

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 49 (2013)
Heft: 6

Artikel: Atemphysiotherapie in palliativen Situationen = La physiothérapie respiratoire en soins palliatifs
Autor: Mercier, Jérôme
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928897>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 04.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Atemphysiotherapie in palliativen Situationen

La physiothérapie respiratoire en soins palliatifs

JÉRÔME MERCIER

Dyspnoe und Obstruktion sind die häufigsten Atemprobleme in palliativen Situationen. Die meisten Techniken der Atemphysiotherapie können angepasst auch in der Palliative Care eingesetzt werden.

Dyspnée et obstruction sont les deux principaux problèmes respiratoires des patients en soins palliatifs. La plupart des techniques de physiothérapie respiratoire peuvent être adaptées et utilisées en soins palliatifs.

«Palliative Care zielt auf eine Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien im Hinblick auf die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehenden Probleme ab...» WHO (2002) [1]. Dieser Linie folgend setzt sich auch die Physiotherapie in Palliative Care die Lebensqualität des Patienten als oberstes Ziel. Mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung tragen die Physiotherapeuten zum Wohlbefinden des Patienten bei, insbesondere auch bei Atemproblemen.

Die erste von der WHO anerkannte Palliativstation wurde im Jahre 1987 am «Hôpital de Bellerive» des Genfer Universitätsspitals HUG eröffnet. Damals wurden die Physiotherapeuten vor allem für die Behandlung respiratorischer Probleme hinzugezogen [2]. Das Behandlungsspektrum der Physiotherapie hat sich seitdem erheblich erweitert. Heute bietet die Physiotherapie eine breite Palette von Leistungen, wobei die Atemphysiotherapie weiterhin von vorrangiger Bedeutung ist.

Die Besonderheit der Behandlungen leitet sich von der palliativmedizinischen Philosophie ab. Vor Behandlungsbeginn müssen sich Physiotherapeutin und Physiotherapeut mit bestimmten Fragen auseinandersetzen:

- Welche Wünsche und Anliegen hat der Patient zu seiner Atmung?
- Falls sich der Patient nicht mehr mitteilen kann: Existiert eine Patientenverfügung? [3]
- In welchem Verhältnis steht der Nutzen der Behandlung gegenüber der provozierten Ermüdung?

Atemphysiotherapie wird vor allem wegen zwei Symptomen verordnet: Dyspnoe und Obstruktion der Bronchien.

«Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle...» OMS (2002) [1]. Le physiothérapeute s'inscrit dans cette logique. Il mobilise ses connaissances et son expérience pour contribuer au confort, notamment respiratoire, du patient.

La première unité de soins palliatifs reconnue par l'OMS a ouvert ses portes à l'Hôpital de Bellerive (HUG) en 1987. Les physiothérapeutes étaient alors essentiellement sollicités pour des problèmes respiratoires [2]. Leur champ d'action s'est considérablement élargi au fil des ans. Aujourd'hui, la physiothérapie propose une gamme complète de prestations, mais l'aspect respiratoire reste prioritaire.

La particularité des traitements découle de la philosophie même des soins palliatifs. Le physiothérapeute doit répondre à certaines questions avant d'agir:

- Quel est le souhait du patient concernant son confort respiratoire?
- Si le patient ne peut plus communiquer, a-t-il rédigé des directives anticipées? [3]
- Quel sera le rapport bénéfice/fatigue de l'intervention?

Les demandes de physiothérapie respiratoire concernent prioritairement deux grands symptômes: la dyspnée et l'encombrement bronchique.

La dyspnée

C'est un symptôme extrêmement anxiogène et fréquent en soins palliatifs, d'étiologie multiple et qui a des conséquences

Dyspnoe

Dyspnoe ist in der Palliative Care ein sehr häufiges, äusserst anxiogenes Symptom mit vielfältiger Ätiologie, das sich erheblich auf die Lebensqualität auswirkt. Sie weist eine hohe Prävalenz¹ am Lebensende auf und tritt mit fortschreitender Erkrankung auch zunehmend neu auf. Man trifft Dyspnoe zu 95 Prozent bei COPD, 70 Prozent bei Krebserkrankungen und zu 50 Prozent bei ALS an [4].

Vor einer Atemphysiotherapie muss sich der Physiotherapeut über den medizinischen Behandlungsansatz und die laufenden Behandlungen informieren (wie Opiode, Anxiolytika, Diuretika, Anticholinergika, Bronchodilatoren), und er passt seine Intervention entsprechend daran an. Folgende Punkte müssen bei der Untersuchung besonders beachtet werden:

- *Die Umgebung (Helligkeit, Zimmerbelüftung) und die Lagerung des Patienten* können eine Dyspnoe positiv oder negativ beeinflussen. Die Lagerung und die Einrichtung sollen die diaphragmale Entspannung erleichtern und den Einsatz der inspiratorischen Atemhilfsmuskulatur (Griff zum Aufrichten, Tisch) ermöglichen.
- *Evaluation der Intensität der Dyspnoe:* Idealerweise wird die Dyspnoe zu Beginn und am Ende einer Behandlung mithilfe einer Evaluationsskala (VAS², BORG, ESAS³, Lebensqualitätsskala) gemessen. Falls der Patient seine Atembeschwerden nicht selbst mitteilen kann, erfolgt die Beurteilung durch Beobachtung während der Pflege (NYHA⁴, Sadoul⁵).

Es liegt auf der Hand, dass die Atemphysiotherapiesitzung nicht standardisiert abläuft. Sie hängt von der Ätiologie der Dyspnoe, den körperlichen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten sowie von seinen respiratorischen Beschwerden ab. Die WHO weist darauf hin, dass sich palliative Massnahmen bereits zu einem frühen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf einsetzen lassen [1]. Die angetroffenen klinischen Beschwerdebilder sind sehr unterschiedlich, deswegen kommen auch sehr verschiedene Behandlungsmethoden zum Einsatz. Sie erstrecken sich vom gezielten Belastungsaufbau (Training) bis zur Behandlung im Krankenbett von Patienten, die nicht mehr sprechen können. Die klassischen Behandlungsschwerpunkte sind:

majeures sur la qualité de vie. Sa prévalence¹ en fin de vie est importante et son incidence augmente avec le stade évolutif de la maladie. On retrouve notamment ce symptôme dans 95% des cas de BPCO, 70% pour les cancers ou encore 50% pour les SLA [4].

Le physiothérapeute prend connaissance de l'attitude médicale et du traitement mis en place (opioïdes, anxiolytiques, diurétiques, anticholinergiques, bronchodilatateurs, etc.) afin d'adapter ses techniques. Concernant le bilan, il est particulièrement attentif à:

- *L'environnement et l'installation du patient* qui peuvent soulager ou majorer ce symptôme. Clarté, aération de la pièce, position dans le lit. Il veille à favoriser la détente du diaphragme et l'utilisation des muscles inspireurs accessoires (poignée de redressement, table).
- *L'évaluation de l'intensité de la dyspnée*, faite idéalement en début et fin de traitement avec une «échelle patient» (EVA², BORG, ESAS³, échelles de qualité de vie). Si celui-ci n'a pas la capacité de communiquer sa sensation d'inconfort respiratoire, l'évaluation repose sur l'observation soignante (NYHA⁴, Sadoul⁵).

Le déroulement de la séance n'est évidemment pas standardisé. Son contenu dépend de l'étiologie de la dyspnée, des capacités physiques et cognitives du patient et de son degré d'inconfort respiratoire. L'OMS rappelle que les soins palliatifs sont «applicables tôt dans le décours de la maladie» [1]. La variété des configurations rencontrées et des traitements proposés est vaste, allant du réentrainement à l'effort au traitement en chambre pour un patient non communicant. Les grands axes du traitement sont:

- *Travail de détente respiratoire:* basé sur la synchronisation thoraco-abdominale avec prise de conscience du mode ventilatoire, sans recherche de correction systématique. Si ce recentrage sur la ventilation est trop anxiogène, il est intéressant de privilégier des méthodes du type sophrologie⁶, massage relaxant ou autre approches complémentaires.
- *Spirométrie incitative:* efficace pour lutter contre les atelectasies ou le phénomène de fibrose. Le feed-back visuel des Inspirex⁷ et autres Coach offre une possibilité de suivre l'évolution des capacités au fil des séances. Si né-

¹ Prévalenz: Krankheitshäufigkeit.

² VAS: Visuelle Analogskala.

³ ESAS: The Edmonton Symptom Assessment System.

⁴ NYHA: New York Heart Association: Symptombasierte Klassifikation von Herzkrankheiten.

⁵ Einteilung der Atemnot nach Professor P. Sadoul: www.againstpain.org/pdf/Dlrs_10.pdf (Seite 6).

¹ Prévalence: fréquence de la maladie.

² EVA: Echelle Visuelle Analogique.

³ ESAS: Edmonton Symptom Assessment System.

⁴ NYHA: New York Heart Association: classification symptomatologique des affections cardiaques.

⁵ Classification de la détresse respiratoire selon P. Sadoul: www.againstpain.org/pdf/Dlrs_10.pdf (page 6).

⁶ Sophrologie: technique de relaxation développée par le neuropsychiatre colombien Alfonso Caycedo.

⁷ Inspirex: spiromètre incitatif, visant à prolonger le temps inspiratoire.

- *Respiratorische Entspannung*: Sie beruht auf der thorako-abdominalen Synchronisation unter Berücksichtigung des Atemmusters, ohne Ziel einer systematischen Korrektur. Falls diese Rezentrierung auf die Atmung zu beängstigend sein sollte für den Patienten, so bieten sich Sophrologie⁶, Entspannungsmassage oder andere komplementärmedizinische Ansätze als Alternativen an.
- *Spirometrie* ist sehr wirkungsvoll bei Atelektasen oder Fibrosen. Anhand des visuellen Feedbacks von Inspirex⁷ und anderen Hilfsmitteln lässt sich der Verlauf der Atemvolumina während einer Behandlungssitzung verfolgen. Bei gewissen Patienten kann es sinnvoll sein, dass sie ihre Leistung nicht verfolgen.
- *Eine Massage verspannter Muskeln* wird von den Patienten immer geschätzt. Eine zu starke Entspannung von Muskelgruppen, deren Tonus als Ersatz für eine mangelhafte diaphragmale Atmung nützlich ist respektive sein wird, gilt es allerdings zu vermeiden.
- *Die Sauerstofftherapie* wird bei paroxysmaler Dyspnoe⁸ praktisch durchgängig eingesetzt. Ihr Nutzen ist allerdings zu relativieren: Ein Vergleich Sauerstoff-Umgebungsluft hat keine signifikanten Unterschiede im Wohlbefinden gezeigt [5].
- *Gruppentherapie*: Zusätzlich zum eigentlichen Behandlungsinhalt (Aufwärmen, Sensibilisierung auf die Atmungsform, Atmung in verschiedenen Volumina, Übungen zu zweit) bietet die Gruppentherapie die Möglichkeit, sich unterhalten zu können, Kontakte zu knüpfen und Erfahrungen auszutauschen.

Obstruktion der Bronchien

Die meisten Techniken der Atemphysiotherapie sind auch in der Palliative Care anwendbar, sie müssen aber hinsichtlich der Frequenz und Intensität angepasst werden. Das die Atemtherapie in palliativen Situationen dominierende Problem ist die ungenügende Hustenleistung (PCF < 160 L/min)⁹ [6]. Sie konfrontiert den Patienten unmittelbar mit Erstickungsängsten.

Es ist entscheidend, diese Erstickungsängste im Behandlungsplan zu berücksichtigen. Zur Behandlung gehört eine Instruktion, in welcher der Patient lernt, sein Husten zu ökonomisieren, das heisst den Hustenreiz zu unterdrücken und ihn so der Phase des Abhustens von Sekreten vorbehält.

Eine Mehrheit unserer Patienten weist einen schwachen bis unwirksamen Husten auf. Wir haben daher mit Erfolg ein Gerät zur Hustenunterstützung (Cough Assist) (Abbildung 1) in unserer Abteilung eingeführt. Es hilft dem Patienten, ein



Cough Assist: ein Gerät zur Hustenunterstützung. | Cough Assist: un appareil d'assistance à la toux.

cessaire, apprendre à certains patients à se désintéresser de la performance.

- *Massage des zones contracturées*: toujours apprécié par les patients. Eviter cependant de trop détendre des groupes musculaires dont la tonicité est où sera utile pour suppléer l'action diaphragmatique si elle devenait déficiente.
- *Oxygénothérapie*: utilisée quasi systématiquement dans le cadre de dyspnée paroxystique⁸, mais dont l'utilité est à relativiser. Un comparatif oxygène-air ambiant n'a pas montré de différences significatives quand à l'amélioration du confort respiratoire [5].
- *Approche groupale*: en plus du contenu de la séance (échauffement, prise de conscience du mode ventilatoire, ventilation dans différents volumes, travail en duo), elle permet d'échanger, de créer des liens et de partager son expérience.

L'encombrement bronchique

La plupart des techniques respiratoires sont applicables en soins palliatifs, mais doivent être adaptées en fréquence et en intensité. La caractéristique qui conditionne principalement notre travail en soins palliatifs est «l'effort de toux insuffisant» (PCF < 160 L/min)⁹ [6] car il projette le patient dans la peur du décès par étouffement. Il est donc primordial d'intégrer cette dimension anxiogène dans le plan de traitement, de même qu'une phase d'enseignement thérapeutique visant à apprendre au patient l'indispensable «économie de la toux» afin de la réserver à la phase d'expulsion des sécrétions. La plupart de nos patients ont une toux faible à inefficace. Nous

⁶ Sophrologie: Entspannungstechnik, vom kolumbianischen Neuropsychiater Alfonso Caycedo begründet.

⁷ Inspirex: Spirometer, verlängert die Inspiration.

⁸ Paroxysmale Dyspnoe: maximale Atemnot.

⁹ PCF: Peak Cough Flow, Mass für den maximalen Hustenstoss.

⁸ Dyspnée paroxystique: détresse respiratoire suraiguë.

⁹ PCF: Peak Cough Flow, mesure la puissance maximale de toux.

genügender Expirationsfluss für einen effizienten Hustenstoss zu erreichen, indem abwechselnd die Einatmungs- und Ausatemzeit vorgegeben wird. Das Gerät hat sich bei neuromuskulären Krankheiten bewährt [7].

Interdisziplinarität

Die Atemtherapie in der Palliative Care ist integraler Bestandteil eines interdisziplinären Behandlungsansatzes. In diesem Sinne erfolgt die Fortbildung des gesamten Medizinalpersonals am Hôpital de Bellerive in interdisziplinären Kolloquien, in denen jeder Fachbereich vertreten ist. Die Kommunikation mit dem Patienten und seiner Familie sowie der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über Arbeit und Gefühle anlässlich interdisziplinärer Sitzungen leisten einen wichtigen Beitrag zum Wohl des Patienten und zur Qualität der Behandlung.

Die Zukunft

Während es die Palliativpflege schon lange gibt, so ist die Palliativmedizin als Spezialgebiet relativ neu. Unser Beruf muss sich in diesem Bereich folglich noch in vielerlei Hinsicht entwickeln. So wäre es zum Beispiel interessant, den Ansatz der «palliativen nicht invasiven Beatmung» weiter auszubauen, um so ein Plus bei der Suche nach echter Atemerleichterung zu erzielen. Die Studie von S. Nava et al. [8] geht in diese Richtung. Die Autoren haben die nicht invasive Beatmung und O₂-Gabe hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Dyspnoe von Krebspatienten in der Terminalphase verglichen. Sie kommen zum Schluss, dass die Beatmung die Dyspnoe-Beschwerden ab der ersten Behandlungsstunde schneller lindert, wodurch signifikant niedrigere Morphindosen notwendig sind. |

Literatur | Bibliographie

1. WHO (2002): Definition des Begriffs der Palliative Care.
2. Lehto J, Anttonen A, Sihvo E: Treatment of dyspnea and other respiratory symptoms in palliative care. *Duodecim*. 2013; 129(4), 395–402.
3. Pautex S, Herrmann FR, Zulian GB: Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. *Palliat Med*, Okt 2008; 22(7), 835–41.
4. La Dyspnée en soins palliatifs. *Guides des soins palliatifs*. (2009) n° 10.
5. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA: Effect of palliative oxygen vs rooms air in relief of breathlessness in patient with refractory dyspnea: a double blind, randomised controlled trial. *Lancet*, 4 Sep 2010; 376(9743).
6. Janssens JP: Physiologie de la toux. *Revue médicale suisse*, Nr. 498. 2004.
7. Liszner K, Feinberg M: Cough assist strategy for pulmonary toileting in ventilator dependant spinal cord injured patients. *Rehabil Nurs*, Sep–Oct 2006; 31(5), 218–21.
8. Nava S et al.: Palliative use of non invasive ventilation in end of life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial. *Lancet Oncol*, Mar 2013; 14(3), 219–27.

avons donc introduit avec succès un appareil d'assistance à la toux (Cough Assist, voir photo) dans nos services. Son principe étant d'aider le patient à générer des débits expiratoires suffisants afin d'obtenir une toux efficace, la manœuvre consistant à alterner un temps d'insufflation suivi d'un temps d'exsufflation. Cet appareil a démontré son efficacité dans le cadre de maladies neuro-musculaires [7].

L'interdisciplinarité

La physiothérapie respiratoire en soins palliatifs fait pleinement partie d'une prise en soins interdisciplinaire. Dans cet esprit, l'ensemble du personnel soignant de l'hôpital de Bellerive est formé à l'animation des colloques interdisciplinaires dans lesquels chaque profession est représentée. Pouvoir communiquer avec le patient et sa famille, échanger sur ses actions et son ressenti avec les autres intervenants lors de réunions multidisciplinaires constitue un apport majeur pour le projet du patient et la qualité des soins.

L'avenir

Si les soins palliatifs ont toujours existé, la médecine palliative en tant que spécialité est relativement récente. Notre profession a donc encore de nombreux aspects à développer dans ce domaine. Il serait par exemple intéressant de développer le recours à la «ventilation non invasive (VNI) palliative» pour apporter un vrai plus dans la recherche du confort respiratoire. L'étude de S. Nava et al. [8] va dans ce sens; les auteurs ont comparé l'impact de la VNI à celle de l'O₂ sur la dyspnée de patients atteints de cancer en phase terminale: la VNI apporte une baisse plus rapide de la sensation dyspnéique dès la première heure de traitement et permet une diminution significative des doses de morphines. |



Jérôme Mercier

Jérôme Mercier, PT, travaille depuis 10 ans dans l'Unité de Soins palliatifs de l'Hôpital de Bellerive, entité des HUG. Il a effectué des formations complémentaires en soins palliatifs, en physiothérapie respiratoire (Postiaux) et en traitement de la douleur. Il est chargé de cours à la filière de physiothérapie de la Haute école de santé de Genève, dans le CAS de soins palliatifs ainsi que dans les programmes de formation continue des HUG.

Jérôme Mercier, PT, travaille depuis 10 ans dans l'Unité de Soins palliatifs de l'Hôpital de Bellerive, entité des HUG. Il a effectué des formations complémentaires en soins palliatifs, en physiothérapie respiratoire (Postiaux) et en traitement de la douleur. Il est chargé de cours à la filière de physiothérapie de la Haute école de santé de Genève, dans le CAS de soins palliatifs ainsi que dans les programmes de formation continue des HUG.