

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DYSPNEE ET DE LA DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE LIEE A UNE INFECTION POSSIBLE OU CONFIRMEE A COVID 19.

PROPOSITIONS ORGANISATIONNELLES

1 Faire une liste de tous les patients à risque :

Lister les pathologies à risque : Patient de plus de 65 ans – Obésité – Maigreux – Diabète - Pathologies cardio-vasculaires, rénales, respiratoires – Cancer – Chimiothérapie - Immunosuppression et déterminer le risque avec [l'échelle PICT](#) : alors que la première question de l'outil évalue directement la **vulnérabilité du patient** ("Seriez-vous surpris si votre patient venait à décéder dans les six à douze prochains mois ?"), les deux questions suivantes se réfèrent à des **critères de fragilité et d'incurabilité**. L'échelle PICT permet de se **détacher du critère d'espérance de vie** de moins de trois mois, qui était jusqu'à présent déterminant pour l'accès aux soins palliatifs et aux différentes aides pour les patients palliatifs. Autre outil : [Clinical Fraily Scale](#).

2 Avoir un projet de soins personnalisé anticipé pour tous les patients à risque ou non :

Suite à une discussion avec le résident ou son représentant, rechercher le désir intime de chacun concernant, au moins, la nécessité d'une hospitalisation et/ou d'une réanimation en cas d'atteinte par le Covid 19 tout en expliquant la possibilité de dispenser des soins de confort et palliatifs au sein de l'institution. Une grille éthique est utile pour aborder tous les désirs des résidents.

3 Confinement – Compartimentage, des patients ne désirant ni réanimation ni hospitalisation, au sein de l'institution

Si plusieurs cas de contamination sont présents au sein de l'institution, et si l'architecture/organisation de l'hébergement le permettent, il est conseillé de rassembler les patients au sein d'une même unité fermée et, à défaut, de les rassembler au fond d'une unité.

Cela devrait permettre de concentrer les moyens de protection (gants, masques, blouses) au sein d'une seule unité et d'éviter une contamination plus générale.

4 Anticiper les moyens thérapeutiques nécessaires

Prévoir une réserve d'oxygène ou d'oxyconcentrateurs en suffisance.

Prévoir les médicaments nécessaires à la prise en charge de la dyspnée et du protocole de détresse respiratoire asphyxique : (prescription par le MCC)

- Benzodiazépines : Témesta 1mg expidet – Lysanxia (prazepam) en gouttes
Midazolam : Ampoules de 5ml à 5 mg (1mg/ml) - Ampoules de 3ml
À 15mg (5mg/ml) - Mapoles de 50mg (10ml)
- Morphiniques : Morphine Sterop 10mg - 20mg – 30mg – 40mg pour 1ml
Durogesic / Fentanyl 25 µg boîtes de 10 patches
- Asséchant bronchique : scopolamine 10 ampoules à 0,5mg
- Antiémétiques : Pimpéran ou Litan ampoules
- Fébrifuges : Perdolan 500 suppos – Paracétamol 1 gr bte 120 comp - Novalgine Ampoules

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, et donc de soins palliatifs 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 médicosociaux mais aussi à domicile.

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 de la France. 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.

Voir aussi : <http://www.palliaguide.be/sedation-palliative-soins-palliatifs/> onglet dyspnée.

Etape 1 : Anticiper l'aggravation éventuelle de l'état respiratoire

Patient pour lequel une décision anticipée de **refus d'hospitalisation ou de réanimation** est connue et actualisée si possible par demande au patient ou ses proches

Patient présentant des **facteurs de risque de forme sévère** (cancer, insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale,...)

Autres signes de gravité clinique : troubles de la vigilance, fièvre très élevée, état de choc,...)

Repérer les premiers signes de dyspnée (risque de dégradation rapide avec le Covid 19)

Gêne respiratoire rapportée par le patient (patient communiquant) :

- Echelle 0 à 10 (je respire normalement ou j'ai une gêne maximale)
- Echelle verbale simple (gêne respiratoire absente/légère/modérée/sévère/très sévère).

SYMPTOMES de la détresse respiratoire chez un **résident non communiquant**:

Fréquence respiratoire >24/minute, 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

Anticiper

ANTICIPER UNE AGGRAVATION EVENTUELLE

1 PREPARER LE MATERIEL :

- Oxygène prêt à l'emploi si possible, Oxyconcentrateurs
- Disponibilité des médicaments et des soignants
- Matériel de protection des soignants

2 REDIGER UN PLAN DE SOINS ANTICIPES ET DES PRESCRIPTIONS ANTICIPEES QUI AUTORISENT L'INFIRMIERE A DEBUTER L'ADMINISTRATION SI AGGRAVATION.

3 PREPARER LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

nécessaires à la réalisation de la sédation

En cas de nécessité préparer les seringues à l'avance et les conserver dans la chambre du patient.

Il faut alors étiqueter la seringue avec le nom du patient + le contenu de la seringue + la date et l'heure de préparation + le nom du préparateur
DANS TOUS LES CAS: Se renseigner sur les ressources en pousses seringues mis à disposition par la plateforme des soins palliatifs locale.

AVEC LE PATIENT

1-EVALUER LES SYMPTOMES:

Dyspnée, encombrement, angoisse, douleur.

2-INFORMER LE PATIENT

s'il est communicant et de façon adaptée sur la possibilité du recours à une sédation en cas de détresse respiratoire asphyxique. Rechercher son consentement si possible et informer le représentant légal ou les proches.

3-RECHERCHER D'EVENTUELLES DIRECTIVES ANTICIPEES

4-TRACER LES INFORMATIONS dans le dossier médical et noter la prescription anticipée dans l'observation médicale et dans les transmissions soignantes

Etape 2 : PRISE EN CHARGE DE LA DYSPNEE

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, les doses doivent être diminuées de 50 %.

La prise en charge de la dyspnée repose préférentiellement sur l'utilisation

D'un morphinique à associer systématiquement à une benzodiazépine

On peut associer si besoin l'utilisation

D'un anti sécrétoire (si encombrement) et d'un anti émétique et d'un laxatif.

VOIE SOUS-CUTANEE

Patient naïf de morphiniques

Bolus : Morphine 5 mg

Et démarrer d'emblée une dose de fond de 1.5 mg/h si Pousse Seringue (ou 40 mg dans un soluté de 250 cc si possible - sur 24h) Ré administrer un bolus de 5 mg si besoin au bout de 30 minutes

Patient sous morphiniques au long cours

Morphine: calculer la dose totale (équivalent SC) sur 24h. Injecter une dose de 1/6^{ème} en SC et augmenter de 50 % la dose de fond et les entre doses. Ré administrer un bolus si besoin au bout de 30 minutes

VOIE ORALE

Patient naïf de morphiniques

Débuter par OXYNORM INSTANT 5 mg ou sirop de morphine en préparation et prise toutes les 4 heures.

Patient sous morphiniques au long cours

Augmenter de 50% la dose de fond et les entre doses.

En cas de voie orale impossible

Démarrer patch Durogesic /Fentanyl 25 µg (dernier recours à cause de la fièvre).



VOIE SOUS-CUTANEE

MIDAZOLAM 1mg SC à renouveler 1 fois après 15 à 30 minutes si la dyspnée persiste, ensuite 0,5mg/heure en SC

VOIE ORALE

Temesta expidet 1mg ou Prazepam gouttes 20 gouttes à renouveler en fonction de la symptomatologie.

Si encombrement bronchique

Scopolamine SC 4 ampoules de 0,5mg/24h, entre dose de 0,5mg si nécessaire

Si prescription antiémétique

Primpéran ou litican 30mg SC/24H

Etape 3 : PRISE EN CHARGE DES DETRESSES RESPIRATOIRES ASPHYXIQUES: Face à une détresse respiratoire, endormir rapidement le patient pour lui éviter une sensation d'étouffement

REPERER la DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE:

PATIENT COMMUNIQUANT: sensation d'étouffement avec angoisse massive/agitation et sensation de mort imminente

PATIENT NON COMMUNIQUANT: FR > 30/min, 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.



PRINCIPES DE TRAITEMENT

Associer morphinique et benzodiazépine

Indication morphiniques: Ils atténuent la sensation de dyspnée.

Indication benzodiazépines: pour sédater (endormir) le patient

Traiter l'encombrement bronchique par des anti-sécrétoires (scopolamine)

Traiter la fièvre

Surveiller le risque de rétention aiguë d'urine

Effectuer des soins de bouche réguliers

RECOMMANDATIONS PERSONNEL SOIGNANT

Faire appel à un autre soignant si possible si le soignant est seul (n'entre pas dans la chambre en l'absence de nécessité mais peut aller chercher les traitements et matériel nécessaire).

Rester calme ou arriver calme (y penser avant d'entrer dans la chambre).

Avertir le médecin si possible

Expliquer simplement la situation au patient, ce que l'on fait, ce que l'on va faire.

Injecter le protocole de sédation prévu

Aérer la pièce, ouvrir la fenêtre

Veiller au confort vestimentaire du malade

Avoir une lumière non agressive.

Mettre la personne en position assise ou semi assise dans le lit (remonter la tête)

Rester dans une atmosphère plutôt silencieuse, sans agitation. Musique douce possible.

VOIE SC AVEC ACCES A UN POUSSE SERINGUE

Dose de charge en IM (deltoïde) ou SC : morphine 10 mg et 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

Si traitement inefficace d'emblée (30minutes) 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

VOIE SC

Doses de charge en IM (deltoïde) 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 (30minutes) ou à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde)

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

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

Si encombrement bronchique

Scopolamine SC 4 ampoules de 0,5mg/24h, entre dose de 0,5mg si nécessaire

Si prescription antiémétique

Primpéran ou litican 30mg SC/24H

Après l'épisode, prendre un temps avec la famille et les soignants.

Recours éventuel à la psychologue de la plateforme de soins palliatifs