



Palliative FLASH ©

Soins palliatifs au quotidien

Anxiété – traitement et prise en charge – partie 2

Quiz

- 1) Bien que l'anxiété soit un symptôme difficile à appréhender, des attitudes et comportements simples de la part des cliniciens permettent une atténuation importante de la symptomatologie des patients.
Vrai ou faux
- 2) Le traitement pharmacologique de l'anxiété consiste prioritairement en l'usage de SSRI ou SNRI avec une contreindication à l'usage des benzodiazépines.
Vrai ou faux
- 3) Les approches psychosociales dans le contexte de l'anxiété sont secondaires et doivent être envisagées principalement en seconde ligne, cette symptomatologie devant être principalement prise en charge par des spécialistes en santé mentale.
Vrai ou faux

Introduction

Les manifestations cliniques de l'anxiété chez un patient en soins palliatifs sont bien souvent bruyantes et contaminent inmanquablement les équipes interdisciplinaires, créant un empressement à y (ré)agir. Cet article se propose d'explorer des pistes thérapeutiques.

palliative vaud

E-mail coordination : corinne.schmidhauser@palliativevaud.ch

Les Palliative Flash sont accessibles sur : <http://www.palliativevaud.ch/professionnels/documentation>

- **Approche psychothérapeutique (8)** : Une prise en charge psychothérapeutique, quelle que soit son orientation (l'alliance thérapeutique ayant été démontré comme étant prépondérante), conduite par un professionnel formé (psychologue, psychiatre-psychothérapeute), présente un effet sur la dépression et sur l'anxiété, même si son efficacité semble plus importante sur la dépression.

Selon notre expérience clinique, grâce à une complémentarité autour de la narrativité, un suivi alliant travail psychothérapeutique et art-thérapie potentialise les effets anxiolytiques. Ces démarches permettent aux patients de trouver un nouveau rapport au monde et à soi-même et de (re)tisser les liens fondamentaux entre le corps, assailli par la maladie, et le vécu psychique. Ces hypothèses nécessiteraient d'être approfondies par des projets de recherche que nous espérons pouvoir mettre en place prochainement.

Références :

1. Wise TN, Biondi M, Costantini A, American Psychiatric Association, rédacteurs. Psycho-oncology. 1st ed. Arlington, VA : American Psychiatric Pub; 2013. 360 p.2.
2. Krenz S, Rousselle I, Guex P, Stiefel F. Suivi du patient oncologique, garant de la permanence de soi. Rev Med Suisse 2009;5:360-3
3. Breitbart W, rédacteur. Psycho-oncology. 4th edition. New York, NY : Oxford University Press; 2021. 842p.
4. Chochinov HM, Breitbart W, rédacteurs. Handbook of psychiatry in palliative medicine. 2nd ed. Oxford ; New York : Oxford University Press; 2009. 565 p.
5. Bénard-Larivière A, Hucteau E, Debette S, Kirchgessner J, Bezin J, Pariente A. Risk of first ischaemic stroke and use of antidopaminergic antiemetics: nationwide case-time-control study. BMJ 2022;376:e066192
6. Bramness JG, Sandvik P, Engeland A, Skurtveit S. Does Pregabalin (Lyrica®) Help Patients Reduce their Use of Benzodiazepines? A Comparison with Gabapentin using the Norwegian Prescription Database: Basic Clin Pharmacol Toxicol. Nov 2010;107(5):883-6.
7. Steel J, Carr BI. Psychological aspects of cancer: a guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes, and their management. 2nd ed. Cham, Switzerland : Springer Nature Switzerland ; 2022. 475p.
8. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, Ramos K. Psychotherapy Targeting Depression and Anxiety for Use in Palliative Care: A Meta-Analysis. Journal of Palliative Medicine. juill 2018;21(7):1024-37.

Rédigé par : Pauline Hausmann, Sophie Dessimoz, Maria Fernandez-Petite, Nadine Leiser, Dr. Yann Corminboeuf
Rédacteurs : Prof. Friedrich Stiefel, Katia Martelli, Dr. Vianney Perrin, Prof. Gian Domenico Borasio

Comité de rédaction

Prof. GD Borasio, Service soins palliatifs CHUV
G. Behaghel Service soins palliatifs CHUV
Dr F. Diawara Service soins palliatifs Martigny
Y. Gremion, EMSP Voltigo, Fribourg
F. Lurati-Ruiz, EMSP RSHL, CHUV
D. Neves, Hôpitaux universitaires Genève
Dr Raffaella D'Orio, Rive-Neuve
Dr Vianney Perrin, RSLC
T. Puig, Home Mon Repos, La Neuveville
C. Schmidhauser, palliative vaud
G. Spring, Aumônerie CHUV

1. Réponses Quiz p 1 :

- 1) Vrai 2) Faux 3) Faux

Informations et ressources en soins palliatifs pour les différents cantons romands

VAUD : <http://www.palliativevaud.ch>
GENEVE : <http://www.palliativegeneve.ch/>
FRIBOURG : <http://www.palliative-fr.ch/fr>
VALAIS : <http://www.palliative-vs.ch/>
Arc Jurassien (BE JU NE) : <http://www.palliativebejune.ch/accueil/>

Veuillez plier le long de cette ligne

Anxiété – traitement et prise en charge – partie 2

- **Contention relationnelle** : En premier lieu, le soignant peut accompagner le patient avec une attitude contenant et une recherche des éléments qui sous-tendent l'anxiété (quelle est la menace ?). La contention relationnelle nécessite, de la part du soignant, de pouvoir reconnaître ses propres angoisses et émotions et de les distinguer de celles appartenant au patient pour y répondre de manière adéquate (1). Cette capacité à identifier, moduler et réguler ses émotions pourra servir de modèle auquel le patient pourra s'identifier et sur lequel il pourra s'appuyer. De plus, par l'écoute du vécu anxieux, le professionnel offre au patient un espace pour déposer (catharsis) et partager son angoisse, se sentir compris, lié et moins seul, ce qui est souvent suffisant pour les aider à réguler leurs émotions et à remobiliser leurs ressources.
- **Mentalisation** : Afin d'amener du sens à une anxiété paralysante et incompréhensible et la rendre un peu plus contrôlable, le patient, s'il en ressent le besoin et avec le soutien d'un professionnel de santé mentale, peut entreprendre la démarche de réfléchir et de comprendre la menace qui provoque cette anxiété (une problématique intrapsychique ou interpersonnelle, un passé non-dépassé ou un futur anticipé, ...).
- **Narration** : Par la suite, pour certains patients, l'établissement de liens entre les expériences du passé et le vécu actuel permettra de s'engager dans un processus narratif aidant à renforcer sa capacité à se reconnaître, et à retrouver un sentiment de permanence de soi et son identité (2).

Traitements spécifiques

Malgré des données scientifiques éparses relatives au traitement spécifique de l'anxiété en soins palliatifs, la prise en charge selon deux approches complémentaires (3) fait aujourd'hui consensus :

1) L'approche pharmacologique (3,4)

Toute prescription pharmacologique doit être placée dans une balance risques-bénéfices tout au long de la prise en charge du patient avec pour objectif un traitement ciblé avec un effet optimal

Veillez plier le long de cette ligne

- **L'anxiété aiguë** est traitée avec des molécules d'actions rapides dont les benzodiazépines restent le premier choix, ayant aussi un effet sur l'insomnie ou des nausées qui peuvent être associées. On privilégie p. ex. le lorazépam, (courte demi-vie), ou l'oxazépam, (demi-vie intermédiaire) à d'autres formes plus longues, et dont l'élimination rénale évite le surdosage (4). Néanmoins, les effets secondaires des benzodiazépines ne sont pas négligeables : effet sédatif, état confusionnel, risque de chute, de dépression respiratoire ou encore de dépendance.
- Lorsque **l'anxiété est chronique et persistante**, recourir à un traitement de fond est recommandé. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) et de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (SNRI) constituent le traitement de choix. Même si leur usage est sûr, les effets secondaires, principalement digestifs (nausée, trouble du transit) et les risques de saignements ne sont pas négligeables lors de leur introduction. En raison, de plus, d'un délai d'au moins deux semaines afin d'obtenir une efficacité son introduction lors des dernières semaines de vie doit être tout particulièrement mesurée.

D'autres molécules sont utilisées à usage anxiolytique : la mirtazapine est souvent prescrite lorsqu'il coexiste un manque d'appétit et un sommeil déstructuré ; les tricycliques sont efficaces mais leurs effets secondaires et leur toxicité ne doit pas être négligée, surtout chez les patients âgés ; les neuroleptiques atypiques sédatifs (quétiapine, risperidone, olanzapine), à faibles doses, peuvent se montrer pertinents en présence de confusion, en dépit du risque majoré d'ictus chez les personnes âgées (5). La prégabaline permet parfois de diminuer la posologie des benzodiazépines (6). Dans notre pratique clinique, l'usage de cette molécule peut se montrer pertinente pour la gestion de l'anxiété avec son profil pharmacologique voisin des neuroleptiques et son efficacité pour les douleurs neuropathiques.

2) Les approches psycho-sociales

Différentes approches psycho-sociales se sont développées pour traiter l'anxiété :

- **Approche éducative et groupale** : impact favorable sur l'anxiété, la gestion de l'incertitude et l'exploration de thématiques existentielles (3).
- **Prise en charge conjointe des proches et aidants naturels** : leur bien-être a un effet positif sur les patients (anxieux) (7).
- **Approche psychocorporelle** (relaxation, hypnose, acupuncture, massages, physiothérapie, ergothérapie, ...) : meilleure conscience des besoins du corps, ancrage somatique du patient anxieux par des processus mobilisant la sensation, la sensorialité et le mouvement et une mobilisation de ses ressources (3). Ces traitements sont adaptés pour des patients souffrant de difficultés cognitives importantes (1).