

Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative ch

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

Quel est le problème?

La peur fait partie intégrante de la vie. Elle peut cependant occasionner de grandes souffrances et accroître la douleur d'un patient et de ses proches lorsqu'elle n'est pas décelée et traitée de manière adéquate. L'angoisse d'un patient peut réduire sa résistance et sa capacité d'adaptation face à l'évolution de sa situation, peser sur ses relations et constituer un frein à son évolution. [Mar, Mor, Rup]

La rencontre annuelle interdisciplinaire de Bigorio a été consacrée en 2011 à la prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs. Soignants, psychologues et médecins issus de spécialisations médicales différentes ont échangé leurs expériences dans ce domaine. Ces discussions ont mis en évidence le fait que l'anxiété (angoisse) est indissociable de la condition humaine et qu'il est difficile de l'évaluer et de la classer de manière précise: quand est-elle fonctionnelle/dysfonctionnelle, adaptative/non-adaptative, normale/pathologique (ou, selon les termes de Freud, provoquée par un danger réel par opposition à l'angoisse névrotique).

Le groupe s'est appuyé sur une série de questions pour discuter de l'anxiété en fin de vie. Les recommandations issues de ces discussions figurent ci-après, de même qu'un texte explicatif plus détaillé.

L'anxiété (angoisse) en fin de vie – recommandations (résumé)

- L'anxiété est fréquente en fin de vie et ses causes peuvent être diverses et souvent multifactorielles. Différentes craintes peuvent être à l'origine d'un sentiment d'anxiété et peuvent se cumuler. L'anxiété est rarement un symptôme isolé en soins palliatifs et l'intrication de différents symptômes rend sa mise en évidence difficile. Par conséquent, lorsqu'un patient présente des symptômes réfractaires à une thérapie adéquate, il faut toujours rechercher une angoisse concomitante.
- En soins palliatifs, il est essentiel d'amener les patients à verbaliser leurs craintes et leurs angoisses, tant au début du traitement que tout au long de celui-ci et lors de tout changement de circonstances.
- C'est de manière clinique que l'anxiété du patient est le mieux évaluée.
- Il faut toujours adapter la méthode d'évaluation aux caractéristiques individuelles du patient, à sa maladie et à sa situation.
- L'anxiété de la famille ou de l'équipe soignante ne justifie pas de mettre un patient sous sédation.
- Les discussions au sujet des sentiments d'anxiété sont très importantes et jouent parfois un rôle thérapeutique.
- Le vécu d'un patient doit être abordé de manière multidisciplinaire par l'équipe soignante qui doit mettre en commun ses réflexions.

- En cas d'indication thérapeutique, des mesures complémentaires peuvent se révéler utiles:
 - Mesures d'aide permettant au patient de retrouver un certain contrôle sur son anxiété ou lui permettant de sentir de la proximité et de l'empathie.
 - Soutien pharmacologique dont le rapport effets secondaires/bénéfiques doit être soigneusement évalué.
 - Soutien complémentaire par des aumôniers, psychiatres, psychothérapeutes et bénévoles.

L'anxiété (angoisse) en fin de vie Résumé des discussions de Bigorio et documents relatifs aux recommandations

Les discussions ont porté sur les questions suivantes:

- 1 Comment définit-on l'anxiété (angoisse), la peur et la panique?
- 2 Comment l'anxiété se manifeste-t-elle chez un patient en situation palliative?
- 3 Quelles sont les causes les plus fréquentes de l'anxiété chez un patient en situation palliative (dépression en tant que cause importante, souvent non détectée, de l'anxiété en soins palliatifs)
- 4 Comment mesurer l'anxiété en soins palliatifs?
- 5 Comment traiter l'anxiété en soins palliatifs?

1. Comment définit-on l'anxiété (angoisse), la peur et la panique?

En psychologie, l'anxiété se définit comme un trouble émotionnel non lié à une situation ou à un objet précis. L'angoisse désigne une anxiété intense, avec des manifestations somatiques. Dans la littérature, ces deux termes sont souvent utilisés l'un pour l'autre.

La peur est une émotion ressentie face à un danger existant – ou anticipé – précis et objectif.

La peur est une émotion normale et utile, liée à la perception d'une menace. Elle permet d'analyser le danger et d'adopter le comportement adéquat pour le surmonter ou s'y adapter.

La panique est l'expression d'une peur très intense. Alors que certains auteurs la considèrent comme une réaction pathologique, d'autres ne sont pas de cet avis. Panksepp [Pan], par exemple, estime que la panique est associée à une activation du système parasympathique pouvant causer pleurs, cris ou paralysie (raidissement musculaire lors de forte excitation végétative), lorsque la fuite est impossible et la lutte sans espoir. Par contre, l'anxiété et la peur sont, à son avis, associées au système sympathique et déclenchent la fuite ou le combat.

Puisque l'anxiété, la peur et la panique sont liées au système neurovégétatif, elles sont toujours associées à des

Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative.ch

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

réactions physiologiques. L'anxiété génère habituellement des sensations de peur, de sorte que nous utiliserons le terme «anxiété» dans la suite du texte à des fins de simplification.

Il est souvent difficile de déterminer quand l'anxiété, la peur et la panique sont des émotions normales et quand elles sont pathologiques, quand elles sont adaptées et quand elles ne le sont pas, car les transitions sont fluctuantes. Elles sont considérées comme adaptatives lorsqu'elles exercent une fonction protectrice pour la survie de l'individu, contribuent à son évolution et à son adaptation à une situation. Elles sont non-adaptatives lorsqu'elles deviennent un fardeau/une menace pour la santé d'un individu et qu'elles entravent son évolution. L'anxiété, la peur et la panique peuvent être provoquées tant par des stimuli internes qu'externes. La douleur, la séparation et la menace existentielle sont des stimuli anxiogènes importants, pas uniquement pour les humains mais aussi pour la plupart des mammifères, ce qui montre que l'anxiété joue un rôle important dans l'évolution. L'anxiété non-adaptative se caractérise par la présence de peur en l'absence de danger réel, par sa persistance malgré la disparition du danger, ou par la peur anticipatoire et une attitude d'évitement [Lin]

2. Comment se manifeste l'anxiété chez un patient en situation palliative?

Dans la littérature [Pai, Sta], on considère que jusqu'à 77% des patients en situation palliative présentent des symptômes anxieux. Il est malaisé de différencier entre anxiété normale et pathologique (adaptative et non-adaptative) comme le relève Stark [Sta] dans son étude portant sur des patients oncologiques. Lorsque l'anxiété occasionne de la souffrance chez un malade, elle devrait absolument être traitée.

Qu'elle soit considérée comme normale ou pathologique, l'anxiété a toujours des manifestations psychosomatiques en raison d'une activité accrue du système nerveux autonome.

Symptômes anxieux: [Dau, Llo; Pau;Rup, Sto]

Respiratoires:	dyspnée, oppression thoracique
Cardiovasculaires:	tachycardie, palpitations, douleurs thoraciques atypiques, lipothymie
Neuromusculaires:	crampes, tremblements, agitation motrice, paresthésies, acouphènes,
Digestifs:	inappétence, nausées, maux de ventre d'origine non spécifique
Neurovégétatifs:	sueurs, sécheresse buccale
Cognitifs:	difficultés de concentration, diminution de l'attention, rumination,

Affectifs:	blocage de la pensée, tendance à l'oubli, difficulté à faire un choix, pensées inquiétantes peur, crainte, tension, irritabilité, anticipation dramatisée des événements futurs
Comportementaux:	Agitation psychique ou motrice, méfiance, égocentrisme, hypervigilance, incapacité à se détendre

L'étendue des manifestations physiologiques de l'anxiété varie beaucoup d'une personne à l'autre. Un patient qui dispose des ressources suffisantes réagira à un stress important avec moins d'anxiété. La relation avec la famille et l'équipe soignante a aussi un impact sur l'anxiété, ainsi que la maladie elle-même et la situation personnelle du patient. De plus, l'anxiété n'est pas un état immuable mais un processus qui peut évoluer rapidement.

Lorsque l'un patient exprime des sentiments de crainte ou s'il présente des symptômes évocateurs d'anxiété, il convient de répondre aux questions suivantes:

L'anxiété est-elle

- une réaction de stress physiologique?
- un symptôme concomitant d'une affection somatique?
- un symptôme concomitant d'une affection psychique?
- un trouble anxieux spécifique?
- d'origine pharmacologique/toxique?
- causée par une interaction entre le patient et sa famille, entre le patient et l'équipe de soins palliatifs?

Les sentiments d'anxiété en soins palliatifs ne se différencient pas des sentiments d'anxiété d'autres patients. Il arrive fréquemment que l'anxiété d'un malade soit multifactorielle. Par exemple un patient angoissé face à la menace existentielle que représente sa maladie ressentira de manière plus intense les douleurs provoquées par cette maladie ce qui, en retour, augmentera sa peur.

3. Quelles sont les causes les plus fréquentes de l'anxiété chez un patient en situation palliative?

3.1 Menace existentielle

Lorsqu'un patient craint pour sa survie, les sentiments d'anxiété sont la norme. Au moment où le décès du patient apparaît inéluctable, chacun se trouve face à un tournant décisif où la menace existentielle et l'angoisse qu'elle déclenche deviennent perceptibles.

3.2 Maladies somatiques

Les affections somatiques dans lesquelles l'anxiété apparaît souvent comme symptôme secondaires sont, par exemple:

Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative.ch

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

- pour généraliser, toutes les affections accompagnées de dyspnée, douleurs et étourdissements
- affections cardiovasculaires (p.ex. insuffisance cardiaque, arythmie, maladie cardiaque coronarienne, infarctus du myocarde)
- affections pulmonaires (p.ex. tumeurs pulmonaires, métastases pulmonaires étendues, asthme, BPCO, embolie pulmonaire)
- affections endocriniennes (p.ex., hypothyroïdie, hyperthyroïdie, phéochromocytome)
- affections métaboliques (p.ex. hypoglycémie, hypercalcémie et hyponatrémie)
- affections neurologiques (chroniques dégénératives, tumeurs)
- anxiété liée à un syndrome paranéoplasique

3.3 Affections psychiatriques

Chez les patients en soins palliatifs, la dépression, les troubles de l'adaptation ainsi que le stress aigu sont les diagnostics les plus fréquents liés à l'anxiété. Toutefois, il peut aussi arriver que les patients aient déjà souffert de troubles anxieux avant leur maladie. Parmi les principaux troubles anxieux spécifiques on trouve les phobies, les attaques de panique et l'anxiété généralisée, les troubles obsessionnels compulsifs ainsi que le stress post-traumatique. L'anxiété peut aussi apparaître dans le cadre d'un delirium, fréquent chez les grands malades et dont les causes peuvent être multiples.

Points particuliers concernant la dépression et l'anxiété

La dépression n'étant souvent pas identifiée comme cause de l'anxiété en soins palliatifs, il convient de nous pencher brièvement sur cette thématique [Bar, Del, Llo, Sig, Wil]. L'anxiété est un effet secondaire fréquent de la dépression. En soins palliatifs, le traitement des dépressions est souvent insuffisant comme l'explique Stiefel [Stf]: d'une part les médecins supposent peut-être – à tort – que les patients gravement malades sont forcément dépressifs et d'autre part, le diagnostic de la dépression est parfois difficile à poser chez les patients gravement malades. En raison de leur maladie et de la thérapie associée, les patients sont souvent fatigués, asthéniques, tristes, sans appétit, présentent des troubles du sommeil, perte de poids et difficultés de concentration. Par conséquent, les symptômes somatiques et cognitifs de la dépression chez les grands malades ne sont pas fiables pour poser un diagnostic de dépression. Le diagnostic doit s'orienter d'après les sentiments exprimés par le patient. Les soignants doivent inciter le patient à parler de ses émotions en lui expliquant quel est le but de l'entretien. Le diagnostic de la dépression repose sur la présence, depuis deux semaines au minimum, des symptômes suivants: humeur dépressive, plutôt dans le sens de vide et de désespoir, perte d'intérêt et de joie, diminution de la concentration et de l'attention, perte d'estime personnelle et de confiance en soi,

sentiments de culpabilité, pensées suicidaires ainsi que les symptômes évoqués tels que manque d'élan ou hyperactivité, plus grande fatigabilité, troubles du sommeil, modifications pondérales, lesquels symptômes, comme nous l'avons mentionné, ne sont pas toujours fiables chez les grands malades.

3.4 Anxiété d'origine médicamenteuse

De nombreux médicaments [Akt] peuvent avoir des effets anxiogènes, tels que les corticostéroïdes, les anticholinergiques, et les sympathomimétiques. Les excitants comme la caféine, la nicotine et l'alcool peuvent favoriser l'apparition de l'anxiété. L'arrêt brutal de médicaments (notamment benzodiazépines) et d'excitants en cas d'hospitalisation peut entraîner l'apparition d'anxiété. Compte tenu des différences individuelles entre les patients concernant la métabolisation et l'élimination des médicaments, il importe de faire très attention aux dosages et aux interactions médicamenteuses.

3.5 Anxiété transmise

Lorsqu'un patient perçoit l'angoisse et les inquiétudes diverses de son entourage, cela majore sa propre anxiété. L'anxiété est contagieuse. Si l'équipe soignante ne parvient pas à gérer l'antalgie et commence à craindre le contact avec le patient, celui-ci ressentira une anxiété accrue.

4. Comment mesurer l'anxiété en soins palliatifs?

Il est difficile de répondre à cette question pour les raisons suivantes:

- Chez un patient en soins palliatifs, l'anxiété peut être considérée comme adaptative ou non-adaptative, tout en sachant qu'il existe une zone grise entre les deux et que le passage d'un type d'anxiété à l'autre est possible à tout moment.
- L'anxiété en tant qu'émotion peut se modifier rapidement compte tenu de la multiplicité des causes possibles, par exemple en fonction des ressources du patient, de l'évolution clinique de la maladie, d'événements inattendus dans l'entourage du patient et du soutien apporté par la famille et l'équipe soignante. Les effets somatiques de l'anxiété, expression d'une activité accrue du système neurovégétatif, peuvent également découler de la maladie du patient et pas uniquement de l'anxiété. L'inverse est également possible: une tranquillité et une détente apparente peuvent masquer de l'angoisse (par ex. en cas de delirium hypoactif). Les symptômes du patient ne permettent donc pas de déduire son ressenti subjectif sans faire preuve d'esprit critique.
- Le déni et la honte peuvent rendre plus difficile l'évaluation de l'anxiété.

Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative ch

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

Quels sont les outils pour évaluer les troubles anxieux?

4.1 L'observation du patient

Comment le patient dort-il la nuit? Quel est son comportement pendant la journée? Comment entre-t-il en contact avec son entourage et l'équipe soignante? Est-ce qu'il noue aisément des contacts ou se renferme-t-il? Est-il plutôt calme ou agité? Quels signes non-verbaux montre-t-il?

4.2 La discussion avec le patient

Les propositions ci-après constituent des pistes à explorer qui doivent être individualisées en fonction du patient, de la situation particulière et de l'intervenant.

Chaque discussion doit s'accompagner d'un travail relationnel. En plus d'une anamnèse détaillée bio-psycho-socio-spirituelle et médicamenteuse, l'intervenant évaluera une éventuelle réduction des activités de la vie quotidienne et se posera les questions suivantes:

- Quels sont les sentiments que le patient éveille chez moi? Anxiété, préoccupation, sollicitude?
- Quelles connaissances le patient a-t-il de sa maladie et comment l'évalue-t-il?
- Avec quelles émotions en parle-t-il? Paraît-il distant, abattu, oppressé, angoissé?
- Quels sont ses objectifs, ses espoirs et ses craintes?
- Quelles «recettes» personnelles contre l'anxiété a-t-il expérimentées jusqu'à présent?

Les soignants hésitent souvent à parler de l'anxiété, craignant de déclencher de l'angoisse chez le patient et de le blesser. On sait pourtant que le fait d'évoquer avec précaution les sentiments du malade soulage celui-ci de sa charge émotionnelle. L'évocation de l'anxiété peut se faire de différentes manières. On peut poser des questions ouvertes en mentionnant, par exemple, «qu'il est normal d'éprouver de la crainte dans la situation présente»; ou «que l'on peut s'imaginer qu'une telle situation doit être angoissante», de sorte que le patient ait la possibilité d'exprimer son ressenti. Si le patient indique qu'il éprouve de la peur, on essaiera d'éclaircir les raisons de son angoisse. Il arrive souvent que les patients aient plus peur des souffrances entourant la mort que de la mort elle-même. S'y ajoutent les soucis que le patient se fait pour sa famille. Si le patient manifeste qu'il est prêt à parler de sa mort, l'intervenant aidera le patient à thématiser les craintes qui y sont associées. Il est important de se rendre compte qu'un patient en situation palliative peut souffrir de craintes d'une toute autre origine – la peur a beaucoup de causes possibles – et que nous ne devons pas projeter sur lui notre propre peur de la mort. Nous devons essayer de le comprendre et être disposés à supporter ses émotions. [Sri]

4.3 La discussion avec la famille

En accord avec le patient, l'intervenant essaiera de déterminer le degré d'information des proches. Il leur deman-

dera comment ils trouvent le patient et se renseignera sur leurs espoirs, leurs buts et leurs angoisses, ainsi que sur les mécanismes qui leur ont permis jusqu'à présent de gérer leur anxiété.

4.4 L'équipe

Il est très important de mettre à profit les différentes perspectives et expériences relationnelles au sein d'une équipe multidisciplinaire. Comment l'équipe perçoit-elle le patient? Le patient fait-il souvent l'objet de discussions ou évite-t-on d'en parler? L'équipe est-elle déstabilisée par le fait que les symptômes du patient ne répondent pas au traitement (fortes douleurs malgré la prise adéquate d'analgésiques ou vomissements malgré les antiémétiques). Les échanges et la discussion au sein de l'équipe peuvent fournir des indications importantes sur l'anxiété d'un patient. Dans certains cas, une supervision peut se révéler utile.

4.5 Instruments standardisés

On trouve dans la littérature de nombreux instruments pour mesurer l'anxiété et la détresse émotionnelle, en particulier pour les patients oncologiques mais aussi dans le secteur palliatif. Citons l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), le Hornheider Screening Instrument (HSI), le thermomètre de détresse, etc. Des centaines d'études ont évalué les points forts et les faiblesses de l'HADS dans différents situations [Büch, Cos, Eyc, Her, Mit-a, Mit-b] au cours des vingt dernières années.

Mitchell et al. [Mit-b] ont conduit une méta-analyse dans laquelle ils arrivent à la conclusion suivante: «De manière générale, en ce qui concerne l'identification de la dépression, de l'anxiété ou d'autres désordres psychiques [...] l'HADS (y.c. ses sous-échelles) n'est pas recommandée comme instrument de diagnostic de cas particuliers mais peut constituer – avec des réserves quant à sa longueur – un complément adéquat à un programme de dépistage». En comparant les sous-échelles, les auteurs arrivent à la conclusion que les sous-échelles HADS-T et HADS-A sont les plus adaptées pour mesurer l'anxiété. Parmi les études considérées, quatre d'entre elles portaient sur le dépistage de l'anxiété en situation palliative. En ce qui concerne les points forts et les faiblesses de l'HADS, les auteurs renvoient aux sensibilités et spécificités obtenues pour le dépistage de l'anxiété [Mit-b, tableau 4].

Il est donc inévitable que l'on ne puisse pas dépister tous les cas et qu'il faille aussi compter avec une proportion considérable de faux positifs. L'utilité de cet instrument paraît discutable dans les cas particuliers, bien que l'HADS repose sur un total de 14 questions auxquelles le/la patient(e) doit répondre lui/elle-même. Selon toute vraisemblance, un questionnaire encore plus court ne se révélerait pas plus utile.

L'HADS peut sans doute contribuer à objectiver l'anxiété ou à mesurer son évolution mais ne se qualifie pas en tant qu'instrument de dépistage. C'est de manière ciblée

Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative.ch

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

qu'il faut rechercher les signes d'anxiété et de détresse chez un patient, au début du traitement et tout au long de celui-ci, particulièrement lorsqu'un changement intervient, quelle qu'en soit sa nature.

Selon F. Stiefel, il faut donc prioritairement comprendre le vécu du patient, faire une évaluation clinique de son anxiété.

Un article assez récent de Cosco et al.[Cos] arrive à la conclusion suivante: «Bien que l'HADS se soit révélée efficace pour mesurer la détresse émotionnelle, son incapacité à faire une distinction systématique entre anxiété et dépression indique que son usage doit viser à une mesure plus générale de la détresse émotionnelle». Le commentaire de Coyne et van Sonderen [Coy] au sujet du travail de Cosco et al. est d'une lecture plus aisée.

5. Comment traiter l'anxiété en soins palliatifs?

En fonction de son étiologie, on choisira des approches différentes. Si l'anxiété est causée surtout par la douleur ou la détresse respiratoire, on essaiera d'améliorer le traitement de ces symptômes. Il arrive souvent chez les patients gravement malades que l'anxiété soit multifactorielle, ce qui complique le choix de la thérapie. L'objectif ne peut pas être de libérer le patient de toute anxiété, mais de rendre celle-ci supportable afin de permettre au malade et à sa famille de gérer au mieux l'évolution à venir jusqu'au décès.

De façon générale, l'anxiété du patient peut être traitée soit par une approche médicamenteuse, soit par une approche non-pharmacologique. On ne trouve pas dans la littérature [Jac] de recommandation claire sur le traitement de l'anxiété en fin de vie. Le dialogue avec le patient est certainement essentiel. L'écoute et la verbalisation de l'angoisse peuvent avoir, à elles seules, un effet thérapeutique, de même que l'analyse au sein de l'équipe multidisciplinaire. Dans certains cas, il peut être utile de recourir à d'autres spécialistes tels qu'aumônier, psychiatre, psychothérapeute ou bénévole pour soutenir le patient. Au préalable, il faut toutefois vérifier si cette aide supplémentaire est profitable au patient ou si elle n'exprime que l'impuissance des soignants face à la situation.

5.1. Thérapie non médicamenteuse

En plus de la psychothérapie, il existe différentes techniques d'aide dont le choix dépendra des stratégies que le patient a expérimentées avec succès jusqu'à présent:

- techniques de détente
- activité physique
- massages
- musique, musicothérapie
- art-thérapie
- méditation
- aromathérapie

Ces techniques d'aide sont recommandées aux patients qui souffrent d'une anxiété modérée ou comme mesure complémentaire pour les cas sévères. Il est difficile de prédire quelle technique s'applique le mieux à quel patient. [Mag]

5.2 Thérapie médicamenteuse

Il convient d'observer les précautions suivantes en soins palliatifs pour les patients polymédiqués présentant différentes comorbidités:

- Prescrire aussi peu de médicaments que possible et tenir compte des interactions, des voies de métabolisation et des demi-vies, en particulier en cas d'insuffisance organique (insuffisance hépatique pour les médicaments avec effet de premier passage important, etc.)
- Faible dose de départ
- Augmentation lente du dosage
- Dose d'entretien souvent plus faible
- Intervalle plus long en cas de changement
- Réévaluation de traitement clairement définie (approche empirique)

5.2.1 Benzodiazépines

Les benzodiazépines sont fréquemment utilisées en soins palliatifs: 70 à 80 % de tous les patients se voient prescrire ces médicaments à plus ou moins long terme [Akt, Cle, Stf, Stiel, vDe]. Ils sont efficaces en cas d'états anxieux. Il convient toutefois d'examiner avec soin leur indication pour les raisons suivantes:

- Les effets secondaires tels que fatigue, somnolence, difficultés de concertation, diminution de l'attention et de la capacité de réaction peuvent limiter la capacité du patient à gérer son anxiété.
- Faiblesse musculaire et démarche hésitante peuvent provoquer des chutes chez des personnes déjà affaiblies. A fortes doses, des troubles ataxiques peuvent se produire.
- Troubles mnésiques, réactions paradoxales telles qu'insomnie, excitation, angoisse et irritabilité, ainsi qu'état confusionnel aigu.
- L'arrêt brutal des benzodiazépines (aussi lors d'une soudaine difficulté à déglutir!) provoque, chez env. 50 % des patients qui ont consommé régulièrement cette substance pendant plusieurs semaines, un syndrome de sevrage qui peut apparaître 2 à 10 j. après l'arrêt du médicament. Il se manifeste sous forme de delirium et de crampes, suivis de symptômes de sevrage tels qu'agitation, troubles du sommeil et angoisse, souvent difficiles à distinguer de la symptomatique de départ.
- La prise prolongée de benzodiazépines entraîne un phénomène de tolérance.

D'un point de vue clinique, on distingue les benzodiazépines à durée d'action courte (2 – 5h), p.ex. Triazolam,

Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative ch

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

Midazolam, à durée d'action moyenne (6 – 24h) p.ex. Oxazépam et Lorazépam, et à longue durée d'action (plus de 24h) p.ex. Diazépam.

En soins palliatifs, on devrait privilégier les substances à durée d'action moyenne, qui ne présentent pas de métabolites actives.

Exemple:

Lorazépam (Temesta®). Attention: L'utilisation du Temesta expidet® est souvent assimilée à une application sublinguale. Cependant le Temesta expidet® est un comprimé orodispersible dont les composés doivent être avalés: ils NE SONT PAS absorbés par voie sublinguale!

Oxazépam (Seresta®)

Alprazolam (Xanax®)

Selon Stiefel [Stf], il convient d'évaluer soigneusement le rapport risque/bénéfice avant toute prescription; l'expérience clinique du médecin est déterminante. Lorsque l'indication est examinée avec soin, les benzodiazépines à durée d'action moyenne sont des médicaments sûrs, efficaces et très utiles dans le traitement de l'anxiété en soins palliatifs.

5.2.2 Les antidépresseurs

L'anxiété, la dépression et la douleur forment souvent un «trio de souffrances» [Egl]. Les antidépresseurs sont donc les principaux médicaments pour traiter les troubles affectifs [Akt] et l'anxiété. Ils relèvent l'humeur dépressive, plusieurs d'entre eux ont même un effet anxiogène. On sait que des douleurs persistantes sont souvent liées à une dépression [Ber], et l'on retrouve ici deux causes possibles de troubles anxieux.

Les antidépresseurs inhibent au sens large l'absorption des monoamines dans le cerveau et entraînent ainsi une augmentation de la concentration des monoamines. Etant donné que l'inhibition de l'absorption des monoamines commence dès la prise des antidépresseurs, mais que l'effet antidépresseur ne se manifeste qu'après deux à trois semaines, on suppose que les conséquences neurochimiques de l'inhibition du transport jouent un rôle essentiel, responsable de l'efficacité retardée des antidépresseurs.

Les antidépresseurs présentent quatre effets principaux [Ber]:

- amélioration de l'humeur
- diminution de la psychomotricité ou augmentation de l'élan vital en fonction du médicament
- diminution de l'anxiété selon le médicament
- effet anti-suicidaire en particulier pour les antidépresseurs tricycliques sédatifs et quelques ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)

Les antidépresseurs peuvent se classer en

- inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la monoamine (p.ex. antidépresseurs tricycliques)

- inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (p.ex. citalopram)
- inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline (p.ex. reboxetine)
- inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (p.ex. venlafaxine)
- antagonistes des adrénorécepteurs alfa-2 (p.ex. miansérine, mirtazapine)

Compte tenu de leur profil plus favorable en matière d'effets secondaires, on préfère recourir aux ISRS et aux antagonistes des adrénorécepteurs alpha-2 chez les patients en situation palliative, car ils n'ont presque pas d'effets anticholinergiques ou cardiovasculaires, n'ont pas d'effets sédatifs et provoquent rarement des crampes. Au début de la thérapie, les céphalées sont fréquentes, de même que les nausées et autres troubles gastro-intestinaux comme la diarrhée. Ils provoquent rarement des vertiges, des troubles du sommeil ou de l'agitation. On rapporte dans la littérature récente qu'en cas de dosage élevé il faut également s'attendre à une prolongation de la transmission de l'influx électrique à l'ECG et qu'ils peuvent accroître le risque d'hémorragie (p.ex. gastro-intestinale) en cas d'administration conjointe d'antiagrégants [And]. Il est certainement important, également pour les ISRS, de tenir compte de la demi-vie du médicament car la métabolisation peut être réduite par des interactions ou par une altération de la fonction hépatique.

Les principaux effets secondaires de la miansérine et de la mirtazapine sont la sédation et la somnolence ainsi que la prise de poids, plus rarement des modifications orthostatiques et des modifications de l'hémogramme. Les antidépresseurs tricycliques ont leur place dans le traitement de la douleur et des troubles du sommeil.

Le millepertuis améliore le bien-être de patients souffrant de dépressions légères à moyennes mais peut également avoir une action photo-sensibilisante, ce qui est gênant chez les patients en radiothérapie. C'est aussi un puissant inducteur des enzymes Cytochrome-P450, ce qui peut entraîner une réduction des taux plasmatiques de différents médicaments.

Les antidépresseurs n'entraînent pas d'accoutumance ni de dépendance mais ne doivent pas non plus être arrêtés brutalement.

5.2.3 Les neuroleptiques

La caractéristique principale des neuroleptiques en pharmacologie est leur effet antagoniste ou partiellement antagoniste sur les récepteurs de la dopamine [Akt,Maz]. Le blocage de la dopamine a de nombreux effets cliniques; certains sont souhaités, tels que la réduction de l'agitation, des symptômes psychotiques, du delirium, de l'angoisse et des nausées; d'autres sont indésirables tels que les symptômes extrapyramidaux et la libération accrue de prolactine.

**Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse –
Groupe d'experts de palliative ch**

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

En ce qui concerne leur profil d'action, les neuroleptiques présentent de grandes différences entre eux, tant au plan qualitatif que quantitatif. On distingue quatre groupes:

- les butyrophénones, p.ex. l'halopéridol
- les phénothiazines, p.ex. l'olanzapine, la quétiapine
- les benzamides, p.ex. l'amisulpride
- les neuroleptiques restants, dits «atypiques», p.ex. la rispéridone

La principale indication des neuroleptiques en soins palliatifs est le delirium, très souvent lié à l'angoisse. Le principal médicament pour le traitement du delirium est l'halopéridol. Au préalable il faut toutefois rechercher la cause du delirium (cf. recommandations de Bigorio sur le delirium). Pour les patients agités et angoissés qui ne répondent pas aux benzodiazépines ou à qui les benzodiazépines ne sont pas prescrites pour une autre raison, il peut parfois être utile de recourir à des neuroleptiques du groupe des phénothiazines ou à des neuroleptiques atypiques. On préférera sans doute le groupe des neuroleptiques atypiques à cause de leurs effets secondaires moindres et on évaluera soigneusement le rapport risques/bénéfices, en particulier chez les patients âgés.

5.2.4 Autres médicaments

En plus de ces trois classes de médicaments pour le traitement pharmacologique de l'anxiété il existe encore

d'autres médicaments dont le bénéfice en soins palliatifs est encore mal défini [Akt, Buc]. Il s'agit des anticonvulsifs comme la gabapentine, des modulateurs des canaux calciques comme la prégabaline et de l'azapirone comme le Buspiron dont l'effet anxiolytique ne se manifeste qu'après quelques semaines. Les bêta-bloquants peuvent être prescrits pour réduire les douleurs somatiques d'un patient angoissé mais il faut tenir compte de leurs effets secondaires.

5.2.5 Problèmes liés à la thérapie pharmacologique

Chez les patients très algiques, la difficulté à déglutir constitue un obstacle quasi-insurmontable pour la thérapie médicamenteuse en particulier pour les neuroleptiques et les antidépresseurs. Il n'existe que peu de produits pouvant être administrés par voie parentérale. En ce qui concerne l'administration de ces médicaments par voie sous-cutanée, moins invasive, il n'existe que peu d'études (p.ex. pour la lévomépromazine).

On constate que les données sur l'efficacité des différents psychotropes en soins palliatifs sont encore insuffisantes pour permettre de formuler des recommandations définitives au sujet du traitement pharmacologique de l'anxiété en fin de vie.

Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative ch

Un projet mené dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins palliatifs en Suisse

Bibliographie

- Akt** Aktories K, Förstermann U, Hofmann FB, Starke K (2009) *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie*. Elsevier
- And** Andrade C, Sandarsh S, Chethan KB, Nagesh KS (2010) Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding. *J Clin Psychiatry* 71(12): 1565-75
- Bar** Barraclough J (1997) ABC of palliative care: Depression, anxiety, and confusion. *BMJ* 315: 1365-74
- Ber** Berney A, Stiefel F, Mazzocato C, Buclin T (2000) Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. III. Antidepressants. *Support Care Cancer* 8(4): 89-97
- Buc** Buclin T, Mazzocato C, Berney A, Stiefel F (2001) Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. IV. Other psychotropic agents. *Support Care Cancer* 9(4): 213-22
- Büch** Büche DJ (2012) Assessment und Assessmentinstrument in der Palliative Care. *Therapeutische Umschau* 69(2): 81-86
- Cle** Clemens KE, Klaschik E (2011) Dyspnoea associated with anxiety-symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Supportive Care Cancer* 19(12): 2027-33
- Cos** Cosco T et al. (2012) Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: A 10-year systematic review. *J Psychosom Res* 72: 180-84
- Coy** Coyne J, van Soderen E (2012) No further research needed: Abandoning the Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS). *J Psychosom Res* 72: 173-74
- Dau** Dauchy S, Chauffour-Ader C (2002) Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs. *Med Pal* 1: 19-34
- Del** Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, et al. (2009) Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer* 17(5): 573-79
- Egl** Egle UT, Hoffmann SO (Hrsg) (1993) *Der Schmerzkranken. Schattauer, Stuttgart-New York*
- Her** Herschbach P, Heussner P (2008) Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Klett-Cotta
- Jac** Jackson KC, Lipman AG (2009) Drug therapy for anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Lin** Lindner H, Modestin J, Hättenschwiler J (2011) Angststörungen: Klassifikation, Diagnostik und Therapie. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* (5): 21-28
- Llo** Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F (2004) A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 18(6): 558-63
- Mag** Maguire P (1993) Managing the anxious patient with advancing disease – a flow diagram. *Palliative Medicine* 7(3): 239-44
- Mar** Margraf J, Schneider S (2012) *Panik*. Springer
- Maz** Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, Berney A (2000) Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician II. Neuroleptics. *Support Care Cancer* 8(2): 89-97
- Mit-a** Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet oncol* 12(2): 160-74
- Mit-b** Mitchell AJ, Meader N, Symonds P (2010) Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *Journal of affective disorders* 126(3): 335-48
- Mor** Morschitzky H (2009) *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Springer
- Pai** Paice JH, Faan RN (2002) Managing psychological conditions in palliative care: Dying need not mean enduring uncontrollable anxiety, depression, or delirium. *American Journal of Nursing* 102(11): 36-42
- Pan** Panksepp J (2004) *Affective Neuroscience*. Oxford University Press
- Pau** Pautex S, Bossert TP, Hilleret H, et al. (2006) Anxiété dans le cadre de soins palliatifs. *Revue Médicale Suisse*. Revue 85, article 31735
- Rup** Rupprecht R, Kellner M (2012) Angststörungen. *Klinik, Forschung, Therapie*. Kohlhammer
- Sig** Signer M (2012) Depression in Palliative Care. *Therapeutische Umschau* 69(2): 99-106
- Sri** Srivastava R. (2011) Dealing with uncertainty in a time of plenty. *N Engl J Med* 365:2252-53
- Sta** Stark D (2002). Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 20(14): 3137-48
- Stf** Stiefel F, Berney A, Mazzocato C (1999) Psychopharmacology in supportive care in cancer: a review for the clinician. I. Benzodiazepines. *Support Care Cancer* 7(6): 379-85
- Stiel** Stiel S, Krumm N, Schroers O, et al. (2008) Indications and use of benzodiazepines in a palliative care unit. *Schmerz* 22(6): 665-71
- Sto** Stoklosa J, Patterson K, Rosielle D, et al. (2011) Anxiety in palliative care: causes and diagnosis #186. *Journal of Palliative Medicine* 14(10): 1173-74
- vDe** Van Deijck RH, Krijnsen PJ, Hasselaar, et al. (2010) The practice of continuous palliative sedation in elderly patients: a nationwide explorative study among Dutch nursing home physicians. *J Am Geriatr Soc* 58(9): 1671-78
- Wil** Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG et al. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 33(2): 118-29

Bigorio 2011 – Team

Organisation: Hans Neuenschwander

Modérateurs: Christian Bernet, Steffen Eychemüller,
Michaela Forster, Thierry Currat

Expert: Fritz Stiefel

Auteurs/Participants: Natacha Aymon, Eva Balmer,
Christian Bernet, Heidi Brügger, Gian Domenico Borasio,
Thierry Currat, Fatoumata Diawara, Steffen Eychemüller,
Sonja Flotron, Michaela Forster, Claudia Gamondi, Andreas Gerber,
Heike Gudat, Annina Hess-Cabalzar, Therese Hofer, Roland Kunz,
Sandrine Jeanneret-Brand, Marianne Lang, Luisella Manzambi,
Bea Marx, Hans Neuenschwander, Antoinette Niggli,
Josiane Pralong, Eveline Schönau, Sylvie Schorro, Larissa Sproll,
Sylvie Wermeille, Rebekka Zwahlen

Responsables de rédaction: Michaela Forster, Therese Hofer,
Steffen Eychemüller

Rédaction texte allemand: Olivia Blöchlinger

Rédaction texte français: Sophie Kasser

Traduction:

italien: Arnaldo Guidini

français: Emmanuelle Pery

© palliative.ch 2012