

Document d'aide à la prise en charge palliative de la dyspnée

Elaboré dans le cadre de l'épidémie de COVID-19

Version 2 avril 2020

**Dr Barbaret Cécile
Dr Bouteiller Mathilde
Dr Liatard Pierrel Karine
Mme Amouroux Valérie, cadre de santé
Mme Lelut Brigitte, cadre de santé**

Clinique de Soins Palliatifs CHU Grenoble Alpes

Equipe Référente en Soins Palliatifs de la Plateforme de Santé de la MRSI



Mesures générales associées à la prise en charge de la dyspnée, dont l'encombrement terminal

ANTICIPER LA PERTE DE LA PRISE PER OS : avoir des injectables ou des formes en gouttes pour les domiciles et les structures médico-sociales. Si le patient ne peut pas avaler, les gouttes seront données en sub-lingual ou dans le sillon gingival.

PAS D'ANTIBIOTHERAPIE :

L'antibiothérapie notamment pour surinfection pulmonaire n'a aucun intérêt sur les symptômes (sauf infection urinaire) en cas de fin de vie imminente (quelques heures à quelques jours).

PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTHERMIE :

Paracétamol en systématique, IV de préférence.

Si pas de voie per os ni IV possibles, penser aux oro-dispersibles ou aux suppositoires.

Possibilité de passer en SC si pas d'autres voies possibles (pas de niveau de preuve mais bonne tolérance).

Si Hyperthermie importante, possibilité de mettre de la glace au niveau de l'aîne (contact avec les fémorales proches).

Penser aux mesures physiques : découvrir, humidifier le visage...

MESURES NON MEDICAMENTEUSES :

- Patient ½ assis, atmosphère calme ;
- Eviter la kinésithérapie respiratoire, peu d'intérêt ;
- Eviter les aspirations : douloureuses, inefficaces ;
- Eviter les fluidifiants ;
- Soins de bouche et humidifications buccales réguliers :
 - Si pas d'oxygène : ARTISIAL® / AEQUASYAL® / Mélange Bicarbonate – Lansoyl.
 - Sinon avec des produits oxygéo-compatibles : bicarbonate 1.4%. / BIOXTRA®.

OXYGENOTHERAPIE : pas obligatoire, uniquement si bénéfique sur la dyspnée

2 à 3 litres / min en fonction du soulagement du patient et tolérance.

EN CAS D'ENCOMBREMENT TRACHEO BRONCHIQUE TERMINAL avec perte de l'efficacité de la toux par épuisement musculaire ou RÂLES :

- **ARRET de l'HYDRATATION ARTIFICIELLE ou ne pas l'entreprendre.**
- **SCOPODERM®** en patch 1 à 3 patchs tous les 3 jours. NON REMBOURSE, autour de 40 euros la boîte de 5 patchs. Patch à coller sur la peau saine et sans poils (arrière de l'oreille de **préférence**).
- **SCOPOLAMINE 0.5 mg** (anticholinergique asséchant les sécrétions bronchiques) : **bolus de 0.5 mg en SC, refaire au bout de 2 h si besoin, maximum 6 fois par jour.**
Si besoin de 2 bolus à 2 h d'intervalle mettre en place PSE à 1.5 mg / 24 h.
Si pas de PSE possible, 3 injections systématiques matin / midi et soir de 1 mg, majoration possible jusqu'à 6 mg / 24 h.
- **SCOBUREN® 20 mg** : une ampoule en SC ou IV, possibilité de répéter les injections au bout de 2 h, si besoin de 2 bolus à 2 h d'intervalle, mettre en place PSE ; en absence de PSE possible, 3 injections de Scoburen 20 mg matin / midi et soir, majoration possible jusqu'à 120 mg / 24 h.

EN CAS DE SURCHARGE HYDRIQUE : œdème pulmonaire

Notamment chez les patients insuffisants cardiaques connus : arrêt de l'hydratation et introduction du Furosemide, voie SC possible, dose SC = IV.

Si respiration spastique : aérosols possibles, corticothérapie, SC possible.

S'assurer que la limitation des actes thérapeutiques a bien été expliquée et comprise par l'équipe soignante, à savoir que :

La décision de soins palliatifs plutôt que de réanimation pour les patients atteints de Covid-19, comme pour toute autre pathologie, doit faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire au cas par cas. Cette décision s'appuie sur la gravité clinique, la fragilité du patient, les comorbidités présentes et le souhait du patient. A défaut la consultation de ses directives anticipées, puis de la personne de confiance.

En cas de questionnement : <http://sfap.org/actualite/enjeux-ethiques-de-l-acces-aux-soins-de-reanimation-et-aux-autres-soins-critiques-sc-en>

Concernant les règles de protection de l'entourage :

Voir les recommandations actualisées de votre établissement ou de la DGS :
<https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/>

Bien leur rappeler les gestes barrières.

Mesures spécifiques à la prise en charge symptomatique en fonction de la présence de signes de lutte / gravité :

Les signes de gravité sont :

Saturation	<90%
Fréquence respiratoire	<8/min ou >25/min
Bruits respiratoires	stridor
Couleur de la peau	cyanose
Diaphorèse	présente
Tirage (intercostal, sus-claviculaire, sus ou sous-sternal)	présent
Utilisation des muscles accessoires	présente
Respiration paradoxale	présente
Altération du status mental	Diminution de l'état de conscience, Agitation ou confusion

Diaphorèse = hypersudation

Prise en charge des patients sans signe de gravité / dyspnée légère :

LES OPIOÏDES SONT A PRIVILEGIER : MORPHINE (eupnéisante / antitussive)

Chez personne âgée et / ou insuffisant rénal, espacer la fréquence de prise des opioïdes (2 h per os, 20 min IV, 1 h SC).

Patient naïf de morphine :

- Débuter à des doses faibles.
- Titrer per os : 5 mg d'ACTISKENAN® ou 5 mg d'ORAMORPH® (*prescription préférable en solution buvable 20 mg / 1 ml, flacon compte-goutte de 20 ml : 4 gouttes pour 5 mg (1 goutte = 1,25 mg), si rupture de stock : dosage approximatif avec pipette à partir des récipients unidoses de 10 mg / 5ml*), possibilité d'en redonner au bout d'une heure, maximum 6 fois par jour.
- En IV : Titrer par 1 mg en IV ou 3 mg en SC de morphine, possibilité d'en refaire au bout de 10 minutes en IV et 30 min en SC, max 6 fois par jour.
- Si plus de 4 doses sur 24 h : mettre en place dose de fond ;
- Per os si possible : on peut ouvrir les gélules de SKENAN® LP et faire prendre les microgranules ;
- Par patch (mais attention cela est à éviter en cas d'hyperthermie) ;
- Par PCA ou PSE (appeler prestataire et équipe spécialisée).

Patient déjà sous opioïde :

- Majoration de 30% de la dose de fond.
- Dès que possible, passer en gouttes pour anticiper la perte de la voie orale (ORAMORPH® pour interdose).
- Possibilité d'ouvrir les gélules de SKENAN® LP et ACTISKENAN® pour favoriser la prise.
- Si per os non possible : relais par patch (à éviter en cas d'hyperthermie) ou relais en IV ou SC (appeler prestataire pour mise en place PCA ou PSE) (convertir avec Opiconvert, appeler équipe spécialisée pour aide à la prescription des PCA en journée).

Associer avec LES BENZODIAZEPINES systématiquement (lutte contre l'angoisse générée par la dyspnée) :

Patient naïf de benzodiazépines :

- Xanax® à 0.25 mg ou Seresta® à 10 mg ou Lysanxia® à 5 mg (10 gouttes) ou Valium à 1 mg (3 gouttes = 1 mg), fréquence 2 à 3 fois par jour, si insuffisant majoration des doses dès la prise suivante possible. De manière exceptionnelle et en absence de toute autre possibilité et au vu des ruptures de stock, le clonazepam (Rivotril®) pourra être utilisé en gouttes 2.5mg/ml (1goutte=0.1mg), de 1 goutte à 5 gouttes à visée anxiolytique, possibilité d'en redonner au bout de 4 h
- Si per os non possible : possibilité de donner les formes en goutte dans le sillon gingival ou en sub lingual : Valium® / Lysanxia® ; ou Valium ® en SC ou IV à dose de 1 mg initialement et majorée à 5 puis 10 mg, possibilité 3 fois par jour.

Patient déjà sous benzodiazépines :

- Majoration de la benzodiazépine déjà prescrite ; aucun intérêt d'associer 2 benzodiazépines.
- Rotation de benzodiazépine si aucune efficacité après 2 majorations sur 24 h.
- Possibilité d'associer avec gouttes de Tercian® 5 gouttes le soir initialement, majoration des doses de Tercian® dans les 24 h si insuffisantes et possibilité de prises en 3 fois par jour.
- Si per os non possible : possibilité de donner les formes en goutte dans le sillon gingival ou en sub lingual : Valium® / Lysanxia® ; ou Valium ® en SC ou IV à dose de 5 mg initialement et majorée à 10 mg, possibilité 3 fois par jour. De manière exceptionnelle et en absence de toute autre possibilité et au vu des ruptures de stock, le clonazepam (Rivotril®) pourra être utilisé en gouttes 2.5mg/ml (1goutte=0.1mg), de 1 goutte à 5 gouttes à visée anxiolytique, possibilité d'en redonner au bout de 4 h

Prise en charge des patients avec certains signes de lutte / dyspnée modérée à sévère

Les opioïdes sont à privilégier : morphine

Chez la personne âgée et / ou insuffisant rénal, espacer la fréquence des prises (2 h per os, 20 min IV, 1 h SC).

Patient naïf de morphine :

- Gouttes d'ORAMORPH® 5 mg, possibilité d'en refaire au bout d'une heure, 3 en 4 h (*prescription préférable en solution buvable 20 mg / 1 ml, flacon compte-goutte de 20 ml : 4 gouttes pour 5 mg (1 goutte = 1,25 mg), si rupture de stock : dosage approximatif avec pipette à partir des récipients unidoses de 10 mg / 5ml*), possibilité d'en redonner au bout de 30 minutes jusqu'à apaisement.
- **Si possible, mettre d'emblée en injectable** : interdose en IV de 1 mg ou 3 mg en SC, refaire au bout de 10 minutes si persistance du symptôme en IV sinon 30 min en SC, jusqu'à apaisement.
- Si soulagé par 1 ou 2 interdoses, pas de dose de fond, garder en « si besoin ».
- Si plus de 2 doses sur 24 h : mettre en place dose de fond : per os si possible : on peut ouvrir les gélules de SKENAN® LP et faire prendre les microgranules. Sinon, par patch (mais attention cela est à éviter en cas d'hyperthermie). Ou sinon, par PCA ou PSE, démarrer avec dose de fond équivalente à 10 mg / 24 h (mettre en place PCA, prestataire et équipe spécialisée à contacter pour aide).

Patient déjà sous opioïde :

- Majoration dose de fond de 30% ;
- **Pour la dose de fond**, relais par patch (sauf en cas d'hyperthermie) ;
- Ou RELAI IV ou SC (*convertir avec Opiconvert, appeler équipe spécialisée pour aide à la prescription des PCA en journée*).
- En attendant : gouttes d'ORAMORPH® proportionnelles à la dose de fond du patient (1/6^e à 1/10^e) ou interdose en IV ou SC proportionnelle à dose de fond.
Possibilité d'ouvrir les gélules de SKENAN® LP pour faire prendre les microgranules.

Associer avec LES BENZODIAZEPINES systématiquement (angoisse) :

Patient naïf de benzodiazépines :

- VALIUM® gouttes (5 mg soit 15 gouttes) ou LYSANXIA® gouttes (5 mg à donner soit 10 gouttes) jusqu'à 3 fois par jour. De manière exceptionnelle et en absence de toute autre possibilité et au vu des ruptures de stock, le clonazepam (Rivotril®) pourra être utilisé en gouttes 2.5mg/ml (1goutte=0.1mg), de 1 goutte à 5 gouttes à visée anxiolytique, possibilité d'en redonner au bout de 4 h
- VALIUM® injectable : 5 mg d'emblée en SC ou IV jusqu'à 3 fois par jour.

Patient déjà sous benzodiazépines :

- Association avec gouttes de TERCIAN® 5 gouttes possible le soir, majoration des doses de TERCIAN® dans les 24 h si insuffisantes, 3 prises par jour possibles ; ou rajout d'une interdose de VALIUM® à dose de 5 mg IV ou SC ou en gouttes (15 gouttes = 5mg) puis 10 mg si inefficace jusqu'à 3 prises par jour.

Prise en charge du patient en détresse respiratoire aiguë / asphyxie

A PRESCRIRE EN ANTICIPATION

Morphine, pour lutter contre la sensation de soif d'air

Patient naïf de morphine :

- Bolus de 5 mg de morphine en IV ou SC d'emblée, poursuivre en fonction des signes de lutte, toutes les 10 min en IV et 30 min en SC.
- Si pas de voie SC / IV possible : bolus per os d'ORAMORPH® 10 mg (6 gouttes au flacon compte-gouttes) à renouveler toutes les 30 minutes en fonction des signes de lutte.

Patient déjà sous morphine :

- Morphine injectable : majoration d'emblée de 30% la dose de fond.
- Faire d'emblée un bolus de morphine IV ou SC proportionnel à la dose de fond (1/6^e, 1/10^e) et poursuivre en fonction des signes de lutte, toutes les 10 min en IV et 30 min en SC.
- Si absence d'injection possible : ORAMORPH® flacon compte-gouttes (1 goutte = 1,25 mg) proportionné à la dose de fond (1/6^e) à renouveler toutes les 30 minutes.

Protocole de SEDATION en urgence avec pronostic vital engagé à très court terme (situation de détresse nécessitant un soulagement urgent) : ASPHYXIE

ANTICIPER : préparer une seringue de Valium de 10 mg dans la chambre pour être prête à l'emploi si risque majeur évident, ou un flacon de Valium per os (3 gouttes = 1mg).

Privilégier la voie IV, voie IM à défaut, ou SC si IM ou IV non possible et ultime recours : per os.

- A l'hôpital ou si produit disponible :

-MIDAZOLAM® : 5 mg d'emblée IV ou à défaut IM, puis refaire au besoin toutes les 2 minutes si persistance de la conscience.

Par la suite : mettre dose de fond avec MIDAZOLAM® 5 mg / h IV ou SC. Si voie IM pour la dose de charge, mettre ensuite en SC pour la dose de fond.

- Sur les domiciles ou en structure médico-sociales (hors HAD) :

-Injection de VALIUM® 5 mg d'emblée IV ou à défaut IM, puis refaire toutes les 2 min VALIUM® 5 mg si persistance de la conscience.

Par la suite : mettre dose de fond avec VALIUM® 10 mg matin / midi et soir en perfusion SC ou IV en systématique, ou MIDAZOLAM® 3 mg / h.

-Si non disponible et de manière exceptionnelle : Clonazepam (Rivotril®), 1mg en IV/IM/SC toutes les 2 minutes si persistance de la conscience

Si clonazepam (Rivotril®) utilisé pour la titration, mettre pse de clonazepam à 3mg/24h ou alors 3 injections de 1mg toutes les 8h

- En l'absence de toutes autres possibilités, notamment en cas d'absence de voies SC / IV possibles, et dans un cadre exceptionnel :

VALIUM® gouttes en sub lingual ou dans le sillon gingival : 10 mg d'emblée (30 gouttes) à renouveler au bout de 5 minutes si persistance de la conscience.

Par la suite, mettre une dose de fond par VALIUM® 10 mg matin / midi et soir.

Si non disponible et de manière exceptionnelle : Clonazepam (Rivotril®), 1mg soit 10 gouttes toutes les 5 minutes si persistance de la conscience. Par la suite mettre dose de fond de 1mg toutes les 4h.

Indications pour l'entourage face à une dyspnée

La dyspnée est une gêne respiratoire subjective ressentie par la personne c'est-à-dire une **sensation de manquer d'air** et / ou la **présence de signes de lutte** observables par le soignant : tirage, battement des ailes du nez, respiration abdominale + / - associée à une polypnée (augmentation de la fréquence respiratoire au-dessus de 20 / minute).

Elle est souvent **associée** à une **angoisse importante** de la personne.

La dyspnée génère de l'angoisse et l'angoisse majore la dyspnée.

Cette angoisse est communicative.

Aussi, **l'attitude de l'entourage calme et apaisante** est importante et contribue à diminuer les difficultés respiratoires.

Il existe **un mimétisme** (imitation involontaire), qui fait **prendre, en sa présence, le rythme respiratoire de la personne**, amenant à l'essoufflement. En être conscient pour **garder son propre rythme respiratoire.**

La personne doit être installée en position **demi-assise, voire assise**, buste relevé.

L'amplitude au niveau de son buste doit être préservée : **vêtements amples, drap non tiré.**

La sensation de recevoir de l'air peut diminuer la gêne respiratoire : **création d'un courant d'air, ouverture d'une fenêtre, utilisation d'un ventilateur.**

L'Oxygénothérapie (administration d'oxygène) n'est utile que si la personne se sent améliorée par celle-ci. **Se baser avant tout sur l'observation clinique et non le résultat de la saturation en oxygène (SaO2).**

En cas d'oxygénothérapie, il n'est pas possible d'utiliser au niveau du visage et de la bouche, **de corps gras dont les produits contenant de l'alcool** (par exemple pas de stick lèvres, de vaseline, de bâtonnets glycélinés citronnés...).

Les produits compatibles avec l'oxygène sont :

- **pour la sécheresse buccale** : BioXtra® ou Gum Hydral® en gel ou spray humectant ;
- **pour les lèvres sèches** : SENSILUBE ®, KY ® gels lubrifiants ;
- **pour la sécheresse nasale** : HYARHINOL® en spray nasal (arôme camomille) ;
- **pour la peau du visage irritée** : Gel d'eau thermale d'AVENE.

**EN CAS DE DIFFICULTES OU DE PERSISTANCE DU SYMPTÔME :
APPELER UNE EQUIPE SPECIALISEE EN SOINS PALLIATIFS**

ATTENTION :

Certains médicaments ne sont disponibles qu'à l'hôpital : Perfalgan®, Hypnovel®...
La rétrocession hospitalière ne se fera que sur prescription d'un médecin de soins palliatifs, au cas par cas et en dernier recours.

Sites Utiles pour l'aide à la prise en charges des patients en soins palliatifs:

<https://palliaclic.com/> Site internet d'aide à la prescription et la prise en charge thérapeutique dans les situations de soins palliatifs.

<https://opioconvert.fr/> Application qui permet de calculer automatiquement les doses de changement entre les différents opioïdes.

<http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation> Site de la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs, vous y trouverez différentes recommandations notamment sur la sédation, la prise en charge de la constipation.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco_fin_vie_med.pdf : Les Recommandations de bonnes pratiques sur l'antalgie et les pratiques sédatives de janvier 2020

<http://mrsi.fr/notre-projet-de-sante/soutien-a-des-parcours-de-sante-specifiques/soins-palliatifs-sud-isere/>

Différentes formes d'opioïdes disponibles en ville et durée maximale de prescription :

Spécialités concernées	Formes	Durée maximale
<ul style="list-style-type: none"> • Chlorhydrate et sulfate de morphine injectable Amp 10-20-50-100-200-400-500 mg • Chlorhydrate d'oxycodone injectable OXYNORM Amp 10-20-50-200 mg 	Ampoules injectables administrées :	7 jours
	<ul style="list-style-type: none"> • Sans système actif pour perfusion • Avec système actif (PSE, PCA) 	28 jours
<ul style="list-style-type: none"> • Morphine solution buvable, amp 10 et 20 mg Morphine solution buvable, flacons préparés en officine (concentration adaptable) • Sulfate de morphine SEVREDOL cp sécable 10-20 mg ACTISKENAN gel 5-10-20-30 mg ORAMORPH soluté en récipients unidoses, 10-30-100 mg/5 ml ORAMORPH solution buvable 20 mg/ml (1 goutte = 1,25 mg) • Chlorhydrate d'oxycodone OXYNORM solution buvable 10 mg/ml (1 goutte = 0,5 mg) OXYNORM gél 5-10-20 mg OXYNORMORO cp orodispersibles 5-10-20 mg 	Formes orales à libération immédiate (LI)	28 jours
<ul style="list-style-type: none"> • Sulfate de morphine MOSCONTIN cp 10-30-60-100-200 mg SKENAN gél 10-30-60-100-200 mg • Chlorhydrate d'oxycodone OXYCONTIN cp 5-10-15-20-30-40-60-80-120 mg • Chlorhydrate d'hydromorphone SOPHIDONE gél 4-8-16-24 mg 	Formes orales à libération prolongée (LP)/12h	28 jours
<ul style="list-style-type: none"> • Fentanyl transmuqueux ABSTRAL cp sublingual 100-200-300-400-600-800 µg ACTIQ cp pour application buccale transmuqueuse 200-400-600-800-1200-1600 µg BREAKYL film orodispersible 200-400 µg EFFENTORA cp gingivaux 100-200-400-600-800 µg RECIVIT cp sublingual 133-267-400-533-800 µg INSTANYL sol pour pulvérisation nasale 50-100-200 µg PECFENT spray nasal 100-400 µg 	Formes transmuqueuses à libération immédiate (LI)	Délivrance fractionnée 7jours
<ul style="list-style-type: none"> • FENTANYL transdermique 	Dispositifs	Délivrance

DUROGESIC patch 12-25-50-75-100 µg/h FENTANYL MYLAN patch 12-25-50-75-100 µg/h FENTANYL SANDOZ patch 12-25-50-75-100 µg/h FENTANYL TEVA SANTE patch 25-50-75-100 µg/h MATRIFEN patch 12-25-50-75-100 µg/h	transdermiques à libération prolongée (LP)/72h	fractionnée 14 jours
--	--	-------------------------

Pour mémoire : Procédure sur les Thérapeutiques possibles en sous cutanée :

Discontinue = pas dans une perfusion en continue

	AMM	POSSIBLE MAIS PAS DE NIVEAU DE PREUVE DE L'EFFICACITE	PREPARATION
ANTIBIOTIQUES			
	THIOPHENICOL		
		CEFTRIAXONE	1g dans 5mL de xylocaïne 1% en sous cutanée
		TEICOPLANINE ^B	En SC directe ou perfusion SC sur 30 min
		AMIKACINE	En SC directe ou perfusion sur 15 à 30 minutes
		CEFEPIME	Perfusion en SC sur 30 minutes
		TOBRAMYCINE	Perfusion en SC sur 20 minutes après dilution dans 50mL de NaCl 0.9%
		AUGMENTIN	
		AMPICILLINE ^C	Discontinue
		GENTAMYCINE ^C	Discontinue
OPIOIDES			
	MORPHINE		
	OXYCODONE		
	BUPRENORPHINE		
	NALBUPHINE		
		TRAMADOL ^C	
		FENTANYL ^C	
		SUFENTANIL ^C	
		METHADONE	Forme injectable en ATU
ANTIDOTE OPIOIDE			
	NALOXONE		Discontinue/ Continue
AUTRES ANTALGIQUES			
		KETAMINE ^C	Continue
		PARACETAMOL	
		NEFOPAM ^C	
CORTICOIDES			
		DEXAMETHASONE	Directe
		METHYLPREDNISOLONE	SC directe ou

			perfusion sur 15 minutes
AINS			
		KETOPROFENE	
ANTI-ULCEREUX			
		ESOMEPRAZOLE	Dilution dans 50ml de NaCl de 0.9% , passer sur 1h
		OMEPRAZOLE ^C	Dilution dans 100ml de NaCl 0.9% ou injection directe stricte
		RANITIDINE	
BIPHOSPHONATES			
		ZOLEDRONATE ZOMETA®	
ANTISPASMODIQUES			
	SCOPOLAMINE®		
	SCOBUREN®		
	OCTREOTIDE		Mettre température ambiante avant d'injecter
	LANREOTIDE LP (somatuline® LP)		Pas la forme LP 30MG
	ATROPINE		
		PHLOROGLUCINOL	
ANTIEMETIQUES			
		METOCLOPRAMIDE ^C	Discontinue ou continue
		CHLORPROMAZINE ^C	Eviter le continue
		HALOPERIDOL ^C	Continue ou discontinue
		GRANISETRON	Directe
		ONDANSETRON ^C	Continue
DIURETIQUES			
		FUROSEMIDE ^C	Discontinue
ANTIHYPERTENSEUR AUTRE			
		CLONIDINE	
ANTIHISTAMINIQUES			
	DEXCLHORPHENIRAMINE		Discontinue
		HYDROXYZINE	-pas de preuves -discontinue
ANXIOLYTIQUES			
		MIDAZOLAM ^B	Continue/ Discontinue
		CLONAZEPAM	Discontinue Injection directe stricte
		CHLORAZEPATE	Discontinue
		DIAZEPAM	Discontinue
ANTIDOTE BENZODIAZEPINES			
		FLUMAZENIL	Discontinue
NEUROLEPTIQUES			

		CHLORPROMAZINE	Voir anti-émétique
		HALOPERIDOL	Voir anti-émétique
		LEVOMEPRIMAZINE ^C	Continue/ Discontinue
		CYAMEMAZINE	-discontinue
		TIAPRIDE	-Discontinue -Injection directe stricte
ANTIDEPRESSEURS			
		AMITRIPTYLINE	Continue/ Discontinue
		CLOMIPRAMINE	
		CITALOPRAM	
STIMULANT DU TRANSIT			
	PROSTIGMINE		
	BROMURE DE METHYLNATREXONE		

Grade^B: présomption scientifique

Grade^C: faible niveau de preuve