

La Sédation en fin de vie



Loi Clayes- Leonetti 2016

Fiches repères SFAP. Mai 2017

Décembre 2017

Définition

La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une **diminution de la vigilance** pouvant aller jusqu'à la **perte de conscience**.

3 éléments caractérisent une pratique sédative :

- ▶ La réversibilité
- ▶ La profondeur
- ▶ Le consentement du patient

Définition

▶ La réversibilité

Se définit comme la possibilité d'un retour à un état de vigilance normale à l'arrêt des agents sédatifs (sédation dite transitoire. Ex : gestes douloureux, sédation intermittente nocturne pour insomnie réfractaire.)

Définition

- La profondeur

Se définit par l'objectif :

Sédation proportionnée : quand l'objectif de profondeur est le **niveau nécessaire et suffisant pour soulager le patient.**

- Le niveau peut donc varier d'une **sédation légère** (score de Rudkin = 3 ou 4)
- à une **sédation profonde** si nécessaire (Rudkin = 5)

Ex En situation d'urgence en cas de symptômes cataclysmiques (ex hémorragie K ORL, dyspnée asphyxique de f de V, agitation terminale...)

Score de RUDKIN

Tableau 1. 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

- **Sédation profonde d'emblée** : quand l'objectif est **d'atteindre et de maintenir un sommeil profond**. Le patient n'est pas réveillable même avec une stimulation nociceptive légère (score de Rudkin =5).

Définition

- ▶ Le consentement du patient :
 - Recueilli directement s'il est conscient ou
 - Directives anticipées

Que dit la loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Art L. 1110-5-3 : **Souffrance réfractaire et sédation**

- ▶ Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.
- ▶ La loi rappelle l'obligation de mettre en place des traitements analgésiques et **sédatifs** pour répondre à la souffrance **réfractaire** du malade **en phase terminale**, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie.
- ▶ Il doit en informer le malade, ..., la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches du malade...

Que dit la loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Art L. 1110-5-2 : **Droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCD) (1)**

- ❖ **La loi crée un droit pour les patients et précise les conditions dans lesquelles une SPCD peut être mise en œuvre.**
- ❖ **La SPCD s'associe à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie. Elle est mise en œuvre**
 1. **A la demande du patient conscient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, (quelques heures à quelques jours),**
 - **qui présente une souffrance réfractaire au traitement . Il perçoit sa situation comme insupportable, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposé, sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.**

Que dit la loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Art L. 1110-5-2 : **Droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCD) (2)**

- 2) A la demande du patient **conscient** atteint d'une affection grave et incurable:
- ▶ qui décide d'arrêter un traitement cette décision engageant son pronostic vital à court terme, et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable (par ex demande d'arrêt de ventilation...)
 - Arrêt de chimio ? NON
 - Arrêt de ventilation ? OUI

Que dit la loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Art L. 1110-5-2 : **Droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCD) (3)**

3) A l'initiative du médecin pour un patient hors d'état d'exprimer sa volonté,

- si à l'issue d'une procédure collégiale, il arrête un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable (sauf si le patient s'y est opposé dans ses directives anticipées)

Que dit la loi n° 2016-87 du 2 février 2016

Art L. 1110-5-2 : **Droit à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCD) (4)**

- ▶ **Quand une sédation profonde et continue est envisagée, elle doit faire l'objet d'une **procédure collégiale** :**
 - Médecin du patient
 - Compétences en SP
 - Equipe soignante
 - Médecin consultant sans lien hiérarchique

Cette procédure permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application sont remplies. L'ensemble de la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical du patient

Exemple au CAL:

- ▶ Patient vu ce jour avec la psychologue, Madame F, à la demande du Dr. O, pour réflexion pluri-disciplinaire sur une demande de sédation.
- ▶ Monsieur X exprime à nouveau sa souffrance existentielle majeure, malgré une symptomatologie physique plutôt bien équilibrée.
- ▶ Nous en avons déjà discuté lors des séjours en HDJ DISSPO, en présence de son épouse.
- ▶ Monsieur X nous demande de « dormir » pour ne plus « souffrir ». il en avait également discuté avec toute sa famille.
- ▶ Nous convenons avec lui de mettre en place une anxiolyse dans un premier temps, et d'en rediscuter cet après-midi avec son épouse. Monsieur X souhaite que nous joignons le médecin traitant pour lui transmettre ses remerciements.
- ▶ Je revois donc Monsieur X en présence du Dr. O et Monsieur X est toujours inconfortable au niveau psychique.
- ▶ Madame X est très au clair sur la demande de son mari.
- ▶
- ▶ Après concertation, nous majorons l'anxiolyse et la sédation sera débutée le lendemain, après la visite des enfants de Monsieur X.
- ▶
- ▶ Transmissions à l'interne de garde et au sénior d'astreinte.
- ▶
- ▶ Nous restons à disposition si besoin.

Quels moyens médicamenteux?

- ▶ Le Midazolam reste l'agent sédatif de première intention.
- ▶ C'est une benzodiazépine (myorelaxante, anticonvulsivante, action sédatrice à forte dose, anxiolytique, amnésiante)
- ▶ Couramment utilisé pour son action anxiolytique.
- ▶ **Attention, devant l'administration d'hypnovel, bien comprendre l'objectif de la prescription.**

Le Midazolam protocole sédation sur kaliweb

CONDUITE PRATIQUE EN SITUATION AIGUË :

- ▶ Voie veineuse en place (délais d'action immédiat)
- ▶ diluer 5 mg de midazolam dans 10 cc (*le plus souvent 10 mg dans 10 cc*)
- ▶ injecter en IV, cc par cc (1 / 2 mg par ½ mg) jusqu'à l'occlusion des paupières (dose d'induction) pour obtenir un score de Rudkin à 4
 - renouveler les injections en cas de réveil,
 - entretenir la sédation : dose horaire égale à 50 % de la dose utile à l'induction

Au commencement d'une sédation, le soignant doit rester présent jusqu'à ce que le patient soit stabilisé.

La présence du médecin est également requise dès l'initiation de la sédation (hormis cas d'urgence) et jusqu'à stabilisation.

Le médecin doit rester joignable

Les limites du Midazolam

- Le débit d'entretien doit généralement être augmenté au fil du temps.
 - La réaction au Midazolam est très variable et individuelle.
 - Risque de réveils et d'inconfort
 - Des soins ou des mobilisations douloureux peuvent entraîner un réveil. On peut le prévenir par une administration préalable d'un bolus antalgique plus ou moins associé à un renforcement de la sédation par un bolus de midazolam.
 - En cas d'échec de cette molécule, recours à d'autres médicaments empruntés au registre anesthésique....
- 

Gamma OH sédation par gammaOH sur kaliweb

- ▶ Modalités d'administration :
- ▶ Aspiration montée (prête à emploi si besoin) et ballon de ventilation à proximité
- ▶ Garde-veine : glucosé (arrêt des apports sodés)
- ▶ Induction par voie intraveineuse avec bolus de 60 mg/kg en IVD, maximum 4 g
- ▶ Puis perfusion continue à 2 g/h à la SAP, possibilité de monter à 3 g/h maximum
- ▶ Association systématique de Midazolam **en sous-cutané** à 1 mg/h (attention : jamais dans la même tubulure que le gamma-OH !) à visée anticonvulsivante
- ▶ Réévaluation toutes les 15 minutes pendant 1 heure, puis au minimum 2 fois par jour
- ▶ Poursuite des traitements antalgiques

Les traitements associés

- ▶ Un **traitement antalgique** en fonction des résultats de l'hétéro évaluation selon les règles de bonne pratique. Lorsqu'un patient recevait un traitement opioïde avant la sédation, celui-ci doit être maintenu.
- ▶ **Pas d'indication médicale à la poursuite de l'hydratation** puisque le pronostic est engagé à court terme. Toutefois, elle pourrait être maintenue à faible volume (250 ml/24h) si son arrêt soulève des problèmes d'ordre psychologique ou culturel ; mais, en cas d'oedèmes, épanchements, encombrement bronchique pouvant générer un inconfort, elle sera arrêtée.

CONTEXTE de:

Affection grave et incurable

Pronostic vital engagé à court terme (quelques heures à quelques jours)

Souffrance réfractaire au traitement

Sédation

- Diminution de la vigilance + ou - profonde
- Perte de conscience

Quand?

- A la demande du patient en F de V, qui présente une **souffrance jugée insupportable et réfractaire au traitement**
- **Arrêt d'un traitement qui engage le pronostic vital à court terme et risque d'entraîner une souffrance insupportable. Décision du patient conscient ou du médecin (patient inconscient)**
- En urgence, en cas de symptôme insupportable prévisible (hémorragie, dyspnée de F de V...) et encadrée par des PA

Comment

- Procédure collégiale. Tracée dans le dossier. Informations aux patient, P de C , proches
- Midazolam en première intention. Clarifier l'objectif !!!

FIN

