

Détresses respiratoires en MR/MRS

Remarques importantes :

1/ Il faut se rappeler l'utilité des équipes de soins palliatifs qui peuvent être conseillères dans la gestion des protocoles de détresse (produits à utiliser, calcul de doses)

2/ Outil PICT (Palliative Care Indicators Tool) : outil précieux pour offrir des soins adaptés au patient en repérant les personnes les plus fragiles et vérifier si les directives ont été réfléchies.

- <http://www.soinspalliatifs.be/pict.html>

3/ En cas de dyspnée aigue, il faut distinguer :

- Détresse respiratoire aigüe potentiellement réversible (oxygène indispensable)
- Agonie avec symptômes respiratoires (oxygène à exclure)

4/ Concernant l'évaluation de la détresse respiratoire :

- Les signes cliniques sont les mêmes, que le patient soit communiquant ou pas (sensation d'étouffement avec angoisse massive, **Fréquence respiratoire > 30/minute**, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires (élévation de la clavicule lors de l'inspiration), respiration paradoxale (dépression durant l'inspiration), battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur, **cyanose**).
- Le chiffre de saturation seul n'est pas un critère de gravité : il faut croiser ce chiffre avec l'observation clinique (tirage, fréquence respiratoire, ...etc...). Certaines mesures sont faussées (appareil de mauvaise qualité, extrémités froides hypo-perfusées, patient qui tremble, ...). Il faut donc faire attention à toute mesure de saturation faussée et qui ferait prendre des décisions de déclenchement de protocole erronément)

5/ La question des aérosols :

- En cas de covid-19, il est important d'éviter les nébuliseurs et d'utiliser des chambres d'expansions (Les particules d'aérosol générées par les nébuliseurs peuvent contenir des virus et ont la taille idéale pour pénétrer profondément dans les poumons, favorisant ainsi la propagation du virus sur une distance de plusieurs mètres. En outre, les particules peuvent déclencher une toux chez le patient et les personnes à ses côtés, ce qui augmente encore le risque de propagation du virus. **Il est recommandé d'utiliser autant que possible des aérosols doseurs combinés à une chambre d'expansion**. Si toutefois un nébuliseur est utilisé, il est recommandé de l'utiliser dans une pièce bien ventilée sans climatisation, en l'absence d'autres personnes, et de nettoyer soigneusement le nébuliseur et la pièce après utilisation)
- <https://www.cbip.be/fr/gows/3310> : CBIP 03/2020 **L'utilisation de nébuliseurs n'est pas sûre !**

Dans plusieurs sources, il est déconseillé d'utiliser des nébuliseurs. Les particules d'aérosol générées par les nébuliseurs peuvent contenir des virus et ont la taille idéale pour pénétrer profondément dans les poumons, favorisant ainsi la propagation du virus sur une distance de plusieurs mètres. En outre, les particules peuvent déclencher une toux chez le patient et les personnes à ses côtés, ce qui augmente encore le risque de propagation du virus. Il est recommandé d'utiliser autant que possible des aérosols doseurs combinés à une chambre d'expansion. Si toutefois un nébuliseur est utilisé, il est recommandé de l'utiliser dans une

pièce bien ventilée sans climatisation, en l'absence d'autres personnes, et de nettoyer soigneusement le nébuliseur et la pièce après utilisation. [[GINA](#) ; [The American College of Allergy, Asthma and Immunology](#) ; [Canadian Medical Association Journal](#) ; [National Asthma Council Australia](#)]

La médication

1/ Morphine : (ampoules de 10mg/ml, 20mg/ml, 30mg/ml, 40mg/ml)

La morphine per os n'a pas de place ici car il faut agir vite. L'Oxynorm et les patchs ne sont donc pas des premiers choix, sauf si le patient en a déjà pour raison algique (dans ce cas, la dose supplémentaire calculée le sera en fonction d'une dose déjà existante).

- Voir palliaguide (<https://www.palliaguide.be>) pour les idées générales
- Voir l'application « orthodose » pour les conversions et calcul d'entre dose (<https://www.orthodose.com/> téléchargement gratuit sur iPhone, iPad ou iPod Touch)

Il faut donc travailler avec de la morphine SC (éventuellement, il faut placer une ailette pour ne pas devoir piquer de manière itérative).

Patient naïf de morphine, de petit poids, avec des insuffisances surtout rénales

- Débuter avec 2,5 mg de morphine SC (= 2,5 mg d'oxinorm)
- Si le soulagement escompté n'est pas obtenu dans la demi-heure, refaire 2,5 mg
- Ensuite adapter

Patient naïf de morphine, de consistance normale et sans insuffisance, débiter directement avec 5 mg de morphine en SC (= 5 mg d'oxinorm) et adapter ensuite

2/ Scopolamine (ampoules de 0,25mg/ml, 050mg/ml) :

Il faut bien distinguer un épisode potentiellement réversible (dose prudente si réversibilité recherchée) et un accompagnement agonique :

- On peut commencer avec des doses plus petites (0,25 mg / administration).
- Il faut envisager une aspiration préalable si le patient est très encombré (en effet, les sécrétions produites ne seront évidemment pas asséchées par la scopolamine). **S'il y a aspiration, le personnel doit être équipé avec un masque FFP2 voire FFP3 si disponible.**
- En cas de situation d'agonie, il ne faut pas oublier d'arrêter l'hydratation (qui va augmenter l'encombrement !)

En cas de symptomatologie modérée, il faut penser aux autres anticholinergiques :

- Atrovent **via une chambre d'expansion** pour assécher les bronches. **Mais attention à l'aérosol avec le COVID-19 (voir remarque dans « la question des aérosols » ci-dessus)**
- Buscopan : Il est aussi anticholinergique et peut être utilisé en injectable (IM, SC). Il n'a pas les effets centraux de la Scopolamine.
- Ditropan : voie orale

3/ Anxiolytique :

- Il faut préférer le Temesta expidet comme anxiolytique (manipulation facile). La bouche doit être humidifiée au risque que le comprimé reste collé (rappel : ce n'est pas un sublingual, mais simplement un expidet).
- **Midazolam (ampoules de 5mg/ml, 15mg/3ml, 50mg/10ml)** : C'est surtout ici la dose sédatrice qui nous intéresse. Il faut titrer. La dose nécessaire pour sédatrice le patient sera fort individuelle et corrélée aussi à la consommation chronique du patient.
- Si le patient est naïf de midazolam, il faut commencer par 2,5 mg (SC ou IV lente).
- Rappel : il ne faut pas diluer le midazolam qui est bien soluble (donc IV facile si cette voie d'accès est choisie en cas de détresse).

4/ Oxygène :

- Si réversibilité attendue/ espérée : OUI
- Si gestion de l'agonie : NON

5/ Nausées :

- Primpéran, Litican
- Haldol : très utile pour les nausées d'origine centrale

Les protocoles

Généralités :

Il est bon de se rappeler les actions simples recherchées dans les médications proposées :

- Temesta expidet : action anxiolytique simple
- Morphine (action efficace environ 4h) : outre l'effet antalgique, action apaisante de la tachypnée et action sédatrice centrale. Il faut éviter l'intoxication morphinique (doses excessives) qui crée de longues phases respiratoires avec parfois d'arrêt prolongé)
- Midazolam (action efficace environ 3 à 4h) : action anxiolytique mais surtout sédatrice et aussi utile pour son action d'amnésie rétrograde. Il faut prescrire des boîtes d'ampoules de 3ml/15 mg.
- Lasix : action diurétique utile chez les cardiaques qui décompensent
- Scopolamine : action anticholinergique puissante sur les sécrétions bronchique mais aussi une action sédatrice centrale
- Buscopan : action anticholinergique modérée (utile sur les sécrétions bronchiques modérées) sans l'action forte centrale de la scopolamine.
- Ditropan : forme orale utilisable pour son action anticholinergique

La perfusion peut être SC ou IV. En MR, on ne dispose pas toujours d'une infirmière pour l'injection IV. La forme SC est probablement la forme préférée sous forme de perfusion SC ou sous forme d'ailette.

Le Lasix se fait en IM (action rapide recherchée pour OAP). Son mélange avec certains produits peut créer une floculation dans la pompe.

Détresse respiratoire aigüe potentiellement réversible

1/ Placer l'oxygénothérapie avec lunette nasale 3L/minute (non BPCO) si la saturation est inférieure à 92%, mais surtout si des signes cliniques de dyspnée le justifient

2/ Morphine :

- 2,5 mg de morphine SC en première dose (patient naïf de morphine)
- Ajouter 2,5 mg de morphine SC si pas suffisant dans la 1/2h
- Adapter ensuite à l'état clinique et à la fréquence respiratoire qui doit être ralentie (valeur normale entre 16 et 20/minute)

3/ Anxiolyse/ sédation :

- Voie orale : Temesta 1 mg expidet (bien humidifier la bouche avant de le donner) à renouveler en fonction de la symptomatologie
- En cas de non-disponibilité du Temesta, on peut utiliser d'autres produits (Lysanxia, Rivotril, Seresta)
- Voies sublinguale ou SC ou IV ou IM ou Intra rectal : Midazolam dose minimale de départ de 2,5 mg à renouveler si nécessaire dans les 15 à 30 minutes. Le plus souvent, on débute par une dose de 5 mg si la personne pèse moins de 70 kg, 10 mg si la personne pèse plus de 70kg et ne consomme pas plus de 1 benzodiazépine/jour et même 15 mg si la personne pèse plus de 70kg et consomme plus de 1 benzodiazépine/ jour . Maintenir 0,5 mg/heure en SC si la dyspnée persiste.
- Remarque : Le Valium n'est pas utilisable en SC (car il est liposoluble), de plus son temps de demi-vie est très long

4/ Encombrement bronchique

- Débuter avec Scopolamine 0,25 mg /administration puis adapter jusqu'à 4 à maximum 6 ampoules de Scopolamine 0,5 /24h avec éventuellement des entre dose de 0,25 à 0,50 mg si encombrement important.
- En cas d'administration de scopolamine, il faut arrêter les perfusions. On peut parler de faute thérapeutique en cas de perfusion de plus de 500 ml/24h
- Aspiration préalable si patient très encombré (attention, aspirer avec un masque FFP2 voire même FFP3 si COVID-19)
- Au domicile, on peut utiliser une grosse seringue avec une sonde pour dégager la trachée s'il y a des crachats assez haut que le patient ne peut pas expectorer.

5/ Nausées

- Primpéran (10mg/2ml) ou Litican (50 mg/2ml) en SC jusqu'à 6X/24h

Agonie avec syndrome respiratoires

1/ Retirer l'oxygène

2/ Dose de charge en SC ou en IV :

- 5 à 10 mg de morphine SC (ou IM) (Il faut calculer la dose (=entre dose) si le patient est déjà sous morphine en traitement de fond)
- 2,5 mg de midazolam

Pour la dose de charge :

- En IV, la réponse sera presque immédiate.
- En SC il faut attendre environ 10 à 15 minutes pour apprécier l'effet (car les produits sont hydrophiles et donc d'action rapide)

Si la dose de charge est inefficace, on peut proposer de majorer la dose de 50%, puis de maintenir ce principe jusqu'à obtention de la sédation attendue

3/ Placer un Baxter de sérum physiologique de 500ml/24h (ou 250 ml/12h) = 7 gouttes/ minutes.

- Dès que le confort est atteint avec la dose de charge, on peut proposer celle-ci en perfusion X 6 pour 24h (X 3 pour 12h)
- Le midazolam ayant une action qui s'éteint rapidement dans le temps, il faudra ensuite adapter la dose de fond à la réponse du patient.
- Il faut essayer d'anticiper l'augmentation de la dose en fonction de la réponse plutôt que de surcharger inutilement le patient (effets secondaires inutiles et source de déconfort pour le patient lors de surcharges médicamenteuses importantes)

Également utiles :

Les associations possibles en SC (liste non exhaustive)

- Dormicum + Morphine
- Dormicum + Morphine + Scopolamine
- Dormicum + Morphine + Buscopan et/ou Letican
- Dormicum + Haldol

Remarques :

- Pour tout mélange inhabituel, vous pouvez contacter l'équipe de soins palliatifs qui peut toujours vous confirmer/infirmier la possibilité de l'associations voulue.
- Le Lasix se fait plutôt en IM en une seule injection (besoin d'action rapide lors de l'OAP)
- Le Lasix en pompe aurait une action de floculation avec les autres produits.
- En lieu et place des petits baxter, n'oubliez pas la possibilité des pompes fournies par les soins palliatifs