



Groupes de travail sur les sédations : point d'avancement

17^{ème} Journée nationale d'actualités médicales
en soins palliatifs Paris 30 septembre 2016

Frédéric Guirimand

Pôle Recherche

Maison Médicale Jeanne Garnier – Paris

frederic@guirimand.fr

Jeanne Garnier

Historique du GT sédation

- ◆ Une recherche MMJG-Besançon consacrée au rapport des soignants au midazolam et à la sédation
- ◆ Le séminaire du 16 janvier 2015; 3 thèmes
 - Sédation : un outil thérapeutique ?
 - Rapport des soignants à la pratique de la sédation et ses effets subjectifs
 - Prescription et mise en œuvre en fonction des contextes
- ◆ Les débats sur la loi Claeys Léonetti (2/2/2016)

2 février 2016

« la » sédation fait son entrée dans la loi...

- A la demande du patient
- Continue (≠ réversible)
- Profonde (≠ proportionnelle)

3

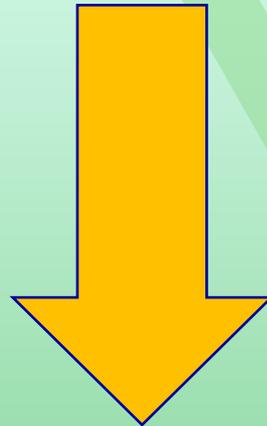
MAISON MÉDICALE

Jeanne Garnier



Un changement de paradigme: l'ancien :

Nous sommes des êtres de relation...

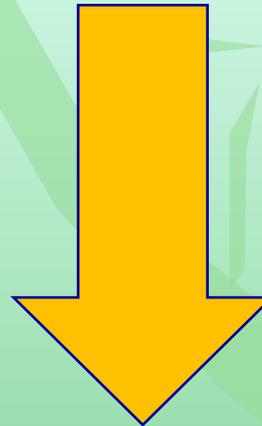


**Privilégier autant que possible
la communication et l'échange**

Un changement de paradigme: le nouveau

Face à la souffrance...

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté » 2/2/2016



Privilégier l'apaisement, même au prix d'une altération de la conscience

Ne plus parler de LA sédation

**Mais parler DES sédations,
des traitements à visée sédative,
des pratiques sédatives**

6

MAISON MÉDICALE

Jeanne Garnier



Les 3 groupes de travail

- Typologie des sédations
- Les données scientifiques sur les sédations
- Vers une actualisation des recommandations

Typologie des pratiques sédatives

Sédations: questions posées et réponses scientifiques

- GT (10 acteurs) : liste des questions posées
- Regroupement en 5 chapitres :
 - Souffrance, confort, durée de vie, complications
 - Questions pharmacologiques
 - Rapports subjectifs à la sédation
 - Aspects éthiques, juridiques, déontologique
 - Sédation selon les contextes
- Synthèse à partir d'une revue de la littérature

Exemple 1 : bénéfice de la sédation pour le patient, ? Qualité de vie ? Bien-être ?

Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults (Review)

Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G



Exemple 1 : bénéfice de la sédation pour le patient, ? Qualité de vie ? Bien-être ?

- Méta analyse : sélection de 70 articles sur les 6685 référencés; 14 articles conservés (Beller et al., 2015)
- Aucune étude n'a pu mesurer la qualité de vie ou le bien-être des patients.
- La profondeur de la sédation est rarement rapportée
- Certains symptômes peuvent rester incontrôlés :
dyspnée, délirium
- Etudes qualitatives auprès des familles : un doute persiste...

Exemple 2 : la sédation raccourcit-elle la vie ?

Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults (Review)

Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G



THE COCHRANE
COLLABORATION®

VOLUME 30 · NUMBER 12 · APRIL 20 2012

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

REVIEW ARTICLE

Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review

*Marco Maltoni, Emanuela Scarpì, Marta Rosati, Stefania Derni, Laura Fabbri, Francesca Martini,
Dino Amadori, and Oriana Nanni*

See accompanying editorial on page 1258; listen to the podcast by Dr Cherny at www.jco.org/podcasts

Exemple 2 : la sédation raccourcit-elle la vie ?

- 2 Méta analyses : Beller et al., 2015 ; Maltoni 2012
- Sédation de courte durée : de 19 heures à 3,4 jours
- Pas de typologie des sédations et faible niveau méthodologique
- Conclusion : la sédation palliative ne raccourcit pas la vie
- Importance des bonnes pratiques

Survie des patients depuis l'admission

Study	Sedated patients		Nonsedated patients		P
	Mean	Median	Mean	Median	
Ventafriidda et al ⁵		25		23	.57
Stone et al ⁶	18.6		19.1		> .2
Fainsinger et al ⁷	9	8	6	4	.09
Chiu et al ⁸	28.5		24.7		.430
Muller-Busch et al ⁹	21.5	15.5	21.1	14.0	NR
Sykes et al ¹⁰					.23
48-hour sedation	14.3	7.0	14.2	7.0	
7-day sedation	36.6	34.5	14.2	7.0	
Kohara et al ¹¹	28.9		39.5		.10
Vitetta et al ¹²	36.5		17		.1
Rietjens et al ¹³		8		7	.12
Mercadante et al ¹⁴	6.6		3.3		.003
Maltoni et al ¹⁵		12		9	.330

D'après Maltoni et al., JCO 2012

Survie des patients depuis l'admission

Study	Sedated patients		Nonsedated patients		P
	Mean	Median	Mean	Median	
Ventafriidda et al ⁵		25		23	.57
Stone et al ⁶	18.6		19.1		> .2
Fainsinger et al ⁷	9	8	6	4	.09
Chiu et al ⁸	28.5		24.7		.430
Muller-Busch et al ⁹	21.5	15.5	21.1	14.0	NR
Sykes et al ¹⁰					.23
48-hour sedation	14.3	7.0	14.2	7.0	
7-day sedation	36.6	34.5	14.2	7.0	
Kohara et al ¹¹	28.9		39.5		.10
Vitetta et al ¹²	36.5		17		.1
Rietjens et al ¹³		8		7	.12
Mercadante et al ¹⁴	6.6		3.3		.003
Maltoni et al ¹⁵		12		9	.330

MMJG

16 (7–32)

11 (5-23)

Exemple 2 : la sédation raccourcit-elle la vie ?

Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study



Isseki Maeda, Tatsuya Morita, Takuhiro Yamaguchi, Satoshi Inoue, Masayuki Ikenaga, Yoshihisa Matsumoto, Ryuichi Sekine, Takashi Yamaguchi, Takeshi Hirohashi, Tsukasa Tajima, Ryohei Tatara, Hiroaki Watanabe, Hiroyuki Otani, Chizuko Takigawa, Yoshinobu Matsuda, Hiroka Nagaoka, Masanori Mori, Yo Tei, Ayako Kikuchi, Mika Baba, Hiroya Kinoshita

www.thelancet.com/oncology Vol 17 January 2016

- étude prospective : 58 centres, 1827 patients, 269 sédatisés (15%)
- mêmes survies : 22 j vs 26 j
- Pas d'influence de l'âge, du sexe, du score PS, de l'hydratation

Exemple 3 : hydratation et sédation ?

Medically assisted hydration for adult palliative care patients (Review)

Good P, Richard R, Syrnis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J



THE COCHRANE
COLLABORATION®

VOLUME 31 · NUMBER 1 · JANUARY 1 2013

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Parenteral Hydration in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial

Eduardo Bruera, David Hui, Shalini Dalal, Isabel Torres-Vigil, Joseph Trumble, Joseph Roosth, Susan Krauter, Carol Strickland, Kenneth Unger, J. Lynn Palmer, Julio Allo, Susan Frisbee-Hume, and Kenneth Tarleton

Exemple 3 : hydratation et sédation ?

- 6 essais; 3 randomisés; évaluation de la qualité de vie et de la survie
- Méthodologie insuffisante pour obtenir une conclusion quantitative
- Conclusion qualitative : pas de bénéfice de l'hydratation artificielle en fin de vie; *les patients hydratés paraissent plus éveillés et ont moins de myoclonies*
- Chez les patients sédatisés : pas d'influence de l'hydratation dans les derniers jours de vie
- Pronostic à qq jours : l'hydratation n'est pas un traitement de maintien en vie ; c'est différent si le pronostic vital dépasse une semaine

Groupe 3 : les fiches repères

- Urgence à donner des repères sans réécrire les recommandations
- Une fiche concerne la loi du 2/2/2016
- Une fiche adapte les 10 recommandations de l'EAPC

	Quels repères pour nous aider à mieux définir ces critères	Exemples de situation(s) dans la ou lesquelles ce critère est rempli et donc applicable	Exemples de situation(s) dans la ou lesquelles ce critère n'est pas rempli et donc pas applicable
À la demande du patient	Demande clairement et librement exprimée	Patient en capacité de s'exprimer verbalement	Sédation à la demande des proches ou de l'équipe soignante sans tenir compte de l'avis du patient (Patient sous tutelle ou avec des troubles cognitifs, mineurs ?)

<p>associée à une analgésie</p>	<p>Evaluation préalable de la douleur avec le patient.</p> <p>Lors de la mise en œuvre d'une sédation, poursuite des antalgiques mis en place avant la sédation (adapter les voies d'abord).</p> <p>L'hétéro-évaluation doit être réalisée lorsque le patient est sédaté pour adapter les thérapeutiques (nociception coma scale adaptée par Vinay¹ et coll. en 2012).</p>		<p>En l'absence de douleur avant la mise en œuvre de la sédation, l'instauration d'un traitement antalgique préventif (introduction d'un traitement opioïdes) ne doit pas relever d'une démarche systématique.</p>
--	---	--	--

Pronostic vital est engagé à court terme

Quelques heures à quelques jours

(référence au débat parlementaire).

Recommandations au Québec³ : «Selon l'expérience Québécoise en soins palliatifs, rares sont les patients qui ont besoin d'une sédation palliative continue plus d'une semaine avant leur décès. **Chez les patients dont le pronostic est évalué à plus de deux semaines, il est conseillé de recourir plutôt à une sédation intermittente, administrée pendant plusieurs heures ou quelques jours, et de réévaluer la situation** »

Liste non exhaustive :

- Maladie avec atteinte d'au moins un organe vital (cœur, rein, poumon, cerveau, foie, moelle) en phase terminale de son évolution ou réfractaire aux thérapeutiques entreprises au préalable
- Les situations cliniques aiguës : asphyxie, hémorragie
- ...

L'arrêt des traitements étiologiques n'engage pas systématiquement le pronostic à court terme.

Aucun argument pour parler d'évènement aigu grave sur une situation stable jusqu'alors

les fiches repères : les thèmes

- Quand et comment anticiper la question avec le patient ?
- Dans quelles situations envisager une sédation ?
- Evaluation de la décision et des conditions de réalisation
- Discussion avec le patient : information et consentement
- Discussion avec « la famille »
- Modalités de mise en œuvre médicamenteuse (titration, évaluation)
- **Poursuite de la Nutrition, hydratation et traitements concomitants ?**
- Accompagnement des soignants

Ce qu'il devrait être fait	Ce qu'il ne devrait pas être fait	Spécificité à la demande du patient
<p>Etre vigilant de ne pas poursuivre les traitements futiles qui prolongeraient l'agonie</p> <p>Respecter la variabilité culturelle et spirituelle mais dans un cadre professionnel en expliquant les limites d'une posture dogmatique.</p> <p>Bien expliquer aux proches l'évolution naturelle des besoins d'hydratation et de nutrition</p> <p>Trouver un consensus avec la famille si tension et faire appel à un médiateur si possible</p> <p>l'arrêt de le HA et NA devra être pratiqué si elle contribue à une exacerbation de la souffrance du patient ou une prolongation de l'agonie...</p>	<p>Arrêter tous les traitements, y compris antalgiques</p> <p>Arrêter brutalement toute perfusion ou alimentation sans explication à la famille</p> <p>Maintenir une alimentation et une hydratation ayant des effets délétères</p> <p>Arrêter les traitements de confort</p> <p>Arrêter les soins</p> <p>Arrêter l'évaluation</p>	<p>L'assurer qu'il ne souffrira pas d'un manque de soin</p> <p>Des soins de bouche seront faits régulièrement. (<i>Il n'aura pas la sensation de soif et de faim car il dort</i>)</p> <p>Sa famille sera prévenue et soutenue régulièrement.</p> <p>TTT antalgiques</p>