

FICHE CONSEIL URGENCE SANITAIRE

PATIENTS COVID+ (20/03/2020)

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

Ces propositions* concernent la prise en charge des états dyspnéiques et des détresses respiratoires que l'on peut être amené à rencontrer dans les situations de COVID-19. Elles s'adressent aux patients présentant une forme grave de cette maladie qui n'auront pas pu bénéficier d'une hospitalisation en service de réanimation ou pour lesquels une décision de limitation de traitements actifs a été prise. Ces propositions visent à être appliquées, en fonction des contraintes et des possibles de chacun, dans l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux mais aussi à domicile.

Ces propositions diffèrent des récentes recommandations sur les pratiques sédatives en ce qui concerne les doses et les modalités de surveillance. Elles ont été rédigées dans une démarche visant avant tout le soulagement des patients dans des situations exceptionnelles, au regard de l'expérience des équipes actuellement confrontées à un grand nombre de patients atteints et dans un état grave, notamment dans le Grand-Est. Elles nous ont fait part des nécessaires adaptations des pratiques.

L'intention des démarches thérapeutiques proposées est d'assurer le confort de patients confrontés à un état asphyxique dont on sait que l'évolution sera rapidement défavorable, dans un contexte où les réévaluations régulières habituellement pratiquées par les équipes soignantes ne pourront pas être assurées. Il ne s'agit pas de démarches visant à précipiter le décès des patients mais bien de leur assurer un apaisement.

Ces propositions ne sont en aucun cas destinées à être appliquées dans d'autres circonstances que celles que nous rencontrons, déjà aujourd'hui pour certains et peut-être demain pour d'autres, liées à ce contexte dramatique d'épidémie de COVID19.

Travail coordonné par Pr Morel (président conseil scientifique de la SFAP), Pr Guirimand, Dr Michenot, Dr Sahut-d'Izarn.

*Les doses proposées correspondent à un adulte de poids moyen. Elles peuvent bien sûr être modulées en fonction de la situation clinique et de l'âge du patient. En particulier chez les personnes âgées fragiles où les doses peuvent être diminuées de 30% à 50 %.

SYMPTOMES de la détresse respiratoire: Asphyxie polypnée, tachycardie, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires (élévation de la clavicule durant l'inspiration), respiration paradoxale (dépression abdominale durant l'inspiration), battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur

AVEC ACCES AUX SERINGUES ELECTRIQUES

VOIE IV

Dose de charge morphine 5 mg + midazolam 3 mg
(en IVD lente ou en perfusette de NaCl, sur 10 mn)
(à renouveler si besoin au bout de 5 à 10 mn)

DANS LE MEME TEMPS, relais en continu
morphine 2 mg/h ET midazolam 3 mg/h

La morphine et le midazolam peuvent être mélangés dans une même seringue/ perfusette, afin de ne poser qu'une seule IVSE par patient.

Mettre un garde veine d'au maximum 250 cc de serum physiologique

Si traitement inefficace d'emblée (15 ') ou à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus de 10 mg de morphine et 5 mg midazolam
Augmenter le débit de base à 4 mg/h de la morphine et 6 mg/h midazolam

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le garde veine
100 mg de Cyamémazine (tercian®)
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

VOIE SC (privilégier néanmoins la voie IV)

Dose de charge en IM (deltoïde) ou SC :
morphine 10 mg et le midazolam 5 mg.
(À renouveler si besoin au bout de 30 mn)

DANS LE MEME TEMPS, relais en continu
morphine 4 mg/h ET midazolam 5 mg/h en SC

La morphine et le midazolam peuvent être mélangés dans une même seringue/ perfusette, afin de ne poser qu'une seule SCSE par patient

Si traitement inefficace d'emblée (30 ') ou à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus en IM (deltoïde) ou SC 20 mg de morphine et 10 mg midazolam

Augmenter le débit de base de la morphine à 8 mg/h et le midazolam à 10 mg/h

Adjoindre si nécessaire sur 24h (en SE ou dans un soluté de 250 cc)

100 mg de Cyamémazine (tercian®)
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

ACCES A DES DISPOSITIFS DE PERFUSION MAIS SANS SERINGUE ELECTRIQUE

1 - VOIE IV

Dose de charge

morphine 5 mg + midazolam 3 mg

(en IVD lente ou en perfusette de NaCl, sur 10 mn)
(à renouveler si besoin au bout de 5 à 10 mn)

DANS LE MEME TEMPS,

dans un garde veine de 500 cc/24h -250 cc si possible -
de sérum physiologique **adjoindre sur 24 h :**

- **50 mg** de Morphine
- **70 mg** de Midazolam

Un régulateur de débit réglé sur 20 ml/h
ou 7 gouttes par minute

Si traitement inefficace d'emblée (15 ') ou à distance
(asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus de 10 mg de morphine ET 5 mg midazolam

Augmenter (dans le soluté) les posologies de
morphine à 100 mg sur 24h et de midazolam à 140
mg sur 24h

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le garde veine :
100 mg de Cyamémazine (tercian®)
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

2 - VOIE SC

Doses de charge en IM (deltoide) ou SC :
morphine 10 mg et le midazolam 5 mg.

DANS LE MEME TEMPS,

dans un soluté de 500 cc/24h -250 cc si possible -
de sérum physiologique en SC **adjoindre sur 24 h**

- **100 mg** de Morphine
- **120 mg** de Midazolam

Un régulateur de débit réglé sur 20 ml/h
ou 7 gouttes par minute

Si traitement inefficace d'emblée (30 ') ou à distance
(asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus en IM (deltoide) ou SC de 20 mg de morphine
et 10 mg de midazolam

Augmenter (dans le soluté) les posologies de
morphine à 200 mg sur 24h et de midazolam à 240
mg sur 24h

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le soluté:

100 mg de Cyamémazine (tercian®)
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

SI PAS ACCES A DU MIDAZOLAM

Remplacer le MIDAZOLAM par une autre benzodiazépine

Clonazépam (Rivotril®) bolus d'induction à 1 mg (IV ou SC),
en relais 3 mg/24h soit en IVSE ou SCSE soit dans un soluté sur 24h

Clorazepate (Tranxène®) bolus d'induction 60 mg (en IVL ou en SC) en relais 120 mg sur 24 h
dans un soluté en IV OU en 2 injections par jour de 60 mg en SC

Le **diazepam (valium®)** peut être utilisé **mais c'est un produit qui précipite**
Ne pas administrer en continu en SC Le **diazepam (valium®)** ou le **Clorazepate (Tranxène®)**

Si le traitement est inefficace doubler les posologies quelle que soit la voie
d'administration

Avec les mêmes posologies pour la voie IV ou SC

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

SI PERFUSION IMPOSSIBLE

Passer les médicaments en SC en administration discontinuée :

Dose de charge : morphine 10 mg + clonazépam (1 mg)
ou Clorazépate tranxène[®] (60 mg) en SC direct
Renouveler aux bout d'une heure si besoin.

Puis administration : morphine 10 mg + clonazépam (rivotril[®]) 1 mg ou Clorazépate (Tranxène[®]) 60 mg en SC direct systématiquement matin et soir (possibilité de laisser un cathlon en place durant 5 jours),

En cas de besoin (réapparition des symptômes) :
refaire une ou plusieurs administrations dans la journée

En cas de râles ou d'encombrement :
possibilité d'adjoindre Scopolamine injectable 0,5mg
ou scoburen 20 mg 2 à 4 fois par jour

EXEMPLES

1 - VOIE IV en perfusion

Dose de charge **morphine 5 mg**
+ **60 mg de de Clorazepate** (Tranxène[®])
(en perfusette de NaCl, sur 10 mn) IV

(à renouveler si besoin au bout de 30 mn après la fin de la perfusion)

DANS LE MEME TEMPS,

dans un soluté de 500 cc -250 cc si possible -
de sérum physiologique en IV adjoindre sur 24 h :

50 mg de Morphine

120 mg de Clorazepate (Tranxène[®])

Un régulateur de débit réglé sur 20 ml/h
ou 7 gouttes par minute

Si traitement inefficace d'emblée (15 mn) ou à distance
(asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus de 10 mg de morphine

+ 120 mg de de Clorazepate (Tranxène[®])
(en perfusette de NaCl, sur 30 mn)

Augmenter (dans le soluté) à 100 mg les posologies de morphine et 240 mg de Clorazepate (Tranxène[®])

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le soluté :

100 mg de Cyamémazine (tercian[®])
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan[®])
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil[®])

2 - VOIE SC en perfusion

Dose de charge en IM (deltoïde) ou SC :
morphine 10 mg et 1 mg de Clonazépam (Rivotril[®])

DANS LE MEME TEMPS,

dans un soluté de 500 cc -250 cc si possible -
de sérum physiologique adjoindre sur 24 h.

100 mg de Morphine

3 mg de Clonazépam (Rivotril[®])

Un régulateur de débit réglé sur 20 ml/h
ou 7 gouttes par minute

Si traitement inefficace d'emblée (30 mn) ou à distance
(asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus en IM (deltoïde) ou SC de 20 mg de morphine
et 2 mg de Clonazépam (Rivotril[®])

Augmenter (dans le soluté)

à 200 mg sur 24h les posologies de morphine
le Clonazépam (Rivotril[®]) à 6 mg /24h

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le soluté:

100 mg de Cyamémazine (tercian[®])
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan[®])
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil[®])

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE
PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

TRAITEMENTS ASSOCIES

SI ENCOMBREMENT BRONCHIQUE :

Prescription d'un **anti-sécrétoire**

Scoburen : bolus de 20 mg IV ou SC. Relais **scoburen**® 80 mg/24h en SE ou dans un soluté
Scopolamine® (0.025%) bolus de 0,5 mg en IV. Relais **scopolamine**® en SE 2 mg/24 h ou dans le
un soluté

Possibilité de refaire des bolus en plus du traitement de fond
A défaut : **scopoderm** 1 à 3 patchs placé(s) derrière l'oreille tous les 3 jours.

SI PRESCRIPTION ANTI-EMETIQUE :

Primperan® 10 mg IV/SC x 3/j ou relais de 30 à 60 mg sur 24h en IV/SC SE ou dans un soluté
Largactil® 12,5 mg SC/IVL x 3 /J ou relais de 25 à 50 mg sur 24h en IV/SC SE ou dans un soluté
Haldol® 2,5 mg en SC/IV x 2/J ou relais 2,5 à 5 mg sur 24 en IV/SC SE ou dans un soluté

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

Tableau 1 : prise en charge initiale

	IV puis SE	SC puis SE	IV puis perf	SC puis perf	Discontinue SC
Bolus morphine	5 mg	10 mg	5 mg	10 mg	10 mg
Bolus midazolam	3 mg	5 mg	3 mg	5 mg	5 mg
Bolus Clonazepam	1 mg	1 mg	1 mg	1 mg	1 mg
Bolus Clorazepate	60 mg	60 mg	60 mg	60 mg	60 mg
Relais morphine	2 mg/h	4 mg/h	50 mg/24h	100 mg/24h	2 à 3 fois par jour et si besoin
Relais midazolam	3 mg/h	5 mg/h	70 mg /24h	120 mg/24h	
Relais Clonazépam	3 mg/24h	3 mg/24h	3 mg/24h	3 mg/24h	
Relais clorazepate	120 mg/24h	60 mgX2/J*	120 mg/24h	60 mgX2/J*	

IV intra veineux - SC sous cutanée - SE Seringue électrique

Perf : simple perfusion avec un soluté de 250 ou 500 cc sur 24h

Les bolus sont réalisés à l'initiation puis si besoin.

** Tranxène mal supporté en perfusion SC faire 60 mg en bolus SC toutes les 12h*

Tableau 2 : traitement inefficace

	IV puis SE	SC puis SE	IV puis perf	SC puis perf	Discontinue SC
Bolus morphine	10 mg	20 mg	10 mg	20 mg	10 mg
Bolus midazolam	5 mg	10 mg	5 mg	10 mg	10 mg
Bolus Clonazepam	2 mg	2 mg	2 mg	2 mg	2 mg
Bolus Clorazepate	120 mg	120 mg	120 mg	120 mg	120 mg
Relais morphine	4 mg/h	8 mg/h	100 mg/24h	200 mg/24h	2 à 3 fois par jour et si besoin
Relais midazolam	6mg/h	10 mg/h	140 mg /24h	240 mg/24h	
Relais Clonazépam	6 mg/24h	6 mg/24h	6 mg/24h	6 mg/24h	
Relais Clorazepate	240 mg/J	120 mgX2/J*	240 mg/J	120 mgX2/J*	

IV intra veineux - SC sous cutanée - SE Seringue électrique

Perf : simple perfusion avec un soluté de 250 ou 500 cc sur 24h

Les bolus sont réalisés à l'initiation puis si besoin.

** Tranxène mal supporté en perfusion SC faire 120 mg en bolus SC toutes les 12h*

Et adjoindre si nécessaire dans le garde veine ou le soluté en SC par 24 h : 100 mg Cyamémazine (tercian®) ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®) ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)