

Recommandations TNN sur la prise en charge des patients COVID+ en soins palliatifs - (26/03/2020)

1. ANTICIPATION pour tous les patients COVID+ hospitalisés

- Rechercher les **directives anticipées** du patient ; Personne de confiance ; contact à prévenir en cas d'aggravation
- Discuter de façon **collégiale** et **tracer** le **statut du patient en cas d'aggravation** dans le dossier médical papier ou Orbis et dans la prescription : **« En cas d'aggravation : réanimation » « En cas d'aggravation : pas de réanimation » « Soins palliatifs »**
- Information** des IDE
- S'assurer que tout patient hospitalisé pour pneumopathie virale COVID dispose d'une **voie veineuse périphérique**
- L'oxygénothérapie** est un traitement à risque de nébulisation du virus et **ne doit jamais être systématique** dans ce contexte. L'aération de la chambre en ouvrant la fenêtre (porte fermée) peut améliorer le confort du patient dyspnéique.
- La prise des constantes (TA, SpO2, FC) ne doit pas être systématique chez les patients en soins palliatifs. Les paramètres essentiels à surveiller et à relever sont la **fréquence respiratoire**, le confort, la douleur et l'état de conscience du patient.

2. PROPOSITIONS de protocoles médicamenteux les patients bénéficiant de soins palliatifs atteints de pneumopathie virale COVID-19

Ces propositions concernent la prise en charge des états dyspnéiques rencontrés dans les situations de COVID-19 chez des patients en soins palliatifs sans indication à une réanimation. **Ces recommandations sont issues des recommandations de la SFAP disponibles sur sfap.fr**

Ces recommandations s'appliquent uniquement aux patients pris en soins pour une pneumopathie virale COVID-19. Elles visent avant tout le soulagement des patients dans cette situation exceptionnelle.

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.

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 %.

a. Prise en soin de la DYSPNEE pour les patients COVID+ bénéficiant de soins palliatifs

La prise en charge de la dyspnée repose préférentiellement sur l'utilisation de morphinique associé à une benzodiazépine. **La morphine et le midazolam peuvent être mélangés dans la même seringue.** On peut associer si besoin un antisécrotoire (en cas d'encombrement) et/ou un antiémétique.

Voie IV à privilégier

Patient naïf de morphiniques :

Bolus initial IV : morphine 2 mg + midazolam 1 mg à renouveler si nécessaire au bout de 10min

Et démarrer une dose de fond d'emblée en IVSE morphine 1 mg/h + midazolam 0,5 mg/h (ou morphine 30 mg + midazolam 10 mg dans 500 cc de sérum phy sur 24h avec un régulateur de débit réglé sur 20 ml/h ou 7 gouttes par minute)

Si traitement inefficace sur la sensation de dyspnée, doubler les posologies

Protocole Orbis : COVID Palliatif [SFAP 20 03 2020] – 1 – Dyspnée – voie IV – Bolus+PSE- TNN

Patient sous morphiniques :

Calculer la dose totale sur 24h (équivalent IV, s'aider pour les conversions du site opioconvert.fr)

Injecter une dose de 1/6^{ème} de la dose totale en IVDL

Et augmenter de 2 mg/h la dose de fond IV et les interdoses de 2 mg

b. Prise en soin de la DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIANTE pour les patients COVID+ bénéficiant de soins palliatifs

Prescription anticipée en cas de symptômes de détresse respiratoire.

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

VOIE IV AVEC POUSSE SERINGUE A PRIVILEGIER +++

Bolus initial : morphine 5 mg + midazolam 2.5 mg - (à renouveler si besoin au bout de 5 min jusqu'à apaisement du patient)

Puis à obtention de l'apaisement du patient, relais en continu **IVSE** morphine 2 mg/h + midazolam 3 mg/h

Réduire les apports IV < 250 cc / 24h

Si traitement inefficace d'emblée (10') ou à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde) : refaire un bolus de morphine 10 mg + midazolam 5 mg

et doubler le débit de base à morphine 4 mg/h et midazolam 6 mg/h

Anticipation

Deux seringues pour les bolus initiaux peuvent être préparées en si besoin et disponibles dans le poste de soins (seringue de 20 cc : 1 ampoule de morphine de 10 mg (1 cc) + 1 ampoule de midazolam de 5 mg (1 cc) + 18 cc de sérum physiologique) – ces seringues peuvent se conserver 7 jours

Protocole Orbis : COVID Palliatif [SFAP 20 03 2020] –2 – Asphyxie Prescription Anticipée voie IV - Bolus Titration + PSE- TNN

SI PAS DE SERINGUE ELECTRIQUE DISPONIBLE

1 - VOIE IV

Bolus initial : morphine 5 mg + midazolam 2.5 mg (en IVD lente ou en perfusette de NaCl, sur 10 min) (à renouveler si besoin au bout de 5 min)

DANS LE MEME TEMPS, dans un garde veine de 500 cc/24h 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 (10') ou à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde)

Bolus : 10 mg de morphine ET midazolam 5 mg

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

2- VOIE SC

Bolus en IM (deltoïde) ou SC : morphine 10 mg + midazolam 5 mg

DANS LE MEME TEMPS, dans un soluté de 500 cc/24h 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 (10') ou à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde)

Bolus en IM (deltoïde) ou SC : morphine 20 mg + midazolam 10 mg

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

a. Prise en soin de l'ENCOMBREMENT BRONCHIQUE pour les patients COVID+ bénéficiant de soins palliatifs

Prescription d'un anti-sécrétoire

Scoburen® : bolus de 20 mg IV puis relais 80 mg/24h en IVSE ou 4 à 6 ampoules de Scoburen/24h dans 250 cc de G5 IV (à passer en 24h)

Protocole Orbis : COVID Palliatif [SFAP 20 03 2020] –antisécrétoires - TNN

b. Prise en soin des NAUSEES pour les patients COVID+ bénéficiant de soins palliatifs

Primpéran® 10 mg IV x 3/j Et/ou

Largactil® 12,5 mg IVL x 3 /J Et/ou

Protocole Orbis : COVID Palliatif [SFAP 20 03 2020] –antiémétiques - TNN

c. Personnes ressources

• **Journées (8h30-18h30) :**

1- **En 1^{ère} intention, EMSP** : Dr Brette : DECT 15566 - IDE : Mme LEVY-CASSUTO : 15302 et Mme MERABLI: 15377

2- **Si EMSP non disponible** : Médecins formés DIU Soins Palliatifs :

Pr Huguet DECT 15583

Dr Prebet DECT 15785

Dr Fallet DECT 15921

Dr Lemarié DECT 15117

• **Nuits et week-ends :**

Astreinte téléphonique de 18h30 à 8h30 en semaine et 24h/24 le week-end accessible via le standard

d. Pour aller plus loin :

Site de la SFAP – fiche conseil urgence sanitaire patients covid+ (20/03/2020)

Cadre formée DIU Soins Palliatifs : Me Corinne Labille DECT 16526