

Mise en œuvre d'une pratique sédative adaptée pour les patients statués non réanimatoire (PSNR)

Argumentaire

Mettre à disposition

Conformément à la loi de 2016, les professionnels de santé ont le devoir de tout mettre en œuvre pour soulager le patient de ses souffrances. Pour des PSNR qui présentent une détresse respiratoire, la mise en œuvre d'une sédation adaptée est prioritaire, c'est le seul moyen de soulager le patient.

Dans ces circonstances de crise ou de catastrophe tout doit être fait pour respecter une collégialité de la décision pluriprofessionnelle et la recherche du consentement du patient en capacité de le donner. La traçabilité par la mise en œuvre d'une feuille de suivi apparaît très importante (cf. modèle de feuille de surveillance).

- Face à une **dyspnée majeure et/ou une polypnée inconfortable réfractaire** (non contrôlée par des morphiniques correctement administrés), il convient de mettre en œuvre dès que possible une sédation proportionnée, c'est à dire dont la profondeur est celle nécessaire et suffisante pour soulager le patient (de -2 à -5 sur l'échelle de Richmond).
- Face à un **syndrome asphyxique aigu**, il faut en urgence absolue mettre en place une voie veineuse et réaliser une sédation profonde d'emblée (-4 ou -5 sur l'échelle de Richmond).

Une sédation se définit par un score sur l'échelle de Richmond entre -2 à -5

- 2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10s).
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

1. Modalités de mise en œuvre d'une Sédation en urgence pour détresse asphyxique

Indications	patient présentant une détresse asphyxique
: Critères	clinique asphyxique (cyanose, angoisse, agitation, etc.)
Type de sédation	altération rapide et profonde de la vigilance
Echelle de Richmond	score de -4 ou - 5

Modalités

- Dans toute la mesure du possible, voie veineuse (À ANTICIPER +++ par KTO)
- Administration en IV lente (1 minute maxi) de 5 mg de midazolam à répéter au bout de 3 minutes jusqu'à obtenir une sédation profonde aussi rapidement que possible (Echelle de Richmond au moins -4).
- Si Fréquence respiratoire > 25/min, adjonction de morphine (doses de 2 mg IV répétés au même rythme que celles de midazolam) jusqu'à fréquence respiratoire < 15/minutes.
- Puis mise en place d'une **sédation proportionnée** (cf ci-dessous) jusqu'à rediscussion éventuelle sur caractère réversible ou irréversible en fonction de la situation.

- En l'absence d'accès veineux, même par injection directe, les voies d'administration sous cutanée, intramusculaire sont très aléatoires (la vasoconstriction liée au stress ralentissant plus qu'à l'ordinaire le passage plasmatisque). **Une dose massive (20 mg au moins) peut être administrée faute de toute autre solution pour tenter d'atteindre un taux plasmatisque suffisant.**
- Pour les services (d'urgence) qui en disposent l'utilisation de kit de nébulisation à mettre sur une seringue peut également être utilisé pour nébulisation nasale. Doses à x3 par rapport aux doses IV.

2 Modalités de sédation proportionnée pour des symptômes respiratoires intenses

Indications	patients statués non réanimatoires, présentant une dyspnée (difficulté à respirer) réfractaire à un traitement morphinique bien conduit (cf. fiche)
: Critères	Échelle numérique de dyspnée > 5/10 ("quelle note donneriez-vous à votre difficulté à respirer entre 0 et 10 ? 0 est l'absence de gêne, 10 la pire gêne possible").
Type de sédation	sédation de durée non déterminée a priori mais non irréversible, proportionnée c'est-à-dire que la profondeur de l'altération de la vigilance recherchée est celle qui est nécessaire et suffisante pour obtenir le soulagement du patient afin qu'il ne soit plus inconfortable (elle peut donc être légère si c'est suffisant, mais peut être profonde si c'est nécessaire car non suffisamment soulagé par sédation légère).
Echelle de Richmond	score entre de -2 et - 5 selon ce qui est nécessaire pour soulager

Modalités

Le produit de référence à utiliser est le midazolam (Hypnovel) à utiliser en perfusion continue (pousse seringue). En cas de manque de pousse seringue, on peut l'utiliser en répétant les doses à la demande (la durée d'action théorique est de l'ordre d'une heure). La mise en œuvre de diffuseur type Dialaflo est également à envisager

En cas de pénurie de midazolam, d'autres benzodiazépines sont utilisables mais beaucoup moins pratiques : Valium Rivotril cf fiches spécifiques

Type de prescriptions recommandées :

Poser un site s/cutané (éventuellement après EMLA si disponible et pas d'urgence). Dès que possible en anticipation poser un KTO pour prise en charge d'une détresse asphyxique possible

Faire une dose de départ de midazolam 5 mg à renouveler après 20 à 30 minutes si besoin (pour des patients très fragiles, possible de diminuer à 2.5 mg)

Mettre en place immédiatement une administration continue à 0.5 mg/h et adapter le débit toutes les 20 à 30 minutes si nécessaire pour obtenir le soulagement : augmentation par palier 0.7 puis 1 mg/h puis 2 mg/h, 3 mg/h. Si insuffisant, demander nouvelles prescriptions.

Tout apport d'hydratation artificielle est au mieux inutile et au pire néfaste (aggravation surcharge pulmonaire) ⇒ pas d'hydratation artificielle, utiliser le moins possible de dilution du produit actif. Par contre si possible faire **soins de bouche avec solution bicarbonate et glycérine** (Lansoyl par exemple).

Modalité d'utilisation de la morphine pour prise en charge des symptômes respiratoires des patients statués non réanimatoire dans le cadre de la crise COVID

A consulter

Le critère principal est la polypnée définie comme une FR > 25/min ou une gêne respiratoire > 5/10 sur une échelle numérique de la dyspnée (END : quelle note donneriez vous à votre gêne respiratoire entre 0 (aucune) et 10 (la pire possible))

Médicament à utiliser en priorité = morphine

La voie d'administration est soit sous-cutanée (pose d'un site s/cut) soit intraveineuse (si disponible)

Si FR >25/min (ou END > 5/10)

Patient morphine naïf (ne recevant pas à ce jour de morphine pour une autre raison) :

Pour un adulte ou une personne âgée (pour un enfant consulter impérativement un spécialiste)

Par voie sous-cutanée : 5 mg à renouveler si besoin au bout d'une heure si FR est toujours > 25/min. Si besoin et si possible (PSE disponible) 0.5 mg/h à adapter en augmentant 1 mg/h puis 2 puis 3 mg/h stop administration si FR < 12/min

Si voie IV 1 mg en IVL à renouveler /10 minutes jusqu'à FR devienne < 20/minutes. Si besoin et si possible (PSE disponible) : 0.5 mg/h à adapter en augmentant 1 mg/h puis 2 puis 3 mg/h. Stop administration si FR < 12/min

Si pas de possibilité d'administration en continue faire en s/cut 5 mg toutes les 4 à 6 h (sauf si FR < 10).

A priori, sauf situations exceptionnelles à discuter, pas d'indication à faire de la naloxone (NARCAN) dans ce contexte spécifique de décision de non réanimation (contrairement à un patient statué en engagement limité).

Pour patient non naïf (recevant de la morphine pour autre raison) il faut augmenter la dose de base d'un tiers : Par exemple, si dose habituelle est de 120 mg il faudra augmenter à 160 mg.

Rappel les doses par 24 h de morphine sont équivalentes en s/cut et en IV. En revanche, les doses de secours et les périodes réfractaires sont différentes ; en s/cut 1/6 de la dose de 24 h qui peut être répétée toutes les heures si besoin avec un maximum théorique de 6, alors qu'en IV, la valeur des bolus est équivalent au débit horaire qui peut être si besoin répéter toutes les 10 minutes avec un maxi de 3/h. Si besoin, demander conseil spécialisé sur ligne d'astreinte.

Pour mémoire : utilisation de l'outil très simple en ligne <https://opioconvert.fr/> dispo IOS et Android

oxycodone = ½ dose de morphine per os, même dose que morphine IV

si pb de disponibilité de seringue électrique patch fentanyl est une alternative si dose stable (25 µg/h = 60 mg morphine per os = 1 mg/h morphine parentérale) à changer tous les 3 jours. En principe seulement le patient « titré » c'est-à-dire avec une dose stable de morphine car on ne peut pas adapter facilement les doses.

Prise en charge autres symptômes

A consulter

Mettre en place un traitement anxiolytique

Les symptômes respiratoires sont très anxiogènes. Les anxiolytiques contribuent grandement à l'amélioration du confort et sont un préalable indispensable.

Si per os possible :

Alprazolam (XANAX) 0.5 mg en cas de **crise anxieuse majeure** par voie sublinguale (croquer et laisser fondre sous la langue)

Lysanxia (10 à 20 gouttes) est un excellent anxiolytique facile à utiliser **en gouttes** (intérêt chez la personne âgée)

Par **voie injectable** le midazolam possède une action courte. La dose anxiolytique est entre 1 à 2.5 mg, durée 1 heure. Si PSE : dose <0.5 mg/h (3 mg/24h) sinon action sédatrice possible.

Tranxène (parfois douloureux à l'injection et durée d'action très longue) peut être un recours ainsi que Valium ou Rivotril.

Encombrement :

Administration de scopolamine ou de scoburen selon disponibilité

Scoburen 20 mg en sous-cutané (1 ampoule) à renouveler au bout d'une heure si besoin. Éventuellement passer en PSE par voie s/cutanée à 60 mg/24 h puis 120 mg/24 h.

Scopolamine 0.5mg en sous cutané (1 ampoule) à renouveler au bout d'une heure si besoin. Éventuellement passer en PSE par voie s/cutanée à 1.5 mg/24 h puis 3 mg/24 h. En cas de pénurie de PSE : possibilité d'administrer en systématique toutes les 6 heures par voie s/cut.

Pas d'aspirations répétitives (seulement si besoin aspiration endo buccale douce).

En cas de pénurie Scoburen et scopolamine possibilité de remplacer par atropine selon modalité similaire (1 mg en dose initiale puis 3 mg/24h au PSE ou 1 mg/6h en discontinu.

Les patchs de Scopoderm sont trop faiblement dosés pour être efficaces (3 ou 4 patch pour action équivalente à 3 amp/24h)

Le furosémide peut être également ajouté (intérêt si surcharge OAP) : au moins 40 mg en sous cutané à renouveler au bout d'une heure si pas d'amélioration.

Attention à la survenue d'un globe urinaire

Si besoin pose de sonde (critères Bladder ou clinique)

Prise en charge d'une hyperthermie inconfortable

Glaçage linges mouillées sont très efficaces.

Paracétamol PER OS si possible 3 à 4 g par jour. Contre indication AINS dans le doute pour contexte Si Per os impossible : voie veineuse. L'administration sous-cutanée ne repose sur aucune base scientifique +++ sur efficacité → préférer dans ce cas la voie rectale (1 g en suppositoire si besoin)

Quel monitoring des fonctions vitales en phase palliative symptomatique ?

Dans le cadre de la prise en charge de patients symptomatiques statués non réanimatoires, il n'est ni utile ni logique de surveiller les paramètres vitaux : pouls, TA, saturation...

Une hydratation artificielle, des apports en O₂, ne sont pas des facteurs systématiques de confort (l'air frais par exemple est aussi efficace que l'O₂ pur soulager la dyspnée). La prise de tension ou la surveillance de la SpO₂ par un oxymètre sont des facteurs anxiogènes.

La mesure de la fréquence respiratoire est en revanche importante, de même que le score de sédation si une pratique sédative est mise en place.

De même, surveiller l'apparition d'un globe vésical est important.

Chaque décision doit être prise en fonction du confort apporté au patient.