

# La thérapie de la sédation palliative continue

Anna Voeuk MD CCFP Doreen Oneschuk MD CCFP

Même s'il existe diverses définitions de la *sédation palliative*, on s'entend généralement pour dire:

- 1) qu'elle désigne le recours à un ou plusieurs agents pharmacologiques pour réduire l'état de conscience;
- 2) qu'elle est réservée au traitement des symptômes intolérables et réfractaires; et 3) qu'elle n'est envisagée que chez un patient ayant reçu un diagnostic de maladie progressive avancée<sup>1</sup>.

Quoiqu'il existe divers types de sédation, y compris la sédation intermittente et de répit, ainsi que la sédation comme effet secondaire de médicaments comme les opioïdes<sup>2</sup>, le présent article porte plus précisément sur la thérapie de la sédation palliative continue (TSPC) en fin de vie ou à l'approche de la mort. La *thérapie de la sédation palliative continue* est l'utilisation d'une sédation constante pour la prise en charge des symptômes durant la fin de la vie lorsqu'un patient approche de sa mort (c.-à-d. dans les dernières heures ou derniers jours<sup>3</sup> allant jusqu'aux 2 dernières semaines de vie<sup>1</sup>) et elle se poursuit jusqu'au décès du patient. La sédation palliative devrait être le dernier recours pour les patients souffrant de symptômes intolérables et réfractaires<sup>3</sup>. L'adjectif *réfractaire* décrit un symptôme qui ne peut pas être contrôlé adéquatement en dépit d'efforts vigoureux pour identifier une thérapie tolérable qui ne nuit pas à l'état de conscience<sup>4</sup>.

Les professionnels de la santé, y compris les médecins de famille, peuvent se sentir mal à l'aise avec la TSPC parce qu'elle ne leur est pas familière ou encore à cause de la terminologie différente (p. ex. usage antérieur de l'expression *sédation terminale*<sup>5</sup>), des problèmes déontologiques et légaux<sup>6</sup> et des perceptions erronées que c'est une forme d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté<sup>2,5,7,8</sup>. Il est fortement conseillé de consulter un médecin qui a des connaissances et de l'expertise tant en prise en charge des symptômes et qu'en TSPC lorsqu'on envisage cette forme de thérapie<sup>1,6</sup>. Les membres d'équipes interprofessionnelles, là où elles existent, peuvent fournir de précieux conseils et une aide énorme dans la prise de décisions entourant la TSPC<sup>3</sup>.

Le présent article insiste sur 2 des cas les plus courants où il est indiqué d'utiliser la TSPC: le délirium réfractaire irréversible avec agitation et la dyspnée

réfractaire et intolérable<sup>2,3</sup>. L'utilisation de la TSPC lorsque les symptômes ne sont pas de nature physique (p. ex. détresse existentielle) demeure controversée<sup>2,9</sup> et n'est pas abordée. Pareillement, l'initiation, la poursuite ou la cessation de l'hydratation et de l'alimentation artificielles devraient être traitées comme des enjeux distincts<sup>3</sup> et ne sont pas non plus discutées ici.

En raison du manque d'études randomisées contrôlées et des différences dans les milieux cliniques et les types de médicaments utilisés, il n'y a pas de données probantes permettant de recommander un médicament en particulier plutôt qu'un autre pour la TSPC<sup>2,3</sup>. Toutefois, les médicaments neuroleptiques ou antipsychotiques sédatifs et les benzodiazépines sont les plus couramment utilisés, tandis que les barbituriques et le propofol ne servent qu'occasionnellement<sup>1,3,7</sup>. En règle générale, on devrait administrer le niveau de sédation le plus bas nécessaire pour procurer un soulagement adéquat de la souffrance<sup>3</sup>, qu'on appelle *sédation proportionnée*. Il importe de souligner que les opioïdes ne devraient pas servir à la sédation palliative, parce que les fortes doses requises pour la sédation entraîneront inévitablement une neurotoxicité induite par les opioïdes et une dépression respiratoire possible<sup>1,7</sup>. Par contre, ils doivent être continués s'ils servent à prendre en charge d'autres symptômes comme la douleur et la dyspnée.

## Cas 1: Délirium réfractaire irréversible avec agitation

M<sup>me</sup> A.Z. est une femme de 60 ans atteinte d'un cancer du sein avec métastases connues aux os et au cerveau. Elle a subi une radiothérapie du cerveau complet il y a 2 mois. M<sup>me</sup> A.Z. a une ordonnance de ne pas réanimer ainsi que des directives préalables exécutables par son conjoint qui est désigné comme son mandataire spécial. Elle est admise à l'hôpital après 1 semaine de maux de tête et de confusion avec agitation. On commence à lui administrer de l'halopéridol sur 24 h et à chaque heure au besoin. À la maison, elle prenait de la morphine sur 24 h ainsi qu'au besoin pour la douleur (1 à 2 épisodes de douleur paroxystique par jour) et de la dexaméthasone à faible dose pour ses métastases au cerveau. Même si elle ne présente pas de signes ou de symptômes de neurotoxicité induite par les opioïdes, au cas où ses opioïdes actuels pourraient contribuer à sa confusion, on les change pour de l'hydromorphone. Elle semble bien hydratée et n'est pas hypoxique. Il n'y a pas de source évidente d'infection comme une pneumonie, une infection des voies urinaires ou de la peau. On passe en revue sa liste de médicaments pour détecter

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the September 2014 issue on page 813.

toute interaction médicamenteuse; aucune n'est trouvée. Les résultats de ses analyses sanguines, y compris la formule sanguine, la glycémie, les taux d'enzymes hépatiques, les taux de créatinine et les épreuves de chimie clinique, se situent dans les limites de la normale. Elle n'a pas d'hypercalcémie. Son délirium est probablement relié à ses métastases au cerveau. L'essai d'une dose plus forte de dexaméthasone n'améliore pas son agitation. En définitive, son délirium est considéré irréversible.

Au cours des jours qui suivent, son agitation s'aggrave au point où elle pousse des cris et ne cesse de se jeter en bas de son lit. De fréquentes doses d'halopéridol au besoin ne sont pas efficaces pour traiter son délirium réfractaire avec agitation. On discute avec son mari concernant l'option de la TSPC. Parce que M<sup>me</sup> A.Z. fait un délirium réfractaire irréversible avec agitation qui ne répond pas à l'halopéridol, on envisage la méthotriméprazine. Son conjoint donne son consentement après qu'on ait discuté avec lui de l'intention et des effets secondaires de la méthotriméprazine, qu'on commence alors à lui administrer sur 24 h et à chaque heure au besoin pour son délirium avec agitation. Les détails de la discussion avec le mari de la patiente et l'équipe de soins de santé sont documentés dans son dossier.

Malheureusement, M<sup>me</sup> A.Z. ne répond pas à des doses de plus en plus fortes de méthotriméprazine. On discute avec son conjoint de la possibilité de changer sa médication pour la sédation à une perfusion sous-cutanée continue (PSCC) de midazolam. On discute du dosage et du titrage proportionné avec son mari. On le rassure, comme auparavant, que le traitement ne raccourcira pas sa vie, mais plutôt que M<sup>me</sup> A.Z. mourra en définitive de sa maladie sous-jacente. On commence une perfusion de midazolam dont la dose est titrée proportionnellement à une quantité qui atténue son agitation. On continue d'assurer les soins personnels de M<sup>me</sup> A.Z., y compris les soins de la bouche et les déplacements réguliers pour préserver l'intégrité de sa peau. On vient vérifier périodiquement son état de conscience et les effets secondaires de la thérapie de la sédation. M<sup>me</sup> A.Z. continue de recevoir de l'hydromorphone qui est utilisée pour le contrôle constant de la douleur (non pas pour la sédation). On répond aux questions de son conjoint et le personnel continue de lui prodiguer du soutien durant tout le processus. M<sup>me</sup> A.Z. meurt 3 jours après l'amorce de la TSPC au midazolam.

Dans les unités de soins palliatifs, 49 % des épisodes de délirium sont réversibles<sup>10</sup>. Plus de 80 % des patients atteints d'un cancer avancé développent un délirium ou une déficience cognitive durant les dernières semaines précédant le décès<sup>10,11</sup>. Par conséquent, une consultation avec un spécialiste des soins palliatifs peut aider dans le dépistage de causes potentiellement réversibles. Il est important de rechercher et d'envisager le traitement des facteurs réversibles, comme les effets secondaires des

médicaments, les interactions médicamenteuses, les infections, les troubles métaboliques (l'hypercalcémie en particulier) et l'hypoxie. Il importe de renseigner la famille ou le mandataire spécial à propos de l'investigation des causes réversibles pour être en mesure de mettre en évidence que le délirium est irréversible, le cas échéant. Il est essentiel de donner de l'information et des mises à jour sur une base constante à la famille ou au mandataire spécial à propos de l'intention et du but de la sédation, comment elle sera administrée, la façon dont le patient sera régulièrement observé et ce à quoi on peut s'attendre durant le processus du mourir<sup>3</sup>.


## Cas 2: Dyspnée réfractaire et intolérable

M. B.Y. est un homme de 56 ans atteint d'un cancer du poumon non à petites cellules avec métastases intrathoraciques. Il vivait dans une maison de chambres, n'a pas de famille immédiate, a une ordonnance de ne pas réanimer, mais il n'a pas de directives anticipées. Il est admis en maison de soins palliatifs souffrant d'un essoufflement de plus en plus sévère. Même s'il ne semble pas en détresse respiratoire, il évalue sa dyspnée à 8 sur 10 sur une échelle analogique visuelle. Il reçoit 4 l/min d'oxygène, traitement amorcé il y a 2 semaines à sa résidence. Il signale qu'il craint de perdre progressivement le souffle et d'en «suffoquer» par la suite. On discute avec lui d'un plan pour investiguer plus en profondeur des causes réversibles possibles de sa dyspnée et des options thérapeutiques subséquentes, y compris la possibilité d'une TSPC comme dernier recours pour la prise en charge des symptômes si toutes les autres options échouent. On lui explique la possibilité d'une TSPC au midazolam, notamment son intention et son but pour la prise en charge des symptômes. En raison de sa maladie sous-jacente et de sa dyspnée secondaire intolérable, on s'attend à ce que la perfusion se poursuive jusqu'à sa mort. La discussion ainsi que les commentaires de l'équipe sont documentés dans son dossier.

Il est hypoxique selon une évaluation par oxymétrie de pouls et on augmente son oxygène à 6 l/min. On commence à lui administrer de l'oxycodone sur 24 h et à chaque heure au besoin pour sa dyspnée et un ventilateur est placé en direction de son visage. Une radiographie du thorax révèle une lymphadénopathie hilairale, une perte de volume du poumon droit sans signe de pneumonie et une effusion pleurale de taille modérée au poumon gauche. Il subit une thoracentèse, mais l'intervention ne réussit pas à atténuer sa dyspnée; 3 jours après son admission, il évalue sa dyspnée à 9 sur 10.

Il commence à faire de la tachypnée et est incapable de rester au lit à l'horizontale. Il évalue maintenant sa dyspnée à 10 sur 10. On augmente sa dose d'oxycodone sur 24 h et, à sa demande, il reçoit des doses plus fortes d'oxycodone pour les épisodes de douleurs paroxystiques. Durant les 2 jours suivants, ses besoins en oxygène

augmentent à 15 l/m. On change sa médication par de l'hydromorphone sans que sa dyspnée s'améliore, puis il commence à recevoir de la méthotrimeprazine à faible dose sur 24 h. Ces mesures ne réussissent pas à atténuer adéquatément sa dyspnée. Sa tachypnée augmente et il doit maintenant composer avec plus d'efforts pour respirer et utilise des muscles accessoires. Il demande si on peut faire autre chose pour qu'il soit plus confortable et moins à bout de souffle parce qu'il ne peut plus tolérer d'être si dyspnéique. On discute à nouveau avec lui en détails de l'option de la TSPC, notamment son intention et son but. Il demande qu'on lui administre une TSPC au midazolam, qui est titré afin qu'il atténue sa dyspnée. On continue à assurer ses soins personnels et il meurt 1 jour après avoir commencé la TSPC au midazolam.

Comme dans le premier cas, les professionnels de la santé devraient chercher et traiter des causes potentiellement réversibles de la dyspnée que le patient accepte de faire traiter. Parmi de telles causes figurent des effusions pleurales, une pneumonie, une embolie pulmonaire ou de l'anémie. Qu'importe si des causes réversibles sont présentes ou non, on peut commencer à administrer de l'oxygène qu'on ajuste en conséquence. Pareillement, on peut commencer les opioïdes, si ce n'est pas déjà fait pour la douleur, et les titrer pour atténuer la dyspnée. De plus, certaines données probantes appuient l'essai de médicaments neuroleptiques à faible dose, comme les phénothiazines, pour la dyspnée<sup>12</sup>. À l'encontre des patients qui font un délirium réfractaire irréversible avec agitation, les patients souffrant de dyspnée chez qui on envisage une TSPC sont souvent alertes et capables de participer à la prise de décisions. Il se peut que ce soit eux qui demandent la TSPC pour leur dyspnée qu'ils trouvent réfractaire et intolérable. Comme dans le cas des patients qui reçoivent une TSPC pour un délirium réfractaire irréversible, les patients souffrant de dyspnée ont besoin d'une observation continue pendant qu'ils sont sous sédation, du maintien de leurs soins personnels et il faut soutenir leur famille ou mandataire spécial. 

**D<sup>re</sup> Voeuk** était résidente du programme d'année supplémentaire en compétences additionnelles au Programme de soins palliatifs de la zone d'Edmonton en Alberta au moment de la rédaction. **D<sup>r</sup> Oneschuk** est médecin consultante auprès du Programme de soins palliatifs de la zone d'Edmonton.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Références

1. Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach SL; Groupe de travail de la Société canadienne des médecins de soins palliatifs. Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. *J Palliat Med* 2012;15(8):870-9. Publication en ligne du 2 juillet 2012.
2. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F et collab. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol* 2012;30(12):1378-83. Publication en ligne du 2012 Mar 12. Erratum dans: *J Clin Oncol* 2012;30(27):3429.
3. Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23(7):581-93.
4. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10(2):31-8.

5. Papavasiliou ES, Brearley SG, Seymour JE, Brown J, Payne SA; EURO IMPACT. From sedation to continuous sedation until death: how has the conceptual basis of sedation in end-of-life care changed over time? *J Pain Symptom Manage* 2013;46(5):691-706. Publication en ligne du 8 avril 2013.
6. Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med* 2003;6(3):345-50.
7. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10(1):67-85.
8. Ten Have H, Welie JV. Palliative sedation versus euthanasia: an ethical assessment. *J Pain Symptom Manage* 2014;47(1):123-36. Publication en ligne du 4 juin 2013.
9. Cherny NI. Sedation in response to refractory existential distress: walking the fine line. *J Pain Symptom Manage* 1998;16(6):404-6.
10. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME et collab. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000;160(6):786-94.
11. Bruera E, Miller L, McCallion J, Macmillan K, Krefting, Hanson J. Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective study. *J Pain Symptom Manage* 1992;7(4):192-5.
12. Dudgeon DJ. Managing dyspnea and cough. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002;16(3):557-77, viii.

### POINTS SAILLANTS

- La thérapie de la sédation palliative continue (TSPC) est indiquée pour des symptômes réfractaires intolérables (à distinguer des symptômes *difficiles à contrôler*) dans le contexte d'une maladie terminale en fin de vie (de quelques heures à quelques jours; jusqu'à 2 semaines avant). Lorsqu'on envisage une TSPC, il est fortement recommandé de consulter un spécialiste des soins palliatifs.
- Il faudrait avoir en place une ordonnance de ne pas réanimer ainsi qu'obtenir le consentement éclairé du patient ou de son mandataire spécial après avoir eu une discussion à propos de la TSPC. Les membres de la famille ou un mandataire spécial devraient participer à la prise de décisions concernant la TSPC et être informés de son intention et de son but. Il est essentiel de documenter les discussions à propos de la TSPC avec le patient, la famille ou le mandataire spécial et les membres de l'équipe.
- On utilise pour la TSPC des neuroleptiques et des benzodiazépines, et moins souvent des barbituriques et du propofol. Il faut que le tritage soit proportionné pour obtenir la dose de médication la plus faible nécessaire à une sédation qui procure le soulagement des symptômes pour lesquels le patient reçoit une TSPC. Les opioïdes peuvent être continués pour la prise en charge des symptômes mais ne devraient pas servir spécifiquement à la TSPC.
- Avant d'amorcer une TSPC, il faudrait avoir des discussions distinctes concernant l'hydratation et l'alimentation artificielles. Durant la sédation, il est essentiel de faire une observation continue du patient pour assurer son confort et de lui prodiguer des soins personnels empreints de grand respect et diligents.

Dossiers en soins palliatifs est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien* et rédigée par les membres du Comité des soins palliatifs du Collège des médecins de famille du Canada. Ces articles explorent des situations courantes vécues par des médecins de famille qui offrent des soins palliatifs dans le contexte de leur pratique en soins primaires. N'hésitez pas à nous suggérer des idées de futurs articles à [palliative\\_care@cfpc.ca](mailto:palliative_care@cfpc.ca).