

Dyspnée en réanimation

Pr Alexandre DEMOULE

Service de Pneumologie, Médecine Intensive et Réanimation

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Sorbonne Université

Paris, France



Liens d'intérêt

Contrats de recherche, investigateur, consultants, interventions, inscriptions à des congrès :

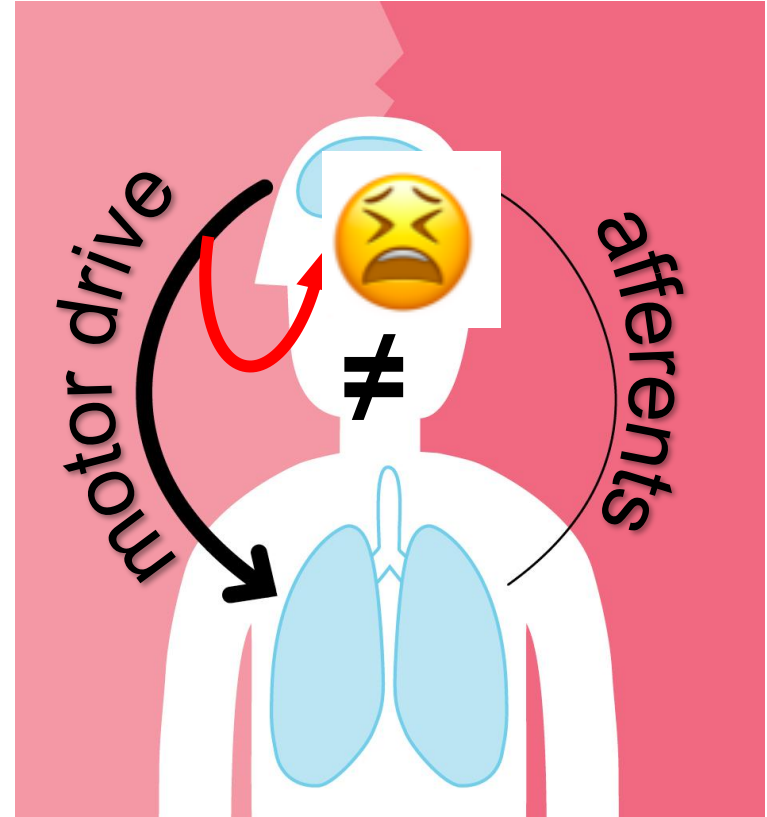
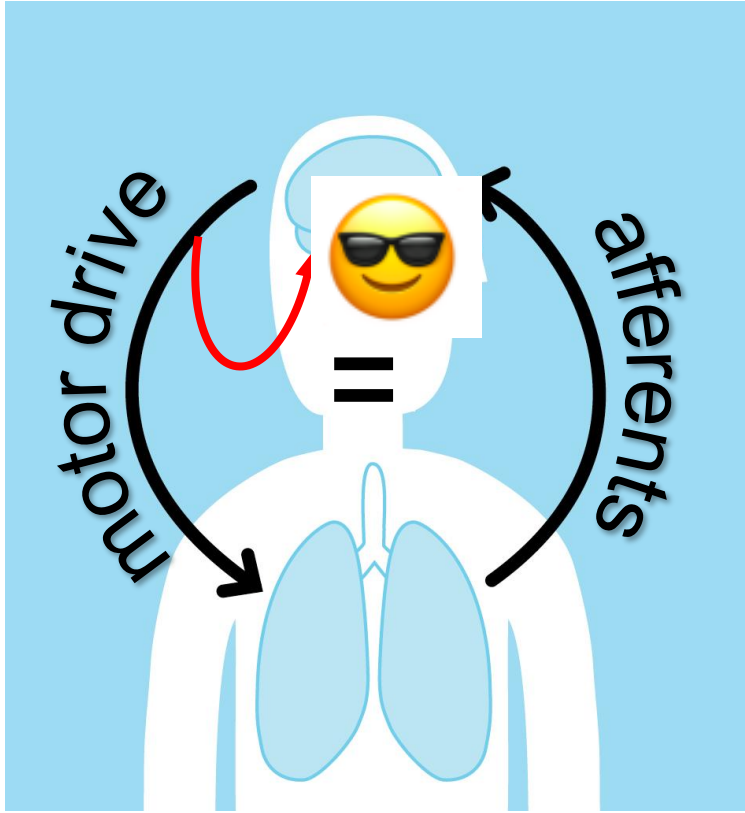
- Medtronic
- Baxter
- Philips
- Air Liquide santé
- Fisher & Paykel
- Resmed

La dyspnée : une douleur respiratoire

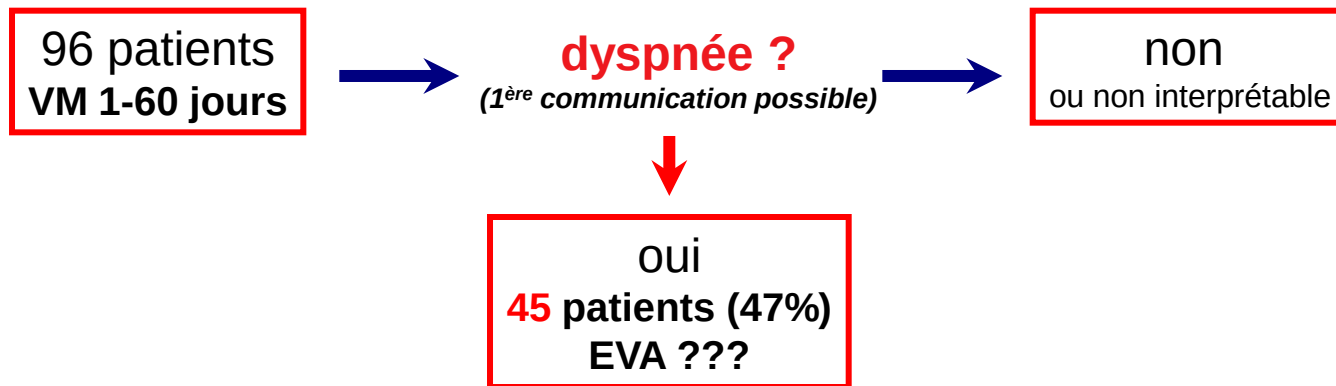
- Inconfort respiratoire → Asphyxie
- Expérience de la dyspnée ≠ douleur



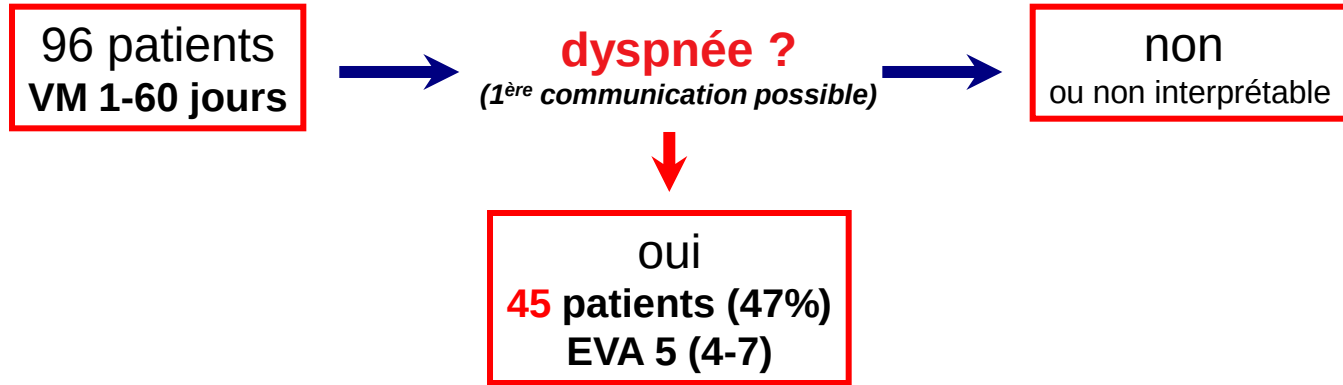
La dyspnée résulte d'un déséquilibre



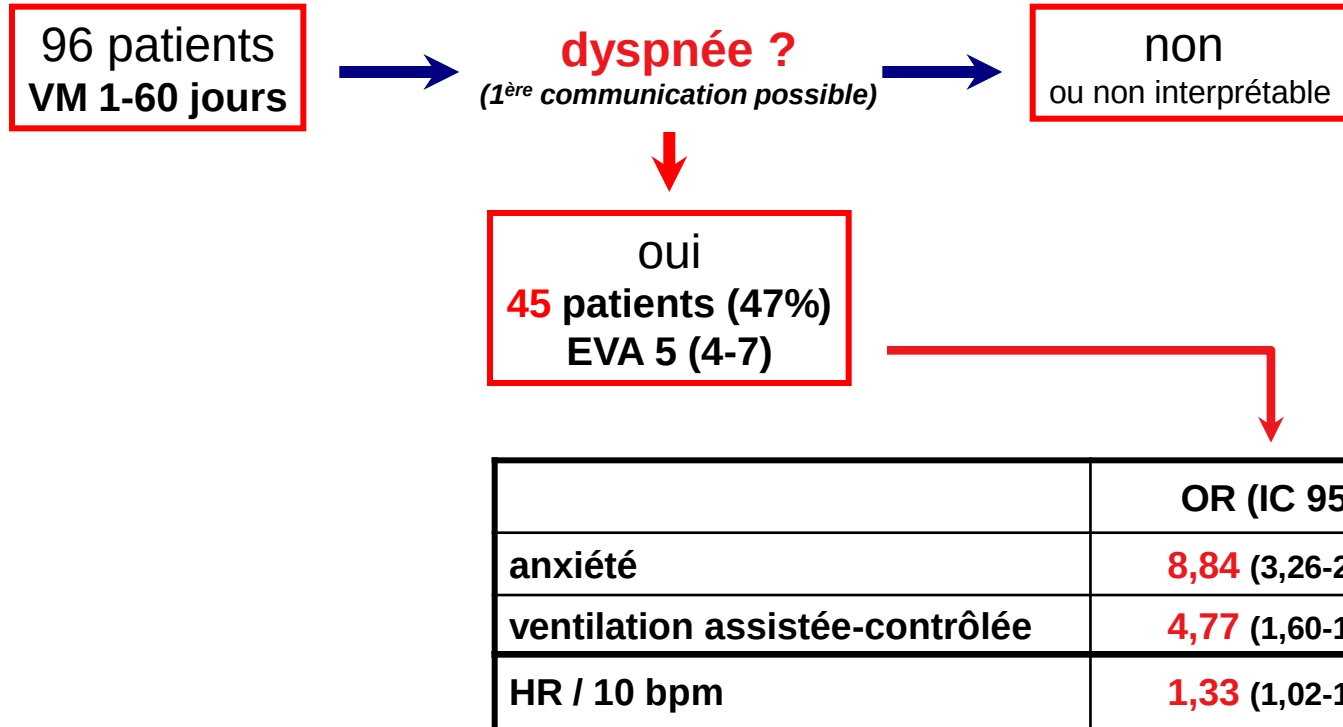
Prévalence et sévérité de la dyspnée



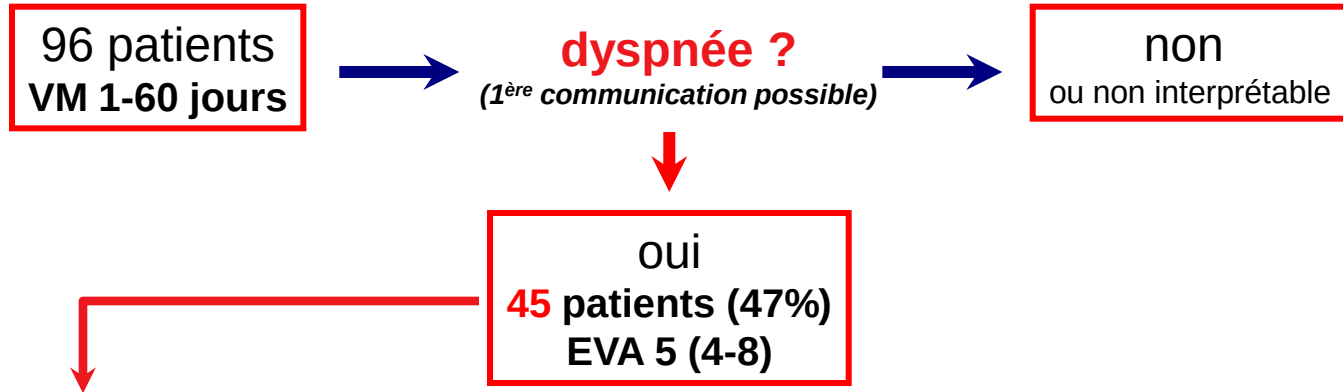
Prévalence et sévérité de la dyspnée



Prévalence et sévérité de la dyspnée

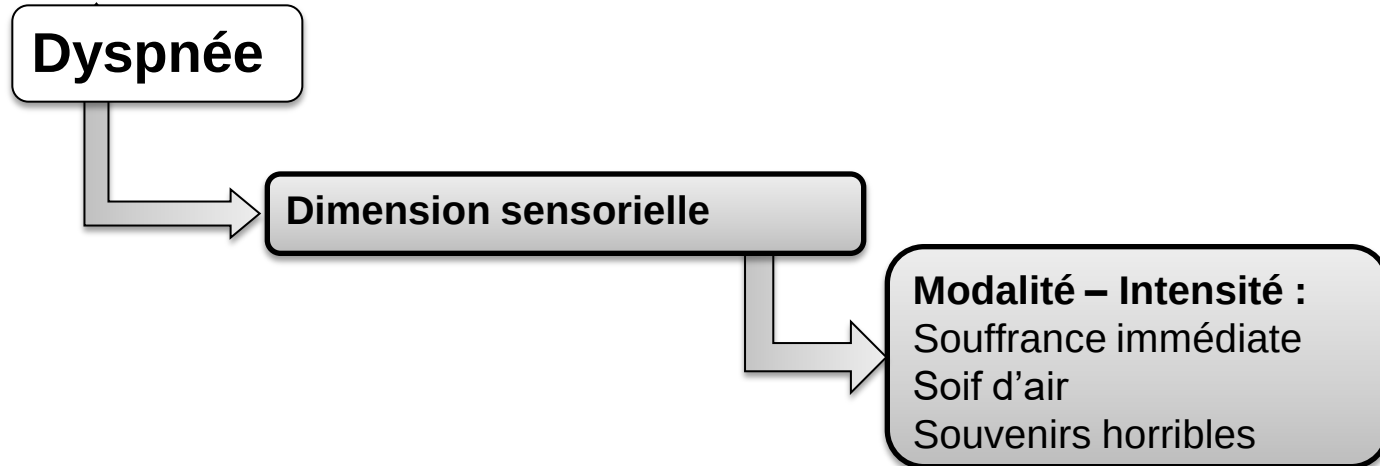


Prévalence et sévérité de la dyspnée

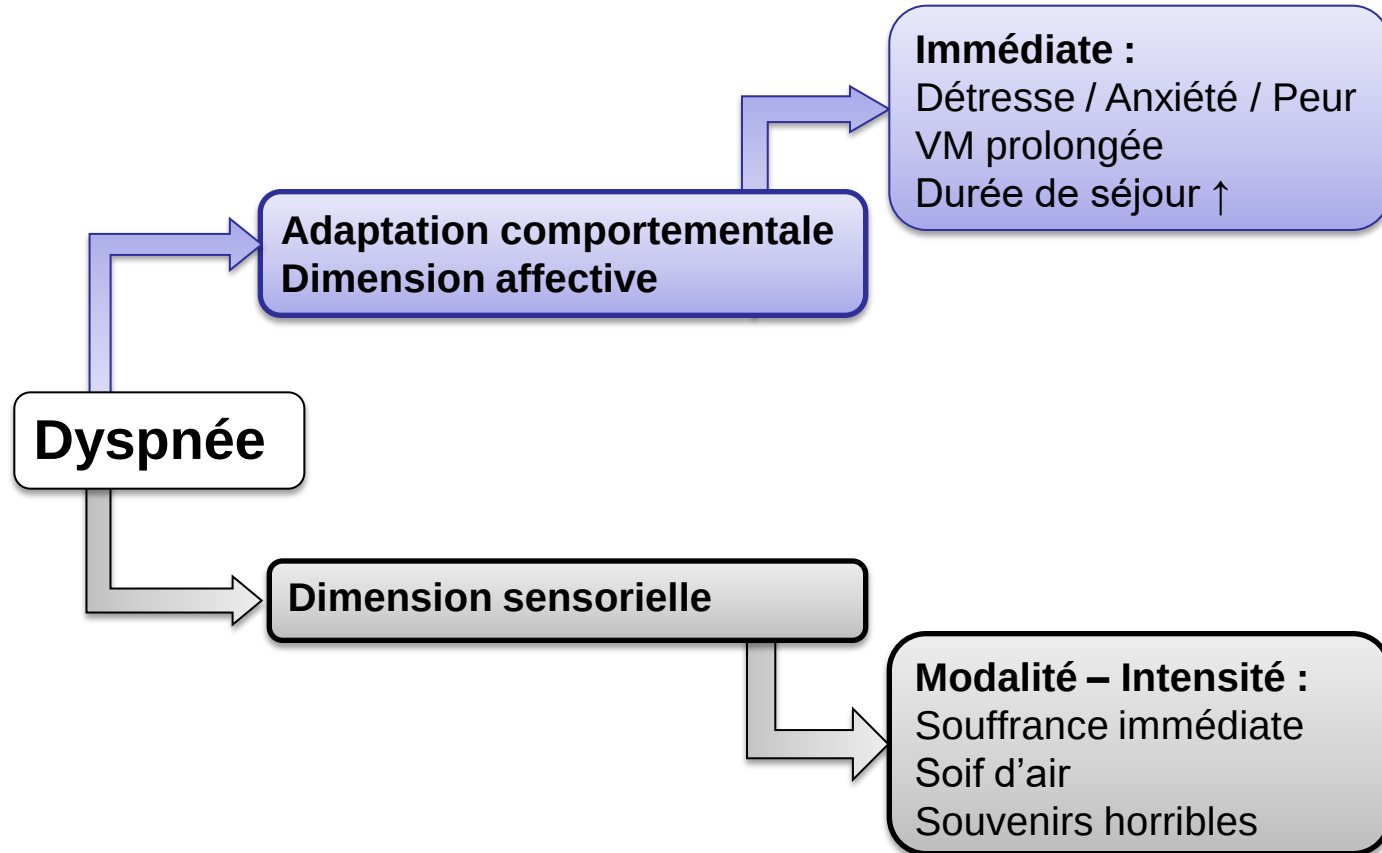


- effet positif de l'amélioration des réglages du ventilateur chez 35 % des patients
 - Mode VAC vs. aide Inspiratoire
 - Débit inspiratoire < 60 L/min
 - Niveau d'AI < 15 cmH₂O

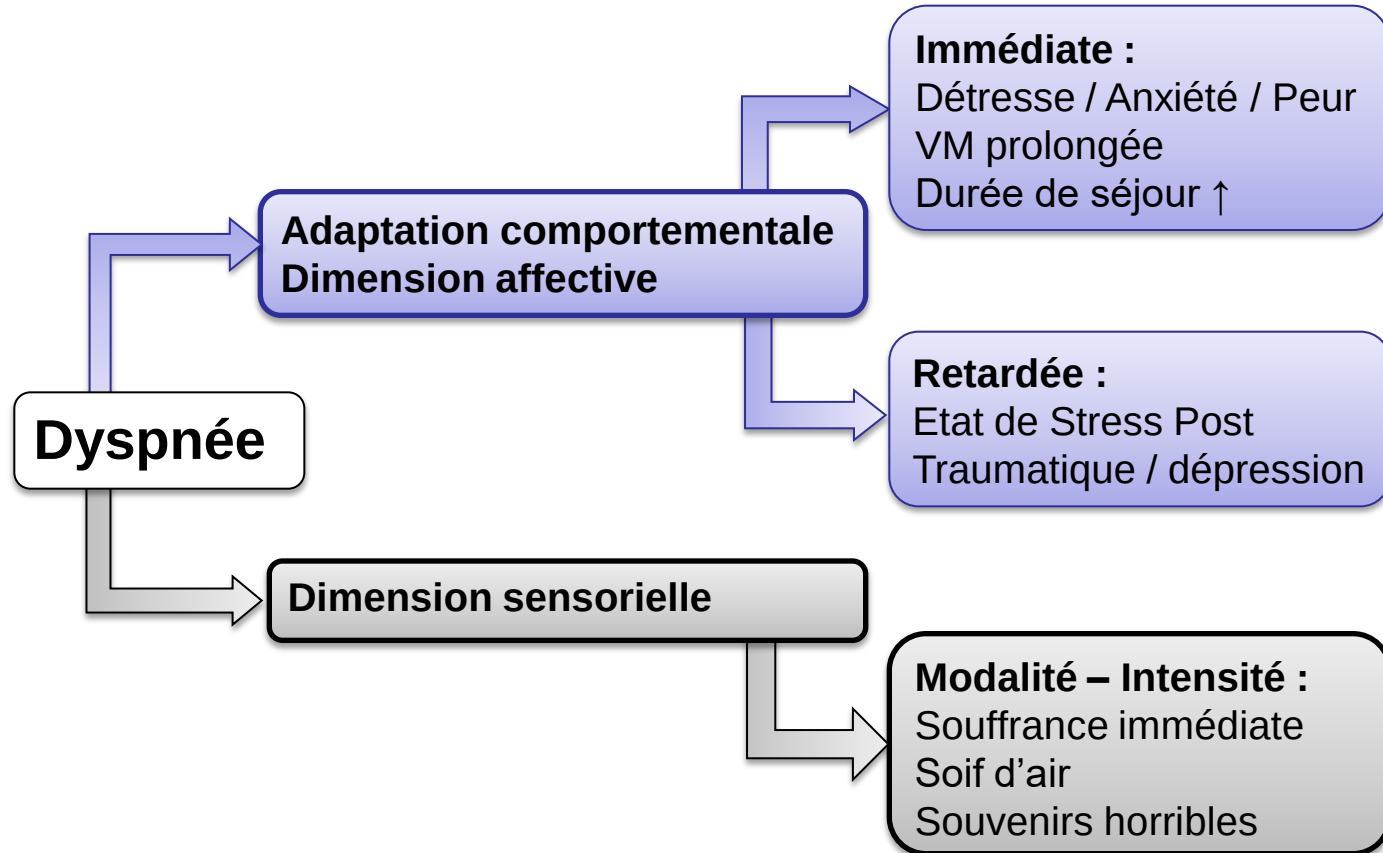
Impact de la dyspnée



Impact de la dyspnée



Impact de la dyspnée



Impact de la dyspnée

Chez les patients intubés

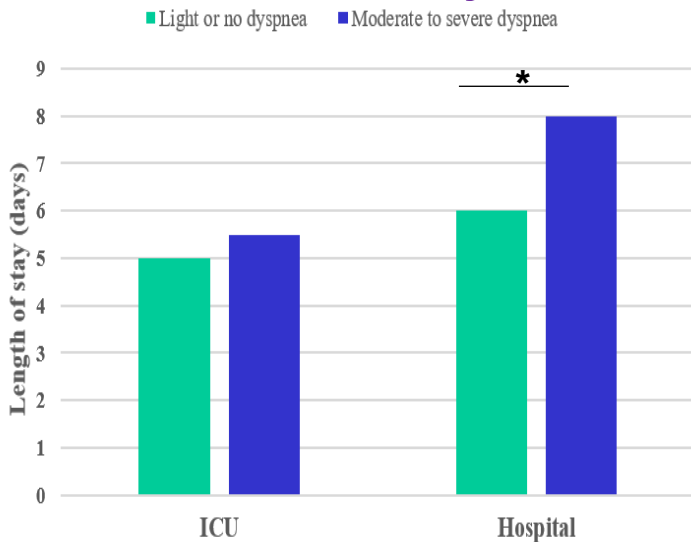
- **Mauvais souvenir au décours de la réanimation :**
 - 34% « suffoquaient à cause de la sonde d'IET »**
 - 22% « pas assez d'air par la sonde d'IET »**
 - 15% « risquent d'être assassinés »*
 - 17% « se sentent trahis »*
- **PTSD : symptômes corrélée avec** durée de VM, souvenirs de détresse respiratoire
- **Echec du sevrage, augmentation de la durée de séjour**

Impact de la dyspnée

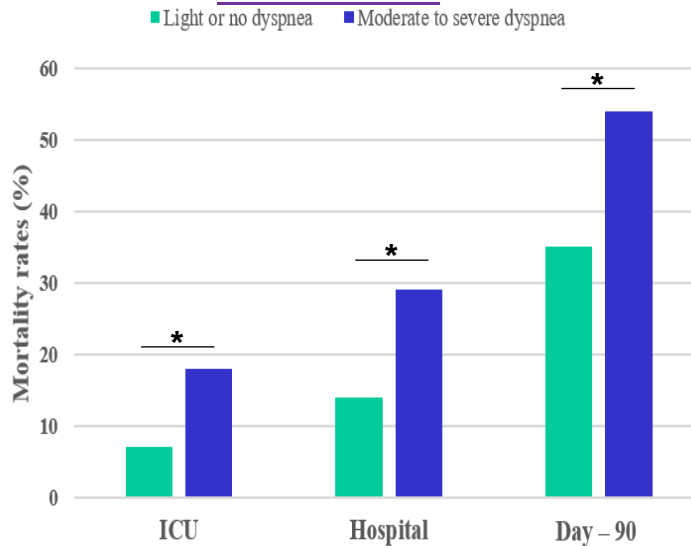
En VNI

- Intensité à l'admission : 4 [3 – 5]
- Facteurs de risque indépendant d'échec de la VNI

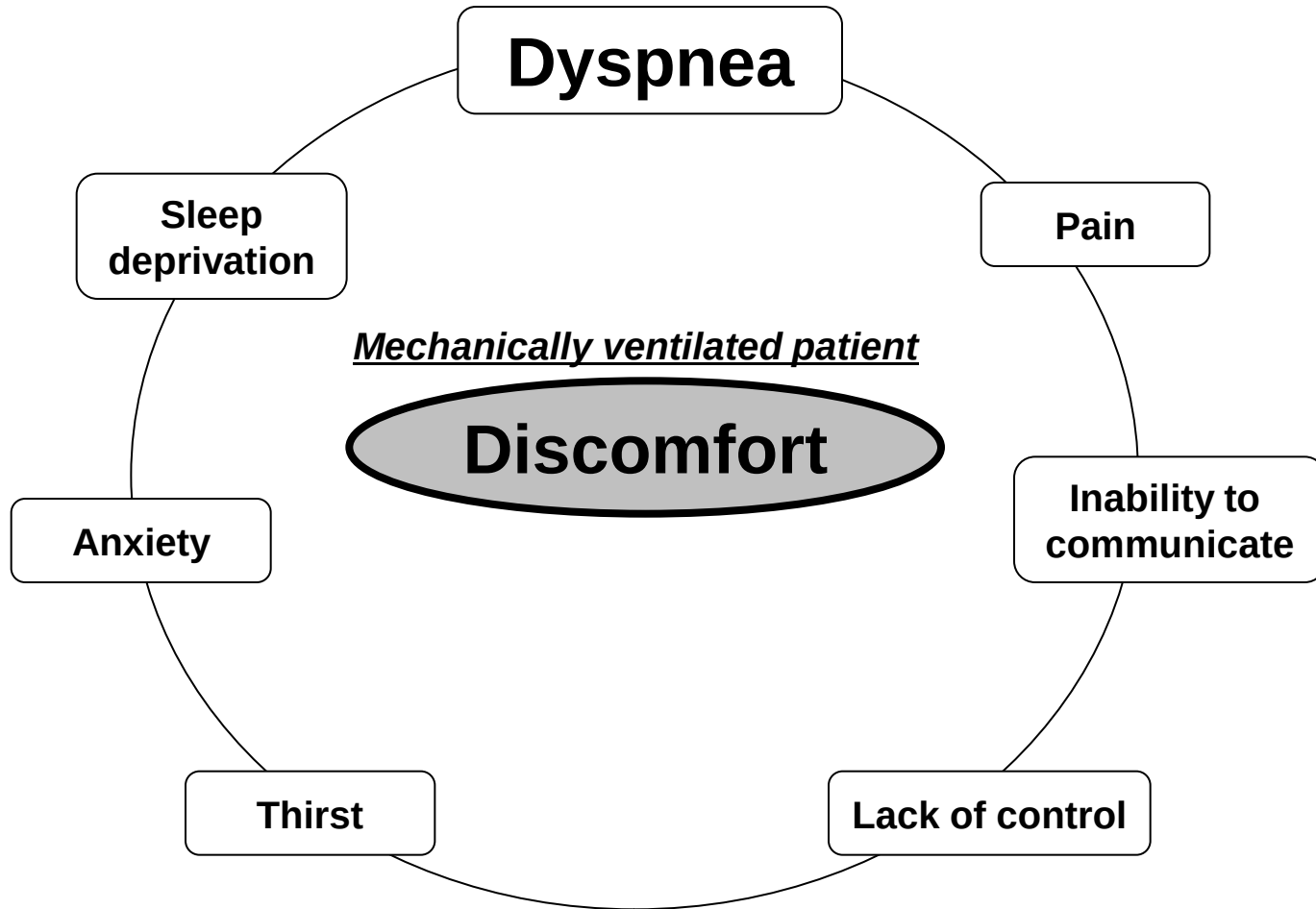
Durée de séjour



Mortalité



ICU stressors



Monitoring de la dyspnée en réanimation

un challenge

- **communication difficile voir impossible**

confusion, sédation, intubation...

- **labilité**

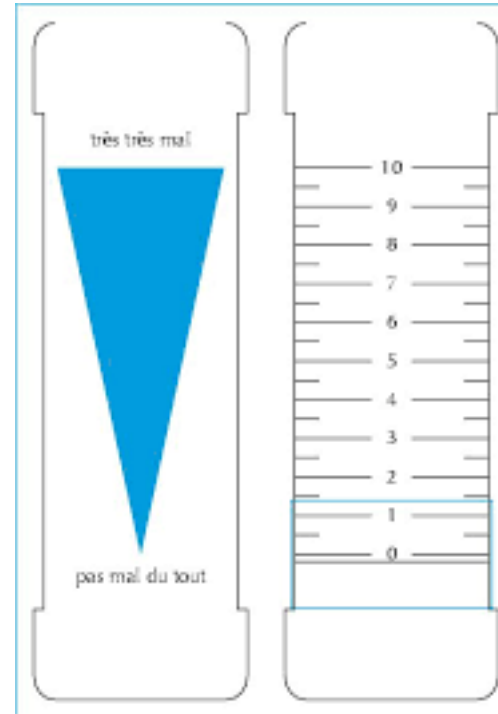
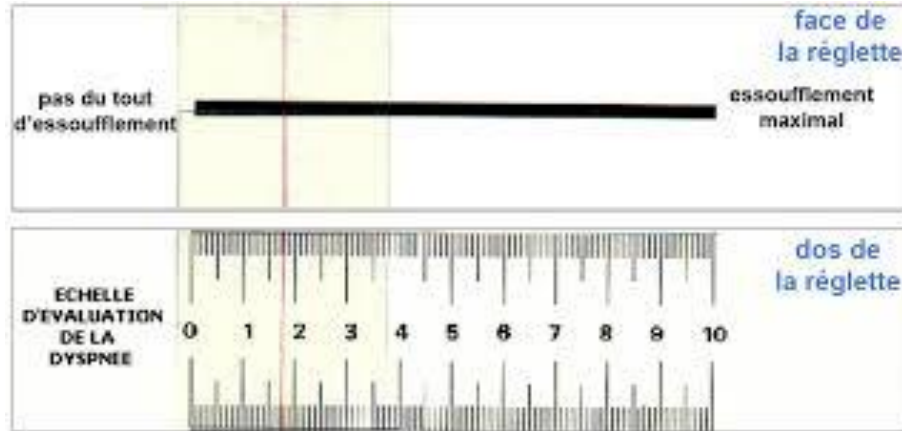
- **stimuli** (*respiratory mechanics, gas exchange...*)
- **intégration neurologique centrale**
- **humeur**

d'où le besoin d'évaluations répétées

- **faible évaluation des outils psychométriques en réanimation**

Monitorage de la dyspnée en réanimation

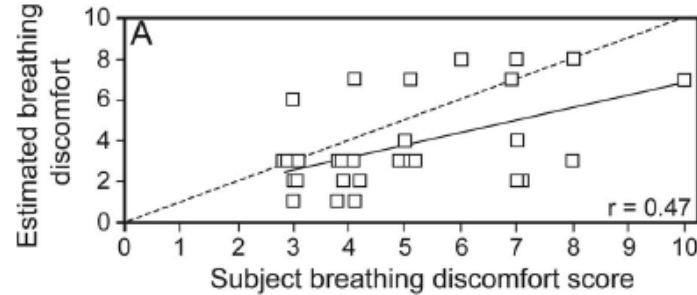
Demander → Quantifier



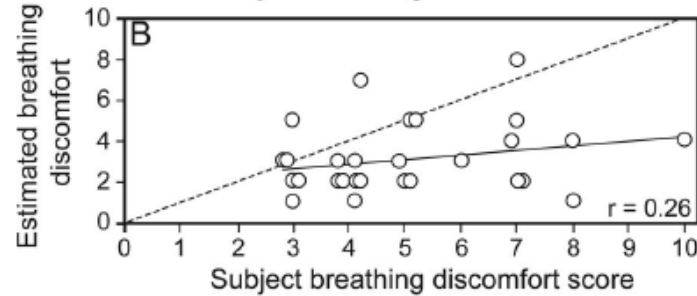
Rating	Intensity of perception
0	No sensation
0,5	Very, very slight
1	Very slight
2	Slight
3	Moderate
4	Somewhat severe
5	Severe
6	
7	Very severe
8	
9	Very, very severe
10	Maximal

Monitoring – Soignants vs. patients

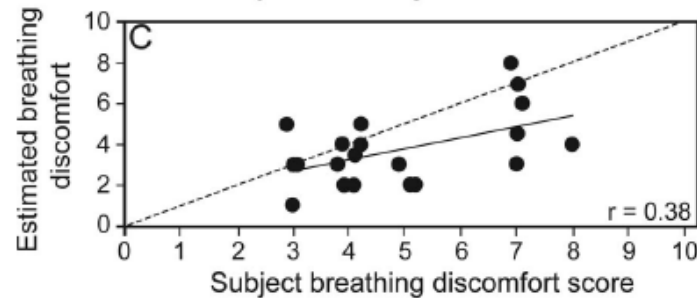
kinésithérapeute



infirmière



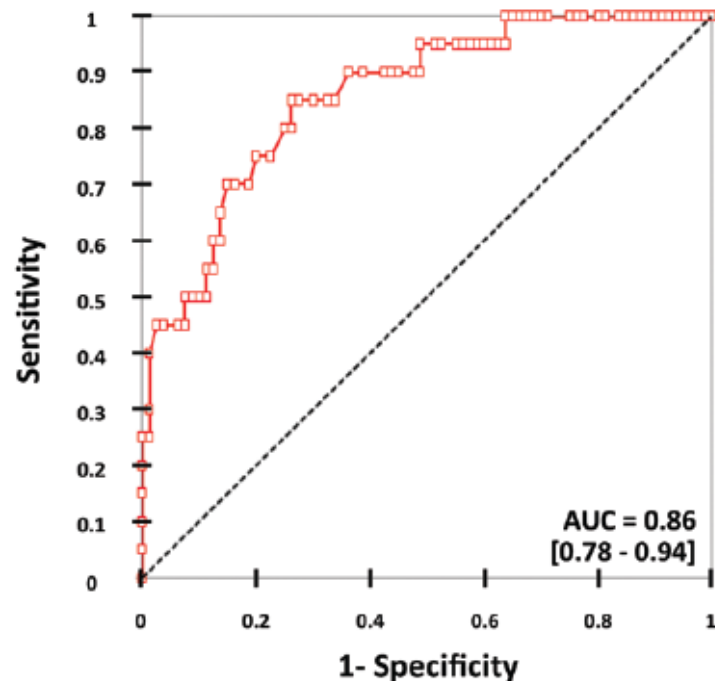
médecin



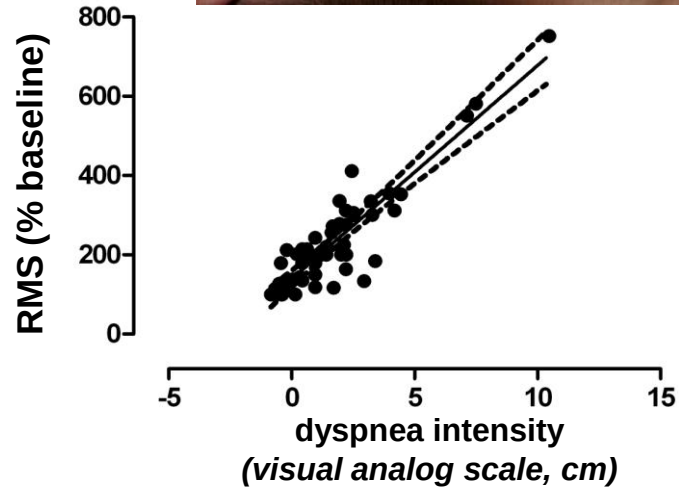
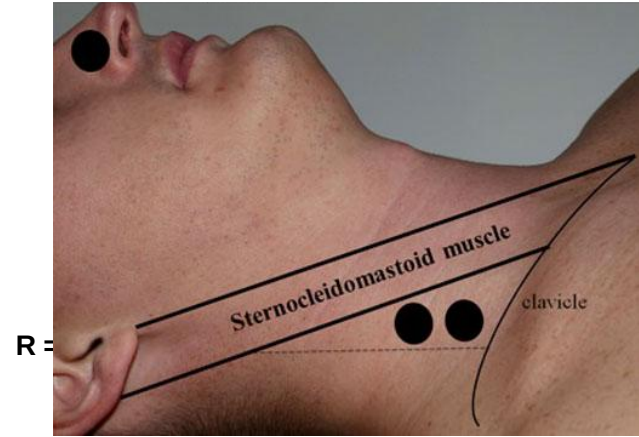
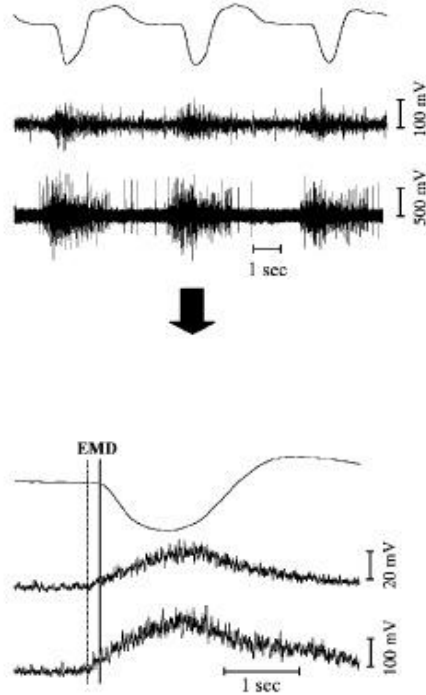
Monitorage – Echelles comportementales

Score IC-RDOS $\geq 2,4 \rightarrow$ EVA-dyspnée ≥ 4

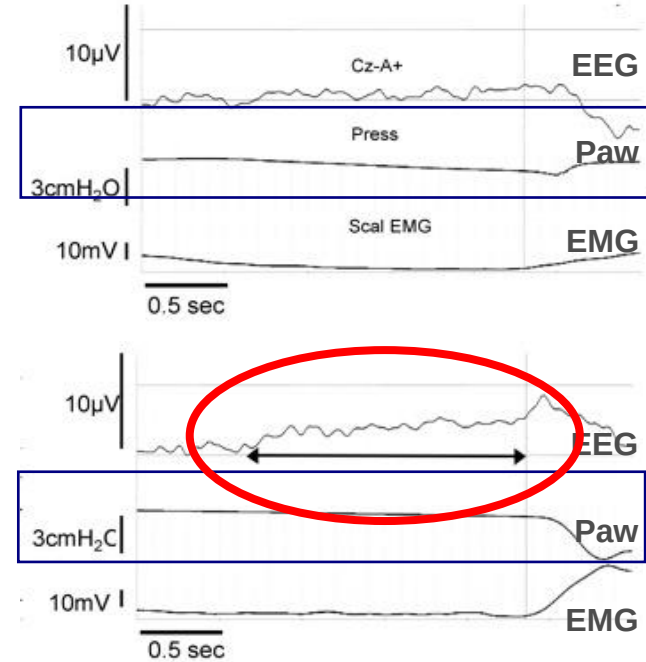
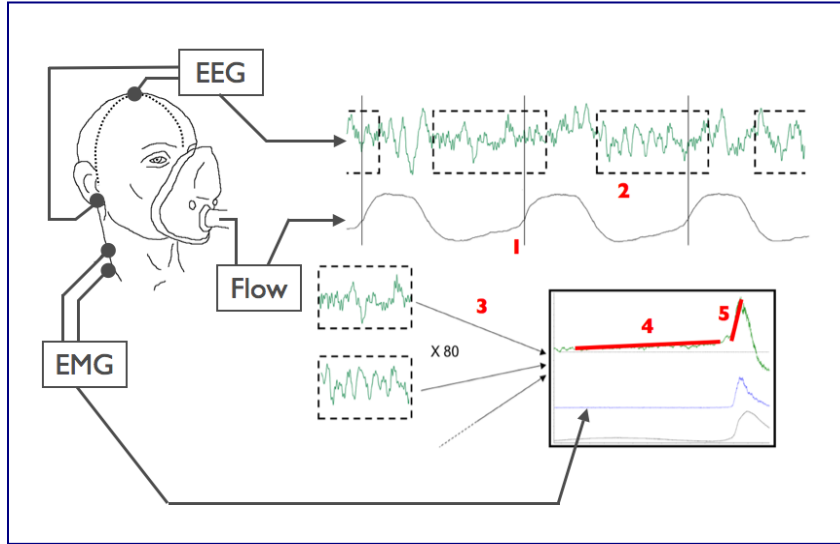
Parameter	Score
0	3.3
1 – Heart rate (beats/min)	+ (heart rate)/65
2 – Use of neck muscle during inspiration	
If present	+1
If absent	-1
3 – Abdominal paradox during inspiration	
If present	+1
If absent	-1
4 – Facial expression of fear	
If present	+1
If absent	-1
5 – Supplemental oxygen	
If present	+0.7
If absent	-0.7



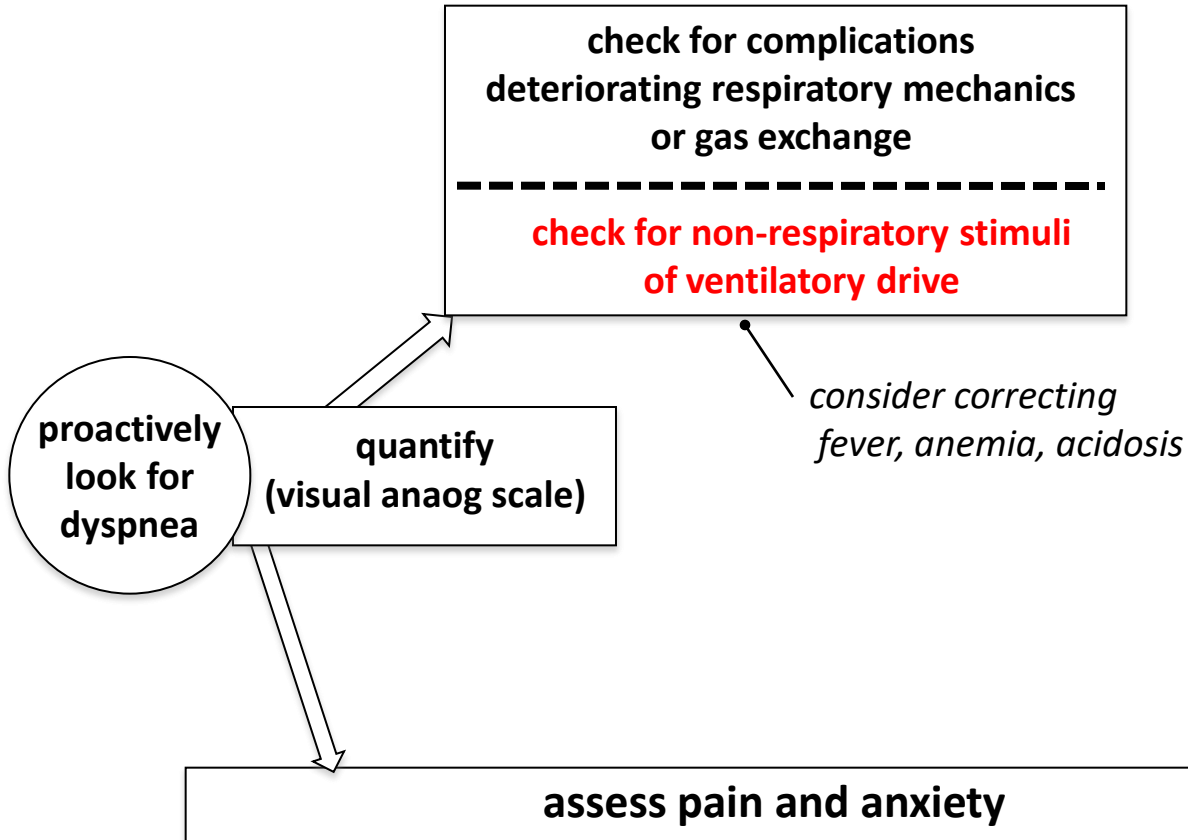
Monitoring – EMG

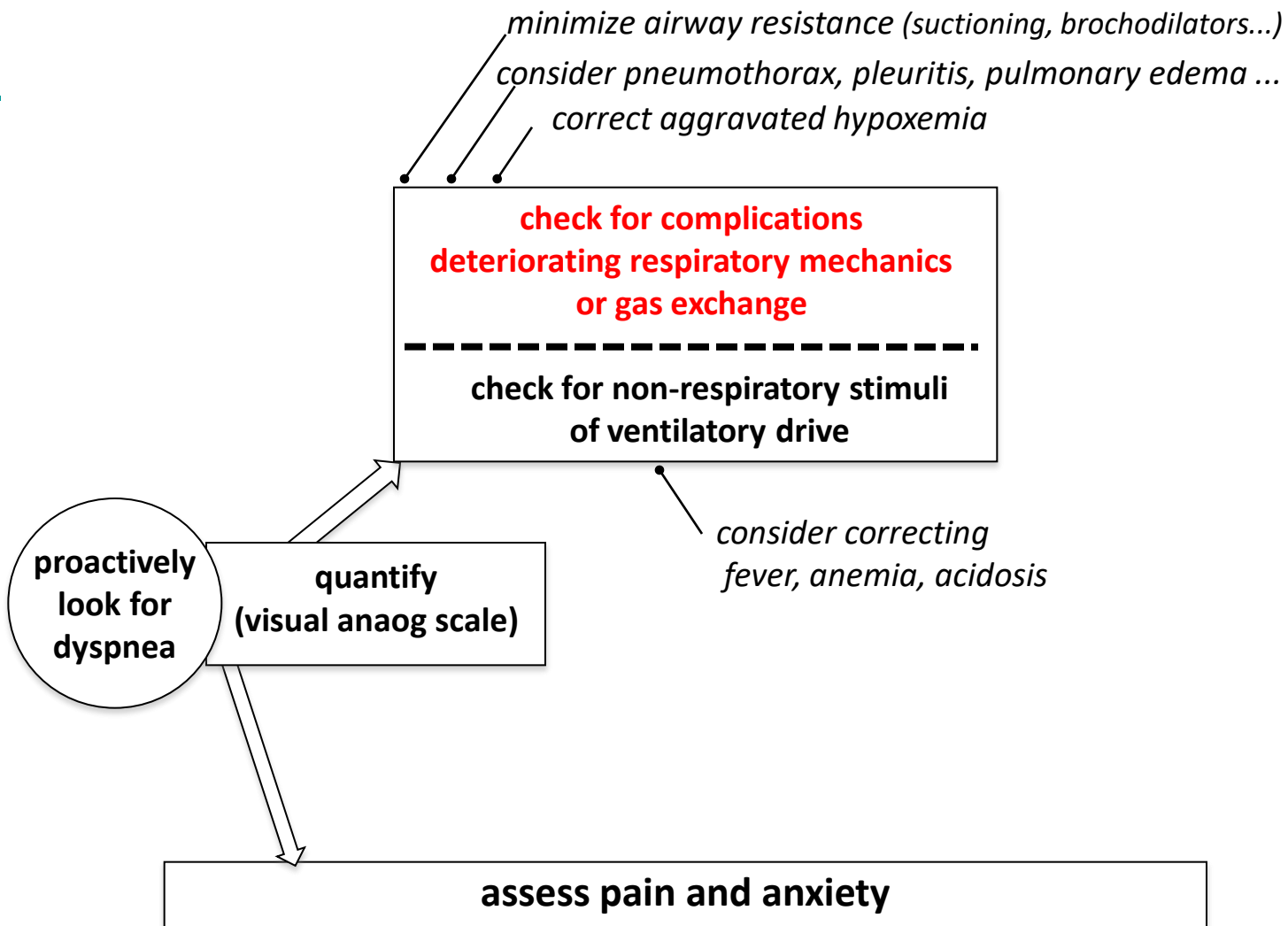


Monitoring – EMG

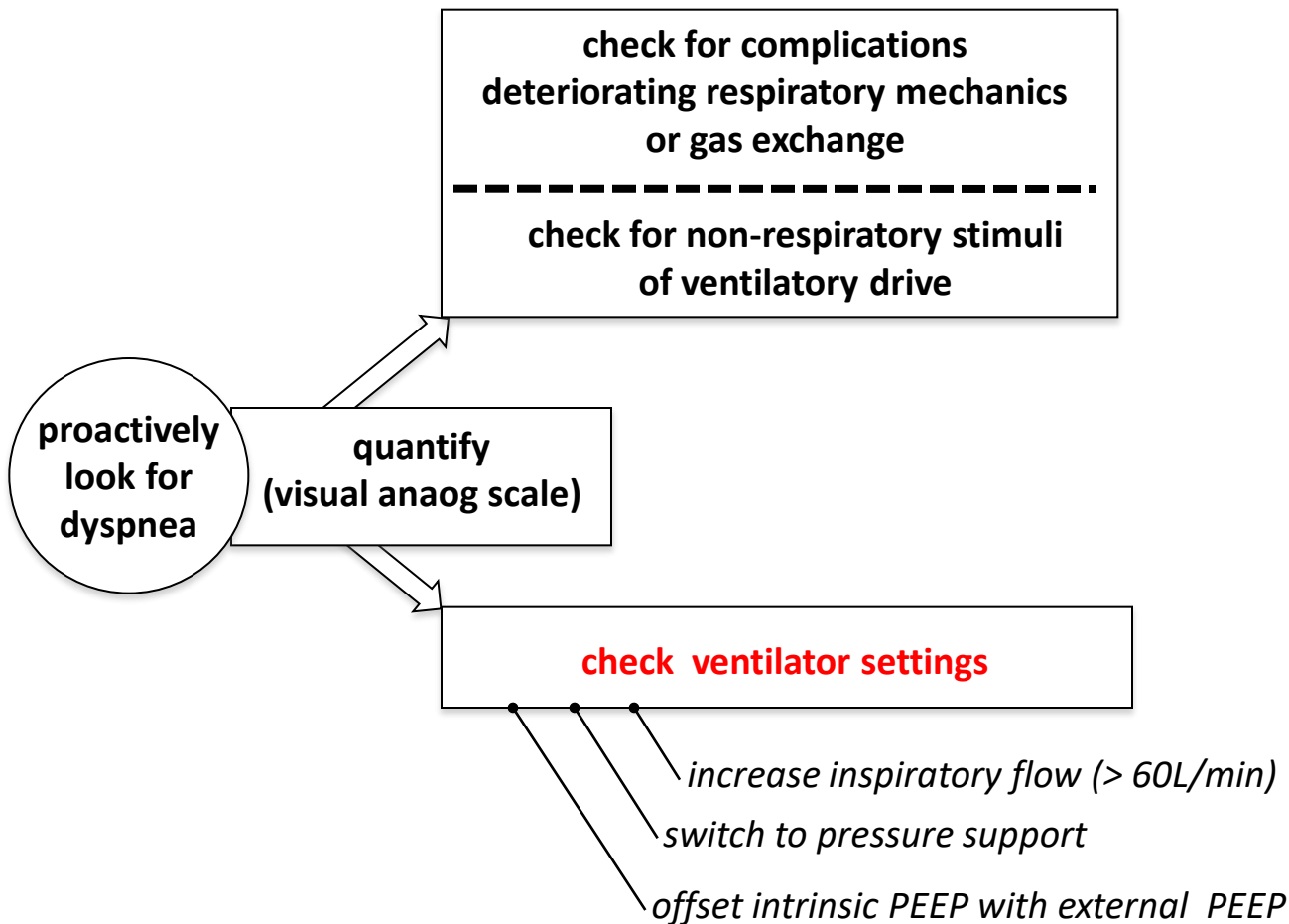


Management of dyspnea

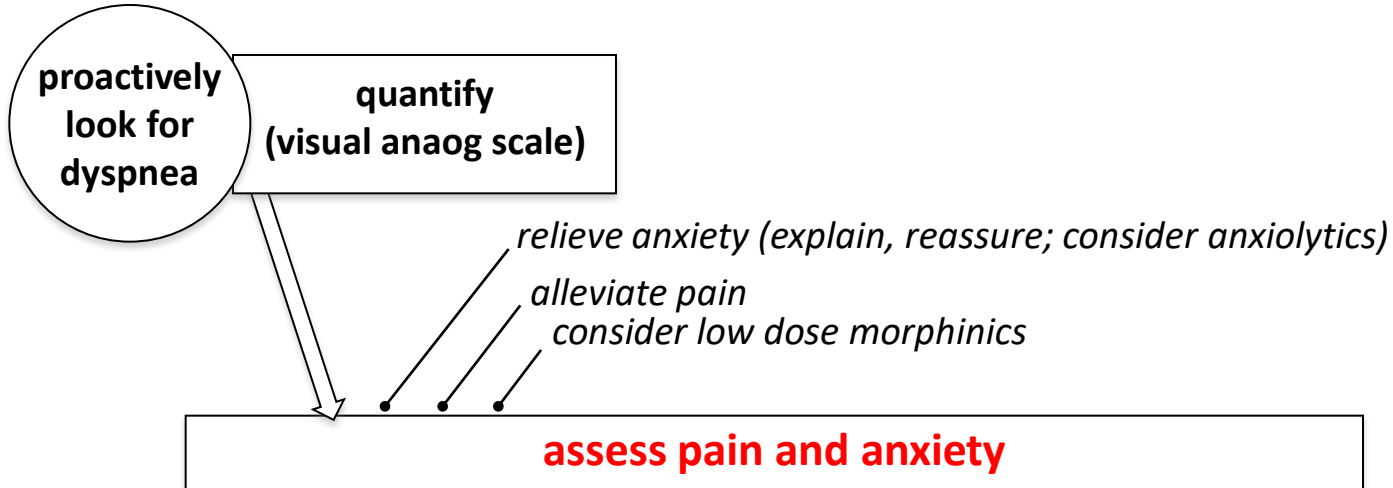




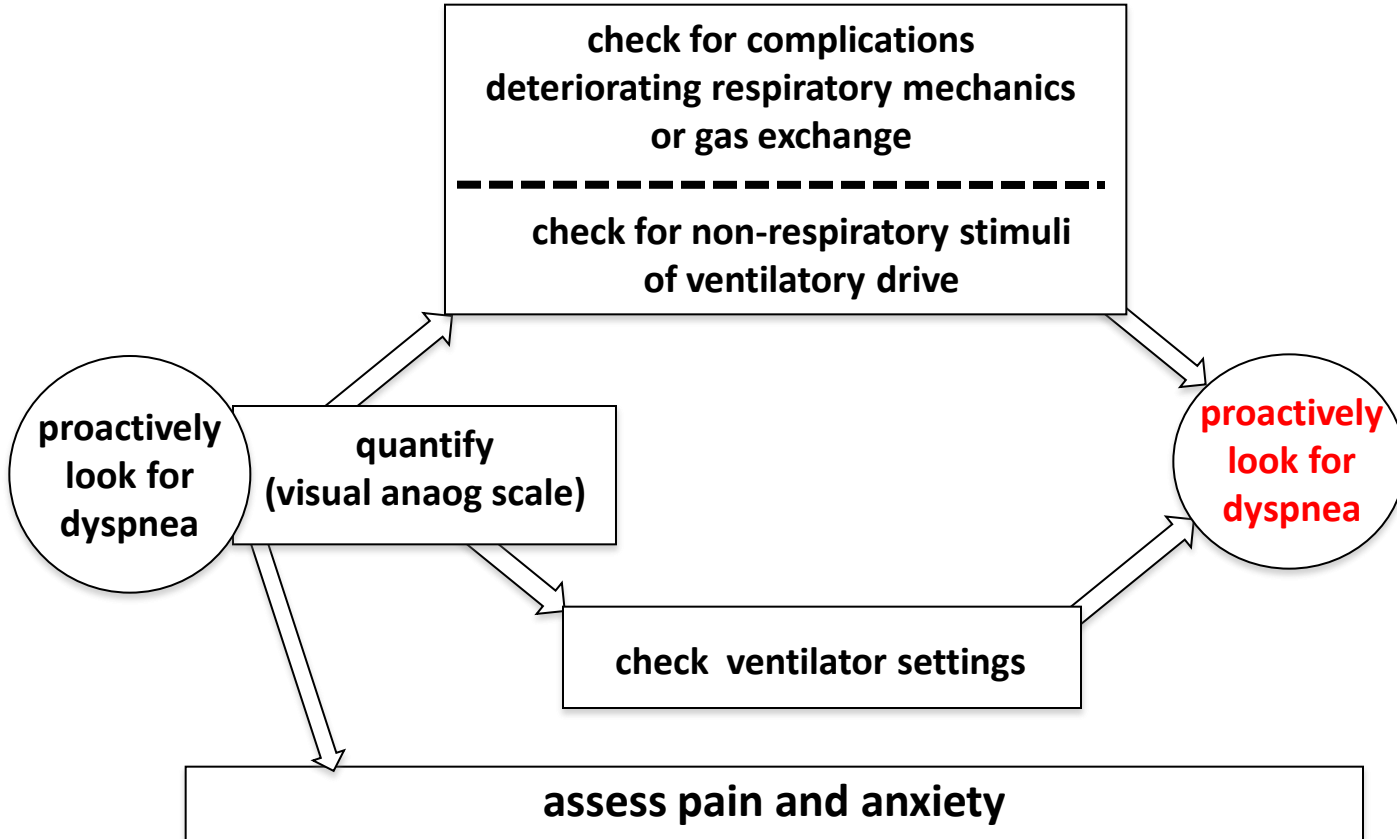
Management of dyspnea



Management of dyspnea



Management of dyspnea



conclusion

La dyspnée en réanimation

- La dyspnée est fréquente et sévère
- Conséquences *anxiété, souvenir, PTSD, sevrage...*
- Doit être recherchée et quantifiée
 - demander au patient *EVA, échelle de Borg*
 - scores d'observation *IC-RDOS, patients non communicants*
- Peut être prévenue et traitée *réglages du ventilateur...*

Merci de votre attention



alexandre.demoule@aphp.fr