

MSPB Bagatelle : Dr E.CHARTIER, Dr B.DEVALOIS, Dr J.POUGET, B JANJAUD (IDE), N SEMBEL (IDE), M BROUCKE (IDE), R OSTROVSKY (psychologue)

Etape 1 : Evaluer les symptômes, anticiper une possible aggravation

RECHERCHER : dyspnée, douleur, angoisse, confusion/agitation, encombrement, fièvre

INFORMER : le patient communiquant de la possibilité de recours à une sédation en cas de détresse respiratoire asphyxique. Informer l'entourage de ces modalités de soulagement. Tracer dans le dossier médical du patient.

ANTICIPER :

- 1) La prise en charge palliative symptomatique exclusive des patients atteints par le COVID-19 et ne relevant pas de mesures de réanimation. Préadmission HAD pour les patients en EHPAD.
- 2) Prescriptions anticipées
- 3) Une trousse d'urgence

Etape 2 : Prendre en soin et prescrire

NIVEAU 1 : symptômes légers

En « si besoin » :

- Morphine en cas de dyspnée, toux
- Benzodiazépine en cas d'angoisse ou d'agitation
- Paracétamol si hyperthermie

NIVEAU 2 : défaillance respiratoire débutante*

- PSE ou Miniflac SCC de Morphine
- PSE ou Miniflac SCC de Benzodiazépine
- Paracétamol
- Antisécrotoire si encombrement

NIVEAU 3 : Détresse respiratoire asphyxique**

- Voie IV si possible, sinon SCD
- Sédation pour détresse
- Traitements d'entretien

En cas de limitations des ressources humaines ou matérielles en situation de crise, **NIVEAU 3 PROTOCOLE DEGRADE**

Pour tous :

- Mesures environnementales : ambiance calme, patient demi-assis (si vigilant), mis à plat avec alternance position $\frac{3}{4}$ (si hypovigilant), fenêtres ouvertes pour courant d'air, information régulière du patient et de ses proches, présence d'un soignant en chambre jusqu'à l'obtention confort
- Oxygène non systématique.
- Surveillance clinique/bladder du risque de rétention aigue d'urine (x1/équipe)

Pour plus d'informations : <https://bientraitance-findevie.org>

*Patient communiquant : gêne respiratoire modérée à sévère, ou évaluée >5 à l'EVA. Patient non communiquant FR entre 24 et 30/min, tirage débutant, respiration paradoxale légère

**Sensation de mort imminente avec réaction de panique. Si non communiquant : FR >30 , agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires, respiration paradoxale, battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur

NIVEAU 1 : Symptômes légers

Morphine à visée eupnéisante :

Si dyspnée, toux

Patient naïf de morphine :

Per Os :

ORAMORPH 20 mg/mL 2.5 mg II
(2) gouttes ou
ORAMORPH 10mg/5mL 2 mg
(1mL)

Intraveineuse :

MORPHINE 1 mg x 4 à 6/j si
nécessaire

Sous Cutanée :

MORPHINE 2 mg x4 à 6/j si
nécessaire

Benzodiazépines :

Si angoisse, anxiété, insomnie

Per Os :

LYSANXIA 15mg/mL X (10)
gouttes ou
ALPRAZOLAM 0.25 mg,
renouvelable au bout 1h et
autant que nécessaire

Sous Cutanée :

MIDAZOLAM 2.5 mg ou
VALIUM 2.5 mg SCD ou RIVOTRIL
1 mg toutes les 4 à 6 heures si
nécessaire

Mesures associées :

Si encombrement majeur

- Limitation de l'hydratation artificielle
- LASILIX 40 mg SCD ou IVD
- + SCOBUREN 20 mg SCD ou SCOPOLAMINE 0.5 mg SCD ou IVD

Si fièvre :

Glaçage

PARACETAMOL PO ou suppo

Si globe : pose SV

Patients sous morphine au long cours :

Majoration de 30 à 50% de la dose de fond

Bolus :

- PO : 1/6^e de la dose totale journalière, PR 60 min, max 6 interdoses/4j
- SC : 1/6^e de la dose totale journalière, PR 30 min, max 3 interdoses/4j
- IV : 1/24^e de la dose totale journalière (min 1 mg), PR 10 min, max 3 interdoses/h

Pour tous :

- Mesures environnementales : ambiance calme, patient demi-assis (si vigilant), mis à plat avec alternance position ¾ (si hypovigilant), fenêtres ouvertes pour courant d'air, information régulière du patient et de ses proches, présence d'un soignant en chambre jusqu'à l'obtention confort
- Oxygène non systématique.
- Surveillance clinique/bladder du risque de rétention aigue d'urine (x1/équipe)

Médecins, IDE :
AVIS MEDICAL PEC palliative
symptomatique 7J/7, 24h/24

06.11.86.80.97

NIVEAU 2 : Défaillance respiratoire débutante

Patient communiquant : gêne respiratoire modérée à sévère, ou évaluée >5 à l'EVA. Patient non communiquant FR entre 24 et 30/min, tirage débutant, respiration paradoxale légère

Morphine à visée eupnéisante

Patient naïf de morphine (sinon adapter selon dose totale journalière habituelle avec augmentation de 30 à 50%) :

Avec PSE :

MORPHINE dilution 1mg/ml (Amp 10 mg/10ml)

En SC : 0.5 mg/h à augmenter à 0.7 puis 1 mg/h si besoin

Bolus : 1/6^e de la dose totale journalière (2 mg minimum), PR 30 min, Max 3 bolus/4h

Sans PSE : avec dosiflow et robinet à 3 voies pour les bolus

En SCC : 24 mg de MORPHINE dans 250 ml de soluté

MORPHINE 0.5mg/h soit un débit de 5 ml/h à augmenter à 1 mg/h (10ml/h) et par paliers de 5 ml/h autant que nécessaire

Bolus en SCD à la seringue : 1/6^e de la dose totale journalière, PR 30 min, Max 3 bolus/4h

Anxiolyse ou benzodiazépine à visée eupnéisante (en association systématique) :

Avec PSE :

MIDAZOLAM 50 mg/50 ml soit 1mg/ml

En SCC : MIDAZOLAM 0.5mg/h, bolus 2.5 mg, PR 30 min, max 3 bolus/4h

VALIUM 50mg/50 ml soit 1mg/ml

En SCC : VALIUM 0.5 mg/h, bolus 2.5 mg, PR 30 min, max 3 bolus/4h

Sans PSE : avec dosiflow et robinet à 3 voies pour les bolus

En SCC : MIDAZOLAM ou VALIUM 24 mg/250 ml de soluté

MIDAZOLAM ou VALIUM 0.5 mg/h soit un débit de 5ml/h

Bolus à la seringue : 2.5 mg en SCD, PR 30 min, max 3 bolus/4h

Autres mesures :

- Arrêt de l'hydratation artificielle autant que possible
- **Si Encombrement :**
 - LASILIX 40 mg + SCOBUREN 20 mg SCD ou SCOPOLAMINE 0.5 mg SCD
 - Possibilité de mettre SCOBUREN jusqu'à 120 mg ou SCOPOLAMINE jusqu'à 3mg en continu au PSE ou en SCC dans un soluté administré au dosiflow
- **Si fièvre inconfortable :**
 - Glaçage
 - PARACETAMOL 1g/6h PO ou suppos, si impossible
 - PERFALGAN 1 g SC (A limiter : apport hydrique de 100cc/prise)
- **Si globe vésical :** pose SV
- Anticipation du risque de Détresse respiratoire asphyxique : renforcer la surveillance

Pour tous :

- Mesures environnementales : ambiance calme, patient allongé (si vigilant), mis à plat avec alternance position ¾ (si hypovigilant), fenêtres ouvertes pour courant d'air, information régulière du patient et de ses proches, présence d'un soignant en chambre jusqu'à l'obtention confort
- Oxygène non systématique.
- Surveillance clinique/bladder du risque de rétention aigue d'urine (x1/équipe)

Médecins, IDE :
AVIS MEDICAL PEC palliative
symptomatique 7J/7, 24h/24

06.11.86.80.97

NIVEAU 3 : Détresse respiratoire asphyxique

Sensation de mort imminente avec réaction de panique. Si non communiquant : FR >30, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires, respiration paradoxale, battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur

Dans la mesure du possible voie veineuse (KTO) à anticiper

PRIORITE : Pratiques sédatives :

Sédation profonde d'emblée (RASS -4/-5) pour détresse :

IV : MIDAZOLAM ou VALIUM 5 mg en IVL si possible à renouveler au bout de 3 min si nécessaire jusqu'à obtenir une sédation profonde aussi rapidement que possible

SC : sinon MIDAZOLAM ou VALIUM 20 mg en SCD ou IM à renouveler si nécessaire après 15 min

Mise en œuvre d'une sédation proportionnée à durée indéterminée :

Avec PSE :

SCC : MIDAZOLAM ou VALIUM dilution 1mg/ml

Débuter à 1mg/h à augmenter toutes les 20 min à 1.5 puis 2, puis 3 puis 4 mg/h jusqu'à obtenir le soulagement

Bolus : bolus 5 mg, PR 30 min, max 3 bolus/4h

Sans PSE : avec dosiflow et robinet à 3 voies pour les bolus

En SCC : MIDAZOLAM ou VALIUM 48 mg/250 ml de soluté

MIDAZOLAM ou VALIUM 1 mg/h soit un débit de 5 ml/h à augmenter toutes les 20 min à 2, puis 3 puis 4 mg/h jusqu'à obtenir le soulagement

Bolus à la seringue : 5 mg en SCD, PR 30 min, max 3 bolus/4h

Morphine à visée eupnéisante :

Patient naïf de morphine (sinon adapter selon dose totale journalière habituelle avec augmentation de 30 à 50%) :

Avec PSE :

MORPHINE dilution 1mg/ml (Amp 10 mg/10ml)

En SCC : Initier MORPHINE 1mg/h au moins à augmenter à 1.5 puis 2 mg/h si nécessaire ou majorer de 30 à 50% la dose de fond déjà en place

Bolus : 1/6e de la dose totale journalière (4mg minimum), PR 30 min, Max 3 bolus/4h

Sans PSE : avec dosiflow et robinet à 3 voies pour les bolus

En SCC : 48 mg de MORPHINE dans 250 ml de soluté

Initier MORPHINE 1mg/h soit un débit de 5 ml/h à augmenter à 2 mg/h (10ml/h) si besoin ou majorer de 30 à 50 % la dose de fond déjà en place

Bolus en SCD à la seringue : 1/6e de la dose totale journalière (4 mg minimum), PR 30 min, Max 3 bolus/4h

Autres mesures :

- Arrêt de l'hydratation artificielle autant que possible
- **Si Encombrement :**
 - LASILIX 40 mg + SCOBUREN 20 mg SCD ou SCOPOLAMINE 0.5 mg SCD
 - Possibilité de mettre SCOBUREN jusqu'à 120 mg ou SCOPOLAMINE jusqu'à 3mg en continu au PSE ou en SCC dans un soluté administré au dosiflow
- **Si fièvre inconfortable :**
 - Glaçage
 - PARACETAMOL 1g/6h suppos, Si impossible PERFALGAN 1 g SC (à limiter : apport hydrique de 100cc/prise)
- **Si globe vésical :** pose SV
- Pas de surveillance des paramètres paracliniques

Médecins, IDE :
AVIS MEDICAL PEC
palliative
symptomatique 7J/7,
24h/24
06.11.86.80.97

Pour tous :

- Mesures environnementales : ambiance calme, mis à plat avec alternance position ¼, fenêtres ouvertes pour courant d'air, information régulière du patient et de ses proches, présence d'un soignant en chambre jusqu'à l'obtention confort
- Arrêt de l'oxygène
- Surveillance clinique/bladder du risque de rétention aigue d'urine (x1/équipe)

NIVEAU 3 : Détresse respiratoire asphyxique – protocole dégradé

Sensation de mort imminente avec réaction de panique. Si non communiquant : FR >30, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires, respiration paradoxale, battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur

En cas de limitations des ressources humaines ou matérielles en situation de crise

Pratiques sédatives :

Mise en œuvre d'une sédation proportionnée à durée indéterminée :

- Si benzodiazépines préconisées non disponibles :

Utiliser à défaut d'autres Benzodiazépines tel que TRANXENE ou RIVOTRIL

Sans PSE : avec dosiflow et robinet à 3 voies pour les bolus
En SCC : RIVOTRIL 6 mg/250 ml de soluté ou TRANXENE 100mg/250 ml de soluté

RIVOTRIL 0.125 mg/h ou TRANXENE 2mg/h soit un débit de 5 ml/h à augmenter toutes les 20 min à 10 puis 15 puis 20ml/h jusqu'à obtenir le soulagement

Bolus à la seringue : 1 mg en SCD, PR 30 min, max 3 bolus/4h

- Si absence de disponibilité de benzodiazépines : Utiliser des neuroleptiques à visée sédative :

Sans PSE :

SC Discontinu ou IM :

- NOZINAN 25 mg toutes les 4 à 6 heures
- Ou LOXAPAC 25 mg toutes les 4 à 6 heures

Si limitation des stocks en morphinique injectable :

Relais par FENTANYL patch à doses équivalentes (cf outil opioconvert : <https://opioconvert.fr>)

Utiliser OXYNORM (doses identiques morphine par voie parentérale)

Autres mesures :

- Arrêt de l'hydratation artificielle autant que possible
- **Si Encombrement :**
 - LASILIX 40 mg SCD + SCOBUREN 20 mg SCD ou SCOPOLAMINE 0.5 mg SCD
 - Possibilité de mettre SCOBUREN jusqu'à 120 mg ou SCOPOLAMINE jusqu'à 3mg en continu au PSE ou en SCC dans un soluté administré au dosiflow
 - Si pas de SCOBUREN ou SCOPOLAMINE : remplacer par ATROPINE SCC (1 mg en dose initiale puis 3 mg/24h au PSE ou 1 mg/6h en discontinu).
- **Si fièvre inconfortable :**
 - Glaçage
 - PARACETAMOL 1g/6h suppos, si impossible PERFALGAN 1 g SC (à limiter : apport hydrique de 100cc/prise)
- **Si globe vésical :** pose SV
- Pas de surveillance des paramètres paracliniques

Médecins, IDE :
AVIS MEDICAL PEC palliative
symptomatique 7J/7, 24h/24
06.11.86.80.97

Pour tous :

- Mesures environnementales : ambiance calme, mis à plat avec alternance position ¼, fenêtres ouvertes pour courant d'air, information régulière du patient et de ses proches, présence d'un soignant en chambre jusqu'à l'obtention confort
- Arrêt de l'oxygène
- Surveillance clinique/bladder du risque de rétention aigue d'urine (x1/équipe)

ECHELLE DE VIGILANCE-AGITATION DE RICHMOND (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE RASS)

Validation française par Chanques et coll

+4	Combatif	<i>Combatif, danger immédiat envers l'équipe</i>
+3	Très agité	<i>Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe</i>
+2	Agité	<i>Mouvement fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur</i>
+1	Ne tient pas en place	<i>Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs</i>
0	Eveillé et calme	
-1	Somnolent	<i>Pas complètement éveillé mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10s)</i>
-2	Diminution légère de la vigilance	<i>Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s)</i>
-3	Diminution modérée de la vigilance	<i>N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux), mas pas de contact visuel</i>
-4	Diminution profonde de la vigilance	<i>Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)</i>
-5	Non réveillable	<i>Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)</i>

