

Prise en charge palliative des symptômes respiratoires chez les patients porteurs du Covid-19 CLUD-SP Sorbonne Université

Coordination : Pr F. Laroche et Dr L. Serresse

Rédaction : Dr J. Guérin, Dr N. Seytre, Dr S. Meyer, Dr Ch. Guy-Coichard

Préambule

Le passage au stade épidémique (phase 3, circulation active du virus) implique la pleine mobilisation du système de santé dans une logique d'action collective. Les hôpitaux vont accueillir un grand nombre de patients, dont certains décéderont suite à l'infection par le Covid-19 parfois sans que des soins invasifs ne soient proposés.

Il reste donc nécessaire d'accompagner les patients en fin de vie – en raison ou non de l'infection à coronavirus - afin d'assurer leur confort.

Néanmoins, le risque de contamination de l'entourage des patients et des soignants doit être pris en compte.

A ce sujet, les sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et d'urgence ont émis des recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à SARS-CoV2 (SRLF-SFAR-SFMU-GFRUP-SPILF) (9 mars 2020) :

« Par analogie avec les SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) et les MERS (Middle East Respiratory Syndrome), tous deux liés à des coronavirus (SARS-CoV et MERS-CoV), la transmission de SARS-CoV 2 est probablement en grande partie liée à l'aérosolisation de gouttelettes et aux contacts avec les surfaces sèches. En conséquence, les règles de prise en charge recommandent un isolement air et contact renforcé. Une attention particulière doit-être portée aux risques de contamination en lien avec les procédures à risque de générer une aérosolisation incluant sans être exhaustif la ventilation artificielle, la ventilation non-invasive, et plus généralement l'oxygénothérapie notamment à débit élevé. Si l'oxygénothérapie et la ventilation non-invasive doivent-être autant que possible évitées, elle peuvent-être envisagée, notamment en situation de tension et limite des ressources, en tenant compte du risque accru. »

La période actuelle va également constituer un défi éthique comme le connaît l'Italie actuellement. A la demande du ministère de la Santé, le comité consultatif national d'éthique a émis un avis le 13 mars 2020 sur l'épidémie en général. Il émet différentes remarques et propositions dont notamment la mise en place de cellules éthiques de soutien.

Concernant la prise en charge dans les hôpitaux de Sorbonne Université, nous proposons les mesures suivantes.

Prise en charge palliative en contexte d'épidémie de coronavirus Covid-19 - 23/03/2020 17:30

CLUD SP - Sorbonne Université

1/6

Prise en charge palliative des symptômes respiratoires chez les patients porteurs du Covid-19 CLUD-SP Sorbonne Université

1) Décision de ne pas admettre un patient en unité de soins intensifs ou en réanimation

- a) La prise de décision doit s'efforcer de suivre les règles habituelles dont notamment la collégialité du processus de décision et la traçabilité dans le dossier médical. Le consentement du patient doit toujours être recherché.
- b) Le pronostic global du patient doit être au centre de l'évaluation : état antérieur, autonomie, maladies chroniques, gravité de l'épisode aigu actuel.
- c) Cellule éthique de soutien : dans l'attente de leur mise en œuvre concrète les équipes mobiles de soins palliatifs sont disponibles.

2) Prise en charge d'un patient avec Covid hors réanimation

- a) Soulager les patients est une obligation déontologique, éthique et légale, les soins de confort restent donc une nécessité absolue.
- b) L'infection est susceptible d'entraîner une dyspnée et une détresse respiratoire asphyxique, les recommandations pour la prise en charge des symptômes respiratoires tiennent compte du profil évolutif spécifique de cette infection.
- c) Ces recommandations sont faites dans le contexte précis de l'épidémie de Covid19 et ne doivent pas être utilisées en dehors de ce contexte

3) Oxygénothérapie

- a) L'oxygénothérapie peut produire une aérosolisation du virus augmentant la transmission aux soignants et à l'entourage. C'est donc un traitement porteur de risques.
- b) L'administration d'oxygène ne doit jamais être systématique dans ce contexte.
- c) L'aération de la chambre en ouvrant la fenêtre (porte fermée) peut améliorer le confort du patient souffrant d'une sensation d'étouffement. Elle est particulièrement indiquée car elle permet un renouvellement de l'air (une aération de 10 minutes par heure a été proposée)

4) Isolement des patients

- a) Un isolement contact et air doit être mis en place.
- b) Une contamination importante des surfaces dans la chambre du patient a été constatées dans plusieurs études néanmoins le nettoyage avec les solutions habituelles est efficace.
- c) Les visites sont limitées. Dans la situation particulière de l'accompagnement d'une personne en fin de vie, ces restrictions peuvent être assouplies sur prescription médicale. Nous recommandons que le médecin prescripteur s'assure de protéger les équipes soignantes contre toute augmentation du risque de contagion.

5) Organisation des soins palliatifs

- a) Les équipes mobiles doivent limiter leurs déplacements. Des conseils téléphoniques seront donnés à la demande.
- b) Si déplacement nécessaire, il faut le limiter à un seul membre de l'équipe.
- c) Les unités de soins palliatifs prennent prioritairement en charge les patients non infectés à Covid-19 issus d'hôpitaux en situation de tension.
- d) Le portage du Covid-19 contre-indique le transfert en unité de soins palliatifs extérieures.
- e) Il est possible que des unités dédiées à l'accompagnement des patients Covid-19 en fin de vie soient mises en place en lien avec l'ARS.

Prise en charge palliative des symptômes respiratoires chez les patients porteurs du Covid-19 CLUD-SP Sorbonne Université

POLYPNEE/DYSPNEE chez les PATIENTS ATTEINTS du COVID-19

en SITUATION PALLIATIVE EXCLUSIVE

Conseils de prise en charge

Indication à un traitement : gêne respiratoire avec signes cliniques suivants à rechercher et à réévaluer après traitement: polypnée, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires, respiration paradoxale, battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, anxiété...

Le traitement de la dyspnée repose préférentiellement sur l'utilisation

- D'un **opioïde** (morphine ou oxycodone)
- D'une **benzodiazépine**
- D'un **anti-sécrétoire** (si encombrement)

TITRATION par un OPIOÏDE FORT

La **titration** détermine la dose diminuant l'inconfort chez le patient, dû au **tirage** et/ou à la **polypnée**. L'objectif le plus souvent retenu est une **fréquence proche de 20 mouvements par minute**. Une **dose d'entretien** peut être débutée **2 à 4 heures** (durée d'action morphine et oxycodone) après la titration et afin d'entretenir le traitement : soit en **bolus à la dose de titration toutes les 4h**, soit à la seringue électrique IV ou SC, à **un quart de la dose de titration par heure**.

Présence d'une voie IV (à privilégier)

- Patient sans opioïde :
 - Bolus : **Morphine** ou **Oxycodone** : **2 mg** à injecter en IVD
 - Administrer un bolus toutes les **5 min** tant que la polypnée persiste
- Patient déjà sous opioïdes :
 - **Morphine** ou **Oxycodone** : Injecter une dose équivalente de **1/10^{ème}** de la dose de fond/24h en IVD
 - Administrer un bolus toutes les **5 min** tant que la polypnée persiste

Présence d'une voie SC

- Patient sans opioïde :
 - Bolus : **Morphine** ou **Oxycodone 5 mg**
 - Réadministrer un bolus au bout de **15 à 20 min** si la polypnée persiste
- Patient déjà sous opioïdes :
 - **Morphine** ou **Oxycodone** : Injecter une dose équivalente de **1/6 à 1/10^{ème}** de la dose de fond/24h toutes les **15 à 20 minutes** si la polypnée persiste

Si voie injectable impossible

- Patient sans opioïde :
 - **Morphine** per os à libération immédiate (LI) : **10 mg** ou **Oxycodone 5 mg (Oxynormoro)**
 - Réadministrer une dose si besoin au bout de **30 à 45 min**
- Patient déjà sous opioïdes :
 - Donner **forme LI** équivalente de **1/6 de la dose de fond/24h** (Actiskénan, Oramorph, Sévrédol ou Oxynormoro)
 - Réadministrer une dose si besoin au bout de **30 à 45 min**

Prise en charge palliative des symptômes respiratoires chez les patients porteurs du Covid-19 CLUD-SP Sorbonne Université

Utilisation possible d'une BENZODIAZEPINE en association aux opioïdes forts

Par voie IV ou SC : **Hypnovel® (midazolam)** : 1mg IVD à renouveler au bout de **2 à 3 minutes** jusqu'à apaisement de la dyspnée/angoisse puis démarrer immédiatement une dose continue avec débit horaire équivalent à **50% de la dose titrée** en IVSE ou SCSE.

Par voie orale (si voie parentérale impossible) :

- **Séresta® (oxazépam)** 10mg en sublingual renouveler en fonction de la symptomatologie
- **Témesta® (lorazépam)** 1mg en sublingual à renouveler en fonction de la symptomatologie
- **Ou autres benzodiazépines disponibles**

Anti-sécrétoires en cas d'encombrement bronchique associé

- Si patient conscient : **SCOBUREN** 20 mg 2 à 6 ampoules par jour IVSE/24h
- Si patient inconscient : **SCOPOLAMINE** 0,5 mg 2 à 7 ampoules par jour IVSE
- *Si voie IV non disponible : remplacer par voie **SC** à même posologie.*
- Dans tous les cas **réduire les apports hydriques** par exemple < 500 ml/24h (maintenir au minimum 2 ml/h, soit 50 cc/24h en garde-veine), voire arrêt de l'hydratation.

Prise en charge palliative des symptômes respiratoires chez les patients porteurs du Covid-19 CLUD-SP Sorbonne Université

PRISE en CHARGE PALLIATIVE de la DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE chez les patients atteints du COVID-19

Définition : détresse respiratoire majeure avec sensation de mort imminente par étouffement.

Ce protocole est une prescription médicale qui doit être anticipée. Mise en application en urgence par IDE possible avec évaluation médicale rapide requise.

Patient déjà sous midazolam

Titration midazolam : injecter en IV ou SC toutes les **2 à 3 min** le **double de la dose horaire** en cours jusqu'à disparition de la réaction à la stimulation **tactile** (sédation profonde - **Rudkin 4**)

Entretien de la sédation : Ajouter **50%** de la dose titrée à la dose horaire antérieure.

Si sédation insuffisamment profonde :

- Augmenter le débit de base de **Midazolam** de 50%
- En cas d'échec (absence de sédation malgré débit de **Midazolam** de 20mg/h) adjoindre 100 mg/24h de **Cyamémazine (Tercian®)** ou 50 à 100 mg/24h de **Chlorpromazine (Largactil®)** en IVSE ou SCSE. A adapter en fonction de la réponse clinique.

Patient sans midazolam

Titration midazolam : injecter une dose de charge de 3 mg puis 1mg toutes les **2 à 3 min** IV ou SC jusqu'à disparition de la réaction à la stimulation **tactile** (sédation profonde - **Rudkin 4**)

Entretien de la sédation : débit horaire de midazolam de **50%** de la dose titrée en IVSE ou SCSE à modifier immédiatement.

Si sédation insuffisamment profonde :

- Augmenter le débit de base de **midazolam** de **50%**
- En cas d'échec (absence de sédation malgré débit de midazolam de 20mg/h) adjoindre 100 mg/24h de **Cyamémazine (Tercian®)** ou 50 à 100 mg/24h de **Chlorpromazine (Largactil®)**. A adapter en fonction de la réponse clinique.

NB : Si patient déjà sous opioïdes forts, poursuivre aux mêmes doses.

Prise en charge palliative des symptômes respiratoires chez les patients porteurs du Covid-19 CLUD-SP Sorbonne Université

Alternatives à l'administration par pousse-seringue électrique en soins palliatifs

Pour l'administration continue (remplacement IVSE ou SCSE) :

- **Pompe PCA** avec débit continu réglé à la posologie voulue, possibilité de bolus infirmier ou patient programmé.
Seule solution équivalente strictement à l'administration au pousse-seringue électrique.
- **Régulateurs de débit** (Dial-a-flow, Dosi-flow, Uni-flow...) : administration d'un médicament fortement dilué à un débit d'au moins 20 mL/h
Ex : morphine 2 mg/h = 500 mL de soluté + 50 mg de morphine perfusé à 20 mL/h
- **Pompe élastomérique** à débit fixe ou variable (Infusor ou Intermate de Baxter) : administration passive d'un médicament à un débit souhaité (généralement entre 1 et 10 mL/h) qui varie en fonction de la pompe utilisée. Il est nécessaire de vérifier la diminution de taille du réservoir pour contrôler la bonne administration. Usage unique, maintien jusqu'à 72h.
Ex : morphine 2 mg/h avec pompe de 2 mL/h = remplir la pompe avec une solution de 1 mg/mL de morphine.

Pour l'administration discontinue :

Opioïde fort (morphine ou oxycodone) :

- Bolus systématique toutes les 4 heures équivalent à 1/6^e de la dose des 24h
- Administration d'une forme per os à libération prolongée (SKENAN ou OXYCONTIN) avec conversion de dose

Benzodiazépine :

- Remplacer le midazolam par une benzodiazépine à demi-vie plus longue
- Per os (ré administrer au bout de deux heures si action insuffisante) :
 - Oxazépam 10 mg (Seresta) : débiter à un comprimé toutes les 4 heures
 - Temesta 1 mg (lorazepam) : débiter à un comprimé toutes les 4 heures
 - Si insuffisant 2 heures après administration : ré-administrer puis doubler la posologie ensuite
- IV ou SC :
 - Diazepam 10 mg (Valium) : titration par 10 mg toutes les 1 à 2 heures, puis entretien avec administration toutes les 12 heures de la dose titrée si besoin

Anti-sécrétoire :

- Scopolamine 0,5 mg : une ampoule toutes les 6 heures (IV ou SC)
- Scoburen 20 mg : une ampoule toutes les 6 heures (IV ou SC)
- Scopoderm 1 mg patch : 1 à 3 patch en rétro-auriculaire, à changer toutes les 72 heures.

Neuroleptique :

- Chlorpromazine (Largactil)
 - per os : comprimé de 25 mg ou solution buvable 4% (1 goutte = 1 mg) : 25 mg à 300 mg/jour maximum
 - IV ou SC : 25 à 50 mg IVL ou SCL sans dépasser 150 mg/jour