

Guide de prise en charge symptomatique pour modification des paramètres de l'Optiflow si échec chez un patient atteint de Covid-19

1. Dans le cas où le patient est en **capacité** d'exprimer sa volonté : une discussion doit avoir lieu avec lui sur le maintien ou non de l'Optiflow. Dans le cas où le maintien de l'Optiflow constituerait une obstination déraisonnable (= n'ayant pour seul but que le maintien artificiel en vie), le signifier au patient et lui proposer une sédation proportionnée à visée de confort, en association avec de la morphine en cas de sensation de dyspnée (qui doit être évaluée en interrogeant le patient). Expliquer la décision à l'équipe soignante.

2. Dans le cas où le patient est en **incapacité** d'exprimer sa volonté (p. ex. troubles de la vigilance, troubles cognitifs majeurs et/ou état confusionnel avec impossibilité de recueillir un consentement) : la prise de décision d'arrêt de l'Optiflow doit avoir lieu à l'issue d'une procédure collégiale. Cette procédure consiste en une discussion pour répondre à la question : « le maintien de l'Optiflow chez ce patient représente-t-il une obstination déraisonnable, c'est-à-dire qu'il n'a pour objet que le seul maintien artificiel en vie du patient ». Le processus délibératif doit faire intervenir l'avis d'un médecin sans lien hiérarchique avec le médecin qui a la charge du patient, et doit inclure l'avis des personnels soignants ; il faut également rechercher si le patient a exprimé par le passé des souhaits quant à une limitation des traitements et ce, par le biais de DA (Directives Anticipées), à défaut du témoignage de la PC (Personne de Confiance), à défaut le témoignage de la famille.

3. Dans tous les cas, doivent être évalués :
 - La sensation de dyspnée ; en cas de sensation de dyspnée, un traitement par morphinique à visée eupnéisant doit être instauré. La voie orale doit être privilégiée (p. ex. Skénan 10 mg matin et soir). En cas de voie orale impossible, administrer la morphine en IV continu via un PSE ou une PCA, en débutant par un débit de 0.5 mg/h chez le patient naïf d'opioïdes. En cas de présence d'un traitement opioïde au long cours précédent la Covid-19, augmenter la posologie de ce même opioïde de 25 à 30%.
 - La présence d'anxiété ou d'angoisse chez le patient ; en cas d'anxiété ou d'angoisse, demander au patient s'il souhaite un traitement anxiolytique ou s'il arrive à faire face et à surmonter sans anxiété seul. Si un traitement est débuté, privilégier la voie orale (p. ex. oxazepam 10 mg). Sinon, possibilité d'administrer un anxiolytique IV ou SC (la dose de midazolam à visée anxiolytique est généralement faible, de l'ordre de 0.05 à 0.1 mg/kg/j). Dans ce cas, et sans recherche de sédation, le score RASS ne doit pas être < -1.

4. Puis définir *a priori* un objectif de **profondeur de sédation** avec l'échelle RASS.
Si le patient présente un inconfort majeur, rechercher une sédation profonde, c'est-à-dire un score RASS à -4 ou -5.

Si le patient présente un inconfort moindre, possibilité de pratiquer une sédation proportionnée, avec comme objectif un score RASS-3 ou -4.

Pour obtenir une sédation, administrer du midazolam en IV continu (utiliser une concentration de 1 mg/mL). On pratique une titration par perfusion continue d'emblée (cf. focus 4 p. 30 du guide de la HAS https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2834390) en débutant par 0.5 à 1 mg/h et en augmentant le débit chaque 30 minutes par paliers de 0.5 à 1 mg/h jusqu'à obtenir le score RASS défini.

Une fois la sédation obtenue, une diminution progressive de la FiO2 et/ou du débit d'oxygène peut être envisagée. A chaque diminution des paramètres, une réévaluation de la profondeur de la sédation doit être effectuée et les posologies du midazolam adaptées en conséquence. Toutes ces décisions et modifications de traitement doivent être consignées dans le dossier médical du patient.

Tableau 4. Échelle de vigilance-agitation de Richmond

Validation française de la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) de Chanques et al.

Niveau	Description	Définition	
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe	
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters, et/ou agressif envers l'équipe	
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur	
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	
0	Éveillé et calme		
- 1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)	stimulation verbale
- 2	Diminution légère de la vigilance	Ne reste éveillé que brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)	
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (exemple : ouverture des yeux) mais sans contact visuel	
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	stimulation physique
- 5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	

Rédacteur : Dr O. Giet

Relecture : Dr M. Demeuse, Dr M. Herrscher, Dr M. Martinot, Dr S. Gravier

Validation : 13.12.2021