

Guide d'aide pour la gestion de fin de vie chez les usagers atteints de la COVID-19 -Secteur Montmagny-L'Islet-

Symptômes

Les principaux symptômes des usagers en fin de vie atteints de COVID-19 sont la dyspnée et la toux qui évoluent rapidement vers une détresse respiratoire, soit des symptômes tels que gêne respiratoire intolérable et constante au repos, tachypnée, utilisation des muscles respiratoires accessoires, cyanose ou grognement en fin d'expiration et qui sont associés à un état de panique. Les symptômes respiratoires, l'anxiété et l'agitation doivent donc être pris en charge efficacement. De l'embaras bronchique peut également être présent selon les comorbidités.

Les recommandations de ce guide s'appliquent à la situation particulière des usagers atteints de la COVID-19 en fin de vie et ne reflètent pas nécessairement les pratiques habituelles en soins palliatifs.

****Un protocole de détresse devrait être prescrit pour tous les usagers**** - voir OPI 1808-MED-S-PALL-001-HOP et CHSLD Médication en cas de détresse

En cas de pénurie de certains médicaments, consulter le pharmacien pour les alternatives disponibles

Prescription d'opioïdes – dyspnée/toux

La prescription d'opiacés permet de soulager la dyspnée, la toux ainsi que la douleur et l'inconfort associés

Pour les **usagers naïfs aux opioïdes** et présentant des **symptômes légers**, une dose d'opioïde peut être prescrite en PRN

- Morphine 2.5 à 5 mg PO q1h PRN **OU** 1 à 2,5 mg SC q 30 minutes PRN
- Hydromorphone 0.5 à 1 mg PO q1h PRN **OU** 0.25 à 0,5 mg SC q 30 minutes PRN
- Si 3-4 doses nécessaires en 24 heures, envisager rapidement l'introduction d'une dose régulière q4h (ou q6h chez une personne âgée et fragile)

Cependant, considérant que les usagers atteints de la COVID-19 en fin de vie évolueront rapidement vers des symptômes respiratoires modérés à sévères, des **doses de départ plus élevées** (ex : morphine 2,5 à 5 mg SC ou hydromorphone 0.5 à 1 mg SC) doivent être envisagées ainsi que l'instauration d'une **analgésie régulière d'emblée**.

Considérer une **réduction de la dose si la personne est âgée et frêle**.

Pour les **usagers prenant déjà des opioïdes (non naïfs)**, une **augmentation de 25% de leur dose habituelle** d'opioïde peut être considérée pour la gestion de la dyspnée.

Entre-doses :

- **10% de la dose journalière** d'opioïde **OU 50% de la dose régulière administrée aux 4 heures**.
- Les entre-doses doivent être prescrites aux 60 minutes (si PO) ou aux 30 minutes (si SC).
- L'usager devrait être réévalué fréquemment et l'analgésie de base revue à la hausse rapidement si plusieurs entre-doses sont requises ou s'il demeure non soulagé.

Pour l'administration d'opioïdes en perfusion sous-cutanée continue, se référer au « Guide simplifié pour perfusions SC continues dans contexte de COVID-19 »

Prescription de benzodiazépines - anxiété

L'ajout d'une benzodiazépine est recommandée d'emblée pour soulager l'anxiété associée aux difficultés respiratoires (effet sédatif et amnésiant)

Lorazépam (Ativan^{MD}) 0.5 à 1 mg PO, SL ou SC q2h PRN

Une administration sur une base régulière aux 6 à 12 heures avec des doses PRN aux 2 à 4 heures peut également être envisagée.

Midazolam (Versed^{MD}) 1 à 4 mg SC aux 30 minutes PRN

Une administration sur une base régulière aux 2 à 4 heures avec des doses PRN aux 30 à 60 minutes **OU** une perfusion continue peuvent également être envisagées (voir « Guide simplifié pour perfusions SC continues dans contexte de COVID-19 »)

Prescription d'antipsychotique – agitation/anxiété réfractaire

Le **méthotriméprazine (Nozinan^{MD})** est généralement utilisé pour son effet anxiolytique et sédatif. Il peut être ajouté à la combinaison opioïde-benzodiazépine pour potentialiser le soulagement de l'anxiété ou en présence d'agitation.

Débuter avec une dose de 2.5 à 10 mg PO ou SC q2h PRN.

Une administration sur une base régulière aux 4 heures avec des doses PRN aux 2 heures peut également être envisagée.

Des doses plus élevées devraient être prescrites si l'usager prenait déjà un antipsychotique sur une base régulière (ex : Haldol^{MD}, Zyprexa^{MD}, Risperdal^{MD}, etc)

Prescription d'anticholinergiques – embarras respiratoire/râles terminaux

Bien que les observations partagées jusqu'à maintenant semblent indiquer qu'une bonne proportion des personnes atteintes de la COVID-19 ne présentent pas de râles significatifs, diverses comorbidités peuvent favoriser l'apparition de ceux-ci. Les anticholinergiques causent une diminution des sécrétions bronchiques et pharyngées ainsi qu'une réduction de l'effort respiratoire.

Glycopyrrolate (Robinul^{MD}) : ne possède pas d'effet sédatif

0,4 mg SC aux 2 à 4 heures PRN

Une administration sur une base régulière aux 4 heures avec des doses PRN aux 2 heures peut également être envisagée.

Scopolamine : potentialise l'effet sédatif et amnésiant des benzodiazépines

0,4 mg SC aux 2 à 4 heures PRN. Administrer régulièrement (aux 4 heures avec doses PRN aux 2 heures) si plusieurs doses nécessaires ou si embarras réfractaire.

OU 1 à 3 timbres de Transderm V^{MD} q 72 heures

Furosémide (Lasix^{MD}) : si embarras réfractaire dû à une surcharge volémique

20 mg SL ou buccogingival (ou dose déjà prise par le patient)

40 mg SC (en 2 sites) q 30 minutes x 3 doses puis selon la réponse

Sédation palliative continue

Lorsqu'un usager est en phase terminale et que son décès est imminent (pronostic de quelques jours) et qu'il présente de la dyspnée progressive et incontrôlable, des détresses respiratoires majeures et récidivantes ou tout autre symptôme qui est intolérable et qui compromet grandement son confort en fin de vie, une sédation palliative continue visant à abaisser le niveau de conscience jusqu'au décès naturel de celui-ci peut être instaurée (réf : Guide de pratique du CMQ et protocole infirmier Sédation palliative continue P-INF 15-08).

Ressources pour soutien téléphonique – secteur Montmagny-L'Islet

Médecin de garde pour les soins palliatifs à domicile et à la Maison d'Hélène : voir liste de garde

Médecin de garde pour les soins palliatifs - Hôpital et CHSLD : voir liste de garde

Pharmacienne de soins palliatifs : 418-248-0630 # 2558 ou #5511

Infirmière clinicienne en soins palliatifs : 418-248-0630 #3311

Conseillères en soins infirmiers

Communiqué de L'Ordre des pharmaciens en date du 3 avril 2020 :

« Considérant les bouleversements vécus en cette période de pandémie, il est jugé acceptable par l'Ordre, de façon **exceptionnelle et temporaire**, que l'exemption prévue à la norme 2014.01 ([Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie](#)) concernant la préparation de seringues d'insuline soit également appliquée à la préparation des médicaments injectés par voie sous-cutanée en **soins palliatifs seulement**. Les conditions énoncées à la section 7.13 (Situation particulière : mise en seringue d'un produit pour une administration sous-cutanée) de la page 59 de la norme 2014.01 devront être respectées et l'application d'une DLU microbiologique maximale de 9 jours avec conservation des seringues au réfrigérateur sera alors possible. »

Inspiré du « Guide d'aide pour la gestion de fin de vie chez les patients atteints de COVID-19 » et du « Guide simplifié pour soins de confort » du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Inspiré de l'algorithme « Symptom management for adult patients with COVID-19 receiving end-of-life supportive care outside of the ICU » adapté des BC Centre for Palliative Care Guidelines. <http://bit.ly/LatestCOVIDSxDoc>

RPE soins palliatifs de l'APES – Guide pratique des soins palliatifs et recommandations sur les alternatives en contexte de pénurie (avril 2020)

Site internet Palli-Science

Version 9 avril 2020