

Soins palliatifs et cancer bronchique

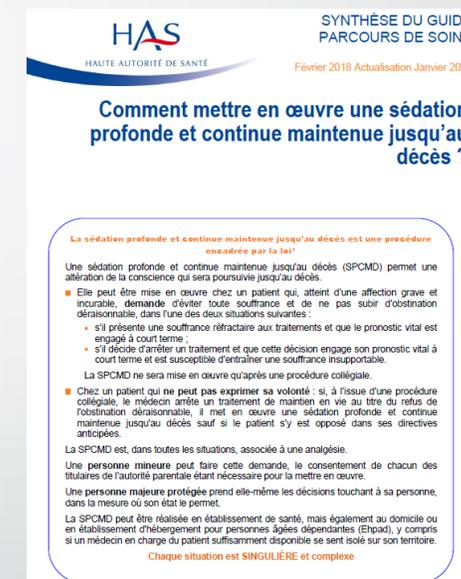
Comment gérer les symptômes
respiratoires réfractaires en fin de vie

*Pr Vincent Morel
Service de soins palliatifs CHU Rennes*

7^{ème} congrès annuel Jeudi 24 mars 2022 Quimper

Evaluation du caractère réfractaire d'un symptôme

Un symptôme est défini comme réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés **ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient**, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable. **Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable** d'un symptôme, du délai ou des effets indésirables.



La dyspnée (1)

Définition

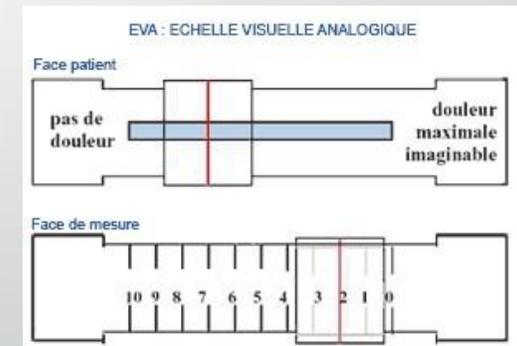
expérience subjective d'une sensation difficile, laborieuse et inconfortable de la respiration génératrice d'angoisse chez le patient, l'entourage et parfois chez les soignants

Evaluation

- Pas de corrélation entre la sensation de dyspnée et les paramètres comme saturation, fréquence respiratoire
- Nécessite une auto-évaluation comme la douleur avec une échelle d'auto-évaluation : échelle de borg

Dyspnée: Échelle catégorielle de Borg révisée

| | |
|---------|--------------------------------|
| Borg 82 | |
| 0 | Absolument pas essoufflé |
| 0.5 | Très très légèrement essoufflé |
| 1 | Très légèrement essoufflé |
| 2 | Légèrement essoufflé |
| 3 | Modérément essoufflé |
| 4 | Presque sévèrement essoufflé |
| 5 | Sévèrement essoufflé |
| 6 | |
| 7 | Très sévèrement essoufflé |
| 8 | |
| 9 | Très très sévèrement essoufflé |
| 10 | Essoufflement maximal |



- Marcant D: Les annales en soins palliatifs, 1995 Vol 3, p 43-52
- Rawlinson F: European Journal of Palliative Care, 2000, Vol 7 (5), p 161-164
- Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Broadley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. Thorax. 2002;57(11):939-44.
- Arif H. Kamal, M.D, Jennifer M. Maguire, M.D., Jane L. Wheeler, MSPH, David C. Currow, M.P.H., FRACP, Amy P. Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. Journal of palliative medicine. 2012; 15 (1) : 106-14.

La dyspnée (2)

Mesures de soutien

Rester calme, pas de panique inutile

« la dyspnée a ceci de particulier : Elle se transmet »

Mettre en courant d'air

Position correcte du malade: semi allongé

Humidifié l'air

Donner la parole au malade

Technique de relaxation

Les anxiolytiques

Éviter le cercle vicieux lié à l'angoisse

Exemple: **midazolam** (hypnovel): débuter à 0.2-0.5 mg/h
Bolus possible (0.5-1mg)

La morphine

pas de danger

doses progressives

signes de surdosage surveillés

Posologie

Per os: 2.5 mg à 5 mg / 4 heures

Si traitement de fond : augmenter de 25%

IV : 1/3 de la dose per os

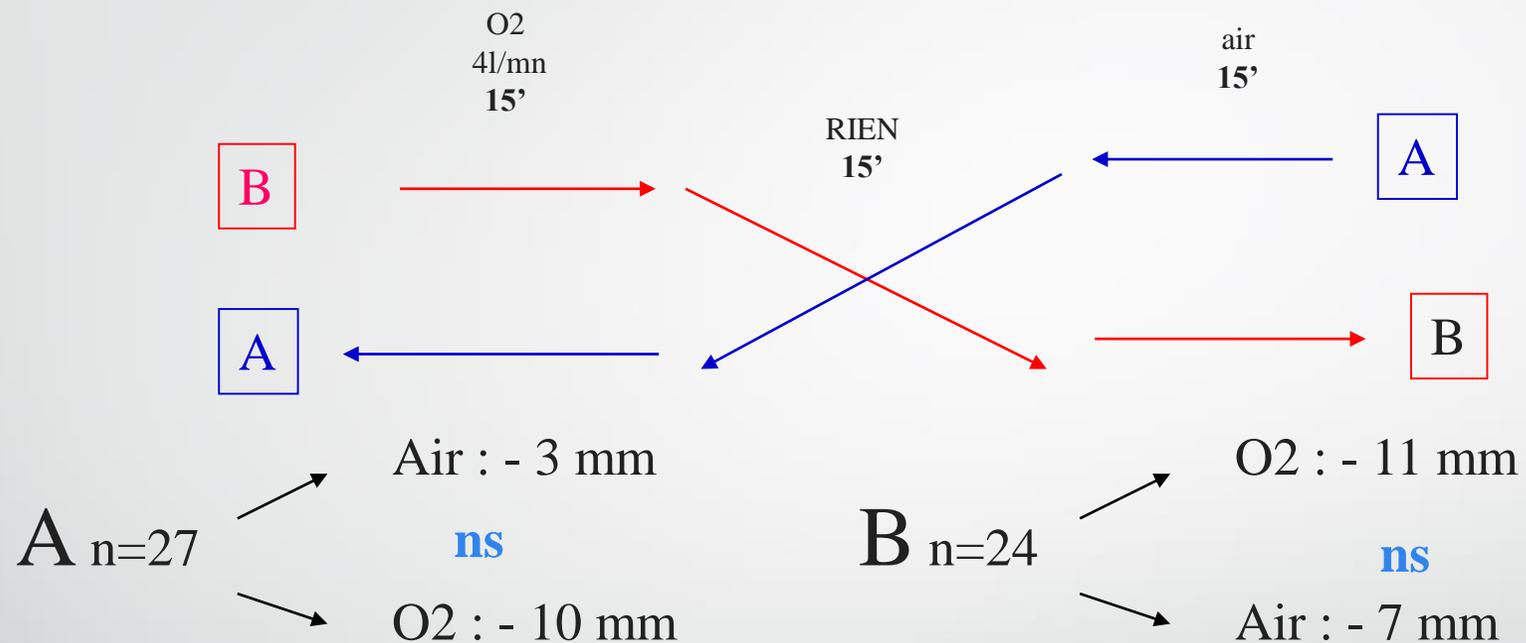
Pas d'indication aux aérosols de morphine

- Currow DC, McDonald C, Oaten S, et al. Once-daily opioids for chronic dyspnea : A dose increment and pharmacovigilance study. J Pain Symptom Manage 2011;42:388-99.
- Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. J Palliat Med. 2012 Jan;15(1):106-14.
- Viola R, Kiteley C, Lloyd NS, Mackay JA, Wilson J, Wong RK: The management of dyspnea in cancer patients: A systematic review. Support Care Cancer 2008;16:329-337

La place de l'oxygène (1)

étude Philip

journal of pain and symptom management vol 32 n° 6 december 2006



Pour les 17 patients
hypoxiques

- Air : -15 mm O2 : -13 mm; hypoxie corrigé chez 13 pers
- Préférence: O2=24% ; air = 35 % ; aucune = 41 %

ns

- Bradley JM, Lasserson T, Elborn S, et al. A systematic review of randomized controlled trials examining the short-term benefit of ambulatory oxygen in COPD. Chest 2007; 131:278–285.
- Uronis H1, McCrory DC, Samsa G, Currow D, Abernethy A. Symptomatic oxygen for non-hypoxaemic chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15;(6).
- Abernethy AP, Currow DC, Frith P, et al. Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. BMJ 2003;327:523-8.

La place de l'oxygène (2)

Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis

H E Uronis; D C Currow D C McCrory, G P Samsa, and A P Abernethy
Br J Cancer. 2008 January 29; 98(2): 294–299

Table 1 Characteristics of included studies exploring the role of oxygen therapy in people with refractory dyspnoea who do not qualify for long-term oxygen therapy

| Reference | n | Population | O ₂ saturation < 90% included? | Intervention | Outcome measure | Results | Quality ^a |
|--------------------------------------|----|---|---|---|------------------------------|---|----------------------|
| (Philip <i>et al</i> , 2006) | 51 | Cancer of any type, dyspnoea | Yes 17 (33%) | CA vs O ₂ , 4 l min ⁻¹ at rest | 100 mm VAS | No significant difference in dyspnoea with O ₂ vs CA | 2 |
| (Ahmedzai <i>et al</i> , 1998, 2004) | 12 | Lung cancer, dyspnoea on exertion | No | CA vs O ₂ , 8–10 l min ⁻¹ during 6MWT | Modified Borg and 100 mm VAS | No significant difference in dyspnoea with O ₂ vs CA | 2 |
| (Bruera <i>et al</i> , 2003) | 33 | Advanced cancer of any type, dyspnoea at rest or on mild exertion | No | CA vs O ₂ , 5 l min ⁻¹ during 6MWT | NRS | No significant difference in dyspnoea with O ₂ vs CA | 5 |
| (Booth <i>et al</i> , 1996, 2004) | 38 | Advanced cancer of any type, dyspnoea at rest | Yes 6 (16%) | CA vs O ₂ , 4 l min ⁻¹ at rest | Modified Borg and 100 mm VAS | No significant difference in dyspnoea with O ₂ vs CA | 2 |
| (Bruera <i>et al</i> , 1993) | 14 | Advanced cancer of any type, dyspnoea, oxygen saturation < 90% | Yes 14 (100%) | CA vs O ₂ 5 l min ⁻¹ at rest | NRS | Significant improvement in dyspnoea with O ₂ vs CA | 2 |

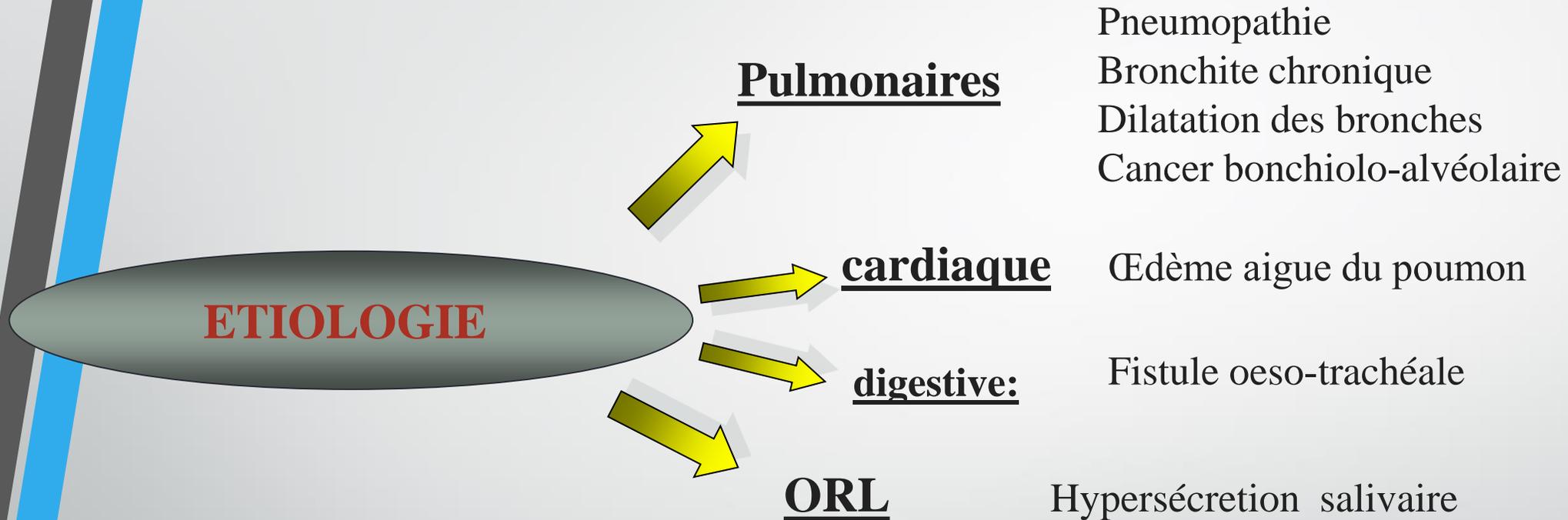
Abbreviations: CA = compressed air; O₂ = oxygen; 6MWT = 6-min walk test; VAS = visual analog scale; NRS = numerical rating scale. ^aQuality as assessed by Jadad score (Jadad *et al*, 1996).

- Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med*. 2012 Jan;15(1):106-14.
- Navigante AH, Cerchietti LC, Castro MA, Lutteral MA, Cabalar ME: Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006;31: 38–47.
- Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Bausewein C. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.

L'essor de l'optiflow ?



L'encombrement



Traitement étiologique si possible

Hypersécrétion bronchique de la phase agonique

traitement symptomatique (1)

Principes généraux

Place importante de la kinésithérapie lorsqu'elle est possible

Utilisation raisonnée des mucolytiques

Pas d'aérosols de fluidifiants (noyade quasi assurée!)

Limiter les apports perfusionnels (500 cc/24h) +++

Quelle place pour les aspirations?

en douceur avec pommade anesthésiante

avec l'accord du malade

Les questions

Est-ce-utile ?

Qui est gêné par cet encombrement?

Qui j'aspire ?

Qui j'aide à respirer ?

traitement symptomatique (2)

Encombrement sans dyspnée

Scopoderm

patch à 0.5 mg par 72 heures

Scoburen

Test TTTique avec 40 mg en SC

Si efficace relais entre 100 à 200 mg/24h

action plus puissante que l'atropine

diminue les sécrétions des glandes exocrines

induit une faible sédation centrale

CI: glaucome par fermeture d'angle

Effets secondaires: RAU, constipation, confusion, hallucinations

Sonde urinaire quasi obligatoire

Antibiothérapie ?

Corticoïdes ?

Les recommandations de la SFAP (2002 puis 2009)

«Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrèger la vie.» **Article 4**

Les points de repères essentiels

- Pratiques médicales bien identifiées, avec des reco de bonnes pratiques
- Intentionnalité claire pour différencier ce geste d'une euthanasie
- Ce n'est pas une analgésie, ce n'est pas une anxiolyse

Les différents contextes

- Situations à risque vitale immédiat (Hémorragie; asphyxie)
- Les symptômes réfractaires
- Arrêt de traitement
- Situations exceptionnelles (souffrance existentielle ...)

• **La réversibilité:** sédation temporaire ou continue

• **La profondeur :** titration recommandée pour un Rudkin ≥ 4 mais réveil possible dans certaines situations Rudkin = 3

• **La molécule recommandée :** le midazolam

Tableau 1 Définition de la sédation.
Definition of sedation.

« La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.»

« La sédation est une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience qui peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue. »

[3] Est défini réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient »

Table 2. Sedation scale.

| | |
|---|---|
| 1 | Fully awake |
| 2 | Drowsy |
| 3 | Eyes closed but rousable to command |
| 4 | Eyes closed but rousable to mild physical stimulation |
| 5 | Eyes closed and unrousable to mild physical stimulation |

Deux situations extrêmes

A
N
T
I
C
I
P
A
T
I
O
N

L'asphyxie

Ne pas fuir et rester calme

Rassurer autant que peut

Écouter le malade

Mettre de l'oxygène si nécessaire

Proposer une sédation : hypnovel 5 mg IVL

L'hémoptysie cataclysmique

Ne pas fuir et rester calme

Rassurer autant que peut

Écouter le malade

IV: **glypressine**® 1 mg
sédation : hypnovel 5 mg IVL

A
N
T
I
C
I
P
A
T
I
O
N

La loi « Clayes Leonetti »

«Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.»

Article 1



- Confirmation du refus de l'acharnement thérapeutique
- Plus grande autonomie des patients
 - Plus besoin de convaincre du bien fondé d'un TTT mais l'informer des conséquences de ses choix et de leurs gravités (*article 5*)
 - Directives anticipées qui s'imposent (*article 8*)
- Refus de la souffrance : « à la demande du patient d'éviter toute souffrance » (*article 3 – 4*)
- Une droit à la sédation profonde et continue (*article 3*)

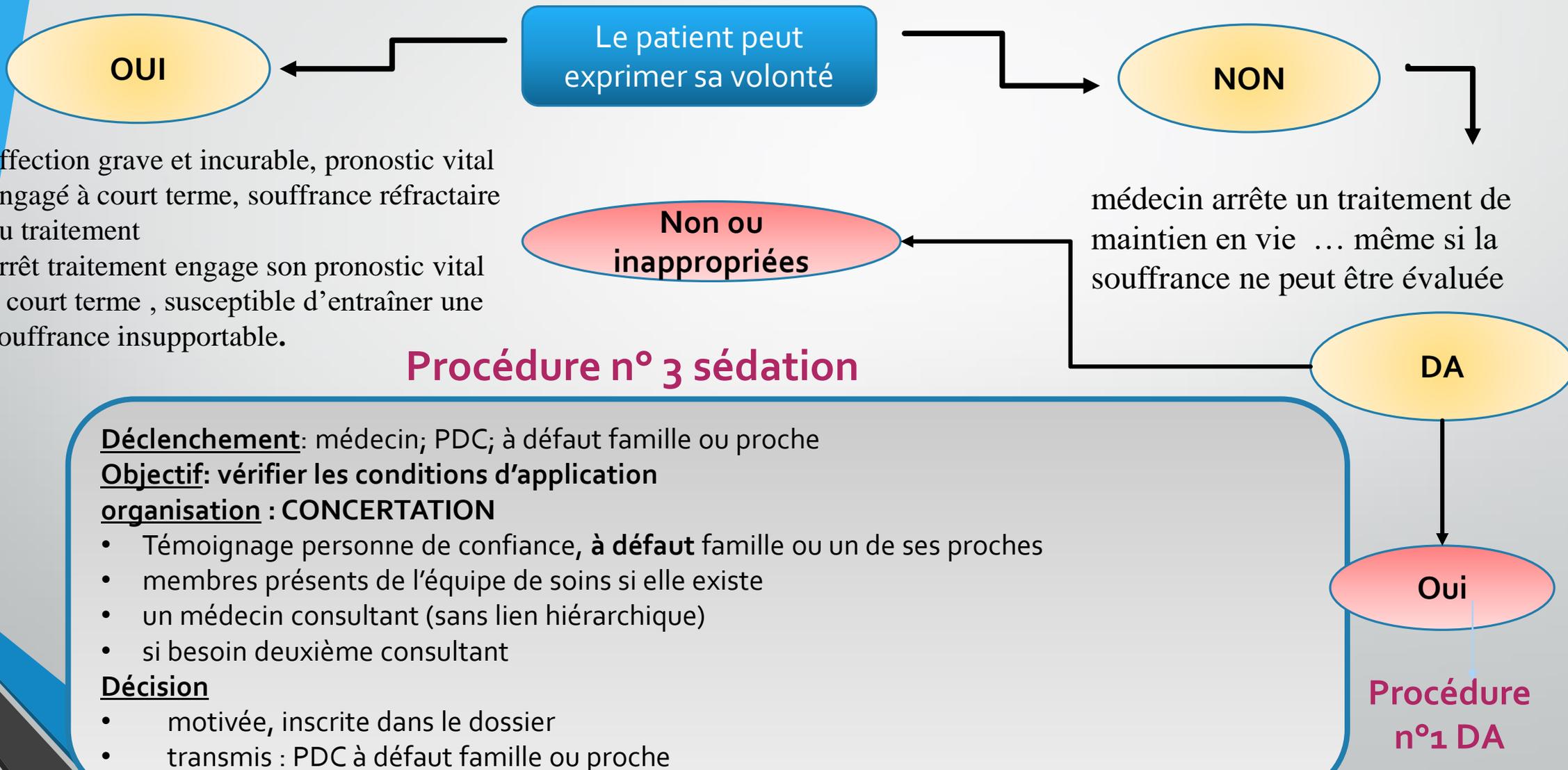
«Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie. » Article 4

Un droit à la sédation profonde et continue

| | | |
|---|--|--|
| S'il est en capacité de s'exprimer | À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie | |
| <u>Dans 2 situations</u> | Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement | Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. |
| S'il n'est pas en capacité de exprimer sa volonté (reprise de la situation de l'article 37) | au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, le médecin applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès associée à une analgésie. | |

Décision après une procédure collégiale

Principe général : soulager le patient pour qu'il ne souffre pas et ne vive pas l'effroi d'une situation insupportable



- affection grave et incurable, pronostic vital engagé à court terme, souffrance réfractaire au traitement
- arrêt traitement engage son pronostic vital à court terme, susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Procédure n° 3 sédation

Déclenchement: médecin; PDC; à défaut famille ou proche

Objectif: vérifier les conditions d'application

organisation : CONCERTATION

- Témoignage personne de confiance, à défaut famille ou un de ses proches
- membres présents de l'équipe de soins si elle existe
- un médecin consultant (sans lien hiérarchique)
- si besoin deuxième consultant

Décision

- motivée, inscrite dans le dossier
- transmis : PDC à défaut famille ou proche



Une tentative de classification
SEDAPALL V1.0
Typologie des pratiques sédatives à visée palliative
en fin de vie

Document issu des travaux du sous-groupe *Typologie* du groupe
de travail SFAP sur la sédation.

Typologie SEDAPALL simplifiée

| Axe D Durée prescrite | Type |
|--|-------------|
| Sédation transitoire (réversible*) | D1 |
| Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*) | D2 |
| Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*) | D3 |

| Axe P Profondeur | Type |
|-----------------------------|-------------|
| Sédation proportionnée* | P1 |
| Sédation profonde* d'emblée | P2 |

| Axe C Consentement*- Demande* | Type |
|--------------------------------------|-------------|
| Absence de consentement | C0 |
| Consentement donné par anticipation | C1 |
| Consentement | C2 |
| Demande de sédation | C3 |

Recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

- Evaluation du Pronostic vital engagé à court terme
- Evaluation du caractère réfractaire de la souffrance
- Mise en œuvre médicamenteuse

[Fiches repères de la SFAP mai 2017](#)

[Fiche HAS Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?](#)

[HAS Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie 2020](#)

The screenshot shows the website of the Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). The header includes the SFAP logo and the text 'SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS'. Below the header is a navigation menu with items like 'La SFAP', 'Les soins palliatifs', 'Vos droits', 'Documentation', 'Formations', 'Presse', 'Emploi', 'Etudiants', and 'Bénévolat'. The main content area is titled 'LES RECOMMANDATIONS SUR LA SÉDATION' and features a section for 'ANNUAIRE NATIONAL' with a map of France and the text 'Vous cherchez une structure de Soins Palliatifs ou une Association de Bénévoles ? C'est ici'. There is also a newsletter sign-up form. The right sidebar contains 'ÉVÉNEMENTS' with dates for September 19, 23, and 28, and 'CONGRÈS' and 'JOURNÉES THÉMATIQUES' with dates for October 13 and 6. The bottom of the page shows a Windows taskbar with various application icons.

Un pronostic vital engagé à court terme correspond à une espérance de vie de quelques heures à quelques jours

Afin d'approcher au mieux l'évaluation du pronostic dans l'ensemble des situations palliatives, il faudrait donc apprécier l'évolution clinique plutôt par un faisceau d'arguments cliniques basé, entre autres, sur :

- la rapidité du déclin fonctionnel;
- l'atteinte d'organes cibles (vitaux);
- la présence de symptômes tels que : anorexie-cachexie, dysphagie, oedèmes
- dyspnée, oligoanurie voire anurie, ...;
- l'altération des signes vitaux (baisse de tension artérielle, pouls faible, respiration
- irrégulière, désaturation, extrémités froides ou marbrées);
- la chute rapide du score Palliative Performance Scale initialement de 40 ou 30 % e passant à 20% en 3 jours.

Echelle de Performance pour Patients en Soins Palliatifs (PPS version 2)

| Niveau performance | Mobilité | Activité et intensité de la maladie | Autonomie pour les soins personnels | Alimentation | Niveau de conscience |
|--------------------|----------------------|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| 100 % | Complète | Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i> | Autonome | Normale | Normal |
| 90 % | Complète | Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i> | Autonome | Normale | Normal |
| 80 % | Complète | Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i> | Autonome | Normale ou diminuée | Normal |
| 70 % | Réduite | Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i> | Autonome | Normale ou diminuée | Normal |
| 60 % | Réduite | Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i> | Aide nécessaire occasionnellement | Normale ou diminuée | Normal ou confusion |
| 50 % | Surtout assis/couché | Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i> | Beaucoup d'aide nécessaire | Normale ou diminuée | Normal ou confusion |
| 40 % | Surtout allité | <i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i> | Assistance requise la plupart du temps | Normale ou diminuée | Normal ou somnolence +/- confusion |
| 30 % | Toujours au lit | N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i> | Soins complets | Normale ou diminuée | Normal ou somnolence +/- confusion |
| 20 % | Toujours au lit | N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i> | Soins complets | Réduite à des gorgées | Normal ou somnolence +/- confusion |
| 10 % | Toujours au lit | N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i> | Soins complets | Soins de la bouche seulement | Somnolence ou coma +/- confusion |
| 0 % | Mort | - | - | - | - |

Translation by Dr Sandra Legault, Dr Carroll Laurin, Maryse Bouvette, RN

HAS « Si le décès est attendu dans un délai supérieur à quelques jours et que les symptômes sont réfractaires, une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement est discutée avec le patient »

Mise en œuvre médicamenteuse

- En dehors des services expérimentés dans la sédation, l'équipe qui prend en charge le patient s'appuie sur une équipe spécialisée en soins palliatifs pour avoir un médecin référent, compétent en soins palliatifs, prévenu et joignable
- **Le midazolam reste actuellement l'agent sédatif de première intention (IV ou SC).**
- Son administration doit faire l'objet d'une surveillance adaptée et de réajustements fréquents.
- Des benzodiazépines à demi-vie plus longue, telle que le diazépam, peuvent être envisagées dans ce contexte.
- L'objectif de profondeur de sédation recommandé **est un score de Richmond (RASS) à -4 ou -5.**
- **L'évaluation et la surveillance sont réalisées toutes les 15 min pendant la 1ère heure puis au minimum : 3 fois par jour**
- **Seuls les traitements participant au maintien du confort du patient sont poursuivis. Les traitements antalgiques sont systématiques.**
- Un traitement antalgique est associé à la sédation. Des doses complémentaires d'antalgique et de sédatif sont utiles pour prévenir les réveils liés aux stimulations douloureuses lors des soins.

Echelle de vigilance-agitation de Richmond (*Richmond agitation sedation scale RASS*)

| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| +4 | combatif | combatif, danger immédiat envers l'équipe. |
| +3 | très agité | tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe |
| +2 | agité | mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur |
| +1 | ne tient pas en place | anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs |
| 0 | éveillé et calme | |
| -1 | somnolent | Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec) |
| -2 | diminution légère de la vigilance | Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec) |
| -3 | diminution modérée de la vigilance | N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel |
| -4 | diminution profonde de la vigilance | Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |
| -5 | non réveillable | Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum) |

conclusion

- Une pratique complexe mais relativement rare en médecine palliative
- Des contextes de mise en œuvre très variés (réa/domicile; Cancer/AVC ...)
- Encore beaucoup de questions dont certaines très techniques
- Besoin d'intégrer d'autres spécialités : monitoring de l'analgésie, de la sédation
- La loi aujourd'hui prescrit , sous certaines conditions, une sédation profonde: nécessité d'une vigilance éthique
- Un risque de dérive de la loi et d'extension des indications
- Des recommandations sont en cours d'élaborations par les sociétés savantes, l' HAS et l' ANESM