

VOUS DEVEZ ENGAGER UNE CONVERSATION SUR LES OBJECTIFS DE SOINS AVEC VOTRE PATIENT OU SON MANDATAIRE SPÉCIAL AVANT DE METTRE EN ŒUVRE UNE RECOMMANDATION

Ces recommandations sont compatibles avec des soins axés sur le confort du patient.

Vous trouverez des ressources pour faciliter les conversations sur les objectifs de soins à <https://www.speakupontario.ca/>

Les doses ci-dessous correspondent à des posologies INITIALES. Les symptômes de la COVID-19 pouvant évoluer rapidement, soyez prêts à augmenter les posologies. Prendre en compte les intervalles de doses pour donner au personnel de première ligne la capacité de prendre des décisions cliniques urgentes, au besoin.

Patient ne PRENANT PAS déjà des opioïdes (« patient naïf aux opioïdes »)

Dyspnée/détresse respiratoire légère

Commencer par une posologie PRN, mais à un seuil bas pour pouvoir passer à une dose régulière q.4h.

Dyspnée/

détresse respiratoire modérée à sévère

Commencer par une dose régulière q.4h et une dose PRN ou envisager une administration continue si possible.

Morphine 1 - 2,5 mg S.C./IV q.30min PRN

Hydromorphone 0,25 - 0,5 mg S.C./IV q.30min PRN

Si > 5 doses PRN en 24 h, M.D. doit réviser la posologie et envisager de donner une dose régulière ou d'augmenter la dose régulière en place
Si passage à une dose régulière q.4h, CONTINUER la dose PRN

Augmenter la posologie au besoin

Également envisager : administration de laxatifs, p. ex., PEG/sennosides, d'antinauséux, p. ex., métoclopramide/halopéridol
Solution per os pour la toux, p. ex., dextrométhorphan, hydrocodone

Patient prenant déjà des opioïdes

Dyspnée/détresse respiratoire légère

Poursuivre opioïdes en place, envisager une augmentation de la dose de 25 %

Dyspnée/détresse respiratoire modérée à sévère

Poursuivre opioïdes en place, envisager une augmentation de la dose de 25 % à 50 %

Si S.C./IV = diviser la dose per os par 2

Traitement des symptômes transitoires :

Commencer opioïdes avec dose PRN à 10 % de la nouvelle dose quotidienne (24 h), PRN q.30min si S.C.

Pour obtenir de l'aide, y compris un soutien téléphonique, communiquez avec votre équipe spécialisée en soins palliatifs.

Soutien aux personnes endeuillées : envisagez l'aide d'un travailleur social ou d'un intervenant en soins spirituels.

Pour tous les patients : Adjuvants

Anxiété :

Lorazépam 0,5 - 1 mg sous langue/S.C. PRN q.2h
Si > 3 doses PRN en 24 h, M.D. doit réviser la posologie et envisager de donner une dose régulière q.6-12h et une dose PRN q.2h

Agitation/inquiétude :

Halopéridol 0,5 - 1 mg per os/S.C. PRN q.2h
Si > 3 doses PRN en 24 h, M.D. doit réviser la posologie et envisager de donner une dose régulière

Méthotrimeprazine 2,5 - 12,5 mg S.C./IV q.2h
Si > 3 doses PRN en 24 h, M.D. doit réviser la posologie et envisager de donner une dose régulière q.4h et une dose PRN q.2h

Dyspnée/anxiété sévère :

Midazolam 1 - 5 mg S.C./IV PRN q.30min (posologie initiale)

Si > 3 doses PRN en 24 h, M.D. doit réviser la posologie et envisager de donner une dose régulière et une dose PRN ou administration continue si possible pour le traitement des symptômes (pas de sédation)

Pour traiter les symptômes difficiles ou réfractaires, consultez un spécialiste en médecine palliative.

L'augmentation rapide de la posologie ou la thérapie de la sédation palliative continue peut être nécessaire.

Veillez consulter le guide propre à la thérapie de la sédation palliative continue.

Sécrétions des voies respiratoires/congestion en fin de vie

Prévenir la famille et l'équipe de soins : ces symptômes sont bruyants, mais ne sont habituellement pas inconfortables, secondaires à la faiblesse du patient incapable d'évacuer ses sécrétions.

Envisager :

Glycopyrrolate 0,4 mg S.C. q.2-q.4h PRN

Scopolamine 0,4 - 0,6 mg S.C. q.4h PRN

Atropine 1% (gouttes ophtalmiques) 3 - 6 gouttes sous la langue/buccal q.4h PRN

Si surcharge liquidienne, envisager furosémide 20 mg S.C. q.2h PRN et surveiller les effets. Envisager d'insérer une sonde de Foley.

AVERTISSEMENT

Si possible, éviter d'avoir recours aux interventions suivantes, car elles pourraient générer des particules sous forme d'aérosol du virus de la COVID-19 et augmenter le risque d'infection pour les fournisseurs de soins de santé et les membres de la famille.

- Ventilation par oscillation
- Débit d'oxygène supérieur à 6l/min
- Ventilation haut débit par canules nasales
- Appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) ou ventilation en pression positive à double niveau (BiPAP)
- Tous les traitements par nébulisation (bronchodilatateurs, épinéphrine, solutions salines, etc.)
- Aspiration orale ou des voies respiratoires (en particulier, aspiration profonde)
- Bronchoscopie et trachéostomie

* Ces recommandations sont données à titre de référence uniquement et ne remplacent pas un avis médical.
* Les données démontrent que les doses d'opioïdes administrées en fonction des symptômes ne précipitent pas la mort chez les patients atteints d'autres maladies comme un cancer à un stade avancé ou une MPOC.
* Les doses devraient être réévaluées lorsque l'état de santé du patient ou le niveau d'intervention change.
Document adapté à partir des lignes directrices du BC Centre for Palliative Care avec son autorisation.