

Complexité et questionnements

des pratiques sédatives en
LISP



Vendredi 24 Mars 2023

Vignette clinique sur une situation de demande de sédation

Dr DYL Céline
Médecin EMSP du CH de Libourne

***« absence de lien d'intérêts déclarés par
l'intervenant »***

Présentation

- Mme A, 85 ans, autonome, qui vit à domicile
- Veuve, 1 fille qui vit à l'étranger
- Entourage : 1 frère et quelques amis
- Retraitée, était secrétaire

- Personne de confiance : sa fille
- N'a pas souhaité rédiger des directives anticipées

- Suivie depuis 1 an pour une Leucémie Aiguë Myéloblastique
- 1° ligne de chimiothérapie, puis maladie réfractaire
→ Arrêt de la chimiothérapie
- Poursuite du support transfusionnel (CGR et CPA)
- Pas de symptomatologie particulière, sauf asthénie

- Hospitalisation sur LISP pour transfusion
 - Majoration du besoin transfusionnel, sans bénéfice clinique
- Arrêt des transfusions
- Arrêt des bilans biologiques systématiques

- Souhaite rester hospitalisée (vit seule, appréhension symptôme aigu)
- Explication donnée sur possibilité de « sédation » en cas de symptôme(s) aigu(s)
- Accord de la patiente

- Ruminations anxieuses et angoisses nocturnes, insomnies secondaires
- Echech utilisation différentes molécules
 - Mise en place PSE de MIDAZOLAM à 0.3 mg/h la nuit
- RASS -1*

* RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*)

Echelle avec cotation symétrique :

- des valeurs positives pour l'agitation
- des valeurs négatives pour le niveau de conscience
- autour d'un point 0 correspondant à un patient calme et éveillé

Echelle de Richmond

Guide HAS 2018 . Version 2018 par F GUIRIMAND (Equipes de la Maison Médicale Jeanne Garnier). Diffusée par la SFAP

Niveau	Description	Définition	
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe	
+3	Très agité	Tire ou arrache tuyaux et cathéters, cherche à quitter le lit, et/ou agressif envers l'équipe	
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis, assez vigoureux	
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	
0	Eveillé et calme		
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)	stimulation verbale
-2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 sec)	
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais sans contact visuel	
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)	stimulation physique
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule puis du sternum)	

Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002;166:1338-44. Validation française. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Verdier R, Henriette K, Lefrant J-Y, et al. [Validation of the french translated Richmond vigilance-agitation scale]. *Ann. Fr. Anesthésie Réanimation.* 2006;25:696-701.

- Moins anxieuse mais insomnie persistante
- Sédation interrogée par l'équipe
 - Proposition de sédation nocturne sur durée déterminée
- Accord de Madame
- Nuits plus sereines, patiente satisfaite

De quel type de sédation s'agit-il ?

SEDAPALL

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	type
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	type
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3

Cette fiche s'utilise avec le guide de passation diffusé par le groupe de travail SEDATIONS. Travail coordonné par B. DEVALOIS, V. MOREL, F. GUIRIMAND, M. MAUVIEL, M. BROUCKE, L. COPEL, disponible sur le site de la SFAP http://www.sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf—Ref. DEVALOIS et coll. EAPC congress 2017, FISP 2018

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	type
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	type
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3

→ D1 P1 C2

- Arrivée de sa fille, de l'étranger
- Personne de confiance
- Demande une « *sédation jusqu'au décès* »
- Estime que la situation est intolérable pour sa mère et que le timing est bon pour elle : « *comme je veux être là, je voudrais que vous fassiez ce qu'il faut pour* »
- *En théorie : (D3 P2 C?)*

- En pratique :
 - Absence de demande de la patiente
 - Absence de symptômes réfractaires

→ Demande non appliquée et explications données à sa fille

- Détresse respiratoire aiguë sur probable leucostase
 - 2 PAP dyspnée (morphine puis morphine/MDZ) en IV à 20 min d'intervalle
- Pas d'amélioration
 - Titration par MDZ à visée sédative
- Après 5 mg de MDZ, patiente soulagée, RASS -4
 - Dose d'entretien de 2.5 mg/h au PSE
 - Majoration de 50% du traitement de fond morphinique

De quel type de sédation s'agit-il ?

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	type
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	type
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3

→ D2 P2 C1

- Le lendemain, Mme A est RASS -1 et soulagée
 - Diminution progressive dose continue de MDZ, puis arrêt
- Pas de recrudescence des symptômes respiratoires

- Hémorragie digestive massive avec sensation de mort imminente et de détresse
 - Administration de 5 mg de MDZ en IVD pour sédation profonde d'emblée (RASS -5)
 - Dose de fond de MDZ au PSE débuté à 2,5 mg/h

De quel type de sédation s'agit-il ?

Typologie des pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie

Axe D Durée prescrite	type
sédation transitoire (à durée déterminée, réversible)	D1
sédation à durée indéterminée (mais potentiellement réversible)	D2
sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible)	D3
Axe P Profondeur	type
sédation proportionnée	P1
sédation profonde d'emblée	P2
Axe C Consentement Demande	type
absence de consentement	C0
consentement donné par anticipation	C1
consentement	C2
demande de sédation par le patient	C3

→ D2 P2 C1

- Décès le lendemain de la mise en place de la sédation, en présence de sa fille.

Points clés

- LA sédation ou DES pratiques sédatives
- Outil SEDAPALL
- **INTENTIONNALITE**

SEDAPALL

L'intentionnalité de la sédation est décrite par SEDAPALL sur 3 axes :

- La durée prescrite : transitoire, indéterminée, ou maintenue jusqu'au décès (D1 D2 D3) ;
- Le niveau de profondeur : proportionnée ou d'emblée profonde (P1 P2)
- Le niveau de consentement ou la demande : non obtenu, obtenu de manière anticipée, obtenu au moment de la mise en œuvre de la sédation. Il peut aussi s'agir d'une demande* exprimée par le patient. (C0 C1 C2 C3).

Bibliographie

Sedapall V.01 – SFAP – mai 2017

Merci de votre attention