

Le delirium et l'hydratation en soins palliatifs

Guide des soins palliatifs du médecin vaudois

n° 9 ☞ 2009

En bref

Identification, prévention et traitement du delirium	4
Identification et traitement de la déshydratation	13

Quelques conseils pratiques

Sur le delirium	5
Sur l'hydratation artificielle	14

Boîte à outils

CAM (Confusion Assessment Method): un outil de dépistage	6
Sites de perfusions sous-cutanées	14

En savoir plus

Sur le delirium	7
Prévalence, conséquences	7
Manifestations cliniques, critères diagnostiques	7
Etiologies	9
Prévention	10
Evaluation	10
Traitements	11
Sur l'hydratation en fin de vie	15
Hydrater ou ne pas hydrater, un sujet de controverse	15
Physiopathologie et étiologies de la déshydratation	15
Conséquences de la déshydratation ou du déficit hydrique	16
Evaluation	16
Processus dans la prise de décision d'une hydratation artificielle	18
Modalités d'hydratation	19
Volumes d'hydratation	21

Quelques références utiles	22
----------------------------------	----

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n° 9 2009

Auteurs

Delirium

P^r José Luis Pereira
Bruyère Continuing Care
The Ottawa Hospital
Rue Bruyère Street 43
Ottawa (Ontario) K1N 5C8
jpereira@bruyere.org

D^r Alain Schwob
Ch. de Mont-Goulin 9
1008 Prilly
aschwob@gmail.com

Hydratation

D^{resse} Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Editeurs

D^{resse} Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Reviewers

Delirium et hydratation

D^r Grégoire Gremaud
Soins palliatifs HNE / La Chrysalide
Rue de la Paix 99
2300 La Chaux-de-Fonds
gregoire.gremaud@ne.ch

Hydratation

Sophie Ducret
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
sophie.ducret@chuv.ch

Le delirium en fin de vie n'est plus une fatalité

Plus de quatre-vingts pour cent des patients en fin de vie développent à un moment ou à un autre de leur maladie un delirium. Ce syndrome est donc aussi fréquent que la douleur!

Les patients qui récupèrent de cette complication en rapportent des images effrayantes faites d'angoisse, de désorientation, d'hallucinations. Ces épisodes marquent également profondément les proches qui les vivent, à juste titre, comme des moments d'intense souffrance.

Il y a une quinzaine d'années encore, nous étions le plus souvent désarmés face à un delirium. Nous l'identifiions tardivement et ne savions comment le traiter si ce n'est par des médicaments sédatifs à hautes doses, coupant toute possibilité de communication entre la personne malade, ses proches et les soignants.

Depuis lors, de nombreux progrès ont été effectués dans le dépistage précoce du delirium et dans l'identification des causes réversibles de ce dernier, en particulier la neurotoxicité aux opioïdes. Cette dernière est évoquée pour la première fois dans la littérature palliative en 1995 seulement. Elle se caractérise par un delirium, des myoclonies, une hyperalgésie, une allodynie et/ou une somnolence profonde. Elle serait due à une accumulation de métabolites des opioïdes, voire de la substance mère. Les patients en fin de vie y sont particulièrement exposés car ils s'hydratent peu. Son traitement est extrêmement simple: favoriser l'élimination des métabolites par une hydratation suffisante et remplacer l'opioïde concerné par un autre.

Pour le médecin traitant, les questions qui entourent l'hydratation et le delirium sont donc étroitement liées: une déshydratation favorise le delirium, un delirium hypothèque une hydratation adéquate. Les deux situations peuvent poser des choix éthiques à expliquer aux proches (hydratation artificielle ou non, investigations complémentaires ou pas dans le delirium et si oui lesquelles). Finalement, et c'est peut-être le plus important, chacune de ces situations représente pour le médecin de famille un défi de prévention, de dépistage et de diagnostic précoces.

Comme pour les cahiers précédents, vous trouverez dans ce chapitre des pistes pratiques pour améliorer significativement non seulement la qualité de vie des patients qui souffrent d'un tel syndrome, mais aussi celle de leurs proches. Car le delirium n'est plus aujourd'hui une fatalité.



D^{resse} Claudia Mazzocato



D^r Stéphane David



En bref

Identification, prévention et traitement du delirium

Quand suspecter un delirium (état confusionnel aigu)

- Chez tout patient présentant
 - troubles de l'attention, état de conscience fluctuant, somnolence
 - état d'agitation aigu
 - propos incohérents, incompréhensibles
 - autres troubles cognitifs d'apparition récente
 - hallucinations ou gestes évoquant celles-ci
 - brusque changement de comportement
- Facteurs prédisposants
 - personne âgée, troubles cognitifs pré-existants, AVC
 - sévérité des co-morbidités
 - déficits sensoriels
 - psychotropes, abus d'alcool

Etiologies

- Origines toxiques
 - antibiotiques β -lactames, fluoroquinolones
 - AINS, opioïdes, corticostéroïdes, anticholinergiques
 - antidépresseurs, benzodiazépines, phénothiazines
 - antiépileptiques, antihistaminiques, antiparkinsoniens
 - β -bloquants, digitaliques
 - polymédication
 - sevrage de substances (benzodiazépines, alcool, nicotine, etc.)
- Troubles hydro-électrolytiques, métaboliques
 - déshydratation, hypo/hypernatrémie, hypo/hypercalcémie, hypo/hpermagnésémie
 - hypo/hyperglycémie
 - insuffisance rénale, hépatique, cardiaque
- Autres
 - hypoxémie
 - atteintes cérébrales
 - infections
 - douleurs, fécalome, rétention urinaire

Prévention

- Effectuer un CAM (voir boîte à outils p.6) au min. 1x/sem. ou si comportement suspect.
- Corrections des troubles sensoriels.
- Eviter si possible la poly-médication et la prescription de benzodiazépines chez la personne âgée.
- Maintenir une hydratation suffisante chez le patient sous opioïde.

Traitements: le delirium est une urgence

- Approches non pharmacologiques
 - voir prévention
 - réorientation régulière, corrections des troubles sensoriels
 - rythme nyctéméral à rétablir, si possible
 - mobilisation encouragée; contrainte physique contre-indiquée
 - information et implication des proches
- Approche pharmacologique
 - halopéridol (Haldol®) PO/SC
 - delirium léger à modéré: 0,5-2 mg/8-12 h + 3 réserves à doses équivalentes à titrer
 - delirium sévère: 0,5 mg/30-60 min. jusqu'à obtention de l'effet recherché; dose de maintenance = 50% dose de la dose totale utilisée les 24 premières heures
 - lévomépromazine (Nozinan®) PO/SC 3-6 mg/8-12 heures + 3 réserves à doses équivalentes à titrer si agitation et/ou anxiété réfractaire à l'halopéridol
 - neuroleptiques atypiques:
 - si effets secondaires des neuroleptiques traditionnels
 - maladie de Parkinson ou syndrome parkinsonien
 - traitement neuroleptique envisagé sur une longue période

Quelques conseils pratiques sur le delirium

- *Eviter les benzodiazépines et les anticholinergiques chez les patients âgés ou à risque de développer un delirium.*
- *Avoir la même attention à l'égard du delirium qu'à l'égard des douleurs: en fin de vie, il est aussi fréquent que ces dernières.*
- *Un delirium est une cause fréquente d'hospitalisation en urgence les derniers jours de vie. Le prévenir et, lorsqu'il est présent, le traiter rapidement peut éviter un tel dénouement.*
- *Ne pas considérer le delirium en fin de vie comme une fatalité: il est réversible dans 50% des situations.*
- *Le delirium est le plus souvent d'origine multifactorielle. Ne pas se contenter de rechercher une seule étiologie.*
- *Les causes médicamenteuses sont très fréquentes et réversibles: simplifier au maximum le traitement.*
- *Chez un patient présentant un delirium, sous opioïde même depuis peu ou à faibles doses, effectuer systématiquement une rotation à un autre opioïde et optimiser l'hydratation au besoin.*
- *Un patient présentant un delirium hypo-actif présente le même degré de souffrance qu'un patient hyper-actif: le traiter même s'il semble paisible.*
- *Contrairement aux idées reçues, l'halopéridol est très peu sédatif et demeure le premier choix du traitement symptomatique du delirium.*
- *Le delirium est source d'une importante détresse pour les proches. Ils ont besoin de soutien, d'explications sur la nature de ce syndrome et, pour certains, de pouvoir s'impliquer dans la prise en charge non pharmacologique du delirium.*

Boîte à outils

CAM – Confusion Assessment Method

L'évaluation porte sur les dernières 24 heures; elle est réalisée avec l'aide des proches et/ou de l'équipe soignante

Dates										
Critère 1: Début soudain et fluctuation des symptômes <i>Ce critère est illustré par une réponse positive aux questions suivantes:</i>	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
- Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient par rapport à son état habituel? - Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, c'est-à-dire qu'il a eu tendance à être présent et absent ou à augmenter et à diminuer d'intensité?										
Critère 2: Inattention <i>Ce critère est illustré par une réponse positive aux questions suivantes:</i>	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Est-ce que le patient avait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit?										
Critère 3: Désorganisation de la pensée <i>Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante:</i>	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Est-ce que la pensée du patient était désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à l'autre de façon imprévisible?										
Critère 4: Altération de l'état de conscience <i>Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que «alerte» à la question suivante:</i>	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
- En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient? → alerte (normal) → vigilant (hyperalerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement) → léthargique (somnolent, se réveille facilement) → stupeur (difficile à réveiller) → coma (impossible à réveiller)										
La probabilité d'un delirium est élevée si les critères 1 et 2 et les critères 3 <u>ou</u> 4 sont remplis (sensibilité: 95-100%; spécificité: 90-94%), auquel cas une évaluation médicale s'impose.										

En savoir plus sur le delirium

1. Prévalence, conséquences

- Le delirium ou état confusionnel aigu est une des complications les plus fréquentes en soins palliatifs. Sa prévalence est de 28 à 48% lors de cancer avancé. En fin de vie, 85% des patients développent ce syndrome.
- Le delirium est source d'une grave détresse pour le patient, les proches et les soignants.
- Ses conséquences sont nombreuses:
 - évaluation et traitement de la douleur et des autres symptômes gravement perturbés en raison des troubles de la communication et de la conscience,
 - remise en cause du maintien à domicile,
 - augmentation de la morbidité,
 - augmentation de la mortalité.
- Le delirium est une urgence et doit être traité aussi précocement que possible.

2. Manifestations cliniques, critères diagnostiques

- Le delirium est un syndrome organique cérébral caractérisé par la survenue aiguë de troubles de l'attention et des fonctions cognitives habituellement accompagnés de désordres psychomoteurs (augmentation et/ou diminution de l'activité) et de la perception.
- D'autres manifestations non spécifiques sont observées, telles qu'une anxiété, une agressivité, une apathie ou une inversion du rythme nyctéméral.

Critères diagnostiques du delirium selon le DSM IV

Perturbation de la conscience avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.

Modification du fonctionnement cognitif (déficit de la mémoire, désorientation, perturbation du langage) ou survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale, d'une substance ou d'un sevrage de substance.

- Cliniquement, on peut observer trois sous-types de delirium:
 - hypoalerte/hypoactif: ralentissement psychomoteur,
 - hyperalerte/hyperactif: activité psychomotrice augmentée,
 - mixte: combine les formes hypoactive et hyperactive.



- Le delirium passe fréquemment inaperçu chez les patients présentant le sous-type hypoalerte/hypoactif.
- Les manifestations du delirium sont très fluctuantes, du moins initialement. Les avis dans une même équipe peuvent diverger en fonction du moment de l'observation.

- Certains patients présentent des manifestations évocatrices d'un delirium, sans remplir tous les critères diagnostiques. Ils doivent être surveillés de près et ne doivent pas recevoir de médicaments à risque (benzodiazépines, anticholinergiques, psychostimulants, etc.).
- Les principaux diagnostics différentiels sont la démence et la dépression.
- Une angoisse majeure avec agitation peut également mimer un delirium.
- La démence est un facteur prédisposant au delirium; ce dernier peut se surajouter à celle-ci, rendant le diagnostic particulièrement difficile.

Diagnostic différentiel du delirium

	<i>Delirium</i>	<i>Démence</i>	<i>Dépression</i>
Phase initiale	→ aiguë	→ insidieuse	→ variable
Evolution	→ fluctuante	→ progressive	→ variation diurne
Conscience	→ affectée	→ claire jusque tardivement	→ intacte
Orientation	→ affectée	→ initialement épargnée	→ intacte
Attention	→ affectée	→ initialement épargnée	→ affectée
Mémoire	→ affectée (court terme)	→ affectée	→ intacte
Symptômes psychotiques	→ habituels (simples)	→ inhabituels	→ inhabituels (complexes)

3. Etiologies

- En soins palliatifs, le delirium est le plus souvent d'origine multifactorielle.
- Certains facteurs peuvent y prédisposer, tels que des troubles cognitifs préexistants, ou l'entretenir voire l'aggraver, tels qu'une immobilisation prolongée.

Etiologies, facteurs prédisposants et aggravants

• Causes médicamenteuses	
→ médicaments	→ antibiotiques β-lactames et fluoroquinolones → AINS → anticholinergiques → antidépresseurs tricycliques, ISRS, ISRSN → antiépileptiques → antihistaminiques → antiparkinsoniens → benzodiazépines → β-bloquants, digitaliques → corticostéroïdes → phénothiazines → opioïdes
→ poly-médication	
→ sevrage de substances	→ benzodiazépines, etc. → alcool, nicotine, etc.
• Causes organiques	
	→ troubles hydro-électrolytiques, déshydratation → hypo/hypernatrémie, hypo/hypercalcémie → hypo/hpermagnésémie → hypo/hyperglycémie → insuffisance d'organe: rénale, hépatique, cardiaque → hypoxémie, y compris d'origine hématologique → atteintes du SNC de toute origine → infections → douleurs → fécalome
• Facteurs prédisposants	
	→ âge > 70 ans → troubles cognitifs → AVC → sévérité des co-morbidités → troubles métaboliques préexistants → psychotropes, abus d'alcool → déficits sensoriels, etc.
• Facteurs aggravants	
	→ contention physique → immobilité prolongée → sur- ou sous-stimulation sensorielle
• En soins palliatifs, le delirium est réversible une fois sur deux environ. Les étiologies les plus fréquentes laissant espérer une réversibilité sont:	
– une origine médicamenteuse (psychotropes, opioïdes), – une déshydratation.	
• Les étiologies du delirium les moins susceptibles de réversibilité sont:	
– l'encéphalopathie hypoxémique de toute origine, – une insuffisance rénale ou hépatique, – une atteinte tumorale cérébrale primaire ou secondaire.	

4. Prévention

4.1 Dépistage du delirium

- Un delirium sur trois n'est pas diagnostiqué malgré un suivi régulier et attentif: il est donc indispensable d'utiliser systématiquement et régulièrement un outil de dépistage.
- Il existe deux types d'outils:
 - les outils explorant les capacités cognitives: MMSE (Minimental State Examination), TELECOM (Test Élémentaire de Concentration, Orientation et Mémoire); ils peuvent mettre en évidence des troubles cognitifs mais ne permettent pas de conclure à un delirium;
 - les outils de dépistage du delirium tels que le CAM (Confusion Assessment Method).
- Le CAM est une hétéro-évaluation facilement réalisable au chevet du patient avec les proches et les soignants. Il est pratiqué une à deux fois par semaine (voir boîte à outils p. 6).
- Un CAM devrait être pratiqué chez tout patient palliatif présentant:
 - un brusque changement de comportement par rapport à son état habituel: apathique ou au contraire agité ou agressif,
 - un comportement «bizarre»: arrache sa sonde ou ses pansements, essaye sans cesse de sortir du lit, rejette les draps, utilise un objet pour un autre, etc.,
 - des propos incohérents ou incompréhensibles, même épisodiquement,
 - des hallucinations ou des gestes évoquant des hallucinations,
 - des difficultés à exprimer ses besoins,ou lorsque les soignants n'arrivent pas à identifier «ce qui ne va pas».

4.2 Autres mesures préventives

- Favoriser une bonne hygiène du sommeil.
- Réorienter fréquemment le patient (lieu, date, heure), lui procurer un cadre structurant.
- Prendre en charge les troubles sensoriels.
- Favoriser la mobilisation.
- Intensifier la communication.
- Eviter la contention physique.
- Eviter la prescription de médicaments, tels que les anticholinergiques et les benzodiazépines chez le patient à risque.
- Prévenir les troubles électrolytiques et la déshydratation.

5. Evaluation

- L'anamnèse, pour autant qu'elle soit réalisable, explore les points suivants:
 - hallucinations: par exemple «Observez-vous la présence d'objets bizarres ou changeant de forme quand vous les regardez, de personnages disparaissant tout à coup? Avez-vous l'impression que des personnes vous touchent?» Ces questions doivent être posées car le patient n'ose souvent pas parler spontanément de ce qu'il voit,
 - idées paranoïaques: par exemple «Vous sentez-vous en sécurité?»,
 - facteurs aggravants: prise d'un médicament (opioïde, sédatif), tombée de la nuit, etc.
- Elle recherche également les facteurs étiologiques ou contributifs, les changements récents de médication et précise le traitement actuel.
- Examen clinique complet comprenant, entre autres:
 - état d'hydratation, couleur des téguments, signes vitaux,
 - recherche de signes infectieux, d'un fécalome, de myoclonies évoquant une neurotoxicité aux opioïdes (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1), d'un flapping tremor, etc.,
 - examen neurologique: signes de latéralisation, déficits neurologiques non spécifiques évoquant une atteinte lepto-méningée, etc.

- Examens complémentaires: sur la base du pronostic de la maladie, de la probabilité de réversibilité du delirium, des souhaits du patient et des proches et de la pénibilité des examens et leur faisabilité:
 - formule sanguine,
 - électrolytes, y compris calcium corrigé et magnésium,
 - fonction rénale et hépatique,
 - sédiment urinaire,
 - saturation en oxygène,
 - RX du thorax, IRM cérébrale, etc.

6. Traitements

6.1 Principes généraux

- Contrôle du symptôme: le delirium est source d'un grave inconfort (angoisse, désorientation, hallucinations). Un traitement neuroleptique s'impose aussitôt que possible.



Un patient souffrant d'un delirium hypoactif peut ne pas manifester de souffrance, quand bien même sa détresse est grande, en raison du ralentissement psychomoteur. Il nécessite un traitement neuroleptique au même titre qu'un patient hyperactif.

- Traitement des causes réversibles:
 - le traitement étiologique permet une réversibilité partielle ou complète du delirium dans 30 à 75% des cas, en fonction du stade d'évolution de la maladie,
 - les manifestations cliniques peuvent être plus ou moins longues à disparaître selon l'étiologie, de un à deux jours à plus d'une semaine,
 - le delirium est le plus souvent d'origine multifactorielle: même lors de suspicion de neurotoxicité aux opioïdes, rechercher d'autres causes facilement explorables et traitables (médicaments, troubles électrolytiques, déshydratation, infection),
 - supprimer tous les médicaments susceptibles d'induire des troubles cognitifs,
 - chez un patient sous opioïde, effectuer une rotation et optimiser au besoin l'hydratation.
- Communication avec les proches:
 - le delirium est très éprouvant pour les proches, qui peuvent interpréter ses manifestations comme l'expression d'une colère à leur égard lors de comportement agressif ou le signe d'une douleur insuffisamment soulagée: il est donc essentiel de les informer de sa nature organique, de son caractère fluctuant (alternance de phases de lucidité et de confusion) et des mesures mises en place pour soulager le patient,
 - les proches peuvent se sentir soulagés de pouvoir participer aux soins: leur expliquer comment communiquer et se comporter avec le patient en lui donnant divers repères.

6.2 Approches non pharmacologiques

- Voir mesures préventives p.10.
- Installer le patient dans un endroit paisible, en évitant de le sur-stimuler (nombreux examens ou visites) et de le sous-stimuler (isolement dans une pièce fermée).
- Éviter des lumières fortes, les miroirs.
- Les mesures de contrainte physique aggravent le delirium. En cas d'agitation ou d'agressivité, traiter avec les neuroleptiques.

6.3 Approche pharmacologique

- Les neuroleptiques sont généralement indispensables pour traiter un delirium:
 - ils sont administrés quotidiennement et sont associés à des doses de réserve en cas de réponse insuffisante ou d'exacerbation de la symptomatologie,
 - ils sont généralement prescrits à des doses plus faibles et pour une plus courte période qu'en psychiatrie et psycho-gériatrie: de ce fait leurs effets secondaires, tels qu'un syndrome extra-pyramidal, sont plus rarement observés,
 - suivre régulièrement le patient: diminuer les doses voire les stopper en cas de régression du delirium.
- Chez le patient souffrant d'un delirium ne se manifestant qu'à la tombée de la nuit ou s'aggravant à ce moment-là, prescrire une dose de neuroleptique peu avant.

6.3.1 Neuroleptiques traditionnels

- Halopéridol (Haldol®):
 - utilisé en première intention dans le traitement du delirium, excepté lors de sevrage de benzodiazépines ou d'alcool:
 - delirium léger à modéré: PO/SC 0,5-2 mg/8-12 h + 3 réserves à doses équivalentes, à titrer rapidement selon réponse clinique,
 - delirium sévère: SC/IV 0,5 mg/30-60 min. jusqu'à obtention de l'effet recherché; dose de maintenance = 50% dose des 24 premières heures,
 - très peu sédatif par rapport aux phénothiazines,
 - PO 1 mg = SC 0,5 mg.



- Syndrome extra-pyramidal à doses élevées et prolongées.
- Contre-indiqué dans la maladie de Parkinson.

- Lévomépromazine (Nozinan®):
 - phénothiazine caractérisée par son effet anxiolytique et sédatif, utilisée en association avec l'halopéridol lors d'agitation et/ou d'anxiété réfractaire à ce dernier,
 - dose initiale: PO/SC 3-6 mg/8-12 heures + 3 réserves à doses équivalentes, à titrer rapidement selon réponse clinique.



- Syndrome extra-pyramidal à doses élevées et prolongées, sédation.
- Rétention urinaire, hyposialorrhée, constipation, troubles visuels.
- Hypotension (éviter la voie IV).



Une augmentation de l'agitation motrice suite à une augmentation des doses de neuroleptiques doit faire suspecter un syndrome extra-pyramidal induit par ces derniers.

6.3.2 Neuroleptiques atypiques:

- Olanzapine (Zyprexa®) PO/IV, quétiapine (Seroquel®) PO, resperidone (Risperdal) PO/IV.
- Leur rôle en soins palliatifs est moins bien défini. Ils sont utilisés:
 - en cas d'effets secondaires des neuroleptiques typiques,
 - lors de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien,
 - si un traitement neuroleptique doit être envisagé sur une longue période.



- Effets anticholinergiques de l'olanzapine.
- Effets sédatifs de l'olanzapine et de la quétiapine.
- Neuroleptiques atypiques plus onéreux que les neuroleptiques typiques.

6.3.3 Benzodiazépines

- Les benzodiazépines sont globalement contre-indiquées sauf lors de:
 - sevrage à l'alcool (utilisées en première intention),
 - état d'agitation extrême nécessitant un contrôle rapide de la symptomatologie: midazolam ou lorazepam SC/IV,
 - delirium sévère réfractaire aux neuroleptiques: midazolam ou lorazepam SC/IV.



En bref

Identification et traitement de la déshydratation

Evaluation: symptômes, signes, données biologiques (non spécifiques)

- Apports et pertes liquidiens
 - apports insuffisants:
 - diminution de la mobilité
 - anorexie, nausées
 - diminution sensation de soif
 - dépression
 - delirium, démence, coma
 - pertes accrues:
 - vomissements
 - fistules, diarrhées
 - état fébrile, sudations
 - 3^e secteur
 - diabète sucré, insipide
- Symptômes
 - soif, sécheresse buccale
 - asthénie, état fébrile
 - troubles cognitifs, delirium, myoclonies
 - nausées, vomissements
- Signes cliniques
 - sécheresse des muqueuses, diminution de la turgescence cutanée
 - réduction de la transpiration, hypotension orthostatique
 - tachycardie, oligo-anurie
- Examens para-cliniques
 - augmentation par rapport aux valeurs antérieures:
 - protéines plasmatiques, hématoците
 - sodium, urée et créatinine sanguines

Prise de décision d'une hydratation artificielle

- L'anamnèse, l'examen clinique et les examens biologiques parlent en faveur d'une déshydratation.
- Le patient présente des symptômes potentiellement induits ou aggravés par celle-ci.
- Ces symptômes sont susceptibles d'être améliorés par une réhydratation artificielle.
- Les bénéfices d'une réhydratation artificielle surpassent ses inconvénients.
- Le patient/les proches sont en accord avec les objectifs thérapeutiques et les modalités d'hydratation.
- Les indications à la réhydratation artificielle sont réévaluées régulièrement.

Modalités d'hydratation

- Les besoins en liquide d'un patient en fin de vie dépassent rarement 1000 ml/24 h.
- Voie orale
 - aussi longtemps que possible
- Voie sous-cutanée (SC)
 - avantages:
 - procédure simple, peu onéreuse, facilement réalisable à domicile et en EMS,
 - facilité d'accès, risques de surcharge hydrique et infectieux réduits, pas de thrombophlébite
 - contre-indications:
 - choc hypovolémique, déshydratation sévère
 - anasarque ou zone œdématisée dans la zone de pose
 - troubles sévères de la crase
 - solutés et débits:
 - habituellement NaCl 0,9% ou éventuellement 1/3 NaCl 0,9% et 2/3 glucose 5% en continu (40-80 ml/h), en perfusion nocturne (70-100 ml/h).
- Voie intra-veineuse (IV)
 - Si voie SC contre-indiquée
 - voie IV requise pour l'injection de médicaments, de solutés hyper- ou hypotoniques, de macromolécules, de KCl (> 20-40 mEq/l)
 - patient avec un port-a-cath et/ou très cachectique.

Surveillance quotidienne

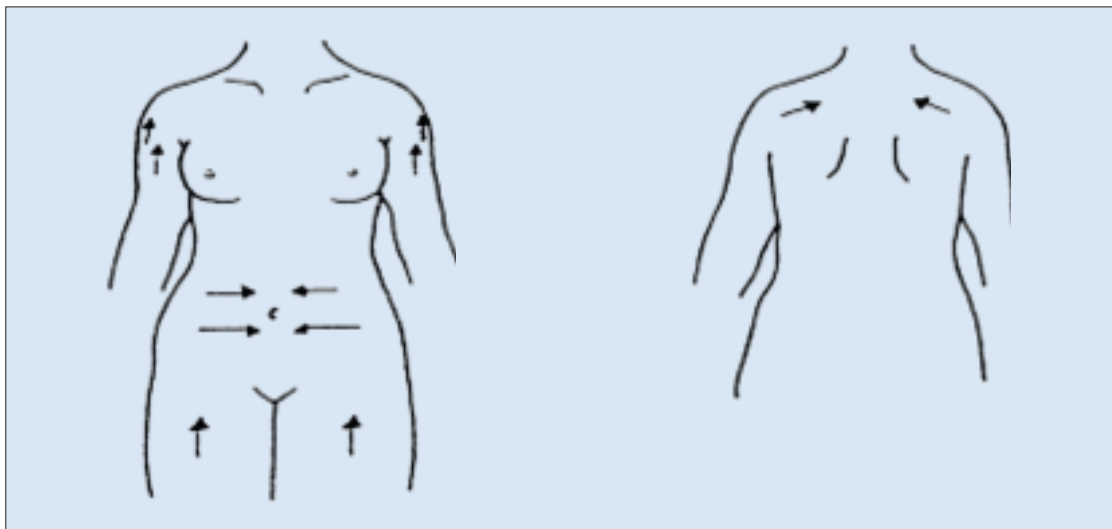
- Si hydratation artificielle
 - site de ponction
 - signes de surcharge hydrique, augmentation des râles agoniques, des épanchements pleuraux, etc.
- Si absence d'hydratation artificielle
 - estimation des liquides ingérés
 - recherche quotidienne de symptômes de déshydratation
 - diminution des doses et des intervalles de prescription des opioïdes
 - rotation opioïde si suspicion de syndrome de neurotoxicité

Quelques conseils pratiques sur l'hydratation artificielle

- Se rappeler que la déshydratation affecte la majorité des patients en fin de vie.
- Eviter les attitudes extrêmes «Hydratation jusqu'à la mort» ou «Jamais d'hydratation artificielle» et adapter la prise en charge aux besoins spécifiques du patient.
- Un patient en fin de vie a rarement besoin de plus de 1000 ml d'hydratation par 24 heures. Le volume minimal dont il a besoin peut être calculé en ajoutant 300 à 500 ml au volume urinaire.
- La soif et la sécheresse buccale répondent rarement à une réhydratation artificielle: la mesure la plus efficace est d'introduire des soins de bouche.
- L'hypernatrémie signe une déshydratation non compensée par un apport d'eau approprié, chez un patient qui n'a plus de sensation de soif ou qui n'a pas accès à une hydratation. L'hyponatrémie, sans déficit hydrique associé, est fréquente chez la personne atteinte d'un cancer avancé.
- La présence d'œdèmes des membres inférieurs peut être la manifestation d'une surcharge hydrique ou d'une hypo-albuminémie. Cette dernière n'est pas une contre-indication à une hydratation prudente.
- En cas de doute quant aux bénéfices d'une hydratation artificielle, faire un essai thérapeutique de deux ou trois jours en évaluant les changements cliniques.
- L'hydratation a une forte représentation symbolique et émotionnelle; si des éléments parlent en faveur de son interruption, en discuter préalablement avec le patient et les proches en expliquant les mesures mises en place pour assurer le confort et prévenir des symptômes pénibles.
- Un patient dans le coma peut souffrir de déshydratation (myoclonies, agitation).
- Une hydratation artificielle dans l'objectif de prévenir ou de traiter un delirium ou des myoclonies chez les patients sous opioïdes est moins délétère que des médicaments sédatifs à hautes doses.

Boîte à outils

Sites de perfusions sous-cutanées



En savoir plus sur l'hydratation en fin de vie

1. Hydrater ou ne pas hydrater, un sujet de controverse

- La plupart des patients en fin de vie sont déshydratés en raison d'une diminution de leurs apports et/ou d'une augmentation de leurs pertes en eau. Prévenir et traiter une telle déshydratation est l'objet d'une controverse encore irrésolue.
- Les arguments en faveur de cette pratique sont:
 - l'hydratation améliore la qualité de vie du patient mourant,
 - il n'y a pas d'évidence que l'hydratation prolonge l'agonie, du moins chez le patient cancéreux,
 - l'hydratation diminue les risques de constipation et d'escarres,
 - la déshydratation est une cause de delirium,
 - l'hydratation est un soin de base et non un traitement médical,
 - ne pas hydrater artificiellement les patients en fin de vie pourrait résulter en un arrêt de l'hydratation dans d'autres groupes de patients vulnérables.
- Les arguments utilisés contre sont:
 - un patient comateux ne ressent pas les effets de la déshydratation,
 - l'hydratation artificielle peut prolonger l'agonie,
 - l'hydratation provoque une augmentation de la diurèse, des sécrétions gastro-intestinales (nausées et vomissements accrus), des sécrétions broncho-pulmonaires (augmentant la toux, les râles agoniques, l'œdème pulmonaire), de l'ascite et des œdèmes périphériques,
 - la déshydratation agit comme un anesthésique naturel,
 - l'hydratation artificielle est inconfortable et limite la mobilité du patient.
- La plupart des arguments développés pour et contre l'hydratation artificielle ne s'appuient sur aucune donnée scientifique.

2. Physiopathologie et étiologies de la déshydratation

- L'hypernatrémie, reflétant un déficit en eau supérieur au sodium, est inhabituelle en soins palliatifs; elle peut être la conséquence de:
 - une diminution de la sensation de soif,
 - une incapacité à accéder aux boissons nécessaires,
 - un diabète insipide central ou néphrogénique, une tubulopathie sur obstruction partielle des voies urinaires,
 - des pertes par sudation (état fébrile) ou d'origine digestive (diarrhées sur traitement de lactulose),
 - une diurèse osmotique (glucose, urée, mannitol, etc.).
- L'hyponatémie est par contre fréquente. Elle peut être isolée, sans déficit hydrique:
 - la sécrétion de vasopressine est inhibée lorsque l'osmolarité plasmatique diminue au-dessous d'un certain seuil; celui-ci serait abaissé dans le cancer,
 - la sécrétion de vasopressine est stimulée par les nausées chroniques, la douleur, le stress, une diminution du volume sanguin ou de la pression artérielle et certains médicaments comme la morphine,
 - certains cancers sont associés à un syndrome de sécrétion inappropriée de vasopressine (SIADH).
- L'hyponatémie peut également être associée à un déficit hydrique, lorsque le déficit en sodium est plus important que celui en eau, lors de l'utilisation de diurétiques, de pertes digestives ou de diabète décompensé.

Etiologies des déshydratations

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des apports | <ul style="list-style-type: none"> → anorexie, asthénie → diminution de la sensation de soif → odynodysphagie → nausées → dépression → delirium → démence → coma |
| <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des pertes | <ul style="list-style-type: none"> → vomissements → diarrhées, fistules → hypercalcémie → état fébrile, sudations profuses → diurétiques → troisième secteur (ascite, épanchement pleural) → diabète sucré mal équilibré → diabète insipide → effet anti-vasopressine des corticostéroïdes |



Les patients âgés sont particulièrement à risque de développer une déshydratation ou un déficit hydrique:

- sensation de soif diminuée,
- réduction de la capacité de concentration du tubule rénal,
- usage fréquent de diurétiques,
- réduction de l'eau totale du corps.

3. Conséquences de la déshydratation/ du déficit hydrique

- Les conséquences démontrées chez les patients gériatriques ou en fin de vie sont:
 - un delirium,
 - un état d'agitation,
 - une irritabilité neuro-musculaire (myoclonies),
 - des nausées et vomissements.
- De plus, la réduction du volume intra-vasculaire réduit le taux de filtration glomérulaire et provoque une insuffisance pré-rénale responsable d'une accumulation de métabolites opioïdes à l'origine du syndrome de neurotoxicité (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1).

4. Evaluation

- Elle repose sur une anamnèse des apports et des pertes, des symptômes, la mise en évidence de signes cliniques suggestifs et les données para-cliniques.
- En soins palliatifs, l'interprétation de ces données est particulièrement difficile car elles sont modifiées par de nombreux autres facteurs médicaux (voir tableau évaluation p. 17).
- En fin de vie, les besoins en eau sont diminués en raison de:
 - une diminution du poids corporel,
 - une diminution de la clearance de l'eau libre.
- Un patient a rarement besoin de plus de 1000 ml par 24 heures.

Evaluation

Anamnèse	• Apports • Pertes	→ difficiles à préciser selon la collaboration du patient et des proches et le lieu de séjour → difficiles à préciser selon la collaboration du patient et des proches, le lieu de séjour, lors de vomissements, d'incontinence urinaire ou fécale ou de diarrhées
Symptômes	• Soif, sécheresse buccale • Fatigue, sédation • Nausées • Delirium • Myoclonies	→ pas de corrélation avec le degré de déficit en eau → autres facteurs: • médicaments (opioïdes, etc.) • mucite, xérostomie post-radique • oxygénothérapie, respiration buccale → symptômes non spécifiques, fréquents en fin de vie
Signes physiques	• Turgescence cutanée diminuée • Hypotension orthostatique • Tachycardie, hypotension • Oligurie, anurie	→ également présente lors de cachexie → également présente lors de dysautonomie neuro-végétative
Données para-cliniques	• Protéines plasmatiques • Hématocrite • Na • Urée plasmatique • Créatinine plasmatique	→ fréquemment diminuées en fin de vie → hyponatrémie fréquente dans le cancer → augmentée si hémorragie digestive → diminuée si insuffisance hépatique → augmentée si insuffisance rénale aiguë et chronique → diminuée si cachexie: une insuffisance rénale significative est possible malgré une créatinine normale chez un patient âgé et/ou cachectique!

5. Processus dans la prise de décision d'une hydratation artificielle

- Chez le patient présentant un déficit en eau ou à risque d'en développer un, l'indication à une hydratation artificielle est pesée dans le cadre d'un processus décisionnel prenant en compte des éléments médicaux et éthiques.

5.1 Paramètres médicaux

- Les paramètres à analyser sont:
 - présence de signes évoquant une déshydratation/un déficit en eau (voir évaluation p.17),
 - recherche de symptômes/manifestations cliniques induits ou aggravés par le déficit en eau, par exemple:
 - soif, asthénie, somnolence,
 - nausées, vomissements,
 - delirium, myoclonies,
 - syndrome de neurotoxicité aux opioïdes,
 - potentiels bénéfices de l'hydratation sur les symptômes, par exemple:
 - diminution du delirium, des myoclonies,
 - potentiels désavantages de l'hydratation artificielle, par exemple:
 - augmentation des râles agoniques, d'une ascite ou d'épanchements pleuraux.



- Toute prestation thérapeutique doit être justifiée par la perspective d'un confort accru plutôt qu'être prodiguée par principe.
- Une réhydratation permet rarement d'améliorer la sensation de soif ou de fatigue, compte tenu de leur nature multidimensionnelle.

5.2 Dimensions éthiques

- Comme l'alimentation, l'hydratation a une charge symbolique et émotionnelle forte. Elle peut représenter une source de vie, un devoir de solidarité, ou encore être considérée comme un besoin fondamental ou un soin de base.
- Elle peut également être vécue comme une médicalisation de la fin de vie, un acharnement thérapeutique.
- Il est donc essentiel d'impliquer le patient, si possible, les proches et les soignants dans la prise de décision en définissant les objectifs thérapeutiques, les bénéfices et désavantages attendus dans le contexte spécifiquement rencontré.
- L'indication à une hydratation doit être régulièrement réévaluée sur la base de l'évolution.



- Ne jamais interrompre une hydratation artificielle sans en avoir discuté préalablement avec le patient ou, si ce dernier n'est pas en mesure de se prononcer, avec les proches.
- Chez un patient sous opioïde refusant l'hydratation, diminuer et espacer progressivement les doses de celui-ci; effectuer une rotation opioïde en cas de signes de neurotoxicité.

6. Modalités d'hydratation

6.1 Hydratation orale

- Elle est maintenue aussi longtemps que possible.
- Elle est donnée en petites quantités fréquentes, afin de maintenir l'humidité buccale.
- En cas de risque de fausses routes, favoriser:
 - l'eau gélifiée,
 - des liquides plus épais: nectars de fruits, jus de tomate, etc.
 - des contenants à ouverture large (coupe de fruits, bol) de façon à éviter les fausses routes.
- Intensifier les soins de bouche (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 4).

6.2 Hydratation sous-cutanée (hypodermoclyse)

- L'hypodermoclyse est une technique utilisée pour l'administration de liquides ou d'un médicament dans le tissu sous-cutané, en continu ou discontinu, au moyen d'une canule veineuse périphérique ou d'une aiguille à ailettes (Butterfly®).

6.2.1 Bénéfices et désavantages

- Ses avantages sont:
 - procédure simple, peu onéreuse, facilement réalisable à domicile et en EMS,
 - surveillance possible par une aide ou les proches,
 - facilité d'accès,
 - même site utilisable plusieurs jours en l'absence de réaction locale,
 - risque de surcharge hydrique et infectieux moindre que la voie veineuse,
 - absence de thrombophlébite,
 - possibilité de déconnecter facilement la perfusion, favorisant ainsi la mobilité du patient.
- Ses désavantages sont:
 - limitation du type de solutés perfusés (solutions hyper- et hypotoniques contre-indiquées),
 - quantité de liquide perfusé par 24 heures limitée,
 - ne corrige pas les troubles électrolytiques ni la déshydratation sévère,
 - occasionnellement douleur et inflammation et, exceptionnellement, infection au niveau du point de ponction.

6.2.2 Contre-indications

- Choc hypovolémique, déshydratation sévère.
- Hydratation de plus de 1500 ml par 24 heures et par site.
- Anasarque ou zone œdématisée dans la zone de pose.
- Troubles sévères de la crase.
- Altération de la peau dans la zone de pose.

6.2.3 Technique et sites de pose, surveillance

- Utilisation d'une canule veineuse périphérique (type canule Optiva® 24 G) ou d'une aiguille à ailettes (Butterfly® 21, 23 ou 25 G).
- Faire un pli cutané et introduire l'aiguille avec un angle de 30° à la base du pli dans le sens du retour veineux.
- Retirer l'aiguille si apparition de sang.



Choisir une canule veineuse plutôt que l'aiguille à ailettes lorsque celle-ci est mal tolérée, lors de cachexie, de troubles de la crase ou de thrombopénie.

- Choix du site de pose en tenant compte de l'état circulatoire et de la présence éventuelle d'œdèmes:
 - trapèzes (site utile lors d'état d'agitation),
 - face antérieure des bras,
 - région antérieure de l'abdomen,
 - face antérieure des cuisses,
 - régions sous-claviculaires uniquement pour l'injection de médicaments.



- Chez le patient agonique, les régions sous-claviculaires restent perfusées plus longtemps et sont donc recommandées pour l'injection de médicaments.
- Ne pas placer une aiguille à moins de 4 cm d'une stomie et de l'ombilic.

- Surveillance:
 - une aiguille sous-cutanée ne doit pas être douloureuse: en cas de plaintes du patient, la retirer et changer de site ou utiliser une canule veineuse,
 - contrôle quotidien visuel et par palpation du site de ponction: rougeur, douleur, chaleur, tuméfaction, induration, nécrose,
 - contrôle de la fixation du cathéter, de sa perméabilité et de l'étanchéité du système,
 - changement de l'aiguille uniquement si celle-ci est douloureuse ou si apparaissent des signes d'inflammation ou d'induration au site de ponction,
 - changement du pansement seulement si celui-ci est taché.

6.2.4 Types de solutés, volume et débit

- Types:
 - NaCl 0,9%: fréquemment utilisé en cas de déshydratation,
 - 1/3 NaCl 0,9% et 2/3 glucose 5%: augmentation ou maintien des apports liquidiens.
- Débits:
 - perfusion continue sur 24 heures: 40-80 ml/h,
 - perfusion nocturne: 70-100 ml/h,
 - perfusion en bolus de 250-500 ml, 2 ou 3 fois par jour.



- Un œdème local transitoire peut apparaître pendant ou après la perfusion, en particulier chez le patient cachectique. Il est généralement indolore et se résorbe spontanément.
- Ne pas injecter un médicament dans la solution perfusée.

6.3 Hydratation intra-veineuse

- La voie veineuse est utilisée en cas de contre-indications à la voie sous-cutanée:
 - déshydratation sévère, choc hypovolémique,
 - anasarque,
 - troubles sévères de la crase.
- Elle est également indiquée lorsqu'une voie veineuse est nécessaire pour l'injection de médicaments, de perfusion de solutés hyper- ou hypotoniques, de macromolécules ou de KCl (> 20-40 mEq/l).
- En milieu hospitalier, elle peut être plus facile à utiliser chez le patient ayant un Port-a-cath® et/ou très cachectique.



Le risque de surcharge hydrique est plus élevé par voie intra-veineuse que sous-cutanée.

6.4 Autres modalités d'hydratation

- Voie entérale: chez le patient présentant un cancer ORL, avec sonde naso-gastrique ou gastrostomie/jejunostomie pour alimentation.
- Voie rectale lorsque les autres voies sont non disponibles ou par manque de ressources:
 - NaCl 0,9% 250 ml/h en quatre heures au moyen d'une sonde naso-gastrique placée dans le rectum.

7. Volumes d'hydratation

- Un patient en fin de vie requiert rarement plus que 1000 ml d'hydratation par 24 heures.
- Le volume dont il a besoin peut être estimé sur la base de:
 - la diurèse: additionner 300 à 500 ml au volume urinaire,
 - la TA,
 - l'état de conscience.
- Diminuer ou interrompre l'hydratation artificielle en cas d'œdème pulmonaire, de râles agoniques ou de tout autre signe de surcharge hydrique.

Quelques références utiles

LAWLOR PG, GAGNON B, MANCINI IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study.

Arch Intern Med 2000; 27; 160 : 786-794.

LEONARD M, AGAR M, MASON C, LAWLOR P. Delirium issues in palliative care settings.

J Psychosom Res 2008; 65 : 289-298.

BREITBART W, GIBSON C, TREMBLAY A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses.

Psychosomatics 2002; 43 : 183-194.

JACKSON N, DOHERTY J, COULTER S. Neuropsychiatric complications of commonly used palliative care drugs.

Postgrad Med J 2008; 84 : 121-126.

LAWLOR PG. Delirium and dehydration: some fluid for thought?

Support Care Cancer 2002; 10 : 445-454.

BRUERA E, SALA R, RICO MA, et al. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study.

J Clin Oncol 2005; 23 : 2366-2371.

GOOD P, CAVENAGH J, MATHER M, RAVENSCROFT P. Medically assisted hydration for palliative care patients.

Cochrane Database Syst Rev 2008; 16 : CD006273.

FRISOLI Junior A, de PAULA AP, FELDMAN D, Nasri F. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. A practical and low cost treatment for elderly patients.

Drugs Aging 2000; 16 : 313-319.

Ressources en soins palliatifs

Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes interdisciplinaires à la disposition des médecins traitants, des infirmières, des équipes, des infirmières ressources en soins palliatifs dans les soins aux patients palliatifs à domicile, en EMS, en hôpitaux ou en institutions pour personnes handicapées.

EMSP Arc (Ouest)

079 783 23 56 • aubspal@ehc.vd.ch

EMSP Arcos (Centre)

021 314 16 01 • emsp@hospvd.ch • <http://www.arcosvd.ch>

EMSP Ascor – FSC (Est)

079 366 96 86 • eqmobsoinspal@bluewin.ch • <http://www.reseau-ascor.ch>

EMSP Nord – Broye

079 749 37 39 • emsp@rezonord.net

Service de soins palliatifs/CHUV

021 314 02 88 • soins.palliatifs@chuv.ch • <http://www.chuv.ch>

Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP – CHUV

079 772 59 81 • patricia.fahrni-nater@chuv.ch

Autres adresses utiles

EHC Hôpital d'Aubonne

021 821 41 11

EHNv – Site Chamblon

024 447 11 11 • maurice.baechler@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

EHNv – Site Orbe

024 442 61 11 • jose.arm@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

Fondation Rive-Neuve

021 967 16 16 • michel.petermann@riveneuve.ch • <http://www.rive-neuve.ch>

Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs

021 799 01 11 • gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

Hôpital Riviera, Site de Mottex soins palliatifs

021 943 94 11 • etienne.rivier@hopital-riviera.ch

Centre de diffusion – Service de soins palliatifs – CHUV

021 314 51 67 • spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch

Cahiers du
Guide des soins palliatifs du médecin vaudois
déjà parus:

Cahier N° 1	Le traitement de la douleur cancéreuse
Cahier N° 2	L'évaluation de la douleur
Cahier N° 3	Le traitement des douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses et neuropathiques
Cahier N° 4	L'alimentation et la nutrition
Cahier N° 5	La spiritualité en soins palliatifs
Cahier N° 6	Les urgences et les dernières heures à domicile
Cahier N° 7	Les soins palliatifs à domicile et les équipes mobiles de soins palliatifs
Cahier N° 8	Les principaux symptômes digestifs en soins palliatifs
Cahier N° 9	Le delirium et l'hydratation en soins palliatifs