

# SOINS PALLIATIFS

## &

### SEDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DECES

Mise en œuvre médicamenteuse voie IV \*

#### Définition

"La **sédation profonde et continue** est la suspension de la conscience poursuivie jusqu'au décès"

*Recommandations HAS*

#### Introduction

Cette fiche pratique est issue d'un groupe de travail constitué de professionnels du département. Elle n'est en aucun cas une recommandation nationale. Construite à partir d'une bibliographie et de la confrontation de nos pratiques, elle permet de mettre en place une sédation de façon prudente mais réactive en terme de temporalité. Devant toute complexité, nous vous recommandons de faire appel à une équipe expérimentée en soins palliatifs.

#### En première intention: Midazolam seul

##### Titration avec induction rapide (urgence ou demande du patient)

**Induction : Midazolam** 1 mg en 30 sec à renouveler toutes les 2 min (purger la tubulure) jusqu'à obtenir un score RASS de -4 ou -5 (cf. Fiche sur les pratiques sédatives). L'induction doit se faire en présence du médecin.

- Le **Midazolam** est à diluer dans du sérum physiologique à 1mg/1ml
- Au-delà de 10 mg, une réflexion sur l'association à une autre thérapeutique (ou substitution) est à mener

**Débit d'entretien** : mise en route d'une seringue électrique de **Midazolam** dilué dans du sérum physiologique d'un débit horaire égal à la moitié de la dose d'induction (induction=4mg : débiter entretien à 2mg/h)

- En cas d'augmentation du RASS évoquant un patient moins sédaté, 2 choses sont à mettre en place :
  - Un bolus de 1 mg en 30 secondes. Afin que le bolus soit administré aussitôt, rincer la tubulure
  - L'augmentation du débit d'entretien de 0.03 mg/kg/h toutes les 3h jusqu'à ce que le RASS soit à -4 ou -5

**Si réveil avant les 3 heures** : possibilité de refaire un bolus toutes les 2 minutes.

**A titre indicatif** : on peut considérer qu'à partir de 3 bolus en moins de 3h, il faut appeler le médecin et interroger la seconde intention. Celle-ci est aussi à questionner lorsque le débit d'entretien dépasse 5mg/h IVSE.

##### Titration sans induction (absence d'urgence ou souhait du patient)

**Midazolam** : débit à 0.03 mg/kg/h IVSE à augmenter de 0.5 en 0.5 mg/h toutes les 20 min jusqu'à RASS à -4 ou -5

En cas d'échec de la sédation malgré un débit de 5 mg/h discuter :

- Soit de mettre en œuvre une induction rapide avec adaptation du débit d'entretien comme indiqué dans le paragraphe « titration avec induction rapide » et rajouter la moitié de la dose d'induction au débit pour lequel la sédation avait échoué  
Ex : RASS à -2 alors que **Midazolam** à 5 mg/h IVSE : décision induction. Dose d'induction : 4 bolus de 1 mg toutes les 2 minutes soit 4 mg. Donc, mettre en place 7 mg/h (5 mg/h+4 mg/2)
- Soit de passer à la seconde intention

## En deuxième intention

Une association ou une substitution doit être discutée en fonction du contexte.

Dans tous les cas, la recherche d'une cause à l'échec de la sédation doit être mise en œuvre avant d'effectuer un changement de thérapeutique (rétention aiguë d'urine, fécalome, pied dans les barrières par exemple).

- Dans la plupart de cas, l'association d'un neuroleptique au **Midazolam** est indiquée :
  - Débuter par du **Chlorpromazine** 0.5 mg/h IVSE à augmenter progressivement de 0.5 mg/h toutes les heures jusqu'à un RASS à -4/-5 avec un maximum de 6 mg/h soit environ 150 mg/24h.
  - Certaines équipes, en plus de la seringue électrique, réalisent un bolus de 0.5 mg IVD qu'elles peuvent renouveler afin de favoriser l'imprégnation en neuroleptique.
  - Il est à noter que les neuroleptiques ont tout leur intérêt lors d'une confusion, d'une agitation ou de nausées.
- Dans le cas particulier d'un état de mal ou de crises épileptiques itératives, le **Phénobarbital** est indiqué en substitution du **Midazolam** à la posologie de 600 mg/24h après un bolus de 2mg/kg. Il peut être administré en sous-cutané.

En cas d'échec ou de situation complexe, un avis auprès d'un médecin de soins palliatifs est recommandé pour discuter d'une adaptation thérapeutique et surtout d'une hospitalisation en service spécialisé pour sédation nécessitant des produits uniquement hospitaliers (**Propofol**®, **Gamma OH**®).

## Eléments de surveillance Cf. Fiche Sédation : surveillance

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids estimé du patient</li> <li>• Date procédure collégiale</li> <li>• Type de sédation souhaitée</li> <li>• Date d'induction</li> <li>• Dose d'induction et débit d'entretien des sédatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débit d'entretien des antalgiques</li> <li>• RASS : échelle du degré de vigilance</li> <li>• Algoplus : échelle d'évaluation de la douleur</li> <li>• Soins de bouche</li> <li>• Autres symptômes</li> </ul>
--	---

\*Par voie SC, une induction n'est pas recommandée vue la variabilité de la vitesse de résorption. Si on souhaite, malgré tout, faire une dose de charge, elle peut être de 0,1 mg/kg. L'entretien se fait aux mêmes doses que par voie IV soit 0.03mg/kg/h.

Contacts utiles	Références bibliographiques
<p><b>COMPAS</b> 02.40.16.59.90            Site hospitalier Laënnec            Bd Jacques Monod            44093 Nantes Cedex 1</p> <p><b>UNITE DE SOINS PALLIATIFS</b> 02.53.48.27.33            Site hospitalier Laënnec            CHU Nantes</p> <p><b>Loi n°2016-87 du 2 février 2016</b> créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie</p>	<p><b>Recommandations HAS</b></p> <p><b>Fiches Repères de la SFAP</b></p> <p><b>Recommandations proposées par la Société québécoise des médecins de soins palliatifs</b> : Sédation palliative : principes et pratique en médecine adulte.</p> <p><b>European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care.</b> Palliat. Med. 2009</p>