



# **L'évaluation respiratoire et la gestion des symptômes**

*Formation pour le personnel infirmier*

Direction des soins infirmiers

Septembre 2020

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



# Plan de la présentation

1. Examen clinique
2. Oxygénothérapie
3. Exacerbation aiguë d'une MPOC
4. Symptômes respiratoires en soins palliatifs : dyspnée, détresse respiratoire et sécrétions respiratoires



# Objectifs de soins

À la fin de cette capsule de formation, vous serez en mesure de :

- Réaliser un examen clinique complet de la fonction respiratoire;
- Administrer de l'oxygène de façon sécuritaire;
- Reconnaître et gérer l'exacerbation aiguë d'une MPOC;
- Reconnaître et gérer les symptômes respiratoires chez un usager en soins palliatifs : dyspnée, détresse respiratoire et sécrétions respiratoire.



# Formation soins infirmiers évaluation pulmonaire

Kimberly Dolbec, Infirmière clinicienne, Intervenante pivot réseau en maladies pulmonaires chroniques

Direction des soins infirmiers

Avril 2020

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



# Examen clinique



# Entrevue

- But : **recueillir des données essentielles** afin de procéder à l'évaluation clinique de la fonction pulmonaire
- Elle consiste en un **questionnaire** qui est complété selon la méthode **PQRSTU**.
- Il est **important d'adapter** les questions à la personne et à la situation clinique.

# Anamnèse

## PQRSTUV

- **P**: Provoquer et pallier
- **Q**: Qualité et quantité
- **R**: Région et irradiation
- **S**: Signes et symptômes associés
- **T**: Temps et intermittent/constant
- **U**: Signification pour le patient (Understanding)
- **V** : Valeurs



# Données subjectives

- Toux / Expectations
- Essoufflement / Dyspnée
- Douleur thoracique à la respiration
- Antécédents médicaux
- Tabagisme et environnement



# Types de toux

Sèche	Grasse non productive	Grasse productive	Quinteuse	Aboyante	Émétisante
Aucune Expectorations  Peut être irritante	Incapacité à déloger les expectorations lors de la toux afin de les cracher.	Grande quantité d'expectorations produites lors de la toux, pouvant être crachées.	Toux répétitive pouvant durer quelques minutes.	Toux stridente	Provoque des vomissements



# Dyspnée

- Sensation **subjective** d'essoufflement ou de difficulté à respirer
- Symptôme courant qui provoque la détresse.
- La présence de dyspnée, en particulier à l'état aigu, peut être le signe d'une maladie sérieuse mettant la vie en danger.
- Une dyspnée chronique est une cause importante d'incapacité.



# Dyspnée

- Surveiller **A « Airways »** afin de s'assurer qu'il n'y ait pas d'obstruction, **B « Breathing »**.
- Questionner le patient afin de recueillir des données complémentaires (**PQRSTU**).
- Une entrevue bien effectuée permettra, selon les caractéristiques de la dyspnée, d'associer cette dernière à différentes origines et nous guidera dans la suite de l'évaluation clinique.

# Échelle de dyspnée

Grade CRM SCT (2008)	Description	Grade CRMm GOLD (2017)
1	Le patient ne s'essouffle pas, sauf en cas d'effort vigoureux	0
2	Le patient manque de souffle lorsqu'il marche rapidement sur une surface plane ou qu'il monte une pente légère	1
3	Le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme sur une surface plane	2
4	Le patient s'arrête pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 verges ou après avoir marché quelques minutes sur une surface plane	3
5	Le patient est trop essoufflé pour quitter la maison ou s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille	4

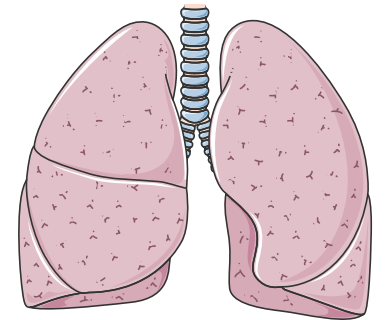


# Douleurs thoraciques

- Observer les manifestations et déterminer le **type de douleur**.
- Questionner le patient afin de recueillir des données complémentaires (**PQRSTU**).
- Une entrevue bien effectuée pourrait permettre d'associer la douleur thoracique à différentes origines et nous guidera dans la suite de l'évaluation clinique.

# Antécédents médicaux et tabagisme

- Valider si la personne est connue avec des antécédents médicaux d'infections respiratoires et/ou de maladies pulmonaires et/ou autre pathologie pouvant être reliée aux symptômes
- Tenir compte du statut tabagique de la personne, pouvant avoir un impact sur sa fonction pulmonaire





# Données objectives

- Examen physique :

- Inspection
- SV
- Auscultation

# Examen physique



**Inspection:** Voir, entendre, sentir,

observation systématique et détaillée du corps ou d'une réaction dans le but de dépister des signes, anomalies ou altération d'une fonction



# Inspection

## Inspection pulmonaire

- Respiration: **FR**, amplitude, aisance, sifflements
- Peau: Coloration, sueur, sèche?
- Nez: Battement?
- Lèvres: Pincement?
- Cou: Contraction du muscle sterno-cléido mastoïdien?
- Thorax: Utilisation des muscles accessoires? Tirage?
- État mental: État de conscience, confusion anormale?
- SV: Pouls, TA, température, **FR, saturation en O2**



# Type de respiration

La respiration peut être :

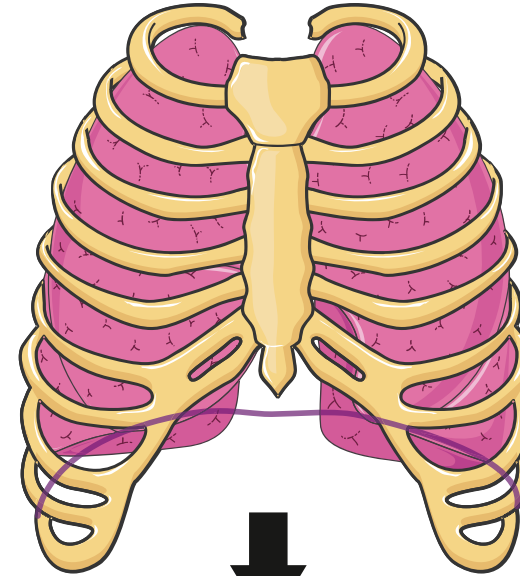
Normale (eupnée)

Superficielle (hypopnée)

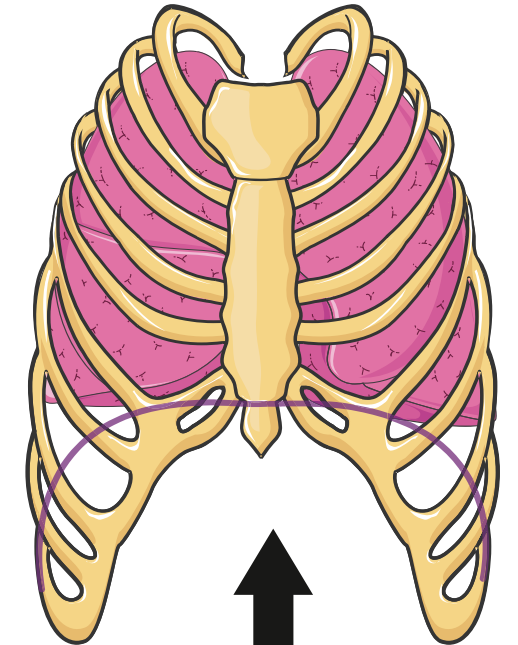
Profonde (hyperpnée)

Rapide (tachypnée)

Lente (bradypnée)



Inspiration



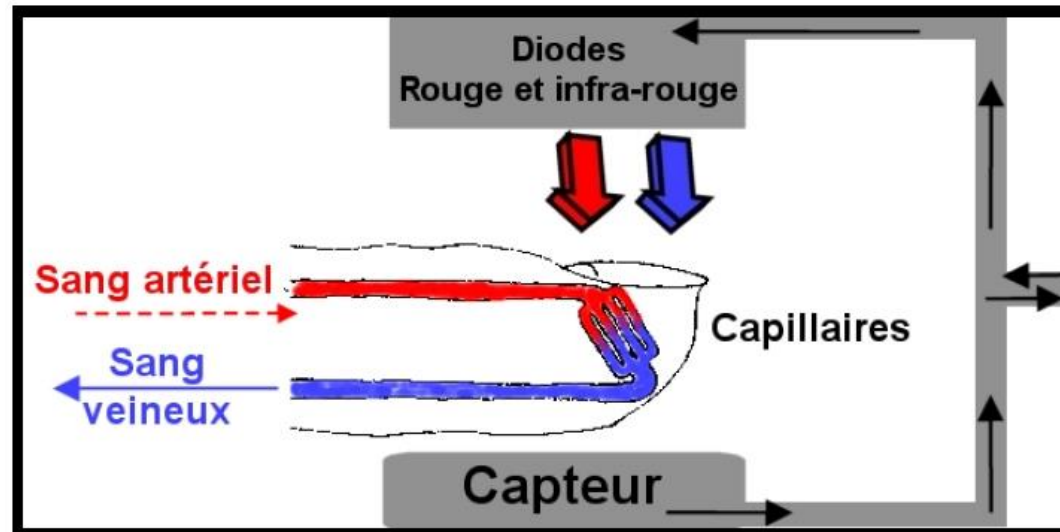
Expiration

**Une tachypnée  $\neq$  une dyspnée**

# Saturation O2

Le capteur luminaireux présente deux côtés, dont :

- un côté qui émet un rayon lumineux;
- un côté qui détecte la lumière.



Ceci permet de mesurer la lumière absorbée par l'oxyhémoglobine et l'hémoglobine non oxygénée dans le sang artériel.



# Mesure de saturation artérielle en O<sub>2</sub>

## Aspects techniques

### 1. Mesure au repos

> 15 minutes

position assise (idéalement)

### 2. Présence d'un pouls de bonne amplitude

Attention : hypotension, hypovolémie, faible débit cardiaque

### 3. Patient sous oxygénothérapie

> 1 heure après l'éveil

lunettes ou masque en place depuis > 30 minutes

# Examen physique : Auscultation pulmonaire

- Permet d'évaluer la présence et la qualité des bruits respiratoires.
- Permet de détecter la présence de bruits adventices (surajoutés).
- Permet de distinguer la normalité de l'anormalité.



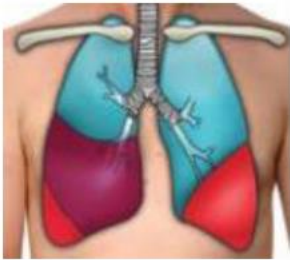
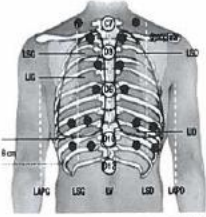

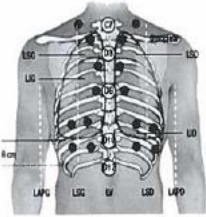


# Examen physique : Auscultation pulmonaire


- L'auscultation se fait directement sur la peau et non sur les vêtements.
- L'auscultation se fait à l'aide du diaphragme du stéthoscope.
- Demander à la personne de respirer par la bouche, un peu plus profondément qu'à l'habitude.
- Tous les lobes pulmonaires devraient être auscultés sur toutes les faces.
- **Si possible**, l'ordre d'auscultation devrait être face postérieure, face latérale, face antérieure.



# Auscultation pulmonaire

## Activité d'auscultation pulmonaire

<p>Face antérieure</p> 	<p>Sites auscultatoires 2. face postérieure</p>  <p>Figure 25 Source: Davis, D. Blomquist, S. (2018). Fundamentals of physical assessment (10th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.</p> <p>Les lignes de repères anatomiques sont la ligne vertébrale (V), les lignes scapulaires gauche (LSC) et droite (RSC) ainsi qu'aux lignes costales postérieures gauche (LAPC) et droite (RAPC).</p>	<p><b>Site d'auscultation :</b></p> <p>Apex pulmonaire G et D LSD et LSG en C1-C2 LSD et LSG en C3-C4 LMD en C4-C5 LID et LIG en C6-C7</p> <p><b>Bruit pulmonaire :</b></p> <p>MV : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> baissé <input type="checkbox"/> augmenté</p> <p>Sibilants Ronchi Crépitants</p>
<p>Face postérieure</p> 	<p>Sites auscultatoires 2. face postérieure</p>  <p>Figure 25 Source: Davis, D. Blomquist, S. (2018). Fundamentals of physical assessment (10th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.</p> <p>Les lignes de repères anatomiques sont la ligne vertébrale (V), les lignes scapulaires gauche (LSC) et droite (RSC) ainsi qu'aux lignes costales postérieures gauche (LAPC) et droite (RAPC).</p>	<p><b>Site d'auscultation :</b></p> <p>Apex pulmonaire G et D en C7 LSG et LSD en D2-D3 LIG et LID en D4-D5 et D5-D6 LIG et LID en D8-D9 X2 D10-D11 X2 gauche et droite</p> <p><b>Bruit pulmonaire :</b></p> <p>MV : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> baissé <input type="checkbox"/> augmenté</p> <p>Sibilants Ronchi Crépitants</p>
<p>Face latérale droite</p> 	<p>Face latérale gauche</p> 	<p><b>Site d'auscultation :</b></p> <p>LMD en C4-C5 LID et LIG en C8-C9 et C9-C10</p> <p><b>Bruit pulmonaire :</b></p> <p>MV : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> baissé <input type="checkbox"/> augmenté</p> <p>Sibilants Ronchi Crépitants</p>

Légende :  Lobe supérieur  Lobe moyen  Lobe inférieur

Élaboré par Patricia Mbimbi, CSI, février 2020

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

# Bruits pulmonaires à l'auscultation

Broncho-vésiculaire



Crépitements aigü



Sibilances

<https://www.youtube.com/watch?v=3GzuDzuYIEg>

Bronchiques



Crépitements fins (râles)



Ronchis

<https://youtu.be/SqewUdTk8T8?t=40>

Crépitements rudes (râles)







# L'oxygénothérapie

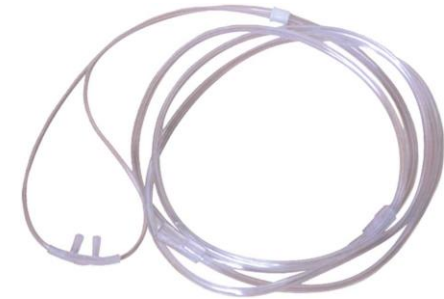
Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

# Conditions pour initier l'oxygénothérapie

Si l'usager présente des **difficultés respiratoires, cyanose, problème cardiaque, DRS**, il faut :

- Respecter les mesures de sécurité et d'hygiène requis
- Évaluer l'état de santé et vérifier les ATCD pulmonaires et cardiaques;
- Vérifier les SV et l'état de conscience;
- S'assurer que les voies respiratoires sont libres;
- Assurer la surveillance étroite et constante.





# Intentions thérapeutiques de l'oxygénothérapie

- Maintenir une oxygénation adéquate en présence de dyspnée :
  - MPOC : SaO<sub>2</sub> comprise entre 88% et 92%.
  - Non connu MPOC : SaO<sub>2</sub> supérieure à 95%.
- Soulager et assurer le confort.



# Contre-indications pour l'oxygénothérapie

- Hyperventilation.
- Usager connu MPOC avec une saturation  $>88\%$ .
- Le niveau de soins 3 serait-il une contre-indication à initier cette OC?



# L'exacerbation aiguë de la MPOC



# Exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC)

Détérioration rapide (24-48H) d'une condition respiratoire stable qui se manifeste par au moins un des symptômes suivants :

- **Changement dans les sécrétions** (couleur, volume, consistance)
- **Augmentation de la dyspnée**

**NB :** toujours tenir compte des autres pathologies possibles et des antécédents (pneumonie, pneumothorax, insuffisance cardiaque, embolie, etc.)



# Physiopathologie de l'exacerbation

- Inflammation aiguë endobronchique (œdème)
  - Augmentation des sécrétions
  - Bronchospasme
  - Augmentation de la rétention gazeuse (trapping)
  - Aggravation des anomalies des échanges gazeux
- 
- ↓ VEMS ⇒ DYSPNÉE AIGUË ⇒ ANXIÉTÉ

# Facteurs qui peuvent aggraver les symptômes (EAMPOC)



## Polluants de l'air intérieur

- fumée de cigarette, produits d'entretien ménager, odeurs fortes, poussières



## Polluants de l'air extérieur

- gaz d'échappement, fumées industrielles, smog



## Émotions

- colère, anxiété, stress



# Évaluation de la probabilité de surinfection de la MPOC

## Symptômes depuis plus de 48 heures

- Modification de la coloration des sécrétions et augmentation de la quantité des sécrétions
- Augmentation de la dyspnée

Adaptation du Module 9, Programme Provincial de Formation sur la MPOC et l'Insuffisance Cardiaque produit par le MESS 2003 à partir du Plan d'action du Programme «Mieux vivre avec une MPOC». Bourbeau J, Nault D et al. Édition 2006

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



# Critères de gravité Signes

- Tachypnée
- Tirage et respiration paradoxale
- Apparition ou  $\uparrow$  des bruits adventices à l'auscultation,  $\downarrow$  murmure vésiculaire
- Cyanose
- OMI (insuffisance cardiaque droite)
- Instabilité cardiovasculaire (arythmie, hypotension, tachycardie)

# Critères de gravité Signes

- Dyspnée sévère
- Orthopnée
- Céphalée matinale
- Confusion et/ou somnolence
- Atteinte de l'état général



# Examen clinique

- Effectuer l'examen clinique complet (données subjectives et objectives)



- S'assurer d'avoir tous les éléments nécessaire afin d'utiliser le jugement clinique approprié selon la situation



# Plan d'action

Établir avec le/la patiente les actions à prendre pour gérer l'exacerbation d'une MPOC :

- ↑ bronchodilatateurs à courte action en inhalation pour 48h
- Débuter antibiotique si infection respiratoire et/ou prednisonne si a déjà augmenté bronchodilatateur à courte action en inh depuis 48h → contacter médecin si pas de prescription en réserve
- Réévaluer le patient à chaque 24h
- Contacter le médecin si état se détériore

**N'oubliez pas d' ...**

**aviser le médecin responsable de  
votre observation infirmière selon  
votre jugement clinique.**





# N'oubliez pas de ...

## Documenter :

- PTI
- Notes d'observation infirmière
- Plan de travail PAB
- FADM



# Annexes


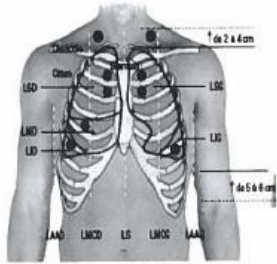

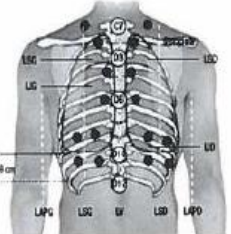







## Types de respiration

	Fréquence	Amplitude	Type	Causes possibles
Adulte normal	10-20/min	Normale	Régulière	
Polypnée	> 20/min	Diminuée		
Tachypnée	> 24/min	Superficielle	Régulière	Peur, T°, exercice physique, insuffisance respiratoire, pneumonie, alcalose, pleurésie, lésion tronc cérébral
Bradypnée	< 10/min	Normale	Régulière	Drogues induisant dépression respiratoire, ↑ PIC, coma diabétique
Hyperventilation	> 20/min	Augmentée	Régulière	Peur, anxiété, efforts extrêmes, acidocétose diabétique, coma hépatique, intoxication aux salicylates, phénomène compensatoire lors d'acidose
Hypoventilation	< 10/min	Superficielle	Irrégulière	Dose excessive de narco/anesthésique allongement prolongé, douleur augmentant à l'inspiration
Cheyne-Stokes	Augmentation progressive suivie d'une diminution progressive à chaque respiration	Augmentation progressive suivie d'une diminution progressive à chaque respiration	Cycle régulier de respiration croissante et décroissante (30-45 sec.) suivi de période d'apnée (environ 20 sec.)	Insuffisance cardiaque majeure, insuffisance rénale (urémie), méningite, intoxication médicamenteuse, ↑ PIC, troubles neurologiques
Biot	3-4 respirations normales suivies d'une période d'apnée variant de 10 à 60 secondes	Variable	Irrégulier Cycle variable	Trauma crânien, abcès cérébral, AVC, coup de chaleur, encéphalite
Obstructive chronique	Variable	Normale	Inspiration normale Expiration prolongée	MPOC



## Activité d'auscultation pulmonaire

<p><b>Face antérieure</b></p> 	<p><b>Sites auscultatoires</b> 1. face antérieure</p>  <p>Figure 14 Source: Doan, O &amp; Langer, S. (2016). Évaluation clinique d'une personne symptomatique. 5ème édition. PÉTERSSEN EDU.</p> <p>Les lignes de repères anatomiques sont la ligne sternale (LS), les lignes médioclaviculaires gauche (LMCG) et droite (LMCD) ainsi que les lignes axillaires antérieures gauche (LAA G) et droite (LAA D).</p>	<p><b>Site d'auscultation :</b></p> <p>Apex pulmonaire G et D LSD et LSG en C1-C2 LSD et LSG en C3-C4 LMD en C4-C5 LID et LIG en C6-C7</p> <p><b>Bruit pulmonaire :</b></p> <p>MV : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> baissé <input type="checkbox"/> augmenté</p> <p>Sibilants</p> <p>Ronchi</p> <p>Crépitations</p>
<p><b>Face postérieure</b></p> 	<p><b>Sites auscultatoires</b> 2. face postérieure</p>  <p>Figure 15 Source: Doan, O &amp; Langer, S. (2016). Évaluation clinique d'une personne symptomatique. 5ème édition. PÉTERSSEN EDU.</p> <p>Les lignes de repères anatomiques sont la ligne vertébrale (LV), les lignes scapulaires gauche (LSG) et droite (LSD) ainsi que les lignes axillaires postérieures gauche (LPSG) et droite (LPO).</p>	<p><b>Site d'auscultation :</b></p> <p>Apex pulmonaire G et D en C7 LSG et LSD en D2-D3 LIG et LID en D4-D5 et D5-D6 LIG et LID en D8-D9 X2 D10-D11 X2 gauche et droite</p> <p><b>Bruit pulmonaire</b></p> <p>MV : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> baissé <input type="checkbox"/> augmenté</p> <p>Sibilants</p> <p>Ronchi</p> <p>Crépitations</p>
<p><b>Face latérale droite</b></p> 	<p><b>Face latérale gauche</b></p> 	<p><b>Site d'auscultation :</b></p> <p>LMD en C4-C5 LID et LIG en C8-C9 et C9-C10</p> <p><b>Bruit pulmonaire</b></p> <p>MV : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> baissé <input type="checkbox"/> augmenté</p> <p>Sibilants</p> <p>Ronchi</p> <p>Crépitations</p>

Légende :  Lobe supérieur  Lobe moyen  Lobe inférieur



### 3- Auscultation pulmonaire

Bruits adventices (surajoutés)	Description	Mécanisme	Exemples
<b>Continus</b>			
<b>Stridor</b>	Bruit fort, haute tonalité Monophonique, rauque, principalement inspiratoire	<b>Bruit extrapulmonaire</b> - Provient du larynx ou de la trachée. Indique une obstruction des voies respiratoires supérieures r/a œdème, inflammation, corps étranger.	Épiglottite aiguë, croup, inhalation d'un corps étranger.  <i>Situation urgente mettant la vie en danger</i>
<b>Sibilances</b>	Tonalité aiguë Prédominance à l'expiration, mais peuvent se produire à l'inspiration. <i>Ballon qu'on dégonfle lorsqu'on pince l'orifice.</i>	<b>Bruits intrapulmonaires</b> - Passage de l'air qui traverse rapidement un passage rétréci par un spasme, de l'œdème, des sécrétions, ou une masse.	Obstruction des voies respiratoires, crise d'asthme, emphysème, bronchospasme.
<b>Wheezing</b>	Audible à l'oreille. Principalement à l'expiration.		
<b>Ronchis</b>	Tonalité basse Prédominance à l'expiration Peuvent disparaître après une toux efficace ou s'il y a aspiration des sécrétions <i>Ronflement</i>	<b>Bruits intrapulmonaires</b> - Passage de l'air qui se frotte aux parois des grosses bronches qui ont perdu de leur élasticité ou sont couvertes de sécrétions, ce qui cause la vibration et le bruit	MPOC, fumeur, bronchite, pneumonie, présence de sécrétions.
<b>Discontinus</b>			
<b>Crépitants fins</b>	Sons doux, haute tonalité, très brefs, intermittents Audibles surtout en fin d'inspiration Ne disparaissent pas si la personne tousse <i>Mèche de cheveux qu'on roule entre les doigts, grésillement</i>	<b>Bruits intrapulmonaires</b> - Air inhalé entre en collision avec les alvéoles collapsées  - Causés par la présence de sécrétions, de pus, de liquide	Fin d'inspiration : pneumonie, fibrose interstitielle, insuffisance cardiaque.  Début d'inspiration : désordres obstructifs : MPOC, asthme
<b>Crépitants rudes</b>	Sons forts, basse tonalité, plus longs Audibles lors de l'inspiration et en début d'expiration Peuvent diminuer si la personne tousse, change de position ou est aspirée <i>Feu de bois qui pétille, mais qui éclate, gargouillement</i>	<b>Bruits intrapulmonaires</b> - Air qui entre en collision avec l'accumulation de sécrétions dans la trachée, et les bronches principales	Œdème pulmonaire, pneumonie, fibrose pulmonaire, personne en phase terminale avec un réflexe de toux diminué.

Reproduction autorisée. (Brûlé, M., Cloutier, L. (2002) p.p. 284-286. Jarvis, C. (2009) p. p.493-494).

Préparé par : Valérie Richard, Émilie Laplante, Marjolaine Di Marzio, Fabiola Barbier  
© HMR.CESI (2013) Révisé janvier 2015 par Valérie Martel et Mélanie Saumur.

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



# Références

- Brûlé, M., Cloutier, L. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Montréal : Éditions du renouveau pédagogique.
- CEMTL (2020). Prise en charge sécuritaire des résidents avec dyspnée.
- Conseil médical du Canada (2020). La dyspnée. Consulté le 6 avril 2020 : <https://mcc.ca/fr/objectifs/expert/key/27/>.
- Direction des soins infirmiers (Mise à jour 2015). Formation évaluation clinique cardio-pulmonaire.
- Direction des soins infirmiers (2020). Formation soins infirmiers - clientèle soutien à domicile COVID-19.CEMTL
- SCT (Mise à jour 2008) Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique.
- Jarvis, C. (2009). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal : Beauchemin, Chenelière Éducation.
- MESS (2003). Exacerbation de la MPOC et évaluation clinique à domicile – Ateliers ; Adaptation du Module 9, Programme Provincial de Formation sur la MPOC et l'Insuffisance Cardiaque.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2019). Hygiène des mains avec eau et savon.
- OPIQ (Mise à jour 2016). Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoires.Consulté le 6 avril 2020 : [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/Opiq\\_Guide\\_EvaluationProblemeRespratoire\\_2016\\_VF.pdf](https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/Opiq_Guide_EvaluationProblemeRespratoire_2016_VF.pdf)



# Symptômes respiratoires chez usagers en soins palliatifs

Mara De Simone, CCSI soins palliatifs et gestion de la douleur

Sabrina Primiano, CSI soins palliatifs

Direction des soins infirmiers,  
Juillet 2020



# Dyspnée

## Définition :

- Expérience **subjective** de difficultés respiratoires
- Expérience dépendante de facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux qui entraînent des comportements selon les usagers et leur vécu

## Incidence accrue lorsque:

- Néoplasie pulmonaire
- MPOC
- Insuffisance cardiaque
- Métastases cérébrales

(Lamoureux, 2011; Parshall et al., 2011)



# À ne pas confondre avec ...

## Tachypnée

- Augmentation du rythme respiratoire

## Hyperpnée

- Augmentation de la profondeur de la respiration

## Polypnée

- Hausse de la fréquence respiratoire associée à une baisse de l'amplitude des mouvements respiratoires





# Physiopathologie

Physiopathologie :

- **Déséquilibre** entre la **commande** et le **résultat obtenu** = **sensation subjective** de dyspnée
- Complexe et pas entièrement comprise
- Implique :
  - Mécanorécepteurs des voies respiratoires
  - Parenchyme pulmonaire
  - Muscles respiratoires
  - Chémorécepteurs détectant l'hypoxie et l'hypercapnie
  - Centre respiratoire dans le cerveau
- **Sensation de dyspnée** : Indépendant des tests de fonction respiratoire et de la saturation en oxygène



# Évaluation

## Identifier usagers à risque

### Collecte de données :

- **Signes cliniques**
  - Bouche ouverte, cyanose péribuccale, toux, bruits particuliers
- **Termes utilisés pour la décrire**
  - «J'étouffe», «Je suis à bout de souffle», «Je suffoque»
- **Signes d'anxiété**
  - Agitation, pleurs, visage crispé
- **Facteurs d'apaisement ou d'exacerbation**
  - En soirée, après le départ des proches
- **Trajectoire**
  - Apparition rapide ou graduelle; continue ou intermittente
- **Symptômes associés**
  - Douleur, toux, ...

# Évaluation

## Examen physique

- Examen général
- Tête et cou
- Thorax et appareil respiratoire, exemples :
  - Rythme, fréquence, amplitude respiratoire
  - Utilisation des muscles accessoires
- Utiliser une échelle verbale numérique pour objectiver sensation
  - 0 (pas d'essoufflement) à 10 (le pire essoufflement)



(Pereira, 2018)



# Interventions non-pharmacologiques

- **Attitude** rassurante
- **Environnement** calme
- **Position** confortable
- **Priorisation** des activités
- **Relaxation**, distraction
- Stimulation du **nerf trijumeau** (ventilateur dirigé vers la joue) permettant de ↓ sensation de dyspnée
- **Soins de bouche** réguliers



# Approche à favoriser

## 1. Opiacés

- Mécanisme d'action :
  - ↓ perception au niveau central
  - récepteurs *mu* au niveau des bronches
- Si titrage judicieux et doses appropriées : pas de dépression respiratoire

## 2. Benzodiazépines

- Peut ↓ anxiété causée par la dyspnée
- Données probantes: pas d'évidence scientifique unanime sur l'efficacité des benzo comme traitement primaire de la dyspnée

## 3. Bronchodilatateurs et stéroïdes inhalés

- Peuvent être utiles, mais seulement en présence de bronchospasme

(Lamoureux, 2011; Parshall et al., 2011, Pereira, 2018)



# Oxygénothérapie

- **Usagers hypoxiques**

- Peut être utile
- Faire preuve de prudence chez usagers atteints de MPOC

- **Usagers non-hypoxiques**

- Rôle de la supplémentation en O<sub>2</sub> n'est pas clair dans la prise en charge
- Essai thérapeutique pour identifier usagers pouvant en bénéficier

- **Période d'agonie**

- Usager inconscient et en fin de vie imminente : pas nécessaire de poursuivre O<sub>2</sub>
  - Attention : famille peut interpréter ce geste et penser qu'on arrête le traitement qui maintient la vie, donc enseignement et rassurance seront nécessaires
- Éviter d'amorcer l'administration d'O<sub>2</sub> durant cette période (prolonge agonie)



# Sécrétions de fin de vie

## Définition:

- Bruits ronflants produits par le mouvement oscillatoire des sécrétions qui s'accumulent dans les voies aériennes et se déplacent lors des phases inspiratoire et expiratoire

**Prévalence:** ± 25% à 95%

## Facteurs de risque

- Néoplasie pulmonaire
- Phase terminale prolongée (> 72 h)
- Métastases cérébrales
- Pneumonie et dysphagie
- Dénutrition marquée/longue maladie

**Signe de mort imminente:** > 75% de décès dans les 48 h suivant le début



# Causes et facteurs contributifs

## Causes possibles

- Accumulation de sécrétions dans les voies respiratoires supérieures (oropharynx et bronches)
- Diminution du diamètre des voies aériennes
- Modification du rythme respiratoire

## Facteurs contributifs

- ↓ réflexes de protection des voies aériennes
- Fonte musculaire
- ↑ sécrétion de l'hormone antidiurétique (ADH)
- Dénutrition - ↓ albumine - ↓ pression oncotique
- ↓ niveau conscience et réflexe de la toux

(Clark et Butler 2009; Fielding et Long, 2014; Vinay, 2018)



# Sécrétions : stressseurs

## Pour les membres des familles:

- Interprètent les sécrétions comme cause d'inconfort important
- Génère détresse
- Perçoivent les sécrétions comme indicateur de fin de vie du proche

## Pour l'usager:

- Si conscient: inconfort possible causé par les sécrétions
- Si inconscient : n'a pas connaissance des sécrétions et n'est pas incommodé

## Pour les soignants:

- Sentiment possible d'impuissance
- Peut générer détresse
- Peut pousser vers un besoin d'agir



# Échelle de Victoria

- Permet évaluation quantitative de l'embaras respiratoire



Score	Observation
0	Absent, inaudible
1	Audible à 30 cm du thorax du patient
2	Audible au bout du lit
3	Audible à la porte de la chambre ou de plus loin

(Dudgeon 2010; Fielding 2014; Vinay 2012)



**Lorsqu'un de vos usagers présentent  
des sécrétions respiratoires, que faites-  
vous?**



# Approche thérapeutique

**Identifier** les usagers plus à risque

**Préparer** la famille à la mort imminente

- Expliquer l'étiologie
- Expliquer la prévalence (signe fréquemment rencontré en fin de vie)
- Expliquer les changements à venir

**Expliquer** les limites des choix thérapeutiques

- Réponse au traitement pharmacologique est variable

**Expliquer** à la famille qu'il est fort probable que l'usager **inconscient** ne soit pas incommodé par les sécrétions

(Pereira, 2018)



# Traiter ou ne pas traiter?

## Prendre en considération

- Réponse au traitement pharmacologique : variable
- Effets secondaires induits par la médication
- Souhaits de l'utilisateur : si inconscient, il ne peut nous faire part de son choix ni de son inconfort
- Détresse des soignants vs celle de la famille
  - Désir de faire quelque chose face à l'impuissance ressentie
  - Confrontation idéal de belle mort

# Effets indésirables des anticholinergiques



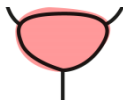
- Vision embrouillée, photophobie  
(attention : glaucome à angle fermé)



- Bouche sèche



- Tachycardie – palpitations



- Rétention urinaire



- Constipation



- Sédation, confusion, délirium, hallucinations, agitation paradoxale  
(sauf glycopyrolate)

(Dion, 2017)



# Approche pharmacologique

- Taux de réponse à la médicament: 30 à 50% des patients
- Chez patient conscient, il faut se questionner si la présence de sécrétions entraîne de l'inconfort :
  - Si OUI, on peut tenter un **anticholinergique** à la plus petite dose possible pour obtenir l'effet souhaité
    - Glycopyrrolate (Robinul<sup>MD</sup>) : moins sédatif
- Chez patient inconscient
  - Présence d'inconfort?
    - Scopolamine (Bromhydrate de scopolamine<sup>MD</sup>) : Produit aussi une **sédation marquée**

(Lamoureux 2011; Lokker et al., 2014; Vinay et al 2010)



# Interventions non pharmacologiques

- Chez les patients dysphagiques
  - Autant que possible, cesser les apports per os
  - Si inacceptable de cesser l'alimentation pour la personne et proches
    - Informer des risques
    - Épaissir les liquides si améliore la situation
    - Surveiller les signes possibles d'aspiration: toux, fièvre, difficulté resp.
- **Soins de bouche** réguliers
- **Positionnement** sur le côté
- Éviter l'hydratation artificielle chez quelqu'un en fin de vie

(Tremblay et De Simone, 2018)

# Soutien aux familles

- Termes à privilégier : sécrétions ou congestion
- Questionner sur l'interprétation ou le sens donné à ce symptôme
- Rassurer
- Expliquer qu'il s'agit d'un signe de fin de vie imminente
- Donner le temps d'intégrer et de poser des questions



(Pereira, 2018)





# Détresse

Selon l'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS):

- On parle de détresse lorsqu'une personne présente:
    - **Critère 1** : une détresse aiguë subite caractérisée par un état de panique
- Associée à:**
- **Critère 2** : l'une des trois manifestations cliniques suivante:
    - Détresse respiratoire majeure subite **OU** douleur intolérable d'apparition subite **OU** d'augmentation rapide **OU** hémorragie massive

(INESSS, 2020)

# Détresse respiratoire

## Critères de l'INESSS (2020)

<p><b>Critère 1 :</b> <b>État de panique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Présence d'au moins un des signes suggestifs d'un état de panique :<ul style="list-style-type: none"><li>• Terreur</li><li>• Agitation</li><li>• Anxiété intense</li></ul></li></ul>
<p><b>Critère 2 :</b> <b>Une des trois manifestations cliniques</b></p>	<p><b>1- Détresse respiratoire majeure subite:</b> Présence d'au moins un des signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure subite:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Difficulté respiratoire intolérable et constante au repos avec recherche constante d'air</li><li>▪ Tachypnée</li><li>▪ Tirage</li><li>▪ Embarras bronchique sévère</li></ul> <p><b>2- Douleur intolérable d'apparition subite ou d'augmentation rapide</b></p> <p><b>3- Hémorragie massive</b></p>

Pour plus d'informations, consulter :

[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Detresse/INESSS\\_PMN\\_Detresse\\_Protocol.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_PMN_Detresse_Protocol.pdf)



# L'ordonnance de «détresse»

- Indication: détresse respiratoire **et/ou** hémorragie massive
- Classe des médicaments utilisés:
  - **Benzodiazépines** (administrer en premier, début d'action rapide, environ 10 minutes):
    - Effets sédatifs, anxiolytiques, amnésiants
  - **Opiïdes** (durée d'action : 2 à 4 heures) :
    - Diminue sensation de dyspnée
    - Potentialise l'effet des benzodiazépines et des anticholinergiques
  - **Anticholinergiques** (durée d'action : 2 à 4 heures) :
    - Diminue sécrétions pharyngées et bronchiques
    - Diminue effort respiratoire
    - Scopolamine (Hyoscine hydrobromide <sup>MD</sup>) provoque sédation et amnésie rapide d'environ 2h00
- Voie d'administration : S.C



# L'ordonnance de détresse

- **Contre-indications** à l'application d'une ordonnance de détresse :
  - Personne inconsciente
  - Personne qui présente une manifestation clinique isolée ou un seul symptôme réfractaire qui n'est pas accompagnée d'un état de panique

# Références

- Coutu-Lamontagne, I., (2008) . Les symptômes respiratoires dans. Guide pratique de soins palliatifs. 4e éd. Association des pharmaciens d'établissements de santé du Québec.
- Clark, K. et Butler, M. (2009). Noisy respiratory secretions at the end of life, *Current opinions in Supportive and Palliative Care*, 3, 12-124
- Dion, D. (2017). Approche *précoce* en soins palliatifs et gestion des symptômes en fin de vie. Présentation faite le 15 septembre 2017. Formation continue intitulée : l'art du niveau de soins et de la fin de la vie. CEMTL.
- Dudgeon, D. (2010). Dyspnea, death rattle and cough. Dans B. Ferrel and N. Coyle. *Oxford Textbook of palliative nursing*. 3e éd. 303-319.
- Fieldings, F. (2014). The death rattle dilemma, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16 (8).
- Fraser Health. (2006). Terminal Secretions/Congestion. Hospice palliative care program. Symptom guidelines.
- Frenette, G. & Barbant, A-D, Maison Victor Gadbois. (2005). La dyspnée et la détresse respiratoire en soins palliatifs.
- Hirsh, C.A., Marriot, J.F. et Faull, C.M. (2012). Influences on the decision to prescribe or administer anticholinergic drugs to treat death rattle: A focus group study. *Palliative medicine*, 27 (8) 732-738
- INESSS. (2020). Protocole médical national. Administrer les médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez une personne recevant des soins palliatifs. Repéré à :  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Detresse/INESSS\\_Protocole\\_medical\\_national\\_Soins\\_palliatifs-detresse\\_Final.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_Protocole_medical_national_Soins_palliatifs-detresse_Final.pdf)
- Lamoureux, M. (2011). Les symptômes respiratoires. Présentation dans le cadre de capsules de formation destinées aux infirmières en oncologie.
- Lokker, M. E., van Zuylen, L., van der Rijt, C. C., & van der Heide, A. (2014). Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 105-122
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Approche palliative, lorsque tout reste à faire.
- Parshall, M. B., Schwartzstein, R. M., Adams, L., Banzett, R. B., Manning, H. L., Bourbeau, J., ... & Mahler, D. A. (2012). An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 185(4), 435-452.
- Pereira, J. L. (2018). *The Pallium palliative pocketbook: a peer-reviewed, referenced resource*. Pallium Canada.
- Tensaout, H. (2018). Capsule sur les symptômes respiratoires. Document inédit.
- Tremblay, N. et De Simone, M. (2019). Capsule sur les symptômes respiratoires. Document inédit.
- Vinay, P. et al., (2010). Soigner les râles terminaux. *Médecine palliative*, 9, 148-156.
- Vinay, P. et al., (2011). Physiologie du mourir: sécrétion accrue d'ADH en fin de vie. *Médecine Palliative*, 1, 137-143.
- Vinay, P. (2012). Origine et traitement des râles bronchiques. Présentation. Montréal.



**CIUSSS**  
**de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

**[www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca)**

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 