

## Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : L'anxiété.

<b>Avertissement</b>	<p>Nous faisons référence à la loi "droits des malades" du 4 mars 2002, ainsi que la loi "relative aux droits des malades et à la fin de vie" dite « Leonetti » du 22 avril 2005 qui donnent des repères importants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le droit du malade au refus de tout traitement.</li> <li>- Le droit du malade au refus de l'obstination déraisonnable.</li> <li>- Le devoir pour le soignant de ne pas poursuivre des traitements disproportionnés et futiles.</li> <li>- Le principe des directives anticipées et la place de la personne de confiance.</li> <li>- L'obligation qui est faite aux soignants <b>d'anticiper</b>, de se <b>concerter</b>, de s'appuyer sur une démarche <b>pluridisciplinaire</b> et <b>collégiale</b>, (décret du 6 février 2006), d'argumenter les décisions, et de les écrire dans le dossier du patient.</li> <li>- L'obligation également de poursuivre les Soins Palliatifs même si d'autres soins sont arrêtés.</li> </ul>
----------------------	--

<b>Objectifs</b>	Améliorer la qualité de vie du patient en atténuant l'intensité de la souffrance psychique.
	Identifier l'anxiété en fin de vie.
	Identifier les facteurs favorisants.
	Proposer des moyens pour aider la personne à mieux gérer ce symptôme.
	Comprendre l'importance de l'écoute et de la relation.

<b>Définition</b>	L'anxiété est caractérisée par un sentiment de malaise d'origine souvent indéterminée qui provoque une souffrance psychique d'intensité variable.
-------------------	---

Date de première édition :	Mars 2006
Actualisation le :	Juin 2008
Par :	Dr Rousteau et Corinne Lambert
Validée par le Groupe de Travail : 5 septembre 2008	

## Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : L'anxiété.

<p><b>Population et contexte particulier</b></p>	<p>L'anxiété est fréquente en soins palliatifs mais difficile à identifier et à évaluer. Contexte et facteurs favorisant : la douleur mal contrôlée est une des principales causes d'anxiété. L'hypothèse de majoration de la perception de la douleur par l'anxiété ne doit évidemment pas retarder le traitement antalgique. L'association d'un traitement anxiolytique et l'encouragement à la verbalisation de l'anxiété permettront de faire la part des choses.</p>
--	---

<p><b>Manifestations</b></p>	<p><b>A. Manifestations psychiques, comportementales et cognitives</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hyperattention, hypervigilance, exigences accrues envers le personnel, verbalisation excessive, questions répétitives</li> <li>○ Anticipation dramatisée des éléments futurs</li> <li>○ Peur excessive des examens ou de l'hospitalisation pour laquelle la réassurance est difficile</li> <li>○ Sentiment de tension intérieure</li> <li>○ Difficulté à faire un choix, à prendre une décision</li> <li>○ Irritabilité, distractibilité (difficulté à maintenir son attention)</li> <li>○ Troubles du sommeil (retard d'endormissement mais aussi réveil anxieux en première partie de nuit)</li> </ul>
	<p><b>B. Manifestations somatiques de l'anxiété</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Respiratoires : sensation de constriction ou d'oppression thoracique, gêne respiratoire, accès de toux, polypnée</li> <li>○ Cardiovasculaires : palpitations, tachycardie, douleurs thoraciques atypiques, lipothymie</li> <li>○ Neuromusculaires : crampes, tremblements, agitation motrice, paresthésies, acouphènes, sensations vertigineuses</li> <li>○ Digestives : spasmes pharyngés, nausées, spasmes coliques</li> <li>○ Neurovégétatives : sueurs, sécheresse buccale</li> <li>○ Majoration d'une plainte douloureuse préexistante ou modification de la symptomatologie douloureuse</li> </ul>

## Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : L'anxiété.

<p><b>Approche et préconisations</b></p>	<p><b>A. Approche non pharmacologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>La verbalisation de l'anxiété par le patient est capitale.</b> Les attitudes empathiques favorisent la relation d'aide que les soignants peuvent apporter à la personne anxieuse (empathie veut dire : écoute bienveillante et savoir saisir les références internes de l'autre, les comprendre sans juger mais en restant soi-même). Apporter les informations au patient selon ses demandes et tenir compte de son avis dans les décisions à prendre peut contribuer au soulagement de son anxiété. Accepter de parler de la mort et des questionnements qu'elle engendre permet au patient de diminuer son anxiété, voire de la dépasser parfois. Enfin, la présence d'un modérateur extérieur est conseillé (psychologue, équipe mobile de soutien et de soins palliatifs...)</li> <li>○ <b>Permettre et favoriser un soutien spirituel</b> car il constitue une part essentielle dans la prise en charge de l'angoisse existentielle : il s'agit de toutes les questions que les personnes anxieuses sont amenées à aborder sur leur propre humanité, questions philosophiques... il s'agit également des approches religieuses.</li> <li>○ Les équipes peuvent aussi proposer la présence de <b>bénévoles d'accompagnement.</b></li> <li>○ <b>Les approches corporelles peuvent être utiles</b>, dans la mesure des possibilités du patient (massage, musicothérapie, ergothérapie...) et de l'équipe : là aussi des ressources extérieures peuvent être sollicitées quand elles existent.</li> </ul>
--	---

<p><b>Approche et préconisations</b></p>	<p><b>B. Approche pharmacologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Dans quelle circonstance ne pas prescrire d'emblée ?</u> Les réactions anxieuses simples relèvent en premier lieu d'une attitude de soutien empathique qui permet au patient de verbaliser ses émotions, ses craintes, de clarifier les enjeux, d'établir des priorités.</li> <li>○ <u>Quand prescrire un traitement médicamenteux ?</u> Quand les réactions anxieuses ne cèdent pas à la verbalisation et au soutien, ou quand cette approche relationnelle n'est pas possible.</li> <li>○ <u>Quand prescrire un traitement benzodiazépinique ?</u> Si besoin, les benzodiazépines peuvent être prescrites en continu : il faut alors préférer les molécules à demi-vie courte qui permettent d'éviter les risques d'accumulation (voir tableau ci-dessous). <b>L'attaque de panique</b> est une urgence thérapeutique qui relève d'une administration par voie veineuse ou sublinguale d'une benzodiazépine. La réponse médicamenteuse d'une attaque de panique n'est pas la seule réponse : un milieu rassurant, une personne attentive qui reçoit, valide, accepte l'expression de la personne paniquée, qui peut la contenir, autant par les paroles que par un toucher adapté. L'<b>anxiété anticipatoire</b> répond bien aux benzodiazépines également comme l'Alprazolam (XANAX®).</li> <li>○ Le <b>Midazolam (Hypnovel®)</b> est un bon anxiolytique qui répond aux exigences de ces situations : demi-vie la plus courte existante ; utilisation possible en urgence ; évaluation de l'efficacité rapide du fait de la demi-vie courte ; possibilité d'interrompre le traitement sans accumulation du produit ; amnésie antérograde.</li> <li>○ <u>Quand prescrire un traitement anti-dépresseur ?</u> L'anxiété peut révéler un syndrome dépressif. Dans ce cas, la priorité est donnée au traitement serotoninergique. Il peut être nécessaire d'ajouter une benzodiazépine en début de traitement. S'il existe une symptomatologie douloureuse neuropathique associée, il est préférable de choisir un tricyclique ou apparenté (ANAFRANIL, LAROXYL).</li> <li>○ <u>Quand prescrire un anxiolytique non benzodiazépinique ?</u> S'il y a un risque majeur de décompensation respiratoire ou un syndrome confusionnel ou des symptômes psychotiques : choisir plutôt soit la BUSPIRONE ou l'HYDROXYZINE ou alors un neuroleptique.</li> </ul>
--	---

## Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : L'anxiété.

### ANNEXE 1: TABLEAU DES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

ANXIOLYTIQUES BENZODIAZEPINIQUES	ANXIOLYTIQUES NON BENZODIAZEPINIQUES	ANTI-DEPRESSEURS	NEUROLEPTIQUES
Oxazepam ( <b>SERESTA</b> ®) : demi-vie de 10 heures	Buspirone ( <b>BUSPAR</b> ®) : demi-vie de 4 à 8 heures	<b>Anti-dépresseurs sérotoninergiques</b>	Halopéridol ( <b>HALDOL</b> ®) peut être donné par voie orale, sous-cutanée, intra- veineuse
Alprazolam ( <b>XANAX</b> ®) : demi-vie de 12 heures	Hydroxyzine ( <b>ATARAX</b> ®) : demi-vie de 6 à 8 heures	Fluvoxamine ( <b>FLOXYFRAL</b> ®)	Chlorpromazine ( <b>LARGACTIL</b> ®) : à petite dose en gouttes
Lorazepam ( <b>TEMESTA</b> ®) : demi-vie de 12 heures Prazépam ( <b>LYSANXIA</b> ®) : demi-vie de 30 à 150 heures Bromazépam ( <b>LEXOMIL</b> ®) : demi-vie de 20 heures Diazépam ( <b>VALIUM</b> ®) : demi-vie de 30 à 150 heures		Paroxétine ( <b>DEROXAT</b> ®)	Risperidone ( <b>RISPERAL</b> ®)
<b>Injectables</b>		Sertraline ( <b>ZOLOFT</b> ®) Venlafaxine ( <b>EFFEXOR</b> ®) Citalopram ( <b>SEROPRAM</b> ®)	
Clorazépate dipotassique ( <b>TRANXENE</b> ®) : mais attention demi-vie de 40 heures Midazolam ( <b>HYPNOVEL</b> ®) : demi-vie de 2 à 4 heures Usage hospitalier		<b>Anti-dépresseurs imipraminiques</b>	
		Amitriptyline ( <b>LAROXYL</b> ®)	
		Clomipramine ( <b>ANAFRANIL</b> ®)	

Midazolam/Hypnovel®: Utilisation : ponctuellement par voie sous-cutanée de 0,1 mg à 0,2 mg/kg, à renouveler après 20 minutes jusqu'à l'obtention d'une anxiolyse suffisante.

Pour une utilisation en IV Continue, à l'aveugle chez un patient vierge de benzodiazépine. 5 à 10 mg par 24 heures au pousse-seringue, à faire évoluer en fonction de l'évaluation de l'anxiété.

#### Attention :

L'intention de la prescription doit être précisée : il s'agit bien d'aider à gérer une anxiété et non de traiter une douleur ou de sédaté le patient. Le patient doit donc pouvoir communiquer.

L'évaluation doit être quotidienne.

Remarque : Quelques patients présentent une réaction paradoxale au Midazolam avec agitation, excitation.

## Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : L'anxiété.

### ANNEXE 2: ECHELLE D'ANXIETE DE HAMILTON

La HAMA comprend 14 items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive enfin dont la présence peut sembler discutable au sein d'une échelle « spécifique ».

Les items ne sont pas, à proprement parlé, définis, mais à chacun d'entre eux correspond une liste de symptômes donnés à titre d'exemples et aboutissant à leur définition pas extension. Ils sont évalués à l'aide de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13). Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20.

<b>COTATION</b>	
<b>0 : absent ; 1 : léger ; 2 : moyen ; 3 : fort ; 4 : maximal (invalidant)</b>	
<b>Humeur anxieuse</b> Inquiétude – Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité	0
<b>Tension</b> Sensation de tension – Fatigabilité – Impossibilité de se détendre – Réaction de sursaut – Pleurs faciles – Tremblements – Sensation d'être incapable de rester en place	0
<b>Peurs</b> Du noir – Des gens qu'on ne connaît pas – D'être abandonné seul – Des gros animaux – De la circulation – De la foule	0
<b>Insomnie</b> Difficultés d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénibles – Cauchemars – Terreurs nocturnes	0
<b>Fonctions intellectuelles (cognitives)</b> Difficultés de concentration – Mauvaise mémoire	0
<b>Humeur dépressive</b> Perte des intérêts – Ne prend plus plaisir à ses passe-temps – Dépression – Insomnie du matin – Variations de l'humeur dans la journée	0
<b>Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b> Douleurs et courbatures dans les muscles – Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Secousses cloniques – Grincements des dents – Voix mal assurée	0

**Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie :  
L'anxiété.**

<b>COTATION</b>	
<b>0 : absent ; 1 : léger ; 2 : moyen ; 3 : fort ; 4 : maximal (invalidant)</b>	
<p><b>Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b> Tintement d'oreilles – Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid – Sensations de faiblesse – Sensations de picotements</p>	0
<p><b>Symptômes cardiovasculaires</b> Tachycardie – Palpitations – Douleurs dans la poitrine – Battements des vaisseaux – Sensations syncopales – Extra-systoles</p>	0
<p><b>Symptômes respiratoires</b> Poids sur la poitrine ou sensation de constriction – Sensation d'étouffement – Soupirs - Dyspnée</p>	0
<p><b>Symptômes gastro-intestinaux</b> Difficultés pour avaler – Vents – Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnements, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "colique" abdominale – Borborygmes – Diarrhée – Perte de poids - Constipation</p>	0
<p><b>Symptômes génito-urinaires</b> Aménorrhée – Ménorragies – Apparition d'une frigidity – Mictions fréquentes – Urgence de la miction – Ejaculation précoce – Absence d'érection - Impuissance</p>	0
<p><b>Symptômes du système nerveux autonome</b> Bouche sèche – Accès de rougeur – Pâleur – Tendance à la sudation – Vertiges – Céphalée de tension - Horripilation</p>	0
<p><b>Comportement lors de l'entretien</b> <b>Général</b> : Tendus, non à son aise – Agitation nerveuse des mains, tripote ses doigts, serre les poings, tics, serre son mouchoir. <b>Instabilité</b> : Va et vient – Tremblement des mains – Front plissé – Faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire – Respiration haletante – Pâleur faciale <b>Physiologique</b> : Avale sa salive – Eructations – Tachycardie au repos – Rythme respiratoire à plus de 200 / mm – réflexe tendineux vif – Tremblements – Dilatation pupillaire – Exophtalmie – Sudation – Battements des paupières</p>	0

## Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : L'anxiété.

<b>Références</b>	Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES, décembre 2002
	Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs, médecine palliative, N°1, octobre 2002, Sarah DAUCHY
	IDE et Soins Palliatifs, SFAP collège infirmier, Edition MASSON
	Recommandations de l'AFSSAPS en Soins Palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, médecine palliative, 2003, N°2