

Etape 1 : Evaluer les symptômes, anticiper une possible aggravation

RECHERCHER dyspnée, toux, polypnée, anxiété, agitation, douleur, encombrement...

INFORMER le patient communiquant de la possibilité de recours à une sédation en cas de détresse respiratoire asphyxique, en fonction de ce qu'il peut entendre. Dans tous les cas informer la personne de confiance ou les proches. Notifier l'information et le consentement dans l'observation médicale.

ANTICIPER : - prescriptions anticipées pour soulager les symptômes d'inconfort et du protocole « détresse respiratoire asphyxique » pour tous les patients qui ne seront pas admis en réanimation.
Seringue d'urgence prête à l'emploi dans le poste de soin : 20mg/20ml de MIDAZOLAM (à changer tous les matins).

Etape 2 : Prendre en soin et prescrire - Trois niveaux de gravité

NIVEAU 1 : Symptômes légers

- dyspnée/polypnée (FR \geq 30/min)/toux/douleur
-> MORPHINE
- anxiété/agitation
-> MIDAZOLAM
- hyperthermie
-> PARACETAMOL
- hallucinations, nausées, vomissements, confusion avec agitation ou si patient sous neuroleptique au long cours
-> HALDOL. LARGACTIL

NIVEAU 2 : Défaillance respiratoire débutante* ou aggravation des symptômes extra-respiratoires

- Si symptômes niveau 1 pas soulagés ajuster les posologies des traitements.
- encombrement
-> SCOPOLAMINE et diminution apports hydriques.

NIVEAU 3 : Détresse respiratoire asphyxique**

Titration en urgence :
-> utiliser une seringue de 20mg/20ml de MIDAZOLAM
-> dose de charge de 3mg IV ou SC, puis 1mg toutes les 3 minutes avec l'objectif d'une diminution profonde de la vigilance ou non réveillable.
(stade -4 -5 échelle RASS)

POUR TOUS :

- Voie IV autant que possible, à défaut relais SC (aux mêmes doses) sauf paracétamol par voie rectale.
- Oxygène uniquement si amélioration de la dyspnée (à réévaluer).
- Soins de bouche x 1 à 2/équipe.
- Surveillance du risque de rétention aigue d'urines x 1/équipe.

Les visites sont autorisées en fin de vie : maximum 2 personnes pendant une durée limitée avec habillage strict et accompagnement auprès du patient.

*Patient communiquant : gêne respiratoire modérée à sévère, ou évaluée \geq 4/10 sur une échelle de 0 (je respire normalement) et 10 (j'ai une sensation d'asphyxie maximale).

*Patient non communiquant : FR entre 25 et 30/min, tirage débutant : élévation légère de la clavicule à l'inspiration, respiration paradoxale légère.

**Sensation de mort imminente avec réaction de panique. Si non communiquant : FR $>$ 30/min, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires (élévation marquée de la clavicule durant l'inspiration), respiration paradoxale (dépression abdominale pendant l'inspiration), battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur.

Equipe mobile de soins palliatifs Hôpital Lariboisière – Fernand Widal DECT médecin 55179 ou IDE 55636/55291 ou secrétaire 57140

NIVEAU 1 : Symptômes légers

- dyspnée/polypnée (FR \geq 30/min)/toux/douleur -> bolus de MORPHINE 2mg IV ou SC renouvelable toutes les 2 heures.
- anxiété/agitation -> bolus de MIDAZOLAM 0,5mg IV ou SC renouvelable toutes les 2 heures.
- hyperthermie -> PARACETAMOL 1g 4 fois par jour.
- hallucinations, nausées, vomissements, confusion avec agitation ou si patient sous neuroleptique au long cours -> HALDOL 3 gouttes voie orale 3 fois par jour ou LARGACTIL 12,5mg /24 heures en IVSE.

NIVEAU 2 : Défaillance respiratoire débutante* ou aggravation des symptômes extra-respiratoires

*Patient communiquant : gêne respiratoire modérée à sévère, ou évaluée \geq 4/10 sur une échelle de 0 (je respire normalement) et 10 (j'ai une sensation d'asphyxie maximale). *Patient non communiquant : FR entre 25 et 30/min, tirage débutant : élévation légère de la clavicule à l'inspiration, respiration paradoxale légère.

- Défaillance respiratoire débutante :
 - > bolus de MORPHINE 2mg IV si polypnée mal supportée renouvelable tous les 10 min heures / si SC renouvelable tous les 40 min.

Pour dose de fond : total des doses de titration x 6 = dose / 24 heures (ex dose de titration 5mg x 6 = 30mg par 24h) en IVSE ou SESC/24h. Dose de bolus : 1/6 à 1/10 de la dose totale.

- anxiété/agitation -> bolus de MIDAZOLAM 1 mg IV ou SC renouvelable 1 fois par heure
- encombrement -> diminuer apports hydriques.
 - > SCOPOLAMINE 1,5mg (3 ampoules) /24 heures en IVSE ou SCSE.
- si hallucinations, nausées, vomissements, confusion avec agitation non soulagés :
 - > ajuster les posologies des traitements.

NIVEAU 3 : Détresse respiratoire asphyxique

= Sensation de mort imminente avec réaction de panique. Si non communiquant : FR $>$ 30/min, agitation, utilisation des muscles respiratoires accessoires (élévation marquée de la clavicule durant l'inspiration), respiration paradoxale (dépression abdominale pendant l'inspiration), battement des ailes du nez, râles de fin d'expiration, faciès de peur.

Titration en urgence : -> utiliser une seringue de 20mg/20ml de MIDAZOLAM

- ➔ Dose de charge de 3mg IV ou SC, puis 1mg toutes les 3 minutes avec l'objectif d'une diminution profonde de la vigilance ou non réveillable (stade -4 -5 échelle RASS).

La quantité de MIDAZOLAM injectée correspond à la dose d'induction.

- ➔ Soit les symptômes sont soulagés et on laisse le patient se réveiller.
- ➔ Soit les symptômes sont persistants et la sédation sera entretenue en prescrivant une dose horaire égale à 50% de la dose utile à l'induction en perfusion continue en IV ou SC.

Poursuite ou introduction des traitements niveau 2