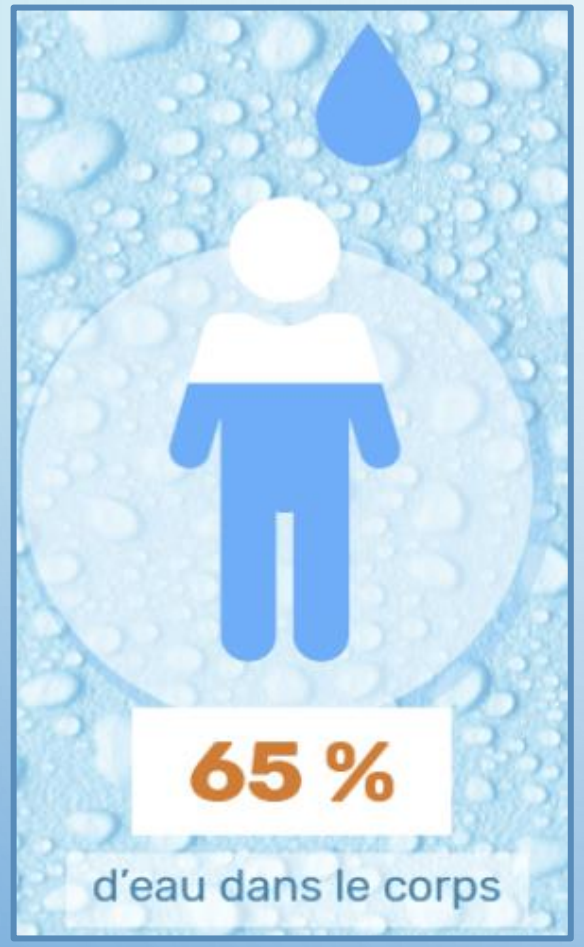
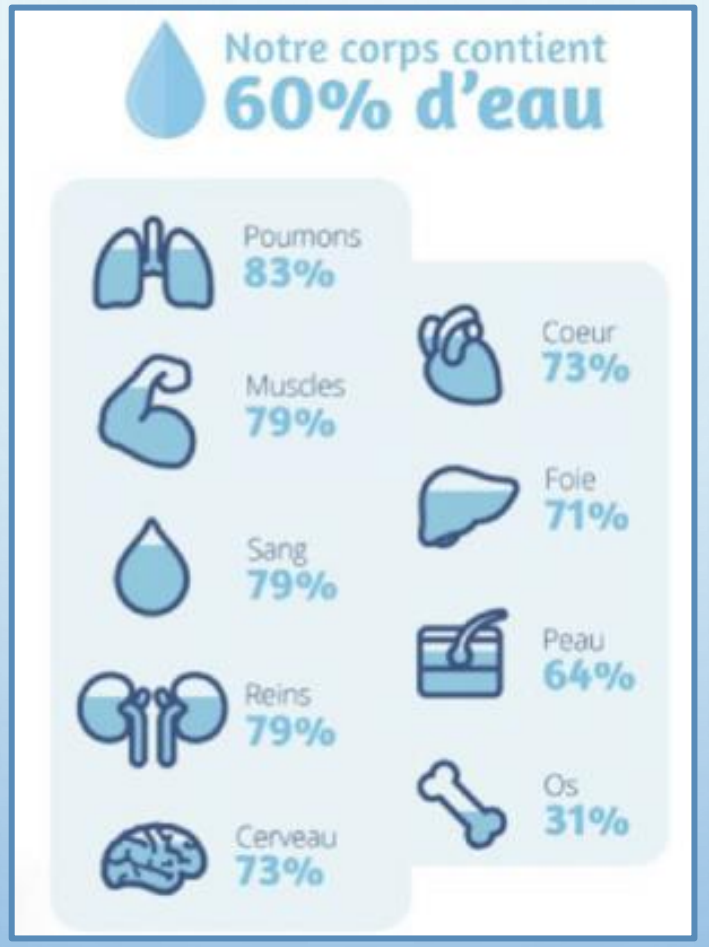
HYDRATATION EN SOINS PALLIATIFS

Support vital ou obstination déraisonnable?

Dre Indira AMORIM ARAUJO
Médecin cheffe de service en soins palliatifs au RHNe
indira.amorim-araujo@rhne.ch


65 %
d'eau dans le corps


Notre corps contient
60% d'eau
Poumons 83%
Muscles 79%
Sang 79%
Reins 79%
Cerveau 73%
Coeur 73%
Foie 71%
Peau 64%
Os 31%


2 litres
de perte d'eau par jour
À compenser par l'eau présente dans les ALIMENTS et les BOISSONS

LA DÉSHYDRATATION

BILAN HYDRIQUE NÉGATIF : PERTES > APPORTS

Contraction des compartiments extracellulaire et/ou intracellulaire, avec activation de l'ADH, du système rénine–angiotensine–aldostérone et une vasoconstriction compensatrice

Cause d'augmentation des pertes:

- **Digestives** : diarrhées, vomissements, fistules
- **Cutanées** : fièvre, sudation, brûlures, plaies étendues
- **Rénales** : diurétiques, diabète insipide, néphropathies
- **Médicamenteuse:** diurétiques, laxatifs



LA DÉSHYDRATATION

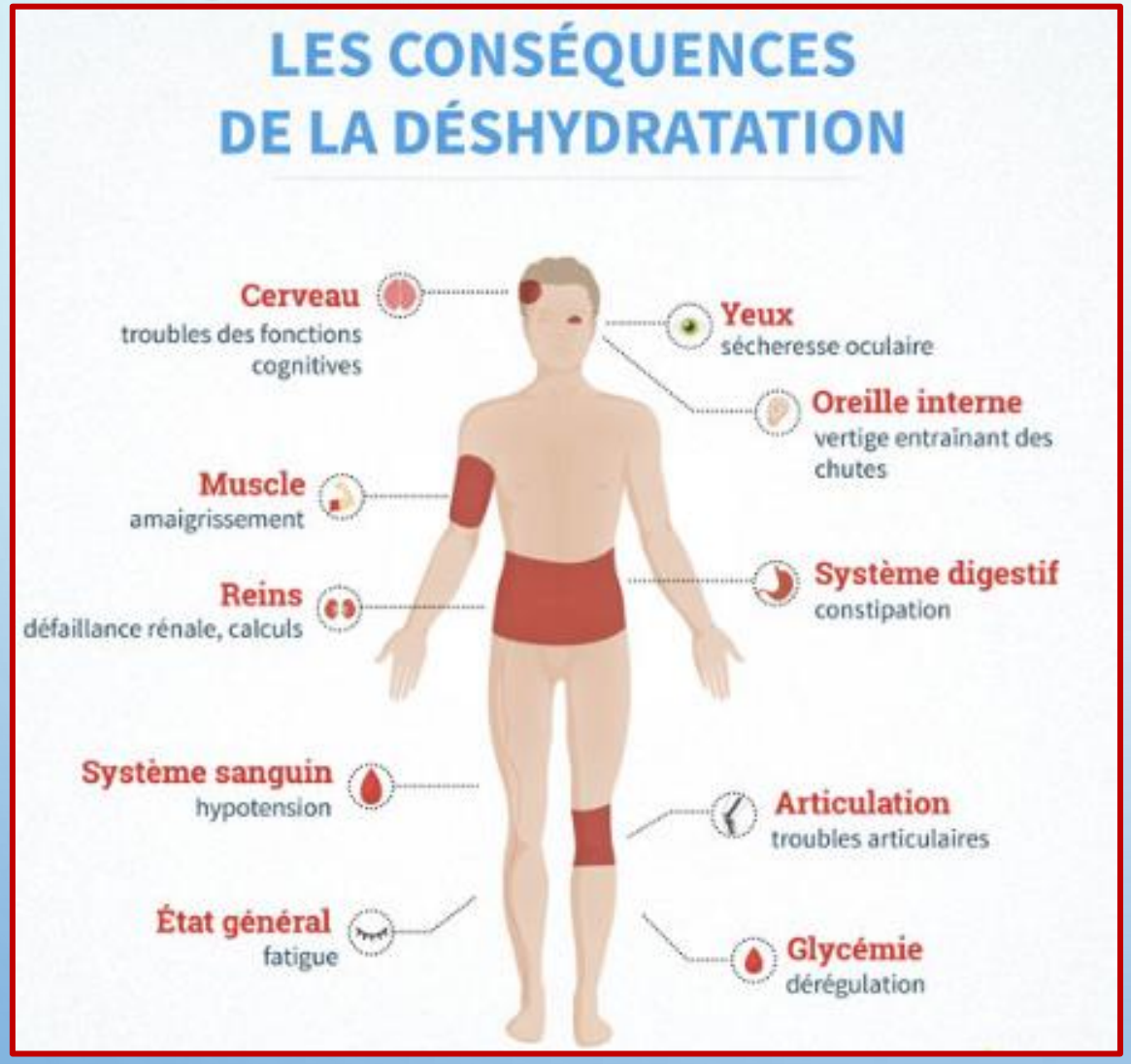
BILAN HYDRIQUE NÉGATIF : APPORTS < PERTES



Cause de diminution des apports:

- Altérations du goût et de l'odorat
- Perte d'appétit
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- Des nausées et des vomissements
- Dysphagie (difficultés à avaler)
- Fatigue
- Dyspnée (essoufflement)
- Confusion / somnolence

- Comorbidités physiques: cancer (ORL, digestif, SNC), SLA, AVC, troubles cognitifs, BPCO, insuffisances organiques
- Pathologies psychiques: dépression / anxiété
- Iatrogénie : opioïdes, neuroleptiques, anticholinergiques, métoclopramide, radiothérapie
- Dépendance à d'autres personnes / accessibilité



La soif peut être un signe tardif de la déshydratation, principalement chez le sujet âgé!

Signes selon la gravité

Déshydratation légère
- Soif accrue
- Bouche légèrement sèche
- Fatigue légère
- Diminution modérée des urines

Déshydratation modérée
- Grande fatigue
- Maux de tête
- Vertiges
- Urines moins fréquentes et foncées
- Sensation de faiblesse

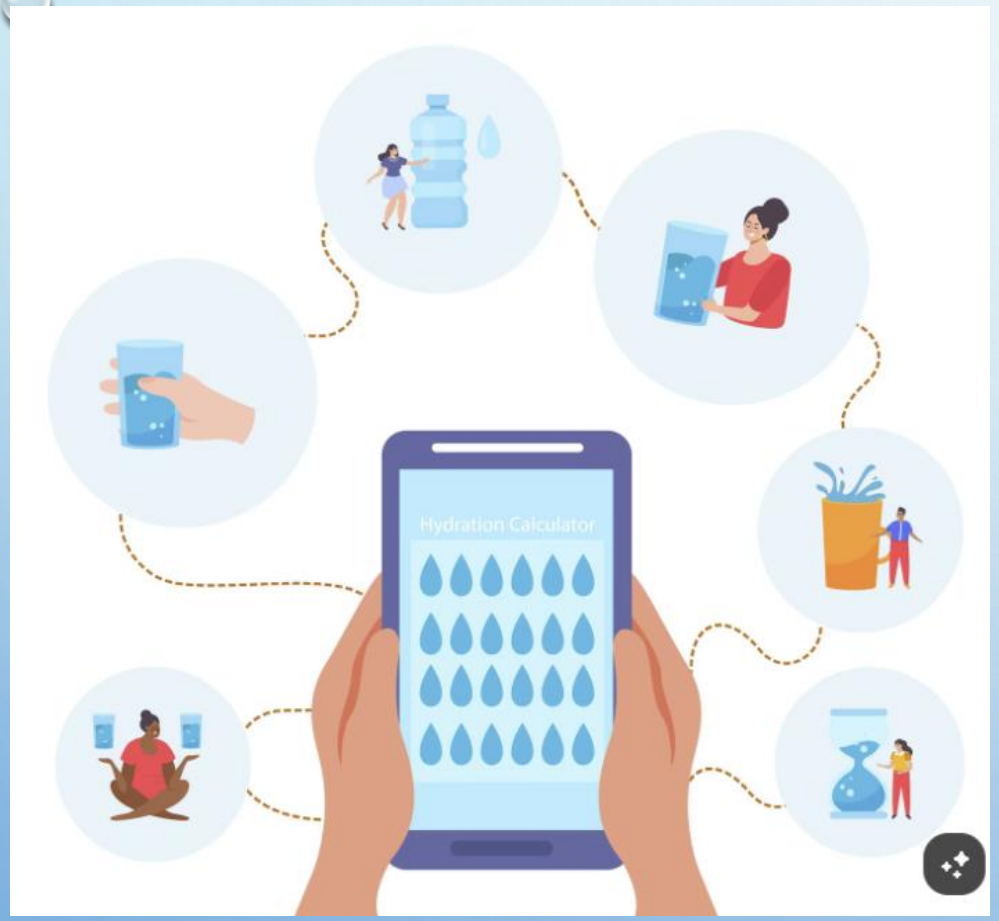
Déshydratation grave
- Confusion, désorientation.
- Yeux enfoncés
- Peau sèche, froide, pâle.
- Anurie.
- Hypotension, léthargie.
- Tachycardie
- Fièvre possible

L'HYDRATATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (HMA)

La nutrition et l'hydratation médicalement assistées doivent être considérées comme des interventions médicales plutôt que comme des mesures élémentaires visant à assurer le confort du patient.

- Évaluer séparément les besoins nutritionnels et hydriques
- Explorer le projet thérapeutique, les atteintes et les croyances du patient et des proches
- Proposer les traitements cliniquement appropriés pour soulager ses symptômes ou qu'ils seraient susceptibles de prolonger la vie
- Expliquer au patient (RT) les avantages, les inconvénients et les risques liés au traitement

ÉVALUATION SUR LE PLAN CLINIQUE



- Point de vue du patient et des proches
- Pronostic estimé
- État d'hydratation actuel
- Apport oral (+/- parentéral)
- Pertes hydriques
- Symptômes/problèmes liés
- Comorbidités (cardiaques, rénales, hépatiques)
- Traitements en cours
- Adéquation des voies d'administration.
- Disponibilité de cathéters à demeure SNE / PEG / VVC
- Lieu de prise en charge actuel/futur.

Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted hydration in patients with advanced cancer

RECOMMANDATIONS

- Évaluation régulière de l'état d'hydratation (avant et pendant l'HMA)
- Stimulation de l'apport oral (confort)
- Offre suffisante de liquides pour maintenir l'hydratation / prévenir la déshydratation
- Traitement des causes réversibles d'une diminution de l'apport ou d'une augmentation des pertes hydriques
- Décisions d'HMA multidisciplinaire, en collaboration avec le patient et sa famille
- Établissement d'un plan de soins définissant les objectifs thérapeutiques, et les conditions d'arrêt du traitement
- Proposition d'HMA chez les patients risquant de décéder de déshydratation avant de succomber à leur cancer
- Création de protocoles / procédures: prévention des conflits potentiels
- Administrer l'hydratation par la voie la plus appropriée à la situation clinique
- L'HMA devrait être disponible dans tous les contextes, y compris à domicile.

Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion (non gradées) */guidance on the use of clinically assisted hydration in patients with advanced cancer*

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES

- Le médecin / l'équipe pluridisciplinaire a la responsabilité ultime de prendre la décision d'HMA
- L'HMA doit être envisagée si les bénéfices potentiels l'emportent sur les risques
- Dans le doute, il convient de tenter une HMA et de l'arrêter en cas d'absence de bénéfice ou effet indésirable

Patient capable de discernement:

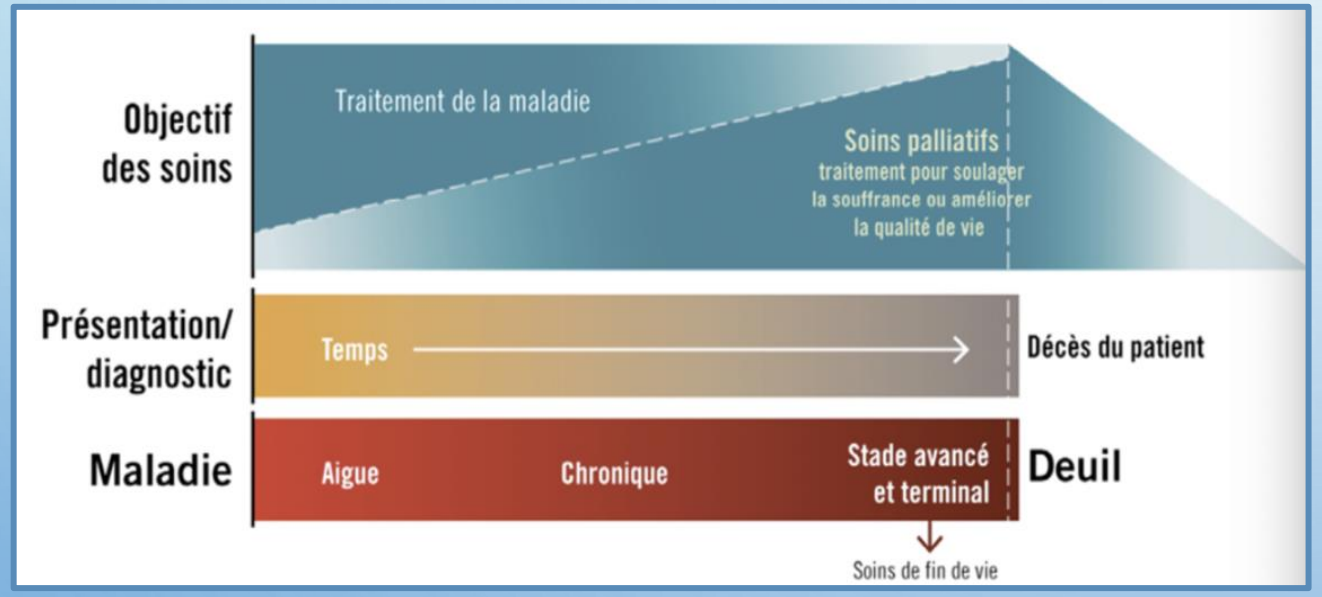
- Le patient n'a pas le droit d'exiger l'HMA (indication médicale)
- Le patient a le droit de refuser l'HMA

Patient incapable de discernement:

- Des directives anticipées valides refusant le traitement doivent être respectées
- La famille n'a pas le droit d'exiger l'HMA

DISTINGUER LES TRAJECTOIRES

La décision nécessite l'estimation du PRONOSTIC et la définition des OBJECTIFS DE SOINS et des SOUHAITS DU PATIENT



Pronostic	Orientation
Plusieurs semaines à mois, déshydratation réversible	HMA potentiellement indiquée selon les objectifs
Quelques jours, symptômes possiblement liés à la déshydratation	Essai thérapeutique envisageable
Phase agonique, absence de bénéfice symptomatique attendu	Ne pas instaurer systématiquement une HMA ; réévaluer celle déjà en place

Image: Association canadienne de soins palliatifs (ACSP), Modèle de soins palliatifs, 2013

NIVEAU DE RECOMMANDATION

- Chez les patients atteints de cancer avancé dans les derniers jours de vie, l'hydratation médicalement assistée systématique n'est pas recommandée. Les données disponibles ne démontrent pas de bénéfice clinique significatif sur la survie ou le confort. Niveau de certitude reste faible à très faible.

- Les décisions concernant l'hydratation artificielle doivent tenir compte des valeurs et des préférences du patient, car certains patients peuvent considérer tout gain de survie comme cliniquement significatif.

- Particularité: l'arrêt volontaire de l'alimentation et de l'hydratation est une démarche acceptable sur les plans médical, éthique et juridique que les patients ou leurs familles peuvent choisir.

- •Les patients qui souhaitent renoncer à la nutrition et à l'hydratation artificielles en fin de vie doivent être encouragés à rédiger des directives anticipées

- Lorsqu'un patient cesse volontairement de s'alimenter et de s'hydrater ou lorsque la nutrition et l'hydratation artificielles sont interrompues, les cliniciens doivent veiller à son confort.

- Si un patient en fin de vie ou ses proches demandent un essai de réhydratation, celui-ci doit être proposé, à condition qu'ils soient conscients que les symptômes peuvent ne pas répondre à l'apport de liquides et que la réhydratation comporte certains risques.

- Si la réhydratation devient pénible, si des effets indésirables apparaissent ou si les symptômes ne répondent pas à cet essai, la réhydratation doit être interrompue.

Cochrane 2023 ; ESMO 2021

RÉSUMÉ DES NIVEAUX DE RECOMMANDATION

Question clinique	État des connaissances / recommandation	Niveau de preuve ou statut
Survie	Bénéfice incertain	GRADE très faible[1]
Qualité de vie	Bénéfice incertain	GRADE très faible[1]
Soif	Pas de bénéfice démontré de l'HMA	ESMO [V, C][2]
Hydratation systématique	Non recommandée dans les derniers jours ; décision individualisée	Consensus clinique[2–4]
Soins de bouche	À proposer systématiquement	NICE, bonne pratique[3]
Essai thérapeutique	À envisager si symptômes possiblement liés à la déshydratation	NICE, recommandation non gradée[3]
Réévaluation	Au moins toutes les 12 h après introduction	NICE, recommandation non gradée[3]
Choix de la voie et du volume	Individualisé selon l'indication, le pronostic et la tolérance	MASCC, avis d'experts[4]

[1] Buchan et al., Cochrane 2023.
[2] ESMO, Care of the adult cancer patient at the end of life, 2021.
[3] NICE NG31, §1.4.
[4] Hayes et al., MASCC 2024.
GRADE : niveau de certitude des données ; ESMO [V, C] : niveau de preuve V, grade de recommandation C.

LES VOIES D'ADMINISTRATION

- **Voie orale prioritaire** (sécheresse buccale, confort, plaisir)
- **Si patient porteur de SNE ou d'une PEG, voie alternative possible**
- Si hydratation parentérale indiquée, l'**hypodermoclyse (SC) est la voie de choix (?)**
  - **Gestion/ponction plus facile à domicile**
  - Ne pas dépasser **500–1000 mL/24 h par site**
  - **Alterner les sites d'injection**
- Si le patient est déjà équipé d'une voie veineuse, utiliser cette voie d'abord (moins d'inconfort)
- Si hydratation parentérale, un apport liquidien même minime par voie orale est à conserver quand cela est possible.
- Surveillance standard des sites de ponction, perméabilité des cathéters
- En ambulatoire: Attention à la prescription du matériel en quantité adéquate + procédures administratives et information sur la prise en charge des coûts.

MASCC 2024 ; ANAES 2002.

LA DYSPHAGIE

SIGNES DE TROUBLES DE LA DÉGLUTITION

- Toux ou étouffement lors des repas ou en buvant
- Régurgitation de nourriture, bave
- Durée prolongée des repas
- Incapacité à mâcher correctement
- Douleur lors de la déglutition
- Rétention de nourriture dans les joues
- Sensation d'aliments coincés dans la gorge
- Voix rauque ou encombrement
- Déshydratation et perte de poids
- Infections respiratoires à répétition

PISTES DE PRISE EN CHARGE

- Régime alimentaire à texture modifiée.
- Épaissir les boissons.
- Éducation posturale lors des repas
- Fractionner la nourriture et les boissons
- Eviter les distractions pendant les prises orales
- Outils adaptés
- Accorder une attention particulière à l'hygiène buccale
- Vérifier la présence de résidus dans la bouche.
- Remplacer les traitements per os par d'autres modes d'administration si possible

BÉNÉFICES X RISQUES

- Soulagement de la soif
- Diminution de la fatigue et de la sensation de faiblesse
- Amélioration du transit *(pas de données)*
- Diminution du risque de chute (vertiges, hypotension)
- Diminution de la somnolence
- Diminution de la confusion *(contradictoire)*
- Préservation de la fonction rénal
- Meilleur tolérance aux traitements
- Amélioration de la qualité de vie *(pas démontrée)*

POTENTIELS, MAIS NON DÉMONTRÉS DANS LES DERNIERS JOURS DE VIE

- Œdèmes *(plausibles et démontrés)*
- Ascite , épanchements pleuraux
- Nausées et Vomissements
- Encombrement *(possible, relation causale et importance incertaines)*
- Dyspnée, surcharge *(plausibles et démontrés)*
- Râles agoniques
- Éliminations urinaires plus fréquentes
- Œdèmes péri-lésionnels

Cochrane 2023 ; ESMO 2021

MYTHES ET «RÉALITÉS»

- Si le patient n'arrive plus à s'hydrater naturellement il doit bénéficier d'une HMA en fin de vie.
  - ✘ Il n'y a pas d'évidence pour supporter l'hydratation systématique
    Les recommandations n'appuient pas l'hydratation dans les derniers jours / heures de vie
- L'hydratation est un soin de base et nous devons soigner jusqu'à la fin
  - ✘ L'hydratation médicalement assistée est un traitement qui requiert une évaluation des indications et contrindications, ainsi que d'une prescription médicale
- Sans hydratation, le patient risque de mourir de soif
  - ✘ Dans la phase agonique, la diminution des apports hydriques accompagne généralement le processus de mourir. L'hydratation artificielle n'a pas modifiait significativement ce processus.
- Sans hydratation artificielle la vie risque d'être raccourcie
  - ✓ Phases initiale, la privation hydrique prolongée pour provoquer le décès plus vite que la maladie de base
  - ✘ Phases terminal, l'atteint multi systémique de la maladie cause le décès, les symptômes sont irréversibles et il n'y a pas d'impact sur le processus de mort
- Le patient a le droit d'avoir une hydratation artificielle en fin de vie même s'il est inconscient
  - ✘ En phase terminale, l'absence de bénéfice attendu ou observé, associée à des contraintes ou à des effets indésirables, peut conduire à considérer l'HMA comme un traitement disproportionné

NICE NG31 ; MASCC 2024

COMMUNICATION

Au cours des derniers jours de leur vie, les patients manifestent généralement moins d'intérêt pour la nourriture et l'hydratation

- Ce phénomène est normal et ne cause généralement pas de détresse au patient
- À ce stade, l'alimentation et l'hydratation doivent viser avant tout le confort et la qualité de vie plutôt que la prise de poids ou l'atteinte d'objectifs de diurèse
- La plupart du temps les demande d'intervention viennent de la famille
- Soucie du bien-être du proche (+++) et préoccupation avec sa survie (+)
- La nourriture/hydratation peut également faire partie des pratiques spirituelles, religieuses ou culturelles, qui sont à prendre en compte
- Impliquer les proches, dans les soins bouche et dans l'aide à boire de petites gorgées d'eau ou de lui mettre des glaçons dans la bouche (quand possibles et s'ils le souhaitent) peut diminuer leur sentiment d'impuissance ou l'impression d'abandon du patient

COMMUNICATION

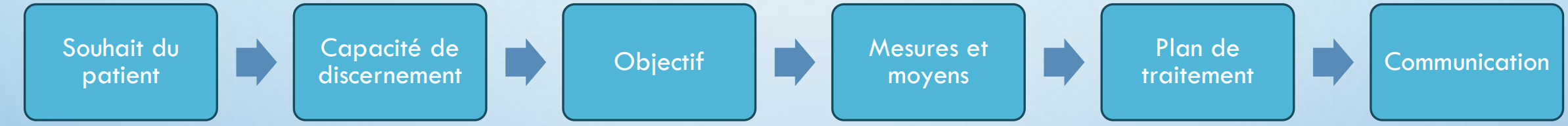
L'information et la communication avec le patient et ses proches est à initier progressivement

- Les opinions et croyances relevant de la vie privée sont abordées
- La communication avec les proches (en fonction des souhaits du patient) a pour but:
  - — d'évaluer la souffrance psychologique, sociale et les besoins de la personne soignée et de ses proches ;
  - — de prendre en compte les atteinte et le vécu de chacun (culpabilité, conflit, peur de l'avenir sans l'autre, etc.)
- Mauvaise nouvelle: attention aux mécanismes de défense:
  - — chez les patients: le déni, le déplacement, les rites obsessionnels, la régression, la projection agressive, la sublimation et la combativité, l'ambivalence.
  - — chez les soignants: la fuite en avant, la fausse réassurance, la rationalisation, l'évitement, le mensonge.

« Dans la dernière phase de vie, le patient ne meure pas parce qu'il arrête de boire, il arrête de boire parce qu'il est en train de mourir »

EN AMBULATOIRE

- 80 % des patients en situation palliative peuvent être pris en charge en médecine de premier recours, tous lieux confondus *(OFSP)*.
- La fréquence des perfusions dans les derniers jours à domicile est méconnue



Quel bénéfice précis attendriez-vous d'un essai d'hydratation chez ce patient ?

« Quel signe vous conduirait à l'arrêter, ou à reconsidérer votre décision de ne pas commencer ? »

« Qui réévalue la situation et qui la famille/le soignant peut joindre en cas de problème?

!!!! Cohérence thérapeutique: « Réévaluer ensemble les apports, les pertes et les traitements ».

MESSAGES CLÉS

- La mise en place, la poursuite ou l'arrêt de l'hydratation médicalement assistée constitue un véritable défi chez les patients en fin de vie.
- Des recommandations cliniques actuelles sont disponibles pour faciliter la prise de décision.
- **Nous n'avons pas de données probantes étayant la prise de décision** (ni quantité ni qualité).
- La décision doit être individualisée
- Des objectifs clairs doivent être posés
- Le traitement doit être régulièrement réévalué (plan thérapeutique)
- Prise de décision distincte pour l'hydratation et pour l'alimentation.
- La demande du patient est le facteur déterminant lorsque les bénéfices, les contraintes et les risques sont en équilibre.
- En l'absence de bénéfices ou en présence d'effets secondaires, le traitement doit être arrêté

RECOMMANDATIONS SUISSES ET INTERNATIONALES

Référence	Position sur l'hydratation artificielle en fin de vie	Particularités
Suisse – palliative.ch, Bigorio	Pas d'indication systématique. Décision individualisée selon objectifs, symptômes, bénéfices/risques et souhaits.	Voie orale privilégiée. Si hydratation artificielle indiquée, l'hypodermoclyse est la voie de choix ; le document propose typiquement 500–1000 mL/24 h. Soins de bouche essentiels. (Palliative Schweiz)
France – HAS	En phase terminale, en l'absence de cause réversible, pas de réhydratation parentérale systématique.	À envisager essentiellement devant un symptôme gênant, notamment soif persistante malgré soins de bouche ou confusion. La HAS historique propose également 500mL–1L/24h par voie SC lorsqu'elle est indiquée. (HAS)
Royaume-Uni – NICE	Décision individualisée. Le bénéfice sur survie et durée de l'agonie est incertain.	En cas de soif, delirium ou autres symptômes possiblement liés à la déshydratation malgré apports oraux : essai thérapeutique. Réévaluation au moins toutes les 12 h ; poursuivre si bénéfice, réduire/arrêter si surcharge ou absence de bénéfice. (NICE)
Europe – ESMO	Dans les dernières semaines/jours, priorité au confort. L'hydratation artificielle n'a pas démontré qu'elle prévenait ou améliorait la soif.	Peut majorer œdèmes, ascite et sécrétions respiratoires. Soins de bouche systématiques. (PubMed Central (PMC))
États-Unis – NCI/approche palliative américaine	Pas de bénéfice démontré sur survie ou qualité de vie dans les derniers jours. Décision selon objectifs du patient.	Les petits apports oraux, glaçons et soins de bouche sont privilégiés. Les volumes IV importants peuvent favoriser les sécrétions terminales. (National Institut of Cancer)
Australie – Queensland Health	La nutrition/hydratation assistée peut être inutile dans les derniers jours et n'est pas requise lorsqu'elle n'apporte pas de soulagement symptomatique.	Possibilité d'un essai limité de liquides SC avec objectifs prédéfinis. Attention surcharge, œdèmes et sécrétions. (Queensland Health)
Espagne – GuíaSalud	Même logique que NICE : individualisation et réévaluation.	Diminuer/arrêter si surcharge ou augmentation des sécrétions ; réévaluer également une hydratation déjà en place lorsque la mort approche. (portal.guiasalud.es)
Japon – Japanese Society for Palliative Medicine	Approche historiquement un peu plus interventionnelle, particulièrement étudiée chez les patients oncologiques avec pronostic de quelques semaines.	Recommandations spécifiques sur la perfusion parentérale, avec réduction des volumes en présence de rétention hydrique. Les recommandations japonaises restent centrées principalement sur le cancer terminal. (PubMed)

RÉFÉRENCES

- UptoDate - Stopping nutrition and hydration at the end of life (26.10.2026)
- Clinically assisted nutrition and hydration at the end of life. Andrew Davies, Clinical Medicine 25 (2025) 100323
- Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted hydration in patients with advanced cancer. Hayes J, Bruera E, Crawford G, et al. Support Care Cancer. 2024;32:228.
- Comments on medically assisted hydration for adults receiving palliative care. Cochrane Library – Review 14 December 2023 (publications jusqu'à Novembre 2022)
- To hydrate or not to hydrate? The effect of hydration on survival, symptoms and quality of dying among terminally ill cancer patients, Wu et al. BMC Palliative Care (2021) 20:13
- Directives ASSM sur les soins palliatifs
- Directives ASSM, Attitude face à la fin de vie et à la mort
- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs Décembre 2002 Recommandations Service des recommandations et références professionnelles - Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)



Merci de votre attention!