

Sédation par midazolam : étude rétrospective descriptive dans un CLCC sur 2014 et 2015

Contexte

La sédation en médecine palliative est une pratique complexe qui suscite de nombreux débats. Le droit français a évolué récemment pour poser un nouveau cadre légal. Dans ce contexte, l'objectif de ce travail était de faire un état des lieux de cette pratique au Centre Oscar Lambret (COL), centre régional de lutte contre le cancer de Lille.

Méthode

Cette étude descriptive et analytique rétrospective sur 2014-2015 a inclus des patients majeurs en fin de vie, hospitalisés, pour lesquels une sédation par midazolam était réalisée. Le dossier médical informatisé a permis leur identification et le recueil des données. Les cas retenus étaient les sédations explicitement nommées (sédations avérées) et les prescriptions de midazolam altérant la vigilance des patients (sédations probables). Différents paramètres ont été étudiés, tels que l'influence du lieu (unité de soins palliatifs / autres services), de la période de garde et des indications, ainsi que l'impact des prescriptions médicamenteuses associées sur la dose de midazolam et la survie.

Résultats

54 cas de sédations étaient retrouvés (48 avérées, 6 probables). Les symptômes réfractaires représentaient 48,1% des indications, les complications à risque vital immédiat 46,3% et les souffrances existentielles 5,6%. Les fréquences de l'information et du consentement du patient étaient respectivement de 40,7% et 31,5%, et de 72,2% pour l'information aux proches. La décision était collégiale dans 37% des cas. Les sédations étaient continues jusqu'au décès pour 98,1% d'entre elles. Une titration était réalisée dans 44,4% des cas. La médiane de survie était de 1 jour, la dose moyenne d'entretien de midazolam de 1,5mg/h+/-1,5 après induction et 3,6mg/h+/-4,4 au décès. Les sédations probables avaient un taux d'échec supérieur aux sédations avérées (100% vs 7,1% ; $p<0,001$). Des différences significatives existaient pour l'unité de soins palliatifs comparée aux autres services concernant l'information du patient (64,7% vs 29,7% ; $p=0,015$), son consentement (52,9% vs 21,6% ; $p=0,021$), l'anticipation de la prescription (58,8% vs 13,5% ; $p=0,001$), la mention de la sédation dans le courrier (94,1% vs 56,8% ; $p=0,006$) et la réalisation de titrations (70,6% vs 32,4% ; $p=0,009$). Lorsque les patients étaient déjà traités par midazolam, les doses d'induction, d'entretien initiale et au décès étaient significativement plus élevées ($p=0,004$, $p<0,001$ et $p=0,003$ respectivement). Pour ceux recevant des opioïdes, la dose d'entretien au décès était aussi plus importante ($p=0,025$). Aucune différence de survie globale n'était constatée.

Conclusion

Une évolution des pratiques au COL est nécessaire afin d'améliorer la mise en conformité avec les recommandations, notamment en ce qui concerne le processus de décision collégiale, l'information donnée aux proches, la titration, et la traçabilité. La nouvelle législation nécessite une vigilance accrue.

Références

- Blanchet V, Viillard M-L, Aubry R. Sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2010 Apr;9(2):59–70.
- Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Sep;36(3):310–33.
- Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Dorni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2012 Apr 20;30(12):1378–83.