

**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 déshydratation est fréquente chez les personnes atteintes de maladies chroniques et âgées, qui ont par ailleurs nombreuses co-morbidités. La déshydratation est un problème fréquent en fin de vie. Pourtant, les recommandations de détection et prise en charge sont rares. Ces recommandations sont donc basées sur la littérature existante et sur l'expérience du groupe d'experts. Elles s'appliquent à des patients adultes. Compte tenu du faible niveau de preuves existantes, il reste beaucoup de place pour la prise de décision individuelle. C'est précisément pourquoi, il faut élaborer des critères de décision et les utiliser.

**Définition**

Déshydratation: C’est une condition sévère, vitale, dans laquelle le corps contient un volume insuffisant de liquide et donc un volume effectif circulant réduit. Les transitions entre un état asymptomatique, tolérable et nécessitant une prise en charge ne sont pas clairement définies.

Hydratation: Apport entéral ou parentéral de liquide.

**Signification**

Une déshydratation peut avoir un important impact sur la qualité de vie. Souvent, les causes sont multifactorielles (Bruera, 2007). Chez les patients avec de nombreuses co-morbidités la déshydratation peut être un cofacteur du delirium (Young, 2007). L’association avec la fatigue, les myoclonies, les nausées et la constipation est discutée. Il n’y a pas de preuve d’une association entre la déshydratation et une possible hypoalgésie.

La soif et la sécheresse de la bouche ne sont pas spécifiques non plus. Elles peuvent être l’expression de la déshydratation, mais peuvent être aussi un effet secondaire de certains médicaments.

Les personnes âgées ont un risque plus élevé de déshydratation (du à une modification du métabolisme, une diminution de la sensation de soif, un accès aux boissons plus difficile, la démence).

**Pourquoi?**

**Prévalence**

La déshydratation est très fréquente en fin de vie. Néanmoins la prévalence exacte en soins palliatifs n’est pas connue.

**Etiologies et mécanismes**

Causes secondaires (souvent multifactorielles) liste non exhaustive

1. Diminution des apports (voir table 1)
2. Augmentation des pertes (voir table 1)
3. Création d’un 3<sup>ème</sup> secteur (ascite, épanchement pleural, oedème, choc)

Diminution des apports	Augmentation des pertes
Boissons insuffisantes	Pertes rénales (diurétiques), infection voies urinaires, polyurie lors d’affection endocriniennes (comme hypercalcémie, hyperglycémie, Addison)
Pathologies cavité buccales	Fièvre, infection
Odynophagie	Augmentation de la transpiration
Dysphagie	Tachypnée
Anorexie	Vomissements
Nausées, vomissements	Diarrhées Autres médicaments: laxatifs Amphétamine
autres symptômes mal contrôlés (p.ex. douleur)	Brulures
Satiété précoce, p.ex. polyneuropathie avec gastroparésie)	Chaleur
Troubles de la vigilance, delirium	
Dépression	
Diminution sensation soif	
Impossibilité de boire	
Restriction hydrique sur ordre médical	

Tableau 1

Une polyneuropathie végétative avec gastroparésie est presque toujours présente chez les patients cachectiques avec une maladie tumorale avancée.

Les pertes insensibles sont d’environ 1 litre chez une personne adulte. Cette perte augmente lors de la fièvre, d’un litre par degré. La sensation de soif et la capacité de concentration du rein diminuent avec l’avance en âge. Les pertes aiguës comme des diarrhées ou la fièvre n’entraînent pas non plus une prise de boissons augmentée.

Au contraire des patients âgés, les patients atteints d’une maladie cancéreuse, peuvent garder longtemps une homéostasie des liquides adéquats même si les quantités de liquide ne sont pas adéquates. Ceci peut s’expliquer en partie, par la perte de poids, la diminution de l’eau corporelle avec l’âge, la diminution des pertes insensibles, augmentation ADH avec réduction de clearance de l’eau libre lors de nausées chroniques et de prise d’opiacés. Ces mécanismes ne sont pas suffisants, en phase terminale pour compenser les risques de la déshydratation.

**Assessment**

Le diagnostic comprend:

- Synthèse de l’histoire maladie et de la diminution d’apport de boisson
- Evaluation des symptômes et de la souffrance associée

## 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

- Examen clinique
- Bei Bedarf weitere Untersuchungen (Labor)

#### Anamnèse

En raison de la déshydratation, l'état de conscience du patient peut être diminué. La perception des patients quant à leur consommation de liquides peut être limitée ou modifiée (sommolence, confusion, la démence, une diminution de sensation de soif). L'anamnèse avec la famille peut aussi être très utile.

#### Questions utiles

Anamnèse sur prise de boissons, (c'est souvent considéré comme normal de ne pas boire)

- Que et combien buvez- vous d'habitude?
- Qu'est ce qui c'est modifié? Et comment cela a commencé? À quel moment?
- Perte rapide de poids?
- Chute, vertiges orthostatiques?
- Anamnèse médicamenteuse?

#### Evaluation des symptômes

La sensation de soif et la bouche sèche sont évaluées, mais ce ne sont pas des symptômes spécifiques. Les autres symptômes peuvent être la fatigue, la faiblesse, les vertiges, crampes musculaires, céphalées, acouphènes (tous aspécifiques). Une déshydratation d'installation lente peut être mieux compensée, les symptômes peuvent être plus tardifs et insidieux.

#### Examen clinique

Poids, tension artérielle, fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire, turgescence veineuse du cou, pli cutané transpiration axillaire, troubles de l'état de conscience qualitatifs et quantitatifs (sommolence, delirium), signes de 3ème secteur comme oedème, ascite, myoclonies. Les signes cliniques d'une déshydratation peuvent être discrets. Les signes isolés ne sont pas caractéristiques. Vu les co-morbidités il faut être attentif à leur interprétation. Déjà lors d'une déshydratation de 5%, on peut trouver tachycardie, veines du cou collabées, tachypnée, peau sèche, diminution transpiration axillaire, oligurie, urines concentrées, température élevée, hypertonie, somnolence. Déshydratation sévère (env.>50%): on peut retrouver: spasmes, myoclonies, vomissements, tachycardie, tardivement bradycardie, diminution élasticité peau, plis axillaires, delirium, dyspnée, crampes, léthargie, perte de la conscience.

#### Outils d'évaluation

Il n'y a pas d'outils d'évaluation spécifiques, validés pour la déshydratation. Afin de juger de sa signification, les outils habituels des soins palliatifs sont utiles

- Qualité de vie: EORTC QLQ-C30
- Evaluation symptômes Edmonton Symptom Assessment System ESAS

- Fonction cognitive: MMSE
- Karnovsky ou palliative performance scale
- Palliative Prognostic Score: PAP

#### Examens complémentaires

Quand ils nous aident à trouver une étiologie réversible, qui peut améliorer un symptôme:

Utiles: Hb, Hct, Na, K, urée, créatinine, calcium, albumine, glucose, CRP

## Management

La prévention est une particularité des soins palliatifs. L'environnement doit être adapté (accès aux boissons à domicile p.ex.). L'efficacité et les effets indésirables des mesures prises contre la déshydratation doivent être régulièrement évalués. Un bilan hydrique des entrées et des sorties peut aider.

Une hydratation doit dans la mesure du possible être orale grâce à une stimulation régulière. Il faut être créatif dans le choix et présentation des boissons. S'ils sont d'accord les proches doivent être impliqués et formés. Il vaut la peine de leur apprendre à mesurer les apports de boissons.

#### Prise de décision

Surtout dans les situations terminales, il y a de nombreuses controverses sur les bénéfiques et les effets indésirables d'une hydratation artificielle. Le manque de preuves scientifiques signifie que les décisions sont quelques fois prises sur une base émotionnelle. Des attitudes extrémistes - systématiquement hydrater ou, au contraire, de s'abstenir de principe - ne peuvent pas se justifier. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques pour la déshydratation et ne devraient pas déterminer seuls la décision de traitement. Il devrait plutôt être considéré concrètement quel effet une (ré)hydratation peut avoir sur la qualité de vie et si elle peut améliorer les symptômes. Les décisions pour ou contre une hydratation sont souvent associées aux décisions relatives à la prise en charge thérapeutique. La soif et les boissons sont associées dans de nombreuses cultures, avec des valeurs spécifiques et des symboliques. La décision pour ou contre une hydratation est souvent le reflet de sa propre culture, des représentations religieuses et spirituelles, la peur de souffrir ou de la perte de la qualité de vie et l'attitude de l'institution.

Ces facteurs devraient être intégrés dans la prise de décision. Refuser à un patient de l'administration parentérale de liquide peut être perçue par lui et ses proches comme un d'abandon thérapeutique. La déshydratation et l'hydratation artificielle devraient être évoquées avant la phase terminale. Pour les patients incapables de discernement, l'avis des proches peut aider à la prise de décision. Il peut être bénéfique quelque fois de procéder à une hydratation pour des raisons psychologiques ou culturelles. Les avantages et les inconvénients pour le patient doivent

**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

être soigneusement pesés. Parfois, l'effet, la valeur ou le sens se révèlent a posteriori, après un essai d'hydratation artificielle. Une approche et des objectifs concrets et vérifiables de traitement doivent être fixés dans l'équipe et évalués régulièrement. Aussi la décision de renonciation à l'hydratation doit être remise en question régulièrement.

**Quels sont les symptômes qui peuvent être aggravés par la déshydratation?**

Nausées, troubles cognitifs (vigilance, confusion), fièvre (fièvre de soif), moins souvent soif et sécheresse buccale peuvent être renforcés par la déshydratation. Dans l'insuffisance rénale pré-rénale dans le contexte d'une déshydratation, des métabolites actifs de médicaments peuvent s'accumuler et entraîner des effets secondaires accrus. Cela s'applique, entre autres aux opiacés (morphine, l'hydromorphone, l'oxycodone). (Voir comparaisons tableau 2)

**Quand une réhydratation être préjudiciable?**

Chez les patients présentant une insuffisance cardiaque, la redistribution des fluides (encombrement pulmonaire, oedème, ascite) et des symptômes de la pression intracrânienne, l'hydratation doit être soigneusement évaluée. Surtout une administration par voie intraveineuse peut provoquer une surcharge de volume rapide. L'administration de liquides par voie sous-cutanée est moins risquée à cet égard.

Avantages possibles	Inconvénients possibles
État conscience ↑	Volume urinaires ↑ (→incontinence, sonde)
Delirium ↓	«Infusion» (barrière, médicalisation)
Volume urinaires ↑ (→élimination des métabolites↑)	
«Infusion» (attente)	nausées-vomissements↑ (←contenu estomac↑)
soif↓ (?), bouche sèche↓ (?)	surcharge volémique (dyspnée, œdème, 3 <sup>ème</sup> secteur, râle)
risque embolique↓ (?)	douleur (perte de l'analgésie sur déshydratation)
céphalées↓ (?)	
nausées-vomissements↓	
constipation↓ (?)	
crampes musculaires↓	
température↓	
syndrome orthostatique↓	

Tableau 2: Avantages / inconvénients de l'hydratation. Le tableau montre que certains arguments peuvent être à la fois un avantage et un inconvénient. D'une part, cela met en évidence le manque de preuves et d'autre part, la nécessité de prendre des décisions personnalisées.

**Traitement**

**Voie orale**

La voie orale doit être privilégiée. Pour cela, les ajustements de l'environnement, la stimulation et la créativité sont importants. Dans chaque cas, l'hygiène bucco-dentaire doit être privilégiée tant qu'elle est tolérée. Les objectifs sont une muqueuse buccale humide et intacte afin de diminuer le plus possible la soif.

**L'hydratation sous-cutanée (hypodermoclyse)**

Méthode de choix si une prise orale de liquide n'est pas possible. L'efficacité est identique à la substitution par voie intraveineuse (Remington, 2007). L'administration de médicaments et de liquides doit être dissociée.

- Technique: ponction selon la figure 1 avec Butterfly G21-23 couvrir, avec Opsite ou Tegaderm. Maintien de l'aiguille jusqu'à 14 jours.
- Les avantages par rapport à l'administration veineuse: simple techniquement, moins de surveillance est nécessaire (par exemple à la maison), moins de complications (infection systémique, thrombophlébite, de surcharge de l'appareil circulatoire), faible coût.
- Perfusion préférée: 0,9% de NaCl. Alternativement, une perfusion de mélange (au moins 1/3) NaCl 0,9% et 5% de glucose. Aucune solution hypertonique. Ajout de KCl à 20 mmol/litre possible. -Quantité de perfusion: 500-1000ml par jour. 500ml peut être administré facilement avec un minimum de 4 heures.
- Hyaluronidase ne favorise pas l'absorption de liquide ou de médicaments (VIHA EOL Symptom Guidelines; Mc Auley, 2001).
- Contre-indications: oedèmes généralisés, l'augmentation de la tendance hémorragique, centralisation

**Hydratation intraveineuse**

L'administration intraveineuse, par exemple par voie centrale (dispositif intraveineux implantable (DAVI)) nécessite une surveillance rapprochée. La présence d'un DAVI ne justifie pas seul l'administration par voie intraveineuse de liquide.

**Autres formes d'hydratation**

Dans le cadre d'une hydratation artificielle sur une plus longue période, une sonde nasogastrique, une gastrostomie percutanée ou une sonde jéjunale peuvent être envisagées (tumeur ORL, coma, maladies neuro-dégénératives comme sclérose en plaques).

**Hydratation chez les patients mourants**

La détection, la prise de décision et les mesures doivent être appropriées à la situation. L'information, l'intégration et l'accompagnement des proches sont d'une importance particulière en phase terminale. Les explications et la rassurance par rapport à l'ambivalence renforcent la confiance.

## 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

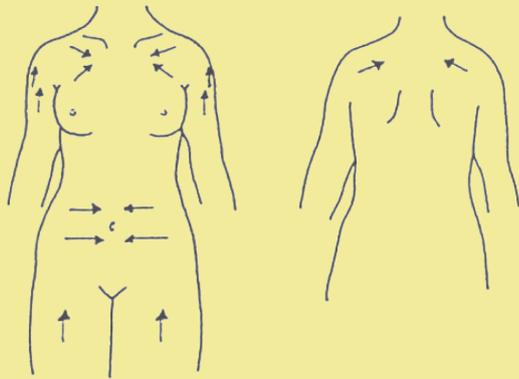


Figure 1: sites de ponction d'administration sous-cutanée: sous-claviculaire, sus-scapulaire, abdominale (pas d'ascite), la cuisse (antérieure / latérales, cave oedème des membres inférieurs)

#### Soins de la bouche

Particulièrement importants dans la phase terminale. Aident souvent à mieux contrôler la soif, la sécheresse buccale que l'hydratation artificielle. Avec des soins d'hygiène bucco-dentaires adéquats, les patients en phase terminale peuvent être dispensés d'hydratation artificielle. Les familles doivent être rassurées que le patient ne meurt pas de soif, mais de sa maladie.

- Soins de la bouche fréquents (avec de l'eau ou une boisson préférée), des liquides froids et l'acidité des fruits calment la soif particulièrement bien
- administration de liquides avec cuillère à café ou seringue
- brossage de dents
- Inclure les proches s'ils acceptent
- nébuliseur (effet non prouvé, subjectivement parfois utile).

#### Littérature

- Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft. Medically assisted hydration for palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16; (2): CD006273.
- Bruera E, Sala R, Rico M A, Moyano J, Centeno C, Willey J, Palmer J L. Effects of Parenteral Hydration in Terminally Ill Cancer Patients: A Preliminary Study. *J Clin Oncol.* 2005. 23: 2366–71.
- Cerchiotti L, Navigante A, Sauri A, Palazzo F. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *Int J Palliative Nursing.* 2000, 6 (8): 370-374.
- European Association for Palliative Care (Author Viola). Forum: Nutrition and Hydration. Literature Review. <http://www.eapcnet.org/forum/default.asp?comment=132>
- Young J, Inouye S K. Delirium in older people. *BMJ.* 2007. 334: 842-846. McAuley D. Dehydration in the terminally ill patient. *Nursing Standard.* 2001. 16 (4): 33-37.
- Morita T et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann Oncol.* 2005. 16 (4): 640-647.
- VIHA EOL Symptom Guidelines. Dehydration. Rational, Scope, Definition, Standard of Care, References, Information for Patients and Families. Vancouver Island Health Authority, <http://www.viha.ca/>
- Remington R, Hultman T. Hypodermoclysis to treat dehydration: A review of the evidence. *J Am Geriatrics Society.* 2007

#### Ont participé à l'élaboration des recommandations ci-dessus:

Dr. Christian Bernet, Doris Bittel, Dr. Cristian Camartin, Laurence Déramé, Sophie Ducret, Ivo Dürr, Dr. Claudia Gamondi, Dr. Andreas Gerber, Dr. Heike Gudat, Dr. Marianne Lang, Dr. Roland Kunz, Bea Marx, Meta Marz-Caprez, Thomas Morgenthaler, Dr. Karine Moynier, Dr. Hans Neuenschwander, Dr. Rolf Oberholzer, Dr. Sophie Pautex, Dr. Josiane Pralong, Dr- Nathalie Steiner, Sylvie Wermeille

Redaktion: Ivo Dürr, Dr. Heike Gudat, Dr. Hans Neuenschwander, Dr. Rolf Oberholzer

Verantwortliche für die Endfassung dieser Empfehlungen: Dr. Heike Gudat, Dr. Hans Neuenschwander