UTILISATION DU MIDAZOLAM DANS UNE USP: DE L'ANXIOLYSE AUX DIFFERENTES SEDATIONS

Dr LIENARD Catherine, Mr BACHELET Felix (interne), Dr THOREL Alexandra, Dr BIRKUI DE FRANCQUEVILLE Laurence, médecins CHI Compiègne-Noyon

CONTEXTE

Le MIDAZOLAM (MDZ) est une molécule très fréquemment prescrite en médecine palliative dans de multiples indications: anxiolyse, sédation transitoire, sédation de durée indéterminée, sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

Notre objectif est de déterminer, chez les patients sous MDZ, l'indication de cette molécule au moment du décès car si l'indication est souvent claire lors de l'introduction, cette dernière peut se modifier tout au long du séjour en fonction de l'évolution clinique du patient.

METHODE

Cette étude prospective de 6 mois (du 1er octobre 2018 au 31 mars 2019) a inclus les patients majeurs, hospitalisés à l'Unité de Soins Palliatifs (USP) du CH de Compiègne bénéficiant d'un traitement par MDZ en continu par voie IV ou SC.

Chez patients, une surveillance de l'état de vigilance, par l'intermédiaire de l'échelle de RICHMOND, est réalisée de façon systématique 3fois/j et à chaque modification de posologie du MDZ ou de l'état de vigilance du patient.

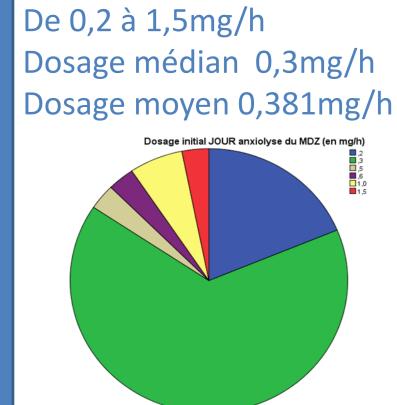
Toutes les modifications du score sur l'échelle de RICHMOND déclenchent une analyse de la prescription du MDZ.

Les sédations (score de RICHMOND de -2 à -5) imputables au MDZ sont alors classés selon la typologie SEDAPALL

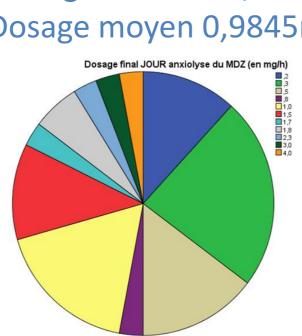
RESULTATS

	Patient sans MDZ (N=62)	Anxiolyse par MDZ (N=38)	Sédation par MDZ (N=21)
Age moyen (min/max)	74 (49-93)	68 (40-96)	66 (33-102)
Age médian : X[25-75](min/max)	76,5 [63-84](49-93)	66 [57-81](40-96)	65 [56-78](33-102)
Ratio H/F	54,80% / 45,20%	68,40% / 31,60%	61,90% / 38,10%
DMS en jours	15,77	19,45	17,1
Durée Médiane de séjour en jours : X[25-75](min/max)	13,50 [4-22](0-57)	12 [4,75-24,75](1-115)	11[5-26](1-61)
Mode de sortie : Décès	45,20%	76,30%	95,20%
Recherche de la personne de confiance	94%	92%	90,50%
Directives anticipées rédigées	12,90%	13,20%	9,50%
Pathologies	1/ Cancers digestifs (30,60%) 2/ Cancers poumon (17,70%) 3/ Cancers sein (11,30%)	1/ Cancers digestifs (28,90%) 2/ Cancers poumon (18,40%) 3/ Cancers ORL (13,20%)	1/ Cancers poumon (28,60%) 2/ Cancers digestifs (23,80%) 3/ Cancers ORL (14,30%); Cancers endomètre (14,30%)
Présence de métastases	67,80% dont 8,10% cérébrales	60,50% dont 10,50% cérébrales	80,90% dont 23,80% cérébrales
Prescription anticipée anxiolyse	51,60%	42,10%	42,90%
Prescription anticipée sédation	51,60%	78,95%	90,50%

ANXIOLYSE Dosage initial:



Dosage final: De 0,2 à 4mg/h Dosage médian 0,575mg/h Dosage moyen 0,9845mg/h



Durée:

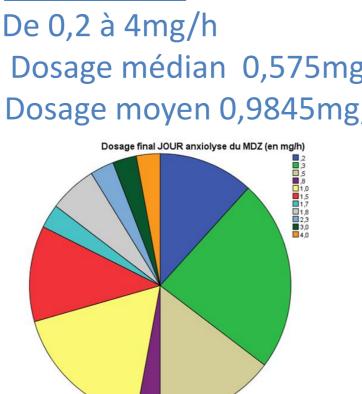
Durée médiane: 7 jours De 0 à 71 jours

Dissociation J/N du dosage: 44,7% des patients

Introduction dans le service: 63,2% des patients

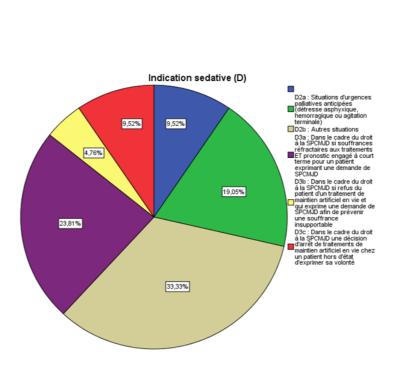
Voie: IV 97,4% SC 2,6%

Prescription anticipée d'anxiolyse 42,1% des patients De 2 à 221j avant l'anxiolyse Durée médiane: 5j Durée moyenne: 25j



Durée moyenne: 13,32 jours

Indication:



Profondeur:

Intentionnalité:

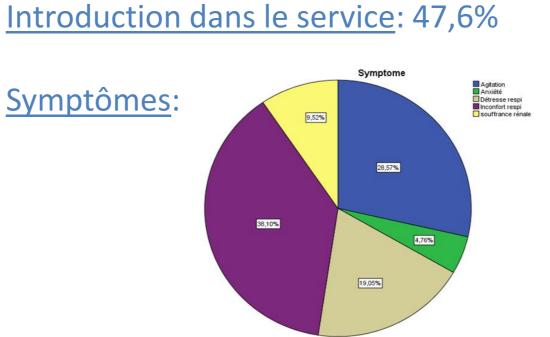
- P1 proportionnée: 52,4% des patients - P2 profonde d'emblée : 47,6% des patients

Dosage initial: De 0,3 à 8mg/h

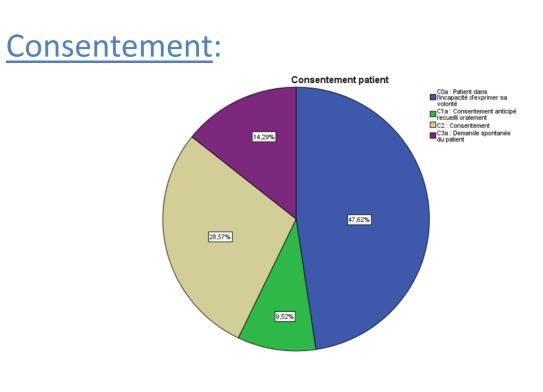
Dosage médian: 2mg/h Dosage moyen: 2,95mg/h

Durée médiane: 2 jours Durée: De 0 à 7 jours

Symptômes:



SEDATION



Intensité:

- RICHMOND -2-3: 23,8% des patients - RICHMOND -4-5: 76,2% des patients

Dosage final: De 0,3 à 14mg/h Dosage médian: 2,75mg/h

Dosage moyen: 3,75mg/h

Durée moyenne: 2,52 jours Voie: IV 95,2% SC 4,8%

Prescription anticipée de sédation:

90,5% des patient De 1 à 67 Jours Durée médiane: 5 jours Durée moyenne: 12 jours

DISCUSSION

ANXIOLYSE

- Si les dosages initiaux semblent uniformes du fait de l'existence d'un protocole d'anxiolyse, la diversité des dosages finaux et la présence d'une dissociation Jour/Nuit du dosage chez près de la moitié des patients met en évidence qu'il existe une réelle adaptation des prescriptions et des posologies en fonction des multiples situations cliniques.

- Les durées médianes courtes d'anxiolyse par MDZ (7j) et de prescription anticipée d'anxiolyse par MDZ (5j) s'expliquent par notre volonté de préserver cette molécule pour les phases ultimes et de favoriser auparavant soit les formes orales, soit l'anxiolyse IV par d'autres benzodiazepines ce qui était encore possible à l'hiver 2018-2019 avant la rupture du CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE IV.

- Enfin, contrairement à ce qui est retrouvé dans la littérature,[1], la voie IV ici est largement privilégiée en phase ultime. Cette pratique à la fois par les situations cliniques complexes (contreindications à la voie SC, symptômes complexes nécessitant une efficacité rapide des thérapeutiques) mais également par une facilité de mise en place d'abords veineux de longue durée (chambre implantable, MIDLINE, PICCLINE) dans notre établissement.

SEDATION

- Même si la taille des échantillons ne permet pas de réaliser des analyses statistiques poussées, notre étude descriptive permet de mettre en évidence un profil de patient plus susceptible d'être sédaté: homme d'environ 65 ans (+/-10 ans) ayant un cancer pulmonaire multi métastatique et notamment au niveau cérébral. La détermination de ce profil permet d'être particulièrement vigilent à l'admission de ces patients même si le risque de sédation semble déjà bien évalué puisque plus de 90% des patients sédatés avaient une prescription anticipée de sédation.

- Selon les situations cliniques, et malgré les différentes recommandations sur le sujet [2,3], il n'a pas toujours été facile de classer certaines sédations réalisées selon la typologie SEDAPALL aussi bien en ce qui concerne l'indication (notamment les sédations par double effet avec décision collégiale de maintenir la sédations classées D2b) que la profondeur où les dénominations « proportionnées » et « profondes » peuvent qualifiée à la fois l'intensité mais aussi l'intentionnalité de la sédation.

Nous avons eu des sédations avec intention « proportionnée » qui se sont relevées « profondes » en intensité et des sédations avec comme intention « profonde d'emblée » qui se sont révélées de moyenne intensité (RICHMOND -3) notamment pour les souffrances morales.

Ces difficultés mettent en évidence que la sédation reste une pratique complexe, réalisée face à des situations cliniques très différentes demandant une vigilance accrue lors de la prise de décision et de la réalisation.

Concernant le consentement, toutes les personnes étant en capacité de s'exprimer, ont pu donner leur consentement. Il reste, malgré tout, une part importante de patients n'étant pas en capacité d'exprimer leur volonté et chez qui il n'y a pas eu de recueil anticipé (47,6%). Ce constat va nous permettre d'être vigilent sur ce recueil anticipé et notamment par l'intermédiaire des directives anticipées où le service a une nette marge de progression (directives anticipées rédigées chez 11,9% des patients).

- La durée médiane de sédation de 2 jours avec un minima à 0 j et un maxima à 7 jours nous indique que le critère « pronostic engagé à court terme » est respecté. Ce délai est un peu supérieur à une étude allemande [4] que retrouvait une durée médiane de 27,5 heures et une étude italienne [5] qui retrouvait que 67% des patients bénéficiait d'une sédation de moins de 48h (57% dans notre étude). - 52,4% des patients bénéficiaient déjà d'un traitement par MDZ à l'entrée dans le service. Parmi ces patients, 33,4% l'avaient à visée anxiolytique et 19% à visée sédative soit 4 patients déjà sédatés à l'admission en USP.

-Enfin la voie IV est ici aussi largement privilégiée (95,2%) ce qui semble adapté aux pratiques sédatives.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de nous interroger sur nos pratiques sédatives et leur conformité aux recommandations, d'améliorer la surveillance de la vigilance de nos patients et d'améliorer l'identification des sédations réalisées en nous appropriant la typologie SEDAPALL.

L'étude de prévalence des sédations prochainement prévue en France nous permettra de confronter nos pratiques à celles des autres USP.