

## Encombrement bronchique en soins palliatifs

(Dans les cas généraux)

**Dans toutes les situations, évaluer l'intérêt des traitements en fonction de l'avancée de la maladie. Ils ne doivent pas aggraver l'inconfort**

### ■ DEFINITION

L'encombrement correspond à une hypersécrétion bronchique avec difficultés d'expectoration dont le retentissement est source d'angoisse et d'inconfort pour le patient et l'entourage

Le rôle agonique : bruit produit lors de la respiration par le mouvement des sécrétions stagnantes dans les régions pharyngo-laryngées et trachéo-bronchiques, en raison d'une perte des réflexes de déglutition et de toux. Il annonce le décès prochain. S'il est mal vécu par les proches, il n'est pas douloureux.

### ■ RECHERCHER LES CAUSES DE L'ENCOMBREMENT BRONCHIQUE EN SOINS PALLIATIFS

L'encombrement des voies respiratoires fréquent en soins palliatifs peut correspondre à 4 mécanismes isolés ou associés :

- ✚ **L'hémorragie** (hémoptysie)
- ✚ **La bronchorrhée** : hypersécrétion de mucus bronchique, elle peut avoir de nombreuses causes (*inflammatoire, infectieuse, tumorale ou hémodynamique*)
- ✚ **Les causes iatrogènes** (sédatif, antitussif, morphinique, hyperhydratation)
- ✚ **L'inhalation** : pénétration dans les voies aériennes inférieures de substances provenant de l'extérieur (*sécrétions naso-pharyngées, liquide gastrique ou alimentaire*)

### ■ ON S'ATTACHERA TOUJOURS A

- ✚ **INFORMER** et **RASSURER** le patient et son entourage (*écoute et présence*).
- ✚ **EVALUER** la gêne ressentie par le patient
- ✚ **RECHERCHER** et **TRAITER** la cause de l'encombrement
- ✚ **SOULAGER** ce symptôme qui peut être angoissant tant pour le patient que pour son entourage (*intérêt des prescriptions médicales anticipées*)

## APPROCHES NON MEDICAMENTEUSES

- ✚ **Réalisation de soins de bouche** afin de limiter l'accumulation de sécrétions et diminuer la sensation de bouche sèche
- ✚ **Soulager** une dyspnée, une angoisse associée (*proposer la relaxation...*)
- ✚ **Installer** le patient dans une **position adéquate** (*position semi assise, décubitus ¾*)
- ✚ **Prévenir les fausses routes** en adaptant les textures, en favorisant l'alimentation plaisir et en évaluant le bénéfice/risque du maintien de l'alimentation

#### Favoriser le drainage et l'évacuation des sécrétions :

- En collaboration avec le kinésithérapeute
- Aspiration nasotrachéale avec l'accord du patient. Bien évaluer les bénéfices attendus car c'est une technique invasive. Envisager une antalgie pour limiter la pénibilité de cet acte.

Dans les situations palliatives avancées, il faut savoir privilégier le confort.

## APPROCHES MEDICAMENTEUSES A TITRE INDICATIF

#### Evaluer l'hydratation

#### Adapter les formes galéniques des médicaments

### En situation palliative

#### Traitement spécifique d'une étiologie déterminée :

- Bronchodilatateur associé à de la kinésithérapie respiratoire et/ou vérification du réflexe de toux
- Corticoïdes par voie orale, aérosol, intraveineuse, sous cutanée
- Diurétique intraveineuse, sous cutanée ou per os
- Radiothérapie hémostatique
- Ocréotide (SANDOSTATINE®) intraveineux, sous cutanée : si encombrement broncho-alvéolaire
- EXACYL® intra veineux si encombrement hémorragique
- Antibiotique dans un contexte infectieux

#### Traitement symptomatique :

- **Sécrétions claires** : SCOPOLAMINE 0.5 mg/2ml sol° injectable : 0.25 mg par voie SC à renouveler toutes les 4 à 6 h  
SANDOSTATINE en deuxième intention
- **Sécrétions sanglantes** : EXACYL (acide tranexamique) 0.5mg/5 ml sol) inj : 1g IV ou Po toutes les 8h  
ADRENALINE 1 mg/1ml sol° injectable : 1 mg en aérosol toutes les 4 à 6h
- **Sécrétions épaisses** : augmenter temporairement les apports hydriques  
UROMITEXAN (mesna) 400 mg sol° injectable IV : 1 ampoule en aérosol à renouveler toutes les 6h  
Kinésithérapie respiratoire

### En phase terminale

#### Diminuer les sécrétions : anti cholinergiques

- scopoderm patch
- scopolamine par voie injectable (*sous cutanée ou intraveineuse*)

#### **Nb : En phase terminale**

- Privilégier le confort
- Evaluer (voire arrêter) les apports hydriques du patient

## RESSOURCES EXTERNES

### EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS

- **Angers** ☎ 02 41 35 56 96
- **Cholet** ☎ 02 41 49 62 70
- **Doué la Fontaine.** ☎ 02 41 83 46 49
- **Saumur** ☎ 02 41 53 35 16 (Intra + EHPAD CH Saumur)

### UNITE DE SOINS PALLIATIFS

**Angers** ☎ 02 41 35 36 13

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Guide d'aide à la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile à destination des généralistes- Février 2012. Auteurs : Aurélie Susagna – Pauline Cluzeau - Duchaussoy**
- **Recommandations pour la pratique clinique - Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs – ANAES - déc. 2002 – P. 7 – Point VII.6**  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt\\_soins\\_palliatifs\\_recommandations\\_finales\\_mise\\_en\\_ligne.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf)

Version	Validée par le Conseil d'administration	Nature de la modification
1	24/02/2016	Création

## Evaluation

**Cette fiche vous a-t-elle été utile ?**

oui  non

**Remarques :** cliquez ici pour insérer du texte