

 <p>Hôpitaux de Toulouse</p> <p>Comité de lutte contre la douleur</p>	Protocole d'utilisation des différentes techniques de prise en charge de l'encombrement bronchique en soins palliatifs	Référence : CLUD 22 Version : 3 Date de diffusion Intranet : 09-03-12
--	---	--

Objet

Réduire l'encombrement bronchique par réduction du volume des sécrétions bronchiques.

Domaine d'application

Ce protocole s'applique à tous les patients adultes devant un encombrement bronchique sans expectoration autonome efficace en situation palliative.

Personnes autorisées (à remplir par le médecin responsable signant le protocole) en fonction des références réglementaires

A prescrire : Médecins **OU** **A entreprendre** : IADE, IDE, Sages femmes, Manipulateurs en électroradiologie, Masseurs kinésithérapeutes

A administrer :

Médecins, IADE, IDE, Sages femmes, Manipulateurs en électroradiologie, Masseurs kinésithérapeutes

Références réglementaires

Article L.1110-5 du code de la santé publique (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)
Article 2, Loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
Décret N° 2004- 802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code)
Article R4311-5 du Code de la Santé Publique (rôle propre infirmier)
Article R4311-7 du Code de la Santé Publique (rôle infirmier sur prescription médicale)
Article R4311- 8 du Code de la Santé Publique (prise en charge de la douleur)
Article R. 4311-12 du Code de la Santé Publique (IADE)
Article R. 4311-14 du Code de la Santé Publique (protocoles de soins d'urgence)
Article R4321-9 du Code de la Santé Publique (masseurs kinésithérapeutes)
Article R4351-3 du Code de la Santé Publique (manipulateurs en électroradiologie)
Circulaire n° 98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales
Plan de lutte contre la douleur en vigueur

Références bibliographiques

-Résumé des caractéristiques du produit Scopolamine, ScopodermTTS.
-L'encombrement des voies respiratoires en fin de vie, Anne Tison, Médecine Palliative Juin 2003
-Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, Recommandations, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, 25/10/02

Rédaction, vérification et approbation

	Fonction	Nom
Rédigé en 12-2005	CLUD groupe soins palliatifs	Saffon, N, Berthaud J
Vérifié le 05-03-12	CLUD groupe protocoles Direction des soins	Thiercelin-Legrand M.F, Vié M Zimmermann JF
Diffusé par le CLUD le : 09-03-12		Olivier M, Bergia JM

Autorisation pour application et diffusion aux soignants médicaux et paramédicaux de la structure de soins

Date :	Responsable médical de la structure de soins	Nom et signature :
--------	--	--------------------

Définition :

L'encombrement des voies respiratoires fréquent en soins palliatifs peut correspondre à 3 mécanismes isolés ou associés :

- la bronchorrhée, hypersécrétion de mucus bronchique, elle peut avoir de nombreuses causes (inflammatoire, infectieuse, tumorale ou hémodynamique);
- l'inhalation, pénétration dans les voies aériennes inférieures de matériel provenant de l'extérieur (sécrétions naso-pharyngées, liquide gastrique ou matériel alimentaire);
- le rôle agonique, son produit lors de la respiration par le mouvement des sécrétions stagnantes dans les régions pharyngolaryngées et trachéobronchiques en raison d'une perte des réflexes de déglutition et de toux.

Indications :

Lors d'un encombrement bronchique sans possibilité d'expectoration autonome efficace chez un patient en soins palliatifs.

Recommandations :

Il existe des thérapeutiques préventives et/ou complémentaires qui vont concourir à une diminution de l'encombrement bronchique. Dans cette réflexion l'équipe mobile douleur soins palliatifs soins de support RESONANCE peut proposer son expertise.

Protocole de soin :

1 - Traitement spécifique d'une étiologie déterminée :

- Broncho-dilatateur pour un bronchospasme
- Corticoïde dans un contexte d'hypersécrétion
- Diurétique pour une insuffisance cardiaque gauche
- Antibiotique dans un contexte infectieux en fonction du bénéfice attendu.

2 - Le positionnement du patient pour évacuer les sécrétions bronchiques : le drainage postural utilise l'effet de la gravité sur les sécrétions pour en faciliter le drainage. Il est efficace surtout si les sécrétions sont abondantes et localisées dans les gros troncs bronchiques.

La position de référence est le décubitus 3/4 latéral pour respirer librement en évitant les compressions thoraciques, abdominales ou les points d'appui sur les saillies osseuses.

- Rapprocher le malade d'un bord du lit grâce à un glissement de l'alèse ;
- placer le malade en position latérale du côté opposé ;
- placer un traversin le long de son dos jusqu'au cou ;
- puis reposer le malade sur le traversin en saisissant l'alèse à deux mains, au niveau du bassin du patient et en tirant à soi. Le patient est ainsi posé de 3/4 sur ce traversin ;
- dégager l'épaule et le bras sur lequel le patient repose ;
- placer un oreiller peu épais et plutôt de petite taille sous la tête ;
- dégager l'oreille puis le cou en plaçant le menton entre les deux épaules et en avant du plan du sternum grâce à une légère flexion du cou ;
- placer les membres inférieurs en semi-flexion et séparer les genoux par un coussin ;
- placer la main et l'avant-bras d'appui à l'extérieur des draps, en regard de l'avant-bras opposé qui est un peu en dessous des côtes.

3 - La diminution de l'hydratation générale pour éviter une hyper hydratation, classiquement en situation palliative les volumes de perfusion sont de l'ordre de 1 000 ml/24 heures, parfois diminués à 500 ml/24 heures. Ils visent à améliorer le confort du patient en diminuant le volume des sécrétions qui ne s'évacuent plus. L'hygiène buccale est alors primordiale pour la prévention des mycoses et la lutte contre la sensation de soif avec des bains de bouche répétés.

4 - Prévenir les fausses routes, avec une texture et une installation appropriée à la prise alimentaire. Parfois il est nécessaire par mesure de sécurité d'interrompre temporairement ou définitivement l'apport « calorique » oral et de privilégier uniquement l'apport « plaisir » en faible quantité.

5 - Les aspirations nasotrachéales ont pour but d'évacuer les sécrétions déjà accumulées et qui ne peuvent être expectorées, néanmoins ce ne sont pas des techniques anodines.

- La sonde choisie aura si possible plusieurs orifices latéraux à son extrémité. La taille de sonde recommandée pour un adulte est en général de 14CH, correspondant à un diamètre extérieur de 4,6 mm. - La sonde sera lubrifiée avant son passage.
- Une anesthésie locale sera réalisée par XYLOCAÏNE @5% nébuliseur (cf. Protocole CLUD 04)
- Le niveau de dépression doit être entre 70 et 170 mmHg. Il est inutile d'augmenter d'avantage le niveau de dépression, car cela ne fait que majorer le traumatisme (par invagination de la muqueuse dans les orifices de la sonde) mais ne permet pas de ramener plus de sécrétions. La pratique qui consiste à utiliser le système d'aspiration branché directement sur les prises de vide mural hospitalières, sans intercaler de manomètre (avec son détendeur), est à bannir, car la dépression du « vide » des prises murales peut atteindre 600 mmHg.
- La technique d'aspiration doit être douce et précise : La sonde doit être introduite doucement et facilement, sans mouvements de poussée, sans appliquer la dépression. Si l'introduction dans les voies aériennes est difficile, la mise en extension du cou peut aider. Après avoir atteint le point de butée, la sonde sera retirée d'un centimètre dans une bronche plus large avant d'appliquer la dépression afin d'éviter la création d'atélectasies. La dépression sera appliquée en mobilisant toujours la sonde, en la retirant et en la tournant sur elle-même, pour éviter l'adhésion de la sonde à la muqueuse. La dépression sera appliquée de manière intermittente afin d'éviter d'atteindre un niveau maximal de dépression.
- La durée globale de l'aspiration, de l'introduction au retrait de la sonde, ne devrait pas excéder 30 à 45 secondes. L'application de la dépression devrait être limitée à 15 secondes.
- Rincer la sonde.

6 - Scopolamine®, Scopoderm TTS®

La Scopolamine (hyoscine) injectable ou en patch est un anticholinergique, il diminue la production des sécrétions en général, et bronchiques en particulier permettant de contrôler les râles agoniques. Pour autant il reste sans effet sur les sécrétions déjà accumulées.

Les présentations disponibles au CHU :

Scopolamine® Amp 0,5mg en SC ou IV

Scopoderm ®TTS (Patch transdermique) 1mg/72h

Contre-indications :

Allergie à la molécule.

Glaucome par fermeture de l'angle, prostatisme.

Ces contre-indications sont relatives dans une situation palliative, l'effet principal recherché étant supérieur aux effets secondaires potentiels.

Soin :

Le déroulement du soin doit se conformer aux règles du CLIN

- Scopoderm® TTS, placé derrière l'oreille, le patch transdermique de scopolamine délivre 1 mg de scopolamine base sur 72 heures. Il existe un temps de latence d'environ 6 heures, et une élimination lente au cours des 24 heures suivant le retrait du patch. Plusieurs patchs peuvent être utilisés simultanément.

Ecrire la date et l'heure de la pose du patch.

- Scopolamine ®Ampoule à 0,5mg, la posologie initiale est de 0,25 à 0,50 mg par voie SC ou IV toutes les 4h, ou de 0,75 à 2,50 mg par perfusion SC ou IV sur 24 h. La dose initiale est fonction de l'importance de l'encombrement. Il est préférable de débiter par une dose faible et de la renouveler si besoin en cas d'inefficacité. Les posologies sont ensuite adaptées en fonction de l'effet observé sur l'encombrement. Après obtention de la dose adéquate, le relais est pris par une administration continue. Si besoin, des injections supplémentaires peuvent être administrées.

Il convient de noter la dose administrée sur le dossier de soins.

Surveillance :

L'évaluation est clinique, elle est réalisée aussi souvent que nécessaire et doit conduire en cas d'échec à la majoration et à l'association des techniques et thérapeutiques à visée d'assèchement bronchique.

L'hygiène buccale doit être renforcée pour éviter la sensation de soif et l'apparition de mycose, par des bains de bouche réguliers à base de bicarbonates et l'application de gel hydratant buccal (type Bioextra® sur le CHU).

Il convient de s'assurer après la première utilisation de scopolamine que le patient ne présente pas d'altérations des fonctions cognitives, d'agitation ou d'hallucinations avant de renouveler l'injection ou de poursuivre la perfusion. Dans la pratique, le risque de rétention urinaire n'est pas une contre-indication, mais doit conduire à une surveillance étroite à la recherche d'un globe vésical.

En cours de traitement, l'apparition d'une agitation doit faire rechercher l'apparition d'un glaucome aigu ou d'un globe vésical.

Badge patient	Date :	Badge UA
---------------	--------	----------

Résumé du protocole d'utilisation des différentes techniques de prise en charge de l'encombrement bronchique en soins palliatifs

Indication :

Lutte contre l'encombrement bronchique sans expectoration autonome efficace du patient en soins palliatifs.

Recommandations :

Il existe des thérapeutiques préventives et/ou complémentaires qui vont concourir à une diminution de l'encombrement bronchique :

- **Traitement spécifique d'une étiologie déterminée**
- **Positionnement du patient**
- **Diminution de l'hydratation**
- **Prévention des fausses routes**
- **Aspirations nasotrachéales**
- **Utilisation de Scopolamine®, Scopoderm® TTS**

- Recherche des contre-indications : Allergie à la molécule.

- En l'absence de contre-indications :

- Scopoderm® TTS, placé derrière l'oreille, le patch transdermique de scopolamine délivre 1 mg de scopolamine base sur 72 heures. Il existe un temps de latence d'environ 6 heures, et une élimination lente au cours des 24 heures suivant le retrait du patch. Plusieurs patches peuvent être utilisés simultanément. Ecrire la date et l'heure de la pose du patch.

- Scopolamine ® Ampoule à 0,5mg, la posologie initiale est de 0,25 à 0,50 mg par voie SC ou IV toutes les 4h, ou de 0,75 à 2,50 mg par perfusion SC ou IV sur 24 h. La dose initiale est fonction de l'importance de l'encombrement. Il est préférable de débiter par une dose faible et de la renouveler si besoin en cas d'inefficacité. Les posologies sont ensuite adaptées en fonction de l'effet observé sur l'encombrement. Après obtention de la dose adéquate, le relais est pris par une administration continue. Si besoin, des injections supplémentaires peuvent être administrées.

Noter dans le dossier la dose quotidienne et les paramètres de surveillance.

Surveillance :

L'évaluation est clinique, elle est réalisée aussi souvent que nécessaire et doit conduire en cas d'échec à la majoration et à l'association des techniques et thérapeutiques à visée d'assèchement bronchique.