

## Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Les crises en fin de vie.

### • Crises dyspnéiques en fin de vie •

<b>Avertissement</b>	<p>Il existe en soins palliatifs des situations particulièrement complexes. Il s'agit en particulier de certaines détresses en fin de vie : hémorragies cataclysmiques, asphyxie, souffrance rebelle, douleur non contrôlable...</p> <p>Il est essentiel alors :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de vérifier que la personne est bien en phase terminale,</li> <li>- d'anticiper chaque fois que possible une telle détresse,</li> <li>- de prévoir des temps de concertation en équipe pluridisciplinaire, en amont.</li> </ul> <p>La Loi "relative aux droits des malades et à la fin de vie" (Loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005) donne des repères importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le droit du malade au refus de tout traitement.</li> <li>- Le droit du malade au refus de l'obstination déraisonnable.</li> <li>- Le devoir pour le soignant de ne pas poursuivre des traitements disproportionnés et futiles.</li> <li>- Le principe des directives anticipées et la place de la personne de confiance.</li> <li>- L'obligation qui est faite aux soignants <b>d'anticiper</b>, de se <b>concerter</b>, de s'appuyer sur une démarche <b>pluridisciplinaire</b> et <b>collégiale</b>, (décret du 6 février 2006), d'argumenter les décisions, et de les écrire dans le dossier du patient.</li> <li>- L'obligation également de poursuivre les Soins Palliatifs même si d'autres soins sont arrêtés.</li> </ul> <p><b>Toutes ces situations ne doivent en aucun cas aboutir à des décisions isolées, ou répondant à des conduites à tenir standardisées, ou encore être prise sans discernement et recul.</b></p>
----------------------	--

<b>Objectifs</b>	Assurer le meilleur confort possible dans ces situations de crises en fin de vie.
	Améliorer en fin de vie la prise en charge des crises difficiles.
	Diminuer la sensation de dyspnée en fin de vie.
	Diminuer les crises douloureuses en fin de vie.
	Savoir poser les indications d'une anxiolyse ou d'une sédation en phase terminale.

<b>Population et contexte particulier</b>	Ces recommandations s'adressent à une personne en phase terminale, dont la cause de la dyspnée ne peut plus être traitée.
---	---

Date de première édition :	Mars 2006
Actualisation le :	06 février 2008
Par :	Dr. Christophe PETITJEAN
Validée par le Groupe de Travail : mars 2008	

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :  
Les crises en fin de vie – Crises dyspnéiques en fin de vie.**

<p><b>Principes de prise en charge</b></p>	<p><b>A. Principes Généraux</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ La plupart des crises de la phase terminale peuvent être anticipées : cette démarche d'anticipation est fondamentale, elle nécessite une évaluation de la situation des symptômes, une réflexion, une prise en compte en équipe pluridisciplinaire, le cas échéant des prescriptions anticipées.</li><li>○ les prescriptions anticipées nominatives sont légalement autorisées : elles s'adressent à une personne précise dans un contexte précis.</li><li>○ L'utilisation de protocoles est une alternative possible : dans ce cas, il faut préciser dans quel contexte et à quel moment ce protocole va être utilisé.</li><li>○ Toute démarche entreprise doit être évaluée, et peut être remise en cause.</li><li>○ Il est recommandé que pour toute situation de détresse en phase terminale difficile, un temps de "débriefing" soit organisé avec l'équipe, et si besoin des intervenants extérieurs, pour réguler les conséquences dans l'équipe et prendre le recul nécessaire pour les situations suivantes.</li></ul>
<p><b>Principes de prise en charge</b></p>	<p><b>B. Crises dyspnéiques en fin de vie avec encombrement majeur :</b></p> <p>Si l'encombrement bronchique est majeur, alors les thérapeutiques visant à diminuer les sécrétions bronchiques doivent être entreprises ou renforcées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ diminution des apports hydriques, en particulier parentéraux, et arrêt des thérapeutiques fluidifiantes,</li><li>○ les aspirations trachéales sont souvent inutiles et pénibles: il faut alors évaluer leur efficacité et leur tolérance.</li><li>○ utilisation de SCOPOLAMINE® (Hydrobromure de hyoscine) préférentiellement par voie sous cutanée à des doses allant de 0.5mg toutes les 6 heures à 1mg toutes les 4 heures (amp de 0.5 mg).</li><li>○ on peut utiliser aussi le SCOBUREN® (Butylbromure de hyoscine) qui a l'intérêt de ne pas passer la barrière hémato-méningée : 20 à 40 mg toutes les 8 heures en Ss-Cut ou en IV.</li><li>○ la kinésithérapie doit avoir un objectif centré sur le confort.</li></ul>

**Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie :  
Les crises en fin de vie – Crises dyspnéiques en fin de vie.**

<p><b>Principes de prise en charge</b></p>	<p><b>C. Crises dyspnéiques en fin de vie sans encombrement majeur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si la dyspnée est d'origine néoplasique : utilisation du SOLUMEDROL intraveineux ou sous cutané de 120 à 500 mg par jour en continu ou en mini perfusion.</li> <li>○ La pertinence de l'oxygénothérapie doit être évaluée à partir de la sensation de confort du malade (et non sur la mesure de la saturation).</li> <li>○ L'installation de la personne se fera avant tout en fonction de son confort.</li> <li>○ Se rappeler que dans ces situations, le moindre effort peut être intolérable (lever, fauteuil, parole...).</li> <li>○ Ces situations de dyspnée en phase terminale s'accompagnent d'une anxiété, voire d'une angoisse :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut vérifier qu'elles sont réelles et qu'il ne s'agit pas seulement du ressenti des proches ou des soignants,</li> <li>- si elles existent, se reporter à la fiche sur l'anxiété.</li> </ul> </li> </ul> <p>L'utilisation des opioïdes est proposée. Elle n'entraîne pas de détresse respiratoire aux doses utilisées pour calmer la dyspnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour les patients sous opioïdes, on augmentera les doses quotidiennes de 20%</li> <li>- pour les autres, utiliser une morphine à libération immédiate per os ou SC à la dose de 2.5 à 5mg par prise. La titration de la dose sera fonction des effets obtenus sur le soulagement de la sensation de dyspnée. Si titration impossible, morphine orale LP 10 mg x 2 / 24h ou SC 10 mg /24h en continu.</li> </ul>
--	--

<p><b>Références</b></p>	<p>Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES, décembre 2002</p>
	<p>Soins palliatifs : spécificités d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, recommandations de l'AFSSAPS, médecine palliative, avril 2003, n°3</p>
	<p>La sédation pour détresse en phase terminale, recommandations de la SFAP, médecine palliative, octobre 2002, n°1</p>
	<p>Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade en fin de vie</p>
	<p>La revue Francophone de gériatrie et de gérontologie, Dr A.SIMON, mai 2003</p>