



COMMISSION DE LA TRANSPARENCE SYNTHESE D'AVIS 16 FEVRIER 2022

isoflurane
CEDACONDA 100% V/V, liquide pour inhalation par vapeur

Première évaluation

► L'essentiel

Avis favorable au remboursement dans la sédation des patients adultes sous ventilation artificielle pendant les soins intensifs.

► Quel progrès ?

Pas de progrès par rapport au propofol.

► Quelle place dans la stratégie thérapeutique ?

La sédation-analgésie en réanimation vise à assurer un état non douloureux et facilement réveillable du patient. Elle diminue les risques d'une extubation et d'ablation de cathéters ou de drains.

Il convient d'identifier les dysfonctions d'organes qui peuvent entraîner des conséquences sur la pharmacocinétique et la pharmacodynamique des sédatifs et des analgésiques employés.

La non-reconnaissance de ces dysfonctions peut conduire à une accumulation des médicaments avec pour conséquences une sédation et/ou une analgésie excessive qui peuvent prolonger inutilement la

ventilation mécanique et le séjour en réanimation. A l'inverse la sédation trop légère fait courir un risque d'auto-extubation avec ses conséquences myocardiques délétères, en particulier chez le patient coronarien.

Les effets indésirables d'une sédation excessive sont notamment une perte de contact avec le patient, un risque d'apnée lors d'une déconnexion du respirateur ou d'une extubation accidentelle, une prolongation de la ventilation mécanique et une hypotension artérielle. Les traitements de référence actuels sont le propofol et le midazolam. Ils sont administrés seuls ou le plus souvent en association avec un agent morphinique, car ils n'ont pas d'action analgésique. Il n'existe pas de recommandation pour choisir l'un plutôt que l'autre.

Les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) / Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), et de la société américaine de réanimation (Society of Critical Care Medicine) ont précisé la prise en charge actuelle pour la sédation des patients sous ventilation artificielle en réanimation/USI.

Il existe différents hypnotiques utilisés chez les patients sous ventilation artificielle pendant les soins intensifs :

- par voie intraveineuse (IV) : le propofol, le midazolam, la clonidine, la dexmedetomidine et la kétamine ;
- par voie inhalée, les halogénés : l'isoflurane, le sévoflurane et le desflurane.

Les agents halogénés sont des agents à début d'action rapide et à élimination rapide qui permettent d'atteindre des objectifs de sédation légère à profonde. Cependant leur mode d'administration nécessite le monitoring continu de leur concentration dans les gaz expirés et leur adsorption sur des filtres pour éviter un effet de pollution atmosphérique. Les halogénés peuvent être un recours et nécessitent des équipements et consommables appropriés (dispositifs SEDACONDA, MIRUS). Lorsqu'ils sont utilisés, ils doivent l'être en respectant les règles d'utilisation et de formation du personnel soignant.

Les spécialités à base de clonidine, de kétamine, de sévoflurane et de desflurane n'ont pas l'AMM dans cette indication.

Par ailleurs, l'utilisation d'une analgésie multimodale (association de morphiniques (morphine, fentanyl, sufentanil, alfentanil et rémifentanil) avec d'autres molécules, notamment paracétamol, néfopam et kétamine) est recommandée en réanimation afin de réduire les effets indésirables des morphiniques.

Toutefois, la SFAR rappelle qu'il convient de privilégier l'analgésie, y compris morphinique si elle est nécessaire, afin de réduire l'exposition aux sédatifs.

Place de CEDACONDA (isoflurane) dans la stratégie thérapeutique :

CEDACONDA (isoflurane) est un halogéné de première intention dans la sédation des patients adultes sous ventilation artificielle en soins intensifs, comme les médicaments à base de propofol, de dexmedetomidine et de midazolam.

Ce document a été élaboré à partir de l'avis de la Commission de la transparence
disponible sur www.has-sante.fr