



Association québécoise
de soins palliatifs

**Quand des symptômes de
dépression, d'anxiété,
d'insomnie et de délirium
surgissent en fin de vie, que puis-
je faire?**
2^e partie

Martine Roy, MD
6 mai 2022





*Un jour,
nous allons tous
mourir
Snoopy.*

*Oui, mais tous
les autres jours,
nous allons
vivre!*



Association québécoise
de soins palliatifs



Remerciements à Monsieur Domitien qui fut mon inspiration tout au long de ma réflexion lors de la préparation de cette partie de la conférence.



« DOC, ÇA SE TRAITES-TU DE LA PEINE ? »

Domitien

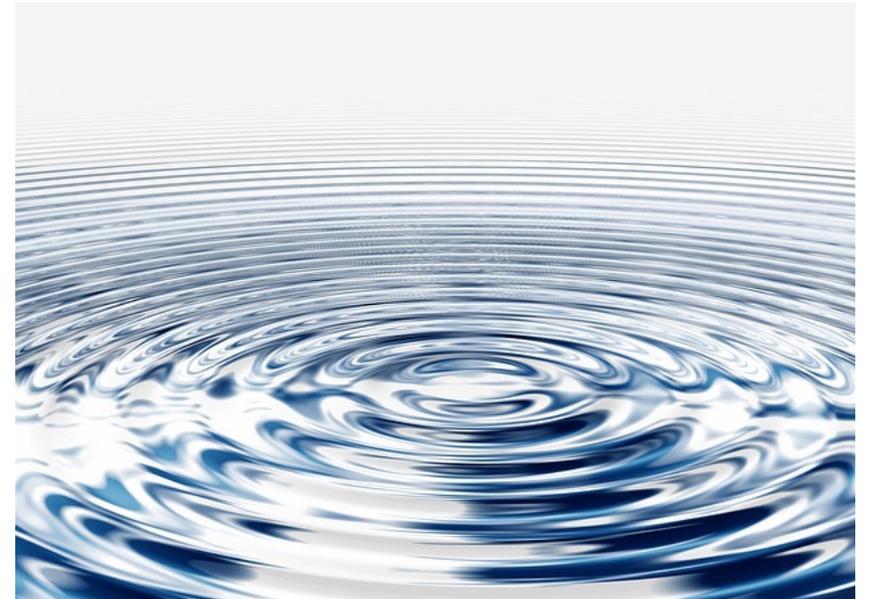
MYTHES



La dépression est une expérience universelle en fin de vie.

La dépression et l'anxiété sont des réactions tout à fait normales donc ne devraient pas être traitées.

La dépression et l'anxiété ne répondent pas aux traitements.





POURQUOI EN PARLER ?

Dans la population des personnes souffrants d'un cancer,

38 %

auront un trouble de santé mentale



DÉPRESSION

2-3X plus de dépression que dans la population générale

16.3% (13- 20%) des patients souffant de cancer rencontrent tout les critères d'une dépression majeure selon le référentiel DSM V

Mehnert A et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities J Clin Oncol. 2014; 32(31):3540. Epub 2014 Oct 6

Mitchell A.J. et al, Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies Lancet Oncol. 2011 Feb

Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer J Natl Cancer Inst Monogr 2004; 32: 57-71 (2-3x plus)

Chaput JP, et al. Health Rep. 2018;29:16-20. Morin CM ,et al. Can J Psychiatry 2011; 56:540-8. Ogeil RP, et al. BMC Fam Pract. 2020;21:1.

ANXIÉTÉ



Population en général

Problème de santé mentale le plus courant

16% de la population souffrent de troubles anxieux

En soins palliatifs

Selon le guide pratique des soins palliatifs,

Au moins 25% des personnes atteintes de cancer

50% des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ou de MPOC présentent une anxiété significative



Katzman MA, Bleau P, Blier P, et coll Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry 2014; 14 (suppl.1): S1-S83.

Marin MF et Lupien S, L'anxiété: banale ou normale. Mammouth magazine, no 18, automne 2018



INSOMNIE

POPULATION GÉNÉRALE : 1 ADULTE SUR 4 (20%) dit souffrir d'une forme de trouble de sommeil
Environ 13% souffre d'insomnie cliniquement significative

PERSONNES ATTEINTES DE CANCER: 71% (selon A.P.E.S.)

Sous-diagnostiqué... Sous-traité

Impact direct sur l'expérience de fin de vie

Chevauchement des symptômes avec ceux de la maladie physique

Diagnostic compliqué par les liens entre les réactions émotionnelles telles tristesse, deuil, stress, anxiété, retrait...

Traitements doivent être adaptés qu'ils soient pharmaco ou non pharmaco selon les capacités physiques de la personne, du stade de la maladie

Difficultés d'observance, voire des refus de traitement

Peut générer des souhaits de mort hâtive.

Augmente risque d'un passage à l'acte suicidaire

Augmente la perception de la douleur dans sa globalité

Mais surtout...



UN TEMPS PRÉCIEUX SE PERD...



D'hier à
aujourd'hui :
innover et
transmettre
avec passion

5 - 6 mai 2022

DÉTRESSE

UN ÉTAT SUBJECTIF DE MAL ÊTRE GÉNÉRALISÉ



DÉFINITION selon NCCN (National Comprehensive Cancer Network)

« Une expérience **désagréable**
de nature psychologique, physique, sociale ou spirituelle
Qui peut affecter la façon dont la personne **pense, se sent ou agit.**»

Donc qui aura un impact sur la façon d'avoir à vivre avec
le cancer (ou autres maladies terminales), avec leurs symptômes ou leurs traitements.

L'important sera donc de s'assurer du bien être **global** de la personne



THERMOMÈTRE DE LA DÉTRESSE

Outil de dépistage de la détresse

Traduit en 46 langues

Sensibilité 81% (95% IC, 0.79- 0.82)

Spécificité 72% (95% IC, 0.71- 0.72)

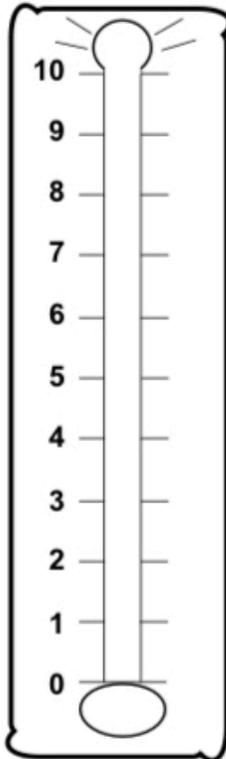


THERMOMÈTRE DE DÉTRESSE DU NCCN

La détresse est une expérience désagréable qui peut être de nature psychologique, physique, sociale ou spirituelle. Elle peut affecter la façon dont vous pensez, vous vous sentez ou vous agissez. La détresse peut rendre plus difficile le fait d'avoir à vivre avec le cancer, ses symptômes ou son traitement.

Instructions : veuillez encercler le nombre (0 à 10) qui décrit le mieux la détresse que vous avez ressentie au cours de la dernière semaine, y compris aujourd'hui.

Détresse extrême



Aucune détresse

LISTE DES PROBLÈMES

Veuillez indiquer si le moindre des éléments suivants a représenté un problème pour vous au cours de la dernière semaine, y compris aujourd'hui.

Veuillez à cocher OUI ou NON pour chacun.

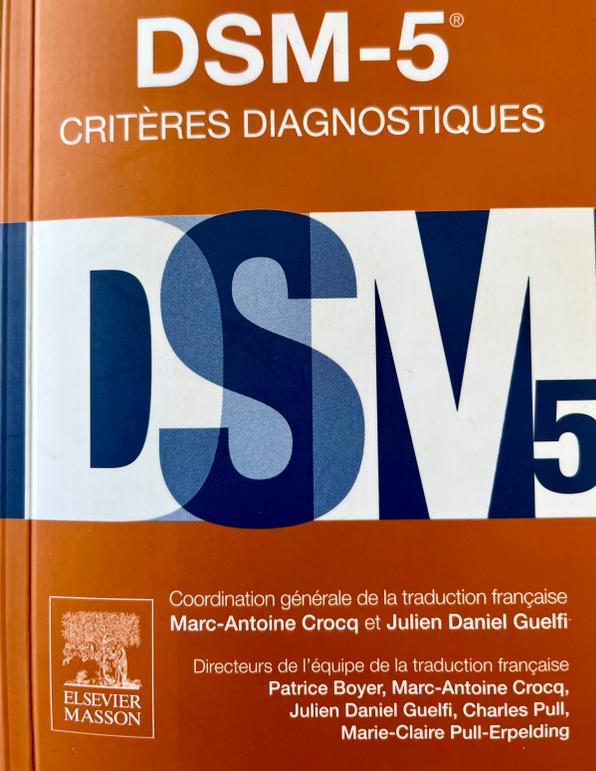
- | OUI | NON | <u>Problèmes pratiques</u> | OUI | NON | <u>Problèmes physiques</u> |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Garde des enfants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apparence |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nourriture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hygiène/tenue vestimentaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Logement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiration |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Assurance/finances | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Changements dans les mictions |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transport | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Constipation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Travail/école | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Décisions relatives au traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficultés à manger |
| | | <u>Problèmes familiaux</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatigue |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gestion des enfants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Impression d'avoir enflé |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vie avec le partenaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fièvre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Capacité à avoir des enfants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Difficultés à se déplacer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes de santé familiaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indigestion |
| | | <u>Problèmes émotionnels</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mémoire/concentration |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dépression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleurs buccales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nausée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervosité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sécheresse/congestion nasale |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tristesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inquiétude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sexualité |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte d'intérêt envers les activités habituelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peau sèche/démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Préoccupations spirituelles ou religieuses</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sommeil |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usage de substances |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fourmillements dans les mains/pieds |

Autres problèmes : _____

≥ 4, doit aller plus loin

≥ 5, en soins palliatifs,
Selon Mitchell et al. 2012

Remarque : Toutes les recommandations sont de catégorie 2A, sauf indication contraire.
Essais cliniques : le NCCN estime que la meilleure prise en charge de tout patient atteint d'un cancer est la participation à un essai clinique.
La participation à des essais cliniques est particulièrement encouragée.



TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



DÉPRESSION CARACTÉRISÉE

≥ 2 semaines

Changement par rapport au fonctionnement antérieur

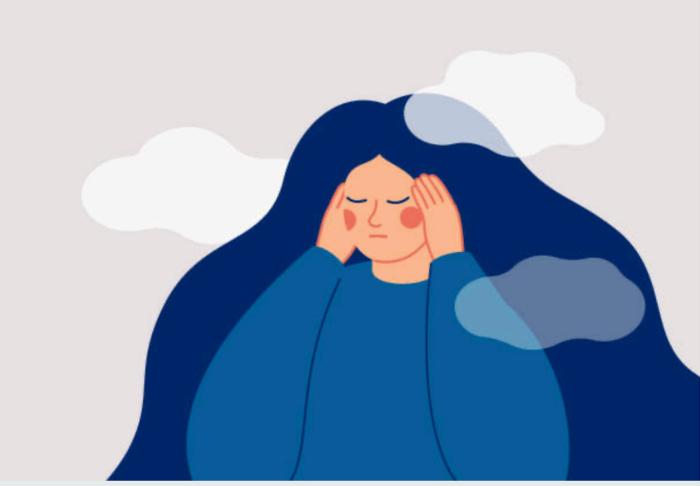


Les symptômes induisent une **détresse cliniquement significative** ou **une atteinte fonctionnelle**

Au moins un des 2 premiers symptômes + ≥ 5 des symptômes suivants:

1. Humeur dépressive
2. Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir
3. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité (d'indignité pourrions-nous ajouter en soins palliatifs ?)
4. Pensées de mort récurrentes ou idéations/ plan/ tentatives suicidaires (pas seulement une peur de mourir)
5. Diminution de l'aptitude à penser , se concentrer, indécision
6. Perte ou gain de poids
7. Insomnie ou hypersomnie
8. Agitation ou ralentissement psychomoteur
9. Fatigue ou perte d'énergie

La dépression majeure, pas facile à diagnostiquer



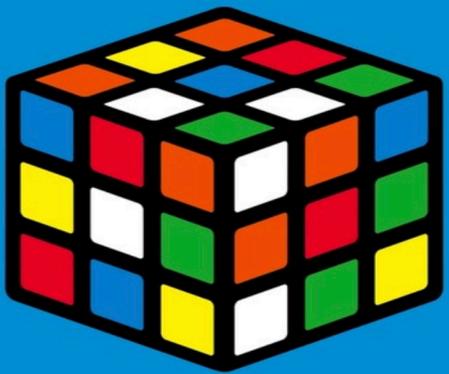
CRITÈRES DU DSM V DANS LE CONTEXTE DE SOINS PALLIATIFS

Tous les symptômes neurovégétatifs peuvent être confondus avec les symptômes liés à la maladie en fin de vie

Anorexie
Perte de poids
Fatigue
Insomnie
Difficulté de concentration
Ralentissement psychomoteur

Et ceux-ci touchent **5 des 9 critères...**

Dans un contexte de soins palliatifs, « Qu'est-ce qui est quoi? »



DÉLIRIUM HYPOACTIF



Comme en dépression on peut y voir:

Ralentissement psychomoteur, l'apathie, la léthargie, tendance à s'isoler, à se retirer associé à un émoussement de l'affect.

Rechercher:

Fluctuations du sensorium (cycle éveil-sommeil)

Troubles cognitifs (mémoire, orientation, perceptions...)

Pratico-pratique:

Dans le doute, traiter d'abord comme un délirium puis réévaluer, car un délirium est une:

— — — — —
6 lettres

— — — — —
8 lettres

TROUBLE D'ADAPTATION



50% (en soins palliatifs)

Intensité des symptômes est moindre

Moins soutenue que lorsqu'il y a une dépression majeure

Pratico-Pratique

« Comment vous sentiriez-vous si vous n'aviez pas ce problème (douleur, nausées, fatigue...)? »

SYNDROME DE DÉMORALISATION



Désespoir (dans le sens de l'absence d'espoir)

Perte de sens ou de buts face à la vie

Doutes sur la valeur de la vie

Détresse existentielle

Sentiment d'impuissance... Impuissance à s'adapter

Sentiment d'échec

Il n'y a pas une perception d'un futur qui vaille la peine

Souhaits de mort hâtée car vide de sens (idées suicidaires... AMM)

Pratico-pratique:

« Que voulez-vous faire avec ce temps qui reste? »

« Quel est le sens à tout cela ? Quel en est le but ? »

TRISTESSE-DEUIL



C'est le résultat de multiples pertes.

Associée à la progression de la maladie.

La personne demeure capable d'avoir des moments de plaisir.

Cela vient comme des vagues.

Les gens vont avoir des souhaits passifs que la mort viennent rapidement

L'espoir demeure. Capable de regarder vers l'avant, le futur

FACTEURS DE RISQUE

Certains types de cancer : Pancréas, tumeurs/ métastases cérébrales, tête et cou, poumon

Pauvre contrôle de la douleur ou autres symptômes

Histoire psychiatrique personnelle ou histoire familiale de dépression

Abus de substances

Faible réseau social

Comorbidités: Hypothyroïdie, MCAS, diabète mellitus, maladie d' Alzheimer,
maladie de Parkinson...

Rx: Chimiotx, glucocorticoïdes



DÉPISTAGE

1 question

Vous sentez-vous déprimé ?

PHQ-2

Dans le dernier mois...



1- Vous êtes vous senti triste, déprimé ou désespéré ?

2- Avez-vous eu peu de plaisir ou d'intérêt à faire des choses ?

- Si on a une réponse + à l'une ou l'autre des questions, on veut aller plus loin

- Sensibilité 96%, Spécificité 57%

- Ces deux questions permettent surtout **d'écarter** la possibilité d'une dépression majeure

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT

- 9
(PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9

Outil de diagnostique et de suivi

Les items sont cotés de 0 à 3

Score ≥ 10 considéré come significatif

Score Interprétation:

1-4 dépression minimale

5-9 dépression légère

10-14 dépression modérée

15-19 dépression sévère



TRAITEMENTS



DÉPRESSION

PRINCIPES DE BASE DES TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES



Axer sur le contrôle des symptômes plutôt que sur le diagnostic
MAIS attention au délirium qui pourrait être la cause. Toujours le rechercher.

#1 TRAITER LA CAUSE S'IL Y A LIEU

EXAMEN PHYSIQUE

RÉVISION DU DOSSIER MÉDICAL

RÉVISION DE LA MÉDICATION

Anxiogènes : corticostéroïdes, bronchodilatateurs, réactions paradoxales aux benzodiazépines, métoprolol et haldol, bronchodilatateurs, réactions paradoxales aux benzodiazépines

Dépressifs: corticostéroïdes, benzodiazépines

ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES

Qu'en pensent les autres ? Et la famille et les proches ?

Y a-t-il un psychologue dans l'équipe interdisciplinaire ?

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE de la DÉPRESSION



Selon le degré de sévérité de la dépression on recommande :

Légère : Soutien médical (médecin, infirmière, travailleuse sociale), ressources communautaires de soutien

Modérée : Interventions psychothérapeutique +/- pharmacothérapie

Sévère : Interventions psychothérapeutique ET pharmacothérapie

Approche multidisciplinaire

- Psychothérapie de soutien ou TCC principalement
- Activation comportementale
- Outils d'adaptation face à la maladie grave
- Soulager ses symptômes

Écouter la souffrance et comprendre l'expérience de l'autre

Légère : 5-6 symptômes dépressifs et une incapacité légère ou normale mais nécessitant beaucoup d'effort

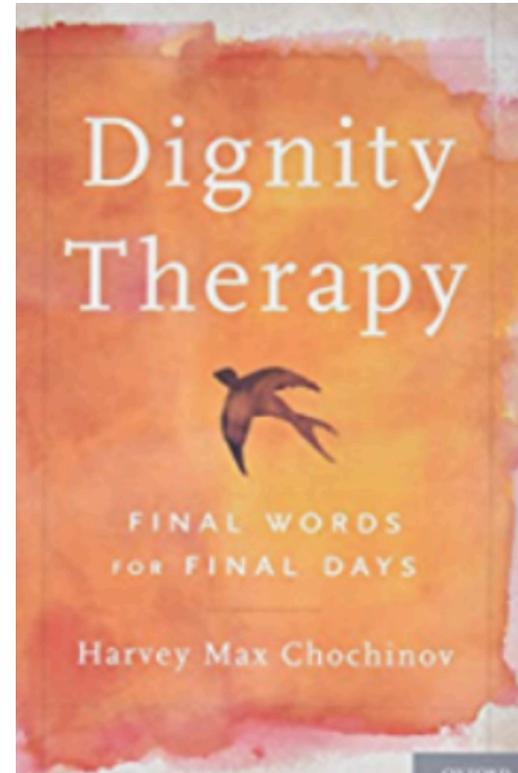
Modérée : Sévérité intermédiaire entre les épisodes légers et sévères. Les AVQs sont très difficilement réalisables

Sévère : Présence de la plupart des symptômes de critères. Ces symptômes mènent à une incapacité manifeste et observable



Un modèle de psychothérapie basé sur la **dignité**

Dignity therapy, final words for final days, Dr Harvey Max Chochinov



Managing Cancer and Living Meaningfully

An Evidence-Based Intervention for Cancer Patients and Their Caregivers

Gary Rodin | Sarah Hales

OXFORD

Un modèle de psychothérapie basé sur la **recherche de sens**

Managing cancer and living meaningfully, Gary Rodin et Sarah Hales

Comment choisir un antidépresseur



5 questions à se poser

- 1- Est-ce que j'ai un diagnostic de dépression majeure modérée à sévère ? Degré de détresse ?
- 2- Quel est le pronostic vital ?
- 3- Quels sont les symptômes à traiter ?
- 4- Quels sont les effets secondaires des différents ADs ?
- 5- Quelles sont les interactions médicamenteuses ?

Tableau 15.3

Données comparatives des antidépresseurs

Médicaments	Écart du dosage thérapeutique	Demi-vie d'élimination (h)	Site de transformation métabolique (CYP 450) †	Inhibition enzymatique ††
1. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)				
Citalopram (Celexa ^{MD})	10 à 40 mg (20 mg max. si 65 ans et +)	23 à 45 (H)	2C19, 3A4 2D6 (M)	2C9, 2C19, 2D6
Escitalopram (Cipralax ^{MD})	10 à 20 mg (10 mg max. si 65 ans et +)	27-32 (H) (R)	2D6, 3A4, 2C19	2C9, 2C19, 2D6
Fluoxétine (Prozac ^{MD})	10 à 80 mg	24 à 144 (H) (parent) 200 à 330 (H) (M)	2C9, 2C19 2D6 (M) 1A2, 2B6, 3A4	2D6 1A2, 2B6, 3A4, 2C9, 2C19, P-gp
Fluvoxamine (Luvox ^{MD})	50 à 300 mg	9 à 28 (H)	1A2, 2D6	1A2, 2C19 2B6, 2D6, 3A4, 2C9, P-gp
Paroxétine (Paxil ^{MD})	10 à 60 mg	3 à 65 (H)(R)	2D6 , P-gp	2D6, 2B6 1A2, 3A4, 2C9, 2C19, P-gp
Sertraline (Zoloft ^{MD})	50 à 200 mg	22 à 36 (parent) 62 à 104 (H)(R) (M)	3A4 2C9, 2C19, 2B6, 2D6 (M)	2C19 1A2, 2B6, 2D6, 3A4, 2C9, P-gp
2. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine (IRND)				
Bupropion (Wellbutrin ^{MD} SR, Wellbutrin ^{MD} XL)	150 à 300 mg	10 à 14 (parent) 20 à 27 (H) (M)	2B6 2E1, 3A4, 2C9, 1A2 2D6 (M)	2D6
3. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)				
Venlafaxine (Effexor ^{MD} XR)	75 à 375 mg	3 à 7 (parent) 9 à 13 (H)(R) (M)	2D6 3A4, 2C9, 2C19	2D6, 3A4
Desvenlafaxine (Pristiq ^{MD})	50 à 100 mg	7,5 à 11 (R)	UGT 3A4	2D6
Duloxétine (Cymbalta ^{MD})	30 à 120 mg	8 à 19 (H)(R)	1A2, 2D6	2D6
Levomilnacipran (Fetzima ^{MD})	20 à 120 mg	12 (R)	3A4, 2C8, 2C19, 2D6	Non significatif
4. Antidépresseur noradrénergique et sérotoninergique spécifique (NaSSa)				
Mirtazapine (Remeron ^{MD})	15 à 60 mg	20 à 40 (H) (R)	3A4, 1A2, 2D6 2D6 (M) 2C9	
5. Antidépresseurs tricycliques (ADTC)				
Amitriptyline (Élavil ^{MD})	75 à 300 mg	10 à 46 (H)	3A4, 2C19 1A2, 2B6, 2D6, 2C9	1A2, 2D6, 3A4, 2C9, 2C19, 2E1, P-gp, UGT
Désipramine (Norpramin ^{MD})	75 à 300 mg	12 à 76 (H)	2D6, 2C19 1A2, 3A4, 2C9	2D6, 2C19, 2E1, P-gp
Nortriptyline (Aventyl ^{MD})	40 à 200 mg	13 à 88 (H)	2D6, 3A4 1A2, 2C19, P-gp	2D6, 2C19, 2E1

Légende: † : indique par quel cytochrome la substance est transformée; caractère gras = substrat majeur; †† : indique sur quel cytochrome le médicament peut agir pour produire des interactions, en inhibant la transformation de molécules (autres médicaments) par ces cytochromes; caractère gras = inhibiteur majeur; les autres inhibitions sont faibles ou modérées, potentiel d'inhibition enzymatique basé sur l'affinité pour le cytochrome et influencé par la dose de l'antidépresseur et sa concentration plasmatique, le génotype et la capacité métabolique basale du patient. Les doses sont, pour la plupart, celles figurant dans les monographies et doivent être individualisées; (H) : demi-vie d'élimination augmentée en présence de désordres hépatiques. Un ajustement de la dose pourrait être requis; (R) : demi-vie d'élimination augmentée en présence d'insuffisance rénale modérée à importante. Un ajustement de la dose pourrait être requis. (M) s'applique lorsque relié au(x) métabolite(s) de la molécule.



Tiré de Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5^e édition.

Montréal: A.P.E.S. Association des Pharmaciens des établissements de santé du Québec; 2018. Tableau 15.3 intitulé: « Données comparatives des antidépresseurs »,

chapitre 15: Anxiété, insomnie et dépression (Auteurs: Karine Desharnais, Pierre Duranleau-Gagnon).

Reproduit avec l'autorisation de l'A.P.E.S.

Tableau 15.4 Particularités des antidépresseurs*

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Citalopram (Celexa^{MD}):

- un premier choix en vertu de son profil d'innocuité et de son efficacité prouvée pour d'autres populations (notamment les personnes âgées);
- utilisation hasardeuse pour les patients connus pour manifester des troubles du rythme cardiaque (prolongation de l'intervalle QTc à l'électrocardiogramme (ECG));
- prolongation de l'intervalle QTc possible dose-dépendant; les doses maximales varient selon l'âge (40 mg avant 65 ans et 20 mg à partir de 65 ans);
- la dose peut être administrée le matin ou au coucher;
- ISRS sélectif et l'un des mieux tolérés;
- peu ou pas d'effets anticholinergiques;
- peu d'interactions;
- dose de départ: faible dose de 5 mg le matin et augmenter par palier de 5 mg à 10 mg/jour tous les 3 à 7 jours;
- comprimés pouvant être coupés/écrasés;
- l'isomère escitalopram (Cipralex^{MD}) n'est pas remboursé par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ. Cependant, il est aussi une option à envisager en raison de son profil intéressant d'efficacité et de tolérance.

Sertraline (Zoloft^{MD}):

- autre option intéressante en termes d'efficacité et de tolérance (effets indésirables) en dépression;
- possibilité d'augmenter prudemment les doses, car formulations multiples disponibles;
- commencer à 25 mg le matin et augmenter par paliers de 25 mg/jour tous les 3 à 7 jours;
- capsules pouvant être ouvertes et saupoudrées sur des aliments (formulation liquide accessible aux États-Unis).

Fluoxétine (Prozac^{MD}):

- efficacité démontrée pour la dépression liée au cancer à un stade avancé;
- médicament stimulant: administrer le matin;
- longue demi-vie (métabolite actif), risque d'accumulation;
- potentiel élevé d'interactions (inhibiteur puissant CYP 2D6);
- capsules pouvant être ouvertes et saupoudrées sur des aliments;
- formulation liquide disponible (20 mg/5 ml);
- pas une première option: plus difficile à utiliser et les inconvénients peuvent dépasser les avantages.

Paroxétine (Paxil^{MD}):

- efficacité similaire à la désipramine et à l'amitriptyline démontrée dans certaines études sur le cancer à un stade avancé;
- effets anticholinergiques;
- réaction de sevrage rapide (24 à 48 h après la dernière dose);
- réactions extrapyramidales rapportées;
- potentiel élevé d'interactions (inhibiteur CYP 2D6);
- comprimé pouvant être coupés/écrasés (sauf pour Paxil CR^{MD});
- pas une première option: plus difficile à utiliser et les inconvénients peuvent dépasser les avantages.

Fluvoxamine (Luvox^{MD}):

- non stimulant: peut causer de la sédation;
- effets anticholinergiques;
- potentiel élevé d'interactions (inhibiteur CYP 1A2, 2C9 et 2C19);
- comprimés pouvant être coupés/écrasés, irritation locale possible si on croque le comprimé;
- pas une première option: plus difficile à utiliser et les inconvénients peuvent dépasser les avantages.

* En présence d'une insuffisance hépatique importante, les doses doivent être revues à la baisse. La plupart des antidépresseurs ont un métabolisme d'élimination hépatique important.



Tiré de Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5^e édition. Montréal: A.P.E.S.

Association des

Pharmaciens des établissements de santé du Québec); 2018. Tableau 15.4 intitulé: « Particularités des antidépresseurs », chapitre 15: Anxiété, insomnie et dépression (Auteurs: Karine Desharnais, Pierre Duranleau-Gagnon).

Reproduit avec l'autorisation de l'A.P.E.S.

Tableau 15.5 Particularités des antidépresseurs*

Autres classes d'antidépresseurs
<p>Venlafaxine (Effexor^{MD} XR) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ avantage du double ou triple effet (antidépresseur, analgésique, effet sur les bouffées de chaleur); ♦ efficacité à 37,5 mg/jour pour le traitement des bouffées vasomotrices et à doses plus élevées pour le traitement de la douleur et de la dépression; ♦ augmenter les doses de 37,5 mg tous les 3 à 7 jours, selon tolérance et efficacité; ♦ augmentation possible de la tension artérielle à partir des doses de 150 mg/jour, ces doses étant à éviter pour les patients présentant une hypertension labile; ♦ réaction de sevrage importante. Apparaît rapidement à l'arrêt 24 à 48 h après la dernière dose; un retard dans l'administration de la dose unique quotidienne est suffisant pour éveiller les symptômes de sevrage; ♦ capsules pouvant être ouvertes et saupoudrées (ne pas croquer les microsphères: libération retardée); ♦ granules pouvant être administrés par tube de gavage ou de levine (diamètre > ou = 14 french); ♦ préparation magistrale pour solution orale (voir le chapitre sur les préparations magistrales): la dose quotidienne doit être divisée en plusieurs prises.
<p>Duloxétine (Cymbalta^{MD}) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ utilité lorsqu'on veut combiner l'effet antidépresseur et analgésique, surtout en cas de douleur neuropathique ou pour la fibromyalgie; ♦ débuter à 30 mg/jour et augmenter chaque semaine jusqu'à 60 mg/jour. Des doses plus élevées (90 à 120 mg/jour) sont parfois nécessaires et possibles si l'effet analgésique a été observé; ♦ augmentation possible de la tension artérielle; ♦ liaison protéique importante, donc exposition plus importante possible des patients dénutris; ♦ potentiel élevé d'interaction (inhibiteur CYP 2D6); ♦ capsules pouvant être ouvertes et saupoudrées (ne pas croquer les microsphères: libération retardée).
<p>Levomilnacipran (Fetzima^{MD}) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ recapture plus spécifique de la noradrénaline comparativement à la sérotonine; ♦ étudié en dépression majeure, peu/pas de données sur la douleur (fibromyalgie, douleur neuropathique ou autre); ♦ doses visées: 20 à 120 mg/jour; ♦ élimination hépatique et rénale, à prendre en considération en cas d'insuffisance hépatique ou rénale; ♦ doses maximales réduites en cas d'insuffisance rénale; ♦ effets cardiovasculaires à surveiller (hypertension, augmentation de la fréquence cardiaque, hypotension orthostatique); bien toléré par ailleurs.
<p>Trazodone (Desyre^{MD}) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ fréquemment utilisée pour l'insomnie en raison de ses propriétés sédatives à des doses de 12,5 à 100 mg au coucher (inhibiteur de la recapture de la sérotonine, antagoniste du récepteur de la sérotonine 5-HT2 et du récepteur H1 (voir section 15.7.2); ♦ attention à l'hypotension et aux étourdissements; ♦ comprimés pouvant être coupés/écrasés; ♦ peu utilisé comme antidépresseur en raison de l'occurrence d'effets secondaires à des doses élevées dans ce contexte.
<p>Mirtazapine (Remeron^{MD}) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ classe des antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques (NaSSa); ♦ effet sédatif important, surtout en début de traitement et à faible dose, où l'affinité pour les récepteurs histaminiques est plus importante, utile dans les cas d'anxiété ou d'insomnie; ♦ efficacité démontrée pour certains symptômes (anorexie, cachexie, effet anti nauséux, bouffées vasomotrices) chez des patients atteints de cancer; ♦ augmentation des effets noradrénergiques (à des doses de 30 mg et supérieures) et sérotoninergiques centraux, bloque les récepteurs présynaptiques alpha-2 et possède une activité sur les récepteurs 5HT2 et 5HT3 semblable aux « sétrons » (ondansétron, granisétron); cela lui confère des propriétés sédatives, anxiolytiques, antinauséuses et antidépresseuses intéressantes. L'augmentation de l'appétit et le gain de poids peuvent présenter des avantages; ♦ mécanisme d'action unique permettant la combinaison avec d'autres AD; ♦ début de traitement 7,5 mg/jour, augmenter de 7,5 mg aux 3 à 7 jours; ♦ comprimés pouvant être coupés mais pas écrasés (ulcération oro-pharyngée possible); ♦ formulation oro-dispersible (Remeron RD^{MD}, non remboursée par le programme de la RAMQ) intéressante lorsque la prise de comprimé est difficile.



Tiré de Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5^e édition. Montréal: A.P.E.S. Association des Pharmaciens des établissements de santé du Québec; 2018. Tableau 15.5 intitulé: « Particularités des antidépresseurs », chapitre 15: Anxiété, insomnie et dépression (Auteurs: Karine Desharnais, Pierre Duranleau-Gagnon).

Reproduit avec l'autorisation de l'A.P.E.S.

Autres classes d'antidépresseurs

Bupropion (Wellbutrin^{MD} SR, Wellbutrin^{MD} XL):

- ♦ inhibiteur de la recapture de la noradréline et de la dopamine (IRND);
- ♦ option thérapeutique valable pour l'obtention d'un effet stimulant;
- ♦ administrer la dose le matin ou avant 15 h (quand il est donné en 2 prises);
- ♦ peu d'effets bénéfiques sur l'anxiété, peut même l'exacerber;
- ♦ peut abaisser le seuil convulsif. Éviter l'utilisation si antécédents ou risque de convulsion (tumeur ou métastases cérébrales), syndrome cérébral organique, désordres électrolytiques, etc.;
- ♦ la formulation SR s'administre une à deux fois par jour, la préparation XL s'administre une fois par jour;
- ♦ le comprimé SR peut être coupé en deux mais ne pas l'écraser, jeter l'autre portion;
- ♦ la formulation XL est non sécable ni écrasable;
- ♦ effets indésirables fréquents : céphalée, insomnie, nausée, diaphorèse;
- ♦ potentiel élevé d'interaction (inhibiteur 2D6);
- ♦ peu de symptômes de sevrage observés lors de l'arrêt brusque;
- ♦ pas une première option : plus difficile à utiliser et les inconvénients peuvent dépasser les avantages.



** En présence d'une insuffisance hépatique importante, les doses doivent être revues à la baisse. La plupart des antidépresseurs ont un métabolisme d'élimination hépatique important.*

ISRS (Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)



Sont plus sélectifs que les tricycliques (ADTC) donc moins d'effets anticholinergiques et antihistaminiques.

Mieux toléré que les ADTC.

Début d'action 2-4 semaines

- Effets 2nd les plus courants: Nausées, diarrhées, insomnie, céphalées et trouble sexuels, tremblements, agitation, anxiété
- Pourraient provoquer un épisode maniaque si antécédents de bipolarité ou avec la prise de corticostéroïdes.
- Utilisation concomitante d'anti-inflammatoire peut augmenter le risque de saignement GI

Interactions médicamenteuses : Citalopram, Venlafaxine, et Mirtazapine sont dans les plus sécuritaires

PRATICO-PRATIQUE

À PRENDRE EN CONSIDÉRATION DANS LE CHOIX DE LA MOLÉCULE DANS LE CONTEXTE D'UNE DÉPRESSION



Si on a besoin d'un début d'action rapide, et si espérance de vie à quelques semaines: **Methylphenidate**

Début d'action ET élimination étant rapides

Débuter à 2.5 mg et augmenter par palier de 2.5-5 mg q 24-48 heures

ATTENTION !! Insomnie, anxiété, tachycardie, agitation, délirium...

Si nausées, inappétence, dénutrition, cachexie, insomnie: **Mirtazapine (Reméron)**

Si polypharmacie et crainte au niveau des interactions médicamenteuses, choix plus sécuritaires :

Citalopram, Venlafaxine, Mirtazapine

Si douleur neuropathique associée:

Venlafaxine (Effexor), Duloxetine (Cymbalta), Amitriptyline (Elavil)

Si troubles anxieux associées :

Citalopram (Celexa), Mirtazapine (Reméron), Sertraline (Zoloft)

DÉPRESSION

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE



BC Guidelines propose des traitements pharmaco selon le pronostic de la personne:

< 1mois,

âge >65 ans, Modafanil sinon Methylphenidate ou dextroamphetamine

Pour son effet rapide

Contre-indiqué s'il y a de l'agitation, confusion, insomnie, anxiété, paranoïa ou comorbidité cardiaque

1-3 mois

Combinaison de traitement psychostimulant et antidépresseur

>3 mois

Antidépresseurs



D'hier à
aujourd'hui :
innover et
transmettre
avec passion

5 - 6 mai 2022

TROUBLES ANXIEUX

Avec la permission de l'artiste peintre, Sébastien Faucher

TYPES DE TROUBLES ANXIEUX

Anxiété de séparation

Mutisme sélectif

Anxiété sociale (phobie sociale)

Trouble panique

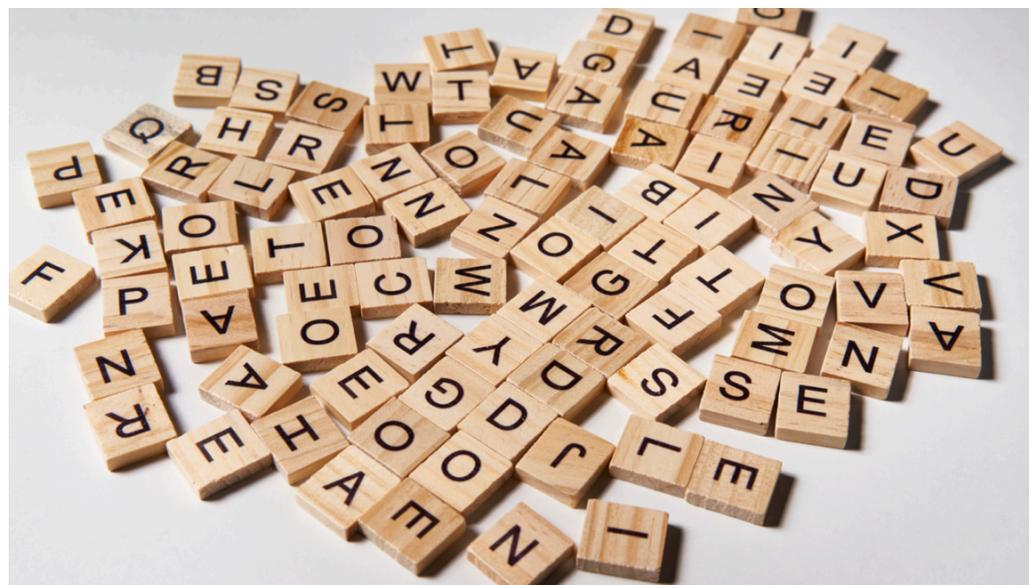
Agoraphobie

Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Selon DSM V



PARCE QUE LES MOTS SONT IMPORTANTS...



ANXIÉTÉ

ATTENTION AU PHÉNOMÈNE DE « PATHOLOGISATION » et de « MÉDICALISATION »



PEUR

La peur est une **émotion** qui se produit rapidement lors de l'exposition à un danger ou à une menace réelle et immédiate.

Essentielle à notre survie.

STRESS

C'est une **réponse physiologique** de l'organisme. Tous ici, on a ressenti du stress à un moment ou à un autre dans notre vie. Essentiel à notre survie.

Il nous permet de réagir rapidement à ce qui est perçu par notre organisme comme dangereux.

Il nous permet de nous adapter aux événements qui surviennent dans notre vie.

« The fight or flight response »

L' ANXIÉTÉ

L'anxiété est une **émotion** qui se manifeste plutôt en prévision d'une menace potentielle.

L'anxiété est une émotion adaptative.

Elle fait référence à cette sensation émotive et physiologique désagréable à des événements connus ou inconnus allant d'une réaction « normale » à une dysfonction extrême.

Elle peut devenir également pathologique et nuire au fonctionnement. On parle alors de troubles anxieux.

Elle affecte alors les prises de décision, le fonctionnement global de la personne et sa qualité de vie.



FACTEURS QUI FONT QUE L'ANXIÉTÉ DEVIENT UN TROUBLE ANXIEUX

L'INTENSITÉ et la DURÉE des symptômes

Inquiétudes envahissantes, obsessions, compulsions

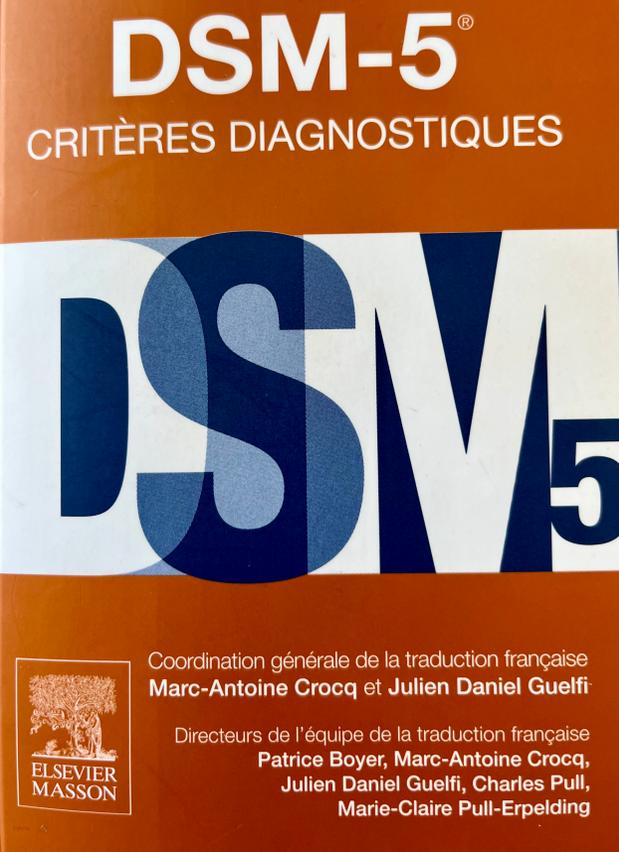
Atteinte au fonctionnement global

Elle devient un *TAG quand des inquiétudes persistantes excessives causent une :
_____ émotionnelle significative.

8 LETTRES

PENSER CONTINUUM

*TAG, Trouble d'anxiété généralisée



TROUBLES ANXIEUX

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES



TROUBLES D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE



Anxiété et soucis excessifs et irréalistes (attente avec appréhension)

+

Angoisse difficile à contrôler

≥ 3 des symptômes suivants:

Agitation, surexcitation ou nervosité

Fatigue rapide

Difficulté à se concentrer ou absence de pensées

Irritabilité

Tension musculaire

Trouble du sommeil (difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité et insatisfaisant)

- Le tout survenant la plupart du temps

- ≥ 6 mois

*****On note que plusieurs de ces symptômes pourraient être secondaires à la maladie ou ses traitements**

TROUBLES ANXIEUX



PHYSIQUEMENT

Fatigue, fièvre, tremblements, tensions musculaires, maux de ventre, impatience, engourdissement...

Symptômes d'hyperactivité neurovégétative palpitations (tachycardie), souffle court (dyspnée), étourdissement, sécheresse de la bouche, sensation d'étouffement, etc.

COGNITIVEMENT,

Ruminations, hypervigilance, appréhension de symptômes physiques, anticipation, difficulté à se concentrer, etc.

PSYCHOLOGIQUEMENT

Nervosité, irritabilité, « se sentir à bout », sentiment d'impuissance, sensation de panique ou de catastrophe imminente, etc.

Dans le contexte de soins palliatifs

FACTEURS DE RISQUES

Antécédents personnels ou familiaux de troubles anxieux

Autres maladies psychiatriques

Anciens deuils non résolus

Évènements passés traumatiques

FACTEURS PRÉCIPITANTS

Hospitalisation

Chirurgie

Symptômes de la maladie physique ou de ses traitements tels : douleur, hypoxie, dyspnée

Médication: corticostéroïdes, opioïdes, sédatifs, alcool et autres drogues



Des questions pertinentes :

Vous sentez-vous anxieux, nerveux, inquiet, tendu ?

Est-ce que quelque chose vous inquiète ou vous fait peur en particulier ?

Êtes-vous inquiet par rapport à ce qu'il va se passer pour vous ?

Avez-vous peur de fermer les yeux la nuit parce que vous craignez de mourir pendant votre sommeil ?

1- Vérifier l'intensité (envahissant?)

2- Pic d'inquiétudes qui peuvent faire penser à des attaques de panique ?

3- Vérifier la chronologie (avant la maladie ou depuis qu'elle a eu diagnostic...)





D'hier à
aujourd'hui :
innover et
transmettre
avec passion

5 - 6 mai 2022

DÉPISTAGE

Avec la permission de l'artiste peintre, Sébastien Faucher

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)



GAD-2

Score ≥ 3 , une évaluation plus approfondie est recommandée

Sensibilité 86%

Spécificité 83 %

Kroenke et al, 2007

GAD-7

Score ≥ 10 , une évaluation plus approfondie est recommandée

Sensibilité 89 %

Spécificité 82%

Spitzer et al, 2006

Edmonton Symptom Assessment System (version révisée) (ESAS-R)

SVP encercler le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez présentement

Aucune douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire douleur possible

Aucune fatigue 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire fatigue possible
(fatigue = manque d'énergie)

Aucune somnolence 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire somnolence possible
(se sentir très éveillé) *(se sentir très endormi)*

Aucune envie de vomir 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire envie de vomir possible
(envie de vomir= nausée)

Très bon appétit 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aucun appétit

Aucun essoufflement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Le pire essoufflement possible
(essoufflement=manque de souffle)

Aucune dépression 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire dépression possible
(dépression = tristesse)

Aucune anxiété 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire anxiété possible
(anxiété= se sentir nerveux)

Meilleure sensation de bien-être 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aucune sensation de bien-être
(bien-être = comment vous vous sentez en général)

Autre problème (p.e. constipation): _____
Aucun(e) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Le (La) pire possible

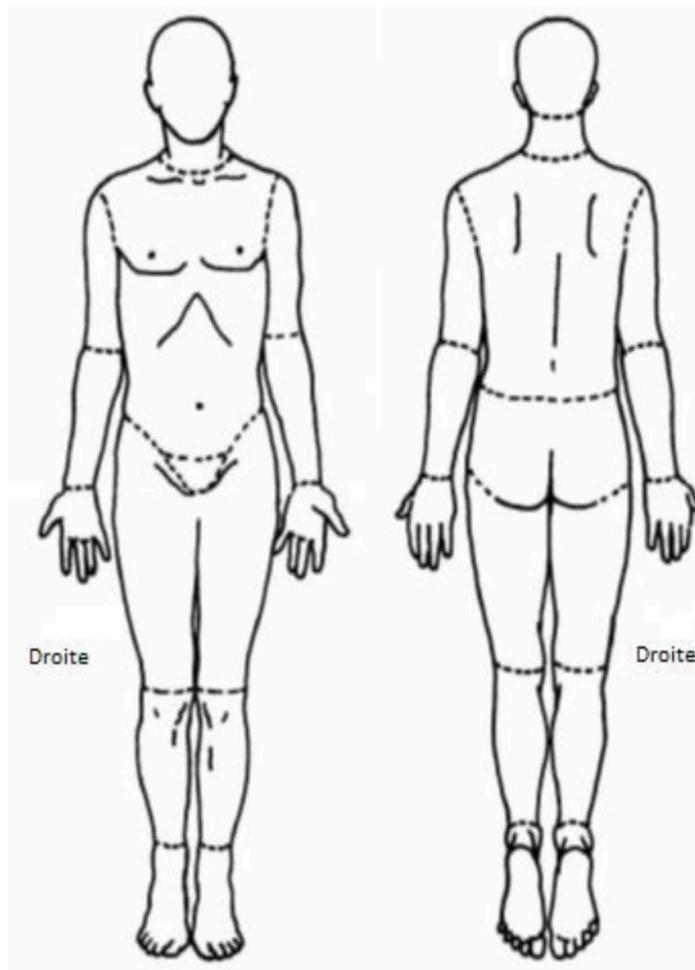
Nom du patient _____

Date _____ Heure _____

Complété par (cochez un):

- Patient(e)
- Famille
- Professionnel de la santé
- Avec l'aide d'une personne soignante

Nous vous prions d'indiquer sur le dessin la place où vous avez mal.



Dépistage de 9 symptômes
Courants chez personnes
avec cancer dont:

La dépression
L'anxiété

*ESAS-r: Échelle (révisée)
d'évaluation
des symptômes d'Edmonton

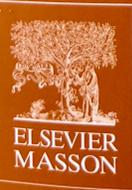
DSM-5[®]

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

DSM 5

Coordination générale de la traduction française
Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi

Directeurs de l'équipe de la traduction française
**Patrice Boyer, Marc-Antoine Crocq,
Julien Daniel Guelfi, Charles Pull,
Marie-Claire Pull-Erpelding**



INSOMNIE



INSOMNIE

Une **INSATISFACTION** concernant la **QUALITÉ** ou la **DURÉE** du sommeil

+

≥ 1 de ces symptômes:

- 1- Difficulté à s'endormir
- 2- Difficulté à maintenir le sommeil (éveils fréquents ou difficulté à se rendormir)
- 3- Éveil précoce et incapacité à se rendormir

Cet insomnie cause une détresse psychologique ou a un impact sur son fonctionnement

≥3 nuits par semaine

≥3 mois

L'insomnie survient malgré une hygiène du sommeil adéquate

L'insomnie n'est pas dû aux effets physiologiques d'une substance (médicaments, drogues stimulantes...)





C'est une expérience **SUBJECTIVE** où une personne nous parlera de son **INSATISFACTION** concernant la **DURÉE** ou la **QUALITÉ** de son sommeil.

Le sommeil est très sensible à tout changement environnemental, physique ou psychique.

Souvent un des premiers symptômes qu'une personne ressentira quand elle vit une crise Émotionnelle.

Exemple: L'annonce d'un cancer... Chimio à venir... qu'il est non-curatif...

POTPOURRI de QUESTIONS À DEMANDER



Dans le passé aviez-vous des problèmes de sommeil ?

Combien de temps en tout passez-vous à dormir la nuit ?

Combien de temps prenez-vous pour vous endormir ? (> 30 min)

Vous réveillez-vous durant la nuit ? Si oui, êtes-vous capable de vous rendormir ?(>30 min)

Trouvez-vous que vous vous éveillez trop tôt et que vous êtes incapable de vous rendormir ?

Le matin, vous sentez-vous reposé ou encore fatigué ?

Faites-vous des siestes le jour ? (Quand et combien de temps)



D'hier à
aujourd'hui :
innover et
transmettre
avec passion

5 - 6 mai 2022

Y a- t- il des prises de ou des modifications dans les habitudes de consommation de café, thé, boissons gazeuses, tabac ou alcool et drogue ?

**Prenez- vous des médicaments ou des produits naturels pour vous aider à dormir ?
(Gravol, Bénédryl, Mélatonine, Benzo, millepertuis, autre)**

- * Vous sentez-vous déprimé, anxieux, inquiet, mêlé ?**
- * Avez-vous des maux qui vous empêchent de dormir: Douleur, nausées, essoufflement, etc.**
- * Avez-vous peur de mourir dans votre sommeil ?**
- * Faites-vous des cauchemars**

TRAITEMENTS



ANXIÉTÉ

INSOMNIE

PRINCIPES DE BASE DES TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES



Axer sur le contrôle des symptômes plutôt que sur le diagnostic
MAIS attention au délirium qui pourrait être la cause. Toujours le rechercher.

#1 TRAITER LA CAUSE S'IL Y A LIEU (douleur ou autre)

EXAMEN PHYSIQUE

RÉVISION DU DOSSIER MÉDICAL

RÉVISION DE LA MÉDICATION

Anxiogènes : corticostéroïdes, bronchodilatateurs, réactions paradoxales aux benzodiazépines, métoprolol et haldol, bronchodilatateurs, réactions paradoxales aux benzodiazépines

Dépressifs: corticostéroïdes, benzodiazépines

ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES

Qu'en pensent les autres ? Et la famille et les proches ?

Y a-t-il un psychologue dans l'équipe interdisciplinaire ?

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES DE L'INSOMNIE



1- HYGIÈNE DU SOMMEIL

2- TCC

3- INTERVENTIONS CLINIQUES EN CONTEXTE DE FIN DE VIE

4- AUTRESSSS

1- HYGIÈNES DU SOMMEIL

À FAIRE

Favoriser un environnement calme, sombre et sans bruit

Tenter de régulariser les heures de coucher et de lever

S'exposer à la lumière du jour autant que possible et favoriser un environnement sombre la nuit

Aller au lit seulement lorsqu'on s'endort

Sieste avant 15 h et maximum de 30 minutes

Sortir du lit si on ne trouve pas le sommeil après plus de 30 minutes

Partager vos préoccupations et vos craintes

Rituel du coucher (éclairage tamisé, livre, bain chaud, etc.)

Méditation

Techniques de relaxation

Exercices de respiration abdominale

À ÉVITER

Éviter de regarder l'horloge

Éviter la consommation élevée de liquide avant le coucher

Éviter la caféine, la nicotine ou les autres stimulants le soir

Éviter l'alcool avant le coucher particulièrement

La lumière vive la nuit

Ne gardez pas vos préoccupations et vos craintes pour vous

Éviter cellulaire, tablette, ordinateur, télévision

Les repas copieux dans les 3 heures précédant le coucher

La chaleur ou le froid excessif dans la chambre





2- THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC)

Celles pour laquelle on a le plus de données probantes

On enseigne aux personnes à mieux contrôler leurs pensées et leurs comportements par l'entremise d'exercices et d'éducation.

LE TRAITEMENT DE CHOIX POUR L'INSOMNIE SELON LES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LE TRAITEMENT DE L'INSOMNIE AU CANADA

C'EST QUOI ?

C'EST UNE TECHNIQUE IMPLIQUANT :

- 1- Une restriction de sommeil
- 2- L'apprentissage de la relaxation
- 3- L'éducation au sommeil

MAIS EN FIN DE VIE...

3- INTERVENTIONS CLINIQUES EN CONTEXTE DE FIN DE VIE



CPAP

02 si hypoxie ou dyspnée

Traitement de comorbidités (dépression, douleur, syndrome des jambes sans repos)

Rotation d'opioïde

Attention au doses et moments d'administration de médicaments stimulants tels les corticostéroïdes

Certains médicaments peut provoquer une somnolence diurne, à ce moment on pourrait penser à utiliser des stimulants du SNC (Méthyphenidate, Modafinil ou apport de caféine) pour aider la personne à demeurer éveillée le jour et ainsi régulariser son cycle éveil-sommeil.

4- AUTRESSSS



COHÉRENCE CARDIAQUE

Technique de respiration (diminue cortisol, hormone de stress).

S'asseoir confortablement, inspirer en 5 secondes- expirer en 5 secondes

Pendant 5 minutes.

3x par jour (dès le réveil avant la montée de cortisol, midi et soir)

(David Servan-Schreiber, U Tube)

**Tout ce qu'on applique au trouble du sommeil
s'applique au traitement de l'anxiété**

THÉRAPIE PLEINE CONSCIENCE

C'est l'attention portée à l'expérience vécue et éprouvée

SANS FILTRE.... On accepte ce qui vient,

SANS JUGEMENT... On ne décide pas si c'est bien ou mal, désirable ou non,

SANS ATTENTES ... On ne cherche pas quelque chose de précis

Christophe André

Psychiatre et psychothérapeute Français



Conscience pleine ou pleine conscience ?

Consiste à porter son attention sur le moment présent, à nos sensations physiques, à nos pensées et à nos émotions, et ce, libre de tout jugement.



D'hier à
aujourd'hui :
innover et
transmettre
avec passion

5 - 6 mai 2022

RESPIRER



APPRENDRE À RESPIRER... ENSEIGNER COMMENT RESPIRER... RESPIRER AVEC...

Respiration « en carré »

Inhaler 4 secondes, garder les poumons pleins 4 secondes, expirer sur 4 secondes et garder les poumons vides 4 secondes.
4 minutes, 3 fois par jour.

Une fois maîtrisée, cette respiration peut être utilisée pour contrecarrer les premiers symptômes d'anxiété.

Respiration abdominale

Adopter une position confortable

Relâchez les muscles du cou, des épaules et du thorax

Détendez l'intérieur du ventre, placez une main sur le ventre et une sur la poitrine

Expirez complètement par le nez pour vider les poumons

Inspirez lentement par le nez pour remplir le ventre d'abord

À l'inspiration, le ventre se soulève contre votre main et à l'expiration, il s'abaisse

Ainsi la main sur le ventre se soulève et s'abaisse et celle du thorax est immobile.

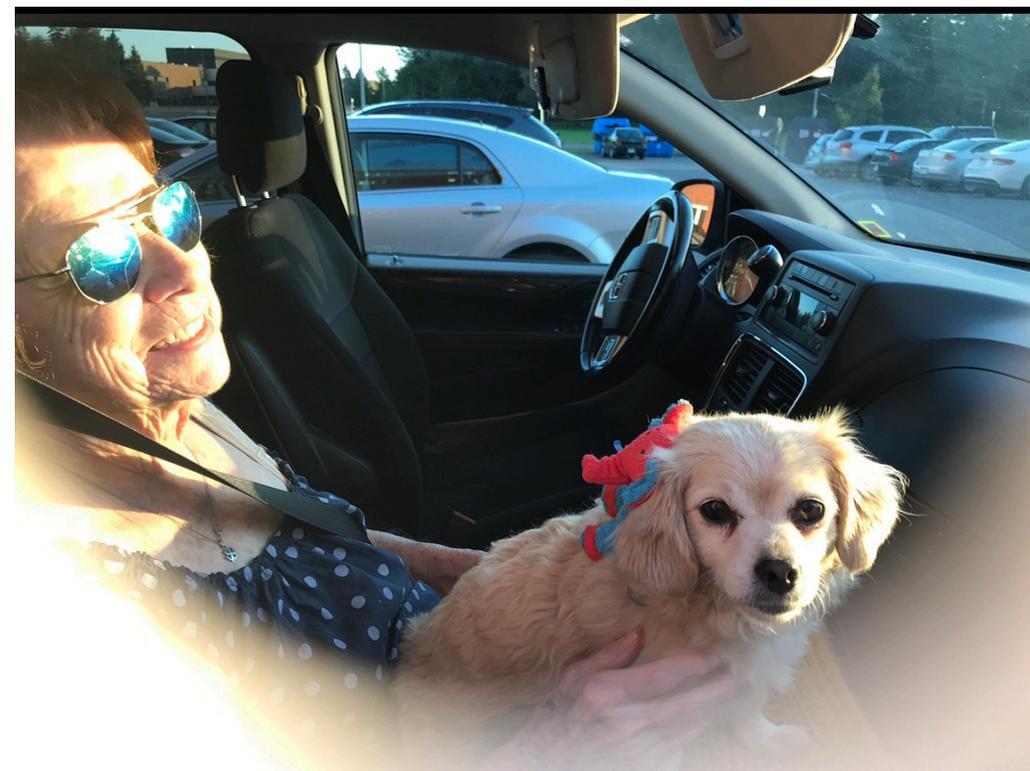
ET AUSSI...

Massothérapie
Aromathérapie
Musicothérapie
Zoothérapie
Chronothérapie
Acupuncture
Sylvothérapie
Hypnose
Groupe de soutien
Clowns thérapeutiques

ON DÉSIRE:

Stimuler les sens
Écouter la personne partager sur son expérience de la maladie
Reconnaître sa souffrance
Démystifier
Rassurer

Être un humain muni d'un baluchon rempli d'outils accompagnant un autre humain





TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

INSOMNIE et ANXIÉTÉ

2 CLASSES



1-BENZODIAZÉPINES

2- HYPNOTIQUES NON-BENZODIAZÉPINES

- **Antipsychotiques**
- **Antidépresseurs**
- **Anxiolytiques**
- **Anticonvulsivants**
- **Autres**

INSOMNIE

Questions à se poser avant de prescrire

- Quelle est la phase du sommeil qui est perturbée (début, fin, tout au long de la nuit ?)
- Quel est la pharmacocinétique du médicament utilisé

ATTENTION !!!!

On a tendance à être rapide sur la gâchette...

On veut traiter avec une molécule :

SI l'insomnie est grave

SI l'insomnie est invalidante

SI l'insomnie est source d'une grande détresse pour la personne



Ne pas oublier que plusieurs des molécules peuvent causer un délirium...

Tableau 15.2
Tableau comparatif des principales benzodiazépines utilisées
en soins palliatifs (débuter avec la plus petite dose possible)

Médicaments (dose/jour)	Dose comparative	Puissance	Début d'action	Durée d'action	Demi-vie d'élimination	Métabolisme
Alprazolam (Xanax ^{MD}) 0,25 à 4 mg	0,25 à 0,5 mg	Élevée	15-30 minutes	Courte	12 à 15 h	Métabolisé par CYP450 3A4 et 1A2
Bromazépam (Lectopam ^{MD}) 6 à 30 mg	3 mg	Élevée	15-30 minutes	Intermédiaire	8 à 30 h	Métabolisé par CYP450 3A4
Clonazépam (Rivotril ^{MD}) 0,25 à 8 mg	0,25 mg	Élevée	15-30 minutes	Longue	19 à 60 h	Métabolisé par CYP450 2B4, 2E1 et 3A4
Diazépam (Valium ^{MD}) 2 à 40 mg	5 mg	Modérée	Moins de 15 minutes	Longue	14 à 80 h (diazépam) 30 à 200 h (métabolites)	Métabolisé par, CYP450 3A4, 2C9, 2C19 et 2B6 Métabolites actifs
Flurazépam (Dalmane ^{MD}) 15 à 30 mg	15 mg	Élevée	Moins de 15 minutes	Longue	0,3 à 3 h (flurazépam) 40 à 250 h (métabolites)	Métabolisé par CYP450 2C9 et 2D6 Métabolites actifs
Lorazépam (Ativan ^{MD}) 1 à 10 mg	1 mg	Modérée	15 à 30 minutes	Intermédiaire	10 à 20 h	Conjugaison
Midazolam (Versed ^{MD})	Pas de comparaison*, formulation injectable seulement	Élevée	Moins de 5 minutes	Courte	1 à 4 h	Métabolisé par CYP450 3A4
Nitrazépam (Mogadon ^{MD}) 5 à 10 mg	5 mg	Faible	30 à 60 minutes	Longue	24 à 29 h	Métabolisé par le CYP450 2E1
Oxazépam (Sérox ^{MD}) 15 à 120 mg	10 mg	Faible	30 à 60 minutes	Intermédiaire	5 à 20 h	Conjugaison
Témazépam (Restoril ^{MD}) 15 à 30 mg	10 mg	Modérée	30 à 60 minutes	Intermédiaire	10 à 20 h	Conjugaison

* Voir chapitre sur la sédation palliative continue, section 18.7.2



BENZODIAZÉPINES

Tiré de Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes. 5^e édition. Montréal: A.P.E.S. Association des Pharmaciens des établissements de santé du Québec; 2018. Tableau 15.2 intitulé: « Tableau comparatif des principales benzodiazépines utilisées en soins palliatifs » chapitre 15: Anxiété, insomnie et dépression (Auteurs: Karine Desharnais, Pierre Duranleau-Gagnon). **Reproduit avec l'autorisation de l'A.P.E.S.**

BENZODIAZÉPINES



Les plus utilisés pour l'insomnie et l'anxiété

Lorazépam (ativan)

Oxazépam (Serax)

Clonazépam (rivotril)

Alprazolam (Xanax)

Midazolam (Versed)

ANTIPSYCHOTIQUES

Ne sont pas homologués pour le traitement de l'anxiété, mais cliniquement utilisés.

Agit rapidement (vs un antidépresseur)

Ne cause pas de dépendance

Ne cause pas de symptômes de sevrage

Intéressant quand on recherche un effet sédatif

Leurs effets secondaires de somnolence et de sédation peuvent être mal tolérés

Peuvent être utiles pour le traitement de l'anxiété quand il y a des éléments d'hallucination ou délires

Peut-être un adjuvant à un antidépresseur

Quétiapine (seroquel) qui se fait en XR également est le seul qui serait efficace en monothérapie pour l'anxiété

ATTENTION

Effets anti-cholinergiques (constipation, xérostomie, rétention urinaire), REP, akathisie (surtout Halopéridol)



ANTIDÉPRESSEURS COMME anxiolytiques

(Trouble anxieux)



Les plus utilisés car souvent les mieux tolérés

Sertraline (Zoloft)

Citalopram (Celexa)

Si douleur neuropathique additionnelle

Venlafaxine (Effexor)

Duloxétine (Cymbalta)

Commencer à des doses plus faibles pour éviter une augmentation des symptômes anxieux

Souvent nous devons aller à des doses plus élevées pour atteindre l'effet anxiolytique

ANTIDÉPRESSEURS COMME hypnotiques (insomnie)

ADs utilisés pour leurs propriétés sédatives

Trazodone (Désyrel)

Mirtapazine (Reméron)

TCA utilisé dans les douleurs neuropathiques

Amitriptyline (Elavil)

Effets sur sommeil moins prévisibles :

Sertraline (Zoloft)

Citalopram (Celexa)

Escitalopram (Cipralex)



ANTICONVULSIVANTS

Prégabalin (Lyrica)

Doses ≤ 150 mg, il améliorerait le sommeil

Dose à 300 mg pour son effet anxiolytique

Analgésique pour douleur neuropathique

Bien toléré quand débuté à petites doses

Action plus rapide que les ADs

Peu d'interaction car faible élimination hépatique

ATTENTION

Doit être ajusté selon fonction rénale

Symptômes de sevrage (délirium, anxiété, irritabilité, agitation) si arrêt brusque



AUTRES CHOIX

ZOPICLONE (Imovane) et ZOLPIDEM (Sublinox)

Hypnotique de type Z

Pour insomnie transitoire

Courte demi-vie donc pourrait être utilisé si éveil nocturne par exemple

- Dysgueusie, xérostomie

MÉLATONINE

Aiderait à s'endormir

Résultats + ou – concluants globalement



MES 3 SUPER PERLES À PARTAGER AVEC VOUS





DÉMÉDICALISONS LE PLUS POSSIBLE L'EXPÉRIENCE DE FIN DE VIE

QUI EN EST UNE PROFONDÉMENT HUMAINE

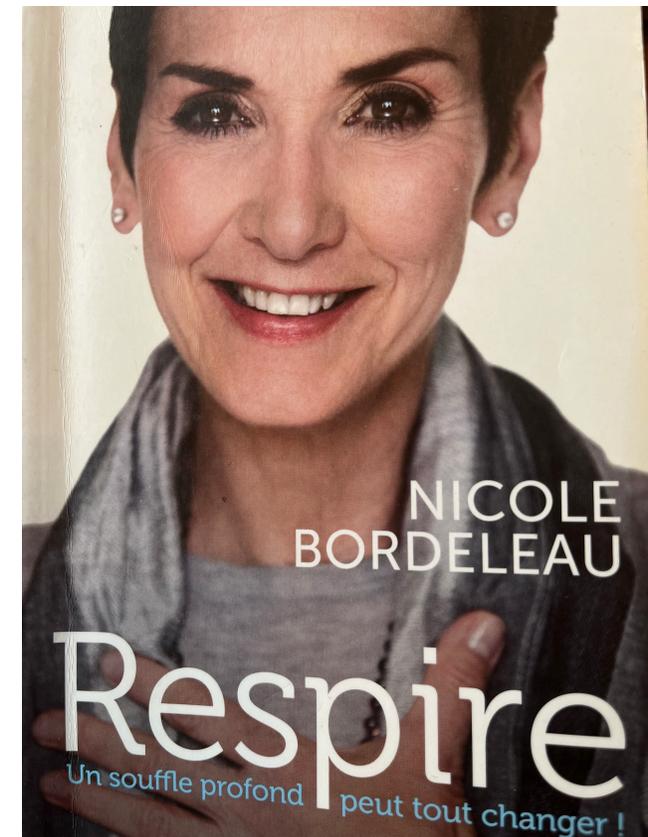


RESPIREZ SEUL, RESPIREZ AVEC LES PERSONNES QUE VOUS ACCOMPAGNEZ, MAIS SURTOUT RESPIREZ

« Tout comme les vagues ont le pouvoir de mettre en mouvement l'immensité de l'océan, le souffle possède ce même potentiel de réveiller la vie au fond de chacun de nous » nous partage Nicole Bordeleau

À considérer: Le souffle est le seul élément qui nous suit toute notre vie.

Et si on réussit à respirer en pleine présence alors on donne vraiment « vie » à chaque souffle



TOI



L'ESSENTIEL EST INVISIBLE...



Au-delà du dossier médical,
devant moi

C'EST UN ÊTRE HUMAIN, comme moi

Elle n'est pas seulement un cancer
Elle n'est pas seulement un patient

C'EST UN ÊTRE HUMAIN QUI VIT LE DERNIER CHAPITRE DE SA VIE
Que moi aussi je vivrai un jour

**ACCOMPAGNER (médicalement, psychologiquement, spirituellement) est une
EXPÉRIENCE HUMAINE**

**MERCI À TOUTES CES PERSONNES QUI M'ONT INSPIRÉES PAS JUSTE À MIEUX COMPRENDRE CE QUI PEUT
ARRIVER À CETTE DERNIÈRE ÉTAPE DE LA VIE**

MERCI À TOUTES CES PERSONNES QUI M'APPRENNENT À VIVRE LA VIE...
MA VIE



RESSOURCES



- ❖ Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et des autres symptômes, 5^e édition, chapitre 15, A.P.E.S.
- ❖ Conférence de Dre Annie Tremblay, psychiatre spécialisée en oncologie, « Traitement de la dépression en soins palliatifs
- ❖ Page web de l'organisme Revivre: www.revivre.org
- ❖ The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)
- ❖ Thérapie Cognitivo-Comportementale: guides de pratiques et autres outils (TCC) : tccmontreal.com
- ❖ Livre de Nicole Bordeleau: Respire
- ❖ Livre de Dr Christophe André: Méditer Jour après jour
- ❖ U-Tube, une capsule sur la cohérence cardiaque de 16 minutes par Dr David Servan Schreiber



ON RESPIRE



QUESTIONS...

COMMENTAIRES...

PARTAGES...

