

	VOIE INTRA VEINEUSE		VOIE SOUS-CUTANEE	
	Opiacés <i>à visée eupnéisante</i>	Benzodiazépines <i>à visée anxiolytique</i>	Opiacés <i>à visée eupnéisante</i>	Benzodiazépines <i>à visée anxiolytique</i>
<p>DYSPNEE LEGERE</p> <p>(Anticiper au maximum l'impossibilité d'une prise orale)</p>	<p>Morphine 5mg (PO), max 6/j (Actiskénan® ou Oramorph®) <i>ou</i> Morphine 2mg (IV), max 6/j</p> <p>Si > 3/j, dose de fond Skénan® LP 10mg x 2/j ou 10mg/24h IVSE</p>	<p>Xanax® 0,25 à 0,5mg x 3/j (PO) Seresta® 5 à 10mg x 3/j (PO)</p> <p>Valium® 1 à 2mg x 2 à 3/j (PO, IV) majoration possible à 5mg puis 10mg par prise si nécessaire</p>	<p>Morphine 5mg (PO), max 6/j (Actiskénan® ou Oramorph®) <i>ou</i> Morphine 3mg (SC), max 6/j</p> <p>Si > 3/j, dose de fond Skéanan® LP 10mg x 2/j ou 15mg/24h SCSE</p>	<p>Xanax® 0,25 à 0,5mg x 3/j (PO) Seresta® 5 à 10mg x 3/j (PO)</p> <p>Valium® 1 à 2mg x 2 à 3/j (PO, SC) majoration possible à 5mg puis 10mg par prise si nécessaire</p>
<p>DYSPNEE MODEREE A SEVERE</p>	<p>Morphine 2 à 3mg (IV), renouvelable après 10-15 min si dyspnée persistante</p> <p><u>et associer</u> dose de fond 10mg/24h IVSE (jusqu'à 20mg/24h si besoin)</p>	<p>Valium® 5mg x 2 à 3/j (PO ou IV), majoration possible à 10mg x 3/j si nécessaire <i>ou</i> Midazolam 1mg (IVDL), max 6/j avec dose de fond 10mg/24h (jusqu'à 20mg/24h si besoin)</p>	<p>Morphine 3 à 5mg (SC), renouvelable après 20-30 min si dyspnée persistante</p> <p><u>et associer</u> dose de fond 15mg/24h SCSE (jusqu'à 30mg/24h si besoin)</p>	<p>Valium® 5mg x 2 à 3/j (PO ou SC), majoration possible à 10mg x 3/j si nécessaire <i>ou</i> Midazolam 2 à 3mg (SC), max 6/j avec dose de fond 10mg/24h (jusqu'à 20mg/24h si besoin)</p>
<p>DETRESSE RESPIRATOIRE ASPHYXIANTE</p> <p><i>objectif = sédation (perte de vigilance, RASS -4 ou -5)</i></p>	<p>Morphine 3 à 5mg (IV), renouvelable après 10 min si persistance des signes de lutte respiratoire</p> <p>et associer d'emblée une dose de fond 1 mg/h IVSE</p>	<p>Valium® 5mg (IV), renouvelable après 5 à 10 min ; dose de fond 10mg x 3/j <i>ou</i> Midazolam 3mg (IVD lente) puis 1mg/2min jusqu'à sédation <u>et associer</u> une dose continue en débit horaire = 100% dose d'induction <i>ou</i> Rivotril® 1mg (IV), renouvelable après 15 min ; dose de fond 3mg/24h IVSE</p>	<p>Morphine 5 à 10mg (SC), renouvelable après 20 min si persistance des signes de lutte respiratoire</p> <p>et associer d'emblée une dose de fond 2 mg/h SCSE</p>	<p>Valium® 5mg (IM ou SC), renouvelable après 10 à 15 min ; dose de fond 10mg x 3/j <i>ou</i> Midazolam 5mg (IM ou SC) et dose continue de 5mg/h SCSE ; 2^{ème} bolus possible après 30 min si insuffisant ou réveil à distance (et majorer la dose continue à 8mg/h) <i>ou</i> Rivotril® 1mg (SC), renouvelable après 15 min ; dose de fond 3mg/24h SCSE</p>

Propositions de prise en charge symptomatique des patients positifs COVID 19 – EMSP 37 – CHRU de Tours

Remarques, précisions :

- Chez un patient sédaté, toujours penser à prescrire des bolus de benzodiazépines en cas de réveils malgré la dose d'entretien (posologie équivalente à la dose initialement nécessaire à l'induction puis majoration du débit horaire continu de 50% de la dose du bolus, *ex : bolus de 4mg, majorer de 2mg/h*)
- Chez un sujet déjà sous morphiniques (pour douleur par exemple), majorer d'emblée la dose de fond de 30 à 50% et proposer des bolus de 1/6^{ème}
- Chez un sujet déjà sous benzodiazépines (pour anxiété antérieure par exemple), dans le cadre d'une dyspnée sans DRA :
 - Majorer la posologie plutôt que d'associer une seconde benzodiazépine (sans intérêt clinique)
 - Possibilité d'ajouter un neuroleptique pour leur action anxiolytique :
 - Tercian[®] 5 gouttes (PO) le soir, majoration possible de la posologie et jusqu'à trois fois par jour
 - Haldol[®] 0,5 à 1mg (PO, SC, IV) le soir, majoration possible de la posologie et jusqu'à trois fois par jour
- Si encombrement associé, limiter les apports hydriques et proposer un anti-secrétoire :
 - Scopoderm 1 à 3 patch tous les 3 jours (sur peau saine, sans poil, derrière l'oreille)
 - Scopolamine : bolus de 0,5 mg en SC ou IV, max 6/j et si besoin mettre une dose de fond par 0,5mg x 3/j ou 1,5mg/24h en PSE (SC ou IV)
- Si nausées associées :
 - Pimpéran : 10mg x 3/j (PO, SC, IV) ; Haldol : 0,5 à 1mg x 3/j (PO, SC, IV) ; Largactil 12,5mg/24h avec majoration possible à 25mg/24h si besoin
- Si DRA asphyxiante et sédation profonde non obtenue malgré une majoration rapide des doses de benzodiazépines (posologies doublées), associer :
 - Largactil[®] 12,5 à 25mg en IV ou SC lent sur 20 min associé à Largactil[®] 50 à 100mg sur 24h IV ou SC en SE ou garde veine
 - Haldol[®] 2mg en IV ou SC associé à Haldol[®] 3 à 5mg sur 24h IV ou SC en SE ou garde veine
- Si absence d'accès aux seringues électriques avec nécessité d'entretenir une thérapeutique de manière continue :
 - Calculer la dose souhaitée sur 24 heures
 - Ajouter les thérapeutiques dans un garde veine de 500 cc/24h (morphine et midazolam peuvent être associés)
 - Régler le débit sur 20 ml/h ou 7 gouttes/min
- En cas de difficultés (et si persistance des symptômes), faire appel à une structure spécialisée de soins palliatifs par un médecin :
 - EMSP 37 (hors CPTS de Chinon) : 02.47.47.70.90, du lundi au vendredi de 09h30 à 17h
 - Durant l'épidémie, USP de Luynes : 02.47.55.31.03, la semaine de 17h à 19h et les samedis et dimanches matins (voire en dehors de ces horaires de manière exceptionnelle, par l'intermédiaire d'un appel au poste infirmier de l'unité).