«Devrais-je aller en dialyse, docteur?»

Amorcer une dialyse avec un aîné atteint d'insuffisance rénale au stade ultime

Dori Seccareccia MD CCFP(EM) MCISc **James Downar** MD MHSc FRCPC

M. K., un homme de 83 ans atteint d'une néphropathie chronique, d'une coronaropathie, d'une maladie pulmonaire obstructive chronique légère et d'un diabète de type 2, vient d'être admis à l'hôpital après un épisode de 2 mois de fatigue, de perte d'appétit et de poids, de prurit et de dyspnée secondaire à une insuffisance cardiaque congestive qui ne répond pas bien aux diurétiques. Vous visitez M. K. et sa famille à l'hôpital et vous remarquez que les résultats de sa plus récente analyse sanguine révèlent un taux de créatinine de 420 µmol/l, un taux d'urée de 34 mmol/l et une clairance de la créatinine de 14 ml/min/1,73 m². Vous constatez que l'équipe de néphrologie a terminé sa consultation et a parlé à la famille de la possibilité d'une dialyse.

L'insuffisance rénale au stade ultime (IRSU), aussi connue sous le nom d'*insuffisance rénale chronique de stade 5*, correspond à une clairance de la créatinine de moins de 15 ml/min/1,73 m² et exige souvent une dialyse (aussi appelée *thérapie de remplacement rénal*) ou une transplantation[1]. Au Canada, comme dans le reste du monde, la population atteinte d'IRSU est en croissance et vieillit rapidement. En 2007, on comptait environ 35 265 Canadiens ayant une IRSU, soit une augmentation de 70 % depuis 1998. La même année, 28 % des patients souffrant d'IRSU avaient plus de 75 ans, par rapport à seulement 12,6 % en 1998[2]. La prise en charge de l'IRSU est aussi devenue plus vigoureuse chez les personnes plus âgées. En 2007, 54 % des patients atteints d'IRSU qui commençaient une dialyse avaient plus de 65 ans, en comparaison de 48 % en 1998[3]. Aux États-Unis, la plus grande proportion de patients qui amorcent une hémodialyse se situe chez ceux de plus de 75 ans et cette statistique représente le double de celle observée en 1997[4].

Discussion sur la dialyse

Quand vous visitez M. K. et sa famille, ils semblent bouleversés et comptent sur vous pour les conseiller. Ils se demandent si la dialyse en vaut la peine.

Si la dialyse peut prolonger la vie, elle est associée à une mortalité substantielle: 25 % après 1 an et 60 % après 5 ans[5]. La dialyse peut affecter la qualité de vie en causant de la fatigue, une fluctuation de la tension artérielle, des problèmes d'accès vasculaire, des infections et ainsi de suite. Il faut aussi un investissement de temps considérable, y compris l'aller et le retour, sans compter le temps de recevoir la dialyse. La population atteinte d'IRSU vieillissante est souvent frêle et a de multiples comorbidités[6-8], ce qui peut intensifier les difficultés de la dialyse et augmenter les risques de complications. Par conséquent, les bénéfices de la dialyse sur le plan de la survie peuvent être limités pour les personnes plus âgées ayant de nombreuses comorbidités (surtout des cardiopathies ischémiques)[8-10]. Par opposition, ceux qui choisissent une approche conservatrice peuvent vivre jusqu'à des mois et des années (allant de 6,3 à 23,4 mois)[9], mettant en évidence la différence entre le retrait de la dialyse qui entraîne une mort imminente et le choix d'une prise en charge conservatrice lors d'un diagnostic d'IRSU. Ceux qui choisissent de ne pas aller en dialyse préservent souvent leur fonctionnement jusqu'à un stade très avancé de la maladie et connaissent un déclin précipité durant le dernier mois de leur vie[11]. Moss et ses collaborateurs[12] ont décrit le recours à la question «surprise»: «Seriez-vous surpris si ce patient devait mourir au cours des 12 prochains mois?». Cet outil clinique a été jugé utile pour identifier les patients ayant des scores de morbidité plus élevés et un état fonctionnel plus faible et qui étaient 3,5 fois plus à risque de mourir d'ici 1 an en dépit de la dialyse.

M. K. et sa famille pensent au fait qu'il pourrait vivre plus longtemps s'il allait en dialyse mais, compte tenu de sa défaillance cardiaque, les bienfaits sur le plan de la survie pourraient ne pas être très importants. M. K. est angoissé à la pensée de devoir aller à l'hôpital et en revenir 3 fois par semaine pour l'hémodialyse et de passer des heures à être branché sur la machine. Il adore aller à son chalet et y passer 4 à 5 jours à la fois, qu'importe la saison, et il ne souhaite pas renoncer à ce plaisir, surtout que son état fonctionnel pourrait être préservé jusqu'au dernier mois de sa vie. Il s'inquiète aussi beaucoup d'être un fardeau pour sa famille.

De nombreux facteurs peuvent motiver les patients à décider de ne pas commencer une dialyse, y compris un âge avancé, ne pas vouloir aller à l'hôpital 3 fois par semaine, ne pas vouloir être un fardeau et éviter le risque de malaises à cause de la dialyse[13]. Les médecins devraient explorer ces inquiétudes lors des discussions entourant l'amorce d'une dialyse et s'assurer de soulever la question de la planification préalable des soins. Il arrive

The English version of this article is available at **www.cfp.ca** on the table of contents for the **December 2012** issue on **page 1353.**

souvent que les médecins évitent de telles discussions, croyant que les patients ne sont pas prêts; par ailleurs, la plupart des patients veulent effectivement que leur médecin entame ces discussions[14]. Les patients signalent que leurs priorités en fin de vie comportent l'éducation et le soutien de la famille, ainsi qu'un contrôle attentif de la douleur et des symptômes[15]. La plupart des patients ont déjà envisagé leurs options en fin de vie avant que les médecins ne soulèvent la question et de telles discussions peuvent en réalité donner un meilleur espoir plutôt que le diminuer[16].

Dans ces discussions, il faudrait expliquer clairement l'option d'une approche palliative conservatrice comme alternative au choix «par défaut» de la dialyse. Une étude a fait valoir que 63 % des patients qui avaient choisi la dialyse avaient regretté cette décision et 52 % ont rapporté avoir commencé la dialyse parce que c'était le «souhait du médecin»[15]. Souvent, les patients qui ont une IRSU sont traités par dialyse jusqu'à quelques jours avant leur décès et meurent à l'hôpital sans avoir vu une équipe de soins palliatifs, ni avoir bénéficié d'un contrôle adéquat des symptômes[17].

Prise en charge de la douleur et des symptômes

Vous parlez ouvertement et franchement avec M. K. et sa famille de ce à quoi on peut s'attendre avec ou sans dialyse. M. K. est assez convaincu de ne pas vouloir aller en dialyse. Son épouse manifeste soudainement de l'inquiétude et demande: «Va-t-il souffrir? Aura-t-il de la douleur?»

Murtagh et ses collaborateurs signalent que, durant le dernier mois de leur vie, les patients atteints d'IRSU ont des symptômes qui sont aussi considérables que les patients ayant un cancer en phase terminale[18]. Il n'existe pas d'étude comparant les symptômes des patients plus âgés qui sont en dialyse et ceux des patients qui choisissent une prise en charge conservatrice; par contre, la qualité de vie est comparable dans les 2 groupes[9]. Même si cet article ne porte pas spécifiquement sur la façon d'aborder chaque symptôme et sa prise en charge, il est essentiel de faire remarquer que tous les symptômes peuvent être atténués au moyen d'une approche palliative complète et globale à leur évaluation et à leur traitement.

La douleur, qui a différentes causes possibles, est très présente dans l'IRSU, que les patients soient pris en charge de manière conservatrice ou en dialyse, et elle affecte grandement leur qualité de vie[5,6,18-23]. Les opioïdes sont le pilier du contrôle de la douleur et de la dyspnée, mais la qualité globale des données sur les opioïdes en cas d'insuffisance rénale est médiocre. Les médecins devraient s'inquiéter de l'accumulation tant du médicament parent que de ses métabolites. Le principal métabolite actif de la morphine (morphine-6-glucuronide) et son métabolite présumé inactif (morphine-3-glucuronide) s'accumulent tous 2 chez les patients ayant une insuffisance rénale et sont responsables d'effets toxiques[24,25]. Le principal métabolite de l'hydromorphone est l'hydromorphone-3-glucuronide, qui s'accumule aussi chez les patients atteints d'insuffisance rénale et pourrait causer une toxicité neurale chez l'humain. On peut éviter cet effet avec des doses plus petites pendant des périodes plus courtes[24-26]. L'expérience clinique semble suggérer que l'utilisation de l'hydromorphone et de l'oxycodone pourrait être plus sécuritaire que l'usage de la morphine en cas d'insuffisance rénale. Ils ont tous 2 des métabolites qui s'accumulent chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale, mais l'effet de ces métabolites est moins clair que celui de la morphine-3-glucuronide et de la morphine-6-glucuronide. La méthadone et le fentanyl ne semblent pas avoir de métabolites cliniquement significatifs et pourraient donc être les médicaments les plus sécuritaires à utiliser dans les cas d'insuffisance rénale[24]; par ailleurs, de nombreux médecins ne sont pas à l'aise de prescrire ces médicaments parce que leur pharmacocinétique est compliquée et en raison de leur propre manque d'expérience. En général, étant donné notre niveau actuel de compréhension des opioïdes en cas d'insuffisance rénale, il est recommandé d'adopter une approche «commencer à faible dose et aller lentement» et de consulter les références publiées, quel que soit l'opioïde prescrit[24-30]. Pour la douleur neuropathique, la gabapentine et la prégabaline peuvent toutes 2 être utilisées à des doses ajustées[27,30] et elles ont moins d'effets secondaires que les antidépresseurs tricycliques. On trouve au **Tableau 1** les doses initiales suggérées des médicaments courants pour les patients plus âgés atteints d'IRSU.

La douleur et l'essoufflement de M. K. sont bien contrôlés avec de faibles doses d'hydromorphone. Son épouse vous parle maintenant d'une certaine agitation chez M. K. par moments, surtout la nuit. Il a essayé de sortir du lit et a fait une chute. Même si vous changez son opioïde au fentanyl, l'agitation persiste. Vous croyez que son délirium est probablement multifactoriel.

Le délirium est un symptôme très fréquent chez les personnes en phase avancée de la maladie[31] et peut causer beaucoup de détresse aux patients et à leurs proches. Les médecins s'inquiètent peut-être d'utiliser des médicaments antipsychotiques chez les aînés frêles ayant une IRSU, mais l'halopéridol est excrété minimalement dans l'urine et est probablement sécuritaire. Il existe très peu de données sur d'autres médicaments antipsychotiques, comme la méthotriméprazine, l'olanzapine ou la quétiapine[32,33]. Comme avec les opioïdes, la recommandation de «commencer à faible dose et aller lentement» s'applique aussi. Ces mêmes médicaments à

Tableau 1. Doses initiales suggérées des médicaments courants chez les patients plus âgés ayant une insuffisance rénale au stade ultime

MÉDICAMENT	DOSE DE DÉPART*	FRÉQUENCE
Douleur ou dyspnée		
Hydromorphone à libération immédiate	0,5 mg par voie orale ou 0,25 mg par voie sous-cutanée	Dose de base aux 8 à 12 h et, au besoin, aux 2 h
Morphine	2,5 mg par voie orale ou 1,5 mg par voie sous-cutanée	Dose de base aux 8 à 12 h et, au besoin, aux 2 h
Oxycodone	2,5 mg par voie orale	Dose de base aux 12 h et, au besoin, aux 2 h
Fentanyl	Ne devrait jamais être commencé chez un patient qui n'a jamais pris d'opioïdes	
Douleur neuropathique		
Gabapentine	100 mg par voie orale	1 fois par jour (jusqu'à une dose quotidienne totale maximale de 300 mg)
• Prégabaline	25 mg par voie orale	1 fois par jour (jusqu'à une dose quotidienne totale maximale de 100 mg)
Délirium ou nausée		
Halopéridol	0,5-1 mg par voie orale ou sous-cutanée	Au besoin aux 3 h. Si une dose de base est nécessaire, aux 12 h
Méthotriméprazine	2,5-6,25 mg par voie orale ou sous-cutanée	Au besoin aux 3 h. Si une dose de base est nécessaire, aux 12 h
Olanzapine	2,5-5 mg par voie orale, sublinguale ou sous-cutanée	Au besoin aux 8 h. Si une dose de base est nécessaire, 1 fois par jour
Prurit		
Paroxétine	5 mg	I fois par jour au coucher
Mirtazapine	7,5 mg	I fois par jour au coucher

*Ces doses initiales suggérées se fondent sur l'expérience des auteurs (D.S. et J.D.).

des doses semblables peuvent être utilisés pour la nausée, qui est un autre symptôme commun dans l'IRSU.

Vous commencez à prescrire à M. K. une petite dose d'halopéridol à raison de 1 mg par voie sous-cutanée 2 fois par jour et de 0,5 mg aux 3 heures au besoin et son agitation diminue. Il se préoccupe maintenant surtout de ses démangeaisons; il ne peut pas s'empêcher de se gratter tout le temps.

Le prurit peut se produire chez les patients, qu'ils soient ou non en dialyse[18,34] et ce problème a des effets négatifs considérables sur la qualité de vie[35]. Sa cause demeure inconnue, mais il y a de nombreux facteurs possibles pouvant y contribuer. La sécheresse de la peau est fréquente et peut être traitée avec des émollients[34,36]. Les récepteurs de la sérotonine sont plus importants que l'histamine dans le prurit en cas d'IRSU[37], donc la mirtazapine[38] et la paroxétine[39] sont plus utiles que les antihistaminiques. Il a aussi été démontré que la gabapentine et la prégabaline étaient utiles, surtout administrées après la dialyse[40]; par ailleurs, le mécanisme d'action n'est pas déterminé avec certitude. (Visitez le **www.cfp.ca/content/57/9/e316.full.pdf+html** pour consulter un article sur le prurit en soins palliatifs[41]).

L'utilisation fréquente d'émollients et une faible dose de paroxétine améliorent dramatiquement le prurit et le bien-être général de M. K. Éventuellement, il reçoit son congé de l'hôpital et revient à la maison où vous pouvez vous en occuper en collaboration avec les soins infirmiers communautaires pendant encore 6 mois, jusqu'à ce qu'il meure paisiblement.

POINTS SAILLANTS

•Les patients peuvent décider de ne pas suivre une dialyse pour des motifs comme un âge avancé, ne pas vouloir aller à l'hôpital 3 fois par semaine, être un fardeau ou courir le risque de malaises à cause de la dialyse. Les médecins devraient explorer ces préoccupations lors des discussions concernant l'amorce d'une dialyse et soulever la question de la planification préalable des soins.

•Les patients qui ont une néphropathie en phase terminale sont souvent traités en dialyse jusqu'à quelques jours avant leur mort et meurent à l'hôpital sans avoir été vus par une équipe de soins palliatifs ni avoir bénéficié d'un contrôle adéquat des symptômes.

•On peut prendre en charge tous les symptômes d'une insuffisance rénale au stade ultime au moyen d'une approche palliative complète et globale à l'endroit de l'évaluation et du traitement.

Dre Seccareccia est médecin en soins palliatifs au Département de médecine familiale du Sunnybrook Health Sciences Centre à Toronto, en Ontario. **Dr Downar** est intensiviste et médecin en soins palliatifs au Toronto General Hospital.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Références

1. Chambers E. Palliative medicine in end-stage renal failure. Dans: Hanks GW, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, rédacteurs. *Oxford textbook of palliative medicine.* 4e éd. New York, NY: Oxford University Press; 2010. p. 1281.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Canadian Organ Replacement Register annual report: treatment of end-stage organ failure in Canada, 2001 to 2010.* Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2012. Accessible à: **https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1696.** Accédé le 26 octobre 2012.
3. Institut canadien d'information sur la santé [site web]. *Organ replacements.* Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2012. Accessible à: **www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/specialized+services/organ+replacements/cihi021362.** Accédé le 14 juillet 2012.
4. United States Renal Data System. *USRDS 2011 annual data report: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the US.* Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2011.
5. Davison SN. Integrating palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: recent advances, remaining challenges. *J Palliat Care* 2011;27(1):53-61.
6. Murtagh FE, Cohen LM, Germain MJ. The "no dialysis" option. *Adv Chronic Kidney Dis* 2011;18(6):443-9.
7. Murtagh FE, Addington-Hall JM, Higginson IJ. End-stage renal disease: a new trajectory of functional decline in the last year of life. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(2):304-8. Cyberpub. du 28 janvier 2011.
8. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22(7):1955-62. Cyberpub. du 4 avril 2007.
9. O'Connor NR, Kumar P. Conservative management of end-stage renal disease without dialysis: a systematic review. *J Palliat Med* 2012;15(2):228-35. Cyberpub. du 7 février 2012.
10. Cooper BA, Branley P, Bulfone L, Collins JF, Craig JC, Fraenkel MB et collab. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2010;363(7):609-19. Cyberpub. du 27 juin 2010.
11. Murtagh FE, Sheerin NS, Addington-Hall J, Higginson IJ. Trajectories of Illness in stage 5 chronic kidney disease: a longitudinal study of patient symptoms and concerns in the last year of life. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011;6(7):1580-90. Cyberpub. du 16 juin 2011.
12. Moss AH, Ganjoo J, Sharma S, Gansor J, Senft S, Weaner B et collab. Utility of the "surprise" question to identify dialysis patients with high mortality. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3(5):1379-84. Cyberpub. du 2 juillet 2008.
13. Johnston S, Noble H. Factors influencing patients with stage 5 chronic kidney disease to opt for conservative management: a practitioner research study. *J Clin Nurs* 2012;21(9-10):1215-22. DOI:10.1111/j.1365-2702.2011.04001.x. Cyberpub. du 3 mars 2012.
14. Davison SN. Facilitating advance care planning for patients with end-stage renal disease: the patient perspective. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1(5):1023-8. Cyberpub. du 2 août 2006.
15. Davison SN. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5(2):195-204. Cyberpub. du 14 janvier 2010.
16. Davison SN, Simpson C. Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ* 2006;333(7574):886. Cyberpub. du 21 septembre 2006.
17. McAdoo SP, Brown EA, Chesser AM, Farrington K, Salisbury EM. Measuring the quality of end of life management in patients with advanced kidney disease: results from the pan-Thames renal audit group. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27(4):1548-54. Cyberpub. du 6 octobre 2011.
18. Murtagh FE, Addington-Hall J, Edmonds P, Donohoe P, Carey I, Jenkins K et collab. Symptoms in the month before death for stage 5 chronic kidney disease patients managed without dialysis. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(3):342-52. Cyberpub. du 26 juin 2010.
19. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14(1):82-99.
20. Yong DS, Kwok AO, Wong DM, Suen MH, Chen WT, Tse DM. Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliat Med* 2009;23(2):111-9. Cyberpub. du 19 janvier 2009.
21. Cohen LM, Moss AH, Weisbord SD, Germain MJ. Renal palliative care. *J Palliat Med* 2006;9(4):977-92.
22. Fassett RG, Robertson IK, Mace R, Youl L, Challenor S, Bull R. Palliative care in end-stage kidney disease. *Nephrology* (Carlton) 2011;16(1):4-12. DOI:10.1111/j.1440-1797.2010.01409.x.
23. Isles C, Robertson S, Almond A, Donaldson K, Clark D. The challenges of renal replacement therapy and renal palliative care in the elderly. *J R Coll Physicians Edinb* 2011;41(3):238-43.
24. King S, Forbes K, Hanks GW, Ferro CJ, Chambers EJ. A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project. *Palliat Med* 2011;25(5):525-52.
25. Dean M. Opioids in renal failure and dialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2004;28(5):497-504.
26. Paramanandam G, Prommer E, Schwenke DC. Adverse effects in hospice patients with chronic kidney disease receiving hydromorphone. *J Palliat Med* 2011;14(9):1029-33. Cyberpub. du 8 août 2011.
27. Yorkshire Palliative Medicine Guidelines Group. *Clinical guidelines for the use of palliative care drugs in renal failure: 2006.* Leeds, RU; Yorkshire Palliative Medicine Guidelines Group; 2006. Accessible à: **www.palliative-drugs.com/download/PALLIATIVECAREDRUGSINRENALFAILURE.pdf.** Accédé le 26 octobre 2012.
28. Department of Health Renal NSF Team, Marie Curie Palliative Care Institute. *Guidelines for LCP prescribing in advanced chronic kidney disease.* Londres, Angleterre: Department of Health; 2008. Accessible à: **www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085320**. Accédé le 26 octobre 2012.
29. Neerkin J, Brennan M, Jamal H. *Use of opioids in patients with impaired renal function.* Nottingham, Angleterre: Palliativedrugs.com; 2012. Accessible à: **www.palliativedrugs.com/download/08_06_Prescribing%20Opioids%20in%20Renal%20Patients%5B1%5D%5B1%5D.pdf**. Accédé le 26 octobre 2012.
30. Mid-Atlantic Renal Coalition, Kidney End-of-Life Coalition. *Clinical algorithm & preferred medications to treat pain in dialysis patients.* Richmond, VA: Mid-Atlantic Renal Coalition and the Kidney; 2009. Accessible à: **www.kidneyeol.org/Files/PainBrochure9-09.aspx**. Accédé le 26 octobre 2012.
31. Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him." *JAMA* 2008;300(24):2898-910, E1.
32. Baghdady NT, Banik S, Swartz SA, McIntyre RS. Psychotropic drugs and renal failure: translating the evidence for clinical practice. *Adv Ther* 2009;26(4):404-24. Cyberpub. du 4 mai 2009.
33. Cohen LM, Tessier EG, Germain MJ, Levy NB. Update on psychotropic medication use in renal disease. *Psychosomatics* 2004;45(1):34-48.
34. Berger TG, Steinhoff M. Pruritus and renal failure. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30(2):99-100.
35. Wang H, Yosipovitch G. New insights into the pathophysiology and treatment of chronic itch in patients with end-stage renal disease, chronic liver disease and lymphoma. *Int J Dermatol* 2010;49(1):1–11. DOI:10.1111/j.1365-4632.2009.04249.x.
36. Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC et collab. Itch: scratching more than the surface. *QJM* 2003;96(1):7-26.
37. Szepietowski JC. Uraemic pruritus. Dans: Zylicz Z, Twycross R, Jones EA, rédacteurs. *Pruritus in advanced disease.* Londres, Angleterre: Oxford University Press; 2004. p. 69-83.
38. Davis MP, Frandsen JL, Walsh D, Andresen S, Taylor S. Mirtazapine for pruritus. *J Pain Symptom Manage* 2003;25(3):288-91.
39. Zylicz Z, Krajnik M, Sorge AA, Costantini M. Paroxetine in the treatment of severe non-dermatological pruritus: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2003;26(6):1105-12.
40. Vila T, Gommer J, Scates AC. Role of gabapentin in the treatment of uremic pruritus. *Ann Pharmacother* 2008;42(7):1080-4. Cyberpub. du 20 mai 2008.
41. Seccareccia D, Gebara N. Pruritus in palliative care. Getting up to scratch. *Can Fam Physician* 2011;57:1010-3 (ang), e316-9 (fr).

Dossiers en soins palliatifs est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et rédigée par les membres du Comité des soins palliatifs du Collège des médecins de famille du Canada. Ces articles explorent des situations courantes vécues par des médecins de famille qui offrent des soins palliatifs dans le contexte de leur pratique en soins primaires. N'hésitez pas à nous suggérer des idées de futurs articles à **palliative_care@cfpc.ca.**