

PROTOCOLE HYPNOVEL

LA SEDATION EN PHASE TERMINALE

A partir du symposium « sédation en fin de vie »
8^{ème} congrès national de la SFAP juin 2002.

Pré-requis

La sédation en phase terminale pour détresse est la recherche par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but 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 par le patient.

Dans la pratique des soins palliatifs, les visées de la sédation peuvent-être :

- ✓ Une somnolence provoquée chez une personne qui reste éveillable à la parole ou tout autre stimulus simple.
- ✓ Une perte de conscience provoquée qui peut se décliner-en :
 - coma provoqué transitoire (sédation intermittente),
 - coma provoqué non transitoire (sédation prolongée).

La sédation n'est pas dans ce cadre :

- ✓ une anxiolyse,
- ✓ une analgésie,
- ✓ une utilisation comme somnifère,
- ✓ une alternative à l'euthanasie.

Indications

✓ Situations aiguës à risque vital immédiat, facilement identifiables :
Hémorragies cataclysmiques, détresses respiratoires asphyxiques.
Dans la mesure du possible la prescription de sédation doit être une prescription anticipée.

- ✓ Symptômes physiques réfractaires, vécus comme insupportables par le patient.

Le symptôme réfractaire peut se définir par tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut-être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient.

- ✓ Situations singulières et complexes dont la réponse ne peut se réduire au seul domaine médical.

Ces situations s'inscrivent dans un contexte de détresse persistante, vécue comme insupportable par le patient, comportant parfois une demande d'euthanasie.

Toutes ces situations singulières nécessitent un questionnement au cas par cas et doivent s'inscrire dans une réflexion d'équipe.

Cela permet que la réflexion sur la décision de sédaté soit anticipée (que cela ne se fasse pas dans l'urgence), soit écrite dans le dossier de soins ; cela permet aussi de prendre le temps d'informer le malade et sa famille quand cela est possible.

C'est la garantie d'une démarche éthique car la décision de sédation est une réponse de soignants à des situations sortant pourtant du champ exclusif de leur pratique habituelle. Elle fait appel à des références personnelles et professionnelles et doit tenir compte du cadre réglementaire et légal.

L' HYPNOVEL

En phase terminale pour détresse, le médicament de choix pour la sédation est l'Hypnovel ou midazolam.

En effet par :

- ✓ sa demi-vie courte (2 à 4 h),
- ✓ son effet sédatif dose-dépendant de 20 à 60 mn selon la posologie (0,05 à 0,15 mg/kg),
- ✓ son caractère hydrosoluble permettant des voies d'administration variées,
- ✓ ses caractéristiques, commune aux Benzodiazépines (anxiolytique, hypnotique, amnésiant et myorelaxant)

le midazolam répond aux quatre critères d'exigence : maniabilité et réversibilité, marge de sécurité thérapeutique, facilité d'emploi, moindre coût.

Mode d'utilisation

Les situations aiguës à risque vital immédiat, facilement identifiables

- Préférer une titration par voie IV
- Midazolam IV à la concentration de 1 mg par 2 ml
- Injecter 1 ml (0,5 mg) toutes les 2 à 3 mn jusqu'à obtention de la sédation voulue
 - Noter le nombre de mg nécessaire à l'induction
 - Deux possibilités :
 - laisser le malade se réveiller et faire alors une nouvelle induction si nécessaire,
 - entretenir la sédation, jusqu'au moment prévu du réveil, en prescrivant une dose horaire égale à 50% de la dose utile à l'induction, en perfusion IV continue.

Les autres situations ou en cas d'absence d'abord veineux

- Préférer la voie SC
- Midazolam par voie SC à la concentration de 1 mg par ml
- Injecter 0,05 à 0,1 mg/kg en première intention
- Moduler les réinjections dans l'objectif d'obtenir la sédation désirée
- Dans le cas où on prendrait la décision de maintenir une sédation continue, entretenir la sédation par une perfusion SC continue en prescrivant une dose horaire égale à 50% de la dose utile à l'induction.

Quelle que soit la rigueur du processus décisionnel, la réalisation d'une sédation en phase terminale pour détresse pose plus de questions qu'elle n'apporte de réponses.

Il convient donc aux soignants de rester exigeants et professionnels dans leurs pratiques, c'est à dire de se donner du temps, d'entretenir une dynamique de réflexion et de questionnement permanent sur des sujets aussi graves et complexes.