

Soins palliatifs

UE Dispensation 2022/2023 DFASP2

C. Breuker



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Antalgie des douleurs rebelles et
pratiques sédatives chez l'adulte :
prise en charge médicamenteuse
en situations palliatives
jusqu'en fin de vie**

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Janvier 2020

Définition (SFAP)

Les soins palliatifs sont des **soins actifs** délivrés dans une **approche globale** de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

L'objectif des soins palliatifs est de **soulager les douleurs physiques** et les autres symptômes, mais aussi de **prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle**.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont **interdisciplinaires**.

Ils s'adressent au **malade** en tant que personne, à sa **famille** et à ses **proches**, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.



Note méthodologique et de synthèse documentaire

« Comment améliorer la sortie de l'hôpital et
favoriser le maintien à domicile des patients
adultes relevant de soins palliatifs ? »

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) a publié ses données sur la mortalité en 2008 et a étudié l'évolution des causes de décès depuis 2000 (14) : elles sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1. Effectifs et pourcentages de décès standardisés en France en 2008

Cause du décès	Nombre	Pourcentage
Tumeurs	160 789	29,6
Maladies cardio-vasculaires	149 541	27,5
Accidents	24 866	4,6
Maladie d'Alzheimer	17 283	3,2
Causes inconnues ou non précisées	13 628	2,5
Diabète	11 713	2,2
Pneumonie, grippe	11 014	2,0
Suicides	10 571	1,9
Démences	10 015	1,8
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	9 291	1,7
Maladies chroniques du foie	7 674	1,4
Maladies du rein et de l'uretère	7 165	1,3
Maladie de Parkinson	4 620	0,9
Autres causes	104 989	19,3
Toutes causes	543 139	100,0

Tableau 2. Répartition (%) des personnes décédées selon les trajectoires de lieux de séjour durant le dernier mois de l'existence en fonction de la cause du décès

Trajectoire de fin de vie	Cancer	Maladie cardiovasculaire	Maladie cérébrovasculaire neurologique	Maladie infectieuse	Maladie de l'appareil respiratoire	Maladie de l'appareil digestif	Troubles mentaux	Toutes causes
<i>(répartition des causes de décès)*</i>	(31 %)	(21,4 %)	(15,6 %)	(7,4 %)	(6,5 %)	(4,2 %)	(3 %)	
Pas de changement de lieu de vie	53,3	55,2	60,5	38,7	42,9	35,5	82,5	54,7
Du domicile vers l'hôpital	32,9	27,3	28,8	31,9	37,1	47,1	4	29,6
De la maison de retraite vers l'hôpital	3,4	8,3	5,9	21,1	13,4	8,8	2,9	7,3
De l'hôpital vers le domicile ou la maison de retraite	5,5	3,6	2,6	1,2	1,6	4,7	6,5	3,6
Va-et-vient	2	3,7	1,1	3,9	3,	2,4	2,1	2,7
Autre trajet	2,8	1	1,1	2,3	0,9	0,6	1,1	1,4
Total	100	100	100		100	100	100	100

* La répartition des causes de décès est indiquée pour information sur la population concernée : ne sont pas décrits, les décès dus à une autre cause (8,9 %) et à une cause non connue (1,8 %).

Tableau 2. Répartition (%) des personnes décédées selon les trajectoires de lieux de séjour durant le dernier mois de l'existence en fonction de la cause du décès

Trajectoire de fin de vie	Cancer	Maladie cardiovasculaire	Maladie cérébrovasculaire neurologique	Maladie infectieuse	Maladie de l'appareil respiratoire	Maladie de l'appareil digestif	Troubles mentaux	Toutes causes
---------------------------	--------	--------------------------	--	---------------------	------------------------------------	--------------------------------	------------------	---------------

- 28 jours avant le décès :
 - 68,3 % des personnes sont à domicile ou en maison de retraite,
 - 2/3 d'entre elles décèdent à l'hôpital :
 - 39 % sont hospitalisées entre le 28^e et le 7^e jour avant leur décès,
 - puis 40,7 % de celles qui étaient encore à leur domicile à J-7 sont hospitalisées au cours de la semaine qui précède leur décès,
 - 12,8 % des personnes en fin de vie à domicile sont hospitalisées dans les dernières 24 heures,
 - au total, le pourcentage de personnes hospitalisées augmente de 30,2 % jusqu'à 60,7 % à J-1 et 63,8 % à J-0,
 - parmi les personnes qui étaient en maison de retraite, 69,2 % y sont restées sans discontinuer jusqu'à la fin de leur vie, 14 % et 17,5 % ont été hospitalisées respectivement dans les 21 et 7 jours, et 4,4 % la veille de leur décès ;
- 30,3 % des personnes étaient à l'hôpital 28 jours avant leur décès : 88,4 % d'entre elles y séjournent toujours à J-7 et plus de 95 % d'entre elles y restent jusqu'à leur décès ;

Autre trajet	2,8	1	1,1	2,3	0,9	0,6	1,1	1,4
Total	100	100	100		100	100	100	100

* La répartition des causes de décès est indiquée pour information sur la population concernée : ne sont pas décrits, les décès dus à une autre cause (8,9 %) et à une cause non connue (1,8 %).

Tableau 2. Répartition (%) des personnes décédées selon les trajectoires de lieux de séjour durant le dernier mois de l'existence en fonction de la cause du décès

Trajectoire de fin de vie	Cancer	Maladie cardiovasculaire	Maladie cérébrovasculaire neurologique	Maladie infectieuse	Maladie de l'appareil respiratoire	Maladie de l'appareil digestif	Troubles mentaux	Toutes causes
---------------------------	--------	--------------------------	--	---------------------	------------------------------------	--------------------------------	------------------	---------------

CONCLUSION

Alors que 81 % des Français souhaiteraient finir leur vie chez eux, 59 % des décès se sont produits à l'hôpital en 2009.

Les soins palliatifs à domicile augmentent la fréquence des personnes qui finissent leur vie et décèdent dans leur lieu de vie habituel.

La prise en charge de patients en soins palliatifs dans leur lieu de vie nécessite la disponibilité des professionnels libéraux, le cas échéant l'appui d'un réseau ou de l'EMSP (qui ne dispensent pas de soins), du SSIAD ou d'une HAD, la coordination des soins et aides, la transmission des informations et la présence d'aidants.

la maison de retraite								
Va-et-vient	2	3,7	1,1	3,9	3,	2,4	2,1	2,7
Autre trajet	2,8	1	1,1	2,3	0,9	0,6	1,1	1,4
Total	100	100	100		100	100	100	100

* La répartition des causes de décès est indiquée pour information sur la population concernée : ne sont pas décrits, les décès dus à une autre cause (8,9 %) et à une cause non connue (1,8 %).

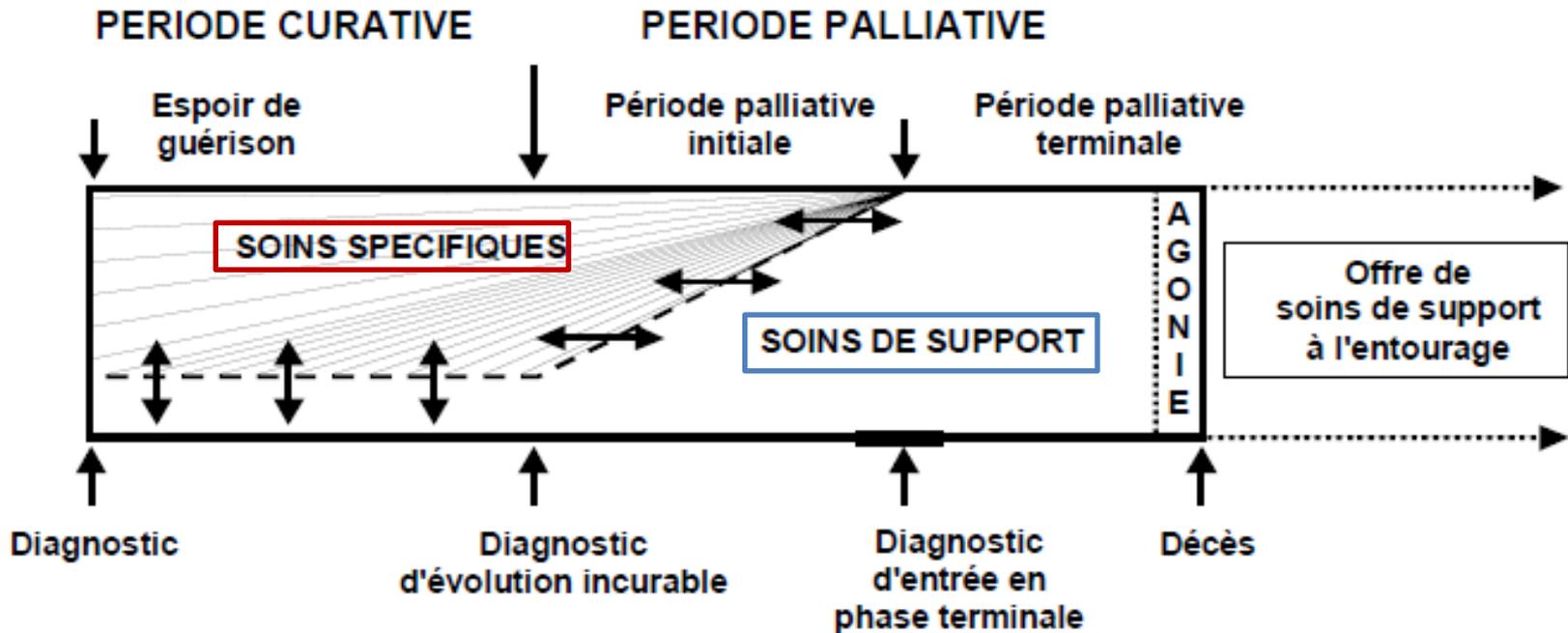
Enjeux et besoins

- Les soins palliatifs => un défi selon l'OMS
 - **Population âgée et malade augmente** (600 millions de personnes de plus de 60 ans)
 - **Epidémie de SIDA** touche 46 millions de personnes
 - **Augmentation du nombre de cancers** : 10 millions de nouveaux cas diagnostiqués par an
- Nécessité
 - Pour les patients
 - Pour les proches
 - Pour les soignants

Soins palliatifs et soins de support

CONTINUITÉ ET GLOBALITÉ DES SOINS EN PALLIATIF

Le schéma idéal



Monsieur X, atteint d'un cancer de la prostate métastatique en échec de traitement, est hospitalisé suite à son AEG ainsi que pour la prise en charge de sa symptomatologie douloureuse

Ordonnance d'entrée

Co-rénitec® (20/12,5mg) 1 cp/j

Paracétamol 1g x 3 /j

Contramal® 50 mg 2cp si besoin (max 6 gel/j)

Pantoprazol 20mg/j

Forlax 10g 2 sachets le matin

Le patient se dit très douloureux.

Quelle stratégie doit être adoptée?

Monsieur X, atteint d'un cancer de la prostate métastatique en échec de traitement, est hospitalisé suite à son AEG ainsi que pour la prise en charge de sa symptomatologie douloureuse

Ordonnance d'entrée

Co-rénitec® (20/12,5mg) 1 cp/j

Paracétamol 1g x 3 /j

Contramal® 50 mg 2cp si besoin (max 6 gel/j)

Pantoprazol 20mg/j

Forlax 10g 2 sachets le matin

Le patient se dit très douloureux.

Quelle stratégie doit être adoptée?

Interrogatoire du patient ++++++

Interrogatoire du patient

Évaluation de la douleur

Localisation (précise, diffuse...)

Intensité (échelle, varie selon patient!!!!)

Qualité (description)

Chronologie (depuis combien de temps, évolution)

Facteurs qui ↑ ou ↓ la douleur

Effets de la médication prise par le patient

Consommation d'antalgique (calcul nombre ED)

Efficacité Vs effets secondaires

Conséquence sur la vie de tous les jours du patient

Rq Symptômes de la douleur difficiles à définir par le patient!!!

« Elancements, pénétrante, décharges électriques, coups de poignard, en étau, tiraillement, brûlure, fourmillement, lourdeur, épuisante, angoissante, obsédante, insupportable, énervante, exaspérante, déprimante... »

Interrogatoire de Mr x

Évaluation de la douleur

Au niveau lombaire assez précise

Importante à 12/10 au pic

Douleur en étau, lourde, constante depuis quelques semaines

Surtout le matin mais également la nuit

Augmente avec la mobilisation (levé, douche...)

Effets de la médication prise par le patient

Prend 10 cp de contramal® 50 mg

Traitement peu efficace, effet dure 1 h

Légère constipation et nausée

Conséquence sur la vie de tous les jours du patient

Dit très mal dormir et économiser ses mouvements

Patient pleur durant entretien

Rq malgré une douleur importante le patient « ne semble pas douloureux »

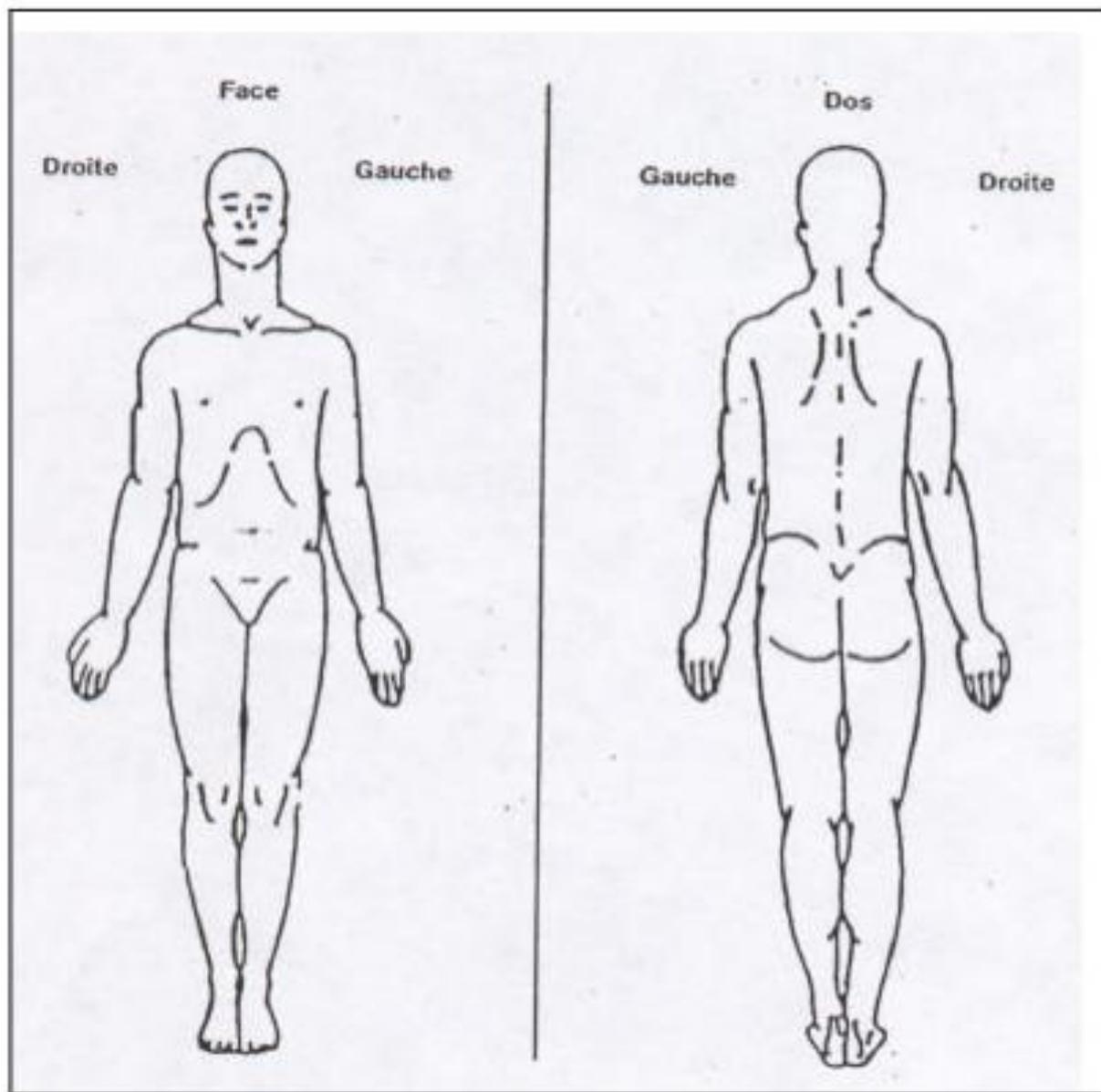
Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



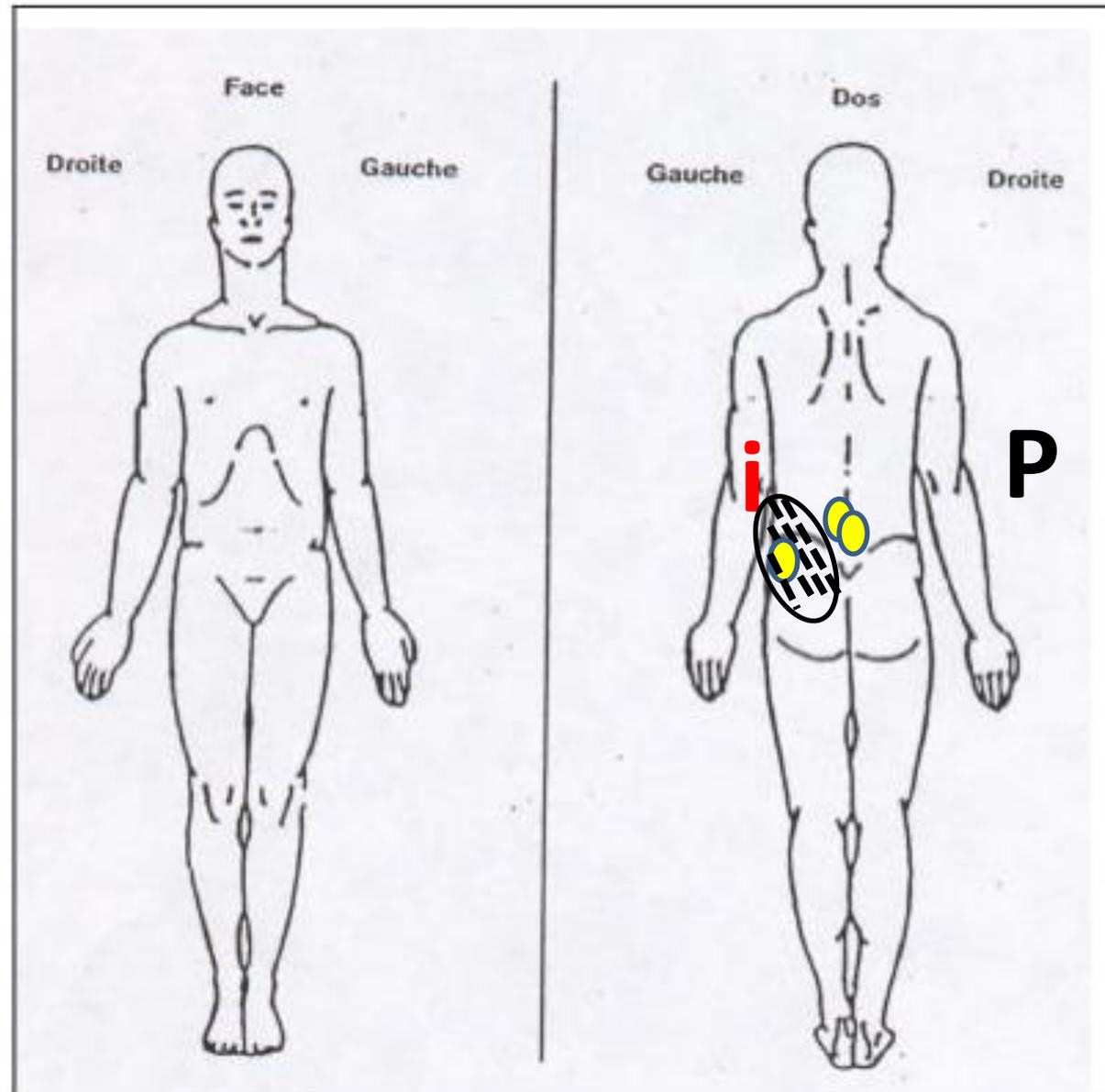
Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



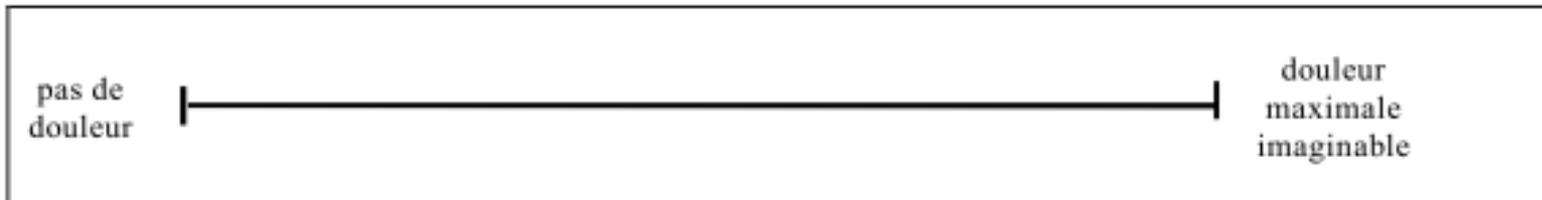
Echelle visuelle analogique

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

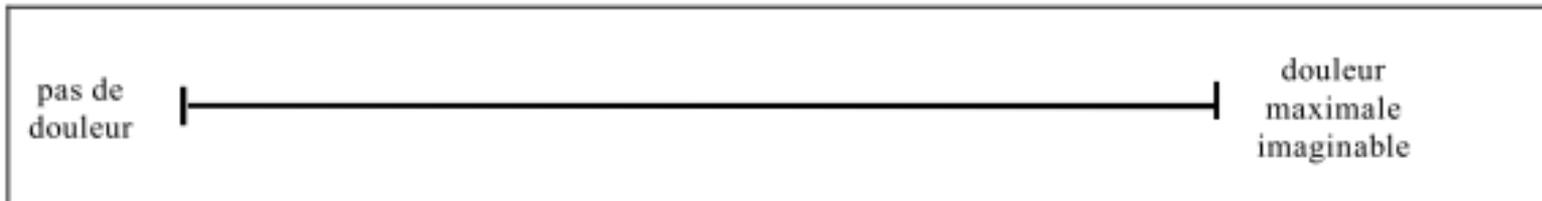
Douleur au moment présent :



Douleur habituelle depuis les 8



Douleur la plus intense depuis les 8



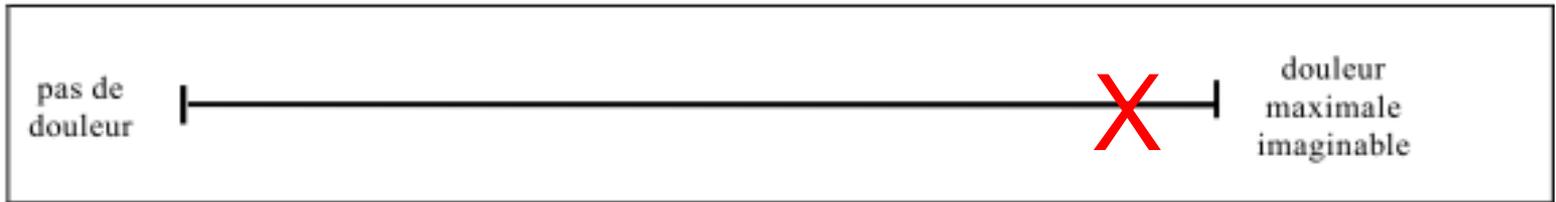
Echelle visuelle analogique

Indiquez par une croix ou un trait sur la ligne le niveau de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :



Douleur habituelle depuis les 8



Douleur la plus intense depuis les 8



Echelle numérique

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Echelle numérique

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des 3 types de douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Echelle du retentissement sur le comportement quotidien

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Echelle du retentissement sur le comportement quotidien

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Annexe 5. Échelle d'évaluation des symptômes : *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*

Date :

Heure :

Nom – Prénom :

REPLI PAR : PATIENT FAMILLE SOIGNANT PATIENT AIDÉ PAR SOIGNANT

Tracer sur les lignes ci-dessous une barre verticale (ou une croix) correspondant le mieux à ce que vous ressentez actuellement :

Pas de douleur	_____	Douleur maximale
Pas de fatigue	_____	Fatigue maximale
Pas de nausée	_____	Nausées maximales
Pas de déprime	_____	Déprime maximale
Pas d'anxiété	_____	Anxiété maximale
Pas de somnolence	_____	Somnolence maximale
Pas de manque d'appétit	_____	Manque d'appétit maximal
Aucun essoufflement	_____	Essoufflement maximal
Je me sens bien	_____	Je me sens mal

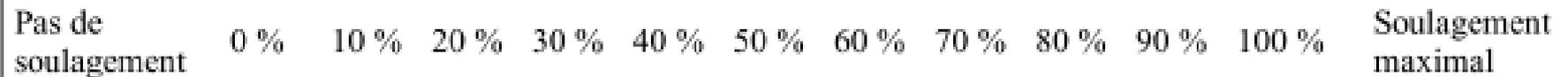
Autres symptômes (sudation, bouche sèche, vertige, sommeil, etc.) :

Mesure de l'intensité du soulagement de la douleur

ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE



ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

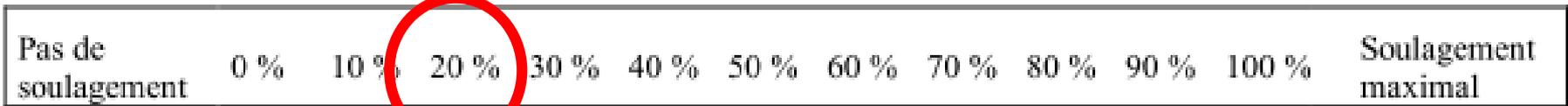
<u>Soulagement</u>	<u>Scores</u>
nul	0
faible	1
modéré	2
important	3
complet	4

Mesure de l'intensité du soulagement de la douleur

ÉCHELLE 1 : ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



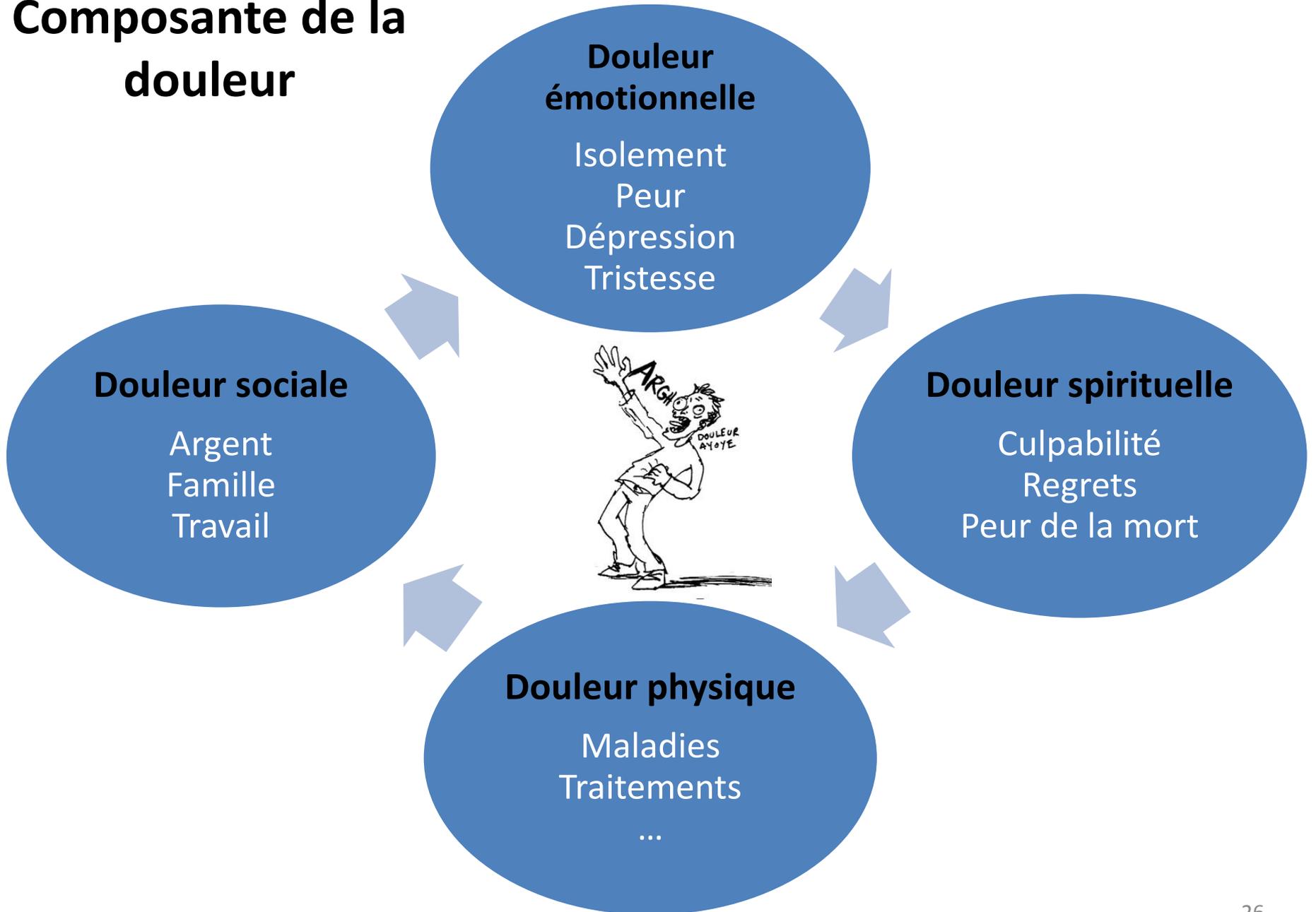
ÉCHELLE 2 : ÉCHELLE NUMÉRIQUE



ÉCHELLE 3 : ÉCHELLE VERBALE SIMPLE

Soulagement	Scores
nul	0
faible	1
modéré	2
important	3
complet	4

Composante de la douleur



Douleur physique

Rappel

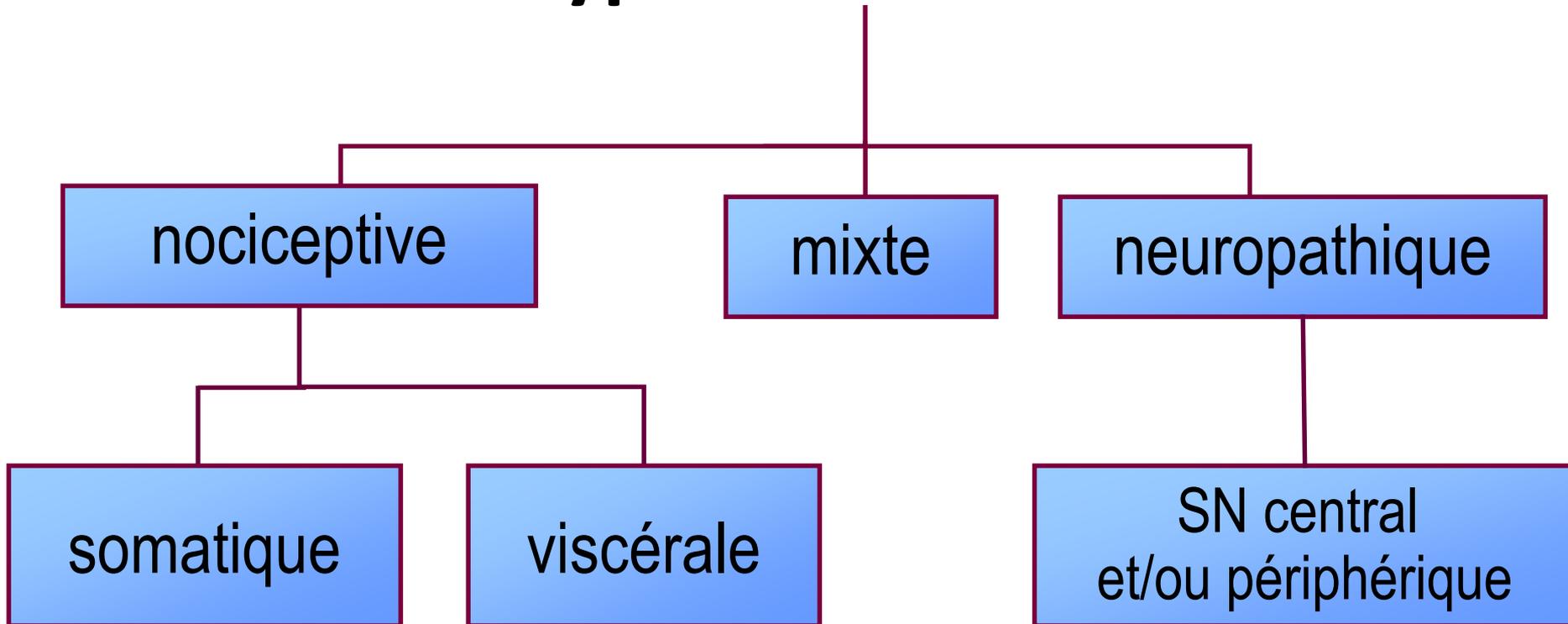
Douleur nociceptive: résulte de l'activation directe des nocicepteurs périphériques ex envahissement tumoral (pression, infiltration, destruction), troubles trophiques et de réactions inflammatoires secondaires entraînant la libération de substances algogènes (ex substance P) qui sensibilise les nocicepteurs.

Douleur neuropathique: habituellement secondaire à une infiltration ou à une lésion nerveuse d'origine périphérique ou centrale (rôle des récepteurs NMDA).

Principaux symptômes associés à la douleur :

- Trouble du sommeil
- Anxiété
- Dépression

Types de douleurs



Douleur physique

Type	Atteinte	Caractéristiques
Somatique	Cutanés, muscles, articulations, os	Localisée Généralement constante ↑ au mouvement, à la pression Irradiation possible (os, articulation)
Viscérale	Distension des viscères	Activation sympathique Mal localisée, constante, profonde Paroxysmes douloureux avec N ou V Irradiation cutanée possible
Nerveuse	Domage nerveux, sensibilisation centrale et périphérique des récepteurs	Brûlure profonde, élancement, choc électrique, coup de poignard. Irradiation nerveuse. 2 ^{air} à une compression, infiltration, infection (ex zona), traitements (chimio, radio, chirurgie...) Spontanée et anarchique. Difficile à soulager efficacement.

Douleur physique

Type	Atteinte	Caractéristiques
Somatique	<u>Cutanés, muscles, articulations, os</u>	Localisée Généralement constante ↑ au mouvement, à la pression Irradiation possible (os, articulation)
Viscérale	Distension des viscères	Activation sympathique Mal localisée, constante, profonde Paroxysmes douloureux avec N ou V Irradiation cutanée possible
Nerveuse	Domage nerveux, sensibilisation centrale et périphérique des récepteurs	Brûlure profonde, élancement, choc électrique, coup de poignard. Irradiation nerveuse. 2 ^{air} à une compression, infiltration, infection (ex zona), traitements (chimio, radio, chirurgie...) Spontanée et anarchique. Difficile à soulager efficacement.

Le patient est hospitalisé suite à son AEG ainsi que pour la prise en charge de sa symptomatologie douloureuse

Ordonnance d'entrée

Co-rénitec® (20/12,5mg) 1 cp/j

Paracétamol 1g x 3 /j

Contramal® 50 mg 2cp si besoin (max 6 gel/j)

Pantoprazol 20mg/j

Forlax 10g 2 sachets le matin

Bilan pour notre patient

- Traitement médicamenteux non adapté à revoir
- Douleur intense, par excès de nociception, atteinte osseuse
- Trouble de l'humeur et du sommeil à prendre en compte
- Objectif de soulagement à définir avec patient

Soulagement clinique...

S'entendre sur des objectifs réalistes (seuil acceptable/confortable)

Rq en soins pall, le temps est compté...

Soulager la douleur: la nuit

au repos

lors des activités quotidiennes

lors des activités de loisirs

Evaluer et réévaluer

Les effets analgésiques

Les effets secondaires...

Individualiser le traitement

Selon historique médicamenteux, traitements associés (interaction)

Type de douleur (nociceptives / neuropathiques)

Effets indésirables, allergies, intolérances, contre-indications

Désir du patient

=> pas de solution magique

Soulagement clinique...

S'entendre sur des objectifs réalistes (seuil acceptable/confortable)
seuil tolérable pour le patient 5/10

Soulager la douleur: la nuit +++
au repos
lors des activités quotidiennes +++
lors des activités de loisirs

Evaluer et réévaluer

Les effets analgésiques
Les effets secondaires...

Individualiser le traitement

Selon historique médicamenteux, traitements associés (interaction)
Type de douleur (nociceptives / neuropathiques)
Effets indésirables, allergies, intolérances, contre-indications
Désir du patient
=> pas de solution magique

Quelle stratégie doit être adoptée?

Prise en charge des douleurs osseuses

- Liées aux métastase → ostéolyse + libération substances algogènes
- Fréquentes lors de cancers pulmonaires, sein, prostate, myélome

Au bout d'une semaine le traitement du patient est le suivant:

Apranax® 275mg matin et soir (↓ au bout de 2 jour)

Calcitonine 100UI x2/j (+ EMLA patch avant injection)

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Topalgic LP 200 matin et soir

Actiskenan 5 mg à la demande (max 6 gél/j)

Paracétamol 4g/j

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j si besoin

=> analyse de l'ordonnance

Quelle stratégie doit être adoptée?

Prise en charge des douleurs osseuses

- Liées aux métastase → ostéolyse + libération substances algogènes
- Fréquentes lors de cancers pulmonaires, sein, prostate, myélome

Au bout d'une semaine le traitement du patient est le

Co-analgésie

Apranax® 275mg matin et soir (↓ au bout de 2 jour)

Calcitonine 100UI x2/j (+ EMLA patch avant injection)

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Iopalgic LP 200 matin et soir

Actiskenan 5 mg à la demande (max 6 gél/j)

Paracétamol 4g/j

Analgésie

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j si besoin

Symptômes
associés

=> analyse de l'ordonnance

Quelle stratégie doit être adoptée?

Prise en charge des douleurs osseuses

Topalgic LP 200 matin et soir

Actiskenan 5 mg à la demande (max 6 gél/j)

Paracétamol 4g/j

Arrêt tramadol

MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate ou LP ?

Patient hospitalisé voie SC envisageable

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

Par quelle posologie commencée ?

MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate ou LP ?

Patient hospitalisé voie *per os* ou SC envisageable

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

équianalgésie opioïdes/morphine orale (MO)

Calcul de
dose pour
voie SC

Calcul de dose pour voie SC

MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate

Patient hospitalisé voie SC envisageable

Analgésiques	Equivalents posologiques	Rapport d'analgésie
Codéine	60mg = 10 mg MO	1/6
Tramadol	50mg = 10 mg MO	1/5
Morphine IV	3,3mg = 10mg MO	3
éq Morphine SC	5mg = 10 mg MO	2
Hydromorphone	4 mg = 30 mg MO	7,5
Buprénorphine	0,2 = 6 mg MO	30
Nalbuphine (SC)	5mg = 10 MO	2
Fentanyl transdermique	25µg/h = 60 mg MO	100 à 150
Oxycodone	10mg = 20 mg MO	2
Oxycodone (SC/IV)	5 mg = 15 à 20 mg MO	3 à 4

per os LP
soit 30mg

Calcul de dose pour voie SC

MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate

Patient hospitalisé voie per os ou SC en ambulatoire

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

$30\text{mg} + 400\text{mg}/5 = 110\text{mg morphine orale/j soit } 55\text{mg en SC}$

55mg à répartir toutes les 4 heures soit 9,16 mg \approx à 8mg

ED = 50% de la dose/4h ou 1/6 dose/12h ou 10-15%/24h

ED à 4mg toutes les 30min à la demande

si plus de 2 ED/1h prévenir médecin

Surveillance:

Fonctions vitales: rythme respiratoire >12 bpm

Echelle de la douleur

C° du nombre d'ED

Effet indésirable (sommolence, hallucination, constipation...) 39

Calcul de dose pour voie PO

MEP d'un traitement par morphine en systématique

Voie orale ou injectable (SC), libération immédiate

Patient hospitalisé voie per os ou SC en ambulatoire

Calcul du besoin en opioïde puis passage *per os* LP

6 actiskénan 5 mg soit 30mg

Tramadol 400mg

$30\text{mg} + 400\text{mg}/5 = 110$ morphine orale/j

110mg à répartir toutes les 4 heures soit $18,3\text{mg} \approx 15\text{mg}$

ED = 50% de la dose/4h ou $1/6$ dose/12h ou 10-15%/24h

ED à 7mg toutes les 60min à la demande

si plus de 2 ED/2h prévenir médecin

Oramorph 20mg/ml 8gttes = 10mg

Surveillance:

Fonctions vitales: rythme respiratoire >12 bpm

Echelle de la douleur

C° du nombre d'ED

Effet indésirable (somnolence, hallucination, constipation...) ⁴⁰

MEP d'un traitement par morphine en systématique

Quelques jours plus tard le patient va mieux, sa douleur semble contrôlée à 5/10 avec des pics à 7/10 qui diminuent à 5/10 après les ED.

Il est actuellement à:

30mg Morphine SC / 4 heures

15mg Morphine SC en ED/30min à la demande

Il utilise en moyenne 1 à 2 ED/j

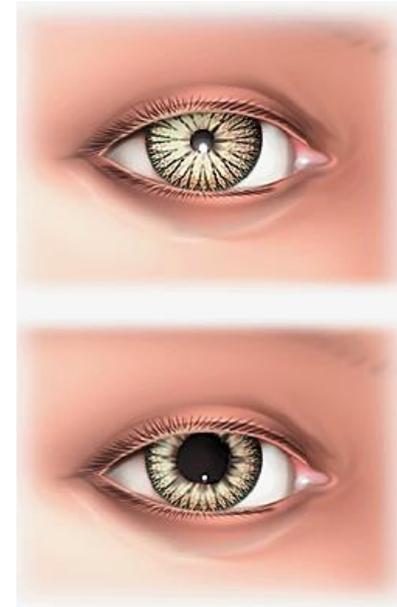
Mr X présence qqc myoclonies et un début de myosis

Rythme respiratoire à 12

Patient se dit un peu confus et somnolent

=> mais préfère ne pas avoir mal

Selles de plus en plus difficiles



=> Début des EI des morphiniques, mais patient satisfait du traitement

=> Pics douloureux gérés par ED,

=> Relai à prévoir pour retour domicile

Annexe 4. Échelle de surveillance des symptômes

Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire : *Respiratory Distress Observation Scale (RDOS)*

	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (/min)	< 90	90-109	≥ 110
Fréquence respiratoire (/min)	< 19	19-30	> 30
Agitation : mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents
Respiration abdominale paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires : élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée
Râles de fin d'expiration	non		oui
Battements des ailes du nez	non		oui
Expression de crainte : <ul style="list-style-type: none">• yeux grands ouverts• muscles du visage contractés• froncement des sourcils• bouche ouverte• dents serrées	non		oui
TOTAL*			

Traduction française d'après Persichini

* Chaque item est coté de 0 à 2 : l'échelle note donc la dyspnée de 0 à 16 : 0 = absence de dyspnée, 16 = dyspnée maximale. Un score supérieur à 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère.

MEP d'un traitement par morphine en systématique

30mg Morphine SC / 4 heures

15mg Morphine SC en ED/30min à la demande

Il utilise en moyenne 1 à 2 ED/j

Relai PO à prévoir pour retour domicile

Relai Per OS Morphine LP ou dispositif transdermique

Choix du patient « patch »

Quand débiter le patch à quelle dose ?

C° opioïde doses régulières $30\text{mg} \times 6 = 180\text{ mg}$ morphine SC

Analgésiques	Equivalents posologiques	Rapport d'analgésie
Codéine	60mg = 10 mg MO	1/6
Tramadol	50mg = 10 mg MO	1/5
Morphine IV	3,3mg = 10mg MO	3
Morphine SC	5mg = 10 mg MO	2
Hydromorphone	4 mg = 30 mg MO	7,5
Buprénorphine	0,2 = 6 mg MO	30
Nalbuphine (SC)	5mg = 10 MO	2
 Fentanyl transdermique	25µg/h = 60 mg MO	100 à 150
Oxycodone	10mg = 20 mg MO	2
Oxycodone (SC/IV)	5 mg = 15 à 20 mg MO	3 à 4

C° opioïde doses régulières 180mg morphine SC

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Tableau 5. Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur liée au cancer par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale) (d'après la version 8 – octobre 2016).

Morphine (mg)									Oxycodone (mg)						Hydro- morphone (mg)	Fentanyl (µg)	
PO			SC			IV			PO			SC - IV			PO	Transdermique	Transmuqueux
Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose du bolus*		Dose/24 h	Dose/72 h	Dose du bolus**
	1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6		1/10	1/6			
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	1	1,5	6,5	0,5	1			Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une antalgésie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (cf. AMM)
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	1,5	2,5	10	1	1,5		12	
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	3	5	20	2	3	8	25	
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	4,5	7,5	30	3	5		37	
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	6	10	40	4	7	16	50	
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	8	13	53	5	9			
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	9	15	60	6	10	24	75	
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	10	17	67	7	11			
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	12	20	80	8	13	32	100	
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	14	23	93	9	16			
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	15	25	100	10	17	40	125	
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	18	30	120	12	20	48	150	
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	20	33	133	13	22			
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	24	40	160	16	27	64	200	
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	27	45	180	18	30	72	225	
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	30	50	200	20	33	80	250	
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	36	60	240	24	40	96	300	
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	45	75	300	30	50	120	375	
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	50	83	333	33	56		412	

* Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = libération prolongée = durée d'action 12 h ; LI = libération immédiate = durée d'action 4 à 6 h.

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV – Délais action approximatifs de morphine LI : per os : 40 mn, SC : 20 mn. IV : 10 mn.

1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.

1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle).

OPIOConvert

Accueil



OPIOCONVERT

L'application est éditée par les trois sociétés savantes :



Un groupe de travail issu de ces Sociétés a établi des recommandations concernant les ratios de changement d'opioïdes ou de voie d'administration des opioïdes.

N'oublions pas que les modalités d'administration du nouvel opioïde doivent prendre en compte le motif du changement (inefficacité ou intolérance), la pharmacocinétique de la molécule en question, la cinétique de libération de la forme galénique utilisée, l'état métabolique du patient et les éventuelles interactions médicamenteuses.

Accueil Avertissements Calculatrice Infos

Calculatrice

Molécule de départ

1 2 3 4

Choisir une molécule

MORPHINE

OXYCODONE

FENTANYL

HYDROMORPHONE

METHADONE

Accueil Avertissements Calculatrice Infos

Calculatrice

Récapitulatif

< Retour 4

Molécule d'entrée
MORPHINE SC 60 mg/24h

Molécules de sortie
FENTANYL PATCH

Avertissement

Titration avec des interdoses de morphine ou d'oxycodone à libération normale du 1/10ème au 1/6ème de la dose de morphine ou d'oxycodone correspondante des 24h. Ne pas équilibrer le traitement de fond avec du Fentanyl transmuqueux en interdose.

Résultats
50mcg/hr

Commencer une nouvelle conversion

Accueil Avertissements Calculatrice Infos

C° opioïde doses régulières 180mg

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Fentanyl transdermique 25µg/h = 60 mg MO

Patient à 180mg morphine SC = 360 mg MO = $(360/60) \times 25 = 150 \mu\text{g/h}$

Rotation des opioïdes diminution dose $\approx 20-25 \%$

Selon dosage des patchs: Durogésic 125µg/h tous les 3j

Posologie ED ????

C° opioïde doses régulières 180mg

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Fentanyl transdermique 25µg/h = 60 mg MO

Patient à 180mg morphine SC = 360 mg MO = $(360/60) \times 25 = 150 \mu\text{g/h}$

Rotation des opioïdes diminution dose \approx 20-25 %

Selon dosage des patchs: Durogésic 125µg/h tous les 3j

Posologie ED Actiskénan 30mg / 2h à la demande (max 3/j)

Rq patient à domicile risque de surdosage augmenté, marge de sécurité à prévoir avec ED.

Quand effectuer une rotation d'opioïdes

Survenue effets indésirables significatifs que la douleur soit contrôlée ou non (effets neurologiques, respiratoires ou gastro-intestinaux).

Compliance inadéquate : difficulté à avaler, de compréhension, simplifier plan de prise pour le patient.

Problème pharmacologique: interaction, problème d'absorption...

Inefficacité du traitement/tolérance malgré dose importante

Rotation d'un opioïde A vers un opioïde B: penser à vérifier

Titration efficace de l'opioïde A, évaluer suffisamment longtemps

Existe-t-il des alternatives à la rotation (voie administration...)

Le patient a-t-il déjà reçu d'autres opioïdes, ont-ils été efficace ?

Existe-t-il des interaction entre opioïde B et le reste du traitement ?

Existe-t-il des CI entre opioïde B et la clinique du patient ?

Rotation d'un opioïde A vers un opioïde B

Evaluer la dose journalière de l'opioïde A, convertir en équivalent morphine orale, en déduire la dose théorique en opioïde B

Δ Quand modification de voie d'administration

Diminuer la dose de l'opioïde B de 20 à 25%
(selon situation clinique)

Déterminer la posologie des ED

Réévaluation clinique du patient (douleur, EI...)

Réévaluation de la dose (douleur, nombre ED...)

Méthode de passage d'une voie d'administration à une autre

	0 h	4h	8h	12h	ED
PO LI → patch	Pose du patch + dose LI	dose LI	dose LI	Arrêt PO LI	oui
PO LP → patch	Pose du patch + dose LA	Arrêt PO LP	-	-	oui
SC → patch	Pose patch + dose SC	dose SC	dose SC	Arrêt SC	oui
Perf SC → patch	Pose du patch + Perf SC	Perf SC	Arrêt Perf	-	oui
Patch → PO LI ou LP	Retrait patch	-	Dose PO LI ou LP	Dose LI	oui
Patch → SC	Retrait patch	-	Dose SC	Dose SC	oui
Patch → Perf SC	Retrait patch	Début Perf SC ≈ 6-7 après retrait patch			oui

C° opioïde doses régulières 180mg

Equivalence en Fentanyl transdermique 25/50/75/100µg/h ????

Fentanyl transdermique 25µg/h = 60 mg MO

Patient à 180mg morphine SC = 360 mg MO = $(360/60) \times 25 = 150 \mu\text{g/h}$

Rotation des opioïdes diminution dose $\approx 20-25 \%$

Selon dosage des patches: Durogésic 125µg/h tous les 3j

Posologie ED Actiskénan 30mg / 2h à la demande (max 3/j)

2 jours après la pose du patch, le patient va toujours bien, la douleur à même diminuée, 1 seule ED/j. Le patient est prêt pour retour à domicile.

Ordonnance de sortie

Durogésic 125µg/h tous les 3j

Actiskénan 30mg / 2h à la demande (max 3/j)

Paracétamol PO 4g/j

Calcitonine 100UI x2/j (+ EMLA patch avant injection)

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Zométa 4mg toutes les 4 semaines

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j

Dulcolax 1 à 2cp/j (agit 12-24h)

Lansoyl 1 à 3/j

Si pas de selles durant 3 j Normacol lavement

Pantoprazol PO 40mg

Le patient sera revu dans 1 semaine pour sevrage corticoïde + évaluation du traitement.

5 j plus tard le patient est admis aux urgences avec des symptômes de détresse respiratoire (RR à 6 avec pose respiratoire et SpO₂ < 90).

La famille signale que la douleur de Mr x c'est intensifiée depuis 2 jours et qu'il a pris ses ED comme des « bonbons »

MEP d'un traitement en urgence par Naloxone (Narcan® 0,4mg/1ml)

Posologie en cas d'intoxication aiguë chez patients naïfs

Bolus IV de 0,4 à 2mg (toutes les 2-3 min max 10mg)

Posologie dépression respiratoire due aux opiacés

Bolus IV 1 à 2 µg/kg

Diluer 1 ampoule (1ml) dans 9 ml NaCl

Donner 0,5 à 1 ml (toutes les 2 à 5min)

But levée la dépression respiratoire en gardant un niveau d'analgésie

Rq en cas d'intoxication sévère perfusion possible

5 j plus tard le patient est admis aux urgences avec des symptômes de détresse respiratoire (RR à 6 avec pose respiratoire et SpO₂ < 90).

La famille signale que la douleur de Mr x c'est intensifiée depuis 2 jours et qu'il a pris ses ED comme des « bonbons »

MEP d'un traitement en urgence par Naloxone (Narcan® 0,4mg/1ml)

Posologie en cas d'intoxication aigu chez patients naïfs

Bolus IV de 0,4 à 2mg (toutes les 2-3 min max 10mg)

Posologie dépression respiratoire due aux opiacés

Bolus IV 1 à 2 µg/kg

Diluer 1 ampoule (1ml) dans 9 ml NaCl

Donner 0,5 à 1 ml (toutes les 2 à 5min)

Δ Si dose trop forte de Narcan → syndrome de retrait

Hypertension. tachycardie, mydriase, agitation, larmoiements, rhinorrhée, tremblements, bâillements et N,V,D

5 j plus tard le patient est admis aux urgences avec des symptômes de détresse respiratoire (RR à 6 avec pose respiratoire et SpO₂ < 90).

La famille signale que la douleur de Mr X c'est intensifiée depuis 2 jours et qu'il a pris ses ED comme des « bonbons »

Durant le week end Mr X est hospitalisé en médecine interne

Le traitement morphinique a été modifié durant la garde

Durogésic 175µg/h tous les 3j

Actiskénan 40mg / 1h à la demande (maximum 6/j)

A notre visite le patient est endormi, présente des myoclonies, un myosis (en tête d'épingle) et un RR à 12.

A l'entretien le patient est confus, somnolent (s'endort durant entretien), n'arrive plus à lire et voit des point lumineux au plafond.

Douleur toujours présente malgré augmentation de dose.

=> Conduite à tenir ?????

A notre visite le patient est endormi, présente de légères myoclonies, un myosis (en tête d'épingle) et un RR à 12.

A l'entretien le patient est confus, somnolent (s'endort durant entretien), n'arrive plus à lire et voit des point lumineux au plafond. Douleur toujours présente malgré augmentation de dose.

=> Conduite à tenir ?????

Signes de surdosage mais douleur non contrôlée

Arrêt du patch rééquilibrer à faire

Patient sujet aux surdosages (passage à pompe?)

Aggravation de la douleur initiale ou nouvelle composante?

Interrogatoire

Utilité d'une pompe à morphine ????

- En cas d'accès paroxystiques fréquents nécessitant ED
- Difficultés d'administration par voie orale ou transdermique
- Effets indésirables ou douleurs non contrôlés
- Nécessité d'une titration rapide en cas de douleur intense
- Patient sujet aux surdosages ou sensible au pic plasmatique

Paramètres

Concentration dans cassette (volume 50 ou 100ml)

Débit en ml/h ou mg/h

ED et période réfractaire



Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

Douleur au niveau de la hanche gauche va beaucoup mieux (2 à 3/10)

Depuis quelque jour apparition d'une brûlure intense (8/10) et soudaine comme un coup de poignard qui part du bas du dos jusqu'au pied droit, le patient décrit également des fourmillements.

En passant sa main derrière le dos, le patient déclenche une douleur importante ne cédant après ED.

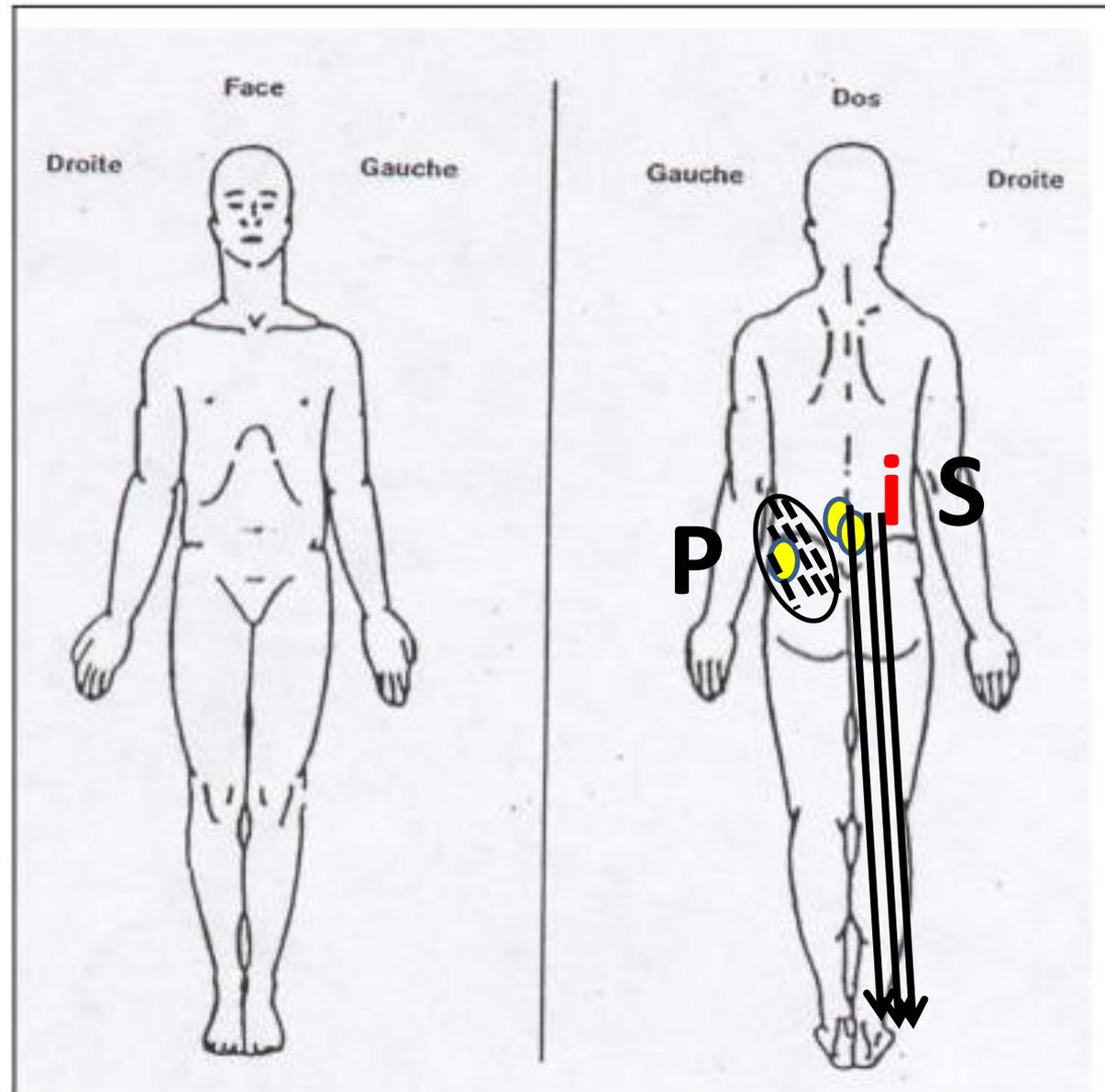
Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

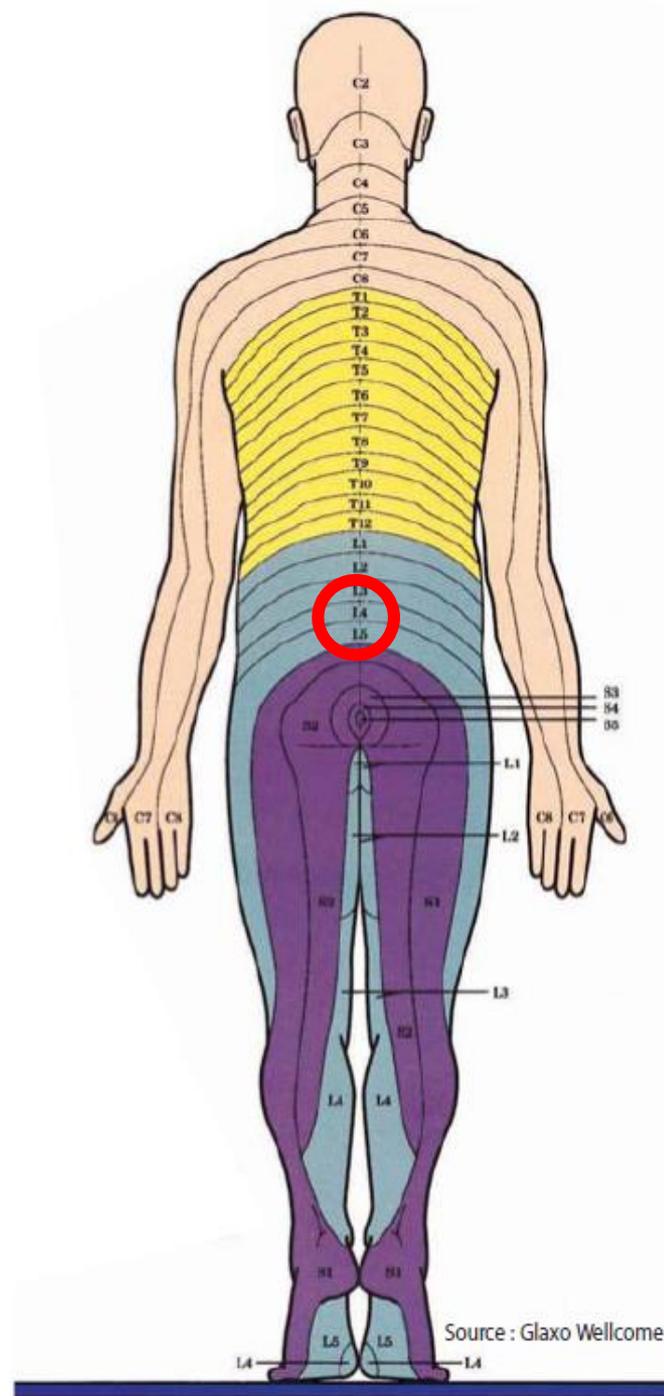
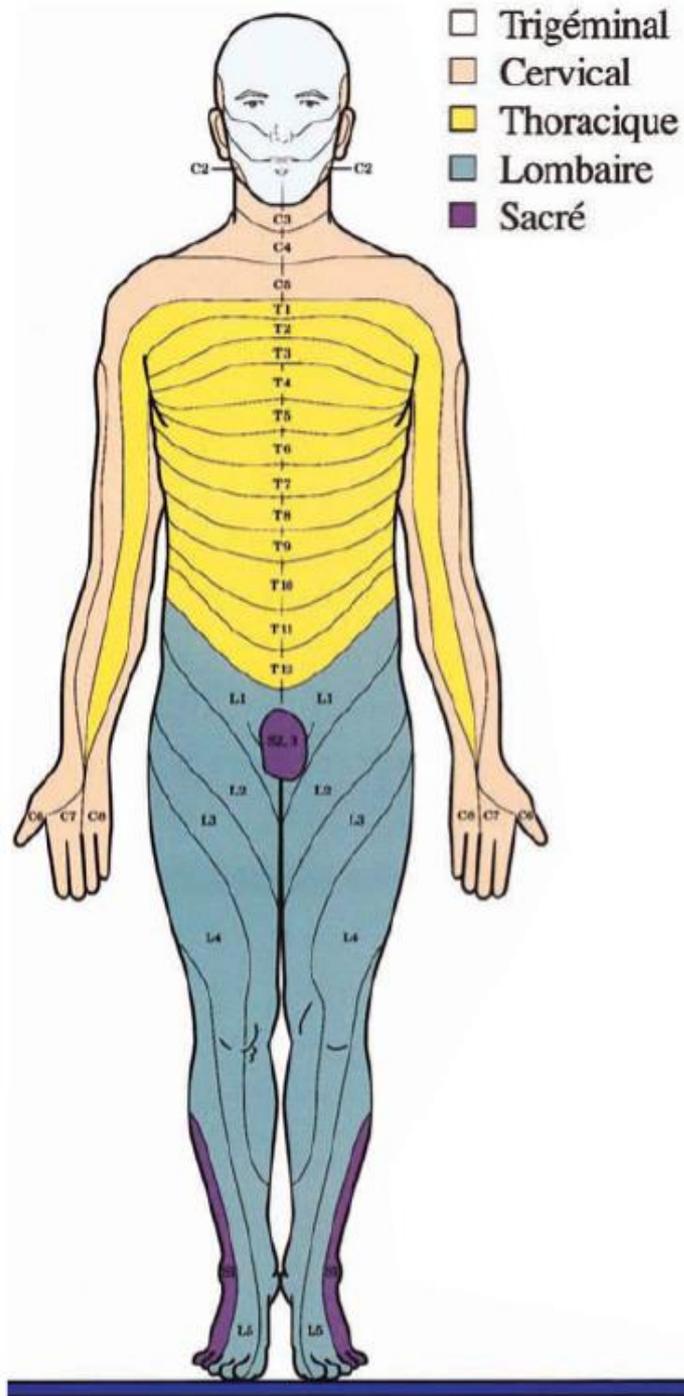
Schéma des zones douloureuses

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.





Source : Glaxo Wellcome

Définitions des symptômes

Allodynie : sensation douloureuse provoquée par une stimulation normalement non douloureuse.

Hyperalgésie : sensation douloureuse anormalement intense provoquée par une stimulation douloureuse normalement moins intense.

Hyperpathie : sensation douloureuse intense et durable survenant après arrêt de stimuli faiblement douloureux.

Hyperesthésie : majoration de la sensibilité.

Hypoesthésie : diminution de la sensibilité.

Dysesthésie : sensations anormales et désagréables mais non douloureuses, spontanées ou provoquées.

Paresthésies : sensations anormales spontanées non douloureuses et non désagréables à type de picotements ou fourmillements

Douleur physique

Type	Atteinte	Caractéristiques
Somatique	Cutanés, muscles, <u>articulations, os</u>	Localisée Généralement constante ↑ au mouvement, à la pression Irradiation possible (os, articulation)
Viscérale	Distension des viscères	Activation sympathique Mal localisée, constante, profonde Paroxysmes douloureux avec N ou V Irradiation cutanée possible
Nerveuse	Domage nerveux, sensibilisation centrale et périphérique des récepteurs	Brûlure profonde, élancement, choc électrique, coup de poignard. Irradiation nerveuse. 2 ^{air} à une compression, infiltration, infection (ex zona), traitements (chimio, radio, chirurgie...) Spontanée et anarchique. Difficile à soulager efficacement.

Symptomatologie de la douleur neuropathique

Spontanée

Provoquée

Continue

Superficielle
(brulure)

Profonde (étau)

Paroxystique

Décharge
électrique

Coup de
poignard

Elancement

Allodynie

Dynamique
(frottement)

Statique
(pression)

Thermique

Hyperalgésie

Chaud

Froid

Piqûre

Principales étiologies des douleurs neuropathiques chez l'adulte

Causes fréquentes

Étiologies périphériques

Radiculopathies

Radiculopathies (hernie discale, canal lombaire étroit, post-chirurgie du rachis...)

Mononeuropathies/plexopathies

Mononeuropathies post-chirurgicales ou post-traumatiques

Syndromes canaux (canal carpien notamment)

Douleurs post-zostériennes

Douleurs neuropathiques associées au cancer (par compression ou envahissement nerveux)

Plexopathies post-radiques

Polyneuropathies

Neuropathies du diabète

Polyneuropathies idiopathique à petites fibres

Neuropathies alcooliques

Neuropathies toxiques et chimio-induites

Étiologies centrales

Accident vasculaire cérébral

Lésions médullaires traumatiques

Sclérose en plaques

Causes plus rares

Étiologies périphériques

Neuropathies du VIH

Neuropathies des maladies de système (lupus, PAN, Gougerot Sjögren, amylose)

Neuropathies carencielles ou métaboliques (autre que l'alcool)

Neuropathies médicamenteuses

Neuropathies génétiques (maladie de Fabry...)

Étiologies centrales

Syringomyélie

Autres lésions médullaires (tumeurs, lésions vasculaires...)

Lésions cérébrales (autres que les AVC)



Questionnaire DN4 : aide à la recherche des douleurs neuropathiques

Q 1: la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes

1. Brulure	<input checked="" type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
2. Sensation de froid douloureux	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
3. Décharge électrique	<input checked="" type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

Q2: la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants:

4. Fourmillements	<input checked="" type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
5. Picotements	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
6. Engourdissements	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
7. démangeaisons	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

Q3: la douleur est-elle localisée ou augmentée par:

8. Hypoesthésie au tact	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
9. Hypoesthésie à la pique	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

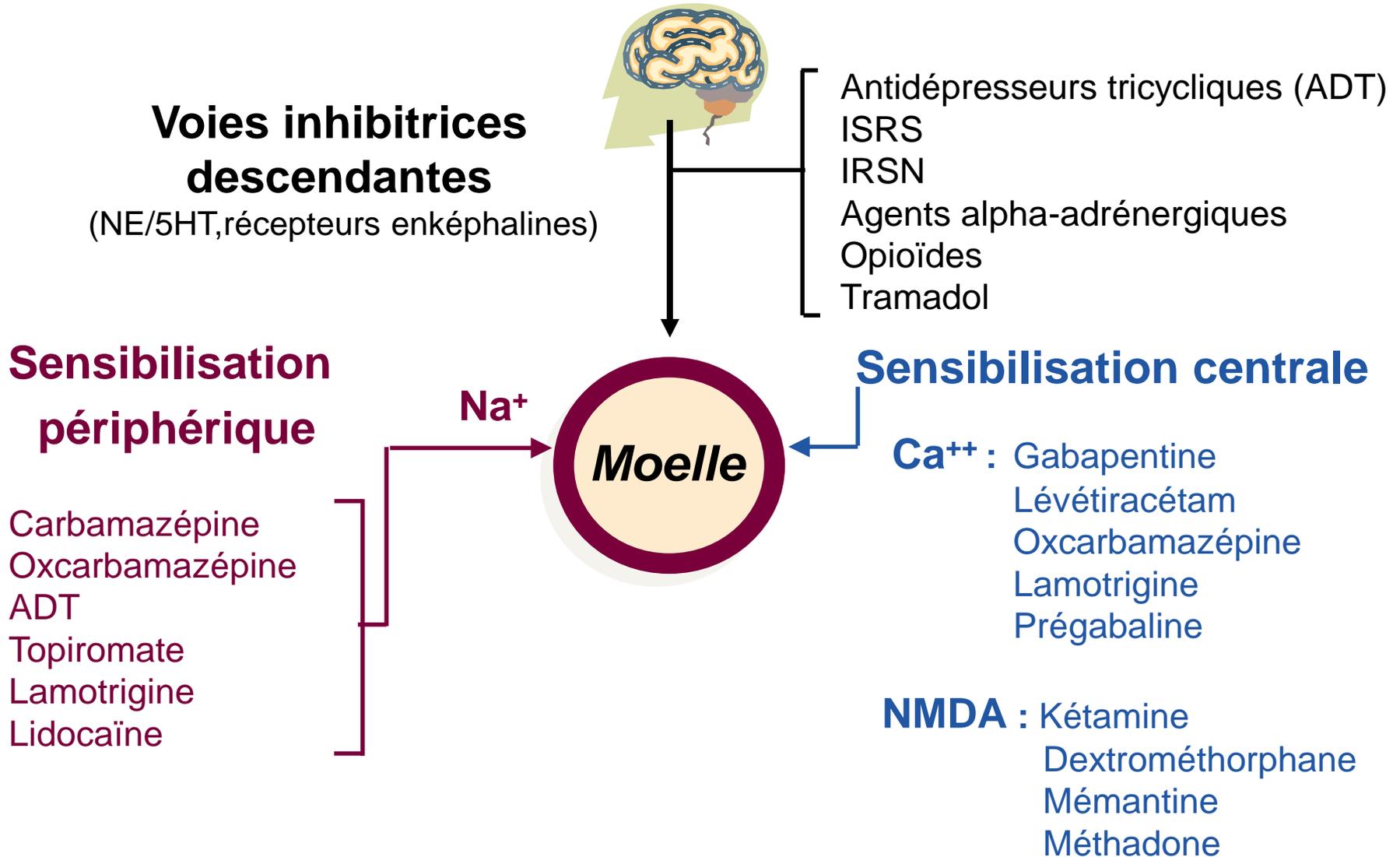
Q4: la douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

10. Le frottement	<input checked="" type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
-------------------	--------------------------------------	---------------------------

OUI = 1, score ≥ 4 douleur neuropathique (sensibilité 82.9%; spécificité 89.9%)

Prise en charge des douleurs neuropathiques

Mécanisme d'action



Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

Douleur au niveau de la hanche gauche va beaucoup mieux (2 à 3/10)

Depuis quelque jour apparition d'une brûlure intense (8/10) et soudaine comme un coup de poignard qui part du bas du dos jusqu'au pied droit, le patient décrit également des fourmillements. En passant sa main derrière le dos, le patient déclenche une douleur importante ne cédant après ED.

Un traitement par Lyrica (Prégabaline) est instauré parallèlement à la morphine SC

J0 Lyrica 25mg le matin et 50mg le soir

J2 Lyrica 50mg le matin et 75mg le soir

J5 Lyrica 75mg le matin et 150mg le soir

J7 Lyrica 100mg le matin et 175mg le soir

J14 Lyrica 150mg le matin et 200mg le soir

A cette posologie Mr X commence à se plaindre de céphalée, vertige et de somnolence. Cela lui arrive surtout le matin vers 10h. Il dort toujours bien.

La douleur va un peu mieux sauf le matin très tôt (5h00) et en milieu d'après midi

Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

Douleur au niveau de la hanche gauche va beaucoup mieux (2 à 3/10)

Depuis quelque jour apparition d'une brûlure intense (8/10) et soudaine comme un coup de poignard qui part du bas du dos jusqu'au pied droit, le patient décrit également des fourmillements. En passant sa main derrière le dos, le patient déclenche une douleur importante ne cédant après ED.

Un traitement par Lyrica (Prégabaline) est instauré parallèlement à la morphine SC

J0 Lyrica 25mg le matin et 50mg le soir

J2 Lyrica 50mg le matin et 75mg le soir

J5 Lyrica 75mg le matin et 150mg le soir

J7 Lyrica 100mg le matin et 175mg le soir

J14 Lyrica 150mg le matin et 200mg le soir

A cette posologie Mr X commence à se plaindre de céphalée, vertige et de somnolence. Cela lui arrive surtout le matin vers 10h. Il dort toujours bien.

La douleur va un peu mieux sauf le matin très tôt (5h00) et en milieu d'après midi

=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 – 200mg

=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300mg à 22h00)

La prégabaline (Lyrica)

Augmentation progressive des doses (palier)

→ surveillance fonction rénale (adaptation)

Administration en 2 à 3 fois /j (T_{1/2} 6 heures)

Effets secondaires :

- Somnolence, confusion, trouble visuelle, étourdissement
→ Vérifier traitement associé BZD, morphiniques....
- Œdème, prise de poids,
→ Δ sujet diabétique, mesures hygièno-diététique
- Syndrome de sevrage
→ Diminution progressive des doses
- Allergie...

Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 – 200mg

=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300mg à 22h00)

Malgré une amélioration, Mr X reste douloureux après ↑ morphine et Lyrica

Morphine augmentée à 10mg/h (ED 10mg)

Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg

MEP d'un traitement par amitriptyline (Laroxyl) 12,5mg/j

2 jours plus tard Mr X est retrouvé au sol par les infirmières alors qu'il se dirigeait vers les toilettes. Mr X présente une TA à 12 en position assise et à 9 en position debout.



Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 –
=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300)

Malgré une amélioration, Mr X reste douloureux après ↑ morphine
Morphine augmentée à 10mg/h (ED 10mg)
Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg
MEP d'un traitement par amitriptyline (Laroxyl) 12,5mg/



2 jours plus tard Mr X est retrouvé au sol par les infirmières alors qu'il se dirigeait vers les toilettes. Mr X présente une TA à 12 en position assise et à 9 en position debout.

Effet anticholinergique : bouche sèche, constipation, trouble de l'accommodation, ↑ P° intra oculaire, tachycardie, dysurie, risque rétention urinaire.

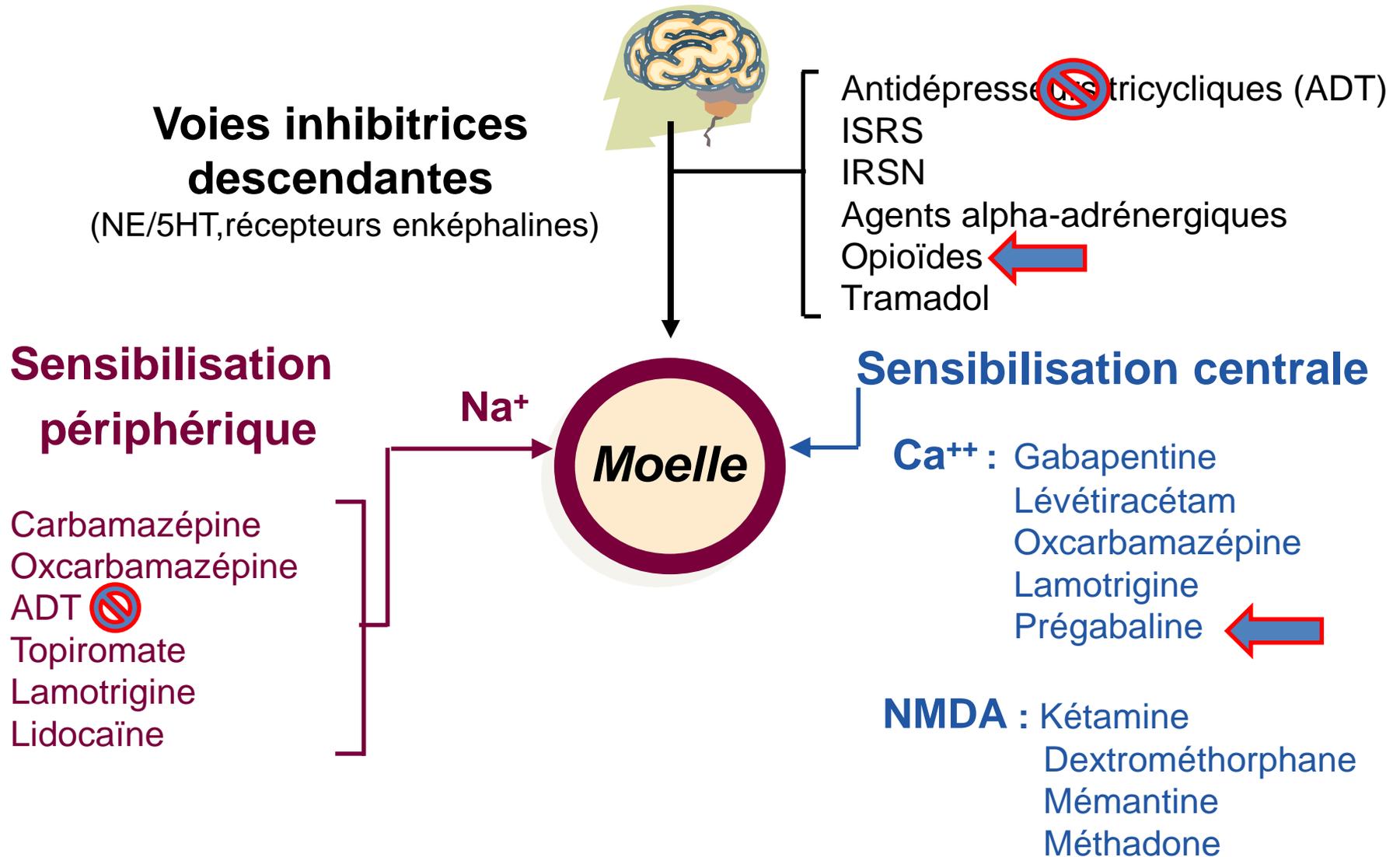
Confusion, somnolence, , tremblements, hypotension ortho

Surdosage : coma, convulsion, dépression respiratoire, toxicité cardiaque (trouble du rythme)

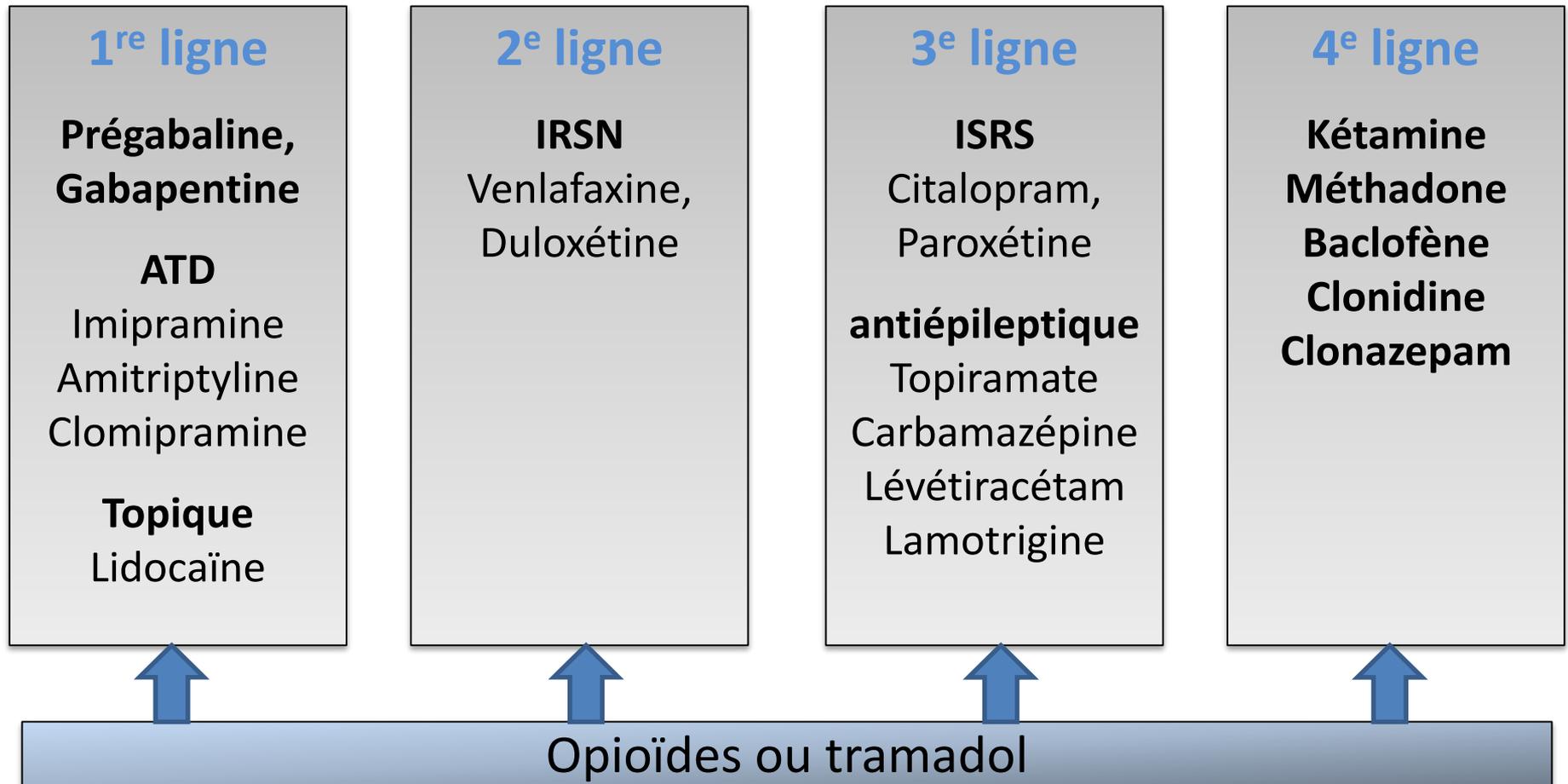
Par quoi remplacer le laroxyl ?

Prise en charge des douleurs neuropathiques

Mécanisme d'action



Algorithme de traitement de la douleur neuropathique



Optimisation traitement 1^{re} ligne (Gabapentine/Prégabaline)

Si insuffisant ajout autre traitement de 1^{re} ligne (imipramine)

Si insuffisant ajout autre traitement de 2^e ou 3^e ligne

Interrogatoire du patient au sujet de sa douleur

=> fractionnement de la dose du matin Lyrica 75 – 75 –
=> voir pour ↑ et décaler dose du coucher (300)

Malgré une amélioration, Mr X reste douloureux après ↑ morphine
Morphine augmentée à 10mg/h (ED 10mg)
Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg
MEP d'un traitement par amitriptyline (Laroxyl) 12,5mg/



2 jours plus tard Mr X est retrouvé au sol par les infirmières alors qu'il se dirigeait vers les toilettes. Mr X présente une TA à 12 en position assise et à 9 en position debout.

Effet anticholinergique : bouche sèche, constipation, trouble de l'accommodation, ↑ P° intra oculaire, tachycardie, dysurie, risque rétention urinaire.

Confusion, somnolence, , tremblements, hypotension ortho

Surdosage : coma, convulsion, dépression respiratoire, toxicité cardiaque (trouble du rythme)

Laroxyl remplacer par Cymbalta (duloxétine) 60mg/j

Bilan sur le traitement de Mr x

Morphine pompe SC 10mg/h (2 à 3 ED 10mg)

Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg

Cymbalta (duloxétine) 60mg/j

Paracétamol PO 4g/j

Calcitonine 100UI x2/j (+ EMLA patch avant injection)

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et midi

Zométa 4mg toutes les 4 semaines

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j

Dulcolax 1 à 2cp/j (agit 12-24h)

Lansoyl 1 à 3/j

Si pas de selles durant 3 j Normacol lavement

Pantoprazol PO 40mg



Malgré tous ces traitements, Mr X ressent une amélioration mais à toujours des douleurs paroxystiques partant du bas du dos et irradiant toute la jambe gauche. Que lui proposer ?

Douleur neuropathique et traitement topique

Pourquoi utiliser un produit topique

- Concentration systémique moindre
- Action locale
- Moins d'effets secondaires/toxicité
- Risque d'interaction médicamenteuse est faible
- Réactions locales/rash sont plutôt rares
- Pas besoin de titration de dose
- Voie topique \neq voie transdermique (ex Durogésic effet systémique)

Les agents topiques

Anesthésique locaux

Blocage des canaux Na → ↓ excitabilité neuronale

Douleur chronique localisée type nociceptive ou neuropathique

ex Emla patch ou crème 5% (lidocaïne/prilocaine)

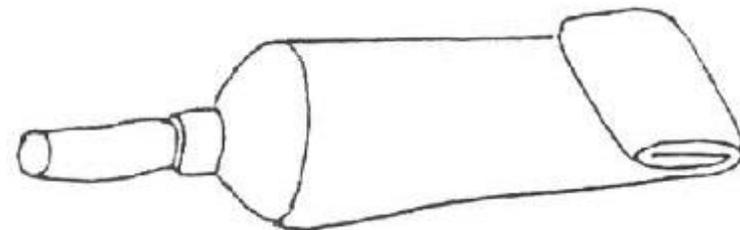
ex xylocaïne 5% en nébulisateur, xylocaïne visqueuse

Δ au risque d'absorption systémique

Signes de toxicité: étourdissement, somnolence, confusion, hallucinations, convulsions, paresthésie, hypotension; bradycardie; arythmie

Capsaïcine patch (qutenza 179mg), pommade (ATU)

Désensibilisation des fibres périphériques



Les agents topiques

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

↓ formation de prostaglandines (inhibition des COX)

Opiïdes (crème, spray)

Présence (migration) de R aux opioïdes a/n des fibres sensibles cutanées (si inflammation) => plaie ulcérée, de pression, changement psmt

Antagonistes du récepteur NMDA (kétamine)

- Aurait aussi une action sur les R opioïdes, muscariniques, adrénergiques, cholinergiques et sérotoninergiques.
- Douleur localisée nociceptive/neuropatique

Antidépresseurs tricycliques

Agonistes alpha-adrénergiques

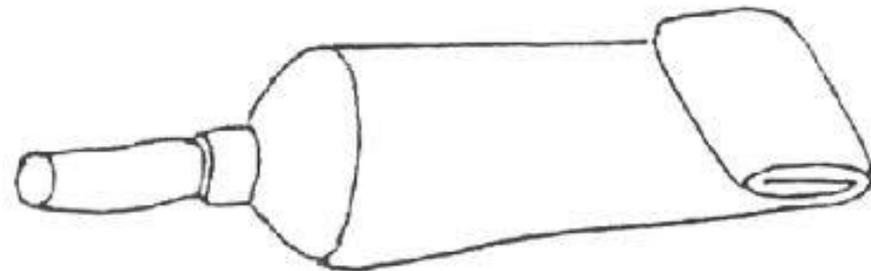


Table 1. Algorithm for the Treatment of Chronic Neuropathic Pain.¹

Classification	Drug or Drug Class	Route of Administration			
		Topical	Oral	Rectal	Nasal
NMDA antagonists	Ketamine	5% to 10%	Reported	Reported	Reported at 5% and 10%
	Amantadine	5% to 10%	Reported	—	—
	Dextromethorphan	5% to 10%	Reported	Reported	—
	Orphenadrine	5% to 10%	100 mg	—	—
Glutamate antagonist	Gabapentin (?)	6%	300 mg to 3 g daily, divided	Reported	—
α -2 agonist	Clonidine	0.1% to 0.2%	—	—	—
Sympatholytic	Amitriptyline	2% to 5%	Reported	Reported	—
GABA β agonist	Baclofen	2% to 5%	—	—	—
Mu agonists	Loperamide	5% to 10%	—	—	—
	Morphine	Other mu agonists also; wide dosage range			
TNF-1 α antagonist	Pentoxifylline	5% to 10%	Reported	—	—
Skeletal-muscle relaxer	Guaifenesin	10%	Reported	—	—
L-Type calcium blocker	Nifedipine	2% to 16% depending on the size of the treated area	—	—	—
NMDA sodium channel blocker	Carbamazepine (?)	2% to 5%	Reported	—	—
Anesthetics	Lidocaine	2% to 10%	—	—	—
	Tetracaine	2% to 10%	—	—	—
	Bupivacaine	0.5% to .75%	—	—	—

NMDA = N-methyl-D-aspartate
 ? = Drug or drug class undetermined
 GABA β = γ -aminobutyric acid β

TNF-1 α = Tumor necrosis factor-1 α

Historically, treatment with ketamine, gabapentin, and clonidine is initiated as described above. Then one or more of the other drugs is added.

Modified December 2001.

Bilan sur le traitement de Mr x

Morphine pompe SC 10mg/h (2 à 3 ED 10mg)

Lyrica 75mg – 75 mg – 300mg

Cymbalta (duloxétine) 60mg/j

Paracétamol PO 4g/j

Calcitonine 100UI x2/j (+ EMLA patch avant injection)

Dexaméthasone (dectancyl 0,5mg cp) 2mg matin et n

Zométa 4mg toutes les 4 semaines

Lorazepam 0,5 mg à la demande (max 3mg/j)

Lorazepam 1mg au coucher

Forlax 2 sachets / j

Dulcolax 1 à 2cp/j (agit 12-24h)

Lansoyl 1 à 3/j

Si pas de selles durant 3 j Normacol lavement

Pantoprazol PO 40mg

Versatis 1 patch sur 12h



L'état de Mr X se stabilise, un retour à domicile est néanmoins impossible. Les besoins en morphine ont augmenté (20mg/h), les douleurs neuropathiques se sont stabilisés.

Autres traitements possible dans le cadre de douleurs rebelles

Instauration du traitement par méthadone

En cas de douleur rebelle liée au cancer après une évaluation effectuée par une équipe spécialisée (soins palliatifs ou douleur), et en deuxième intention, après échec d'au moins un traitement opioïde bien conduit (AMM) (*grade C*).

Doit être instauré en hospitalisation, par une équipe spécialisée dans la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs.

L'instauration nécessite une surveillance particulière, notamment en raison du risque de surdosage retardé jusqu'à 7 jours après le début du traitement.

Une fois la posologie optimale obtenue, le renouvellement du traitement pourra être effectué à domicile par un médecin généraliste.

Instauration du traitement par méthadone

Réalisation d'un ECG avec mesure de l'espace QT corrigé et mesure de la kaliémie avant l'instauration de la méthadone, et poursuite de la surveillance après équilibration ;

La méthadone peut être utilisée chez le patient insuffisant rénal et le dialysé chronique (*accord d'experts*).

Des hypoglycémies ont été observées et pourraient faire l'objet d'une surveillance.

Instauration du traitement par méthadone

Protocoles de conversion à la méthadone

Il existe de nombreux protocoles de conversion à la méthadone,

Un protocole d'administration à la demande, avec un ratio de 1:10 (méthadone orale: morphine orale) et conversion rapide sans chevauchement paraît plus simple d'utilisation

Arrêt de la méthadone orale

En cas d'impossibilité d'utiliser la voie orale il est possible :

de changer d'opioïde avec un ratio de 1:1 entre méthadone et morphine IV ;

d'utiliser la méthadone IV (disponible par le biais d'ATU nominative) en divisant la dose de méthadone orale par 2 (ratio de 1:0,5).

Kétamine

L'utilisation de la kétamine (usage hors AMM) reste possible comme co-antalgique en association à un opioïde.

Voie d'administration privilégiée : voie parentérale, si possible IV

La dose administrée à l'instauration du traitement varie de 0,15 à 0,5 mg/kg/j.

Au-delà de la dose de 5 mg/kg/j, l'effet anesthésique devient prédominant avec risque d'EI.

L'instauration du traitement doit être faite en hospitalisation

Si effets psychodysleptiques (perturbations des sensations visuelles, auditives, de l'humeur) => association avec benzodiazépine.

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social, par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec une structure douleur et/ou soins palliatifs et le recours éventuel à une HAD.

Lidocaïne par voie intraveineuse (sans conservateur ni vasoconstricteur)

En raison de ses effets indésirables graves => en dernière intention (usage hors AMM) (*grade B*).

Son utilisation est réservée au milieu hospitalier, en lien avec une équipe spécialisée.

Son instauration nécessite la réalisation d'un ECG et une surveillance clinique étroite.

Blocs périphériques locorégionale

Consiste à injecter un agent anesthésique local au contact d'une structure nerveuse pour interrompre la transmission des influx nociceptifs vers les centres supérieurs.

Peuvent être envisagés dans les douleurs rebelles périphériques localisées.

Leur durée d'utilisation est limitée par la survenue d'une complication (obstruction, déplacement, infection...).

L'administration de l'anesthésique local peut être réalisée en bolus, en continu, ou en continu avec bolus grâce à la mise en place d'un cathéter périmerveux.

Le choix de l'agent anesthésique et sa posologie sont déterminés par l'équipe référente.

Ce traitement doit être instauré en hospitalisation

Le suivi peut être réalisé à domicile, en EHPAD ou autre établissement médico-social, par un professionnel de santé expérimenté, en lien avec l'équipe hospitalière référente ou en HAD.

Le médecin généraliste est partie prenante et doit être informé.

Antalgie intrathécale

Recommandée chez les patients en situation palliative ayant des douleurs rebelles non contrôlées par une équivalence de l'ordre de 300 mg de morphine *per os*, ou chez les patients présentant des effets indésirables graves des antalgiques (*accord d'experts*).

Permet d'administrer les antalgiques dans le liquide céphalo-rachidien

L'indication de cette technique d'analgésie est validée en réunion de concertation pluridisciplinaire par une équipe formée et spécialisée dans la technique

• Administration en continu associée à des bolus déclenchés par le patient ou à sa demande.

Les médicaments recommandés par voie intrathécale sont (*accord d'experts*) :

- la morphine (posologie au 1/100^e de la dose par voie IV, sans dépasser 5 mg/j) ;
- la ropivacaïne (6 à 8 mg/j, usage hors AMM) ;
- le ziconotide (0,25 à 0,50 µg/j).

L'utilisation de la bupivacaïne est également possible.

Prévention des douleurs rebelles provoquées en situation palliative

Douleurs rebelles provoquées par les soins

Accès douloureux paroxystiques prévisibles.

Doivent être identifiées, anticipées et traitées,

L'existence de telles douleurs en phase palliative avancée doit questionner la pertinence et/ou l'adaptation du soin qui provoque la douleur.

Opiïdes

Douleur brève (moins de 1 h 30) et d'installation rapide

en cas d'échec ou d'effets indésirables « importants » => recours au fentanyl transmuqueux en raison de sa pharmacocinétique adaptée (usage hors AMM) peut être envisagé à la dose la plus basse possible de la forme galénique utilisée.

Gaz

MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote)

L'usage du MEOPA (AMM), administré par un personnel infirmier formé, est recommandé en cas de douleur induite par les soins, associé à une surveillance adaptée (*grade B*).

Depuis quelques semaines l'état de Mr X se dégrade. Les douleurs neuropathiques ont augmenté nécessitant la MEP de traitement par:

Topiramate (Eptomax) arrêté pour acidose métabolique

Carbamazépine (Tégréto) arrêté pour réaction cutanée sévère.

Compte tenu de la dégradation importante de l'état général du patient, la mise en place d'une sédation palliative est décidée.

Définitions des pratiques sédatives à visée palliative

« La sédation en situation palliative est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les autres moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en oeuvre sans permettre le soulagement escompté. »

La sédation peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue

Parmi les pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie³ :

- la sédation dite « proportionnée » à l'intensité des symptômes qui peut permettre au patient de garder une vie relationnelle ; elle peut être transitoire, intermittente, potentiellement réversible.
- la sédation profonde et continue : suspension de la conscience poursuivie jusqu'au décès,

Mises en œuvre dans le cadre de la loi du 2 février 2016 (articles L. 1110-5-3 et L. 1110-5-2).

Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie

Six caractéristiques différencient la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès de l'euthanasie : l'intention, le moyen pour atteindre le résultat, la procédure, le résultat, la temporalité et la législation

	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement, ...)

Pratiques sédatives à visée palliative

En première intention, le médicament recommandé est le midazolam :

- Utilisable quels que soient l'âge, à l'hôpital, à domicile ou en Ehpad ;
- Plusieurs inconvénients : dose d'entretien difficile à prévoir, tolérance lors de l'usage prolongé obligeant à augmenter les doses, réveils intempestifs dus à des fluctuations d'effet, résistance possible ;

Au domicile ou en Ehpad, il est obtenu par rétrocession par une pharmacie hospitalière

- Le médecin prescrit le midazolam en précisant : « dans le cadre d'une prise en charge palliative » ; le stockage dans un lieu sécurisé est nécessaire ;
- Le relais du midazolam par une autre benzodiazépine et l'association de plusieurs benzodiazépines entre elles ne sont pas recommandés.
- En cas de difficulté d'approvisionnement du midazolam (délai de rétrocession), d'autres benzodiazépines peuvent être utilisées en recours temporaire : diazépam, clonazépam.

Pratiques sédatives à visée palliative

En deuxième intention **les neuroleptiques** peuvent être utiles en complément lorsque la sédation est insuffisante, en cas de confusion ou d'agitation, ou s'ils ont été initiés avant la sédation.

Les neuroleptiques sont à utiliser **en association** avec le midazolam qui est à poursuivre à la même posologie.

Les plus utilisés sont :

- la chlorpromazine en cas de sédation par voie intraveineuse (IV) ;
- la lévomépromazine, plus sédative, en cas de sédation par voie sous-cutanée (SC).

À domicile ou en établissement médico-social, lorsque l'association midazolam - neuroleptique est insuffisante, un transfert en service spécialisé doit être discuté.

Pratiques sédatives à visée palliative

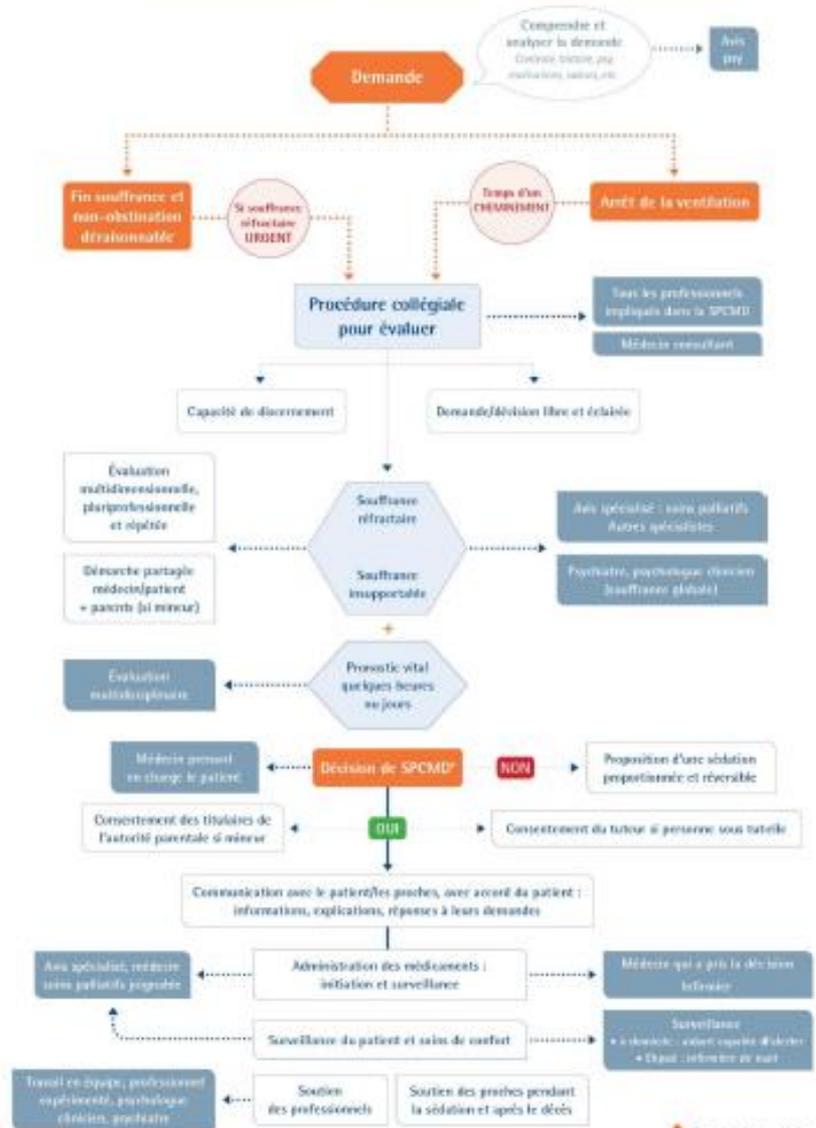
En milieu hospitalier, d'autres molécules peuvent être utilisées en seconde intention, à condition d'être indiquées et prescrites par un médecin expérimenté dans un contexte de surveillance adaptée:

- kétamine, notamment en cas de douleur associée (potentialisation, co-analgésie)
- propofol, oxybate de sodium, dexmédétomidine (équipe formée à leur utilisation)
- phénobarbital dans le cas particulier d'un état de mal épileptique contre-indiquant les neuroleptiques.

Les opioïdes seuls ne doivent pas être utilisés pour induire une sédation ; ils seront poursuivis ou renforcés pour contrôler les douleurs et les dyspnées.

PATIENT SOUFFRANT D'UNE AFFECTION GRAVE ET INCURABLE

Chaque situation est singulière



* SPCMD : sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

Utilisation du Midazolam par Voie Intraveineuse

La voie intraveineuse (IV) est recommandée

Deux méthodes de mise en route sont possibles :

Méthode 1: une dose de charge dont l'administration est réalisée par titration, suivie d'une dose d'entretien

La dose de charge permet un endormissement très rapide; elle ne permet pas de prédire le débit d'entretien nécessaire pour maintenir une sédation profonde,

Ex 1 mg en 30 secondes toutes les 2 à 3 minutes,

Rq chez le sujet très âgé ou en cas d'insuffisance d'organe, la dose initiale est de 0,5 mg et le délai d'administration entre deux doses peut être plus long,

les injections sont poursuivies jusqu'à obtenir un score de - 4 ou - 5 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)

Une dose d'entretien IV est nécessaire et débute à une dose horaire égale à 50 à 100 % de la dose qui a été nécessaire pour obtenir un score RASS de - 4.

Méthode 2: une perfusion continue d'emblée à augmenter progressivement sans dose de charge :

- provoque un endormissement plus lent,
- débute à la dose de 1 mg/h avec adaptation posologique de la même dose toutes les 30 mn jusqu'à obtention de la profondeur de la sédation nécessaire (RASS -4 à -5).

Utilisation du Midazolam par voie sous cutanée

En cas d'administration intraveineuse impossible, la voie sous-cutanée peut être envisagée.

Une dose de charge entre 0,05 et 0,1 mg/kg est administrée, à renouveler toutes les 20 à 30 min jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée (RASS -4 -5). L'entretien se fait aux mêmes doses que par voie IV.

En l'absence de dose de charge, la perfusion continue est débutée à la dose de 0,5 à 1 mg/h avec évaluation toutes les 30 minutes et adaptation du débit jusqu'à obtention de l'effet recherché (RASS -4 à -5).

Adaptation des doses

une augmentation des doses peut être nécessaire pour maintenir la sédation profonde après un usage prolongé (tachyphylaxie) ;

en cas de réveil, des bolus par voie IV de 1 mg en 30 secondes toutes les 2 minutes peuvent être administrés.

Annexe 2. Échelle de vigilance

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)	

Neuroleptiques à utiliser en complément du midazolam

Chlorpromazine

Administration par voie IV ou IM

La dose initiale est de 25 mg en bolus IV lent (ou IM si IV impossible) renouvelée après 30 minutes si besoin.

Chez les patients à risque (âgés, insuffisance hépatique et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg.

Selon la dose initiale cumulée nécessaire, une dose d'entretien de 25 à 100 mg/j est initiée, en perfusion IV continue ou bolus IV lents (ou IM si IV impossible) répétés 2 à 3 fois par jour.

Des bolus IV lents (ou IM si IV impossible) de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

Si 3 ou davantage de doses de secours sont nécessaires sur 24 h, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

La dose d'entretien est administrée jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée : RASS -4 à -5.

Neuroleptiques à utiliser en complément du Midazolam

Levopromazine

Une dose initiale de 25 mg est indiquée, en bolus SC. Elle peut être renouvelée après 60 à 90 minutes si besoin.

Chez les patients à risque (âgés, insuffisance hépatique et rénaux, cachectiques), cette dose initiale doit être diminuée de moitié, soit 12,5 mg

Selon la dose initiale cumulée nécessaire, la dose d'entretien est débutée entre 25 et 100 mg/j, en perfusion SC continue ou bolus SC répétés 2 à 3 fois par jour.

Des bolus SC de secours de 25 mg (12,5 mg chez les patients à risque) sont possibles, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

Si 3 doses de secours ou plus sont nécessaires sur une journée, une augmentation de 30 à 50 % de la dose journalière d'entretien est indiquée, sans dépasser la dose maximale journalière de 300 mg/j.

La dose d'entretien est administrée jusqu'à obtention de la profondeur de sédation souhaitée : RASS -4 à -5.

Depuis quelques semaines l'état de Mr X se dégrade. Les douleurs neuropathiques ont augmenté nécessitant la MEP de traitement par:

Topiramate (Epitomax) arrêté pour acidose métabolique

Carbamazépine (Tégréto) arrêté pour réaction cutanée sévère.

La mise en place d'une sédation palliative est décidée.

Midazolam[®] perfusion continue 6mg/h, bolus de 1mg

Scoburen[®] (rôle agonique)

The logo for the Haute Autorité de Santé (HAS) features the letters 'HAS' in a blue, sans-serif font. A red, wavy line is positioned beneath the 'A', extending from the left side of the 'A' towards the right.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A decorative blue wave graphic that starts as a solid dark blue bar on the left and tapers into a light blue gradient on the right, curving upwards.

GUIDE DU PARCOURS DE SOINS

Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?



Février 2018

Actualisation Janvier 2020

Merci de votre
attention



Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

- 1-NEURONTIN 400 MG, GÉLULE par VOIE ORALE
800 milligramme(s) Matin, 800 milligramme(s) Midi, 800 milligramme(s) Soir pendant 30 jour(s)
- 2-PANTOPRAZOLE 40 MG ARROW, PDR PR SOL INJ, IV par VOIE INTRAVEINEUSE
1 flacon Matin, 1 flacon Soir pendant 40 jour(s)
- 3-ALPRAZOLAM 0.25 MG ARROW, CPR SÉC par VOIE ORALE
1 comprimé Matin, 1 comprimé Soir pendant 40 jour(s)
- 4-NEFOPAM 20 MG/2 ML MEDISOL, SOL INJ, AMP par VOIE INTRAMUSCULAIRE
pendant 30 jour(s) A la demande 1 ampoule 1 à 3 fois par jour
- 5-METHYLPREDNISOLONE 40 MG MYLAN, PDR PR SOL INJ, IM IV par VOIE INTRAVEINEUSE
40 milligramme(s) Matin pendant 60 jour(s)
- 6-INNOHEP 10 000 IU ANTIXA/0.5 ML, SOL INJ, SRG par VOIE SOUS-CUTANÉE
4900 unité internationale anti-Xa(s) Soir pendant 12 jour(s)
- 7-PRIMPERAN 10 MG/2 ML, SOL INJ, AMP par VOIE INTRAVEINEUSE
pendant 30 jour(s)
A la demande
Quantité par prise : 1 ampoule
Quantité à ne pas dépasser : 3 ampoule/24 Heure
Quantité à ne pas dépasser par prise : 1 ampoule
Intervalle minimum entre les prises : 4 Heure
- 8-LAROXYL 40 MG/ML, SOL BUV, FLAC 20 ML par VOIE ORALE
15 milligramme(s) à 20h pendant 20 jour(s)
- 9-FUROSEMIDE 20 MG ARROW, CPR SÉC par VOIE ORALE
1 comprimé Matin pendant 30 jour(s)
- 10-CIPROFLOXACINE 400 MG/200 ML KABI, SOL PR PERF, FLAC par VOIE INTRAVEINEUSE
400 milligramme(s) Matin, 400 milligramme(s) Soir pendant 14 jour(s)

11-DOLIPRANE 500 MG, PDR PR SOL BUV, SACHET par VOIE ORALE

pendant 30 jour(s)

À la demande

Quantité par prise : 1 sachet

Quantité à ne pas dépasser : 3 sachet/24 Heure

Quantité à ne pas dépasser par prise : 1 sachet

Intervalle minimum entre les prises : 6 Heure

12-1000 mL OLIMEL N7E par VOIE INTRAVEINEUSE

Perfusion classique: 1000 millilitre/jour, soit 1000 millilitre/jour, soit 1000 millilitre/prise
de OLIMEL N7E 1 140 KCAL/1 000 ML, EMULSION PR PERF, POCHE TRI-COMP

Poche de 1000 millilitre à 16h, durée: 16h00

pendant 24 jour(s)

13-250 mL G5 + PHOCYTAN + CERNEVIT + NUTRYELT par VOIE INTRAVEINEUSE

Perfusion classique: 250 millilitre/jour, soit 250 millilitre/jour, soit 250 millilitre/prise de
GLUCOSE 5%

+ 5 ampoule de PHOCYTAN 0.66 MMOL/ML, SOL À DILUER PR PERF, AMP 10 ML

+ 1 flacon de CERNEVIT, PDR PR SOL INJ OU PR PERF

+ 1 ampoule de NUTRYELT, SOL À DILUER PR PERF, AMP 10 ML

Poche de 315 millilitre à 16h, durée: 24h00

pendant 11 jour(s)

14-OXYNORM par VOIE INTRAVEINEUSE

PCA: OXYNORM 200 MG/20 ML, SOL INJ, AMP (produit sensible)

+ NACL 0,9%

à partir de 09h

Dose par cassette : cinq cents milligramme, concentration : cinq milligramme/millilitre,
volume total : cent millilitre

Bolus de vingt-six milligramme, débit continu : treize milligramme/h

Dose max : trois cent soixante-quatre milligramme/quatre Heure, période réfractaire :
vingt Minute

pendant trente-deux jour(s)

1/ OXYNORM PCA IV : huit cents mg/jour

QSP deux semaines

dans le cadre de douleurs chroniques rebelles

u u i
u

ORDONNANCE

Le 28/04/2021

Faire pratiquer par I.D.E. à domicile, tous les jours (y compris samedi, dimanche et jours fériés):

La mise en place et la surveillance d'une PCA pour délivrance antalgique.

Sur cathéter central avec réfection du pansement tous les 7 jours (ou si souillé ou décollé).

Sur picc line avec réfection du pansement et changement du mode de fixation et des annexes tous les 7 jours.

Sur chambre Implantable avec changement de l'aiguille de Huber tous les 7 jours.

Sur voie veineuse périphérique ou en sous cutanée.

La surveillance de la délivrance de l'antalgique et l'évaluation de la douleur, doivent être quotidiennes : les paramètres doivent être écrits sur le dossier de soin une fois par jour.

Déplacement la nuit, si besoin, à la demande du patient ou de la famille.

Programmation de la PCA : Chlorhydrate de morphine Oxynorm

Type d'ampoules : 200 mg pour un réservoir de 250 ml
Nombre d'ampoule :

Soit une concentration de : 10 mg/ml

Débit continu de 21 mg/heure soit 504 mg par 24 heures

Bolus de 36 mg avec une période d'interdiction de 30 minutes

Dose totale sur 24 heures bolus compris : mg

ORDONNANCE POUR
A RENOUVELER FOIS

deux semaines

