

La sédation palliative

Journée scientifique en oncologie

24 octobre 2014

Rimouski

Samir Azzaria, médecin
Maison Michel-Sarrazin



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Participation à l'élaboration de lignes directrices sur la sédation palliative (MMS, CMQ et SQMSP)

Vrai ou faux

Au sujet de la sédation palliative:

- C'est une forme d'euthanasie
- Il est obligatoire de comptabiliser les cas
- Elle altère le pronostic
- Équivaut à l'anesthésie générale
- Ne peut être prescrite qu'en CH
- Fait partie des soins palliatifs standards
- Indiquée pour la détresse psychologique

Objectifs spécifiques

Au terme de cette conférence, le participant pourra:

- **Définir** la sédation palliative (SP)
- Nommer les **indications** d'une SP
- Discuter du **processus décisionnel** entourant une SP et des **enjeux éthiques**
- Nommer les **agents pharmacologiques** utilisés en SP
- Discuter du **suivi clinique** d'une SP continue

Objectifs spécifiques

Au terme de cette conférence, le participant pourra:

- **Définir** la sédation palliative (SP)
- Nommer les **indications** d'une SP
- Discuter du **processus décisionnel** entourant une SP et des **enjeux éthiques**
- Nommer les **agents pharmacologiques** utilisés en SP
- Discuter du **suivi clinique** d'une SP continue

Plan

- Références
- Définitions
- Indications
- Processus décisionnel
- Pharmacologie
- Suivi clinique
- Questions et cas cliniques à la fin

Pertinence du sujet

- Développement des soins palliatifs
 - Il reste des situations difficiles!
- Plusieurs consensus sur la sédation
 - Soin incontournable
- Changements législatifs
 - Loi concernant les soins de fin de vie (52)
 - Élaboration de lignes directrices
 - CMQ et SQMSP

Références

- Société québécoise des médecins de soins palliatifs, *Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative* (2014) http://www.palli-science.com/sites/default/files/PDF/principes_et_pratique.pdf sur le site de <http://www.palli-science.com/>
- Collège des médecins du Québec, *Guide d'exercice sur la sédation palliative en fin de vie (à venir)* <http://www.cmq.org/>
- Éditeur officiel du Québec, Loi concernant les soins de fin de vie, (2014) <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2014C2F.PDF>
- Maison Michel-Sarrazin, *Position sur la pratique de la sédation palliative* (2011) <http://michel-sarrazin.ca/wp-content/uploads/2014/09/positionsedationmmsadopte21camars2011.pdf>

Définitions (1)

Sédation palliative:

- « 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 œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. » (SQSMP)

Définitions (2)

Sédation palliative:

- « *L'administration d'une médication **sédative**, selon les combinaisons et dosages **requis**, pour **réduire** l'état de conscience d'un patient en phase **terminale**, en proportion **suffisante** pour soulager adéquatement un ou plusieurs symptômes **réfractaires**. » (MMS)*

Définitions (2)

Sédation palliative:

- « *L'administration d'une médication **sédative**, selon les combinaisons et dosages **requis**, pour **réduire** l'état de conscience d'un patient en phase **terminale**, en proportion **suffisante** pour soulager adéquatement un ou plusieurs symptômes **réfractaires**.* » (MMS)

Définitions (3)

Autres termes:

- Euthanasie
 - Action directe sur le patient (par le MD) causant le décès
- Suicide assisté
 - Aider le patient à agir sur lui-même
- Aide médicale à mourir
 - Terminologie de la loi 52

Terminologie

Sédation palliative:

- Situation: urgente ou planifiée
- Durée
 - Intermittente/ Continue
- Intensité
 - Légère /Profonde
- Sédation palliative ou *terminale*?

Blondeau D, Roy L. *Quelques enjeux concernant la pratique de la sédation dans un contexte de soins palliatifs*. Cahiers francophones de soins palliatifs. 2007, 8, 2, 29-36.

Processus décisionnel

- Autour d'un outil:
 - Lignes directrices de la MMS (annexe)
 - Autres outils (SQMSP, CMQ)
 - Démarche systématique
 - Interdisciplinarité
 - Documenter une pratique clinique
 - Exigence légale (déclaration en 10 jours)
 - Pourcentage acceptable?

MAISON MICHEL-SARRAZIN

PRESCRIPTION DE
SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE
SÉDATION INDUITE PHARMACOLOGIQUEMENT ET
MAINTENUE DE FAÇON CONTINUE JUSQU'AU DÉCÈS
(ANNEXE DES LIGNES DIRECTRICES)

Nom :

No de dossier :

Chambre :

Dx : _____ Métastases :

1. Date : _____ Heure : _____
 An Ms Jr

2. **PROBLÈMES RÉFRACTAIRES ET INTOLÉRABLES JUSTIFIANT UNE SÉDATION CONTINUE :**
(1 ou plusieurs):

Convulsions	<input type="checkbox"/>	Douleur	<input type="checkbox"/>
Delirium	<input type="checkbox"/>	Dyspnée	<input type="checkbox"/>
Détresse psychologique	<input type="checkbox"/>	Embarras bronchique	<input type="checkbox"/>
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>	Nausées-vomissements	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>		

Détails :

3. **CONDITION CLINIQUE DU PATIENT :**

4. **APPROXIMATION DU PRONOSTIC AVANT LA SÉDATION :** _____

5. **ESSAIS THÉRAPEUTIQUES ANTÉRIEURS POUR RÉGLER LE PROBLÈME :**
Pharmacologique :

Non-pharmacologique :

Nom : _____ Dossier : _____ Ch : _____

6. CONSENSUS D'ÉQUIPE : OUI NON

Présences :

7. SI PATIENT APTE - CONSENTEMENT DU PATIENT: OUI NON ACCORD DES PROCHES : OUI NON

Identification des proches : _____

SI PATIENT INAPTE - EXPRESSION ANTÉRIEURE EN FAVEUR OUI NON N/A CONSENTEMENT DES PROCHES OUI NON

Identification des proches : _____

8. MÉDICATION PRESCRITE : Débutée à : _____ An _____ Ms _____ Jr _____ Heure _____

(Détaillez la posologie)

- Méthotriméprazine
 Midazolam
 Phénobarbital
 Scopolamine
 Autre : _____

Nom du médecin _____ Signature _____

N.B. SECTIONS 9 et 10 À ÊTRE COMPLÉTÉES À LA FERMETURE DU DOSSIER

9. ÉVOLUTION JUSQU'AU DÉCÈS:

10. DÉCÈS : _____ (an) _____ (ms) _____ (jr) Heure _____ Signature _____

Indications

Un ou plusieurs Sx (intolérables **et** réfractaires)

- Delirium
- Dyspnée/Détresse respiratoire
- Nausées/vomissements
- Douleur
- Détresse psychologique
- Autre *état* réfractaire
 - Convulsions
 - Etc.

Pronostic court

- Pourquoi?
- Court... plusieurs articles suggèrent 1 à 2 semaines
- « *Pronostic de la maladie égal ou plus court que la survie sous sédation, sans hydratation* »

Berger JT, *Rethinking Guidelines for the Use of Palliative Sedation*.
Hastings Center Report. Mai-juin 2010, 32-38.(Traduction libre)

Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques et non pharmacologiques

- Réfractaire
 - Traitements disponibles
- Intolérable
 - Subjectivité
 - Acceptabilité

Consensus d'équipe: Interdisciplinarité

- Compréhension de la situation
 - Médecin, infirmière, pharmacien, psycho-social, spirituel, bénévoles, etc.
- Adhésion au traitement
- Responsabilité médicale

Consentement

Libre, éclairé... et signée!

- Formulaire officiel (à venir)
- Aptitude
 - Accord des proches
 - Souhaitable mais n'est pas incontournable
 - Communication
- Inaptitude
 - Expression antérieure (informelle ou DMA: directives médicales anticipés)
 - Consentement substitué

Enjeux éthiques

- **Autonomie**
 - Respect, subjectivité
 - Aptitude, consentement
- **Bienfaisance/ Non-malfaisance**
 - Intention de soulager
 - Sédation intermittente
- **Proportionnalité**
 - Situation et mesure exceptionnelles
 - Pronostic court

Distinction avec l'euthanasie

- Intention
 - Soulagement vs décès
- Moyens (pharmacologiques)
 - Type de Rx (Guide à venir)
 - Doses sédatives vs létales
- Réversibilité
 - Sédation seulement

Médication (1)

(Principes de base)

- Selon le ou les symptômes cibles
- Propriétés sédatives
 - Opioïdes (comme sédatif) contre-indiqués
- Souvent une combinaison
- Maintien les interventions utiles au confort
 - Opioïdes, soins de confort (bouche, plaies, etc.)
 - O₂? Soluté?? Gavage???

Médication (2)

(survol)

- Midazolam (Versed^{MD})
 - Variables: bolus initial, PSCC ou s/c
- Méthotriméprazine (Nozinan^{MD})
 - 12,5 à 50 mg SC q 4 à 6 h
- Scopolamine
 - 0,4 à 0,8 mg SC q 2 à 4 h
- Phénobarbital
 - 15 à 60 mg SC q 6 à 8 h

Médication (3)

(voir Guide APES 4^e édition)

- **Midazolam** (Versed^{MD})
 - Variables: bolus initial, PSCC ou s/c
 - Dépend +++ de la *tolérance* au benzo du patient
 - Effet paradoxal?
 - Bolus initial 2,5 à 5 mg
 - Perfusion sous cutanée continue PSCC
 - 0,5 à 2,5mg/h selon la réponse, parfois +
 - s/c intermittent 2 à 5mg q 2h
 - Voie IV si échec?

Médication (4)

(voir Guide APES 4^e édition)

- **Méthotriméprazine** (Nozinan^{MD})
 - Antipsychotique sédatif
 - Effets anticholinergiques
 - En combinaison
 - Utile si delirium
 - 12,5 à 50 mg SC q 4 à 6 h
 - Sites s/c tendent à s'indurer

Médication (5)

(voir Guide APES 4^e édition)

- **Scopolamine**

- Utile si détresse respiratoire, embarras
- 0,4 à 0,8 mg SC q 2 à 4 h
- Effet parfois limitée sur les râles
- Très anticholinergique:
 - Risque de delirium, rétention urinaire
 - Bouche sèche +++

Médication (6)

(voir Guide APES 4^e édition)

- **Phénobarbital**
 - Utile si convulsions
 - Le + souvent en association
 - 15 à 60 mg SC q 6 à 8 h
 - Longue T_{1/2}, DIE ou BID peut suffire
 - Intervalles posologiques très grand
- **Propofol (IV)**
 - Expérience requise, limité au CH

Suivi clinique

- Médecin sur place
 - Au début et DIE ou +
- Infirmières
- Ajustement des doses
- Accompagnement
 - Proches et intervenants
- Réversibilité
- Compilation

Suivi clinique

- Avant
- Pendant
- Après

Vrai ou faux

Au sujet de la sédation palliative:

- C'est une forme d'euthanasie
- Il est obligatoire de comptabiliser les cas
- Elle altère le pronostic
- Équivaut à l'anesthésie générale
- Ne peut être prescrite qu'en CH
- Fait partie des soins palliatifs standards
- Indiquée pour la détresse psychologique

Objectifs spécifiques

Au terme de cette conférence, le participant pourra:

- **Définir** la sédation palliative (SP)
- Nommer les **indications** d'une SP
- Discuter du **processus décisionnel** entourant une SP et des **enjeux éthiques**
- Nommer les **agents pharmacologiques** utilisés en SP
- Discuter du **suivi clinique** d'une SP continue

Questions

- Vos cas?
- Vos questions?

Exemples de cas (1): Sédation indiquée?

- ♂ 81 ans, veuf, entouré, dyspnée au repos malgré traitements optimaux, apprécie la visite +++

Exemples de cas (2): Sédation indiquée?

- ♂ 41 ans, séparé, 2 fils > 20 ans, LMA, transfusions cessées, adieux faits, « prêt à mourir », angoisse +++

Exemples de cas (3): Sédation indiquée?

- ♀ 63, occlusion digestive, cachexie, Px court, vomissements réfractaires, famille trouve la décision lourde « à porter »

Exemples de cas (4): S'agit-il d'une sédation?

- ♀ 71 ans, méta cérébrales, delirium réfractaire, « n'aurait pas voulu se voir comme ça ! ». Nozinan^{MD} ↑ à 50 q4h.

Exemples de cas (5): S'agit-il d'une sédation?

- ♀ 52 ans, embarras respiratoire +++ malgré Robinul. Râles idem avec Scopolamine mais dort.

Merci!