

PALLIUM

Module 9
LA SÉDATION PALLIATIVE

1

PALLIUM

Module 9
Aperçu

Section 1 : Présentation de cas

Section 2 : Volet théorique

Section 3 : Discussion en grand groupe

2

PALLIUM

Le cas de Normand
(suite du module sur le delirium)

Normand est un professeur de sciences agricoles retraité qui est âgé de 65 ans et a reçu un diagnostic de cancer pulmonaire avancé il y a environ six mois. Il a reçu des traitements de radiothérapie de la poitrine peu après le diagnostic, puis il a refusé de suivre un traitement de chimiothérapie palliative. Il a de nombreuses métastases osseuses, pulmonaires et hépatiques, et il pourrait aussi avoir des métastases au cerveau. Il y a six semaines, il a été traité pour un grave delirium. À cette époque, il était hypercalcémique et a reçu un traitement de bisphosphonate. Son delirium s'est amélioré et il a pu profiter d'une réunion de famille.

Il a donné une directive préalable dans laquelle il déclare clairement qu'il ne veut pas être réanimé lorsque son cœur s'arrêtera. Il a également indiqué à sa famille qu'il ne veut pas recevoir de traitements qui pourraient prolonger sa vie. Il souhaite que ses soins soient axés sur le confort.

3

PALLIUM

Le cas de Normand (suite)

Normand présente de nouveau un delirium grave. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à ce delirium. Il a été décidé de ne pas rechercher ni d'essayer de renverser les causes profondes du delirium, car certaines d'entre elles ne sont pas réversibles, notamment les métastases au cerveau et l'encéphalopathie hépatique. Malheureusement, les tentatives de contrôler son delirium agité avec de fortes doses d'halopéridol et de méthotréméprazine ont échoué. Sa famille et les autres membres de l'équipe soignante souhaitent résoudre rapidement son agitation, car elle est très inquiétante. Vous considérez maintenant la sédation palliative.

4

PALLIUM

Importance du module

Dans les circonstances appropriées, la sédation palliative offre une gestion des symptômes réfractaires qui est justifiée sur le plan médical et éthique.

En général, on considère la sédation palliative dans le contexte d'une grave souffrance.

- Il se peut que les professionnels de la santé prennent des décisions en fonction de leur niveau d'inconfort et de celui de la famille, plutôt qu'en fonction de ce qu'il y a de mieux pour le patient.
- Il est courant que la famille d'un patient qui est inconscient mais confortable demande une sédation palliative parce qu'elle croit que le patient souffre, alors que cette demande reflète sa propre souffrance.

La sédation palliative devrait uniquement être proposée après une série de considérations.

Nous discutons de ces considérations dans le présent module.

5

PALLIUM

Définition de la sédation palliative

- La sédation palliative est également désignée comme sédation terminale.
- L'intention est de provoquer et de maintenir volontairement un sommeil profond.
- Mais le but n'est PAS de provoquer volontairement la mort – on cherche à soulager des symptômes réfractaires, quand toutes les autres interventions possibles ont échoué et que le patient semble être proche de la mort.

Chater, S. *et al.*, « A survey of experts », *Palliative Medicine*, vol. 12, pp. 255-269, 1998.

6

PALLIUM

Définition de la sédation palliative

Il faut distinguer un symptôme « réfractaire » d'un symptôme « difficile ».

- Un professionnel ayant peu d'expérience en soins palliatifs peut juger qu'une situation est « réfractaire » ou « incurable », alors qu'un expert en soins palliatifs pourrait connaître d'autres options de traitement.
- Il est recommandé de consulter une équipe de soins palliatifs.

7

PALLIUM

Catégoriser la sédation palliative

- Sédation légère vs profonde
- Sédation temporaire vs indéfinie

8

PALLIUM

Indications pour la sédation palliative

- Indications courantes
 - Delirium agité réfractaire
 - Dyspnée réfractaire
 - Hémorragie massive
 - Convulsions réfractaires
- Indications moins courantes
 - Douleur incurable
- Indications controversées
 - Détresse psychologique ou spirituelle

Cowan and Walsh, *Supportive Care in Cancer*, 2001

9

PALLIUM

À quelle fréquence recourt-on à la sédation palliative?

On estime que 3 % à 10 % des patients en soins palliatifs nécessiteront une sédation palliative. La fréquence varie selon différents facteurs :

- Milieu
 - Maison
 - Centre de soins palliatifs
- vs
- Unités de soins palliatifs actifs ou tertiaires

- Culture
- Seuil de sédation
- Tolérance pour initier la sédation

10

PALLIUM

La sédation palliative : Considérations éthiques

La sédation palliative ne raccourcit pas nécessairement la vie.

La sédation palliative, lorsqu'elle est appliquée de manière appropriée et dans l'intention de soulager des symptômes réfractaires plutôt que de raccourcir la vie, n'est pas une forme d'euthanasie.

11

PALLIUM

Considérations éthiques de la sédation palliative Le principe du double effet

- L'effet positif doit être l'effet visé.
- La raison qui justifie l'action doit être suffisamment importante pour exposer le patient au risque de l'effet négatif.
- La sédation palliative n'est PAS une forme d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté.

Le but de la sédation palliative est de contrôler un symptôme réfractaire, et non de raccourcir la vie.

12

PALLIUM

Initier la sédation palliative Lignes directrices de Calgary

1. Avant d'initier une sédation palliative, le patient doit répondre aux critères suivants :
 - a. Le patient souffre d'une maladie terminale
 - b. Le patient souffre d'un symptôme réfractaire
 - c. La mort est imminente
 - d. Le patient a exigé une ordonnance de ne pas réanimer (DNR)
2. Si possible, le patient devrait être évalué par un spécialiste en soins palliatifs ou une autre personne ayant des compétences avancées en soins palliatifs pour s'assurer de considérer toutes les options de gestion des symptômes.

Braun, T. et al. *Journal of Palliative Medicine*.
Vol. 6, N° 3, pp. 345-350, 2003

13

PALLIUM

Initier la sédation palliative Lignes directrices de Calgary

3. Il faut faire un effort raisonnable pour consulter directement le patient, la famille, les aidants et les professionnels de la santé sur la décision. Cette discussion devrait être documentée.
4. Les critères de sédation palliative, y compris la justification utilisée pour déterminer si le symptôme est bien réfractaire, doivent être documentés dans le dossier du patient.
5. La sédation palliative devrait être initiée et surveillée par des personnes spécialisées en gestion des symptômes ou selon les indications de professionnels ayant des compétences avancées en soins palliatifs.

Braun, T. et al., *Journal of Palliative Medicine*.
Vol. 6, N° 3, pp. 345-350, 200.3

14

PALLIUM

Initier la sédation palliative

Écrivez des ordonnances précises.
Ces ordonnances doivent comprendre les renseignements suivants :

- a. Le médicament
- b. L'amplitude de la dose
- c. Les objectifs de la sédation (légère vs. profonde)

Réévaluez régulièrement le patient.

15

PALLIUM

Avant d'initier la sédation palliative

- Discutez avec le personnel et la famille avant d'initier la sédation.
- Expliquez qu'il ne s'agit pas d'euthanasie.
- Soutenez le personnel durant le processus.
- Placez un cathéter (urinaire) une fois le patient endormi.

16

PALLIUM

Sédation palliative : Agents pharmacologiques

- Pour une sédation légère
 - Méthotriméprazine (faibles doses)
 - Midazolam (faibles doses)
- Pour une sédation profonde
 - Méthotriméprazine (doses plus élevées)
 - Midazolam (médicament de choix)
 - Barbituriques (malheureusement, ils ne sont plus disponibles au Canada pour la sédation des adultes)
- Ne pas utiliser d'opiacés
 - Ce sont des analgésiques, et non des sédatifs
 - La titration des doses très rapide qui est nécessaire pour accomplir la sédation pourrait provoquer une dépression respiratoire

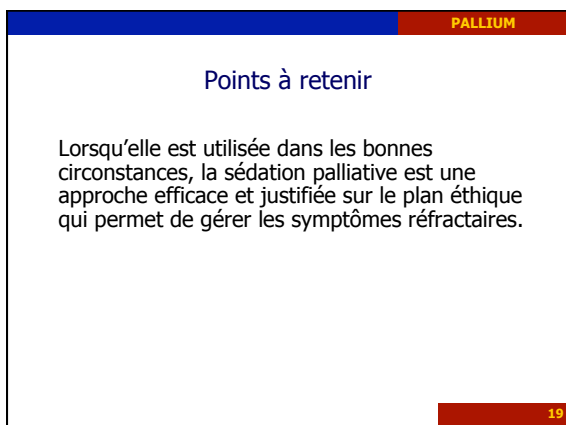
17

PALLIUM

Sédation palliative avec le midazolam

- Benzodiazépine à action brève qui a un effet dépressur sur le SNC et une courte demi-vie.
 - Propriétés anxiolytiques, amnestiques et anticonvulsivantes
 - On recommande une grande dose pour initier la sédation
- Demi-vie plasmatique moyenne = 3 heures (1,8 à 6,4 heures)
 - Elle est plus longue dans le cas des perfusions prolongées
 - Agit rapidement (3 à 8 min. par voie IV ou SC)
 - Capacité de titration pour obtenir l'effet désiré
- Peut s'administrer par voie IV ou SC
 - De façon intermittente (dose PRN) ou par perfusion continue
- Grande dose : 2,5 à 5 mg par voie IV ou SC
- Perfusion de maintenance : 0,5 mg/heure à 6 mg/heure
 - Titration pour obtenir l'effet désiré (sédation légère ou profonde, ou contrôle des convulsions, etc.)
 - Les doses peuvent être ajustées toutes les 30 à 60 minutes

18



PALLIUM

Points à retenir

Lorsqu'elle est utilisée dans les bonnes circonstances, la sédation palliative est une approche efficace et justifiée sur le plan éthique qui permet de gérer les symptômes réfractaires.

19