



Palliative Info

Newsletter

N° 3, novembre 2016

Médecine palliative

Membres du groupe de travail

- PD Dr Klaus Bally (KB)
- Dr Christoph Cina (CC)
- Dr Roland Kunz (RK)
- Dr Vanni Manzocchi (VM)
- PD Dr Claudia Mazzocato (CM)
- Prof Dr Sophie Pautex (SP)

Recours à la sédation palliative: dimensions cliniques et éthiques

Auteur: PD Dr Claudia Mazzocato

Définition de la sédation palliative

« La sédation palliative se définit comme l'administration intentionnelle de substances sédatives, au dosage minimal nécessaire, dans le but d'obtenir le soulagement d'un ou plusieurs symptômes réfractaires en réduisant l'état de conscience temporairement ou définitivement d'un patient porteur d'une maladie avancée, dont l'espérance de vie estimée est courte (jours ou semaines), en collaboration avec une équipe multidisciplinaire compétente¹ ». Selon les circonstances cliniques, la sédation varie donc en termes de profondeur (réduction de la conscience légère, intermédiaire ou profonde) et de durée (temporaire, intermittente, continue jusqu'au décès)².

Définition d'un symptôme réfractaire

Un symptôme est dit réfractaire si « sa perception est insupportable au patient et que celui-ci ne peut pas être soulagé en dépit d'efforts obstinés pour trouver un traitement adapté sans compromettre sa conscience »³. Il n'est pas toujours aisé de distinguer un symptôme difficile à soulager d'un symptôme réfractaire.

La **figure 1** (voir page 4) illustre les différentes étapes guidant les soignants dans cette démarche. Chaque fois que possible, celle-ci devrait se faire avec le soutien d'une équipe spécialisée en soins palliatifs.

Deux cas de figures peuvent se présenter:

- Le symptôme réfractaire est la conséquence d'un ou plusieurs symptômes initialement difficiles à soulager, dont l'intensité, la persistance ou l'aggravation ont fini par les rendre intolérables. Il peut s'agir d'une dyspnée, d'un état d'agitation consécutif à un état confusionnel aigu, plus rarement d'une douleur. La sédation peut être programmée.
- Le symptôme réfractaire est la manifestation d'une situation aiguë nécessitant une intervention immédiate, telles qu'une hémorragie ou une hématomérose massives par exemple. De telles situations ne peuvent pas toujours être anticipées et nécessitent une sédation en urgence.

Objectifs

- Améliorer la formation des médecins membres de la SSMIG dans le domaine des soins palliatifs;
- Susciter la curiosité des médecins en proposant des références supplémentaires;
- Tenir les médecins au courant des développements nationaux et des formations dans le domaine des soins palliatifs.

Pratiquement

- 1–2 pages A4
- Envoyée par e-mail
- Traduction en français, allemand et italien du newsletter «Palliative Info»
- Parution: 3 fois par an
- Axée sur la pratique et le savoir faire

Comité éditorial

- PD, Dr Sophie Pautex (SP)

Contact

sophie.pautex@hcuge.ch

Design/Production

Secrétariat de la SSMIG

Par souci de lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans cet article. Il va de soi que l'emploi des termes «patient» et «médecin» couvre également les personnes de sexe féminin.

Conditions de recours à la sédation palliative^{1,4-6}

Plusieurs pré-requis sont nécessaires à la mise en œuvre d'une sédation palliative:

Patient et proches

- Le patient est en phase terminale d'une maladie évolutive. Il souffre d'un symptôme qu'il vit comme intolérable et qui est considéré par l'équipe soignante comme réfractaire.
- Le patient et ses proches sont informés des objectifs de la sédation, de ses modalités (durée, profondeur, surveillance, réversibilité) et de ses conséquences (diminution de l'état de conscience).
- Le patient est en accord avec la procédure et ses modalités (degré de profondeur, durée). Lorsqu'il ne dispose pas de sa capacité de discernement et en l'absence de directives anticipées, le consentement est demandé au représentant thérapeutique.

Equipe soignante

- Il y a consensus au niveau de l'équipe soignante pluridisciplinaire sur le caractère réfractaire du symptôme et le recours à une sédation palliative.
- La décision d'initier une sédation palliative, ses modalités et sa surveillance sont documentées.
- La décision de poursuivre ou non une alimentation ou hydratation artificielles est anticipée et documentée.
- Les soignants non familiarisés avec une sédation palliative reçoivent une information similaire à celle donnée au patient et aux proches.

Choix du médicament sédatif^{1,2,4-6}

Le midazolam est le médicament utilisé en première ligne en raison de son caractère hydrosoluble, son effet rapide, sa courte durée d'action, sa rapide élimination et la possibilité de l'antagoniser par le flumazénil. Il est administré en continu, par voie sous-cutanée ou intraveineuse. Plus rarement, la lévomépromazine peut être utilisée lors d'état d'agitation consécutif à un état confusionnel aigu et le propofol lors de réactions paradoxales aux benzodiazépines. L'utilisation des opioïdes est contre-indiquée. Ils sont de mauvais sédatifs et l'augmentation de leur dosage peut induire des effets secondaires préjudiciables au confort du patient, tels qu'une neurotoxicité. Leur utilisation est limitée au traitement symptomatique de la douleur et de la dyspnée terminale.

Procédure de la sédation palliative ^{1,5-6}

Chaque fois que possible, une sédation temporaire doit être considérée avant une sédation continue jusqu'au décès du patient. Les doses de midazolam doivent être titrées de manière à induire une réduction de conscience aussi faible que possible rendant le symptôme réfractaire tolérable.

Induction (en présence d'un médecin expérimenté) et maintenance

- Midazolam 0.05–0.1 mg/kg IV ou SC (venflon sous cutané en localisation thoracique supérieure). Privilégier la voie IV dans une sédation en urgence.
- Induction: Midazolam 0.5–1 mg IV en bolus toutes les 5 minutes ou 1–2.5 mg SC toutes les 10 à 15 minutes jusqu'à obtention du degré de sédation recherché.
- Maintenance: Midazolam IV ou SC à une dose correspondant au 50 % de la dose d'induction totale/heure, débuté dès l'obtention du degré de sédation recherché.
- Sédation insuffisante:
 - En situation d'urgence, utiliser le midazolam IV en bolus comme lors de l'induction puis réadapter le dosage de maintenance.
 - Dans une situation non aiguë mais insatisfaisante, augmenter la dose de maintenance du midazolam IV ou SC de 1 mg/h jusqu'à obtention du degré de sédation recherché.
- Sédation temporaire ou partielle: stopper 6 heures avant le moment décidé du réveil ou réduire de 50 % la perfusion de midazolam. Evaluer attentivement le degré de confort du patient.

Surveillance

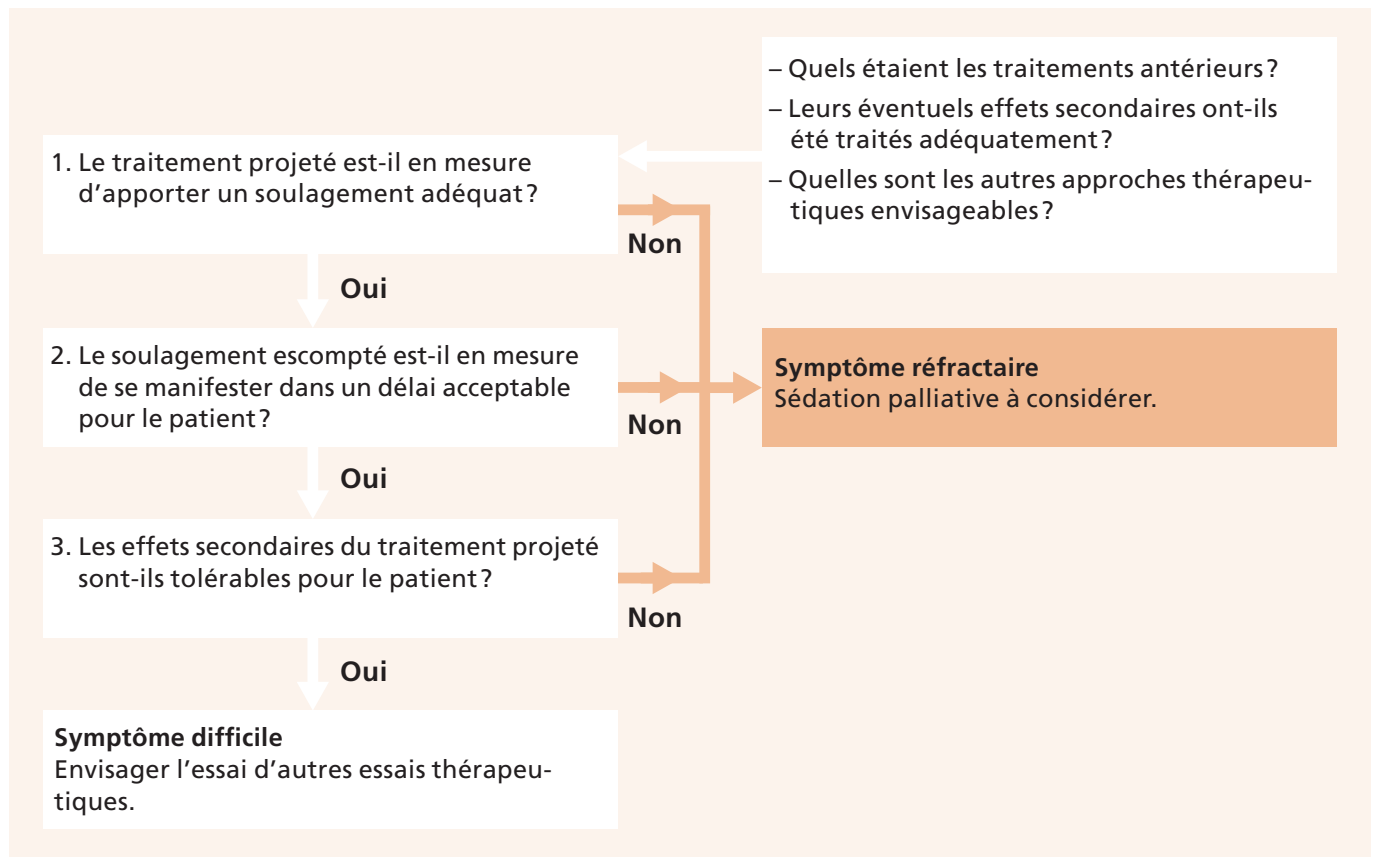
- Première heure ou lors d'augmentation de la dose de maintenance: profondeur de la sédation à l'aide d'un outil validé tel que l'échelle de RUDKIN¹ ou celle de Richmond (RASS)⁷, fréquence respiratoire, pouls, TA et saturation en O₂ (cette dernière selon le lieu de prise en charge, l'évolution clinique et les objectifs de la sédation). Puis surveillance de ces mêmes paramètres aux deux heures ou à un intervalle défini par le lieu de prise en charge.
- Evaluation régulière de l'ensemble des symptômes, nécessitant une attention particulière vue la diminution de l'état de conscience du patient altérant la communication verbale. Tous les traitements symptomatiques, notamment antalgiques, et les soins de confort sont poursuivis et adaptés selon l'évolution.

Sédation à domicile et en EMS ⁸

Le recours à une sédation palliative à domicile ou en EMS est possible mais reste difficile à réaliser vue la grande disponibilité qu'elle demande au médecin traitant (visites régulières, mobilisable en tout temps) et à l'équipe soignante (suivi infirmier régulier jour et nuit). Ceux-ci doivent par ailleurs disposer de compétences en soins palliatifs et une expérience de la sédation palliative ou, à défaut, être épaulés par une équipe mobile de soins palliatifs facilement joignable.

Figure 1

Etapes dans l'analyse d'un symptôme potentiellement réfractaire³



Références

- 1 Recommandations de Bigorio «Sédation palliative»: www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_4_bigorio_2005_Sedation_fr_.pdf
- 2 Lossignol D. End-of-life sedation: is there an alternative? *Curr Opin Oncol* 2015; 27: 358–64.
- 3 Cherny N, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31–8.
- 4 Moynier-Vantieghe K, Beauverd M. Sédation palliative: aspects cliniques pratiques. *Rev Med Suisse* 2008; 4: 462–6.
- 5 De Graeff A, Dean M. Palliative sedation in the last weeks of life: a literature review and recommendation for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67–85.
- 6 Maltoni M, Scarpi S, and Nanni O. Palliative sedation for intolerable suffering. *Curr Opin Oncol* 2014; 26: 389–94.
- 7 Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, et al. AMROSE Site Study Group. Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44: 704–14.
- 8 Blanchet V, Viillard ML, Aubry R. Sédation en médecine palliative: recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Medicine Palliative* 2010; 9: 59–70.

Auteur Dr Claudia Mazzocato, PD MER, médecin cheffe
Service de soins palliatifs, Département de médecine, CHUV, UNIL

Adresse Mont Pausible 14, CHUV, 1011 Lausanne

Mail Claudia.mazzocato@chuv.ch

«Palliative Info» est une publication conjointe de