

# La sédation en soins palliatifs

Dr Neu Jean-Charles, médecin soins palliatifs

15 NOVEMBRE 2016 20H00

# 1. Recommandations & Définitions

la sédation serait une « **utilisation de traitements médicamenteux sédatifs afin de soulager une souffrance intolérable due à des symptômes réfractaires par une réduction de l'état de conscience du patient** ».

## **Définition de la sédation:**

La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en oeuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.

La sédation (...) peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue.

## 2. Quelles sont les indications de la sédation pour détresse ?

1. **Les complications aiguës** à risque vital immédiat (hémorragies cataclysmiques, détresses respiratoires asphyxiques, etc.);
2. **La persistance de symptômes réfractaires**, vécus comme insupportables par le patient et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts réalisés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.  
Mais si ces indications cliniques sont facilement

# Thérapeutiques utilisées

Un médicament de choix pour la sédation en phase terminale pour détresse :

Le *midazolam* (HYPNOVEL°):

-sa **demi-vie courte (2 à 4 h)** ;

-son effet **sédatif dose-dépendant**

-caractère hydrosoluble permettant **des voies d'administration variées** (IV, sous cutanée, sub linguale)

-ses caractéristiques communes aux benzodiazépines (anxiolytique, hypnotique, amnésiant et myorelaxant) ;

répond aux quatre critères d'exigence : maniabilité et réversibilité ; marge de sécurité thérapeutique ;. facilité d'emploi ; moindre coût.

### 3. Quelles sont les modalités pratiques de la sédation?

- Conditions préalables
- Information et consentement
- Prise de décision
- Mise en oeuvre de la sédation
- Information
- Modalités de la prescription.

# Prise de décision

- ❑ **La décision de sédation** doit être prise par le **médecin en charge du patient**,
- ❑ Si le patient est inconscient ou incapable de communiquer, une décision collégiale sera nécessaire
- ❑ Les arguments **inscrits dans le dossier du patient**.
- ❑ Il est recommandé **d'anticiper**, autant que possible

# Information

- ❑ Le médecin responsable de la décision de sédation s'assure de la **compréhension par l'ensemble de l'équipe**, des objectifs visés,
- ❑ **Le patient doit être informé**, des objectifs, des modalités possibles, des conséquences et des risques de la sédation.
- ❑ L'information du patient doit être délivrée en tenant compte de ses capacités de compréhension (âge, troubles cognitifs, etc.).

# Comment mettre en œuvre la sédation ?

## **Titration du midazolam.**

Pour la titration chez l'adulte, **le midazolam est préparé 1 mg/ml.**

## **Pour une SAP : 50mg/50ml**

Chez l'adulte, la titration débute par une injection de 1 mg toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'obtention d'un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée (voir ci-dessous tableau 1).

Il est recommandé de noter, dans le dossier du patient, la dose totale qui a été nécessaire pour induire la sédation.



# Échelle d'évaluation de la sédation selon le score de RUDKIN

## Score Niveau de sédation

1 : Patient complètement éveillé et orienté

2 : Patient somnolent

3: Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel

4: Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère,  
(traction sur le lobe de l'oreille)

5 : Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère

## **En cas de sédation continue.**

L'entretien d'une sédation continue est fait en injectant une dose horaire, en perfusion continue, égale à 50 % de la dose qui a été nécessaire pour obtenir un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée, chez l'adulte.

Chez l'adulte, il est recommandé d'utiliser l'échelle de Rudkin modifiée pour évaluer la profondeur de la sédation.

Exemple: s'il faut 6 mg en bolus de midazolam (HYPNOVEL) pour sédater le patient, alors il faut prescrire la SAP à 3mg/h

# Poursuite des mesures d'accompagnement.

Pendant toute la durée de la sédation, **la surveillance clinique, les soins de confort (nursing, soins de bouche, etc.) et l'accompagnement de la personne malade doivent être maintenus.**

Pendant toute la durée de la sédation, il est recommandé de **réévaluer tous les autres traitements** au regard de leur utilité.

Pendant toute la durée de la sédation, **le soutien et l'accompagnement des proches** doivent être poursuivis, voire renforcés.

En cas de sédation prolongée, le bien-fondé de son maintien au cours du temps doit être régulièrement questionné.

Il est recommandé, pendant toute la durée de la sédation, de maintenir **une attention constante à la proportionnalité du traitement et à l'effet sédatif visé.**

# Conclusion

La sédation est une pratique médicale complexe à mettre en oeuvre. Cette complexité concerne aussi bien les indications que l'évaluation. Pendant un coma pharmacologiquement induit le malade semble « apaisé » mais, que savons-nous alors de son vécu et/ou de son travail intrapsychique ? Le recours à la sédation prive le patient de ses capacités relationnelles et de son autonomie.

Il est alors dans **un état de totale dépendance vis-à-vis d'autrui** et donc très vulnérable.

Il y a donc un **paradoxe** majeur **entre la sédation** et le **souci de maintenir une relation**, condition essentielle de l'accompagnement.