

Les Gasps

Objectifs et mots clés

- Physiopathologie
- Impact sur les parents
- Impact sur les soignants
- Que peut on dire aux parents et aux soignants ?
- Prise en charge

Physiopathologie (1)

- Les Gasps :
 - **réflexe du tronc cérébral**,
 - ce sont les derniers mouvements respiratoires précédant l'arrêt complet des mouvements respiratoires (apnée finale);
- En réponse à l'asphyxie, il existe une période initiale d'éveil (consciente) avec présence d'une polypnée, puis la première apnée (apnée primaire) marque le début de la phase de gasps.
- Les gasps sont facilement reconnaissables par la présence d'une inspiration rapide suivie d'une expiration retardée puis d'une phase d'absence totale de mouvements respiratoires
- Puis les gasps sont de plus en plus faibles et survient la dernière apnée
- Les gasps sont un indicateur **d'hypoxémie profonde** avec PaO₂ inférieure à 5-15 mmHg et ne sont pas corrélés avec l'hypercapnie ou l'acidose
- Durée de la phase des gasps est très variable: un ou 2 mouvement respiratoire à qq min ou qq heures

Physiopathologie (2)

- Les gasps sont très différents des mécanismes de respiration normale (eupnée) et des apnées :
 - La courbe inspiratoire dans les gasps montre une inspiration très rapide
 - Dans la phase expiratoire dans les gasps l'activité neuronale est très diminuée ou absente
 - Les gasps ne surviennent pas à un seuil d'apnée, en terme de PCO_2 contrairement à l'eupnée et à l'apnée
- La commande cérébrale des gasps sous l'action d'une hypoxie sévère est activée. L'activité des neurones de cette zone est autonome et induit les gasps
- Sédatifs et hypnotiques couramment utilisés n'ont pas d'impact sur la genèse et la durée des gasps

Impact sur les parents et les soignants

- Les gasps peuvent apparaître comme inconfortables, évoquent l'agonie;
- Les parents / soignants pensent que l'enfant souffre pendant cette phase de gasps, et évoquent un « étouffement »
- Beaucoup de parents rapportent que regarder leur enfant à la fin de sa vie était la pire des expériences de toute la maladie;

Quel message ? 1) Aux soignants

- Connaissance de la physiologie
- Gasps très différents de la dyspnée
- Pas de douleur lors de la phase des gasps
- Patients inconscients
- Peu d'action des sédatifs sur cette phase

- Savoir accompagner les parents
- Attention : parfois arrêt prolongé puis « redémarre » il n'est pas urgent d'annoncer le décès (Il est « en train de mourir » et non pas « il est mort »);
- Tout dire aux parents. Aucun « non-dits » ou ne pas faire ce qu'on ne va pas dire aux parents
- Possibilité de s'appuyer sur l'entourage plus large, l'enfant va prendre une place dans la famille

Quel message ? 2) Aux parents

- Gaspes sont parfois très bruyants
- Durée de cette période non prévisible
- Pas de douleur ressentie lors de la phase de gasps
- Peu action des médicaments sur ces signes
- Peut être angoissant pour vous, mais pas pour votre enfant
- Proposer de mettre dans les bras un enfant qui présente des gasps
- Accompagnement des parents par les soignants (grande disponibilité en fonction du souhait des parents)
- Tous les soignants partagent le même point de vue sur la signification des gasps / cohérence des soignants

Prise en charge

- Formation des soignants
- Accompagnement de la famille
- Anticipation et information avant la survenue des gasps

Bibliographie

- St John WM. Neurogenesis of patterns of automatic ventilatory activity. Progress in neurobiology, 1998;56:97-117
- Hawryluck L. Neuromuscular blockers- a means of palliation ? J Med Ethics, 2002;28:170-172
- Perkin RM, Resnik DB. The agony of agonal respiration: is the last gasp necessary ? J Med Ethics, 2002;28:164-169
- St John WM. A Characterization of the respiratory pattern of gasping. J Appl Physiol, 1981;50:984-93 (abstract)
- Poets CF, Meny RG, Chobanian MR, Bonofiglio RE. Gasping and other cardiorespiratory patterns during sudden infant deaths. Padiatr Res, 1999;45:350-4 (abstract)