



Recommandations de prise en charge palliative médicamenteuse des patients avec atteinte respiratoire liée au CoVID-19 à domicile ou en EMS

Version 2.1 du 06.11.2020 (remplace la version du 2.11.2020)
à destination des partenaires professionnels médico-infirmiers du Nord vaudois et de la Broye vaudoise

Dyspnée légère à modérée, continue (patient naïf en opioïdes et en benzodiazépines)

- **Morphine 3 mg p.o. aux 4 heures** (p.ex. 8h-12h-16h-20h ; pas besoin de réveiller le patient exprès à 0h et 4h)
+ **Temesta Expidet 0,5 mg p.o. 2-3 x/j** (p.ex. 8h+20h ou 8h-14h-20h) : n'agit pas directement sur la dyspnée, mais diminue l'anxiété secondaire à la dyspnée
- **Réserves de morphine 3 mg p.o. max. 6x/j + Temesta Expidet 0,5 mg p.o. max. 3x/j** si dyspnée/avant toilette/avant efforts (repas, toilette, mobilisation...)

Détresse respiratoire aiguë sévère / dyspnée paroxystique asphyxiante

Cette proposition de « protocole » sert de guide général de prise en charge médicamenteuse en cas de détresse respiratoire aiguë sévère, pour les catégories de patients suivantes, *en dehors* du milieu hospitalier :

- **Refus éclairé du patient d'être hospitalisé** : patient ne souhaitant absolument pas être hospitalisé et d'accord avec une prise en charge terminale à domicile ou en EMS (= souhait de « non acharnement thérapeutique »), p.ex. par le biais de Directives anticipées ou par le biais de discussions sur le projet de soins anticipé/planification anticipée du projet thérapeutique, allant en faveur d'une prise en charge palliative.
- **Pas d'indication médicale à un transfert à l'hôpital** : patient confronté à un état asphyxique dont on sait que l'évolution sera très certainement fatale, en raison des comorbidités (p.ex. pneumopathie sévère, cardiopathie sévère, démence sévère, et/ou cancer avancé préexistant, etc.).
- **Impossibilité logistique d'admission à l'hôpital** : pas de place disponible en soins aigus en raison de l'engorgement des hôpitaux (= nécessité de tri des patients)

1. **Téléphoner à l'infirmière de soins à domicile/de piquet de 1^{ère} ligne, ou au médecin traitant/référent de l'EMS/de garde de 1^{ère} ligne**, pour :

- a. **Expliquer la situation.**
- b. **Echanger avec l'infirmière ou le médecin les signes observés** d'une détresse respiratoire :
 - *Fréquence respiratoire supérieure à 20-30 fois/min, accélération du pouls, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires, râles de fin d'expiration, faciès de peur (tous les signes ne sont pas forcément présents simultanément et peuvent être d'intensité variable)*
- c. **Valider la poursuite de ce protocole de sédation palliative d'urgence** avec le professionnel responsable



2. Préparer puis administrer une réserve simultanée de **morphine 5 mg S.C. + midazolam 5 mg S.C.**
 - *Si injection S.C. pas possible (ou temps disponible insuffisant devant un patient en train de s'étouffer, p.ex. bronchoaspiration), administrer une **demi-seringue de Midazolam intra-nasal** (= 7,5 mg) : mettre l'embout en mousse de forme conique dans l'une des narines du patient puis injecter la moitié ; cf. remarques plus bas*
3. **Réévaluation de la situation** après env. 10 mn
4. *Si résolution de la dyspnée* : pas de suite particulière ; **si persistance d'une dyspnée sévère** : réadministrer une réserve de **morphine 10 mg S.C. + midazolam 10 mg S.C.**
 - *Dans l'idéal, préparer puis démarrer une **sédation palliative continue par perfusion S.C. de NaCl 0,9% 100 ml** (ou éventuellement 250 ml, voire 500 ml) contenant un total de :*

100 mg de morphine (= p.ex. 1 amp de Morphin HCl Sintetica sol inj 100 mg/10 ml)
+ 100 mg de midazolam (= p.ex. 2 amp de Midazolam Sintetica sol inj 50 mg/10 ml)
à un débit de 5,4 ml/h si préparé dans NaCl 0,9% 100 ml (= 130 ml/24h)
(ou débit 11,6 ml/h si dans NaCl 0,9% 250 ml ; ou 22 ml/h si dans NaCl 0,9% 500 ml) : cela fait une posologie de morphine 4,2 mg/h + midazolam 4,2 mg/h.
 - *Si perfusion continue pas possible, administrer de la **morphine 15 mg S.C. aux 4 heures si possible + Rivotril 1 mg S.C. 2-3x/j***
 - *Si injection S.C. pas possible, administrer une **demi-seringue de Midazolam intra-nasal** (= 7,5 mg) : mettre l'embout en mousse de forme conique dans l'une des narines du patient puis injecter la moitié*
5. **Réévaluation de la situation** après env. 20 mn
6. *Si résolution de la dyspnée* : pas de suite particulière ; **si persistance d'un inconfort respiratoire réfractaire**, dans l'idéal une **sédation palliative continue plus profonde** est à envisager :
 - Réadministrer une réserve de **morphine 20 mg S.C. + midazolam 10 mg S.C.**
 - *Dans l'idéal, **doubler la posologie de la perfusion continue S.C.** (morphine 8,4 mg/h + midazolam 8,4 mg/h), en rajoutant 100 mg de morphine + 100 mg de midazolam dans la poche de perfusion*
 - Objectif : **patient calme, confortable, avec un score de sédation Richmond -4** (n'ouvre pas les yeux à la parole, mais ouvre les yeux à la stimulation tactile).
 - N.B. : score de Richmond -3 = réagit à la parole ; score de Richmond -5 = pas de réaction à la stimulation tactile (mais à la douleur seulement)

Matériel requis pour le protocole de détresse respiratoire aiguë sévère

- *Seringues préremplies de Midazolam 15 mg intra-nasal (seringue préremplie par la pharmacie, avec embout mousse spécifique pour diffusion nasale) : auprès de PharmaDom Moudon (avenue de la Gare 1, Case postale 251, 1510 Moudon, info@pharmadom.ch)*
- *4 amp de Morphin HCl Sintetica sol inj 10 mg/1 ml*
- *2 amp de Midazolam Sintetica sol inj 15 mg/3 ml*
- *2 amp de Morphin HCl Sintetica sol inj 100 mg/10 ml*
- *4 amp de Midazolam Sintetica sol inj 50 mg/10 ml*
- *1 amp de Rivotril conc pour sol inj (doubles ampoules, 1 amp Rivotril + 1 amp aqua ad iniectabilia)*



- NaCl 0,9% mini-flacon 100 ml
- Seringues 3 ml + seringues 10 ml
- Aiguilles roses 18G pour prélèvement des ampoules
- Aiguilles oranges 25G pour injection S.C.
- Cathéter S.C. (si administration S.C. possible) : Introcan Safety 24 G B. Braun jaune
- Cathéter I.V. (si administration I.V. possible) : Venflon
- Tubulure à perfusion

Remarques

- **Ces recommandations restent des compromis simplifiés**, établis en tenant compte 1) de la situation actuelle de pandémie et 2) de la situation à domicile et en EMS, où des moyens médico-techniques hospitaliers ne sont que peu disponibles (p.ex. injections I.V., pousses-seringues, disponibilité en personnel infirmier ou médical, etc.).
- Dans l'idéal, les **perfusions peuvent évidemment être administrées en I.V.**, aux mêmes posologies et mêmes dilutions.
- En cas de sédation palliative par voie S.C. ou d'administration S.C. des médicaments, un volume de **4-5 ml/h S.C.** sont un maximum général, car plus le volume d'absorption S.C. est petit, meilleure sera l'absorption ; dans la littérature on trouve parfois **jusqu'à 8 ml/h**.
- **Les doses indiquées peuvent être modulées en fonction de la situation clinique, du poids et de l'âge du patient** ; en particulier chez les personnes âgées fragiles, où les doses peuvent être diminuées de 30 à 50 %.
- Nous recommandons aux médecins traitants et de garde de se procurer par anticipation, pour leur trousse/valise d'urgence, des ampoules de morphine, midazolam (ou Rivotril), et du matériel de perfusion (NaCl 0,9% 100 ml, tubulure, cathéter veineux, etc.), pour une disponibilité en cas d'urgence. Des **prescriptions anticipées** sont également recommandées, pour une administration par l'infirmière, en particulier en EMS.
- **Un appel au 144 reste toujours possible**, si la situation devait devenir difficile à gérer sur le lieu de vie, même si le projet thérapeutique est « palliatif ».
- **Notre Equipe mobile de soins palliatifs reste évidemment disponible** pour toute question ou difficulté dans la gestion des symptômes, dans les limites de nos disponibilités :
 - **079 749 37 39** : un piquet téléphonique infirmier ou médical de l'EMSP est mis en place **à ce numéro unique, 7 jours/7 de 8h00 à 17h00**, dès ce jour et jusqu'à nouvel avis, pour un soutien dans la prise en charge palliative des situations CoVID.
 - L'adresse emsp@rsnb.ch est à disposition pour toute demande clinique élective, du lundi au vendredi.

Tony Tai & Sophie Guyot, médecins référents

Equipe Mobile de Soins Palliatifs du Réseau Santé Nord Broye

Références

- Documents de référence de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (<http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>):
 - *Consignes dyspnée et détresses respiratoires COVID*
 - *Prise en charge palliative détresse respiratoire terminale COVID*
 - *Prise en charge palliative dyspnée COVID*
- Recommandations de prise en charge médicale de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (<https://www.palliative.ch/fr/professionnels/task-forces/focus-corona/>)