

Précisions concernant la partie « Utilisation des benzodiazépines » dans le document de l'AP-HP concernant la prise en charge des patients COVID+, en page 10.

→ Utilisation possible d'une benzodiazépine par voie orale en association aux opioïdes forts, et à visée **anxiolytique** :

Séresta® (oxazepam) 10mg en sublingual renouveler en fonction de la symptomatologie

ou

Témesta® (lorazepam) 1mg en sublingual à renouveler en fonction de la symptomatologie

→ Utilisation possible d'une benzodiazépine en association aux opioïdes forts, et pour la réalisation d'une **sédation proportionnée**, face une dyspnée non soulagée par les opioïdes et vécue comme insupportable par le patient.

Possibilité de faire appel en journée à **l'EMSP des HCC, n° d'appel 27059**, pour avis concernant la mise en place et la réévaluation du maintien de la sédation.

Utilisation du midazolam car action rapide et demi-vie courte

- **voie IV** (périphérique ou centrale) à **privilégier** car action plus rapide, et plus stable que la voie SC. Deux méthodes de mise en route du midazolam sont possibles :

- un débit d'entretien à augmenter progressivement sans dose de charge (**méthode à privilégier**). Un débit basé sur le poids du patient : 0.03 mg/kg/h à 0.2 mg/kg/h soit 2 à 12 mg/h pour 60 kg. Le débit continu sera ensuite adapté par palier de 0,5 mg/h toutes les 20 minutes, jusqu'à disparition de l'inconfort du patient lié au tirage et/ou la dyspnée (en pratique une FR à ≤ 20 /min). Sédation non forcément profonde.

Réévaluation du maintien de la sédation : à lever si a permis au patient de passer un cap (dyspnée non terminale).

- une dose de charge suivie d'un débit d'entretien : l'administration de la dose de charge doit être réalisée par titration : 1 mg en 30 sec toutes les 2 min jusqu'à

disparition de l'inconfort du patient lié au tirage et/ou la dyspnée (en pratique une FR à ≤ 20 /mn).

Puis mise en place d'un débit d'entretien, correspondant à la moitié de la dose de titration par heure ;

Réévaluation du maintien de la sédation : à lever si a permis au patient de passer un cap (dyspnée non terminale).

- **voie SC**, possible et bien tolérée, **mais à ne considérer que si la voie IV est impossible**. Une titration n'est pas possible vue la variabilité de la vitesse de résorption. Si on souhaite faire une dose de charge, elle peut être de 0,1 mg/kg. L'entretien se fait aux mêmes doses que par voie IV.

Réévaluation du maintien de la sédation : à lever si a permis au patient de passer un cap (dyspnée non terminale)