

J.-P. Janssens

Pr Jean-Paul Janssens
 Service de pneumologie
 Département des spécialités de
 médecine
 HUG, 1211 Genève 14
 jean-paul.janssens@hcuge.ch

Rev Med Suisse 2013; 9: 229-30

L'insuffisance respiratoire a un impact marqué sur la qualité de vie des patients affectés.¹ Les données disponibles dans la littérature concernent surtout les patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Ainsi, on rapporte que 94% des patients atteints de BPCO sévère (définie par un volume expiratoire maximum seconde (VEMS) < 30% du prédit) souffrent de dyspnée, 71% se sentent adynamiques ou fatigués, 40% environ souffrent de troubles dysthymiques (états dépressifs et/ou anxieux).¹ Dans l'étude classique de McSweeney et coll., validant les bienfaits de l'oxygénothérapie au long cours lors de BPCO sévère, 42% des patients inclus souffraient de troubles dépressifs (vs 9% dans une population témoin).² Les patients se décrivaient souvent comme tendus, fatigués, sans énergie, déprimés, et parfois confus. Le pronostic de ces cas est souvent sombre, et tout à fait comparable à celui de patients oncologiques. Ainsi, la mortalité de patients souffrant de BPCO sévère et hospitalisés pour exacerbation aiguë est de 22 à 43% à un an. Pourtant, peu d'insuffisants respiratoires font l'objet d'une prise en charge systématique par des spécialistes en soins palliatifs.

UN INTÉRÊT NOUVEAU

Il existe depuis peu, dans la littérature pneumologique, un intérêt pour une réflexion sur les conditions de fin de vie lors de BPCO sévère et pour une approche palliative intégrée à la prise en charge spécialisée. Ainsi Vitacca et coll. ont étudié les trois derniers mois de vie de sujets sous ventilation à domicile (69% souffraient de BPCO).³ Les résultats de ce travail soulignent l'importance potentielle de directives anticipées dans cette population: 72% des patients avaient été hospitalisés au moins une fois au cours de leurs trois derniers mois de vie; dans 90% des cas, les patients avaient été admis aux soins intensifs. Le fait d'avoir une

Patient à bout de souffle : morphine, oxygène ou les deux ?

BPCO augmentait le risque de décéder à l'hôpital, et en particulier aux soins intensifs. Dans ce travail, le contrôle des symptômes n'était satisfaisant que dans 50% des cas. Les auteurs soulignent notamment l'usage insuffisant des opiacés, avec un taux élevé d'effets secondaires. L'étude SUPPORT (Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments) a cherché à documenter la perception des proches quant aux symptômes de patients au cours des jours précédant le décès: les investigateurs montrent d'une part que 90% des patients BPCO souffraient de dyspnée au cours des trois jours précédant leur décès; d'autre part, 15 à 20% des patients étaient en désaccord avec les options thérapeutiques prises, c'est-à-dire qu'ils auraient souhaité une attitude davantage ciblée sur le confort.⁴

LES TRAITEMENTS

Sur le plan thérapeutique, à part les traitements spécifiques de la BPCO qui ont pour la plupart un effet sur la dyspnée, la morphine à faibles doses (10-30 mg/jour) a un effet documenté, bien que parfois modeste, sur la dyspnée.^{5,6} Les benzodiazépines sont par contre sans effet sur la dyspnée en tant que symptôme isolé. Il est virtuellement impossible d'estimer de façon précise le pronostic de sujets atteints de BPCO sévère ou très sévère (figure 1). Ainsi,

des mesures telles que la réhabilitation respiratoire prennent tout leur sens car elles permettent au patient de gagner même modestement en autonomie, facteur important pour la thymie. Le réentraînement sous ventilation non invasive permet de mobiliser les membres supérieurs ou de faire faire de la bicyclette ergométrique à des sujets pratiquement grabataires.⁷ Ces traitements, associés à une supplémentation nutritionnelle et parfois à des anabolisants, font partie des outils palliatifs lors de la prise en charge de BPCO sévères.^{8,9} D'autres outils contribuent à diminuer la dyspnée tels que l'oxygène liquide, ou encore la ventilation non invasive (VNI) nocturne, voire diurne.

IMPORTANTES DES ÉQUIPES DE SOINS PALLIATIFS

L'expertise des professionnels des soins palliatifs est nécessaire dans la prise en charge de patients insuffisants respiratoires: elle doit permettre une meilleure connaissance des attentes du patient et de ses proches, encourager un meilleur contrôle symptomatique et une anticipation de l'attitude la plus appropriée lors d'exacerbation aiguë. Un des défis est le choix du moment opportun pour aborder le problème des directives anticipées, ou plutôt des choix thérapeutiques (*advanced care planning*), en raison de l'évolution très imprévisible de la maladie. L'autre défi dans la prise en soins

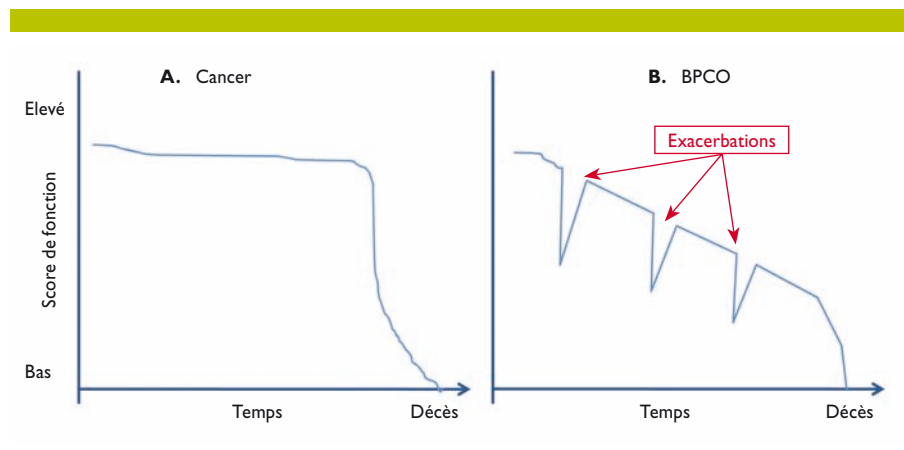


Figure 1. Pronostic de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sévère: similaire à celui des patients oncologiques (Adaptée de Lynn J. JAMA 2001).

de ces patients est d'allier le traitement symptomatique à des aspects «high-tech» de la prise en charge (supports ventilatoires, réentrainement sous VNI), ce qui nécessite une approche multidisciplinaire. ■

Implications pratiques

- ▶ Un meilleur contrôle des symptômes, et en particulier de la dyspnée, est souhaitable lors d'insuffisance respiratoire chronique
- ▶ Ceci nécessite le plus souvent une approche multidisciplinaire et une certaine technicité
- ▶ Les techniques de réhabilitation respiratoires sont utiles à tous les stades de la maladie
- ▶ L'expertise des professionnels des soins palliatifs est nécessaire tant pour un meilleur contrôle des symptômes que pour mieux définir les désirs du patient sur le plan du traitement

Bibliographie

- 1 Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Tennstedt S, Portenoy RK. Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage* 2009;38:115-23.
- 2 McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK, Adams KM, Timms RM. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1982;142:473-8.
- 3 Vitacca M, Grassi M, Barbano L, et al. Last 3 months of life in home-ventilated patients: The family perception. *Eur Respir J* 2010;35:1064-71.
- 4 Lynn J, Teno JM, Phillips RS, et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously

ill patients. SUPPORT Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *Ann Intern Med* 1997;126:97-106.

- 5 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.
- 6 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.
- 7 Takahashi H, Molleyres S, Dousse N, Contal O, Janssens

JP. Early exercise training after exacerbation in patients with chronic respiratory failure. *Rev Med Suisse* 2011;7:2301-6.

- 8 Pison CM, Cano NJ, Cherion C, et al. Multimodal nutritional rehabilitation improves clinical outcomes of malnourished patients with chronic respiratory failure: A randomised controlled trial. *Thorax* 2011;66:953-60.
- 9 Samaras N, Samaras D, Lang PO, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: Risk and benefit of testosterone therapy. *Rev Med Suisse* 2012;8:2224-7.