

Protocoles de traitement pharmacologique symptomatique de la DYSPNÉE, dans le cadre du COVID-19

Alain Dessard (équipe soutien palliatif DELTA), Dominique Bouckaere (FBSP), Marianne Desmedt (UCL St-Luc) ; 19 avril 2020

Remarques générales



Le site [Palliaguide.be](http://palliaguide.be) donne des informations concises et validées sur le contrôle des symptômes en soins palliatifs, qui - au-delà du traitement pharmacologique - abordent aussi d'autres aspects essentiels tels que l'évaluation des symptômes et les traitements non-pharmacologiques.



Ne pas hésiter à faire appel aux équipes d'accompagnement de soins palliatifs en 2^{ème} ligne, soit directement, soit via la plateforme des soins palliatifs de votre région. Ces équipes apportent un soutien et des conseils personnalisés pour les prestataires, les patients et les familles, à domicile ou en MRS.

Wallonie : <http://www.soinspalliatifs.be/plates-formes-et-equipes-de-soutien/index.php>

Bruxelles : <https://brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/>



La disponibilité de l'oxygène et du midazolam est sous tension actuellement. De manière à pouvoir en faire bénéficier chaque résident qui en a besoin dans toutes les institutions, **il est demandé de remettre dans le circuit rapidement les bonbonnes et oxyconcentrateurs non utilisés et de ne pas constituer de stock important en midazolam.**

Préalables à prendre en compte :

- Définir préalablement le projet thérapeutique.

Celui-ci se base sur :

- le souhait exprimé par le patient, ou - en cas d'incapacité - par son représentant désigné ou sa famille, éclairé(s) sur sa situation médicale
 - l'état médical du patient : si une hospitalisation classique ou en USI est exclue, l'objectif est d'assurer le confort au sein de la MRS. Le traitement sera alors uniquement centré sur le soulagement des symptômes.
- Exclure et traiter les causes potentiellement réversibles (p.ex. surinfection bactérienne, décompensation cardiaque, bronchospasme dans le cadre d'un asthme ou d'un BPCO, etc.), en cohérence avec le projet thérapeutique.
 - Dans les cas graves, ANTICIPER des protocoles (de confort, de détresse ou de sédation), dont le but est d'améliorer le confort.
 - L'usage d'un ventilateur ou d'aérosols est contre-indiqué en cas de Covid-19 possible ou confirmé (risque d'aérosolisation du SRAS-CoV-2).

1°) PROTOCOLE DE CONFORT

Voir aussi le [chapitre DYSPNÉE](#) dans le palliaguide.be

<i>Description</i>	<i>Proposition de traitement pharmacologique</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La dyspnée est l'inconfort respiratoire <u>ressenti</u> par le patient :</i> • <i>S'il est communiquant, l'intensité de ce symptôme est évaluée par le patient lui-même (échelle de 0 à 10)</i> • <i>S'il n'est pas communiquant, le symptôme est évalué par le soignant, sur base des signes observables (tachypnée, utilisation des muscles accessoires, cyanose, transpiration, agitation, etc). Un outil validé (RDOS) peut aider¹.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Oxygène</u>: à débiter si la dyspnée s'accompagne de désaturation (SpO₂<90) et à poursuivre si l'inconfort respiratoire s'améliore (pas en se basant sur la saturation). • Opioides <ul style="list-style-type: none"> ○ Dose initiale si patient naïf aux opioïdes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Opiïde par voie orale</u> (si le patient est capable d'avaler) <ul style="list-style-type: none"> • Morphine : 5 mg po /4 h + entre doses 2.5 à 5 mg po SN. • Si morphine indisponible : Oxynorm Instant : 5 mg /4h + entre doses 5 mg SN ▪ <u>Opiïde par voie sc</u> (si le patient est incapable d'avaler ou si un soulagement rapide est nécessaire) : morphine 2.5-5 mg sc (renouvelable > 30 minutes si nécessaire). ○ Dose en cas d'opioïdes pris au long cours : augmenter de 25 à 50 % la dose antérieure. ○ <u>Réévaluations et titration par paliers de 25 à 50 %</u> en fonction de la réponse clinique. ○ <u>Traitement d'entretien</u> : MS Contin® ou Oxycotin® po toutes les 12h ou M+ en sc continu. ○ <u>Insuffisance rénale (<30ml/min)</u> : réduire la posologie de 50 %, ou espacer l'intervalle entre les prises. • <u>Rajouter un anxiolytique en cas d'anxiété.</u>

¹ Voir critères du tableau « protocole de détresse »

2°) PROTOCOLE DE DÉTRESSE

Voir aussi le [chapitre PROTOCOLE DE DÉTRESSE](#) sur palliaguide.be

Description	Proposition de traitement pharmacologique
<p><i>En cas de dyspnée asphyxiante et de décès imminent, l'objectif est de parvenir à une <u>sédation la plus rapide possible</u>. L'application du protocole de détresse nécessite la <u>présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques (critère 1), associée à un état de panique (critère 2) ou à de l'agitation (critère 3)</u>²</i></p>	<p>Par voie sous-cutanée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morphine 5-10 mg sc • Midazolam 5 mg sc (10mg si >70 kg) • Scopolamine 0,5mg sc <p>Dosage à adapter si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non naïf aux opioïdes : <ul style="list-style-type: none"> ○ si prise régulière morphine comprise entre 15 et < 50 mg sc par 24h → 10-15 mg sc. ○ si prise régulière > 50 mg sc par 24h → 25% de la dose journalière sc. • non naïf aux benzodiazépines : <ul style="list-style-type: none"> ○ si BZD 2x/jour → midazolam 10 mg sc. ○ si BZD 3x ou plus/jour → midazolam 15mg sc. <p>Renouveler l'administration du protocole si absence d'amélioration dans les 15-20 minutes, éventuellement en doublant les doses. Durée d'action : environ 4h.</p> <p>Soit décès du fait de l'état terminal, soit réveil à son terme et réévaluation de la situation. Le protocole de détresse n'est pas une euthanasie, si le décès survient c'est lié à la pathologie.</p> <p>En fonction de l'état du patient et du projet thérapeutique, relais éventuel par un protocole de confort ou de sédation.</p>
<p>CRITÈRE 1 : Signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Gêne respiratoire intolérable et constante au repos - Tachypnée (> 28 respirations/minute) - Attention obnubilée par le besoin d'air - Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus claviculaire) - Cyanose - Grognement en fin d'expiration - Battements des ailes du nez - Encombrement bronchique sévère 	
<p>CRITÈRE 2 : Associé à état de panique (anxiété intense, regard effrayé) :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Yeux écarquillés - Muscles du visage contracturés - Froncement de sourcils - Bouche ouverte - Dents serrées 	
<p>CRITÈRE 3 : <u>OU</u> associé à une agitation quasi constante :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Aucune position confortable - Mouvements fréquents non intentionnels - Agité, combatif 	

² Source : Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux du Québec

3°) PROTOCOLE DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS :

Voir aussi le [chapitre sédation palliative](#) sur palliaguide.be

<i>Description</i>	<i>Proposition de traitement pharmacologique</i>
<p><i>Administration continue de médicaments sédatifs, visant à diminuer le niveau de conscience d'un patient en fin de vie. L'objectif étant de contrôler un symptôme réfractaire et jugé insupportable par le patient.</i></p> <p><i>3 conditions doivent être présentes :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Symptôme réfractaire à tout autre traitement.</i> 2. <i>Décès imminent (heures, jours, maximum une semaine).</i> 3. <i>Consentement du patient (présent ou anticipé) ou de son représentant légal ou, à défaut, consultation collégiale dans le meilleur intérêt du patient.</i> 	<p><u>La voie d'administration</u> préférée en MRS est la voie SC continue. Les médicaments sont administrés par cette voie sur 24h :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une administration via un pousse-seringue est préférée (procuré par les équipes d'accompagnement de 2^{ème} ligne). - Une administration sc via un baxter de 250 ml avec un régulateur de débit (Dialaflow®) est également possible (Recommandations de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) : http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19) <p><u>Le sédatif de référence</u> est le midazolam. D'autres médicaments sont rajoutés si présence d'autres symptômes (morphine pour la douleur et la dyspnée, scopolamine pour l'encombrement, antiémétiques, etc.).</p> <p>Dans une situation de fin de vie, <u>l'oxygène et l'hydratation</u> sont en général interrompus, une <u>sonde vésicale</u> est mise en place, une fois la sédation obtenue.</p> <p><u>Exemple de protocole de sédation à administrer en sc continu par 24h dans un contexte de détresse respiratoire secondaire au Covid-19 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Midazolam 60 mg/24h - Morphine 30 mg/24h. Si le patient est sous opioïde, augmenter la posologie de 50 % - Scopolamine 1.5 mg/24h - <p>Réévaluer le niveau de conscience et de soulagement. En cas de résultat insuffisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le débit horaire de 50 à 100 % (max toutes les 60 min). - Entre doses : <ul style="list-style-type: none"> ○ Morphine 10 % dose journalière en cas de dyspnée ou de douleur. ○ Midazolam 5 mg en cas de sédation insuffisante. ○ Scopolamine 0.5 mg en cas d'encombrement.