

Mesures thérapeutiques pour les patients atteints de COVID-19 avec un pronostic attendu défavorable

Dr méd. Gudrun Theile^{a*}, Dr méd. Sandra Eckstein^{b*}, Dr méd. Claudia Gamondi^c,
Dr méd. Tanja Fusi-Schmidhauser^c

^a Palliative Care, Klinik Susenberg, Zürich; ^b Palliative Care, Universitätsspital Basel; ^c Palliative and Supportive Care Clinic, IOSI-EOC, Bellinzona

* Ces auteurs ont contribué à part égale à la réalisation de cet article.

Cet article a été publié initialement sur palliative.ch (état au 30 mars 2020) et est publié dans le FMS en accord avec palliative.ch et les auteures. Pour les mises à jour, veuillez consulter palliative.ch.

Les connaissances et les approches thérapeutiques relatives à la pandémie COVID-19 évoluent quotidiennement. Lorsque vous utilisez ce document, veuillez adapter les recommandations au contexte de soins, à la disponibilité des médicaments et au contexte régional [1]. Les auteures s'efforcent de maintenir ce document à jour en y apportant des modifications si nécessaire.

Ce document sert de recommandation pour les patients, qui ne recevront pas de traitements vitaux tels que l'intubation et la réanimation. N'oubliez pas de tenir compte des directives anticipées du patient dans le cas des personnes qui ne sont pas capables de discernement.

Recommandations pour le contrôle des symptômes

Fièvre

Traitement:

- Paracétamol (Perfalgan[®]) 1 g p.o./i.v. max. 4x/jour.
- En cas de contre-indication, effets secondaires ou d'indisponibilité de la substance:
- Métamizole (Novalgine[®]) 4 g/24 h i.v. en continu ou 4 × 1 g p.o./s.c./i.v. en perfusion courte.
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) non recommandés [2].

Dyspnée persistante

Traitement:

- Morphine 10–20 mg/24 h s.c./i.v. en continu avec adaptation du dosage selon réponse clinique.
 - Chez les patient(e)s déjà sous opioïdes: adapter le dosage.
 - Lors de l'introduction d'un opioïde, comme antiémétique: Jusqu'à 40 mg/24 h de métoclopramide p.o./s.c./i.v.
- En cas de persistance ou d'anxiété: midazolam 5–10 mg/24 h i.v. (0,5 mg/h i.v. continu). En l'absence de perfuseur, dose unique en réserve comme indiqué ci-dessous.

Réserves/adaptations:

- Réserve de morphine: Au minimum 10% de la dose journalière, aux heures. Si l'effet est insuffisant administration possible jusqu'à toutes les 20 minutes. Réévaluation et, si indiqué, adaptation du dosage administré en continu au minimum 2 fois/jour ou selon réponse clinique.
- Réserve de midazolam (en sus de la réserve de morphine): 1–2 mg s.c./i.v., répétition jusqu'à toutes les heures, en cas de contrôle insuffisant des symptômes, jusqu'à toutes les 20 minutes, selon réponse clinique.
- Alternative: midazolam spray nasal 2 doses à 0,5 mg. *Cave:* Kaletra[®] et d'autres substances antivirales augmentent de manière significative les niveaux plasmatiques du midazolam! Selon les informations pharmaceutiques suisses, l'association est contre-indiquée.

Dyspnée paroxystique

Traitement:

- Une dose de morphine 2,5–5 mg s.c./i.v., à répéter selon réponse clinique.
- En cas de persistance, d'angoisse ou de panique: midazolam 1–2 mg i.v., à répéter selon réponse clinique.

Toux

Traitement:

Comme en cas de dyspnée: dose unique de morphine s.c./i.v. de 2,5–5 mg. Une administration en continu peut devenir nécessaire.

Douleurs

Traitement:

En particulier thoracique, pleurésie.

- Paracétamol (Perfalgan[®]) 1 g p.o./i.v. max. 4x/ jour.
- Eventuellement, associer: dexaméthasone 4 mg p.o./s.c./i.v. le matin.
- Morphine 2 mg s.c./i.v. ou 5 mg p.o.

Dans les cas suivants il est recommandé de consulter un(e) médecin spécialisé en soins palliatifs:

- Symptômes réfractaires (dyspnée, angoisse) durant plus de 12 heures.
- End of life Care.
- Questions éthiques face à la fin de vie et à la mort (end life care). Prises de décisions difficiles.
- Insuffisance rénale, indication à un autre opioïde?

Symptômes réfractaires en fin de vie

En cas de symptômes réfractaires (dyspnée, état confusionnel aigu, hémoptysie massive), une sédation palliative peut être indiquée.

Dans ce cas revoyez les standards de l'établissement et/ou consultez un(e) médecin en soins palliatifs ou le service du traitement de la douleur (anesthésiste).

Pour de plus amples informations, consultez les recommandations de la «European Association for Palliative Care» (EAPC) [3].

Mesures générales

- En fin de vie, l'objectif thérapeutique est leur bien-être maximum et un traitement en accord avec leur volonté et souhaits. Les proches doivent être impliqués dans la prise en charge.
- Si possible un(e) spécialiste en médecine palliative devrait être consulté(e).
- Respectez les directives cantonales et institutionnelles, concernant la prise en charge en fin de vie. (par exemple [4]).

- Pensez au soutien des proches: le cas échéant, impliquez d'autres ressources disponibles (aumôniers, psychologues, éthique clinique etc.).
- Pensez au support des équipes médico-soignantes dans des situations complexes et éprouvantes; le cas échéant adressez-vous à un groupe spécialisé dans la prise en charge du Corona (Corona Care Team) ou directement à un(e) aumônier(ère), un(e) psychologue, un(e) spécialiste en soins palliatifs.
- Respectez les directives cantonales et institutionnelles, en particulier, la réglementation des visiteurs pour les patients en fin de vie et les précautions à prendre lors du décès. Les mesures de précautions (gants, masques) doivent aussi être respectées lors des manipulations du défunt. Les pompes funèbres doivent être informées du diagnostic de SARS-CoV-2.

Références

- 1 Fusi-Schmidhauser T, Preston N, Keller N, Gamondi C. Conservative management of Covid-19 patients – emergency palliative care in action. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Apr 7. pii: S0885-3924(20)30183-4. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030. [Epub ahead of print].
- 2 COVID-19: Ibuprofen (Ibuhexal u.a.) meiden? arznei-telegramm 20.3.2020. https://www.arznei-telegramm.de/html/2020_04/2004505_01.html
- 3 Cherny NI, Radbruch L; Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009;23(7):581–93. doi: 10.1177/0269216309107024.
- 4 Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf

Correspondance:
Dr méd. Gudrun Theile, MPH
Leitende Ärztin
Klinik Susenberg
Schreiberweg 9
CH-8044 Zürich
g.theile[at]
susenbergklinik.ch