

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 4: Dyspnoe = Dyspnée = Dyspnea

Artikel: La prise en soin physiothérapeutique de la dyspnée en soins palliatifs = Die physiotherapeutische Behandlung der Dyspnoe in der Palliative Care (Zusammenfassung) = La presa a carico fisioterapica della dispnea nelle cure palliative (Riassunto)

Autor: Marcant, D. / Mercier, J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091913>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

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

La physiothérapie de la dyspnée en soins palliatifs nécessite de passer d'un soin lié aux mécaniques ventilatoires à une approche globalisant toutes les ressources encore disponibles par le patient. Cette approche non-médicamenteuse sait aujourd'hui adapter ses techniques d'un stade débutant au rôle du mourant et mériterait d'être plus largement prescrite.

D. Marcant*, J. Mercier**

La prise en soin physiothérapeutique de la dyspnée en soins palliatifs



D. Marcant

La dyspnée se traduit par un mouvement ventilatoire pénible, conscient. Cette respiration difficile induit une sensation plus ou moins angoissante où interviennent des perturbations physiologiques, mais également des réactions psychologiques du patient. La prévalence de ce symptôme chez les malades cancéreux en fin de vie varie de 20% à 70% selon les lieux d'études¹.

Dans un contexte de soins palliatifs, le traitement physiothérapeutique de la dyspnée nécessite pour le thérapeute de la méthodologie, des connaissances anatomiques et bio-mécaniques, de la dextérité professionnelle et enfin de l'écoute.

Au niveau méthodologique la prise en charge débute systématiquement par un bilan précis et méticuleux. Il comprend des éléments subjectifs donnés par le patient sur son ressenti respiratoire et des éléments objectifs qui découlent de l'observation. Dans tous les cas, le praticien ne doit pas remettre en question les éléments fournis par le patient. Ce bilan débute par une prise de contact et d'observation

L'observation

L'anamnèse sera courte, tous les éléments nécessaires au plan de soins physiothérapeutique auront déjà été collectés en dehors de la chambre dans le dossier médical. Le physiothérapeute s'efforcera de poser des questions ciblées nécessitant une réponse binaire que le patient pourra exprimer à l'aide d'une main ou d'un clignement de paupières lors de dyspnées très aiguës.

Dès l'entrée dans la chambre du patient seront observés:

- un lit en désordre, qualité de la lumière, espace disponible;
- la posture au lit et les stratégies de compensation générées par des éléments exogènes, tels que présence d'oreillers induisant une cyphose dorsale, qui engendre une limitation des mouvements inspiratoires, et endogènes tels que membres inférieurs en rotation externe et flexion des genoux afin de détendre l'ilio-pectiné et par voie de conséquence les piliers du diaphragme pour en augmenter sa course;
- l'utilisation de la potence signalant un besoin d'utiliser le muscle grand dentelé comme inspireur accessoire;

- quand le patient est encore autonome à la marche: l'étude de la statique debout et des stratégies de déambulation;
- la coloration des téguments et des phanères;
- la sphère buccale, recherche de sécheresse et/ou candidose(s);
- le débit de paroles lors de la conversation.

Constantes et mesures

Ces dernières permettront un suivi du traitement et des évolutions ou involutions possibles de la clinique.

- Classification en 4 stades de gravité de la dyspnée de la NYHA (New-York Heart Association²) ou avec l'échelle de Sadoul³ qui comprend un stade supplémentaire intégrant les montées d'escalier;
- seuil d'anxiété à l'aide d'une échelle analogique;
- Répercussions dans les AVQ (St Georges respiratory questionnaire⁴);
- Saturation Périphérique d'O₂ avec ou sans oxygénothérapie, fréquence respiratoire et cardiaque;
- éventuellement analyse des fonctions pulmonaires et du Tiffeneau VEMS/CV;
- éléments initiateurs et/ou soulageant.

Analyse de la mécanique ventilatoire

L'association des connaissances anatomiques et bio-mécaniques permettront d'orienter le plan de soins. Ainsi seront analysés et recherchés:

- les types ventilatoires, l'observation de l'ampliation thoracique et la recherche des zones hypomobiles
- les mises en jeu musculaires (observation et palpation) et la participation des muscles inspireurs accessoires;
- le testing musculaire, adapté à la difficulté du patient, de la paroi abdominale en demandant une flexion de nuque au patient, le praticien appréciera la qualité de la contraction musculaire et les irradiations possibles;
- le signe du «pipage»: observation de l'effort inspiratoire/expiratoire avec signes caractéristiques d'avancée de la mâchoire inférieure;
- le snif test appréciant les possibilités diaphragmatiques lors des efforts de toux le signe de Hoover;
- rétrécissement de la base du thorax à l'inspiration;
- éventuellement le test du verre d'eau pour objectiver la présence de fausses routes afin de pouvoir conseiller l'utilisation d'une eau gélifiée et ou une rééducation de la sphère pharyngée adaptée.

L'auscultation pulmonaire

L'auscultation pulmonaire finalisera l'ensemble de ces bilans et permettra de cibler les techniques en fonction de la localisation des éventuels encombrements par:

- l'écoute des bruits à la bouche signant des encombrements proximaux et moyens;
- la recherche, localisation et fréquence des craquements et/ou sibillances permettant de localiser les encombrements périphériques ne produisant aucun son à la bouche.

Die physiotherapeutische Behandlung

Classification de la dyspnée

Une fois tous ces éléments analysés, le physiothérapeute sera en mesure d'établir ses conclusions de bilans aboutissant à un plan de soins précis et adapté à chaque type de patient et pour chaque type de dyspnée dont les classifications semblent être différentes selon les auteurs. Afin d'appréhender ce traitement physiothérapeutique, un classement, en 3 catégories, de la dyspnée en soins palliatifs sera proposé: chroniques, aiguës, et induites.

Les *dyspnées chroniques* signent, dans la majorité des cas, des pathologies cardiaques (insuffisance cardiaque, péricardites, ...) ou pulmonaires (pneumopathies, ...). Elles peuvent être de repos ou d'effort.

Les *dyspnées aiguës* sont caractérisées par une survenue brutale (embolie pulmonaire, oedème aigu du poumon, crise d'asthme aiguë, corps étrangers dans l'arbre bronchique, ...) ou sur un terrain de base dyspnéique déjà connu (dyspnée paroxystique). Elles ne peuvent être que de repos, en règle générale le rôle du mourant sera intégré dans cette catégorie.

Les *dyspnées induites* découlent des troubles qui peuvent faire suite à des aliments prolongés, des suites opératoires ou médicamenteuses (chimiothérapie, ...) ou plus particulièrement font suite à un déconditionnement neuro-moteur. Ces dyspnées peuvent être de repos ou d'effort.

Dans tous les cas, le praticien s'efforcera de respecter le rapport entre les résultats visés et le coût énergétique engendré par le patient.

Les buts de la physiothérapie

Les buts de la physiothérapie se développeront selon 3 axes: technique, éducatif et recherche d'un certain confort.

Dans l'*axe technique*, le désencombrement bronchique tient une place privilégiée. Plusieurs types d'encombrement seront différenciés: proximal (arrière gorge, trachée et bronches souches), moyen (bronches non respiratoires de la 5 à 6^{ème} génération bronchique à la 14^{ème}) et distal (petites bronches et parenchyme pulmonaire dont la surface est de l'ordre d'un terrain de tennis). Les techniques utilisées varieront alors selon la localisation de l'encombrement, la précision de l'auscultation et les possibilités restantes du patient.

- Pour les encombrements proximaux, la technique de base utilisée sera l'AFE⁵ (accélération du flux expiratoire avec ou sans son prononcé), afin d'éviter les toux non-productives qui épuisent le patient inutilement ou encore d'induire des bronchospasmes.
- Pour les encombrements moyens, 2 types de manœuvres seront utilisées: l'ELTGO (Expiration lente totale glotte ouverte en décubitus dorsal 6) ou selon la fragilité du patient l'ELTGOL (pratiqué en latéro-cubitus). La première fera ventiler le patient à partir de son volume courant jusqu'à une partie du volume de réserve expiratoire (VRE) et la seconde, utilisée sur des patients moins fatigables, sur toute la capacité vitale (CV). En

fin de vie, beaucoup de patients éprouvent des difficultés à laisser leur glotte ouverte. Le praticien hospitalier utilisera un embout circulaire et cartonné placé entre les dents (embout de fonction pulmonaire par ex.), le praticien libéral à domicile utilisera une bouteille d'eau en plastique sectionnée en son milieu, le goulot sera placé entre les dents. Outre l'avantage d'améliorer la ventilation ces techniques permettront de recueillir les expectorations.

- Les encombrements périphériques ne seront abordés qu'après avoir traité les zones proximales et moyennes et donneront lieu, à la fin du traitement, à la reprise des techniques précédemment énoncées. Pour les pathologies distales, la difficulté réside dans l'absence relative de flux dans les alvéoles. Le physiothérapeute utilisera la combinaison de 2 propriétés physiques: la variation des volumes et l'augmentation des flux respiratoires. La variation des volumes induira l'introduction de techniques à débits inspiratoires contrôlés en veillant à ventiler les différents lobes (surtout pour le lobe moyen droit, mal orienté). L'augmentation des flux respiratoires permettra l'utilisation de techniques de ventilation expiratoire en utilisant des manœuvres type ELTGO ou ELTGOL. Ces deux techniques favoriseront la reprise de la mobilité diaphragmatique dans l'ensemble de sa course.

Pour des patients en fin de vie présentant un encombrement massif et diffus le physiothérapeute combinera, en latéro-cubitus, des manœuvres de type expiratoire lente pour le poumon en appui et comprimé avec des exercices à débit inspiratoires contrôlés pour l'autre poumon. Ces manœuvres sont entrecoupées de larges périodes de repos.

Les levées des tensions et blocages ostéo-articulaires et musculaires viennent en complément des manœuvres axées sur le parenchyme. Elles permettent de prolonger l'action de la séance de physiothérapie respiratoire et les techniques choisies seront fonction du bilan. Certaines d'entre elles sont systématiquement utilisées telles que le massage en peigne des espaces intercostaux. Dans le même esprit le massage des zones d'insertion costale du diaphragme sera réalisé soit par la technique du ponçage en massage classique soit par des traits tirés en massage réflexe. Le physiothérapeute s'intéressera également aux tensions des muscles inspiratoires accessoires (SCOM, grand dentelé, ...) par des étirements doux et ciblés effectués sur un temps expiratoire en repositionnant la nuque et les épaules selon les recommandations de P. Campignon⁷. Une détente musculaire avec étirements doux et progressifs des pectoraux ainsi qu'une mobilisation et une traction mesurée et dans l'axe des 2 membres supérieurs compléteront l'ensemble de ces manœuvres. Le repérage des zones de blocage surtout costo-vertébrales donnera lieu à des mobilisations spécifiques de type Maitland (stade 1 ou 2) visant à la ré harmonisation des zones d'hypomobilité – après vérification de la congruence ostéo-articulaire de la cage thoracique.

En soins palliatifs, la tonification musculaire doit être utilisée avec parcimonie car elle engendre un coût énergétique important. Elle s'intéressera surtout au diaphragme qui subit la même amyotrophie que les autres muscles appendiculaires. Cette tonification était déjà présente, pour les héli-coupoles lors des manœuvres à débit inspiratoire et peut débuter par une simple résistance manuelle appliquée sur l'abdomen lors de l'inspiration. Le travail du grand dentelé est primordial et sera un continuum de la mobilisation des membres supérieurs. Les abdominaux seront travaillés soit de manière analytique par irradiations soit de manière fonctionnelle lors des transferts.

L'axe éducatif est très intéressant quand la dyspnée n'est pas trop invalidante. Le but sera de sensibiliser le patient aux différentes mises en jeu musculaire en positionnant ses mains sur son abdomen et son thorax tout en essayant de réguler certaines stratégies de compensation. Les exercices viseront par exemple à étager la ventilation en essayant de la placer dans les différentes phases respiratoires ou encore de la rythmer ou de la fractionner pour affiner la perception. Dans les cas de polypnées invalidantes il sera recommandé au patient d'effectuer une courte pause respiratoire en fin d'inspiration. Cette manœuvre aura également pour but d'augmenter la phase d'échanges gazeux et de réduire l'effet de balayage de l'espace mort et sera largement utilisée lors de prises de spray et aérosol. Une autre technique visera à étager la ventilation en essayant de la placer dans les différentes phases respiratoires. Il est important de noter que cet axe éducatif recentre le patient sur sa propre respiration ce qui n'est pas toujours souhaitable notamment pour des patients très angoissés. Dans ce cas, l'association de techniques de relaxation centrale et/ou périphérique sera recommandée.

La recherche d'un certain confort se fera selon 3 approches: le massage, le positionnement et la relaxation.

- Le massage visera à détendre les groupes musculaires thoraciques et dorsaux, le physiothérapeute dispose de différentes techniques de massages allant de manœuvres superficielles à profondes, certaines techniques réflexes peuvent également être entreprises avec de bons résultats.
- Le positionnement visera à laisser travailler les muscles inspiratoires au maximum de leur efficacité, ainsi, par exemple l'on placera un coussin sous poplité pour détendre le psoas et diminuer, par réaction de chaîne musculaire, la tension des piliers du diaphragme⁸ ou laisser la potence du lit pour que le patient puisse s'y accrocher et ainsi inverser le point fixe du grand dentelé en le transformant en inspireur accessoire. En toute fin de vie les positions en latéro-cubitus semblent très inconfortables pour le patient bien qu'elles présentent des avantages pour les appuis.
- La relaxation sera de type centrale ou périphérique. Devant ces deux possibilités la priorité sera donnée à des techniques d'apprentissage courtes utilisables rapide-

ment. Les techniques de relaxation «idéatoire» basées sur le mouvement de l'eau associé aux mouvements respiratoires ou sur la visualisation d'images en correspondance avec certaines parties du corps seront privilégiées.

L'apparition de la dyspnée renvoie directement le patient en fin de vie à une de ses principales angoisses: la mort par étouffement. Une physiothérapie respiratoire adaptée peut-être réalisée à tous les stades de ce symptôme. Le fin dosage entre les aspects techniques, éducatifs et de confort reste à l'appréciation du thérapeute qui aura réalisé des bilans rigoureux aboutissant à un projet thérapeutique établi en partenariat avec le patient et l'équipe de soins. La physiothérapie respiratoire souffre peut-être de son assimilation au simple désencombrement bronchique. Avec une prévalence de la dyspnée en cancérologie proche de 50%⁹ la physiothérapie pourrait être prescrite plus largement notamment pour son approche globale et éducative.

Références

- 1 Marin I et al, Revue des maladies respiratoires 2004; 21: 465-472
- 2 <http://spiral.univ-lyon1.fr/polycop/Cardiologies/Cardiologie-20.html>
- 3 Chanussot.JC: Kinesithérapie respiratoire pathologie pulmonaire MASSON 2ème tirage 1993
- 4 Bouchet.Ch, Guillemin.F. Validation du questionnaire de St George pour mesurer la qualité de vie chez les insuffisants respiratoires, Revue des maladies respiratoires 1996; 13: 43-46
- 5 Barth. J., Brossard.C, Binoche.V: Pneumokinesithérapie, ed. DOIN 1998.
- 6 Postiaux.G: Kinesithérapie respiratoire de l'enfant DEBOECK-UNIVERSITE 3ème édition avril 2003
- 7 Respir'action", édi P. Campignon 1996.
- 8 Les chaînes musculaires et articulaires / concept GDS" (2001), édi P. Campignon 2001.
- 9 Dudgeon DJ, Kristjanson L, Sloan JA, Lertzman M, Clément C: Dyspnea in cancer patients: prevalence and associated factors. J. Pain Symptom Manag 2001; 21: 95-102

Correspondance

D. Marcant* J. Mercier**, 3-***physiothérapeutes,
Centre de soins continus Département de gériatrie et réhabilitation
Hôpitaux Universitaires de Genève
Chemin de la Savonnière, 11
(CH) 1245 Collonge Bellerive

Daniel Marcant, Jérôme Mercier

Die physiotherapeutische Behandlung der Dyspnoe in der Palliative Care

(Zusammenfassung)

Dyspnoe, das subjektive Gefühl von «zu wenig Luft», ist eines der Symptome, das Patienten am Lebensende am meisten fürchten und das auch am schwierigsten zu lindern ist. Wird die Dyspnoe – besonders bei akuten Anfällen – unerträglich, so stehen der Medizin verschiedene medikamentöse Behandlungen zur Verfügung. In diesem Zusammenhang ist aber auch die Physiotherapie für palliative Patienten eine unerlässliche Möglichkeit manueller und menschlicher Intervention. Je nach Stärke führt diese beängstigende Atemnot zu sozialer Isolierung und zur Einschränkung der körperlichen und instrumentalen Leistungsfähigkeit des Patienten in seinen Alltagsaktivitäten. Deshalb wird der Physiotherapeut genaue Abklärungen vornehmen und dabei den Dyspnoe-Patienten als Ganzes und nicht etwa nur seine Atemprobleme im Auge behalten müssen.

Methodisch wird er vorerst die in den ärztlichen und pflegerischen Unterlagen aufgezeichneten Beschreibungen und Fakten zu Kenntnis nehmen, bevor er dann mit dem Patienten selber Kontakt aufnimmt und ihn beobachtet. Dabei wird er zahlreiche wertvolle Informationen sammeln von der Anordnung des Zimmers, zur spontanen Haltung des Patienten im Bett oder auf dem Lehnstuhl, samt den dadurch induzierten Kompensationsstrategien beim Atmen. Dann wird er die Art der Dyspnoe bestimmen und sie objektiv (aus der Sicht des Therapeuten) und subjektiv (im Erleben des Patienten) anhand validierter Skalen quantifizieren. So wird er dann abschätzen können, was dies an

Ängsten auslösen wird und welche körperlichen und psychischen Auswirkungen dies auf die Alltagsaktivitäten des Patienten haben wird. Zur weiteren Abklärung gehört eine genaue Analyse der Atemmechanik, u.a. mit der Beobachtung der beteiligten Muskulatur und ihren Möglichkeiten, der Atmungsart, der weniger beteiligten Zonen und der charakteristischen Zeichen der Atemnot. Schliesslich werden durch die Auskultation der Lunge allfällige Atemgeräusche (feuchtes und/oder trockenes Rasseln) lokalisiert und quantifiziert. Die Analyse all dieser Daten führt dann zu Schlussfolgerungen und zu einem entsprechenden Therapieplan, an dem sich Behandlungen und Technik orientieren.

Für die physiotherapeutische Behandlung in palliativen Situationen stehen drei sich ergänzende Strategien zur Verfügung: ein technischer Ansatz mit dem Ziel, die Bronchien vom Schleim zu befreien und den Muskeltonus im Muskel-Knochen-Gelenk-System zu erhöhen; ein eher pädagogischer Ansatz mit dem Ziel eines besseren Atemhaushalts und einer bewussteren Wahrnehmung der Atembewegungen und des Atemvolumens; und schliesslich ein Ansatz über Entspannungstechniken mit dem Ziel, das allgemeine Wohlbefinden zu erhöhen, sei es durch eine bessere Körperhaltung im Bett oder im Lehnstuhl, durch Entspannungsübungen mit zentralen oder peripheren Techniken oder durch entspannende Massagen.

In der Onkologie beträgt die Prävalenz der Dyspnoe gegen 50%. Umfangreichere und häufigere Verordnungen von Psychotherapie auf Palliativstationen erlauben es, dass Patientinnen und Patienten von einer systematischen und ganzheitlichen Art der Behandlung profitieren, die sich an das symptomatische Stadium anpasst und sich nicht nur auf die Bronchialtoilette beschränkt.

Gesucht werden...

zweisprachige Personen,

die bereit sind Artikel in ihre Muttersprache zu übersetzen.

palliative-ch, das Publikationsorgan der SGPMP legt Wert darauf, die meisten Artikel auch Personen aus anderen Sprachregionen zugänglich zu machen. Um die Kosten tief zu halten, sind wir dankbar, wenn Sie bereit sind, sich unentgeltlich an Übersetzungsarbeiten zu beteiligen.

Bitte melden Sie sich bei Claude Fuchs, Tel. 044 466 26 61, E-mail: claud.fuchs@triemli.stzh.ch

D. Marcant, J. Mercier

La presa a carico fisioterapica della dispnea nelle cure palliative

(Riassunto)

La dispnea, sensazione soggettiva di «mancanza d'aria», è uno dei sintomi più temuti per il paziente in fine di vita e probabilmente è uno dei sintomi più difficili da lenire. Quando la dispnea diventa intollerabile, soprattutto in occasione di episodi acuti, la medicina ricorre a diversi trattamenti farmacologici. La fisioterapia, in questo contesto, è una possibilità di intervento umano manuale, indispensabile nel paziente in cure palliative.

A seconda della sua intensità, questa sofferenza respiratoria, generatrice di angoscia, ha come conseguenze dirette l'isolamento sociale e la limitazione delle possibilità fisiche del paziente nelle attività quotidiane e nelle attività strumentali. Ecco allora che il fisioterapista dovrà effettuare dei bilanci rigorosi che prendano in considerazione il paziente dispnoico nella sua globalità e nel suo ambiente circostante e non solo dal punto di vista respiratorio.

A livello metodologico, dopo aver raccolto le costanti e i dati necessari nei dossiers medici e infermieristici, i bilanci cominceranno con una presa di contatto e di osservazioni da cui verranno notate molte informazioni preziose quali l'organizzazione della camera, l'atteggiamento spontaneo nel letto o in poltrona con le strategie di compensazione respiratoria che ne derivano. In seguito si tratta di determinare il tipo e di quantificare questa dispnea in maniera oggettiva (punto di vista del terapeuta) e soggettiva (vissuto del paziente) attraverso delle scale convalidate, per misurarne l'impatto sull'ansia e le conseguenti ripercussioni

fisiche e psicologiche sulle attività quotidiane. Il prosieguo del bilancio mira ad analizzare precisamente la meccanica ventilatoria con, tra l'altro, lo studio della messa in atto e le possibilità muscolari, del tipo ventilatorio, delle zone d'ipomobilità e dei segni caratteristici di sofferenza respiratoria. Infine, l'auscultazione polmonare permetterà di localizzare e di quantificare eventuali rumori accessori (rantoli e/o sibili) che sono all'origine dello stato dispnoico o che hanno l'effetto di aumentarlo.

L'analisi di questi elementi produrrà delle conclusioni di bilancio che si concretizzeranno in un progetto terapeutico adatto e che orienteranno il trattamento e le tecniche.

Occorre prendere in considerazione tre assi complementari per la presa a carico fisioterapica nelle cure palliative: un approccio tecnico che comprende la disostruzione bronchiale, le rimozioni delle tensioni osteo-muscolari e la tonificazione muscolare; un approccio più educativo che mira all'apprendimento della gestione del respiro con la presa di coscienza dei movimenti ventilatori e dei diversi volumi respiratori e, infine, un approccio mirato alla distensione in un ottica di confort nel senso generale del termine, che sia a livello della posizione – mediante un posizionamento ottimale nel letto o in poltrona – orientata al rilassamento attraverso l'utilizzazione di tecniche appropriate di tipo centrale o periferico o con dei metodi di massaggio a scopo distensivo.

La prevalenza della dispnea in cancerologia vicina al 50% correlata a una presenza più importante di fisioterapisti nelle unità di cure palliative deve permettere a colui che prescrive di far beneficiare più sistematicamente al suo paziente di una cura completa, adattabile a tutti gli stadi di questo sintomo e che completa largamente la sola disostruzione bronchiale

Gesucht

Assistenzärztin oder Assistenzarzt Palliativmedizin

Sind Sie interessiert an einer Ausbildungsstelle für Palliativmedizin an einem grösseren Spital?

Unser Haus bietet eine Palliativstation und ein mobiles Team an.

Wir legen Wert auf Ihre Bereitschaft interdisziplinär und auch selbständig zu arbeiten.

Es besteht die Möglichkeit an Forschungsprojekten mitzuarbeiten.

Kontakt: Sie haben dieses Inserat gelesen, gerne laden wir Spitäler und Heime ein, hier in der nächsten Nummer ein Inserat zu platzieren

Bitte entschuldigen Sie, falls wir (noch) falsche Hoffnungen geweckt haben.