



Evaluation d'un symptôme réfractaire

Petra Vayne-Bossert
Médecin cheffe de clinique
Hôpitaux Universitaires de Genève
Dpt de réadaptation et médecine palliative
Service de médecine palliative



2^e congrès
international francophone
de soins palliatifs

23^e congrès du Réseau de soins
palliatif du Québec

Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier/modérateur: **Petra Vayne-Bossert**



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec
le contenu de cette présentation

Administration intentionnelle de **substances sédatives** au dosage minimal nécessaire dans le but d'obtenir **le soulagement d'un ou plusieurs symptômes réfractaires** en réduisant l'état de conscience temporairement ou définitivement d'un patient porteur d'une **maladie avancée** dont l'espérance de vie estimée est courte (jours ou semaines), ceci en collaboration avec une équipe multidisciplinaire compétente.

Bigorio 2005 (Consensus d'experts Suisses).

Définition Sédation Palliative

Aspects éthiques

Principes bioéthiques à la base de l'utilisation de la sédation palliative (SP) pour soulager la souffrance

- 1) Autonomie*
- 2) Bienfaisance*
- 3) Doctrine du double effet

*Beauchamp and Childress
Principles of Biomedical Ethics, 1994

Doctrinè du double effet

Historique

- St. Thomas d'Aquin
- XIIIème siècle
- A propos de la légitime défense

Doctrine du double effet

➤ **Un acte peut avoir deux effets:** un bon – un mauvais

➤ **Justifications de faire l'acte quand même:**

1. L'acte ne doit pas être mauvais en lui-même (\neq immoral, contre la loi etc.)
2. L'effet indirect (« effet secondaire ») n'est pas *voulu*, même s'il est *attendu*.
3. L'effet indirect mauvais n'est pas lui-même le moyen d'atteindre l'effet bon. Distinction claire entre effet et intention -> ex: mort ne doit pas être l'effet bienfaisant, respectivement recherché (intention)
4. Proportionnalité entre bon et mauvais effet: le bienfait de l'effet bon voulu l'emporte sur la nocivité de l'effet mauvais non voulu
5. Il n'existe pas d'autres moyens pour atteindre l'effet bon voulu

C'est un symptôme vécu par le patient comme insupportable et ne pouvant être contrôlé de manière satisfaisante pour le patient en dépit d'une prise en charge palliative correctement menée qui, jusqu'alors, ne compromettrait pas la communication de la personne malade avec autrui .

Bigorio 2005 (Consensus d'experts Suisses)

Définition Symptôme réfractaire

Quand peut-on parler d'un symptôme réfractaire ?

Le moment pour commencer une sédation palliative

- Des facteurs liés au malade: gestion de sa maladie, son expérience de souffrance auparavant, ses attentes envers la fin de vie...
- Des facteurs liés au personnel soignant: expériences professionnels et privées, propre perception de la souffrance, réceptivité envers les difficultés de l'autre...

Quand peut-on parler d'un symptôme réfractaire ?

Symptôme vécu par le patient comme insupportable

- Patient donne son consentement pour une SP
- A besoin de sa capacité de discernement pour donner son consentement à la SP

Qu'en est-t-il des patients qui n'ont pas leur capacité de discernement?

- Etat confusionnel avec agitation psychomotrice

Prévalence

Présence d'un ou plusieurs symptômes réfractaires

- Delirium hyperactif (13.8% à 91.3%)
- Dyspnée (8.7% à 63%)
- Douleur (9.5 à 49.2%)
- Hémorragie (3.5%)
- Insomnie/Fatigue
- Nausées/Vomissements
- Souffrance psychique/ spirituelle

Hôpital de Bellerive 2009/2010

Symptôme réfractaire*	N = 24
Dyspnée	18 (75%)
Délirium hyperactif	9 (37.5%)
Anxiété	4 (17%)
Insomnie/Fatigue	4 (17%)
Pain	3 (12.5%)
Hémorragie aiguë massive	2 (8%)
Hémoptysie	1 (4%)

* La somme >100% en raison de plusieurs symptômes réfractaires présents parallèlement

Maltoni et al. JCO. 2012;30,12.

Benitez-Rosario et al. Journal of Pain And Sympt Manag. 2012;44,4.

Jaspers et al. J Palliat Med. 2012;15,6.

Analyse de littérature

- Il n'y a pas de critères spécifiques mesurables
- Dosage des sédatifs utilisés: en moyenne 23mg/24h de midazolam par voie sc.
- Utilisation d'opiacés plus importante en quantité journalière la dernière semaine de vie chez les patients ayant nécessité une sédation comparé à ceux décédés sans sédation.
- Le risque de finir sa vie sous sédation est augmenté en cas d'utilisation de hautes doses d'opiacés dans les dernières 72h de vie.

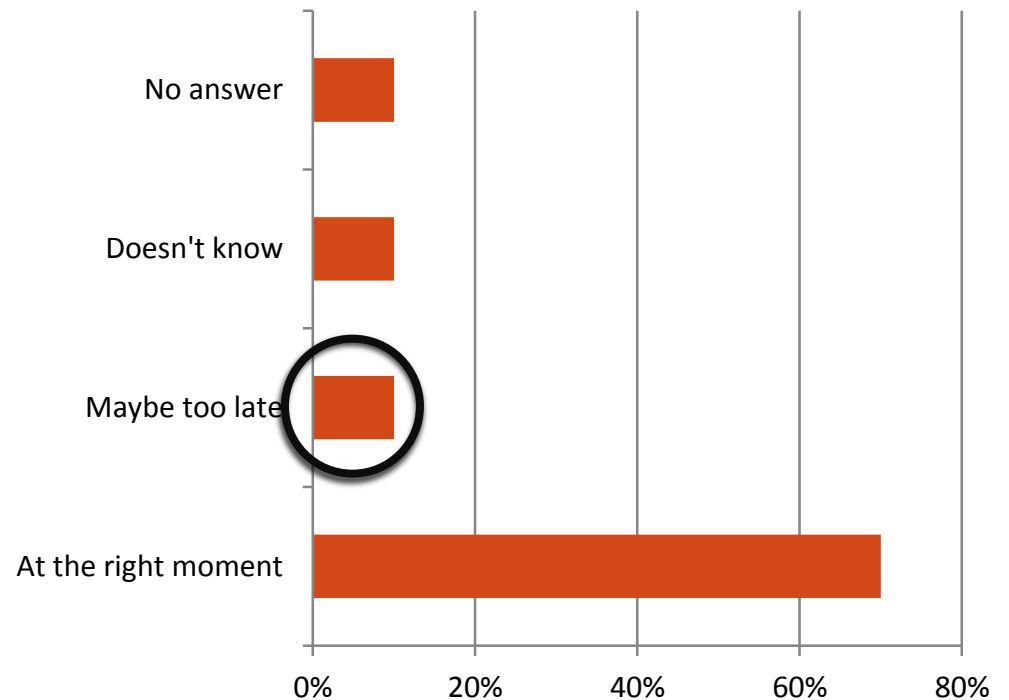
Fainsinger et al. JPSM.1998;16,3.

Kohara et al. JPM.2005;8,1

Oosten et al. EJC.2011; 47.

Le vécu des proches

Le début de la SP a été...?



Vayne-Bossert P, Zulian GB.

Am J Hosp Palliat Care. 2013 Jan 15. [Epub ahead of print]

Il y a une différence entre l'évolution de l'utilisation des opiacés, des benzodiazépines et des neuroleptiques dans la semaine avant la sédation palliative chez les personnes recevant une sédation palliative en comparant à ceux sans sédation palliative.

Hypothèse

Méthodes (1/2)

- ➔ Etude rétrospective comparative entre un groupe « cas » (avec sédation palliative) et un groupe « contrôle » sans sédation palliative
- ➔ Inclusion des 29 patients sédatisés pendant la période du 0.1.07.2010 et le 30.06.2012 (24 mois) et un groupe de contrôle (randomisation simple) de 99 patients hospitalisés pendant la même période de temps.

Méthodes (2/2)

- ➔ Analyse des dosages des opiacés, benzodiazépines et neuroleptiques utilisés 7 jours avant et au moment de la sédation, respectivement le jour du décès (pour le groupe de contrôle).
- ➔ Même analyse du nombre de réserves utilisés et de la quantité totale des réserves utilisées sur les 7 jours avant la sédation palliative, respectivement avant le décès (pour le groupe de contrôle.)
- ➔ Récolte des données générales sur les patients: âge, maladie terminale, symptômes réfractaires, respectivement principaux

Données démographiques

	Groupe sédaté N=29	Groupe contrôle N=99	
Maladie oncologique	25 (86%)	78 (79)	p = 0.001
Pulmonaire	12	12	
ORL	3	1	
Hématologique	3	2	
Gynécologique	2	10	
Digestif	1	28	
Urologique	1	9	
Endocrinologique	1	1	
Ostéo-musculaire	1	2	
Rénal	1	2	
Neurologique	0	5	
Dermatologique	0	3	
Autre	0	3	
Maladie non oncologique	4 (14%)	21 (21)	p = 0.8
Neurologique	1	10	
Cardiaque	1	3	
Digestif	1	3	
Pulmonaire	1	2	
Rénal	0	2	
Infectieux	0	1	

	Groupe sédaté N=29	Groupe contrôle N=99	
Age moyen (ans), écart-type	67 (12.6)	75 (12.5)	$t = 3.14, p = 0.002$
Sexe M/F	19/10 (65.5%/34.5%)	52/47 (52.5%/47.5%)	$\chi^2 = 1.53, p = 0.2$
Maladie oncologique	25 (86%)	78 (79%)	$\chi^2 = 0.76, p = 0.4$
Nombre moyen de symptômes	1.4	1.7	$t = 1.9, p = 0.06$
- Avec 1 symptôme	18 (62%)	44 (44.5%)	
Dyspnée	7	7	
Hémorragie	4	0	
Etat confusionnel	4	4	
Anxiété	1	0	
Douleurs	1	17	
Nausées/vomissements	1	2	
Autres	0	14	
- Avec plusieurs symptômes	11 (38%)	55 (55.5%)	
Dyspnée	8	17	
Etat confusionnel	7	31	
Anxiété	3	9	
Douleurs	3	37	
Hémorragie	2	3	
Anxiété	0	9	
Nausées/vomissements	0	13	
Autres	0	11	

Symptômes

Sedation	Odds Ratio	P	[95% Conf.	Interval]
anxiety	0.98	0.972	0.24	3.89
bleeding	5.06	0.041	1.07	24.06
delirium	1.31	0.585	0.50	3.46
dyspnoea	2.59	0.054	0.98	6.83
fatigue	(omitted)			
nausea	0.36	0.352	0.04	3.11
pain	0.21	0.012	0.06	0.71

Symptômes

Utilisation des opiacés (doses équivalentes à la morphine)

Evolution sur 7 jours

	Groupe sédaté N=29	Groupe contrôle N=99	P	IC 95%
7 jours avant (moyenne)	72 mg	48 mg	0.35	[-26.6;75.3]
Au moment de la sédation/décès	103 mg	99 mg	0.92	[-64.7;72.1]

Utilisation des benzodiazépines (doses équivalentes au diazépam)

Evolution sur 7 jours

	Groupe sédaté N=29	Groupe contrôle N=99	P	IC 95%
7 jours avant (moyenne)	6.34 mg	3.48 mg	0.69	[-5.77;0.38]
Au moment de la sédation/décès	27.1 mg	5.9 mg	0.02	[-39.53; -2.9]

Utilisation des neuroleptiques (doses équivalentes à l'halopéridol)

Evolution sur 7 jours

	Groupe sédaté N=29	Groupe contrôle N=99	P	IC 95%
7 jours avant (moyenne)	0.54 mg	0.44 mg	0.68	[-5.74;0.38]
Au moment de la sédation/décès	2.9 mg	0.7 mg	0.0016	[-3.42; -0.82]

Utilisation des réserves sur les 7 jours

Médicaments	Groupe sédaté N=29	Groupe contrôle N=99	p
Morphine (mg)	54.0	50.5	p = 0.99
Morphine (doses)	6.8	4.0	p = 0.001
Benzodiazépines (mg)	19.2	13.0	p = 0.15
Benzodiazépines (doses)	4.4	1.9	p = 0.0002
Neuroleptique (mg)	3.8	0.6	p = 0.01
Neuroleptique (doses)	2.3	0.8	p = 0.008

Conclusion

- Atteint d'un cancer pulmonaire augmente le risque d'avoir besoin d'une SP
- Les personnes qui ont eu besoin d'une SP ont eu moins de symptômes en moyenne
- La dyspnée et l'hémorragie sont des symptômes à risque
- L'évolution des doses de morphine dans les 7 derniers jours n'a pas montré une différence dans les deux groupes. En revanche, chez les personnes qui ont eu une SP, les doses de benzodiazépines et neuroleptiques ont été plus importantes au moment de la SP
- Pour chaque groupe de médicament, les doses (en nombre) de réserves qui ont été utilisées lors de la dernière semaine ont été significativement plus élevées dans le groupe SP

Questions ?

Merci de votre attention

