



Sédation palliative : aspects cliniques pratiques



Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 462-6

K. Moynier-Vantieghe
M. Beauverd

Dr Karine Moynier-Vantieghe
Service de médecine palliative
Département de réhabilitation
et gériatrie
11, ch. de la Savonnière
1245 Collonge-Bellerive
karine.moynier@hcuge.ch

Dr Michel Beauverd
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne
CHUV, 1011 Lausanne
Michel.Beauverd@chuv.ch

Clinical and practical aspects of palliative sedation

Patients at the end-of-life may present with refractory symptoms which cannot be adequately relieved despite the use of all traditional means. When refractory symptoms lead to intolerable suffering, palliative sedation is a last recourse temporary or definitive treatment. While discussing ethical issues, clinical practice dimensions of palliative sedation are explored in this article.

Un certain nombre de patients palliatifs en fin de vie présentent des symptômes qui ne peuvent pas être soulagés malgré la mise en œuvre de tous les moyens traditionnels à disposition. Pour ces patients, lorsque des symptômes réfractaires induisent une souffrance intolérable, la sédation palliative est un moyen de dernier recours qui peut leur offrir un soulagement transitoire ou même définitif. Tout en présentant les enjeux éthiques, cet article explore les dimensions cliniques d'ordre pratique qui peuvent se présenter lors d'une sédation palliative chez un patient en fin de vie.

INTRODUCTION

Lorsque le but de la prise en charge d'un patient n'est plus une prolongation de la vie mais l'obtention de la meilleure qualité de vie possible malgré une dégradation générale, la médecine palliative a le devoir de soulager de manière optimale tous les symptômes. C'est ce que nous appelons parfois «l'acharnement symptomatique». Le rôle des soignants et en particulier du médecin est de définir la ou les causes à l'origine des symptômes, de les traiter parfois de manière étiologique mais d'administrer toujours un traitement symptomatique adapté, ciblé et proportionnel. Jusqu'au bout de la vie, le médecin doit tenter de soulager son patient par tous les moyens mis à sa disposition tant en ambulatoire qu'en milieu hospitalier. Si ses compétences propres atteignent leurs limites, il a la chance, en Suisse, de pouvoir faire appel à des spécialistes (consultations de la douleur, psychiatres, spécialistes

de médecine interne, oncologues, radiothérapeutes, pneumologues, palliativistes...) dont les équipes de soins palliatifs. Lorsque malgré une prise en charge optimale, le patient continue à souffrir de manière intolérable, le soignant peut se sentir démuni. Précisément dans ces situations rares, il peut s'agir de l'indication à une sédation palliative.

DÉFINITIONS (SÉDATION PALLIATIVE, SOUFFRANCE INTOLÉRABLE, SYMPTÔME RÉFRACTAIRE)

L'incidence et les indications de la sédation palliative (SP) rapportées dans la littérature varient énormément entre 3 et 68% des patients palliatifs.¹⁻⁴ De plus, l'interprétation des résultats des différentes études est rendue difficile en raison d'une terminologie floue. Il n'existe en effet pas de consensus clair quant à l'utilisation d'un terme commun pour qualifier cette pratique. La sédation a donc été nommée de plusieurs façons : «sédation», «sédation terminale»,⁵ «sédation pour détresse en phase terminale», «sédation de fin de vie», «thérapie de la sédation palliative» et «sédation palliative».⁶ Une revue a montré que sur treize études menées chez des patients en fin de vie, seules six avaient clairement défini la sédation.⁷ Le terme «sédation terminale» est probablement le terme le plus souvent utilisé. Mais un panel d'experts soulève le risque d'interprétation que peut

induire ce terme avec l'intention que cette pratique aurait de «terminer» la vie. En fait, la sédation est une option thérapeutique pour le contrôle des symptômes et non une euthanasie. Le terme de «thérapie de la sédation palliative» est donc proposé par ce groupe.⁸

Quatre notions fondamentales doivent être définies : a) la sédation palliative ; b) la souffrance intolérable ; c) les symptômes réfractaires et d) l'acharnement symptomatique (tableau 1).

Tableau 1. Définitions	
Sédation palliative (SP)	La SP est l'utilisation d'une médication sédative spécifique dans le but de soulager la souffrance intolérable résultant de symptômes réfractaires en diminuant l'état de conscience d'un patient
Souffrance intolérable (SI)	La SI est déterminée par le patient comme un symptôme ou un état qu'il ne désire plus endurer. Si le patient n'est plus apte à communiquer, l'avis de la famille et/ou des proches est sollicité
Symptômes réfractaires (SR)	Les SR sont des symptômes pour lesquels tous les traitements possibles ont échoué ou qu'il a été estimé qu'il n'y a pas de méthode de palliation disponible dans un délai raisonnable et qu'il existe un rapport risque/bénéfice non acceptable pour le patient
Acharnement symptomatique	Persistance d'une démarche d'identification, d'évaluation, de diagnostic par des moyens raisonnables et adaptés, de tous les symptômes physiques et psychiques des patients en soins palliatifs jusqu'au bout de la vie

OBJECTIFS ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'objectif de la SP est de soulager la souffrance du patient et non de raccourcir sa vie, c'est une pratique éthiquement et médicalement validée, cependant il persiste une certaine controverse à son sujet dans la littérature. Certains détracteurs remettent en cause cette validité en associant même la sédation palliative à une forme déguisée d'euthanasie (*slow euthanasia*). Les symptômes physiques tels que le delirium, la dyspnée ou la douleur sont les indications les plus fréquemment rapportées. La détresse existentielle, pourtant clairement identifiée comme un symptôme source de souffrance, reste une indication très controversée.

La notion du «double effet», le principe de «proportionnalité» et «d'autonomie» sont souvent proposés pour justifier la SP. Le double effet nécessite quatre conditions selon Morita:⁹ a) seul le «bon effet» de la thérapeutique est recherché et le «mauvais effet» n'est pas désiré ; b) le «mauvais effet» n'est pas le moyen pour atteindre le «bon effet» ; c) l'acte en tant que tel n'est pas immoral et d) les «mauvais effets» sont acceptables car ils sont balancés par une diminution de souffrance proportionnelle. Les recommandations nationales hollandaises précisent que pour respecter cette notion de «proportionnalité», le niveau de conscience du patient ne doit être diminué que jusqu'au niveau nécessaire et suffisant pour permettre alors le soulagement des symptômes réfractaires.¹⁰

INDICATIONS À LA SÉDATION PALLIATIVE

La notion de symptômes réfractaires implique donc qu'une panoplie de traitements a déjà été tentée mais que le patient n'y répond pas de manière satisfaisante pour lui. Il convient donc de mettre en œuvre tous les autres moyens à disposition pour tenter de soulager le symptôme afin d'admettre son caractère réfractaire. Cette démarche doit être indépendante du pronostic vital du patient.

Il existe deux types de situations : a) les situations qui se détériorent graduellement et pour lesquelles il n'est pas nécessaire d'agir en urgence (exemple : dyspnée progressive, douleurs rebelles) et b) les situations à risque vital immédiat pour lesquelles il faut agir dans les minutes qui suivent (exemple : hémorragies hautes, dyspnée suraiguë sur obstruction des voies aériennes ou embolies pulmonaires massives) (tableau 2).

Dans le premier cas de figure, il y a le temps de décider avec le patient de la meilleure prise en charge mais dans le deuxième cas, l'action doit être rapide. Toutefois, ces urgences potentielles peuvent être anticipées lorsqu'on connaît les diagnostics du patient et les risques inhérents (exemple : cancer ORL, COPD (chronic obstructive pulmonary disease)) et donc peuvent être discutées au préalable avec le patient et son entourage, par exemple dans le cadre de l'élaboration de directives anticipées.

Dans notre pratique, les symptômes réfractaires les plus fréquents sont la dyspnée et l'agitation psychomotrice dans le cadre d'un delirium réfractaire. La douleur est une cause commune mais moins fréquente de symptômes réfractaires. Les situations à risque vital immédiat les plus fréquentes sont les hématoméses, les hémoptysies massives, les embolies pulmonaires, les obstructions bronchiques dans les cancers ORL, les hémorragies sur rupture des vaisseaux du cou.

Tableau 2. Types de sédations

Sédation palliative programmée (temporaire ou définitive)
<ul style="list-style-type: none"> • Dyspnée rapidement évolutive asphyxiant • Agitation psychomotrice sur delirium réfractaire • Douleurs réfractaires
Sédation palliative (temporaire ou définitive)
<ul style="list-style-type: none"> • Hématémèse massive • Hémoptysie massive • Embolies pulmonaires massives • Obstructions bronchiques complètes ne pouvant être aspirées • Hémorragies cataclysmiques sur rupture de vaisseaux par invasion tumorale en surface

PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

La sédation est une pratique de dernier recours. Son application est souvent source d'émotions intenses tant au niveau du patient et de ses proches qu'au niveau des soignants eux-mêmes. Chaque mise en œuvre d'une sédation palliative doit être précédée par un processus de prise de décision afin de limiter au maximum les sources de dilemmes, de questionnements et de conflits.¹¹ Cette phase de préparation doit impérativement s'opérer en équipe interdisciplinaire et en partenariat avec le patient



et sa famille.¹² Nous identifions trois grandes étapes dans ce processus : a) les prérequis ; b) l'induction de la sédation et c) la maintenance et la surveillance de la sédation.

Les prérequis se composent d'une liste d'éléments qu'il faut systématiquement explorer avant d'initier une sédation. Premièrement, il faut que la condition du patient remplisse les critères suivants : a) le patient souffre d'une maladie incurable évolutive en phase terminale ; b) son pronostic s'estime à quelques jours, voire quelques semaines de survie et c) le patient se décrit en souffrance intolérable et les symptômes sont considérés par l'équipe soignante comme réfractaires.

Deuxièmement, il faut informer le patient et ses proches sur les modalités de la sédation en termes d'objectifs, de durée, de profondeur et de surveillance. Les représentations, les craintes, l'opinion et les désirs du patient sont à explorer y compris l'existence de directives anticipées. Il faut qu'il soit informé sur la possibilité de réversibilité de la sédation. Les soignants qui n'ont pas d'expérience clinique avec la pratique de la sédation doivent être informés de la même façon.

Troisièmement, l'équipe soignante doit obtenir le consentement (oral) systématique du patient lorsqu'il est en mesure de communiquer. L'utilisation d'algorithmes et de check-lists peut s'avérer particulièrement utile dans ces situations (figures 1 et 2).

Finalement, une réflexion d'anticipation quant à la médication en cours, l'alimentation, l'hydratation, les modalités de surveillance doit être effectuée de façon interdisciplinaire avant d'initier une sédation. Il faut aussi déterminer les modalités de documentation.

Pour les équipes de soignants non familiarisées avec la pratique de la sédation palliative, nous recommandons vivement une collaboration étroite avec les équipes spécialisées en soins palliatifs.

PHARMACOLOGIE : LE CHOIX DU MÉDICAMENT SÉDATIF

Plusieurs molécules peuvent être utilisées lors d'une sédation. La substance recherchée doit allier efficacité, sé-

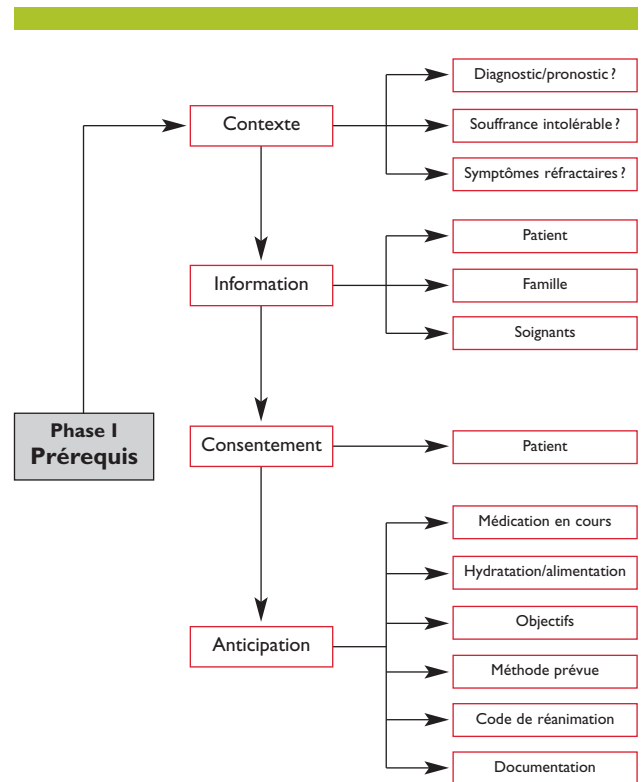


Figure 2. Prérequis à la sédation palliative (checklist)

curité et courte demi-vie.¹³ De manière quasi unanime les experts des différents pays ont choisi le midazolam comme molécule de première ligne.¹⁴ Il peut être administré tant par voie intraveineuse que sous-cutanée, en cas de surdosage son effet peut être antagonisé par le flumazénil.¹⁵ Son seul effet est sédatif, il diminue donc l'état de vigilance du patient afin qu'il ne soit plus conscient de l'ampleur de ses symptômes. Avec cette molécule, la prudence est de rigueur mais la marge de sécurité pharmacologique est importante aux doses proposées ci-dessous. Une autre molécule plus rarement utilisée mais décrite dans la littérature est la lévomépromazine (neuroleptique incisiv sédatif).

MISE EN ŒUVRE (INDUCTION, MAINTENANCE ET SURVEILLANCE)

Si tous les prérequis détaillés plus haut sont remplis, la sédation peut alors être débutée. La Société suisse de médecine et de soins palliatifs propose la procédure suivante.

Préparation du médicament

Midazolam (ampoule de 1 ml à 5 mg/ml = 1 mg/0,2 ml) diluée dans du NaCl 0,9% avec une concentration souhaitable à 1 mg/ml afin de permettre une facilité de titration et limiter les risques d'erreur. Cette préparation de midazolam dans du NaCl 0,9% (ou dans du glucose 5%) est stable pendant 24 heures et compatible en association avec les substances suivantes : halopéridol, kétamine, ondansétron, opiacés et scopolamine mais non avec les stéroïdes.

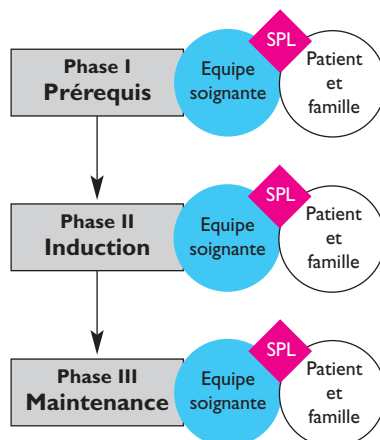


Figure 1. Processus de prise de décision



Administration

Sédation en urgence

Voie d'abord : i.v. préférable si disponible (chambre implantable) ou scut en localisation centrale (thoracique haute, par exemple : en regard du muscle trapèze).

Induction par un bolus : midazolam = Dormicum 2,5 mg à 5 mg.

Si après cinq minutes, le degré de sédation souhaité est obtenu, ad dose d'entretien.

Si après cinq minutes le degré de sédation est insuffisant : répétition du bolus à la même dose.

Entretien : dose de midazolam = Dormicum : 50% de la dose d'induction totale/heure. Voie d'administration identique (i.v. ou scut) : choisir la plus pratique.

Sédation programmée

Voie d'abord : scut ou i.v. indifféremment.

Induction par un bolus, de midazolam = Dormicum 1 mg à 2,5 mg (5 mg acceptables pharmacologiquement).

Après quinze minutes, si le degré de sédation souhaité est obtenu, ad dose d'entretien, si la sédation est insuffisante : répétition du bolus à la même dose.

Entretien : dose de midazolam = Dormicum : 50% de la dose d'induction totale/heure.

Voie d'administration identique (i.v. ou scut) : la plus pratique. Si insuffisant, ajouter 1 mg/h de plus.

Surveillance proposée

Profondeur de sédation via échelle de Rudkin^{16,17} pouls, TA et saturation aux premières quinze minutes et à chaque augmentation puis 1 x/2 heures. Ceci doit être adapté selon la sédation choisie (temporaire ou terminale), l'objectif fixé et le lieu de soin.

Arrêt de la sédation

S'il s'agit d'une sédation temporaire, par exemple nocturne, il faut prévoir avec le patient une heure d'arrêt.

Si le patient souhaite une sédation partielle à certains moments de la journée, diminuer de 50% la dose horaire.

Il est impératif de poursuivre tous les traitements symptomatiques en cours en choisissant une voie d'administration adéquate avec un patient sédaté : sous-cutanée, sublinguale, intrarectal, rarement intraveineuse. Tous les soins doivent être poursuivis (prévention d'escarre, soins de bouche). Une discussion doit avoir lieu autour de la poursuite ou de l'arrêt de l'hydratation. Des réserves de médicaments doivent être prescrites afin de faire face aux exacerbations de symptômes ou aux complications.

DIFFICULTÉS

Une des difficultés à laquelle le médecin peut être confronté est de déterminer pour qui le symptôme décrit comme réfractaire est intolérable : le patient, ses proches, les soignants ? S'il s'agit du patient, il est d'emblée légitime d'apporter une réponse thérapeutique pour soulager sa souffrance et la sédation palliative en fait partie en dernier ressort. Si la demande émane de l'entourage affectif ou du soignant du patient, il est beaucoup plus compliqué d'y faire face et de se soustraire à la tentation d'adminis-

trer une sédation dont le patient n'a peut-être pas besoin ou qu'il récuse même ! Notre rôle est alors de décoder les attentes de son entourage et les raisons de leur propre souffrance puis de les soutenir et de soulager leur fardeau. Cela fait partie de la prise en charge globale psychosociale du patient en soins palliatifs. L'autre difficulté est alors le temps restreint dont le médecin et l'équipe infirmière ont à leur disposition. Les limites d'une prise en charge ambulatoire peuvent être alors atteintes et le milieu hospitalier paraître plus propice pour la prise en charge.

Le milieu hospitalier n'est toutefois pas un prérequis pour administrer une sédation palliative, les équipes ambulatoires formées peuvent tout à fait la pratiquer si les conditions énumérées ci-dessus sont présentes. La jeunesse et l'inexpérience sont des obstacles à cette pratique, il ne faut donc pas hésiter à faire appel aux seniors, aux spécialistes ou aux pairs expérimentés.

Un débriefing, ou une catamnèse même courte, est important pour les équipes médico-soignantes afin de vérifier le déroulement dans les règles de la sédation palliative, mais aussi de permettre à chacun de ventiler son vécu. En effet, le geste de sédation n'est jamais ni banal ni anodin, il intervient pour des situations ardues et complexes. Dans l'idéal, le médecin et l'infirmière devraient l'effectuer ensemble et en débattre ultérieurement de concert.

PERSPECTIVE DE RECHERCHE À VENIR

Des études menées aux Pays-Bas où l'euthanasie est par ailleurs légalisée, montrent que l'incidence de la pratique de la sédation palliative augmente significativement ces dernières années.¹⁸ Parallèlement, l'incidence de l'euthanasie ne fait que diminuer, elle aussi de façon significative. D'autres études ont aussi montré que les recommandations nationales dans ce pays n'étaient pas suivies notamment en termes de choix de la médication sédative.¹⁹ Comment interpréter ces résultats ?

La recherche commence à explorer le vécu des soignants face à la sédation palliative grâce à l'essor de la recherche qualitative, particulièrement adaptée à ce type de recherches.²⁰ Bien d'autres domaines en lien avec la sédation palliative restent à explorer.

CONCLUSION

La sédation palliative fait partie de l'arsenal thérapeutique à disposition des médecins prenant en charge des patients en fin de vie tant au domicile qu'en milieu hospitalier. Son indication ne concerne que les symptômes réfractaires, condition limitée et strictement définie. Son application doit être rigoureuse et faite avec le consentement du patient ou de son représentant thérapeutique après des explications détaillées. Elle doit être appliquée avec rigueur et ne peut être confondue avec une forme déguisée d'euthanasie. ■

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Dr Nicole Vogt-Ferrier pour son aide précieuse à la rédaction des données pharmacologiques.



Implications pratiques

- > La sédation palliative ne concerne que les patients en fin de vie dont l'espérance de vie est estimée à quelques jours, voire semaines
- > Le midazolam est la molécule de premier choix pour l'induction et la maintenance de la sédation palliative
- > Les opioïdes, et plus particulièrement la morphine, ne doivent pas être utilisés pour induire une sédation palliative
- > Avant d'initier une sédation, il est nécessaire de procéder à une démarche de prise de décision rigoureuse en équipe interdisciplinaire incluant le patient et ses proches
- > La réflexion d'anticipation avant la sédation inclut une révision de la médication en cours, du maintien ou non de l'hydratation et de l'alimentation, des modalités de surveillance et de documentation pendant la sédation

Bibliographie

- 1 Fainsinger RL, Landman W, Bruera E, et al. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage* 1998;16:145-52.
- 2 * Fainsinger R, Waller A, et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. *Palliat Med* 2000;14:257-65.
- 3 Muller-Busch HC, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care, a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliat Care* 2003;2:2.
- 4 * Ventafridda V, Ripamonti C, De Conno F, et al. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. *J Palliat Care* 1990;6:7-11.
- 5 Chater S, Viola R, Paterson J, et al. Sedation for intractable distress in the dying – a survey of experts. *Palliat Med* 1998;12:255-69.
- 6 Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med* 2003;6:345-50.
- 7 Porta-Sales J. Sedation and terminal care. *Eur J Palliat Care* 2001;8:97-100.
- 8 ** De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10:67-85.
- 9 * Morita T, Chinone Y, Ikenaga M. Ethical validity of palliative sedation therapy: A multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:308-19.
- 10 ** Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:666-70.
- 11 *Sédation palliative: Consensus on best practice*. Palliative.ch 2008, in press.
- 12 Blanchet V. La revue du praticien – Médecine générale, 9 septembre 2002; tome 16 (n° 582).
- 13 Hanks-Bell M, Paice J, Krammer L. The use of midazolam hydrochloride continuous infusions in palliative care. *Clin J Oncol Nurs* 2002;6:367-9.
- 14 www.sfap.org/content/view/full/108/53/
- 15 Pecking M, Montestruc F, Marquet P, et al. Absolute bioavailability of midazolam after subcutaneous administration to healthy volunteers. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54:357-62.
- 16 Osborne GA, Rudkin GE, Curtis NJ. Intra-operative patient-controlled sedation. Comparison of patient-controlled propofol with anaesthetist-administered midazolam and fentanyl. *Anaesthesia* 1991;46:553-6.
- 17 Lassaunière JM, Lespès C. Sédation en fin de vie: état des pratiques en unités de soins palliatifs françaises. *Med Pal* 2002;1:15-8.
- 18 * Sheldon T. Incidence of euthanasia in the Netherlands falls as that of palliative sedation rises. *BMJ* 2007;334:1075.
- 19 Hasselaar JG, Reuzel RP, Verhagen SC, et al. Improving prescription in palliative sedation: Compliance with dutch guidelines. *Arch Intern Med* 2007;167:1166-71.
- 20 Rietjens JA, Hauser J, van der Heide A, et al. Having a difficult time leaving: Experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliat Med* 2007;21:643-9.

* à lire

** à lire absolument