

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DES DÉTRESSES RESPIRATOIRES

ASPHYXIQUES

À DOMICILE OU EN EHPAD

ETAPE 1 : ANTICIPER L'AGGRAVATION ÉVENTUELLE DE L'ÉTAT RESPIRATOIRE

Patient pour lequel il a été statué qu'une prise en charge en USI ou réanimation ne serait pas entreprise

Patient présentant des facteurs de risque de forme sévère (cancer, pathologie chronique sous-jacente, insuffisance cardiaque ou rénale...)

Autres signes de gravité clinique (troubles de la vigilance, fièvre très élevée...)



REPÉRER les premiers signes de DYSPNÉE:
(Covid 19 : Risque de dégradation rapide de l'état respiratoire)

Gêne respiratoire rapportée par le patient, évaluée sur une échelle de 0 (*je respire normalement*) à 10 (*j'ai une gêne maximale*) ou par une échelle verbale simple (gêne respiratoire absente/ légère / modérée / sévère / très sévère)

Patient non communicant: **FR>24/min** ou **utilisation des muscles respiratoires accessoires** (élévation de la clavicule durant l'inspiration) ou **respiration paradoxale** (dépression abdominale durant l'inspiration)

ANTICIPER

ANTICIPER UNE AGGRAVATION ÉVENTUELLE

1- PRÉPARER LE MATÉRIEL

- Oxygène prêt à l'emploi si possible (HAD, prestataires privés)
- Disponibilité des médicaments (et des soignants en cas de prise en charge à domicile)
- Matériel de protection des soignants

2- REDIGER DES PRESCRIPTIONS ANTICIPÉES QUI AUTORISENT L'INFIRMIÈRE À DÉBUTER L'ADMINISTRATION SI AGGRAVATION .

3- PRÉPARER LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

nécessaires à la réalisation de la sédation, dans le poste de soin.
En cas de nécessité préparer les seringues à l'avance et les conserver dans la chambre du patient.
Il faut alors étiqueter la seringue avec le nom du patient + le contenu de la seringue + la date et l'heure de préparation + le nom du préparateur

DANS TOUS LES CAS : Se renseigner sur les organisations et ressources en soins palliatifs mises à disposition sur son territoire de santé

AVEC LE PATIENT

1- ÉVALUER LES SYMPTÔMES :

dyspnée, encombrement, angoisse, douleur.

2- INFORMER LE PATIENT

s'il est communicant et de façon adaptée sur la possibilité du recours à une sédation en cas de détresse respiratoire asphyxique.
Rechercher son consentement si possible et informer la personne de confiance ou les proches.

3- RECHERCHER D'ÉVENTUELLES DIRECTIVES ANTICIPÉES

4- PLACER UNE VOIE VEINEUSE SI POSSIBLE. UN CATHETER SC PEUT RESTER EN PLACE JUSQU'À 5 JOURS

5- TRACER LES INFORMATIONS

dans le dossier médical et noter la prescription anticipée dans l'observation médicale et dans les transmissions soignantes

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DES DÉTRESSES RESPIRATOIRES

ASPHYXIQUES

À DOMICILE OU EN EHPAD

ETAPE 2 : Face à une détresse respiratoire, endormir rapidement le patient pour lui éviter une sensation d'étouffement

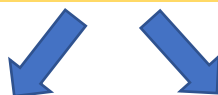
REPÉRER LA DÉTRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PATIENT COMMUNIQUANT :

sensation d'étouffement avec angoisse massive/agitation et sensation de mort imminente.

PATIENT NON COMMUNIQUANT :

FR > 30/min, 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.



PRINCIPES DE TRAITEMENT

Associer morphinique et benzodiazépine

Indication morphiniques : Ils atténuent la sensation de dyspnée.

Indication benzodiazépines : pour sédater (endormir) le patient

Traiter l'encombrement bronchique par des anti-sécrétoires

Traiter la fièvre

Surveiller le risque de rétention aigüe d'urine

Effectuer des soins de bouche réguliers

RECOMMANDATIONS PERSONNEL SOIGNANT

Faire appel à un autre soignant si possible si le soignant est seul (n'entre pas dans la chambre en l'absence de nécessité mais peut aller chercher les traitements et matériel nécessaire).

Rester calme ou arriver calme (y penser avant d'entrer dans la chambre).

Avertir le médecin si possible

Expliquer simplement la situation au patient, ce que l'on fait, ce que l'on va faire.

Injecter le protocole de sédation prévu

Aérer la pièce, ouvrir la fenêtre, si un ventilateur est disponible, le mettre en route (air froid sur le visage).

Veiller au confort vestimentaire du malade

Avoir une lumière non agressive.

Mettre la personne en position assise ou demi assise dans le lit (remonter la tête)

Rester dans une atmosphère plutôt silencieuse, sans agitation. Musique douce possible.

Après l'épisode, prendre un temps avec la famille et les soignants.

Des ressources pour vous aider :

[HAS, « COVID-19 Fin de vie des personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médicosocial », mai 2020](#)

[HAS, « Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge médicamenteuse des situations d'anxiolyse et de sédation pour les pratiques palliatives en situation d'accès restreint au midazolam », avril 2020](#)

[HAS, « Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie », janvier 2020](#)

[SFAP, Fiches conseils Soins Palliatifs et COVID 19](#)

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DYSPNEE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

Ces propositions thérapeutiques concernent les patients qui, après décision collégiale de limitation de traitements ne sont pas pris en charge en réanimation. Les retours d'expérience de ces derniers mois quant à la prise en charge palliative des patients atteints de COVID permettent de distinguer trois types de situations cliniques, impliquant des prises en charge graduées. La dégradation de l'état clinique du patient et le passage de l'une à l'autre de ces situations peut être très rapide (en quelques heures). La prescription tiendra compte donc à la fois de la situation clinique, mais aussi de la rapidité d'évolution de l'insuffisance respiratoire et des possibilités effectives de réévaluation de l'efficacité des traitements mis en œuvre.

Vous consultez la version 4 de cette fiche.

Vous pouvez vérifier l'existence d'une mise à jour ici : <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>

1er NIVEAU DE GRAVITE :
dyspnée/inconfort modérés et intermittents

⇒ Prévoir en « si besoin » :
Oxygène + morphinique (dyspnée/douleur) + /- benzodiazépine (angoisse) + Paracétamol (fièvre) + anti-émétique

2^{ème} NIVEAU DE GRAVITE (le plus fréquent):

- Dyspnée modérée à sévère d'emblée
 - Recours répété aux doses de secours du 1^{er} niveau (dès le 2^{ème} bolus si impossibilité de réévaluer 1h après, à plus forte raison si tableau rapidement évolutif)
- ⇒ Mise en route d'un traitement de fond. **Voir fiche « prise en charge palliative de la dyspnée » ci-dessous.**

3^{ème} NIVEAU DE GRAVITE :

Détresse respiratoire asphyxique = URGENGE PALLIATIVE
⇒ **Voir fiche « prise en charge palliative de la détresse respiratoire asphyxique »**

Travail coordonné par Pr Morel (président conseil scientifique SFAP), Pr Guirimand, Dr Michenot, Dr Sahut d'Izarn

Les posologies proposées sont à adapter en fonction de l'âge, du poids, de la tolérance, de l'efficacité, des traitements en cours, des fonctions rénale et hépatique. **En particulier chez les personnes âgées fragiles, les doses initiales doivent être diminuées de 50 %.**

UTILISATION DES OPIOÏDES POUR LA DYSPNEE

VOIE IV (à privilégier)

Patient naïf de morphinique

Bolus : Morphine ou oxynorm : 3 mg en IVD lente
Et **démarrer une dose** de fond d'emblée à 1 mg/h si IVSE (ou 25 mg dans un soluté de 250 cc sur 24h avec un régulateur de débit ou 500 cc sur 24h en l'absence de régulateur)
Réadministrer un bolus de 3 mg si besoin au bout de 15 min

Patient sous morphiniques au long cours

Morphine ou Oxynorm : calculer la dose totale (équivalent IV) sur 24h
Injecter une dose de 1/6^{ème} en IVDL
Et augmenter de 50 % la dose de fond et les interdoses
Réadministrer un bolus si besoin au bout de 15 min

VOIE SC

Patient naïf de morphiniques

Bolus : Morphine ou oxynorm 5 mg
Et démarrer d'emblée une dose de fond de 1,5 mg/h si PSE (ou 35 mg dans un soluté de 250 cc sur 24h avec un régulateur de débit ou 500 cc sur 24h en l'absence de régulateur)
Réadministrer un bolus de 5 mg si besoin au bout de 30 min

Patient sous morphiniques au long cours

Morphine ou Oxynorm : calculer la dose totale (équivalent SC) sur 24h
Injecter une dose de 1/6^{ème} en SC
Et augmenter de 50 % la dose de fond et les interdoses
Réadministrer un bolus si besoin au bout de 30 min

Les posologies proposées sont à adapter en fonction de l'âge, du poids, de la tolérance, de l'efficacité, des traitements en cours, et des fonctions rénale et hépatique. **En particulier chez les personnes âgées fragiles, les doses initiales doivent être diminuées de 50 %.**

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DYSPNEE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

SI VOIE INJECTABLE IMPOSSIBLE PASSER A LA VOIE ORALE

Patient naïf de morphiniques

Une dose morphine libération immédiate (LI) per os
(actiskenan[®], sevredol[®], oramorph[®]...) : 10 mg ou Oxynormo[®] 5mg

Démarrer un traitement de fond avec formes LP
(Skenan LP[®] 20 mg X2/j ou Oxycontin[®] 10 mg X 2/j)
Réadministrer une dose de morphine LI ou Oxynorm si besoin

Patient sous morphiniques au long cours

Morphine LI : Une dose LI équivalente de 1/6^{ème} de la dose de fond/24h,
Et augmenter de 50 % la dose de fond et les interdoses
Réadministrer une interdose forme LI si besoin

NB : à défaut de prise per os possible et en cas d'absence de voie parentérale : démarrer patch de Fentanyl (durogésic[®]) 25 µg/h (Dernier recours à cause de la fièvre)

Vous pouvez consulter le site opioconvert.fr pour calculer les équivalences de doses entre les différents morphiniques et les différentes voies.

ASSOCIATION A UNE BENZODIAZEPINE A VISEE ANXIOLYTIQUE

Par voie IV ou SC : Hypnovel[®] (midazolam) : 1mg IV ou SC à renouveler 1 fois après 15 à 30 mn si la dyspnée persiste. Associer une dose continue à 0,5 mg/h (ou 10 mg dans un soluté de 500 cc -250 cc si possible - sur 24h)

A défaut du midazolam :

- **Clorazepate (Tranxène[®])** : 5 à 10 mg IV ou SC directe toutes les 12 heures. Si possible relais 10 à 20 mg dans un soluté de 500 cc -250 cc si possible - sur 24h en IV (pas en SC)
- **Clonazépam (Rivotril[®])** 0,25 mg IV ou SC toutes les 12 h. Si possible relais 0,5 mg dans un soluté de 500 cc -250 cc si possible - sur 24h
- **Diazepam (Valium[®])** : 1 à 2 mg IV à renouveler toutes les 6 à 8h

Si impossibilité de voie injectable : passer par voie orale

- Seresta[®] (oxazepam) 10mg en sub lingual renouveler en fonction de la symptomatologie
- Temesta[®] (lorazepam) 1mg en sub lingual à renouveler en fonction de la symptomatologie
- Valium[®] (diazepam) 5 mg ou 15 gouttes à renouveler en fonction de la symptomatologie
- Lyzanxia[®] (prazepam) 10mg ou 20 gouttes à renouveler en fonction de la symptomatologie
- Lexomil[®] (bromazepam) 1,5 à 3 mg en sub lingual à renouveler en fonction de la symptomatologie
- Xanax[®] (alprazolam) 0,25 mg à renouveler en fonction de la symptomatologie

Si traitement inefficace sur la sensation de dyspnée doubler les posologies de la morphine et de la benzodiazépine

Si état de détresse respiratoire asphyxique voir la fiche correspondante

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DYSPNEE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

TRAITEMENTS ASSOCIES

SI ENCOMBREMENT BRONCHIQUE :

Prescription d'un **anti-sécrétoire**

Scoburen® : bolus de 20 mg IV ou SC. Relais **scoburen®** 60 mg/24h en SE ou dans un soluté
Scopolamine® bolus de 0,5 mg en IV. Relais **scopolamine®** en SE 2 mg/24 h ou dans le un soluté
Possibilité de refaire des bolus en plus du traitement de fond
A défaut : **scopoderm®** 1 à 3 patchs placé(s) derrière l'oreille tous les 3 jours.

SI PRESCRIPTION ANTI-EMETIQUE :

Primperan® 10 mg IV/SC x 3/j ou relais de 30 à 60 mg sur 24h en IV/SC SE ou dans un soluté
Largactil® 12,5 mg SC/IVL x 3 /J ou relais de 25 à 50 mg sur 24h en IV/SC SE ou dans un soluté
Haldol® 2,5 mg en SC/IV x 2/J ou relais 2,5 à 5 mg sur 24 en IV/SC SE ou dans un soluté

EXEMPLES DANS 2 SITUATIONS DIFFERENTES

PERSONNE ADULTE POIDS MOYEN

AVEC Seringue électrique (IV ou SC)

Morphine 1mg /h avec Midazolam 0.5 mg/h dans la même SE
Et dans un soluté de 250 cc sur 24h avec un régulateur de débit ou 500 cc sur 24h en l'absence de régulateur de débit de sérum physiologique :
Scoburen® 60 mg + **Primperan®** 30 mg sur 24 h

PERSONNE AGEE FRAGILE

SANS Seringue électrique (IV ou SC)

Dans un soluté de 250 cc sur 24h avec un régulateur de débit ou 500 cc sur 24h en l'absence de régulateur de débit de sérum physiologique :

- 15 mg de morphine
- **Primperan®** 20 mg
- **Scopolamine®** 1 mg
- **Rivotril®** 0,25 mg

PRISE EN CHARGE PALLIATIVE DE LA DYSPNEE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

Tableau 1 : posologie initiale d'opioïdes et de benzodiazépine chez un patient naïf d'opioïdes

Bolus		IV		SC	
Morphine		3 mg		5 mg	
Benzo	Midazolam	1 mg		1 mg	
	Rivotril®	0,25 mg		0,25 mg	
	Tranxène®	5 à 10 mg		5 à 10 mg	
	Valium®	1 à 2 mg		2 mg en IM **	
Relais		SE	PERF	SE	PERF
Morphine		1 mg/h	25 mg/24h	1,5mg/h	35 mg/24h
Benzo	Midazolam	0,5 mg/h	10 mg /24h	0,5 mg/h	10 mg/24h
	Rivotril®	0,5 mg /24h		0,5 mg /24h	
	Tranxène®	1 mg/h	20 mg/24	10 mg toutes les 12h *	
	Valium®	1 à 2 mg toutes les 6 à 8h		1 à 2 mg IM toutes les 6 à 8h **	

IV intra veineux - SC sous cutanée - IM intramusculaire - SE Seringue électrique

PERF : Mettre les traitements dans un soluté sur 24h

* Tranxène® mal supporté en perfusion SC ; faire 20 mg en bolus SC toutes les 12h

**Valium® à administrer en IM et non en SC

Tableau 2 : échec de la prise en charge initiale ou majoration de la symptomatologie

Bolus		IV		SC	
Morphine		5 mg		10mg	
Benzo	Midazolam	2 mg		2 mg	
	Rivotril®	0,5 mg		0,5 mg	
	Tranxène®	10 à 20 mg		10 à 20 mg	
	Valium®	2 à 4 mg		2 à 4 mg en IM **	
Relais		SE	PERF	SE	PERF
Morphine		2 mg/h	50 mg/24h	3 mg/h	70 mg/24h
Benzo	Midazolam	1 mg/h	20 mg /24h	1 mg/h	20 mg/24h
	Rivotril®	1 mg à 2 mg /24h		1 mg à 2 mg /24h	
	Tranxène®	2 mg/h	40 mg/24 h	20 mg toutes les 12h *	
	Valium®	2 à 4 mg toutes les 6 à 8h		2 à 4 mg IM toutes les 6 à 8h **	

IV intra veineux - SC sous cutanée - IM intramusculaire - SE Seringue électrique

PERF : Mettre les traitements dans un soluté sur 24h

* Tranxène® mal supporté en perfusion SC ; faire 20 mg en bolus SC toutes les 12h

**Valium® à administrer en IM et non en SC

SEDATION PALLIATIVE POUR DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

Ces propositions* concernent la prise en charge des détresses respiratoires que l'on peut être amené à rencontrer dans les situations de COVID-19. Elles s'adressent aux patients présentant une forme grave de cette maladie qui n'auront pas pu bénéficier d'une hospitalisation en service de réanimation ou pour lesquels une décision de limitation de traitements actifs a été prise. Ces propositions visent à être appliquées, en fonction des contraintes et des possibles de chacun, dans l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux mais aussi à domicile.

Ces propositions diffèrent des récentes recommandations sur les pratiques sédatives en ce qui concerne les doses et les modalités de surveillance. Elles ont été adaptées au regard de l'expérience des équipes actuellement confrontées à des détresses respiratoires (rapidement évolutives) et des tachypnées persistant malgré une sédation chez ces patients atteints du COVID 19.

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.

Dans les régions où le système de santé n'est pas débordé et où les patients qui le nécessitent peuvent encore être hospitalisés, traités et surveillés de façon habituelle, nous conseillons aux équipes soignantes de se rapprocher d'une équipe compétente en soins palliatifs et de se référer [au protocole officiel de la Haute Autorité de Santé pour les pratiques sédatives](#).

Travail coordonné par Pr Morel (président conseil scientifique de la SFAP), Pr Guirimand, Dr Michenot, Dr Sahut d'Izarn.

Vous consultez la version 4 de cette fiche.

Vous pouvez vérifier l'existence d'une mise à jour ici : <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>

Les posologies proposées sont à adapter en fonction de l'âge, du poids, de la tolérance, de l'efficacité, des traitements en cours, des fonctions rénale et hépatique. **En particulier chez les personnes âgées fragiles, les doses initiales doivent être diminuées de 50 %.**

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

AVEC ACCES AUX SERINGUES ELECTRIQUES

VOIE IV à privilégier (à anticiper)

Dose de charge morphine 5 mg + midazolam 3 mg
(en IVD lente ou en perfusette de NaCl, sur 10 min)
(à renouveler si besoin au bout de 5 à 10 min)

DANS LE MEME TEMPS, relais en continu
morphine 2 mg/h ET midazolam 3 mg/h

La morphine et le midazolam peuvent être mélangés dans une même seringue/ perfusette,

Mettre un garde veine d'au maximum 250 cc de serum physiologique par 24h

Si traitement inefficace d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge ou inefficace à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus de 10 mg de morphine et 5 mg midazolam
Augmenter le débit de base à 4 mg/h de la morphine et 6 mg/h midazolam

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le garde veine
100 mg de Cyamémazine (tercian®)
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

À défaut VOIE SC (résorption aléatoire dans ce contexte de détresse respiratoire)

Dose de charge en IM (deltoïde) ou SC :
morphine 10 mg et le midazolam 5 mg.
(À renouveler si besoin au bout de 30 min)

DANS LE MEME TEMPS, relais en continu
morphine 3 mg/h ET midazolam 3 mg/h en SC

La morphine et le midazolam peuvent être mélangés dans une même seringue/ perfusette,

Si traitement inefficace d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge ou inefficace à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus en IM (deltoïde) ou SC 20 mg de morphine et 10 mg midazolam

Augmenter le débit de base de la morphine à 6 mg/h et le midazolam à 6 mg/h

Adjoindre si nécessaire sur 24h (en SE ou dans un soluté de 250 cc)

100 mg de Cyamémazine (tercian®)
ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)
ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

SEDATION PALLIATIVE POUR DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

ACCES A DES DISPOSITIFS DE PERFUSION MAIS SANS SERINGUE ELECTRIQUE

1 - VOIE IV

Dose de charge

morphine 5 mg + midazolam 3 mg

(en IVD lente ou en perfusette de NaCl, sur 10 mn)

(à renouveler si besoin au bout de 5 à 10 mn)

DANS LE MEME TEMPS,

Dans un soluté de 250 cc (sérum physiologique) avec un régulateur de débit ou 500 cc en l'absence de régulateur **adjoindre sur 24 h**

- 50 mg de Morphine
- 70 mg de Midazolam

Si traitement inefficace d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge ou inefficace à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus de 10 mg de morphine ET 5 mg midazolam

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

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans la garde veine :

100 mg de Cyamémazine (tercian®)

ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)

ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

2 - VOIE SC

Dose de charge en IM (deltoïde) ou SC :

morphine 10 mg et le midazolam 5 mg.

DANS LE MEME TEMPS,

Dans un soluté de 250 cc (sérum physiologique) avec un régulateur de débit ou 500 cc en l'absence de régulateur **adjoindre sur 24 h**

- 70 mg de Morphine
- 70 mg de Midazolam

Si traitement inefficace d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge ou inefficace à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus en IM (deltoïde) ou SC de 20 mg de morphine et 10 mg de midazolam

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

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le soluté:

100 mg de Cyamémazine (tercian®)

ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)

ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)

SI PAS ACCES A DU MIDAZOLAM (voir doc spécifique)

Remplacer le MIDAZOLAM par une autre benzodiazépine

Clonazépam (Rivotril®) bolus d'induction à 0,5 mg à 1 mg (IV, IM ou SC),

en relais 2 mg/24h soit en IVSE ou SCSE soit dans un soluté sur 24h

Le **diazepam (valium®)** 5 mg en IVD ou 10 mg en IM toutes les 4 à 6 heures peut être utilisé

mais c'est un produit qui ne peut être mélangé avec d'autres.

Si le bolus d'induction est insuffisant, refaire un bolus de même posologie (dans les 5 à 10 min en IV ou 30 min en IM ou SC) et doubler les posologies d'entretien

Clorazepate (Tranxène®) bolus d'induction 60 mg (en IVL ou en SC) en relais 120 mg sur 24 h dans un soluté en IV OU en 2 injections par jour de 60 mg en SC

Ne pas administrer en continu en SC le diazepam (valium®) ni le Clorazepate (Tranxène®)

SEDATION PALLIATIVE POUR DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

SI PERFUSION IMPOSSIBLE

Passer les médicaments en SC/IM en administration discontinuée :

Dose de charge (A renouveler après 30 min si besoin)

morphine 10 mg

+ clonazépam (rivotril®) 0.5 à 1 mg

ou clorazépate (Tranxène®) 60 mg

ou diazepam (valium®) 10 mg en IM strict

Puis administration : morphine 10 mg (toutes les 4 heures)
+ clonazépam (rivotril®) 0.5 à 1 mg (toutes les 8 à 12 heures)
ou Clorazépate (Tranxène®) 60 mg en SC (toutes les 12h)
ou diazepam (valium®) 10 mg en IM (toutes les 4 à 6 heures)

En cas de besoin (réapparition des symptômes) :

refaire une ou plusieurs administrations dans la journée

En cas de râles ou d'encombrement :

possibilité d'ajouter Scopolamine injectable 0,5mg

ou Scoburen 20 mg 2 à 4 fois par jour

EXEMPLES DANS 2 SITUATIONS DIFFERENTES

PERSONNE ADULTE POIDS MOYEN

1 - VOIE IV en perfusion

Dose de charge **morphine 5 mg**
+ **60 mg de de Clorazepate** (Tranxène®)
(en perfusette de NaCl, sur 10 min) IV

(à renouveler si besoin au bout de 30 min après la fin de la perfusion)

DANS LE MEME TEMPS,

Dans un soluté de 250 cc (sérum physiologique) avec un régulateur de débit ou 500 cc en l'absence de régulateur adjoindre sur 24h:

50 mg de Morphine

120 mg de Clorazepate (Tranxène®)

Si traitement inefficace d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge ou inefficace à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus de 10 mg de morphine

+ 120 mg de de Clorazepate (Tranxène®)
(en perfusette de NaCl, sur 30 mn)

Augmenter (dans le soluté) à 100 mg les posologies de morphine et 240 mg de Clorazepate (Tranxène®)

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le soluté :

100 mg de Cyamémazine (tercian®)

ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®)

PERSONNE AGEE FRAGILE

2 - VOIE SC en perfusion

Dose de Charge en IM (deltoïde) ou SC :
morphine 5 mg et 0.5 mg de Clonazépam (Rivotril®)

DANS LE MEME TEMPS,

Dans un soluté de 250 cc (sérum physiologique) avec un régulateur de débit ou 500 cc en l'absence de régulateur adjoindre sur 24 h:

40 mg de Morphine

1 mg de Clonazépam (Rivotril®)

Si traitement inefficace d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge ou inefficace à distance (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...)

Bolus en IM (deltoïde) ou SC de 10 mg de morphine et 1 mg de Clonazépam (Rivotril®)

Augmenter (dans le soluté)

à 80 mg sur 24h les posologies de morphine le Clonazépam (Rivotril®) à 2 mg /24h

Adjoindre si nécessaire sur 24h dans le soluté:

50 mg de Cyamémazine (tercian®)

ou 50 mg de Lévomépromazine (nozinan®)

SEDATION PALLIATIVE POUR DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE
PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

TRAITEMENTS ASSOCIES

SI ENCOMBREMENT BRONCHIQUE :

Prescription d'un **anti-sécrétoire**

Scoburen® : bolus de 20 mg IV ou SC. Relais **scoburen®** 80 mg/24h en SE ou dans un soluté
Scopolamine® (0.025%) bolus de 0,5 mg en IV. Relais **scopolamine®** en SE 2 mg/24 h ou dans le
un soluté

Possibilité de refaire des bolus en plus du traitement de fond

A défaut : **scopoderm®** 1 à 3 patchs placé(s) derrière l'oreille tous les 3 jours.

SI PRESCRIPTION ANTI-EMETIQUE :

Primperan® 10 mg IV/SC x 3/j ou relais de 30 à 60 mg sur 24h en IV/SC SE ou dans un soluté

Largactil® 12,5 mg SC/IVL x 3 /J ou relais de 25 à 50 mg sur 24h en IV/SC SE ou dans un soluté

Haldol® 2,5 mg en SC/IV x 2/J ou relais 2,5 à 5 mg sur 24 en IV/SC SE ou dans un soluté

SEDATION PALLIATIVE POUR DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIQUE

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES (VERSION 4)

Tableau 1 : prise en charge initiale

Bolus		IV		SC		
Morphine		5 mg		10 mg		
Benzo	Midazolam	3 mg		5 mg		
	Tranxène®	60 mg		60 mg		
	Rivotril®	0.5 à 1 mg		0.5 à 1 mg		
	Valium®	5 mg		10 mg en IM**		
Relais		SE	PERF	SE	PERF	Discontinue
Morphine		2 mg/h	50 mg/24h	3 mg/h	70 mg/24h	2 à 3 fois par jour et si besoin
Benzo	Midazolam	3 mg/h	70 mg /24h	3 mg/h	70 mg/24h	
	Rivotril®	2 mg/24 h	2 mg /24h	2 mg /24h	2 mg /24h	
	Tranxène®	120 mg/24h	120 mg/24	60 mg toutes les 12h*		
	Valium®	5 mg toutes les 4 à 6h		10 mg IM toutes les 4 à 6h**		

IV intra veineux - SC sous cutanée - IM intramusculaire (deltoïde) - SE Seringue électrique

Perf : simple perfusion avec un soluté de 250 ou 500 cc sur 24h

Les bolus sont réalisés à l'initiation puis si besoin.

* Tranxène® mal supporté en perfusion SC ; faire 60 mg en bolus SC toutes les 12h

**Valium® à administrer en IM et non en SC

Tableau 2 : adaptation des doses si traitement inefficace (asphyxie, agitation, sédation non profonde ...) soit d'emblée malgré le renouvellement de la dose de charge soit à distance

Bolus		IV		SC		
Morphine		10 mg		20 mg		
Benzo	Midazolam	5 mg		10 mg		
	Rivotril®	2 mg		2 mg		
	Tranxène®	120 mg		120 mg		
	Valium®	10 mg		20 mg en IM**		
Relais		SE	PERF	SE	PERF	Discontinue
Morphine		4 mg/h	100 mg/24h	6 mg/h	140 mg/24h	2 à 3 fois par jour et si besoin
Benzo	Midazolam	6 mg/h	140 mg /24h	6 mg/h	140 mg/24h	
	Rivotril®	4 mg/24 h	4 mg /24h	4 mg /24h	4 mg /24h	
	Tranxène®	240 mg/24h	240 mg/24	120 mg toutes les 12h*		
	Valium®	10 mg toutes les 4 à 6h		20 mg IM toutes les 4 à 6h**		

IV intra veineux - SC sous cutanée - IM intramusculaire (deltoïde) - SE Seringue électrique

Perf : simple perfusion avec un soluté de 250 ou 500 cc sur 24h

Les bolus sont réalisés à l'initiation puis si besoin.

* Tranxène® mal supporté en perfusion SC ; faire 120 mg en bolus SC toutes les 12h

**Valium® à administrer en IM

Et adjoindre si nécessaire dans le garde veine ou le soluté en SC par 24 h : 100 mg Cyamémazine (tercian®) ou 100 mg de Lévomépromazine (nozinan®) ou 50 mg de Chlorpromazine (largactil®)