

Particularités de la prise en charge palliative en Gériatrie

Version 28 mars 2020

Ce texte est construit comme un complément des recommandations éditées par la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19> et la collégiale de Soins Palliatifs. Il nous semble important d'insister sur les points suivants pour la prise en charge palliative en Gériatrie :

DIMENSION ETHIQUE

- Il est nécessaire de bien stipuler dans le dossier de chaque malade le niveau d'engagement dans les soins et si une réanimation est envisagée. Ceci doit être réfléchi dès l'admission et réévalué en fonction de l'état clinique du patient. Les décisions de non réanimation doivent résulter d'une décision collégiale, tracée dans le dossier
- Les directives anticipées doivent être recherchées et notées dans le dossier. (cf documents RPMO éthique réanimation COVID19, COVIPAL, ..)
- Il est par ailleurs fondamental d'informer les familles sur la situation clinique et la prise en charge palliative.

THERAPEUTIQUES EN PRATIQUE

- **S'assurer que les équipes ont accès aux médicaments dans chaque unité de soins !**
- **Les doses recommandées chez l'adulte jeune doivent être globalement diminuées**, en accord avec les protocoles proposés par la SFAP
- **Les recommandations d'associations médicamenteuses, au sein d'un même soluté**, telles que préconisées par la SFAP restent valables en Gériatrie
- **Posologies dans les principales situations**
 - les thérapeutiques proposées sont **priorisées en fonction des recommandations et des disponibilités dans les services**

DYSPNEE	ANGOISSE
<p>- MORPHINE :</p> <p>Bolus : 2 mg IV ou 3 mg SC</p> <p>Dose de fond : 15 mg/24h en IV 20 mg/24h en SC</p> <p>Si voie orale : 5 mg en bolus puis 30 mg/j (15 mg ttes les 12h)</p> <p>- OXYCODONE :</p> <p>En IV ou SC : 2 mg en bolus puis 0.4 mg/h</p> <p>Si voie orale : 5 mg en bolus puis 20 mg/j (10 mg ttes les 12h)</p> <p>- SUFENTANIL :</p> <p>En IV ou SC : 4 µg en bolus puis 30 µg/j en IVSE ou SCSE</p> <p>- TRAMADOL en SC</p> <p>Uniquement en l'absence de toutes les autres molécules ci-dessus !!!</p> <p>Bolus 50 mg puis 300 mg/24h à augmenter jusqu'à 600 mg/24h</p>	<p>- MIDAZOLAM :</p> <p>Bolus : 1 mg IV ou SC puis 10 mg/24h en IVSE ou SCSE</p> <p>- CLONAZEPAM :</p> <p>0.5 mg x 2/24h en bolus SC ou en IV</p> <p>- DIAZEPAM (ne pas mélanger avec d'autres produits)</p> <p>Bolus 5 mg en IV ou 10 mg en SC (jamais en continu ni en IVSE), maximum 10 mg/24h</p> <p>- CHLORPROMAZINE :</p> <p>Bolus 25 mg en SC ou IV puis 100 mg/24h jusqu'à 300 mg/24h (en continu IVSE ou SCSE)</p> <p>- CLORAZEPATE :</p> <p>Bolus 40 mg en IV ou SC puis 80 mg/24h en IVSE ou 40 mg x2/24h en SC (pas de SCSE !)</p> <p>- DIAZEPAM intra-rectal (attention aucune recommandation chez l'adulte et encore moins chez le sujet âgé)</p> <p>Bolus 5 mg (dans une seringue puis injecter en rectal), maximum 4 x/j</p>

DETRESSE RESPIRATOIRE

Les doses recommandées par la SFAP sont valables dans cette situation d'urgence.

Elles sont résumées dans les tableaux ci-dessous : **tableau 1 pour prise en charge initiale et tableau 2 pour les posologies en cas d'échec.**

Tableau 1 : prise en charge initiale de la détresse respiratoire

	IV puis SE	SC puis SE	IV puis perf	SC puis perf	Discontinue SC
Bolus morphine	3 mg	7 mg	3 mg	7 mg	7 mg
Bolus midazolam	2 mg	3 mg	2 mg	3 mg	3 mg
Bolus clonazepam	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg	0,5 mg
Bolus clorazepate	40 mg	40 mg	40 mg	40 mg	40 mg
Relais morphine	1,5 mg/h	3 mg/h	30 mg/24h	70 mg/24h	2 à 3 fois par jour et si besoin
Relais midazolam	2 mg/h	3 mg/h	50 mg/24h	80 mg/24h	
Relais clonazépam	2 mg/24h	2 mg/24h	2 mg/24h	2 mg/24h	
Relais clorazepate	80 mg/24h	40 mg x 2/j*	80 mg/24h	40 mg x 2/j*	

IV intra veineux - SC sous cutanée - SE seringue électrique

Perf : simple perfusion avec un soluté de 250 ou 500 cc sur 24h

Les bolus sont réalisés à l'initiation puis si besoin.

* Clorazepate (Tranxène®) mal supporté en perfusion SC faire 40 mg en bolus SC toutes les 12h

Tableau 2 : prise en charge de la détresse respiratoire si traitement inefficace avec posologies du tableau 1

	IV puis SE	SC puis SE	IV puis perf	SC puis perf	Discontinue SC
Bolus morphine	7 mg	15 mg	7 mg	15 mg	10 mg
Bolus midazolam	3 mg	7 mg	3 mg	7 mg	10 mg
Bolus clonazepam	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg	1,5 mg
Bolus clorazepate	80 mg	80 mg	80 mg	80 mg	80 mg
Relais morphine	3 mg/h	6 mg/h	70 mg/24h	140 mg/24h	2 à 3 fois par jour et si besoin
Relais midazolam	4 mg/h	7 mg/h	100 mg/24h	200 mg/24h	
Relais clonazépam	4 mg/24h	4 mg/24h	4 mg/24h	4 mg/24h	
Relais clorazepate	160 mg/24h	80 mg x 2/j*	160 mg/24h	80 mg x 2/j*	

IV intra veineux - SC sous cutanée - SE seringue électrique

Perf : simple perfusion avec un soluté de 250 ou 500 cc sur 24h

Les bolus sont réalisés à l'initiation puis si besoin.

* Clorazepate (Tranxène®) mal supporté en perfusion SC faire 80 mg en bolus SC toutes les 12h

Si encore échec, adjoindre dans le garde veine ou le soluté en SC par 24 h :

50 mg CYAMEMAZINE ou 50 mg de LEVOMEPRMAZINE ou 25 mg de CHLORPROMAZINE

VOMISSEMENTS

HALOPERIDOL :

- 0.5 à 1 mg x 3/j en SC, jusqu'à 5 mg x 3/j en SC ou 1 mg en IV (ou 10 gouttes)

ONDANSETRON :

- application du film orodispersible 8 mg jusqu'à 3 x/j si la fonction hépatique est correcte
 - en IV ou SC : 1 ampoule de 8 mg en 15 minutes, toutes les 8 heures au maximum
- Si bilan hépatique perturbé , on baisse à 8 mg/24h, en oral ou en IV

CONFUSION

MIDAZOLAM 0,05mg/kg SC en bolus avant les soins : option satisfaisante, avec ½ ampoule d'HALDOL SC si poids > 40 kgs.

ENCOMBREMENT

Doses de **SCOBUREN** (1mg/kg/j) et **SCOPOLAMINE** (0,05 mg/kg/j) identiques à celles de l'adulte (privilégier le Scoburen à la scopolamine pour limiter les effets atropiniques majeurs !)

MESURES COMPLEMENTAIRES

Penser aux « bonnes pratiques de gériatrie » :

- traquer fécalome et globe, inconfortables et confusiogènes
- mesures non médicamenteuses contre l'angoisse et l'anxiété : lumière dans la chambre, faire porter les lunettes et prothèses auditives tant que possible, contact téléphonique avec les proches tant que possible,..
- bains de bouche (avec lunettes et masque FFP2 car risque de crachats ou toux), oxygénothérapie adaptée aux besoins (attention au-delà de 6 l/mn, nébulisation du virus donc les soignants doivent porter un masque FFP2)

Coordonnateur et rédaction : Virginie Fossey-Diaz

Contributeurs : I. Hardouin, J. Chopart, S. Lefebvre Chapiro, M. Piccoli
