



ASPER

Accompagnement et Soins Palliatifs En Réseau

Centre Alsace

47 rue Morat, 68000 COLMAR

Tél : 03 89 80 41 50 – Fax : 03 89 80 41 49 – asper68@wanadoo.fr

LA SÉDATION EN SOINS PALLIATIFS

Dr Richard SCHWALD, septembre 2007

1. QU'APPELLE-T-ON SÉDATION ?

- C'est la recherche par des moyens médicamenteux, d'une **diminution de la vigilance** pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but 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 œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté par le patient.
- La sédation peut être **intermittente ou prolongée**.

2. QUELLES SONT LES SITUATIONS POUVANT JUSTIFIER UNE SÉDATION ?

- **Situation aiguë à risque vital immédiat**, facilement identifiable : hémorragie cataclysmique, dyspnée majeure.
- **Symptôme réfractaire**: symptôme dont la perception est insupportable pour le patient, et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté, sans compromettre la conscience du patient.
- **Situations singulières et complexes dont la réponse ne peut se réduire au seul domaine médical**: contexte de détresse persistante, vécue comme insupportable par le malade.

3. CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR MENER UNE SÉDATION :

- **L'information du malade et de l'entourage est réalisée sur :**
 - **l'objectif visé,**
 - **la technique et le produit utilisés,**
 - **le caractère** intermittent ou continu mais **réversible** de la sédation (réveil)
 - l'incidence sur la maladie et la poursuite des soins.
 - **Sur les risques:**
 - o **effet paradoxal** (+++)
 - o **double effet** : possibilité de non réversibilité et survenue du décès.
 - **L'intention : soustraire le malade à une intense souffrance et non celle de mettre fin à sa vie**, est clairement expliquée même si la survenue du décès est possible compte tenu du stade évolutif de la maladie.
- **Le consentement du patient et/ou de son entourage** est recherché chaque fois que la situation le permet.
- **La transparence :**
 - **L'information de l'équipe multidisciplinaire** est réalisée, les objectifs étant discutés et réévalués. (et si possible avant une situation d'urgence)
 - La démarche de soins est écrite dans le dossier, de même que les doses de produit utilisées et toutes modifications de doses.
- **Les traitements symptomatiques, les soins et l'accompagnement des proches sont poursuivis.**

Il est conseillé de s'entourer des **conseils d'une équipe de soins palliatifs** expérimentée à une telle pratique.

4. CONDUITE PRATIQUE :

4.1. PRODUITS ET PRÉSENTATIONS du MIDAZOLAM

HYPNOVEL®	Concentration 5 mg/ml :	ampoule de 5 mg/1ml (5 mg/ampoule) ampoule de 50 mg/10 ml (50 mg/ampoule)
	Concentration 1 mg/ml :	ampoule de 5 mg/5ml (5 mg/ampoule)
VERSED®	Concentration 1 mg/ml :	ampoule de 2mg/2 ml (2 mg /ampoule)

4.2. ADMINISTRATION :

4.3. SITUATION AIGUË AVEC VOIE VEINEUSE EN PLACE:

4.3.1. INDUCTION :

- **Méthode de titration (et en aucun cas par injection rapide ou en bolus)**
- **Diluer 1 ampoule de façon à obtenir une concentration de 0,5 mg/ml, soit :**
 - 1 ampoule de 1 ml dosée à 5 mg dans 9 ml d'eau pour préparations injectables
 - 1 ampoule de 5 ml dosée à 5 mg dans 5 ml d'eau pour préparations injectables
 - 1 ampoule de 2 ml Versed dosée à 2 mg dans 2 ml d'eau pour préparations injectables
- **Injection en IV lente, ml par ml (0,5 mg par 0,5 mg) toutes les 2 minutes jusqu'à la chute des paupières (dose d'induction) pour obtenir un score de Rudkin* à 4.**

➤ Score de Rudkin :

- 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 lobe de l'oreille)
- 5 : patient avec les yeux fermés mais ne répondant pas à une stimulation tactile légère.

- **Cinétique :**

- Début de l'effet : en 2 minutes environ
- Maximum de l'effet : 5 à 10 minutes
- Demi-vie d'élimination : 1,5 à 2,5 heures

4.3.2. ENTRETIEN :

- Soit renouveler des injections discontinues en fonction du résultat clinique.
- Soit entretenir la sédation de manière continue, jusqu'au moment prévu du réveil, avec une dose horaire correspondant à 50% de la dose d'induction. (au pousse seringue électrique)

4.4. AUTRES SITUATIONS ET/OU ABSENCE DE VOIE VEINEUSE :

4.4.1. INDUCTION :

- Utiliser la **voie sous cutanée** : 0.05 à 0.1mg / kg soit 2.5 à 5mg pour un malade de 50kg. (1/2 à 1 ampoule de 5 mg)
- **Voie sublinguale** (proposée par certains auteurs): 1 mg, renouvelable

4.4.2. ENTRETIEN :

- Soit renouveler des injections discontinues en fonction du résultat clinique.
- Soit entretenir la sédation de manière continue avec un PSE ou une perfusion, avec une dose horaire correspondant à 50% de la dose utile à l'induction.

4.4.3. GESTE OU MOBILISATION DOULOUREUSE:

- 3 à 5mg SC, 15 minutes avant le soin, toujours associée à une antalgie.

5. PROTOCOLE EN CAS DE SURDOSAGE EN MIDAZOLAM :

5.1. PRODUIT :

- **ANEXATE:** ampoule 10 ml dosée à 1 mg/10 ml

5.2. ADMINISTRATION :

- **Voie d'injection: IV lente**
- **Protocole :**
 - arrêter l'administration d'Hypnovel
 - injection IV lente (en 15 secondes) de 0,2 mg (soit 2 ml)
- **En cas d'inefficacité au bout d'une minute:**
 - injecter 0,1 mg (soit 1 ml) toutes les minutes si besoin,
 - sans dépasser 2 mg (2 ampoules) au total.

6. APRÈS LA SÉDATION :

- Après la réalisation d'une sédation, il est capital dans tous les cas – et a fortiori si la sédation a été réalisée en toute fin de vie et s'est terminée par le décès du patient – que tous les protagonistes : entourage, soignants et équipes se réunissent pour que tous puissent exprimer leur vécu, leurs doutes, pour éviter tout risque de confusion.

7. BIBLIOGRAPHIE :

- SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs). La sédation pour détresse en phase terminale. *Médecine Palliative* 2002, 1:9-14. www.sfap.org
- Document de l'EMSP des Hospices Civils de Colmar.
- Protocoles de l'AHDCa et du réseau ASPER
- ANDEM. Conférence de consensus sur la sédation en réanimation, concept et pratique. 1993. Ref Type: Bill/Resolution
- Billings JA, Block SD. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996; 12(4):21-30.
- Burucoa B, Delzor M, & coll. Pour une sédation vigile non euthanasique : midazolam et methotrimeprazine, alternatives à l'euthanasie. *Info Kara* 1996; 43:21-30.
- Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306(11):639-645.
- Chater S, Viola R, & coll. Sedation for the intractable distress in the dying : a survey of experts. *Palliative Medicine* 1998; 12:255-269.
- Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care* 1994; 10(2):57-70.
- Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10(2):31-38.
- Fainsinger RL, Waller A, Bercovici M, Bengtson K, Landman W, Hosking M et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000; 14(4):257-265.
- Fondras JC. La sédation pharmacologique et les contradictions éthiques. *European Journal of Palliative Care* 1996; 3(1):17-20.
- Girardier J, Beal JL, Alavoine V. Les situations extrêmes en soins palliatifs. *Info Kara* 1995; 38:35-45.
- Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *J Palliat Care* 1990; 6(4):7-15.
- Morita T, Inoue S, Chihara S. Sedation for symptom control in Japan: the importance of intermittent use and communication with family members. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12(1):32-38.
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Terminal sedation for existential distress. *Am J Hosp Palliat Care* 2000; 17(3):189-195.
- Mount B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care* 1996; 12(4):31-37.
- Porta J, Guinovart C, & coll. Definicion y opiniones acerca de la sedacion terminal : estudio multicentrico catalano balear. *Medicina Palliativa* 1999; 6(3):108-115.
- Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect--a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337(24):1768-1771.
- Quill TE, Lee BC, Nunn S. Palliative treatments of last resort: choosing the least harmful alternative. University of Pennsylvania Center for Bioethics Assisted Suicide Consensus Panel. *Ann Intern Med* 2000; 132(6):488-493.
- Richard MS. Faire dormir les malades. *Cahiers Laennec* 1993; 41(5):2-7.
- Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med* 1999; 159(6):545-550.
- Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, Tamburini M, Cassileth BR. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990;6(3):7-11.
- Verspiren P. Profondeur et durée du sommeil induit. *Cahiers Laennec* 1993; 41(5):7-10. Paris, 2002