

# COVID-19



## 2<sup>e</sup> partie : contrôle des symptômes et protocole de détresse

### MESURES (NON) PHARMACOLOGIQUES (SUITE)

#### Nausées & vomissements

##### Métoclopramide

- 10 mg sc ou iv 3 à 4x/jour
- ou 30 à 60 mg/jour sc ou iv en continu

##### Alizapride

- 50 mg sc ou iv 3 à 4x/jour
- ou 150 à 300 mg/jour sc ou iv en continu

↓

En cas d'agitation :

Remplacez le métoclopramide ou l'alizapride par l'**halopéridol**

- 1 mg po, sc ou iv 2x/jour
- ou 2 mg/jour sc ou iv en continu

↓

Si les nausées persistent :

Ajoutez au métoclopramide, à l'alizapride ou à l'halopéridol de l'**ondansétron** :

- 4 à 8 mg po, sc ou iv 1 à 2x/jour

#### Toux

##### Dextrométhorphane

- 10 mg sc ou iv 3 à 4x/jour

##### ou codéine

- 15 ou 30 mg po 3 à 4x/jour

##### ou morphine

- 2,5 à 5 mg po 6x/jour
- ou 10 mg/jour sc ou iv en continu

↓

- recherchez une position confortable (par exemple assise ou semi-assise)
- humidifiez l'air de la pièce
- évitez les aérosols (diffusion du virus)

#### Anxiété

Doses exprimées pour un patient naïf aux benzodiazépines.

##### Lorazépam

- 0,5 à 1 mg sublingual, po, sc ou iv, à renouveler SN 3 à 4x/jour
- ou 2 à 4 mg/jour sc ou iv en continu

##### ou Alprazolam

- 0,25 mg sublingual ou po, à renouveler SN 3 à 4x/jour

##### ou Midazolam

- 1 à 2 mg sc ou iv ou 10 mg/jour sc ou iv en continu

↓

- rassurez, soyez présent(e)

#### Delirium

Avant toute chose, prenez soin de/d' :

- exclure un globe vésical ou un fécalome
- réorienter le malade, sécuriser l'environnement, assurer le calme

Si un traitement médicamenteux est nécessaire, combinez deux médicaments :

##### Halopéridol

- 0,5 à 1 mg sc ou iv suivi de 1 à 2,5 mg/jour sc ou iv en continu

⊕

##### Midazolam

- 1 à 2 mg sc ou iv suivi de 5 à 10 mg/jour sc ou iv en continu

Prévoir des entredoses de 0,5 à 1 mg d'halopéridol et de 1 à 2 mg de midazolam toutes les 4 h.

À défaut de Midazolam : **Lorazépam**

- 0,5 à 1 mg sublingual, po, sc ou iv, à répéter toutes les heures jusqu'à ce que le patient se calme (passer à une dose de 2 mg si l'effet n'est pas suffisant)

## Traitement de la dyspnée

### Mesures indiquées

- Utilisez la **morphine**, le médicament le plus efficace pour soulager la dyspnée. D'autres opioïdes du palier III peuvent être utilisés, mais sans la même preuve d'efficacité.
- Combinez-la à une **benzodiazépine** en cas d'anxiété ou de dyspnée sévère.
- **L'administration d'oxygène** peut soulager la dyspnée d'un patient hypoxique. Optez pour cette thérapie lorsque la SaO<sub>2</sub> < 92% et ne poursuivez l'administration que si elle apporte du confort au patient.
- Déterminez le schéma thérapeutique, la voie d'administration et la posologie des médicaments en tenant compte de l'inconfort occasionné par la dyspnée, du traitement antérieur du patient et des ressources disponibles.

En raison du **risque d'aérosolisation des particules virales**, l'utilisation d'un ventilateur est **déconseillée**, de même que celle d'un aérosol et d'un appareillage à pression positive continue sans circuit adapté.

**Les mesures non pharmacologiques** suivantes peuvent contribuer à soulager le patient :

- Recherchez un positionnement adapté du patient (par exemple position semi-assise à 45°, coussin sous les genoux).
- Aérez la pièce.
- Appliquez un linge froid sur le visage en cas de fièvre.
- Veillez au confort vestimentaire.
- Assurez des soins de bouche réguliers.

### Dyspnée transitoire et/ou d'intensité légère

#### Morphine

- 5 mg po ou 2,5 mg sc ou iv à administrer ponctuellement, en cas de gêne respiratoire

↓

Veillez en particulier à :

- Pour un patient âgé ou dont la FG <30 ml/min : réduire la dose de 50%. Pour un patient sous opioïde : augmenter l'entredose antérieure de 30 à 50%.

### Dyspnée d'intensité modérée

#### Morphine

- 5 mg po à administrer systématiquement toutes les 4 h
- ou 2,5 mg iv ou sc à administrer une fois suivi d'une pompe délivrant 10 mg iv ou sc en continu par 24 h
- administrez une dose supplémentaire (entredose ou dose d'appoint) de morphine égale à 10% de la dose de 24 h, si la dose de fond est insuffisante, en respectant un intervalle d'administration de 15 min pour la voie intraveineuse, 30 min pour la voie sous-cutanée et 60 min pour la voie orale
- si la dyspnée persiste ou qu'il y a recours à 3 entredoses/24 h, augmenter la dose de fond de 50 à 100%

↓

Veillez en particulier à :

- Pour un patient âgé ou dont la FG <30 ml/min : réduire la dose de 50%. Pour un patient sous opioïde : augmenter l'entredose antérieure de 30 à 50%.

#### Lorazépam

##### En cas d'anxiété :

- 1 à 2 mg sublingual iv ou sc, à renouveler une fois après 15 à 30 min si l'anxiété persiste
- Administrez ensuite po toutes les 6 à 8 h, ou par une pompe iv ou sc (2 à 4 mg/24h)

### Dyspnée d'intensité sévère

#### Morphine + midazolam

- Morphine 5 mg iv ou sc + midazolam 1 à 2 mg iv ou sc

- Si la dyspnée persiste après 15 min (si iv) ou 30 min (si sc) : injecter morphine 5 mg iv ou sc + midazolam 1 à 2 mg iv ou sc
- Installez une pompe iv ou sc avec 30 mg/jour de morphine et 10 à 20 mg/jour de midazolam
- Administrez une dose supplémentaire (entredose) de morphine égale à 10% de la dose de 24h si la dose de fond est insuffisante, en respectant un intervalle d'administration de 15 min pour la voie intraveineuse, 30 min pour la voie sous-cutanée et 60 min pour la voie orale.
- En cas d'anxiété : administrez une dose supplémentaire de 2 mg iv ou sc de midazolam toutes les 4h.
- Si la dyspnée persiste ou qu'il y a recours à 3 entredoses en moins de 24h, augmenter la dose de fond de 24h, augmenter la dose de fond de 50 à 100%.

À défaut de midazolam :

#### **Lorazépam**

- 1 à 2 mg iv ou sc ou sublingual, à renouveler une fois après 15 à 30 min si la dyspnée persiste, à administrer ensuite toutes les 6h ou par pompe iv ou sc (4 à 8 mg/24 h)

#### **Diazépam**

- 2 mg iv (ou im), à renouveler une fois après 15 à 30 min si la dyspnée persiste et à administrer ensuite toutes les 6h.

Si la dyspnée s'aggrave et/ou devient insupportable pour le patient, utilisez le **protocole de détresse** pour sédaté le patient.

#### **Détresse respiratoire**

Appliquez un protocole de détresse pour endormir le patient le plus rapidement possible et lui éviter une sensation d'étouffement.

## Protocole de détresse

1. **Injectez morphine 5 mg iv ou sc (+) midazolam 5 mg iv ou sc**

### Pour un patient déjà sous opioïde :

utilisez une dose initiale de morphine de 10 mg (si le patient consommait moins de l'équivalent de 50 mg/24 h de morphine iv ou sc) ou de 25% de sa dose journalière (s'il consommait plus de l'équivalent de 50 mg/24 h de morphine iv ou sc).

### Pour un patient déjà sous benzodiazépine :

utilisez une dose initiale de midazolam de 10 mg (si le patient prenait un anxiolytique 1 à 2 fois par jour) ou de 15 mg (s'il était traité par 3 prises ou plus).

2. **Installez une pompe iv ou sc avec 30 mg/jour de morphine + 60 mg/jour de midazolam**
3. **Si le patient reste éveillé** et inconfortable après 5 min (si iv) ou 15 min (si sc), administrez 5 mg iv ou sc de morphine (+) 5 mg iv ou sc de midazolam  
**Si la détresse persiste** après un nouveau délai de 5 min (si iv) ou 15 min (si sc), administrez 10 mg iv ou sc de morphine et 10 mg iv ou sc de midazolam et doublez la dose de fond des 2 médicaments.
4. **Adaptez la suite du traitement en conséquence**, en évaluant l'effet sédatif obtenu à l'aide d'une échelle validée (par exemple l'outil « **Échelle de Rudkin modifiée** », à droite).
5. **Envisagez d'interrompre l'oxygénothérapie** lorsque le patient est profondément endormi.

À défaut de midazolam :

### **Lorazépam**

- 4 mg iv (ou sc), à renouveler si nécessaire après 5 à 15 min et à administrer ensuite toutes les 4 h ou en pompe iv (ou sc), 12 à 20 mg/jour.

### **ou Diazépam**

- 10 mg iv (ou im), à renouveler si nécessaire après 5 à 15 min et à administrer ensuite toutes les 4 h.

## Outil : échelle de Rudkin modifiée (traduction française)

Score	Niveau de sédation
1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère (traction sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés ne répondant pas à la stimulation tactile légère

