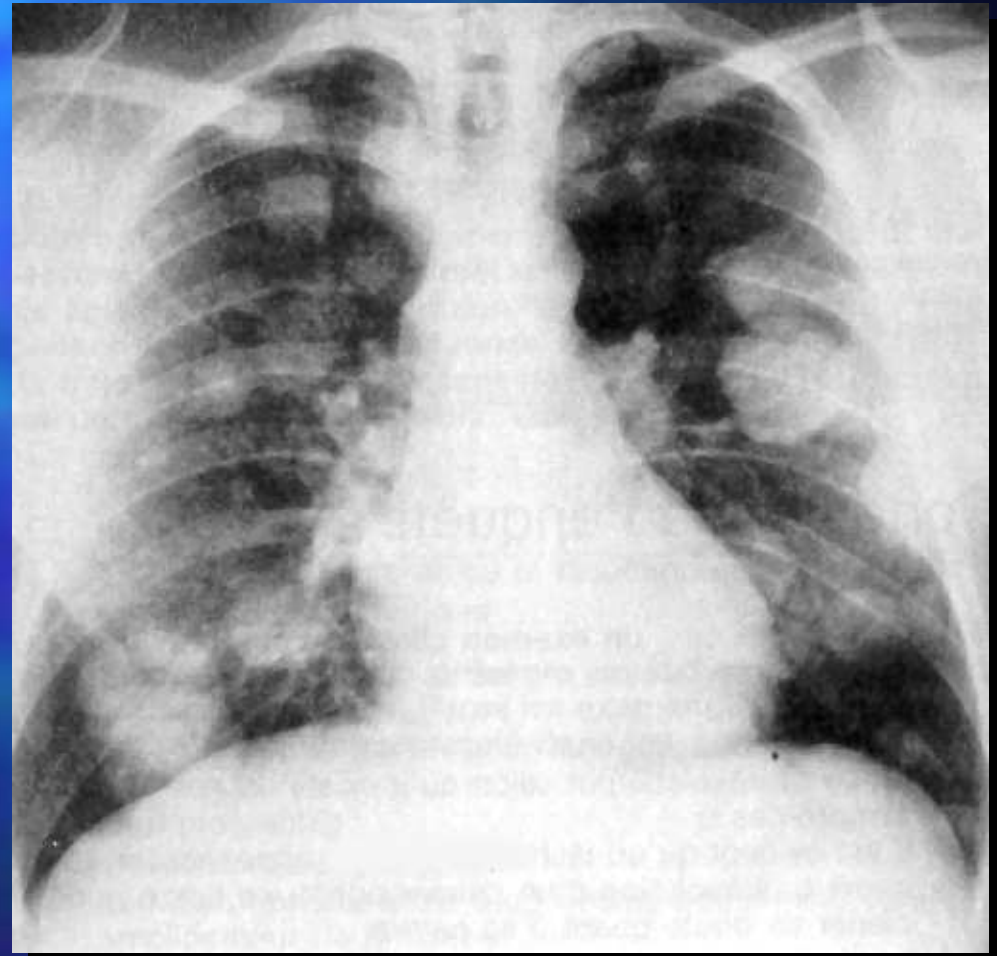
Dyspnée (5/23)

*Atélectasie complète
du poumon gauche
avec lyse costale par
envahissement
pariétal*



Dyspnée (6/23)

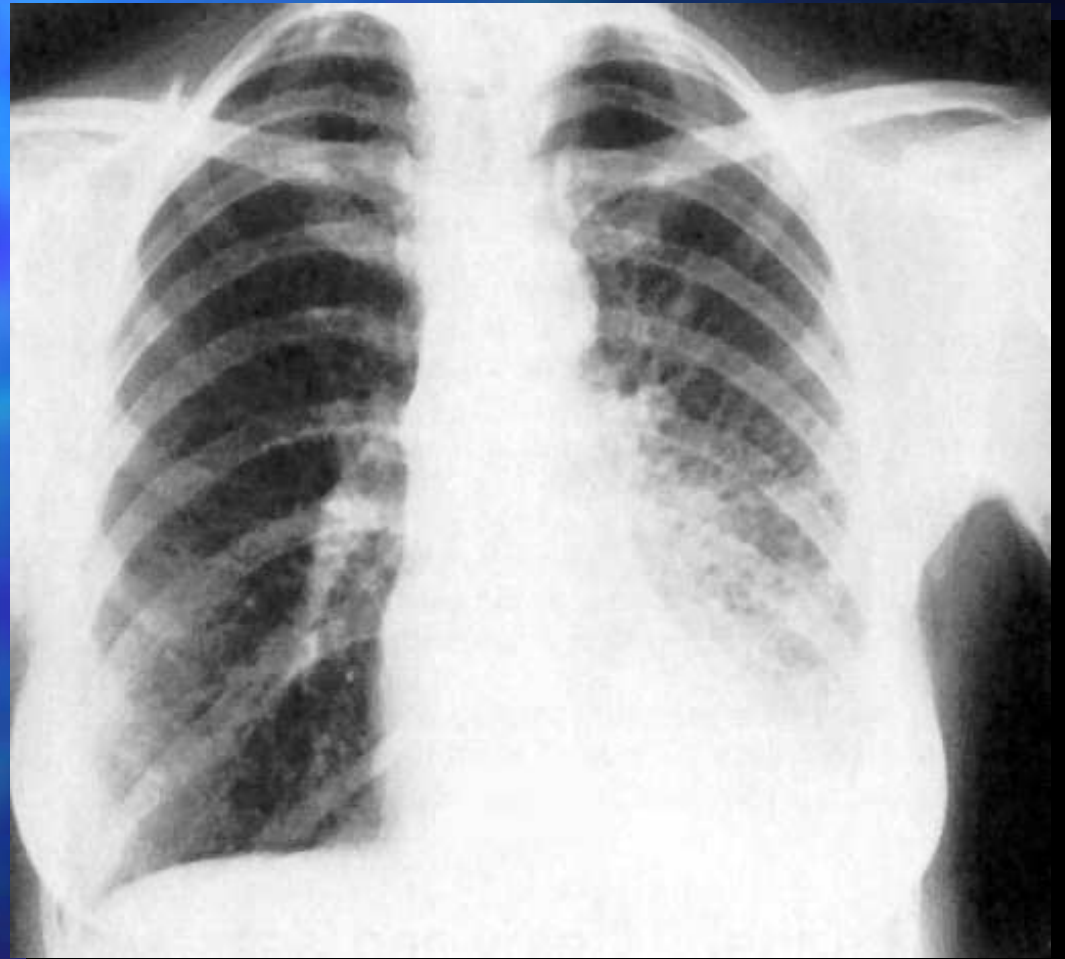
*Lâcher de ballons
pulmonaire à point de
départ testiculaire*



Dyspnée (7/23)

*Lymphangite
carcinomateuse*

*Pleurésie
métastatique*



Dyspnée (8/23)

Cancer ORL

*Cancer du Sinus
Piriforme*



Dyspnée (9/23)

■ Moyens thérapeutiques symptomatiques en urgence

- Oxygénothérapie adaptée au masque (Sat O₂ =92%)
- Position semi assise ou de confort
- Kiné douce pour prévenir ou soulager l'encombrement
- Préserver un espace suffisant autour du patient
- Ré-assurance du patient et de son entourage par une présence apaisante
- Envisager d'emblée:
 - Si crépitants: Furosémide 80 mg en IV
 - Si sibilants: bronchodilatateurs en aérosols; VENTOLINE 0,5 ml, ou BRICANYL 1 monodose avec 3 ml de sérum physiologique à renouveler; Si échec associer ATROVENT 1 monodose

Dyspnée (10/23)

■ Moyens thérapeutiques symptomatiques autres

– 1/ Lutter contre l'encombrement (généralités):

Doit-on fluidifier les crachats ou les assécher en utilisant des médicaments anticholinergiques?

Quelques éléments de réponse:

- Non réponse à un traitement étiologique (antibiotiques, kiné, fluidifiants, broncho-dilatateurs...) bien conduit depuis 48 heures
- Brève espérance de survie estimée
- Consensus patient/soignants

Dyspnée (11/23)

■ Moyens thérapeutiques symptomatiques autres

- 1/ Lutter contre l'encombrement (mesures générales)

Dans cette situation l'objectif du traitement est d'assécher les sécrétions:

Eviter les aspirations naso-trachéales

Limiter l'hydratation générale (orale, IV ou SC)

Dyspnée (12/23)

■ Moyens thérapeutiques symptomatiques autres

- 1/ Lutter contre l'encombrement (les moyens médicamenteux asséchants)

La scopolamine:

SCOPODERM TTS*: 1 ou plusieurs patchs par 72 h. Non remboursé SS

SCOPOLAMINE COOPER* 0,5 mg: 1 à 6 ampoules par jour SC ou IV continue. La voie SC directe est possible (/4 à 6 h)

La butylscopolamine : a moins d'effet confusogène que la scopolamine

SCOBUREN* 20 mg: 1 à 2 ampoules SC par jour

L'atropine :

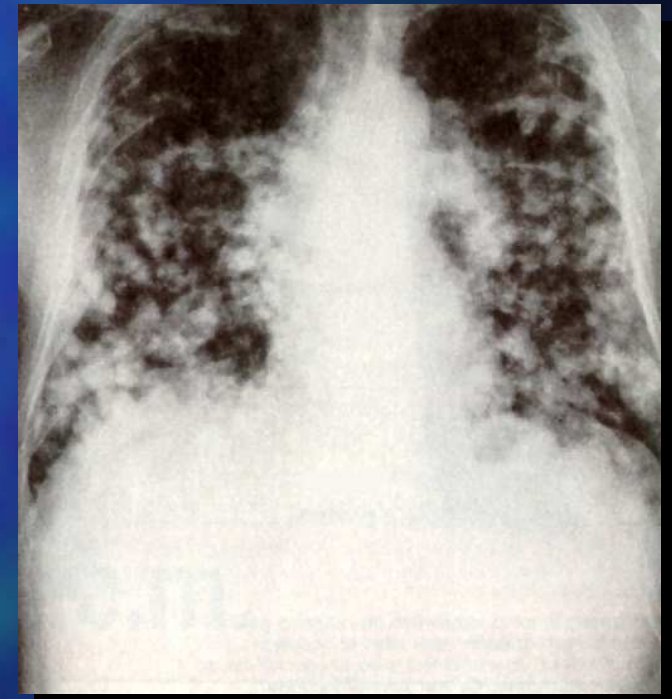
ATROPINE 0,25 mg: 1 à 10 ampoules par jour SC ou IV continue ou non

Dyspnée (13/23)

■ Moyens thérapeutiques symptomatiques autres

– 2/ La corticothérapie :

- Réduction de l'œdème péri-tumorale
- Effet bronchodilatateur
- Voies d'administration variées (IM, IV, SC, et orale)
- Doses très importantes (Solu-Médrol 120 à 1000 mg par jour Médrol 32 à 200 mg/j)
- Ne pas mélanger le Solu-Médrol avec la Morphine



Lâcher de ballons pulmonaire

Dyspnée (14/23)

■ Moyens thérapeutiques symptomatiques autres

– 3/ La morphine :

- Réduction de la sensibilité des centres respirateurs à l'hypoxie
- Réduction de la tachypnée (et \searrow de la consommation d 'O₂)
- *Voies d 'administration préférentielle : PSE Continu IV ou SC*
 - On débute à 10 mg par jour de Morphine chez le sujet non douloureux
 - On augmente de 10 à 30 % la dose chez le sujet déjà sous Morphine
- *Voie originale d 'administration ; l'aérosol de Morphine*
 - A partir de 10mg de Morphine injectable, diluée dans un peu de sérum physiologique, à renouveler à volonté (maxi 60mg/aérosol)

Dyspnée (15/23)

- Moyens thérapeutiques symptomatiques autres
 - 4/ Les anxiolytiques

« L'anxiété majore la dyspnée et la dyspnée majore l'anxiété... Il faut rompre ce cercle infernal... »

- Molécules à demi-vie d'élimination courte
 - Per os: XANAX; de 1/2 cp à 0,25mg à 2 cp à 0,5 mg par prise
 - En SC ou IV continue: essentiellement le TIAPRIDAL et l'HYPNOVEL

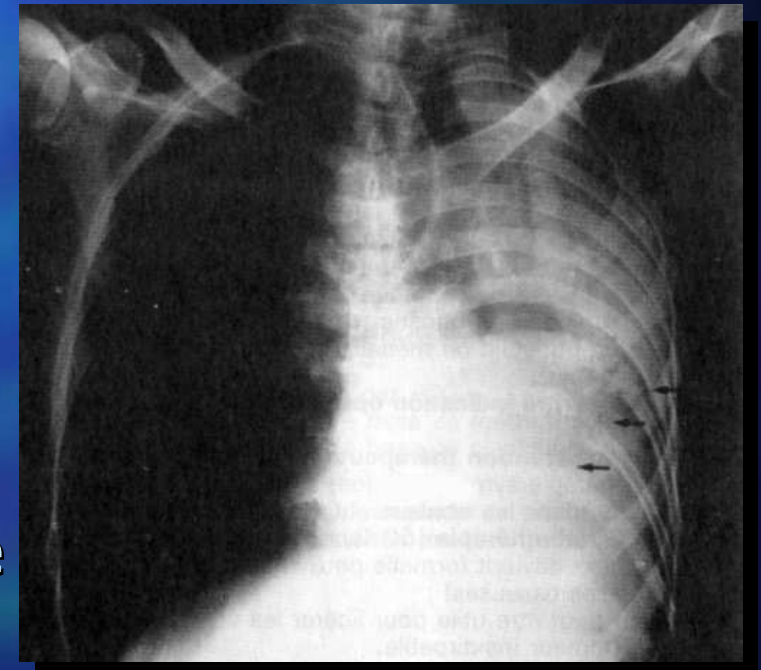
En cas d'épisode dyspnéique paroxystique, on 'déconnecte' le patient à l'aide d'Hypnovel en IV (Miniperf 20 à 40mg à arrêter dès que le patient perd conscience - Effet amnésiant)

Dyspnée (16/23)

■ Pneumologie interventionnelle (1/2)

– Généralités

- Techniques de réalisation exceptionnelle (- de 10 % des cas)
- Proximité d'un service de pneumologie interventionnelle indispensable
- Réalisables uniquement si la dyspnée est secondaire à une obstruction trachéale ou bronchique



Atélectasie complète du poumon gauche sur obstruction de la BSG

Dyspnée (17/23)

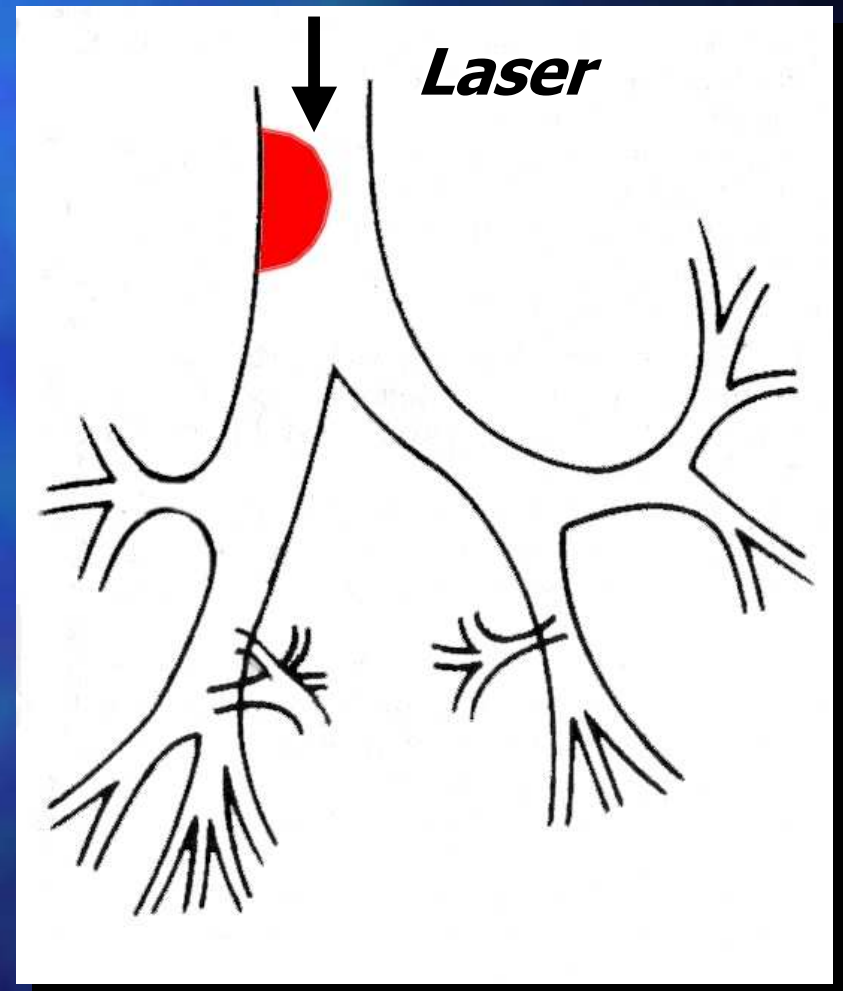
■ Pneumologie interventionnelle (2/2)

- Obstructions endobronchiques :
 - **Laser** (effet immédiat - risque de perforation +++)
 - **Cryothérapie** (effet retardé - risque ++)
 - **Curiothérapie** (effet retardé - action carcinostatique locale - en cas d'infiltration pariétale de moins de 1 cm)
 - Compressions extrinsèques (ganglions lymphatiques, tumeurs etc.)
 - Désobstruction impossible - risque de perforation bronchique
- Endoprothèses trachéales, bronchiques...

Dyspnée (18/23)

*Tumeur trachéale
sténosante, dyspnée
stade IV réclamant une
intervention immédiate*

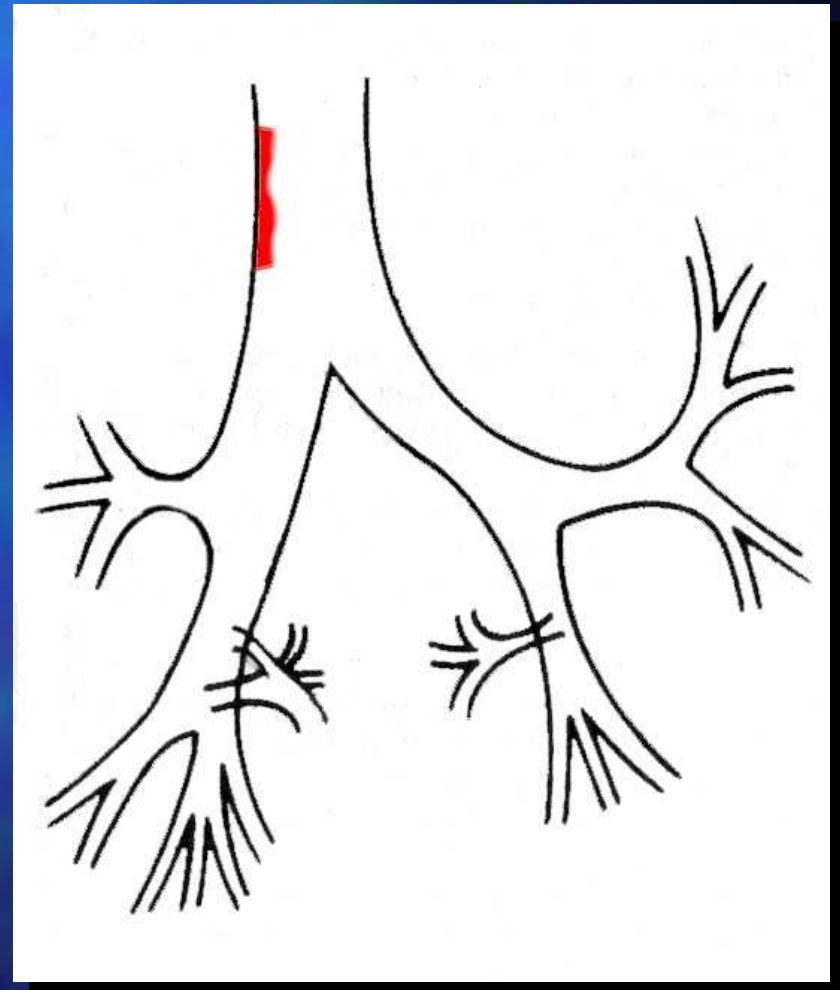
Désobstruction par Laser



Dyspnée (19/23)

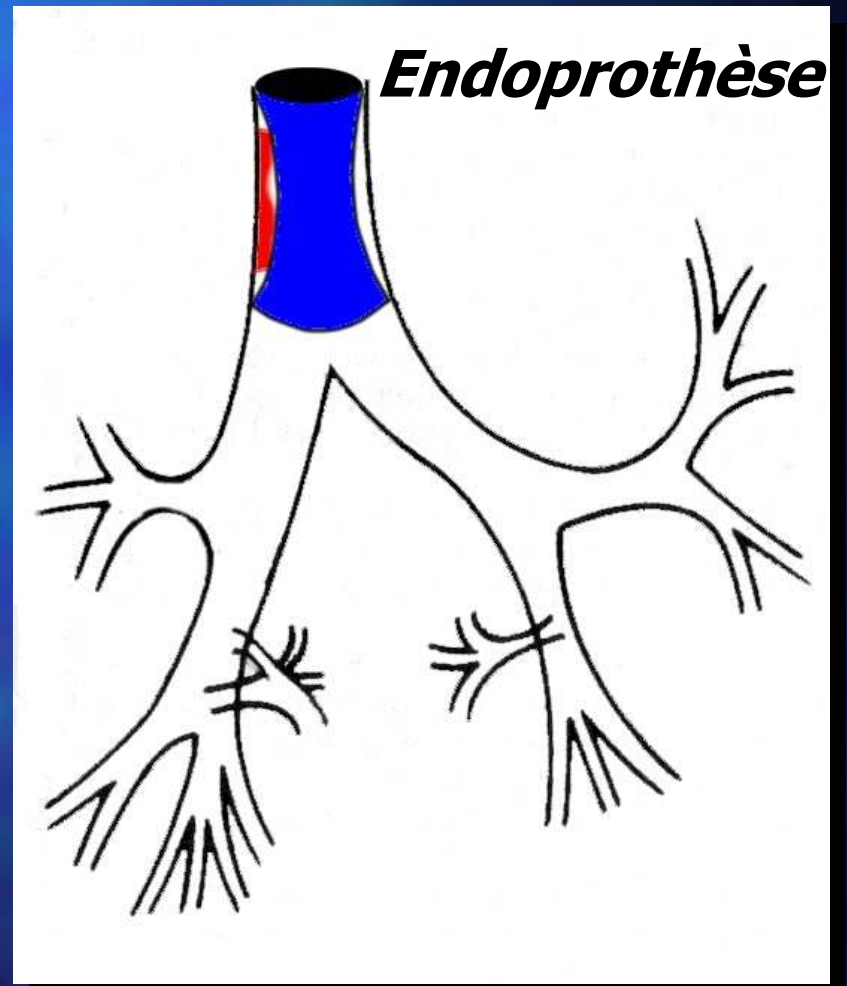
*La tumeur trachéale
a été pulvérisée
par le Laser*

*Les voies aériennes
sont libérées*



Dyspnée (20/23)

*Après désobstruction,
pose d'une
endoprothèse qui va
retarder la récurrence
sténosante*



Dyspnée (21/23)

- L 'oxygénothérapie

- Trop souvent utilisée comme alibi par les soignants...

« ... Mais si ! On s'occupe de sa dyspnée, puisqu'on l'a mis sous oxygène... »

Dyspnée (22/23)

■ L'oxygénothérapie

Quelques règles de base...

- On respecte les désirs du patient...
- On se méfie des effets délétères d'une oxygénothérapie intempestive (dessèchement des muqueuses, hypercapnie...)

Dyspnée (23/23)

■ Trachéotomie

- Technique fréquemment utilisée en ORL
- Parfois indiquée dans d'autres pathologies, mais après une longue réflexion :
 - *Maladie de Charcot*
 - *S.E.P.*
 - *Insuffisance Respiratoire Chronique avancée*



Nausées et Vomissements (1/6)

■ Généralités

- Symptômes retrouvés chez de nombreux patients en fin de vie (30% des cas)
- Les nausées sont plus difficilement supportées que les vomissements
- Leur traitement n'est pas toujours très facile... Il est utile d'avoir quelques notions de physiopathologie...

Nausées et Vomissements (2/6)

***...Vomissements
induits par les
traitements
morphiniques...***



Nausées et Vomissements (3/6)

■ Étiologies des vomissements

– Causes diverses

- Iatrogènes (AINS, Codéine, Morphine...)
- Hypertension intracrânienne (HIC)
- Anxiété
- Affections digestives (ascite, carcinomatose, occlusion...)
- Troubles métaboliques (hyper- Ca^{2+} ...)
- Bouche sale et cartonnée
- Repas inadaptés et mal préparés

Nausées et Vomissements (4/6)

■ Physiopathologie des vomissements

Stimulation du Centre du Vomissement (Mésencéphale)
par 4 mécanismes :

- ***Stimulation de la zone gâchette*** (plancher du IV ventricule très riche en récepteurs chimiques ; Dopamine et Sérotonine)
- ***Excitation en provenance des méninges et du cortex*** (HIC, méningite, psychogènes)
- ***Appareil vestibulaire*** (nausées dans la maladie de Ménière)
- ***Appareil digestif*** (compression etc.)

Nausées et Vomissements (5/6)

■ Traitement

Méninges et Cortex

HIC, méningite, etc.

Corticoïdes :

- Solu-Médrol (120 à 500 mg/j)

Scopolamine :

- Scopolamine 0,5mg (1 à 5 amp./j)

Appareil vestibulaire

Tumeurs ORL, mouvements

Anti-histaminiques H₁ :

- Mercal
- Scopoderm (1 à 2 patch/j)

Scopolamine :

- Scopolamine 0,5mg

Zone gâchette

Origine chimique
(opiacés, urée, chimio...)

Phénothiazines :

- Largactil
- Nozinan (25 - 150 mg/j)

Butyrophénones :

- Haldol (2 à 10 mg/j)

Antisérotonines :

- Zophren (8 mg 2/j)
- Kytril

Tractus digestif

Afférences ϵ et para ϵ
(compression, irritation...)

Métoclopramide :

- Primpéran (2 à 10 amp./j)

Dompéridone :

- Motilium

**Centre
du
Vomissement**

Nausées et Vomissements (6/6)

■ Quelques remarques

–Le mode d'action des corticoïdes sur les nausées et les vomissements dépasse le simple effet anti-œdémateux cérébral...

Cela explique leur très large utilisation...

–On pensera également à soigner d'éventuelles ulcérations gastriques (Mopral, Raniplex, etc.)

–Dans les cas difficiles on est contraint d'associer successivement ces différents médicaments...

Occlusions digestives (1/13)

■ Définition - Mécanismes en cause

– C'est un arrêt des matières et des gaz

– Mécanismes :

■ ***Blocage fonctionnel*** : par infiltration du mésentère et/ou du plexus coeliaque, troubles électrolytiques

■ ***Blocage mécanique*** : obstruction intra ou compression extrinsèque, lésion radique, fécalome...

■ ***Blocage mixte*** : carcinomatose péritonéale

■ Étiologies :

– Généralement des tumeurs loco régionales (ovaire...)

Occlusions digestives (2/13)

■ Signes cliniques

- Occlusions digestives hautes (> de la 2^{ème} anse)
 - ***Intolérance alimentaire absolue - vomissements +++***
 - *Ventre plat et douloureux*
 - *Quelques matières encore présentes à la phase initiale*
- Occlusions digestives basses (< de la 2^{ème} anse)
 - ***Intolérance alimentaire relative***
 - *Météorisme, coliques*
 - *Arrêt franc des matières*

Occlusions digestives (3/13)

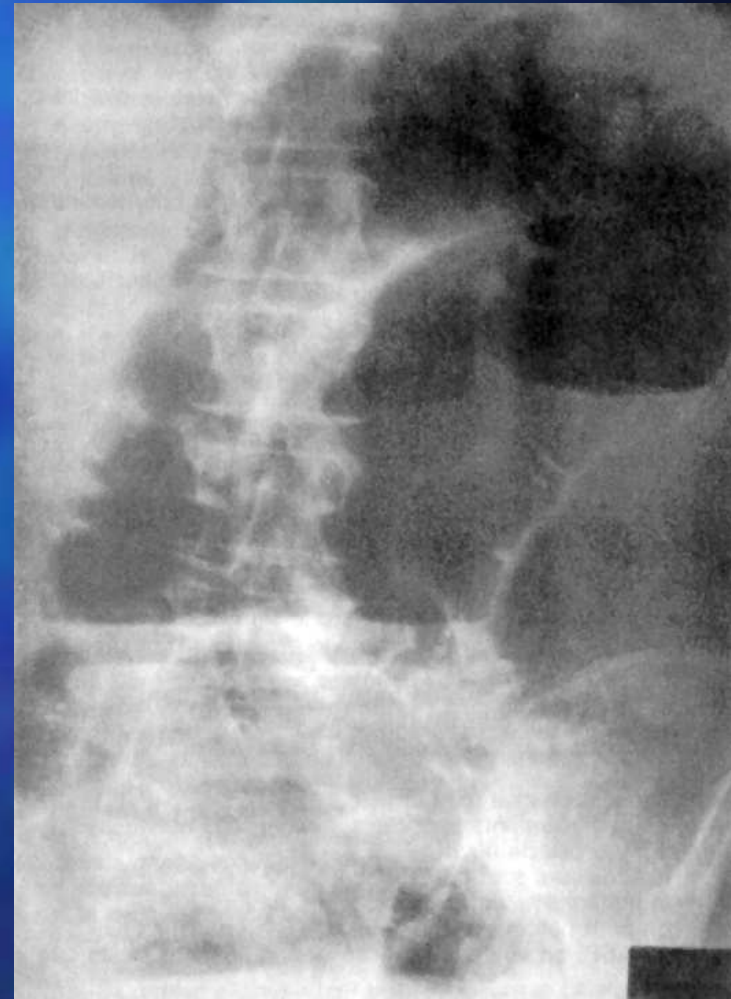
■ Examens complémentaires

- A réaliser rapidement pour confirmer le diagnostic :
 - ***ASP debout de face et/ou couché de profil*** (niveaux hydro aériques)
- A envisager si le pronostic n'est pas péjoratif à court terme, si le patient est en bon état général et qu'un geste de sauvetage peut être envisagé :
 - ***Endoscopie digestive***
 - ***Scanner abdomino-pelvien - Lavement à la Gastrografine***

Occlusions digestives (4/13)

Cancer du Sigmoidé

*Abdomen Sans
Préparation
debout - de face*

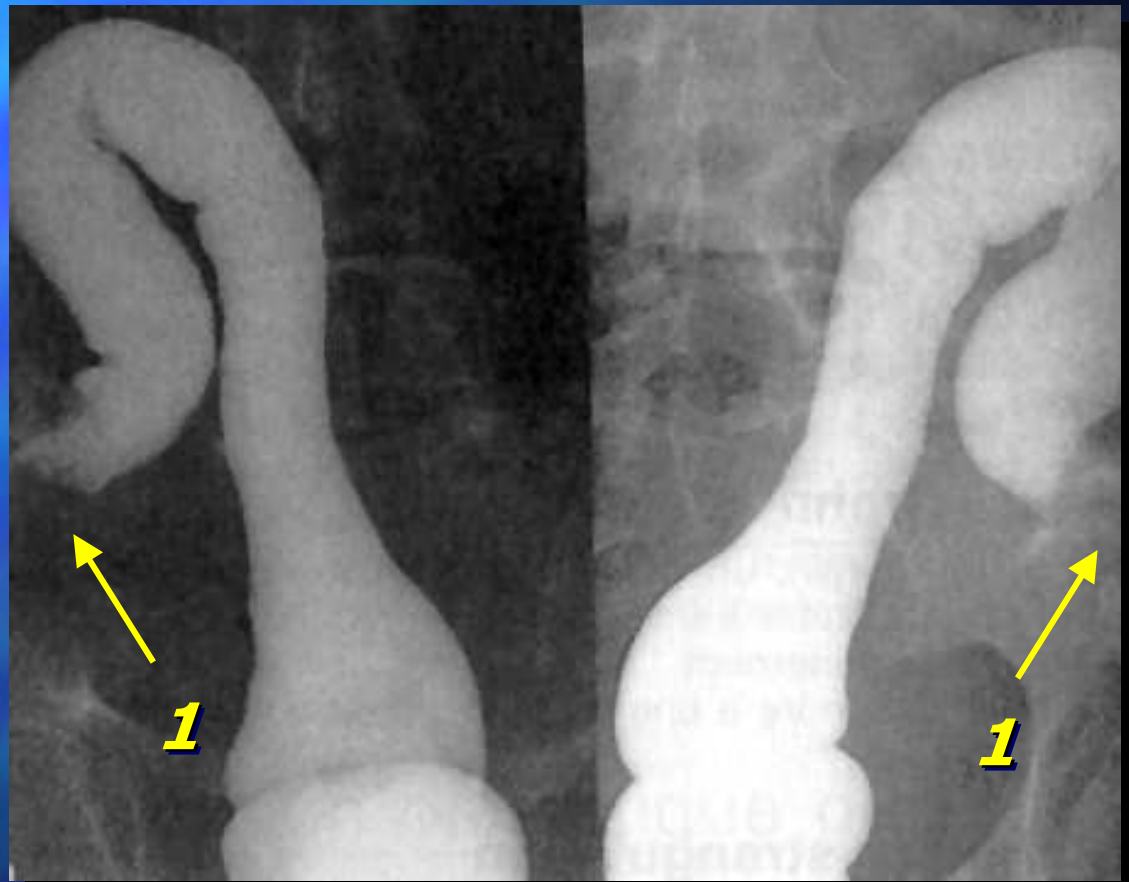


Occlusions digestives (5/13)

Cancer du Sigmoidé

*Lavement à la
Gastrografine*

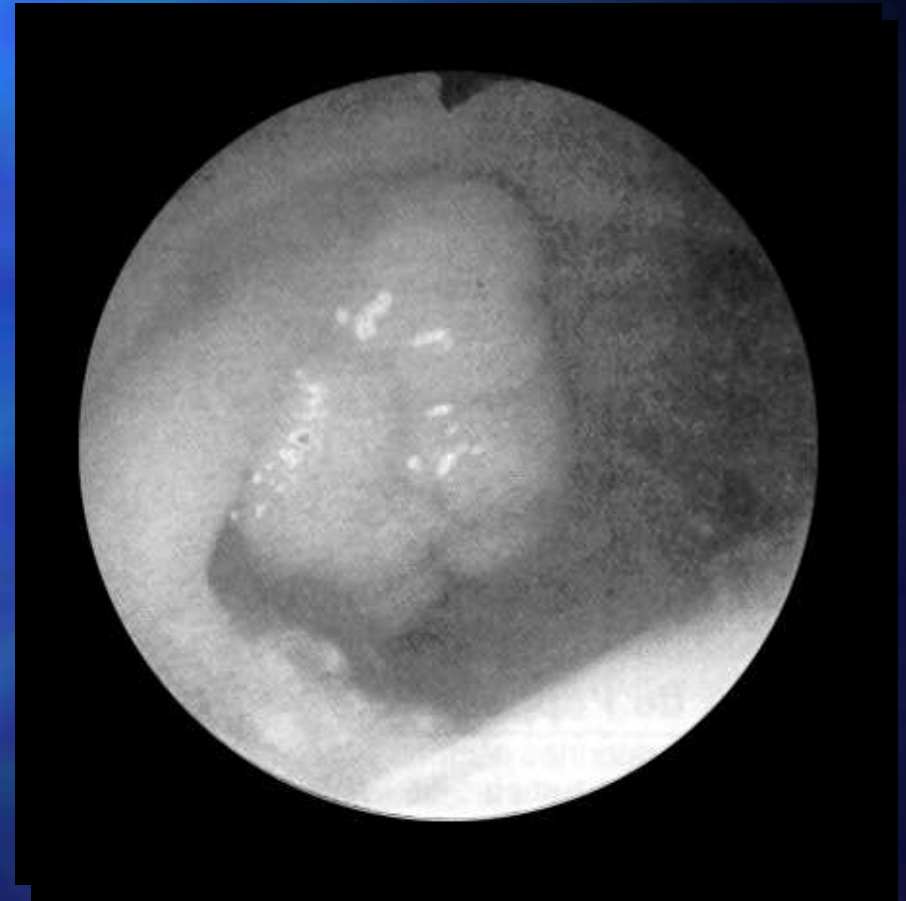
1. Sténose tumorale



Occlusions digestives (6/13)

Cancer du Sigmoidé

Endoscopie



Occlusions digestives (7/13)

■ Traitement chirurgical palliatif

- A envisager si le patient est jeune, en bon état général, et si l'occlusion est en rapport avec une sténose tumorale localisée
- Totalement illusoire en cas de carcinomatose péritonéale...
- Moyens disponibles :
 - ***Exérèse chirurgicale*** : exérèse tumorale, dérivation, stomies
 - ***Geste endoscopique*** : désobstruction laser...

Occlusions digestives (8/13)

*Cancer du Rectum
avant Laser*

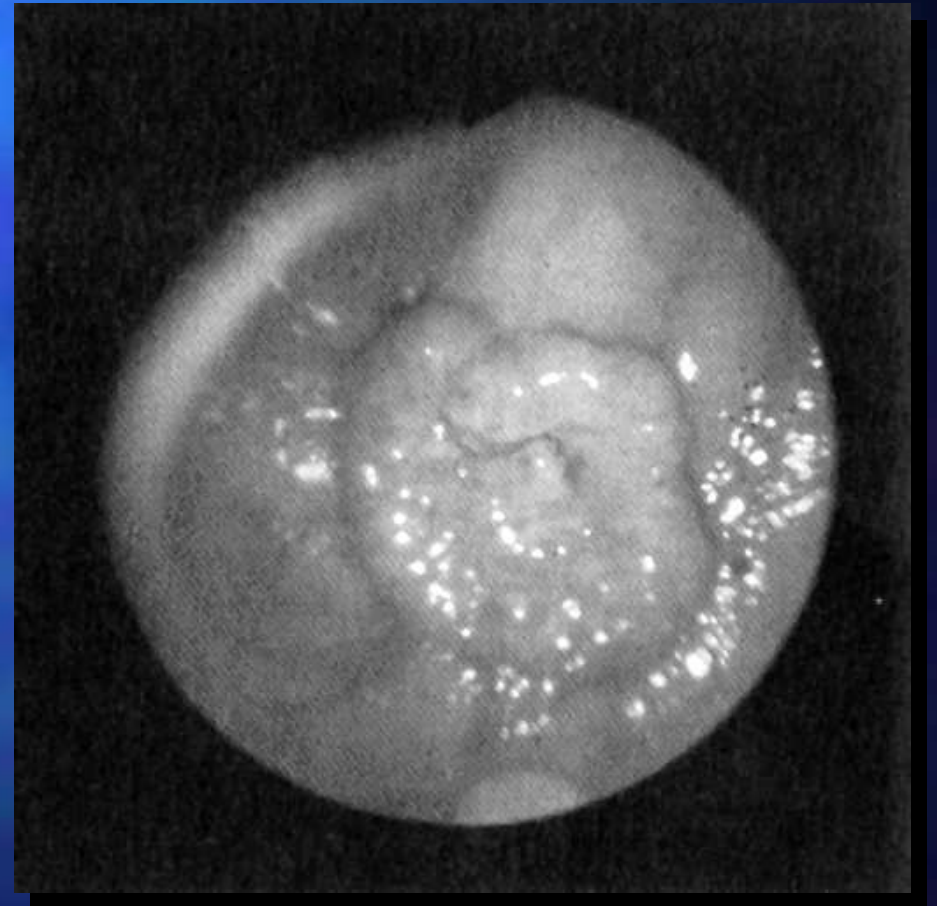
Vue endoscopie



Occlusions digestives (9/13)

*Cancer du Rectum
après Laser*

Vue endoscopie



Occlusions digestives (10/13)

■ Traitement symptomatique (1/4)

– Objectifs du traitement

- *Disparition des douleurs*

- *Contrôle des vomissements*

 - *Accepter 1 à 2 vomissements par jour*

 - *Laisser le patient choisir son inconfort...*

 - ***LAISSER MANGER ET BOIRE +++***

– Aspect relationnel

- *Apprendre à 'vivre avec', banaliser les vomissements*

- *Expliquer les symptômes et les traitements au patient*

Occlusions digestives (11/13)

■ Traitement symptomatique (2/4)

– Vomissements :

■ *Antiémétiques classiques* (occlusions basses)

- *Primpéran* (2 à 10 amp. par jour en SC continu)
- *Vogalène*

■ *Neuroleptiques* (efficaces dans les occlusions hautes)

- *Haldol* : 2 à 10 mg par jour

■ *Autres*

- *Corticoïdes* (Solu-Médrol 60 à 500 mg par jour)
- *Scopolamine* (2 à 6 ampoules par jour)
- *Sandostatine* en PSE Continu : 500 à 2500 µg par jour (réduction des sécrétions gastriques)...

Occlusions digestives (12/13)

■ Traitement symptomatique (3/4)

– Douleur :

■ *Morphine - Péthidine*

- Généralement par voie sous-cutanée continue
- Per-os si les vomissements sont rares et bien contrôlés

■ *Antispasmodiques*

- **VISCERALGINE Forte**
- **BUSCOPAN**
- **SCOPOLAMINE**

Occlusions digestives (13/13)

■ Traitement symptomatique (4/4)

– Cas particuliers :

■ *Corticoïdes - ' Protocole Athènes de la SFAP '*

- Très efficaces en cas de carcinomatose péritonéale avec parfois une levée temporaire de l'occlusion... et une reprise du transit...
- Doses importantes (120 à 1000 mg par jour de Solu-Médrol)

■ *Sonde naso-gastrique d'aspiration*

- Vidange de l'estomac tous les 3 à 7 jours...

■ *Gastrostomie de décharge*

- Geste lourd - Nécessité parfois d'une alimentation parentérale...
- **Indication** : en cas de vomissements incoercibles...

***Voilà c'est
fini...!***





Service Régional de Soins Palliatifs

CHR Metz-Thionville - Hôpital Bel-Air

Dr L. Fignon - Dr JF. Villard - Dr B. Wary

Mise à jour du 24/02/2004