

Impact de l'hydratation parentérale sur la survie et les symptômes chez les patients entrant dans une unité de soins palliatifs adulte.

C. CARDON, C RIVES LANGE, V. FOSSEY DIAZ

Hôpital Bretonneau, Unité de soins palliatifs

Introduction

L'arrêt de l'hydratation et la nutrition artificielle (H/NA) est un sujet très controversé en médecine

Dans les unités de soins palliatifs, l'arrêt de ces perfusions d'hydratation est très fréquemment discuté au sein de l'équipe et abordé avec l'entourage du patient. Ces décisions sont complexes. Elles incluent des composantes juridiques, éthiques, physiologiques et psychologiques.

La valeur accordée à l'hydratation (et la nutrition) artificielle n'est pas universelle. Ces « techniques » peuvent être considérées comme un soin de base notamment pour les autorités des trois religions monothéistes. A l'inverse, la législation française (Loi Leonetti-Claeys) considère que l'hydratation artificielle est une thérapeutique (1) L'argument principal avancé par les équipes pour justifier l'arrêt de l' H/NA est le confort du patient.

Mais qu'en est-il réellement ? L'arrêt de le H/NA raccourcit elle la vie d'une personne en situation palliative avancée ? L'arrêt de l'hydratation améliore t'elle le confort du patient?

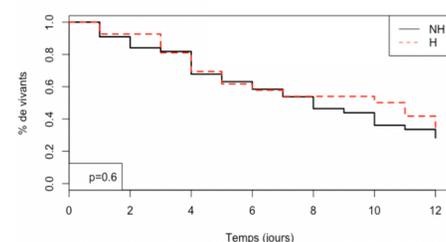
Résultats

Nous avons inclus 90 patients. Nous avons comparé les patients les symptômes de confort et la survie entre le groupe ayant reçu une hydratation parentérale et celui n'en a pas reçu.

Tableau: Comparaison des symptômes dans les 2 groupes

	Total (n=84)	Pas d'hydratation (n=51)	Hydratation (n=33)	P value*
Algoplus				
1	32(38,1%)	17(35%)	15(47%)	0,8
0	20 (23,8%)	14(29%)	6(19%)	
2	19(22,6%)	12(24%)	7(22%)	
3	8 (9,5%)	7(10%)	3(9%)	
4	2 (2,4%)	1(2%)	1(3%)	
NA	3(3,6%)	2		
Dyspnée	30 (35,7%)	23(45%)	7(21%)	0,04
Sensation de faim ou de soif exprimée	5 (6%)			
Sécheresse buccale	11(13,2%)			
Oedème	15 (17,9%)	12(24%)	3(9%)	0,09
Agitation anxieuse	32 (38,1%)	22(43%)	10(30%)	0,24
Céphalées	1(1,2%)	0	1(3%)	0,21
Symptômes digestifs	20 (23,8%)	10(20%)	10 (30%)	0,26
Clonies	4 (4,8%)			
NA	1 (1,2%)			

Survie des 2 groupes de J0 à J12



Méthodes

Cette étude a été réalisée dans l'unité de soins palliatifs adultes (>50ans) de l'hôpital Bretonneau (Paris). Nous avons inclus rétrospectivement tous les patients admis dans le service entre Janvier et Mars 2017 soit durant 3 mois. Nous avons recueilli les données correspondants à l'état du patient durant les 12 jours étudiés. Nous considérons des prises orales nulles ou négligeables si les apports caloriques sont inférieurs à 500kCal /jour et inférieur à l'équivalent de 2 verres d'eau par jour. Les apports hydriques par voie parentérales étaient des perfusions de soluté (polyioniques, sérum salé isotonique ou sérum glucosé) par la voie sous cutané, intraveineuse ou chambre implantable. La quantité était variable de 500 à 1500cc/24h.

La survie a été étudiée sur les 12 premiers jours du séjour en USP

Nous avons regardé l'état général et les comorbidités des patients avec notamment le score OMS à l'arrivée des patients. La présence de différents états pathologiques diagnostiqués : cancer métastasé ou non, une démence, dénutrition, sepsis, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire chronique sévère, insuffisance cardiaque décompensée, présence de trouble de la vigilance et d'un AVC massif.

Nous avons recherché les symptômes d'inconfort. Ceux-ci ont été déclarés par le patient ou observés par l'équipe soignante.

L'existence d'une douleur par l'échelle ALGOPLUS*. La présence de dyspnée, oedème, encombrement, agitation anxieuse, céphalée et symptomatologie digestive.

Conclusions

Dans notre étude, l'hydratation par voie parentérale n'augmente pas la survie des patients admis en USP. L'analyse multivariée, n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative de symptômes d'inconfort entre les deux groupes.

Notre étude rétrospective est soumise à plusieurs biais : d'information mais aussi d'interprétation (patient peu communicants).

La physiologie liée à l'arrêt de l'hydratation a été reprise par Oriot et Lassaunière en 2008 (2)

Une revue de la littérature (4) entre Janvier 1998 et 2009, a analysé les études traitant des symptômes chez les patients atteints d'un cancer en fin de vie : 2 études ont retrouvé un effet positif de l'hydratation artificielle sur les nausées et signes de déshydratation, 2 études ont trouvé un effet négatif de l'hydratation artificielle et 4 études n'ont pas constaté d'effet sur les symptômes (3)

Comme bon nombre d'études ayant travaillé sur le sujet, il semble que la question de l'impact de l'hydratation artificielle sur le confort des patients en fin de vie ne soit pas résolue. Il serait souhaitable de réaliser un essai randomisé sur plus gros échantillon en monitorant de façon rigoureuse les symptômes de confort. Début 2018, la revue *Palliative Medicine* a publié une étude de faisabilité d'un essai randomisé (5) permettant d'évaluer le rôle de l'hydratation artificielle chez les patients atteints d'un cancer dans leur derniers jours de vie

1. Leclercq M, et al. L'arrêt de l'hydratation et de la nutrition artificielle en soins palliatifs: une revue de la littérature. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Ethique. 1 sept 2017;16(4):184-90.
2. Oriot D, Lassaunière J-M. Physiopathologie et séméiologie de l'arrêt de nutrition et d'hydratation. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Ethique. 1 déc 2008;7(6):310-4.
3. Bruera E, Sala R, Rico MA, Moyano J, Centeno C, Willey J, et al. Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 avr 2005;23(10):2366-71.
4. Rajmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, Caraceni A, Clark J, Lundquist G, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. Ann Oncol. 1 juill 2011;22(7):1478-86.
5. Davies AN, Waghorn M, Webber K, Johnsen S, Mendis J, Boyle J. A cluster randomised feasibility trial of clinically assisted hydration in cancer patients in the last days of life. Palliat Med. avr 2018;32(4):733-43.