



# Douleur en ville

Evaluation •

Aide à la prescription pour les patients  
en situation palliative

Version 2020

# Avant-propos

Lutter contre la douleur est une préoccupation prioritaire dans la prise en charge des malades ; c'est une obligation professionnelle, éthique et légale. La douleur est un symptôme fréquent chez les patients atteints de maladie grave à un stade palliatif.

Qu'il s'agisse de douleur cancéreuse, de douleur chronique ou de douleur en fin de vie, l'évaluation reste similaire. En revanche, en situation palliative au domicile, les enjeux de la prise en charge et donc les traitements peuvent être différents.

Ce livret s'appuie sur des recommandations de bonne pratique, dont la majorité concerne la douleur cancéreuse et les pratiques hospitalières. Il propose une adaptation au contexte des soins palliatifs à domicile.

Les démarches et les modes de traitements présentés ne sont pas exclusifs et ne sont pas un référentiel. Le livret est informatif et constitue un outil d'aide à la prise en charge de la douleur. Il ne se substitue pas aux décisions cliniques des médecins qui demeurent responsables de leurs prescriptions.

Il demande à être régulièrement actualisé afin de tenir compte des nouveautés thérapeutiques et de l'évolution des pratiques.

La première version (2008) a été pilotée par l'équipe de coordination du réseau Ensemble.

La deuxième édition (2012) a été pilotée par la RESPALIF.

La troisième édition (2020) a été pilotée par le RÉSIF<sup>1</sup> avec le groupe de travail des équipes de soins palliatifs constitué de :

Dominique Bernard (ergothérapeute M2A Paris Est), Maryline Calandreau (coordinatrice Rifhop), Isabelle Chevaucherie (infirmière SPES), Dominique Cottin-Bouchon (médecin Partage 94), Virginie Vigier-De La Rochefoucauld (médecin M2A Paris Ouest), Barbara Edda Messi (infirmière Paliped), Muriel Elfassi (médecin Partage 94), Elisabeth Hardy (médecin DAC 77 Nord), Mélanie Nuizière (médecin M2A Paris Est), Carole Raso (médecin DAC 92 Sud), Pascal Rautureau (infirmier M2A Ensemble), Evelyne Renaud-Teyssier (médecin à l'Institut Curie) Pascale Robillard (infirmière DAC 92 Sud), Marianne Roth (médecin M2A Ensemble).

**Relecteur :** Docteur Philippe Poulain médecin coordinateur actualisation des SOR Douleur Cancer AFSOS SFAP SFETD.

**Equipe éditoriale :** Edouard Habib (RÉSIF), Annelise Boluen (RÉSIF).

**Equipe coordination :** Marianne Roth et Pascal Rautureau.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données contenues dans ce document

<b>1 • Cinq Fiches douleur : évaluation initiale, suivi et réévaluation, conseils d'adaptation</b> .....	4
Fiche 1 - Intensité de la douleur.....	5
Fiche 2 - Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4).....	6
Fiche 3 - Traitement de la douleur, observance et effets indésirables.....	7
Fiche 4 - Suivi de la douleur.....	8
Fiche 5 - Conseils pour l'adaptation du traitement de fond de la douleur nociceptive.....	9
<b>2 • Quatorze fiches d'aide à la prescription : règles de prescription des opioïdes forts</b> .....	10
Fiche 1 - Initiation du traitement par opioïdes forts.....	11
Fiche 2 - Médicaments antalgiques .....	12
Fiche 3 - Equivalences : principes de conversion .....	16
Fiche 4 - Douleur induite par les soins et accès douloureux paroxystiques (ADP).....	17
Fiche 5 - Effets indésirables des opioïdes.....	19
Fiche 6 - Fentanyl Patch.....	22
Fiche 7 - Changement d'opioïde.....	24
Fiche 8 - Traitement antalgique des métastases osseuses.....	26
Fiche 9 - Carcinose péritonéale.....	28
Fiche 10 - Douleur neuropathique : diagnostic et règles de prescription de traitements médicamenteux.....	30
Fiche 11 - Médicaments de la douleur neuropathique.....	31
Fiche 12 - Douleur chez la personne âgée.....	32
Fiche 13 - Douleur chez la personne en situation de polyhandicap.....	34
Fiche 14 - Les spécificités en pédiatrie.....	35
<b>3 • Aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une pompe à morphine</b> .....	39
Règles générales de prescription du médicament .....	40
Rédiger les prescriptions pour le pharmacien et l'infirmier.....	42
Adapter les doses.....	44
<b>Bibliographie et références</b> .....	46

# 1 Cinq fiches douleur : Evaluation initiale, suivi et réévaluation, conseils d'adaptation

**Ces outils d'évaluation correspondent à la prise en charge de la douleur pour les patients sans trouble de la communication, au domicile. L'évaluation de la douleur s'appuie sur les compétences et le rôle propre des soignants.**

Ces supports permettent d'objectiver les évaluations effectuées, de faciliter la continuité des soins et les échanges entre le patient, les infirmiers et les médecins. Ils aident à la prise de décision en fonction de l'atteinte ou non des objectifs de traitement.

**Les fiches d'évaluation** s'utilisent de manière initiale ou en réévaluation quand un signe de souffrance est exprimé par le patient ou simplement pour évaluer l'effet du traitement. Le repérage des localisations douloureuses, par le patient, sur un schéma peut être une aide précieuse pour les professionnels. L'évaluation quantitative (intensité) et qualitative associée à l'examen clinique contribuera à affiner le diagnostic du mécanisme de la douleur (nociceptive ou neuropathique ou mixte). Le DN4<sup>2</sup> permettra de faire le diagnostic d'une douleur neuropathique. L'évaluation permet aussi d'apprécier les circonstances de déclenchement de la douleur dans la vie quotidienne ou la douleur induite par les soins ainsi que l'efficacité et la tolérance du traitement.

**La fiche de suivi** s'utilise régulièrement ; la périodicité s'adapte à l'état clinique du patient. L'utilisation de la fiche permet d'observer l'évolution dans le temps des symptômes et des traitements.

**Le tableau « conseils pour l'adaptation du traitement »** propose une stratégie en fonction des objectifs cliniques visés en ce qui concerne : l'intensité douloureuse de base, le nombre d'accès douloureux, les réveils nocturnes liés à la douleur, la douleur induite par les soins, l'observance et la tolérance du traitement.

**Remarque** Le patient doit être informé de la nécessité de signaler sa douleur dès son apparition, des modalités d'évaluation de l'intensité douloureuse, des modalités de prise en charge de sa douleur et de la nécessité de l'observance du traitement antalgique. Les retentissements fonctionnels et psycho-affectifs sont à apprécier.

**À noter :** les échelles proposées dans les fiches douleur sont données à titre d'exemple, il en existe d'autres (la meilleure échelle est celle que l'on maîtrise).

## Fiche 1

# Intensité de la douleur

Nom du patient ..... Nom du patient .....

Médecin traitant     Infirmier     Équipe de coordination

Autre, précisez >> .....

## Intensité de la douleur dans les dernières 24 heures avec E.N<sup>3</sup>

### → DOULEUR À L'INSTANT PRÉSENT

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur ..... >> Douleur maximale imaginable

### → DOULEUR DE FOND<sup>4</sup> DANS LA JOURNÉE EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur ..... >> Douleur maximale imaginable

### → NOMBRE D'ACCÈS DOULOUREUX DANS LA JOURNÉE EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE >> .....

### → INTENSITÉ DES ACCÈS DOULOUREUX<sup>5</sup> EN DEHORS DES SOINS ET DE LA TOILETTE

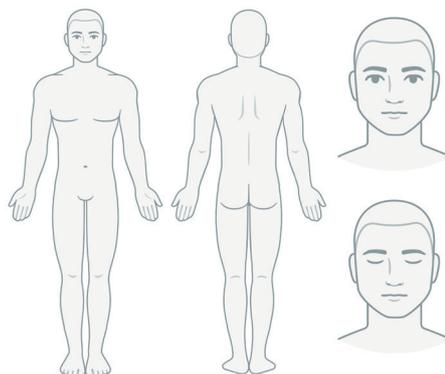
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas de douleur ..... >> Douleur maximale imaginable

### → NOMBRE DE RÉVEILS NOCTURNES DUS À LA DOULEUR >> .....

### → DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS OU LA TOILETTE QUELLE QUE SOIT SON INTENSITÉ >> OUI    NON

## TOPOGRAPHIE DE LA DOULEUR



3. EN : échelle numérique

4. Douleur de fond = douleur moyenne dans la journée ou des dernières 24 heures

5. Accès douloureux = augmentation rapide et marquée de l'intensité douloureuse

## Fiche 2

# Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4)

Nom du patient ..... Date .....

Répondre aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case par item :

OUI = 1 point NON = 0 point

## Interrogatoire du patient .....

### QUESTION 1 • LA DOULEUR PRÉSENTE-T-ELLE UNE OU PLUSIEURS DES CARACTÉRISTIQUES SUIVANTES ?

	Oui	Non
1 - Brûlure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Sensation de froid douloureux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Décharges électriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### QUESTION 2 • LA DOULEUR EST-ELLE ASSOCIÉE DANS LA MÊME RÉGION À UN OU PLUSIEURS DES SYMPTÔMES SUIVANTS ?

	Oui	Non
4 - Fourmillements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Picotements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Engourdissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Démangeaisons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## À l'examen du patient .....

### QUESTION 3 • LA DOULEUR EST-ELLE LOCALISÉE DANS UN TERRITOIRE OÙ L'EXAMEN MET EN ÉVIDENCE ?

	Oui	Non
8 - Hypoesthésie au tact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Hypoesthésie à la piqûre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### QUESTION 4 • LA DOULEUR EST-ELLE PROVOQUÉE OU AUGMENTÉE PAR :

	Oui	Non
10 - Le frottement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SCORE DU PATIENT

/10

**Si le score  $\geq 4$  : probable douleur neuropathique**

(noter la localisation sur le schéma page précédente)

## Fiche 3

# Traitement de la douleur, observance et effets indésirables

Nom du patient ..... Date .....

Antalgiques coantalgiques <sup>6</sup> / psychotropes à visée antalgique Traitements des effets indésirables	Posologie prescrite	Traitement pris	
		Heures	Doses
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### TOLÉRANCE DU TRAITEMENT

#### EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES LIÉS AU TRAITEMENT DE LA DOULEUR PAR LES OPIOÏDES FORTS : (Chap.2 fiche 5)

- Constipation
- Nausées, vomissements
- Somnolence (s'endort au cours de la conversation)
- Confusion/hallucinations
- Rétention aiguë urinaire
- Prurit, sueurs
- Troubles cognitifs (mémoire, concentration...)
- Myoclonies

#### SIGNES DE SURDOSAGE EN CAS DE TRAITEMENT OPIOÏDE :

- Fréquence respiratoire < 8/mn

#### Remarque

Le myosis est un signe d'imprégnation d'un traitement morphinique et non pas un signe de surdosage

6. Coantalgiques = médicaments utilisés pour accroître l'efficacité des antalgiques, leurs indications principales ne sont pas le traitement de la douleur.

Actions recherchées : • Corticoïdes : action anti œdémateuse et ou anti-tumorale  
• Bisphosphonates : action antiostéoclastique • Benzodiazépines : action anxiolytique  
• Antidépresseurs : action antidépressive

## Fiche 4

# Suivi de la douleur

Nom du patient .....

Dates >>							
Infirmiers >>							
<b>Évaluation<sup>7</sup> des dernières 24 heures</b>	Douleur de fond (de 0 à 10)						
	Nombre d'accès douloureux						
	Intensité des accès douloureux en dehors des soins de la toilette et des mobilisations (de 0 à 10)						
	Nombre de réveils nocturnes dus à la douleur						
	Douleur induite par les soins, la toilette, les mobilisation (O/N)						
	Le patient a-t-il des effets indésirables liés au traitement contre la douleur ?						
<b>Actions (Cf. chap.1 fiche 5)</b>	Appel vers le médecin traitant						
	Appel vers l'équipe de coordination, équipe mobile, référents douleur, autres...						
	Autres						
<b>Date de la dernière ordonnance</b>							
<b>Traitement pris par le patient<sup>8</sup></b>							

7. Évaluation à l'aide d'une échelle numérique (EN) ou échelle visuelle analogique (EVA). D'autres outils adaptés aux situations particulières sont à votre disposition.

8. Pour l'administration des traitements, se référer à l'ordonnance en cours.

## Fiche 5

# Conseils pour l'adaptation du traitement de fond de la douleur nociceptive

Dimensions évaluées	Objectifs	Recommandations
<b>Intensité de la douleur de fond</b> dans la journée en dehors des soins et de la toilette	$\leq 4/10$	Si intensité > 4 : <b>reconsidérer le traitement de fond</b> (médecin traitant).
<b>Accès douloureux</b> dans la journée en dehors des soins et de la toilette et des mobilisations	<b>Intensité des accès</b> $\leq 4$	Si intensité > 4 et nombre d'accès > 4 : <b>reconsidérer le traitement de fond</b> (médecin traitant). Si intensité > 4 et nombre d'accès $\leq 4$ : <b>reconsidérer la posologie des interdoses</b> (médecin traitant).
	<b>Nombre d'accès</b> $\leq 4$	Si intensité $\leq 4$ , quelque soit le nombre d'accès : <b>il n'y a pas d'indication pour reconsidérer le traitement sauf demande du patient.</b>
<b>Nombre de réveils nocturnes</b> dus à la douleur	0	S'il y a un réveil nocturne lié à la douleur <b>reconsidérer le traitement en fonction de la demande du patient</b> (médecin traitant).
<b>Existence d'une douleur</b> induite par les soins, la toilette ou les mobilisations quelque soit son intensité	Non	Si oui : envisager l'administration anticipée d'interdoses si elles sont prévues dans la prescription.
<b>Existence d'effets indésirables liés au traitement de la douleur</b>	Mineurs ou absents	Si importants : (Cf. chap. 2 fiche 5)

# • 2 Quatorze fiches d'aide à la prescription : règles de prescription des opioïdes forts

## Rappel des 3 niveaux de paliers :

Palier	Traitements indiqués
1	Non morphiniques
2	Opioides faibles
3	Opioides forts

### Remarque

- Voie orale à privilégier
- Opioides forts à utiliser après échec du palier 2 bien conduit ou d'emblée en cas de douleurs intenses (cotée > 7 sur une échelle numérique)
- Possibilité d'associer les paliers 1 et 3
- Intérêt des coantalgiques (antispasmodiques, myorelaxants, AINS, corticoïdes, anxiolytiques, antidépresseurs...) dans certaines situations cliniques

## RÉDACTION DE L'ORDONNANCE .....

- Utiliser des ordonnances sécurisées (bizones si ALD)
- Indiquer nom prénom âge du patient
- Rédiger la prescription en toutes lettres
- Respecter la règle des 28 jours pour les opioïdes forts PO et morphine injectable sur système actif continu
- Respecter la règle des 7 jours pour la morphine injectable en discontinu
- Préciser la date de la précédente ordonnance (en cours de validité) et inscrire « chevauchement d'ordonnance » en cas de chevauchement (nouvelle ordonnance pendant la période couverte par la précédente ordonnance d'opioïdes forts)

## Initiation du traitement par opioïdes forts

### TITRATION

Il existe plusieurs méthodes, dont :

→ **celle issue de l'EAPC<sup>9</sup> version 2012 :**

- Oxycodone LI ou Morphine LI réparti toutes les 4h sur 24h. En cas de douleur persistante, prendre une dose de secours en respectant un intervalle libre entre 2 prises de 1h minimum.

→ **celle préconisée par les experts membres du groupe de travail de mise à jour du SOR 2002 :**

- Oxycodone LI ou Morphine LI : au maximum 6 prises par jour en fonction des douleurs ressenties, avec un intervalle libre minimum de 1 heure entre les prises, sans dépasser 4 prises successives en 4 h avant d'en référer au médecin.

Si le malade n'est pas soulagé après 4 prises successives en 4 h, alors une réévaluation, éventuellement en hospitalisation, est nécessaire (SOR 2002).

### EXEMPLE DE PRESCRIPTION

→ Cinq milligrammes de morphine à libération immédiate, six doses par jour possibles en fonction des douleurs ressenties en respectant un intervalle libre d'1 heure minimum entre deux prises soit trente milligrammes par jour pendant 48h.

Prévenir le médecin si 4 prises successives en 4 h.

### REEVALUATION

- le jour même si le patient n'est pas soulagé après 4 prises successives en 4 h
- dans les 24 à 48 h dans les autres cas

### ADAPTATION

→ **si le nombre de doses LI est ≥ 4 doses/24 h :**

- Soit intégration des doses de Morphine LI ou Oxycodone LI à la Morphine LP ou Oxycodone LP
- Soit relais par patch Fentanyl transdermique (Cf. chap.2 fiche 6)
- Prévoir systématiquement des interdoses LI pour les accès douloureux.

Posologie de l'interdose = 1/10 à 1/6 de la dose LP par 24h

→ **si le nombre de doses LI est < 4 doses/24 h :**

- Continuer avec la forme LI à la même posologie

### EXEMPLE DE PRESCRIPTION

→ J1 et J2 :  
6 x 5 mg = 30 mg consommés par jour

→ Prescription à J3 :  
Quinze milligrammes de morphine prolongée matin et soir à 12h d'intervalle et six interdoses par jour possibles de cinq milligrammes à forme libération immédiate, en respectant un intervalle d'1 heure minimum entre deux prises d'une interdose

→ J1 et J2 :  
3 x 5 mg = 15 mg consommés par jour

→ Prescription à J3 : Continuer avec la forme LI à la même posologie = renouveler l'ordonnance précédente



### Patient dit fragile

Adulte > 70 ans, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale, troubles métaboliques (hypercalcémie, hypoalbuminémie sévère) : privilégier la forme à LI et initier les traitements à des doses réduites et espacer les prises (toutes les 6 à 8 heures).

## Médicaments antalgiques

(Se référer à la base de données publique des médicaments du Ministère des Solidarités et de la Santé – <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>)

La liste des médicaments cités n'est pas exhaustive

Molécule	Galénique	Dosage	Pic d'action	Durée	Infos (effets indésirables – fiche 5)
<b>PARACETAMOL</b>	gél, cp, poudre, orodisp, effervescent	500mg, 1g	30 à 60mn	4 à 6h	Forme Orodispersible non remboursée
	suppo	500, 600mg et 1g			
	inj	500mg, 1 g	15 à 60mn		Délivrance hospitalière
<b>AINS</b>					
Ibuprofène	cp	200mg, 400mg			
	suppo	100mg	60mn	6h à 8h	
	susp buv	20mg/ml			
Diclofenac®	cp	LI : 25, 50mg LP 75mg	60mn 120mn	LI 3 à 6h LP 12h	cp gastro-résistants Ne pas écraser
	suppo	100mg		4 à 6h	
Ketoprofène	cp, gélule,	LI 50mg, LI 100mg	60mn à 90mn	8 à 12h	
	cp	LP 100mg, LP 200mg	120mn	12h	Ne pas écraser
	suppo	100mg	30mn	4 à 6h	
	inj	100mg	15 à 30mn	4h	
<b>NEFOPAM</b> Acupan®	amp inj	20mg	30 à 60mn	4h	Voie orale utilisée hors AMM ou IVL (1h) ou perfusion continue (SE). 1 ampoule /4h x6/j max Effet anticholinergique Peu utilisé en soins palliatifs

PALIER 1  
Antalgiques  
non opioïdes

		PALIER 2			Infos (effets indésirables – fiche 5)	
Molécule	Galénique	Dosage	Pic d'action	Durée		
<b>TRAMADOL</b>						
Topalgic®, Contramal®	gél, cp	LI : 50mg LP : 100, 150, 200mg	LI : 60mn LP : 2h	LI 4 à 6h LP 12h	Baisse du seuil épileptogène Un palier 3 à petite dose est souvent mieux supporté que le Tramadol. Délivrance hospitalière pour la forme injectable IVL (30mn) toutes les 4h ou IV continu.  Dose max PO = 400mg, IV = 600mg	
	buvable	100mg/ml (10mg = 4 gouttes)				
Takadol®	injectable	100mg/2ml	IV : 10mn	6h		
Orozamudol®	cp effervescent	LI : 100mg	60mn	4 à 6h		
	orodispersible	LI : 50mg				
Zamudol®	gélule	LP : 50, 100, 150, 200mg	120mn	12h		
<b>PARACÉTAMOL + CODÉINE</b>						
Dafalgan codéine®	cp, effervescent	500mg/30 mg			Attention aux doses cumulées de paracétamol maximum 4g/jour	
Klupal codéiné®	cp	600mg/50mg	60mn	4 à 6h		
Codoliprane®	cp	400mg/20mg				
<b>PARACÉTAMOL + TRAMADOL</b>						
Ixprim® Zaldiar®	cp, effervescent	325mg/37,5mg	60mn	4 à 6h	Attention aux doses cumulées de paracétamol maximum 4g/jour	
<b>PARACÉTAMOL + OPIUM + CAFEINE</b>						
Lamaline®	suppo	500mg/15mg/50mg	20 à 60mn	4h		
	gélule	300mg/10mg/30mg	60mn	4h		
<b>PARACÉTAMOL + OPIUM</b>						
Izalgi®	gélule	500mg/25mg	30 à 60mn	4h		
<b>DIHYDROCODEINE</b>						
Dicodin®	comprimé	LP 60mg	2h	12h	Peu prescrit en soins palliatifs	

PALIER 3		Motécule	Galénique	Dosage	Pic d'action	Durée	Infos (effets indésirables – fiche 5)
		<b>MORPHINE</b>					
		Skénan®LP	gél	10, 30, 60, 100, 200mg	2h	12h	Possibilité d'ouvrir la gélule (microbilles)
		Moscontin®LP	cp	10, 30, 60, 100, 200mg	2h	12h	Ne jamais écraser
		Actiskenan® LI	gél	5, 10, 20, 30mg	30 à 45mn	4h	Possibilité d'ouvrir la gélule
		Sévrédo®LI	cp	10, 20mg	30 à 45mn	4h	Sécable, peut être écrasé
			sol buv unidose	10, 30, 100mg/5ml	30 à 45mn	4h	Intérêt si SNG ou GPE
		Oramorph®LI	sol buv compte-gouttes	20 mg/ml flacon goutte 1 goutte = 1,25mg	30 à 45mn	4h	Moins d'erreur de dosage avec le flacon d'Oramorph® 20mg/ml (4gtes = 5 mg) Intérêt en gériatrie, pédiatrie, titration ou faible dosage
			Injectable SC	Ampoules disponibles en ville : 1mg/1ml, 10mg/1ml, 50mg/5ml, 100mg/5ml, 100mg/10ml*, 200mg /10ml, 400mg /10ml, 500mg/10ml* <b>* conseillée@ pour PCA (cf. chap. 3)</b>	20 à 40min		
		Morphine chlorhydrate	Injectable IV		10 à 15min	4h	Durée de prescription : - 7 jours en discontinu - 28 jours en continu (PCA, PSE)
		<b>OXYCODONE</b>					
		Oxycontin® LP	cp	5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80 et 120mg	2h	12h	Ne pas écraser
		Oxynorm®	cp	5, 10, 20mg	30 à 45mn	4 à 6h	
			sol buv	10mg/ml	30 à 45mn	4 à 6h	Délivrance hospitalière
		Oxynormo® LI	cp orodispersible	5, 10, 20mg	30 à 45mn	4 à 6h	
		<b>Oxycodone / Naloxone</b> Oxsynia LP	cp	2,5/1,25 - 5/2,5 - 10/5, 15/7,5 - 20/10 - 30/15 - 40/20mg	2h	12h	Intérêt naloxone = neutralise la constipation induite par l'opioïde

Molécule	Galénique	Dosage	Pic d'action	Durée	Infos (effets indésirables – fiche 5)
Chlorhydrate d'oxycodone Oxynorm®	Injectable SC	Ampoules disponibles 10mg/ml,-20mg/2ml 200mg/20ml), (50mg/1ml),	20 à 30mn	4h	Délivrance hospitalière Durée de prescription : - 7 jours en discontinu et 28 jours en continu (PCA)
	Injectable IV		10 à 15mn	4h	
<b>HYDROMORPHONE</b>					
Sophidone® LP	gél	4, 8, 16, 24mg	2h	12h	Possibilité d'ouvrir la gélule
<b>FENTANYL</b>					
<b>Fentanyl transdermique</b>					
Durogésic® Matrifen® Fentanyl dispositif transderm (générique)	dispositif transdermique	12, 25, 50, 75, 100µg/h	12 à 18h	72h	Ne pas changer de marque de patch en cours de traitement. Non substituable Déconseillé pour des douleurs instables
<b>Fentanyl transmuqueux :</b>	seule indication ADP (cf. chap.2 fiche 4) une titration est nécessaire. Concerner les patients qui ont une douleur contrôlée par un traitement opioïde de fond				
Abstral®	cp sublingual	100, 200, 300, 400, 600, 800 µg	10 à 15mn	2 à 4h	Doit être placé sous la langue le plus loin possible (humecter la bouche)
Breakly®	film orodisp	200, 400 µg	10 à 15mn	2 à 4h	Doit être placé sur la face interne de la joue (humecter la bouche)
Effentora®	cp gingival	100, 200, 400, 600, 800 µg	10 mn	2h	Doit être placé entre joue et gencive ou sous la langue le plus loin possible) (humecter la bouche)
Instanyl®	pulvérisation nasale (10doses/fl)	50, 100, 200µg	10 à 15mn	2 à 4h	La réadministration se fait dans l'autre narine (A éviter en association avec un vasoconstricteur local)
Pecfent®	pulvérisation nasale (8 doses/fl)	100 et 400µg	15 à 30mn	2 à 4h	
Récivit®	cp sublingual	67, 133, 267, 400, 533, 800µg	10 à 15mn	2 à 4h	Doit être placé sous la langue
<b>Fentanyl injectable</b>	amp injectable IV	50, 100, 200µg	30s à 1mn	20 à 30mn	Délivrance hospitalière 7 Jours PCA

# Equivalences : principes de conversion

---

## Conversion entre palier 2 et palier 3 (accord d'experts)

- 8cp (Paracétamol/Codéine 500/30mg) /j ← - → Morphine PO : 60mg/j
- Tramadol 300mg/j (soit Tramadol LP100mg x 2 +Tramadol 50mg LI x2) ← → Morphine PO : 60mg/j

## Conversion palier 3

### Quand ?

- Lors d'un changement de voie d'administration d'un opioïde
- Ou lors d'un changement d'opioïde fort pour un autre

### Comment ?

Se référer à l'application [Opioconvert.fr](https://www.opioconvert.fr) élaborée par trois sociétés savantes, l'AFSOS, la SFAP et la SFETD.

Elles ont été à l'initiative de la création d'un groupe de travail dans le cadre de la réactualisation des Standards Options et Recommandations (SOR) pour la prise en charge de la Douleur due au Cancer. Ce groupe d'experts issus de ces sociétés, a établi des recommandations concernant les différents opioïdes disponibles et les ratios de changement d'opioïde à partir de la morphine.

**Exemples de conversion :** La complexité incite à utiliser l'application [Opioconvert.fr](https://www.opioconvert.fr)

- 1- Morphine PO et Morphine injectable en SC :
  - Morphine PO : 60 mg/j → Morphine SC : 20mg/j (soit diviser par 3)
  - Morphine SC : 20mg/j → Morphine PO : 40mg/j (soit multiplier par 2)
- 2- Morphine PO et Fentanyl transdermique
  - Morphine PO : 60mg/24h -> Fentanyl transdermique 25µg/h/72h
  - Fentanyl transdermique 25µg/h/72h -> Morphine PO : 40mg/24h
- 3- Fentanyl transdermique et Morphine injectable SC
  - Fentanyl transdermique 25µg/h/72h -> Morphine SC : 20mg /24h
  - Morphine SC : 30mg /24h -> Fentanyl transdermique 25µg/h/72h
- 4- Morphine PO et Oxycodone PO
  - Morphine PO : 60mg/j -> Oxycodone PO 30mg/j(soit diviser par 2)
  - Oxycodone PO : 30mg/j -> Morphine PO : 45mg/j (soit multiplier par 1.5)

**QR CODE de l'application Opioconvert**



## Douleur induite par les soins et accès douloureux paroxystiques (ADP)

### Principe

- Identifier la nature de la douleur à l'aide d'outils d'évaluation reproductibles (cf. Chap.1)
- Prévoir des doses de secours et les définir (médicament, dose, intervalle, durée de prescription)

### Recommandations

Molécules antalgiques d'action rapide et de durée d'action courte : le premier choix est la morphine ou oxycodone orale LI.

*Ex : Pour un patient avec patch de Fentanyl 25 µg/h/72 h (Équivalence morphine PO : 60 mg/24 h) : Interdose 1/10e. On peut choisir une interdose de 5 mg de morphine PO avec un intervalle minimal entre deux interdoses de 1h sans dépasser 4 prises en 4 h (SOR 2002).*

### Prévention de la douleur induite par les soins et mobilisations

- Vérifier la bonne installation du patient
- Identifier les soins techniques ou les gestes potentiellement douloureux
 

Ex : ponction veineuse ou artérielle, injection intramusculaire ou sous cutanée, ponction d'ascite, pansements, retrait d'adhésifs, aspiration nasopharyngée, pose et retrait de sonde (gastrique, urinaire), extraction de fécalome, mobilisations (toilettes, changes, transferts, etc.), actes de kinésithérapie motrice ou respiratoire...
- Réévaluer l'indication des soins techniques ou du geste
- Expliquer aux soignants, au patient et à son entourage les modalités pratiques du geste et les modalités du traitement antalgique préventif, en tenant compte du rythme et de l'expression du vécu douloureux du patient
- Associer des techniques non médicamenteuses (musique, distraction, hypnose...)
 

Proposer une thérapie antalgique prophylactique
- Traitement :
  - Local
    - Lidocaïne, Prilocaine : EMLA® patch délai 1h à 2h sur peau saine (ponction d'ascite, ponction veineuse, pleurale...)
    - Xylocaïne visqueuse (sur des zones peu étendues) : délai d'action 45mn minimum
  - PO : morphine ou oxycodone orale LI 45mn à 1h avant le soin
  - Injectable : administration d'un bolus (15mn en IV et 30mn en SC avant le soin)
  - Voie respiratoire : MEOPA actuellement uniquement possible en HAD (voir focus MEOPA)
- Proposer une anxiolyse si besoin<sup>10</sup>
  - Privilégier une molécule d'action rapide, de demi-vie courte, 1h avant le soin :
    - Alprazolam 0,25 mg (demi-vie entre 10 et 20h),
    - Midazolam 2,5 mg SC (demi-vie de 4h)
    - Oxazepam 10mg (demi-vie 8h)

## Fiche 4 (Suite)

### Focus sur le MEOPA :

- Mélange équimoléculaire d'oxygène et protoxyde d'azote
- Administration sur prescription médicale par du personnel médical et paramédical formé
- Action anxiolytique et antalgique rapide et réversible
- Durée du traitement de 45 minutes à une heure
- Attention à la potentialisation avec les psychotropes et morphiniques

### Accès douloureux paroxystique :

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/fbum\\_adp\\_maj\\_juillet2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/fbum_adp_maj_juillet2014.pdf)

**Le traitement des ADP ne concerne que les patients qui ont une douleur de fond contrôlée par un traitement opioïde fort.**

### Focus sur l'ADP :

Exacerbation transitoire et de courte durée de la douleur, d'intensité modérée à sévère.

Les ADP peuvent être spontanés et imprévisibles. Ils peuvent aussi être prévisibles et survenir lors d'actions volontaires du patient ou être provoqués par des soins ou des actes médicaux. Si la douleur de fond n'est pas bien contrôlée il ne s'agit pas d'ADP : il peut s'agir d'un traitement inadapté, de l'évolution de la maladie ou d'un échappement thérapeutique.

→ **Traitement : Fentanyl Transmuqueux** (cf. Chap.2 fiche 2)

## Effets indésirables des opioïdes

### Principe

Certains effets indésirables sont transitoires en début de traitement et ne justifient pas l'arrêt des opioïdes.

### Recommandations<sup>11</sup> :

- Différencier « effets indésirables » souvent passagers et « surdosage »
- Prévenir les effets indésirables et les corriger quand la douleur est contrôlée
- Anticiper les situations d'insuffisance rénale pour les patients traités par morphine, oxycodone et hydromorphone
- Tenir compte des interactions médicamenteuses (surtout en cas d'insuffisance hépatique)  
Ex : paracétamol potentialise les opioïdes et les opioïdes potentialisent les benzodiazépines ; les chimiothérapies peuvent aussi interférer.
- Toujours rechercher d'autres étiologies (organique, métabolique, autre pathologie : hypothyroïdie, médicamenteuse, métaboliseurs rapides ou lents, autres).
- Surveiller régulièrement les effets indésirables sur un support en lien avec l'évaluation de la douleur et le traitement pris (cf. chap.1 fiche 3)

### Principaux effets indésirables rencontrés :

#### ..... Constipation

Très fréquente, non dose-dépendante, liée à la diminution des sécrétions et des mouvements péristaltiques et hypertonicité des sphincters. Elle ne s'amende pas dans le temps.

### Prévenir la constipation en prescrivant systématiquement un laxatif dès l'initiation du traitement par opioïdes :

- Laxatifs osmotiques, effet à 48 heures :  
Forlax®, Movicol®, Importal®, Transipeg® :  
2 sachets le matin, Duphalac®, Lactulose®  
1 à 2 sachets x 3/j
- Laxatifs stimulants, effet à 12 h :  
Pursennide®<sup>12</sup> 20mg 1 à 2cp par jour
- Lavement si pas de selles depuis plus de 5 jours : Microlax®, puis Normacol® si inefficace TR au moindre doute (risque de fécalome)
- Si la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante proposer un antagoniste des récepteurs  $\mu$  périphériques :
  - Voie orale = naloxegol (Moventig®), cp à 12.5mg et 25mg, dose habituelle recommandée de 25mg/jour en une prise le matin
  - Voie SC = Bromure de Méthylhantrexone (Relistor®) :
    - Administration par voie SC de 8 mg (0,4 ml) à 12 mg (0,6 ml) selon le poids :
      - 1 dose unique un jour sur deux ou à intervalles plus long selon le besoin clinique
      - 2 doses consécutives à 24 heures d'intervalle seulement si aucun effet (reprise du transit) n'a été observé avec la dose de la veille.

11. Pas d'attitude consensuelle sur la conduite à tenir

12. Badke, A., & Rosielle, D A., (2015) Opioid Induced Constipation Part I : Established Management Strategies #294, Journal of Palliative Medicine

### Focus sur Bromure de Méthylaltréxone Relistor® :

Antagoniste sélectif périphérique des récepteurs  $\mu$  aux opioïdes indiqué dans le traitement de la constipation liée aux opioïdes chez les patients présentant une pathologie à un stade avancé et relevant de soins palliatifs, lorsque la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante. Effet indésirable fréquent : douleur abdominale.

### ..... Nausées - Vomissements

- Dans 1/3 des cas en début de traitement ou d'augmentation de dose.
  - Prescription d'agonistes de la dopamine : Metoclopramide (Pimpéran®), Metopimazine (Vogalène®), Dompéridone (Motilium®) : à prendre systématiquement si nausées/vomissements présents avant les repas pendant 5 jours, privilégier la forme suppo ou Lyoc
  - Si vomissement rebelle : Neuroleptiques 1 à 10 mg/j
- Ex : Halopéridol (Haldol®) 2 mg/ml (10 gouttes = 1 mg) : 5 gouttes x 4/j pour débiter, puis ajuster la dose ou démarrer de 2 mg à 5 mg en SC ou IVL (hors AMM). Chlorpromazine (Largactil) 25mg/ml (AMM en IV mais induit souvent plus de somnolence), 12 à 25mg/j en IVL sur 3h ou en IVSE, possible en sous-cutané (mais pas en continu)

### ..... Somnolence et baisse de la vigilance

Fréquente en début de traitement (1ère semaine) puis s'estompe. Elle peut traduire une dette de sommeil ou une tendance à la sieste lorsque le patient est inactif. Si persistance mesurer la FR (sans stimuler le patient) car c'est peut-être le premier signe de surdosage (cf. ci-dessous)

### ..... Baisse de la fréquence respiratoire

FR = 10 à 15/minutes = fréquence normale sous opioïdes (N = 15 à 20)  
Fréquence respiratoire < 8 : possibilité exceptionnelle de surdosage, protocole Naloxone - Narcan® (cf. chap.3 pompe à morphine/traiter le surdosage) : 1 ampoule de 0,4 mg dans 10 ml Na Cl puis injecter IV 1 ml/2 mn jusqu'à FR > 10

### ..... Hallucinations / Agitations / Cauchemars / Angoisse

- Informer le patient et son entourage
- Rechercher les manifestations car le patient en parle rarement spontanément
- Vérifier les doses de traitement, l'état d'hydratation et la calcémie
- Traitement : Halopéridol 0,5 à 10mg 1 à 3/j

Ex : Halopéridol 2 mg/ml : 5 gouttes / prise (10 gouttes = 1 mg)

> En cas d'agitation, éliminer un fécalome et/ou rétention aiguë d'urine

### ..... Rétention aiguë d'urine

Dose dépendante. Plus fréquente chez les personnes âgées, y penser devant une agitation inexpliquée. Risque majoré par fécalome, adénome prostatique ou par prise conjointe d'anticholinergiques.

Traitement :

- Sondage urinaire transitoire,
- Possibilité de prescription d'alphabloquant.

**Recommandation :** Prévoir la prescription anticipée du matériel nécessaire pour un sondage urinaire.

### ..... Prurit

Rarement rencontré, peut survenir en début de traitement. Si invalidant : effectuer un changement d'opioïdes (cf. chap.2 fiche 7)

## Fiche 6

# Fentanyl Patch

Dosages : patch de 12, 25, 50, 75 et 100 µg/h/72 h

### Principes

- Réservé à l'adulte, lors des douleurs stables et chroniques d'origine cancéreuse, en relais d'un traitement antalgique
- Utilisation initiale possible dans les situations de douleur stable et si recours à la voie orale difficile
- Délai d'action (pour le 1er patch et lors des augmentations de doses) 12 h à 18 h et persistance d'action 12 h après le retrait du patch
- Contre-indications : dépression respiratoire
- Pas d'initiation avec le Fentanyl transdermique :
  - chez la personne très âgée (cf. chap. 2 fiche 12)
  - chez le patient ayant un poids < 50 kg et naïf de morphine
- Risque de surdosage chez le cirrhotique, l'insuffisant hépatique
- Dispositif matriciel transparent : attention aux oublis sur le patient
- Changer de site lors des changements de patch
- Ne pas appliquer le patch sur des zones œdématisées ou excoriées
- En cas de fièvre risque d'inefficacité au 3e jour, modification de la diffusion avec risque de surdosage

### ..... Posologie

- Déterminer la dose du patch à utiliser en fonction de la dose de l'opioïde fort utilisé au préalable avec l'aide de l'outil [Opioconvert.fr](http://Opioconvert.fr) (cf. chap.2 fiche 3)

### ..... Adaptation de la posologie et traitement d'entretien

Prescription anticipée d'interdoses d'opioïdes forts à libération immédiate en cas de douleur (1/10 de la dose journalière d'équivalent de morphine orale). Réévaluation du patch à J3

Fentanyl Dose (µg/h)	Interdose en équivalent morphine orale en mg		Si ≥ 4 interdoses passer à une dose de Fentanyl (µg/h) à J3 de la pose précédente
	1/10 de la dose par 24h	1/6 de la dose par 24h	
12		5	25
25	5	10	50
50	10	20	75
75	15	30	100
100	20	40	150
150	35	60	225

**Recommandation :** Si les douleurs récidivent systématiquement entre la 48e et 72e heure : augmenter le patch au dosage supérieur et si persistance du phénomène et/ou effet secondaire, alors retourner au dosage initial, mais en changeant le patch toutes les 48 h (exceptionnel).

### ..... Arrêt du traitement

2 cas de figures :

- En cas d'inefficacité du traitement : changement opioïde (cf. chap.2 fiche 7)
- En cas de surdosage : retrait du patch et utiliser uniquement des interdoses d'opioïdes forts à Libération Immédiate à la demande avec réévaluation fréquente

# Changement d'opioïde

### Définition

Changement empirique d'un opioïde fort par un autre à dose équianalgique.

### ..... Quand ?

- Effets indésirables persistants malgré l'ajustement du traitement : troubles des fonctions cognitives, hallucinations, myoclonies, nausées, constipation opiniâtre.
- Résistance à l'opioïde utilisé : absence d'efficacité malgré une augmentation régulière des doses.

### À vérifier en cas de résistance ou d'intolérance

- Horaires des prises respectés ?
- Doses respectées ?
- Interdoses respectées ?
- Confusion de forme galénique LI/LP ?
- Association à un antagoniste ? (Nubain®, Subutex®, Temgesic®)
- Composante neuropathique ?
- Dysphagie ?
- Dysperméabilité de sonde gastrique ?
- Autre problème d'absorption (vomissements, chirurgie, radiothérapie, etc..) ?
- Réticence psychologique ?
- A-t-on utilisé les ressources des coantalgiques ?
- Existe-t-il une autre cause d'effets indésirables (vomissements dans hypercalcémie par exemple) ?
- Y a-t-il une anxiété sous-jacente importante qui gêne l'évaluation ?
- Les effets secondaires sont-ils traités ?
- Hyperalgésie induite par les opiacées (cf. focus) ?

### ..... Comment ?<sup>13</sup>

- Soit en changeant de produit (morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, méthadone).
- Soit en changeant de voie d'administration : orale, transdermique, sous-cutanée ou intraveineuse (PCA avec ou sans bolus).
- Privilégier la sécurité à la rapidité d'action en préférant la valeur faible des coefficients de conversion (utilisation du site opioconvert.fr pour déterminer la dose si possible).
- Attention aux délais d'action de chaque molécule. Règles de changement fentanyl patch/ opioïde fort LP :
- Opioïde fort LP → fentanyl patch : pose de patch lors de la dernière prise d'opioïde fort LP.
- Fentanyl patch → opioïde fort LP : première prise de l'opioïde fort LP 12 h après le retrait du patch avec interdoses d'opioïde fort à libération immédiate de 1/10e à 1/6° de la dose des 24 h par prise.

---

### Focus sur l'Hyperalgésie induite par les opiacées (OIH)

Exceptionnellement, la douleur augmente sous traitement par opiacé sans argument, ni pour une progression évidente de la maladie ni pour un syndrome de manque ou de sevrage, ni pour une tolérance aux opiacés. La douleur peut diminuer avec une réduction de la dose d'opioïde. L'OIH survient le plus souvent lors d'une augmentation rapide des doses de fond. Les coanalgésiques pourraient limiter ce phénomène.

---

### Focus sur la Kétamine et la Méthadone<sup>14</sup> :

- Ces traitements peuvent être envisagés dans le cas de douleurs rebelles, après évaluation par une équipe hospitalière spécialisée qui les initiera.
  - Ces traitements ne doivent être prescrits qu'en deuxième intention après changement d'opioïdes et traitement adjuvant bien conduits.
- 

---

13. Pas de critère de choix valide permettant de privilégier l'ordre ou le choix des opioïdes

14. Il n'existe pas de consensus concernant les protocoles de conversion d'un traitement opioïde vers la kétamine et la méthadone.

# Traitement antalgique des métastases osseuses

---

### Définition

C'est une douleur nociceptive dont la composante neuropathique très fréquente est souvent mal reconnue, même s'il n'y a pas de lésion nerveuse évidente.

### ..... Traitements spécifiques

- Radiothérapie externe :
  - action antalgique dans 85 à 90 % des cas, souvent très rapide mais pouvant demander 3 semaines.

Possibilité de recrudescence douloureuse juste après la séance -> Prévoir une prescription anticipée avec une augmentation des doses de médicaments antalgiques pendant 24 à 48 h

- Chirurgie :
  - en urgence à visée décompressive si atteinte médullaire
  - préventive d'une lésion ostéolytique d'un os porteur (enclouage) suivie d'une irradiation postopératoire systématique
  - injection de ciment chirurgical en intra-osseux (lyse isolée des corps vertébraux)
- Chimiothérapie palliative possible, à visée antalgique et dans l'objectif du ralentissement de l'ostéolyse

### ..... Traitements spécifiques

En monothérapie ou en association :

- Morphine ou Oxycodone d'emblée, si la douleur est très intense (EN > 7) :
  - PO : opioïdes forts avec prescription d'une dose de base (cf.chap. II fiche 1) et d'interdoses notamment avant la mobilisation, les déplacements, les soins, et les situations algogènes remarquées par le patient. (intérêt du fentanyl transmuqueux quand la douleur est équilibrée par une dose opioïde fort stable)
  - Voie SC ou IV continue si PO impossible : opioïdes forts avec pompe PCA et autogestion par le patient possible.
- Paracétamol : action synergique avec les opioïdes forts
- Corticoïdes :
  - PO : Prednisone ou Prednisolone à 1mg/kg/j
  - Par voie parentérale : la méthylprednisolone peut être administrée jusqu'à des doses élevées de 2 à 3 mg/kg/j

- AINS :
  - Prescrire une protection gastrique systématique par un IPP et des pansements gastriques si besoin.
  - Disposer d'une clairance de la créatinine avant traitement et la surveiller.
  - Éviter l'association avec les anticoagulants.
  - Possibilité de bolus IV de Kétoprofène si métastases hyperalgiques
- Bisphosphonates :
  - Indication dans le traitement palliatif des ostéolyses néoplasiques avec ou sans hypercalcémie, en association à un traitement antalgique conventionnel. Effet préventif fracturaire et à moindre degré antalgique.
  - Préférer la voie I.V, compte tenu de la faible absorption par voie digestive.
  - Risque possible d'ostéonécrose de la mâchoire.
  - Posologie :
    - Acide zolédronique (Zometa®) : 4mg en IV toutes les 4 semaines
    - Anticorps monoclonal : Denosunab (Xgeva®), une injection mensuelle SC, efficacité identiqueaux biphosphonates

.....

La douleur des métastases osseuses est souvent résistante aux opioïdes en monothérapie. Les morphiniques sont le traitement de choix en association avec les anti-inflammatoires (stéroïdiens ou non).

Les douleurs nocturnes sont fréquentes.

.....

Traitement de la composante neuropathique à toujours considérer (cf. chap.2 fiche 10)

# Carcinose péritonéale

---

### Remarque :

- Entraîne une douleur nociceptive associée à un syndrome subocclusif ou occlusif.

### ..... Antalgiques

#### **Ne pas utiliser la voie orale (car nausées ou vomissements).**

- En cas de douleurs instables > Privilégier une analgésie par PCA IV ou à défaut SC  
Traitement : Chlorhydrate de morphine : voie SC avec utilisation d'un diffuseur sur site fixe ou une pompe; voie IV avec PCA après titration (cf. chap.2 fiche 1)
- En cas de douleurs stables > Privilégier la voie transdermique en relais d'une titration de morphine, avec respect des équivalences (cf. chap.2 fiche 3) Moins d'effet constipant.

### ..... Antisécrétoires

#### Intérêts

- Diminution des sécrétions digestives et donc des nausées et vomissements
- Effet antalgique par effet antispasmodique.

#### Traitements

- Première intention : Scoburen (butylbromure de scopolamine)
  - Ne passe pas la barrière hématoencéphalique
  - Posologie : 4 ampoules à 20 mg soit 80mg/24 h dans les flacons de perfusions ou en PSE en IV ou SC, à adapter selon fonction rénale.
  - Réévaluer après 3 jours
  - Effets indésirables : ceux des atropiniques.
- Deuxième intention (coût élevé, prescription initiale hospitalière) : Octreotide (Sandostatine - analogue de la somatostatine)
  - Posologie : 150 µg matin et soir à 12 h d'intervalle en SC (l'injection peut être douloureuse) ou 300 µg en continue en IV ou en PSE<sup>15</sup> sur 24 heures (maximum 600 µg/jour).
  - Ne pas mélanger avec d'autres produits.
  - Relais possible par voie SC (mensuelle) en cas de stabilité clinique (forme LP).
- Autre possibilité (effets indésirables plus importants) : Scopolamine (hydrobromure de scopolamine) :
  - Risque d'effets centraux car passage facile de la barrière hématoencéphalique.
  - Posologie : 0,5 mg/8 h ou IV continue ou IV lente.

## ..... Corticothérapie

### Traitements

- Solumedrol® (méthylprednisolone) :
  - Posologie : 1 à 4 mg/kg/jour en SC (le volume injecté ne peut dépasser 2 ml) ou IVL, en 1 injection le matin, en fonction de la tolérance psychique.
  - Efficacité à juger au bout de quelques jours et à arrêter si inefficace.

## ..... Antiémétiques

### ! Éviter de prescrire les antiémétiques qui augmentent le péristaltisme

Ex : *Metoclopramide, Metopimazine, Dompéridone*

> Préférer les antiémétiques d'action centrale :

- Halopéridol : 3 à 15 mg/24 h en SC (hors AMM) directe ou en perf SC continue ou discontinue ou IV continue.
- Chlorpromazine (Largactil®) : 12,5 à 50 mg/24 h par voie IV ou SC discontinue

## ..... Soins de bouche

> Prescription systématique - ex : solution Bicarbonate de sodium 14/1000 ou 1,4%

## ..... Traitement du syndrome occlusif ou sub-occlusif

- En cas d'occlusion basse incomplète : utiliser des laxatifs osmotiques, lubrifiants ou lavements et éviter les laxatifs qui augmentent la motricité intestinale
- Limiter les apports hydriques pour réduire les sécrétions, laisser au patient le choix de garder ou non des prises alimentaires PO même en cas d'occlusion complète (importance symbolique, aliments qui font encore plaisir mais informer sur les risques de vomissements)
- En cas de vomissements fécaloïdes répétés ou des vomissements fréquents sur une occlusion haute : poser une sonde naso-gastrique en aspiration (à discuter avec le patient et en équipe). En relai, une gastrostomie de décharge pourrait être discutée.

# Douleur neuropathique : diagnostic et règles de prescription de traitements médicamenteux

---

### Définition

Toute douleur liée à une lésion du système nerveux central ou périphérique. Les douleurs neuropathiques répondent à des caractéristiques cliniques (sensation de brûlure ou de décharges électriques), associées à l'examen d'hypoesthésie, anesthésie, ou allodynie... permettant de les différencier des douleurs par excès de nociception. Toutes les caractéristiques ne sont pas nécessairement réunies chez un même patient.

Elles peuvent être associées aux douleurs par excès de nociception comme dans les douleurs d'origine cancéreuse, appelées alors douleurs mixtes.

Le délai entre la lésion neurologique et l'apparition de la douleur est très variable : de quelques jours à plusieurs mois.

Contexte possible : post zona, neuropathie diabétique douloureuse, douleur centrale survenant après un accident vasculaire cérébral, post chirurgie, post chimio, compression tumorale...

### Diagnostic

Utiliser le questionnaire DN4 (cf. chap.1 fiche 2). Si score du patient  $\geq 4/10$  : test positif (sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%) donc forte probabilité d'une composante neuropathique dans la douleur.

### Règles générales

- Se fixer des objectifs réalistes compte tenu de l'efficacité souvent partielle des traitements.
- En première intention : Les traitements spécifiques sont les antidépresseurs tricycliques et les antiépileptiques. Privilégier la monothérapie.
- Adapter de manière progressive les traitements antidépresseurs tricycliques et antiépileptiques : effet antalgique retardé (une dizaine de jours).
- En cas d'efficacité partielle d'un traitement : proposer des associations médicamenteuses aux mécanismes d'action complémentaires.
- En deuxième intention : associer deux traitements spécifiques neuropathiques (tricycliques + antiépileptiques).
- En troisième intention : les opiacés peuvent être utilisés. Il n'existe pas d'étude démontrant la supériorité d'un opioïde par rapport à un autre.

### Focus sur la TENS (Neurostimulation électrique transcutanée)

La TENS est couramment utilisée pour traiter un large éventail de douleurs. Elle est appliquée à l'aide d'un appareil fonctionnant sur piles qui administre un faible courant électrique à l'aide d'électrodes fixées à la peau.

Prescription par un médecin spécialisé en douleur.

## Médicaments de la douleur neuropathique

**Principe :** Utiliser une seule molécule jusqu'à la dose efficace.

### ..... Les antiépileptiques

Molécules	Galénique	Dose quotidienne	Surveillance	Commentaires
Pregabaline Lyrica®	Gélule, 25 – 50 – 75 100 – 15 – 200 -300 mg  Sol buv : 20 mg/ml	2 prises /jour J1-J2 : 1 à 2 x 25 mg Augmenter progressivement (intervalle minimum de 4 à 7 jours) par palier de 25 mg Dose maximale : 600 mg/j	À adapter selon effets et fonction rénale (cf. BDPM )	Si mauvaise tolérance (somnolence, impression vertigineuse, confusion...) : repasser au palier précédent Effet anxiolytique
Gabapentine Neurontin®	Gélule 100 – 300 – 400 mg Comprimé sécable 600 – 800 mg	J1 à J3 : 1 x 300 mg J4 à J6 : 2 x 300 mg J7 à J13 : 3 x 300 mg J14 et + : 3 x 400 mg Dose moyenne : 1200 mg Dose maximale : 3600 mg	À adapter selon effets et fonction rénale (cf. BDPM) <sup>16</sup>	Somnolence surtout en début de traitement Arrêt progressif Effet anxiolytique Augmentation du poids OMI

### ..... Les antidépresseurs tricycliques

- Dose à visée antalgique < dose à visée antidépressive.
- Efficaces lorsqu'il existe une lésion neurologique.
- Risque glaucome, rétention urinaire, sécheresse buccale, constipation, prise de poids

Molécules		Posologie	Commentaires
Amitriptyline Laroxyl®	Cp 25 – 50 mg Solution buvable 40 mg/ml : Sol.Inj IM ou IV 50 mg/2 ml :	Une prise le soir, début 5 à 10 mg/jour (1 goutte = 1 mg), en augmentant progressivement de 1 à 2 mg/jour ou par palier de 5 mg tous les 4 jours jusqu'à la dose minimale tolérée et efficace. Dose maximale : 150 mg /jour	Favorise le sommeil
Clomipramine Anafranil®	Cp 10 - 25 – 75 mg Sol. Inj IM-IV 25 mg/2 ml	Débuter à 10 mg/jour pendant une semaine. Augmenter progressivement par paliers de 10 à 25 mg toutes les semaines, selon la tolérance. La posologie est individuelle (10 à 150 mg par jour)	Donner de préférence le matin La voie IV sera initiée en milieu hospitalier 2ème intention
Imipramine Tofranil®	Cp 10 - 25mg	Débuter 10 à 25 mg /jour, pendant une semaine. Progressivement augmenter par paliers de 10 à 25mg toutes les semaines, selon la tolérance. La posologie est individuelle (25 à 300 mg/jour).	2ème intention

### ..... Emplâtres de Lidocaïne 5 %: Versatis®

- Indication dans l'allodynie (AMM actuelle pour le Zona). Peu de passage systémique
- Un emplâtre pendant 12h sur peau saine (3 compresses simultanées max)

## Douleur chez la personne âgée

### Évaluation de la douleur

- Chez la personne âgée communicante, utiliser les échelles d'auto-évaluation qu'elle connaît.
- Évaluer de manière systématique même quand le patient ne se plaint pas de douleur.
- Utiliser une échelle d'évaluation adaptée à la personne non communicante (Voir focus ALGOPLUS, Doloplus, ECPA)
- Recueillir si possible l'avis des soignants, de l'entourage, des proches aidants familiaux ou professionnels présents lors de l'évaluation.
- Devant l'apparition de troubles du comportement apathie/agitation, confusion... un examen clinique complet doit être fait afin de rechercher une étiologie telle que la rétention aiguë d'urine, fécalome, troubles ioniques.

### Focus EVS, échelles d'auto-évaluation de la douleur

Echelle Verbale Simple : 0. Absente – 1. Faible – 2. Modéré – 3. Intense – 4. Extrêmement intense

### Focus échelles d'hétéro-évaluation de la douleur

- Algoplus (douleur aiguë) : observer les cinq critères suivants

Visage : froncement de sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Regard : regard inattentif, fixe, lointain, ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Plaintes orales : « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Corps : retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Comportements : agitation ou agressivité inhabituelle, agrippement	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Seuil de traitement : score de « oui » supérieur à 2 sur 5

### Traitement de la douleur de nociception

#### Principe

- Surveiller l'albuminémie et la fonction rénale.
- Le choix de la molécule se fera en fonction des co-morbidités de la personne âgée.
- Il est possible de passer du palier 1 au palier 3 du fait de la mauvaise tolérance des médicaments de palier 2.
- Penser à la kinésithérapie, l'ergothérapie et la psychomotricité à visée antalgique, ou autres techniques non médicamenteuses.
- Devant un trouble du comportement tester en 1er intention un traitement antalgique, avant de prescrire un traitement psychotrope.

**Palier 1 :** Paracétamol

**Palier 2 :** Souvent mal toléré et risques d'interactions médicamenteuses

- Codéine : risque de constipation (laxatifs à prescrire) à privilégier plutôt que le tramadol.
- Tramadol LI : à tester à très petite dose (penser à la forme buvable pédiatrique) puis augmenter progressivement. Mal toléré sur le plan digestif et cognitif. A savoir que la forme LP est un peu mieux tolérée.

**Palier 3 :** Opioides forts (cf. chap.2 fiche 2)

Titration possible avec Oramorph® forme buvable, flacon de 20 ml/mg (1 goutte = 1,25 mg de morphine PO). Possibilité de donner sur un sucre en raison du goût amer.

Envisager 4 prises/24h initialement chez le sujet âgé de plus de 85 ans, à augmenter à 6 prises/24h selon tolérance et efficacité (temps de réapparition de la douleur).

Début faible posologie (1,25 à 2,5mg/prise selon degré de cachexie associée à l'insuffisance rénale) et augmenter très progressivement. « start slow and go slow »

Avec un traitement de fond, préférer des interdoses à 1/10 de la dose totale journalière (max 4 ID /24h)

**Le Fentanyl transdermique :**

- ne doit pas être utilisé pour initier le traitement
- Intérêt en relais d'un traitement morphinique d'au moins 30 mg/24 heures dans les douleurs contrôlées.

**La Méthadone :**

- à petite dose (2mg x 2) serait une bonne alternative en raison des métabolites inactifs et de sa non contre indication chez l'insuffisant rénal.

**Prévention et traitement des effets indésirables :**

- Nausées (fréquentes) et vomissements (rares) se manifestant à l'initiation du traitement. Chez le sujet non communiquant se traduit souvent par un refus de l'alimentation
  - Vérifier la natrémie et la calcémie pour éliminer une étiologie métabolique
  - Métoprocloramide PO ou suppo
  - Si inefficace Halopéridol PO 2 mg/ml, 5 gouttes 1 à 3 x/jour ou Halopéridol SC (hors AMM)
  - 2,5 mg x 2/24 h. Tenir compte de l'effet sédatif.
- Constipation (cf. chap.2 fiche 5) : Toucher rectal au moindre doute pour éliminer fécalome, surtout si agitation inhabituelle ou rétention d'urine
- Rétention urinaire
  - Risque accru si association à des traitements à effet anticholinergique (antidépresseur tricyclique, scopolamine)
  - Prescription anticipée de matériel de sondage : kit et sonde (14 ou 16 CH par exemple)
  - Réévaluation de l'efficacité et des effets indésirables dans les 12 à 24 h
  - Surveiller la survenue d'hallucinations
- En début de traitement, faire la différence entre troubles de la vigilance et récupération d'une dette de sommeil.

**Traitement de la douleur neuropathique (cf. chap. II fiche 11)**

- Adapter la posologie selon la fonction rénale

**Traitement de la dépression et de l'anxiété**

- Fréquente et souvent masquée. Participe au syndrome douloureux.

# Douleur chez la personne en situation de polyhandicap

---

### ..... Evaluation de la douleur

- Systématiser l'évaluation de la douleur face au changement de comportement.
- La perception de la douleur est perturbée, avec parfois des présentations atypiques :
- Agressivité, Automutilation, Cri sans problème particulier, Troubles du sommeil, Explosion violente inexplicquée (AACTE)
- Recueillir l'avis de la famille et des soignants présents lors des évaluations

### Focus évaluation de la douleur : utiliser la bonne échelle d'évaluation



**L'échelle Algoplus n'est pas validée pour les personnes en situation de polyhandicap.**

### .... Pour la personne non communicante, utilisation d'échelle d'hétéro évaluation spécifique au handicap :

EDAAP2 : Evaluation de l'expression de la douleur chez les adolescents ou adultes handicapés (Seuil de traitement : score supérieur à 7 sur 41)

- ESDDA : Echelle simplifiée d'évaluation chez les personnes dyscommunicantes avec spectre du trouble de l'autisme. (Seuil de traitement : score supérieur à 2 sur 6)
- DESS : Douleur Enfant San Salvador (Seuil de traitement : score supérieur à 6 sur 40)

### .... Pour la personne communicante, utilisation d'échelle d'auto évaluation

### ..... Traitement de la douleur

- Tous les antalgiques sont possibles, l'introduction doit se faire de façon progressive.
- Adapter la galénique en fonction du mode de prise du traitement en particulier pour l'alimentation par gastrostomie
- Réévaluation dans l'heure après la prise du traitement antalgique
- Les effets indésirables doivent être surveillés systématiquement (constipation, ostéoporose...)
- Penser à instaurer des traitements non médicamenteux comme l'installation de la personne, la kinésithérapie douce, etc.

### ..... Ressources en Ile-de-France

Equipe PALIPED : [www.paliped.fr](http://www.paliped.fr)

## Les spécificités en pédiatrie

En pédiatrie, une approche intégrée est favorisée autant que possible, faisant coexister traitements à visée curative et démarche palliative, pour les enfants atteints de pathologies graves, menaçant ou limitant leur vie, en situation d'incertitude et de vulnérabilité.

### ..... Evaluation de la douleur en pédiatrie

Evaluer et comprendre au plus près ce que l'enfant éprouve passe par la construction d'une relation empathique avec l'enfant et ses parents, puis par le choix d'un outil de mesure.

Les parents sont des observateurs privilégiés de leur enfant. Ils restent des partenaires majeurs dans l'évaluation. L'échelle d'évaluation est choisie en fonction de l'âge et des capacités de l'enfant. Le choix de l'échelle d'évaluation doit être consensuel entre l'enfant, les parents et les professionnels. Privilégier autant que possible l'auto-évaluation.

Profil de l'enfant	Hétéro évaluation Voir selon la situation		Auto évaluation > 6 ans (à tenter à partir de 4 ans) Toujours à privilégier mais ne dispense pas de l'hétéroévaluation	
	échelle	Seuil de traitement	Échelle	Seuil de traitement
0 - 3 mois	EDIN (Douleur, Inconfort) DAN ( Douleur, Aiguë NNé)	> 5/15 > 2/10		
0 - 18 mois	NFCS (Neonatal Facial Coding System)	> 1/4		
0 - 7 mois	EVENDOL : toutes situations d'urgence et post-op	> 4/15		
2 mois à 7 ans	FLACC : douleurs liées aux soins et post-op	> 3/10		
2 - 6 ans	HEDEN : douleurs prolongées	> 3/10		
> 6 ans (à tenter à partir de 4 ans)			Échelle des Visages (traduite en plusieurs langues)	> 4/10
			DN4 (Douleurs Neurophathiques)	> 4/10
			EVA (Échelle Visuelle Analogique)	> 3/10
			Schéma du bonhomme : permet à l'enfant de dessiner les zones douloureuses	
			EN (Echelle Numérique) l'enfant cote sa douleur entre 0 et 10	> 3/10
Enfant de 2 à 6 ans calme en apparence mais avec pathologie complexe	DEGR HEDEN	>10/40 < 3/10		
Enfant polyhandicapé et/ou avec déficience cognitive	FLACC modifiée : pour les soins et post-op SAN SALVADOUR : pour douleurs au quotidien	> 3/10 > 6/40		
Enfant > 4 ans ne maîtrisant pas la langue	HEDEN : douleurs prolongées			

## Fiche 14 (Suite)

### ..... Règles de prescription des antalgiques

Les traitements antalgiques et co-antalgiques sont pour l'essentiel les mêmes que pour les adultes.

Cependant la posologie doit être adaptée au poids. L'ajustement de la posologie, en fonction du contrôle de la douleur, suit les mêmes règles que pour les adultes.

Tout comme l'évaluation de la douleur, la majoration du traitement antalgique se fait en concertation avec les parents.

	Molécules	AMM	Remarques
<b>PALIER 1</b>	Paracétamol	A partir de la naissance dont le prématuré	Nouveau-né < 44SA - dose de charge 20mg/kg - dose d'entretien Entre 28 et 32SA : 10mg/kg/12H Entre 32 et 44SA : 10mg/kg/6H
	Néfopam	A partir de 15 ans Pour une utilisation avant, contacter un centre douleur de référence	Maximum 120mg /24H
	Phloroglucinol	A partir de 15 ans	PO : maximum 480mg/24H IV : maximum 120mg/24H
	Trimebutine	Contre-indication avant 2 ans	
	Ibuprofène	A partir de 3 mois	Maximum - 30mg/kg/j - 400mg/prise
	Kétoprofène	PO à partir de 6 mois IV à partir de 15 ans	
<b>PALIER 2</b>	Codéïne	A partir de 12 ans	Maximum 150mg/24H
	Tramadol	A partir de 3 ans en solution buvable A partir de 12 ans en comprimés	Maximum - 8mg/kg/24H - 400mg/24H
	Nalbuphine	A partir de 18 mois Pour une utilisation avant, contacter un centre douleur de référence	
<b>PALIER 3</b>	Morphine	A partir de la naissance dont le prématuré PO : à partir de 6 mois	Privilégier l'initiation du traitement en établissement hospitalier

<b>DOULEUR NEUROPATHIQUE</b>	Amitripryline	Pas d'AMM pour l'enfant pour les douleurs neuropathiques	AMM pour l'énurésie chez l'enfant > 6 ans
	Gabapentine	ANM 15mg/kg/jour en 3 prises pour l'enfant pour les douleurs neuropathiques et jusqu'à 3600mg jusqu'à 24h. Suspension buvable sous ATU	AMM pour l'épilepsie chez l'enfant > 6 ans
	TENS	A partir de 5/6 ans	Prescription initiale par un CETD Consultation IDE / TENS
	Prégabaline	Peu utilisé en pédiatrie	
<b>DOULEUR LIEE AUX SOINS</b>	EMLA	Dès la naissance Réduire la dose en cas de prématurité	28SA+15j → 37SA - 0,5 g (1/2 patch) par site et par 24H 37SA → 40SA - 0,5 g par site. Maxi 1g/24H 0 → 1 an - 1g par site. Maxi 2g/24H 1 → 6 ans - 1g à 2g par site. Maxi 10g/24H 6 → 12 ans - 2g par site. Maxi 20g/24H 12 ans et plus - 2 à 3 g par site. Maxi 50 g par 24H
	MEOPA	Dès la naissance	Avant 3 ans : - Matériel adapté - Auto administration difficile - Efficacité moins importante du fait de la concentration alvéolaire minimum efficace inférieure
			- Efficacité moins importante du fait de la concentration alvéolaire minimum efficace inférieure

Tableau des traitements antalgiques en pédiatrie. Adapté de documents réalisés par le CETD de l'hôpital Robert DEBRE de Paris

Les enfants sont particulièrement répondeurs aux traitements non médicamenteux : distraction, portage, toucher, suggestions positives, hypnose conversationnelle, etc. Ces pratiques potentialisent l'effet des médicaments antalgiques.

### ..... Equipes ressources

Le service hospitalier de référence est une aide utile à mobiliser

Chaque enfant relevant d'une situation palliative est systématiquement connu d'un service hospitalier de référence, voire inclus dans un réseau de soin.

Les hôpitaux pédiatriques disposent d'équipes mobiles douleur et/ou soins palliatifs, parfois impliquées dans le suivi de l'enfant relevant de soins palliatifs.

Les équipes Ressources Régionales en Soins Palliatifs Pédiatriques (Paliped pour l'île de France) dont l'une des missions est le soutien de tout professionnel confronté à une situation palliative pédiatrique complexe.

## Fiche 14 (Suite)

L'ensemble de ces acteurs de soins (service référent, équipe mobile douleur, équipe mobile soins palliatifs, équipe ressource régionale) restent disponibles tout au long du parcours de l'enfant et peuvent aider à l'adaptation du traitement antalgique. Ne pas hésiter à les solliciter, voire à envisager une brève hospitalisation pour réévaluation du traitement, en particulier lors de l'introduction de morphinique.

### ..... Contacts

EMSP Necker : emasp@nck.aphp

EMSP et CETD Robert Debré : equipe.palliatif.rdb@aphp.fr

CETD Trousseau : 01 44 73 65 19

Paliped : 01 48 01 98 32 – contact@paliped.net

### ..... Liens vers les échelles

EDIN : <http://pediadol.org/Grille-de-douleur-et-d-inconfort,12.html>

DAN : <http://pediadol.org/Grille-d-evaluation-de-la-douleur,11.html>

NFCS : <http://pediadol.org/Neonatal-Facial-Coding-System-NFCS,183.html>

EVENDOL : <http://pediadol.org/EVENDOL-echelle-pour-evaluer-la.html>

FLACC : <http://pediadol.org/FLACC-Face-Legs-Activity-Cry.html>

HEDEN : <http://pediadol.org/Grille-HEDEN,955.html>

DEGR : <http://pediadol.org/Grille-DEGR-Douleur-Enfant-Gustave,13.html>

FLACC modifiée : <http://pediadol.org/FLACC-Face-Legs-Activity-Cry,956.html>

San SALVADOUR : <http://pediadol.org/Echelle-Douleur-Enfant-San.html>

EVA : <http://pediadol.org/Echelle-Visuelle-Analogique-EVA.html>

Schéma du bonhomme : <http://pediadol.org/Localisation-de-la-douleur-sur.html>

Echelle des visages : <http://pediadol.org/Echelle-des-visages-FPS-R.html>

DN4 : <http://pediadol.org/Questionnaire-DN4-douleur.html>

# • 3 Aide-mémoire pour la prescription à domicile d'une pompe à morphine

**La PCA (Patient Controlled Analgesia : analgésie autocontrôlée par le patient) est un mode d'administration de la morphine qui permet au patient de recevoir ou non un débit continu de morphine et, par auto-administration, des doses unitaires supplémentaires de morphine (bolus ou interdoses).**

A l'aide d'une pompe portable la morphine est administrée par voie sous-cutanée ou intraveineuse si le patient est porteur d'une chambre implantable ou d'un cathéter veineux central.

## Principales indications chez un patient douloureux :

- accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitant des doses d'antalgiques rapidement efficaces
- voie orale impossible ou difficile à maintenir : dysphagie ou difficulté de déglutition, nausées et vomissements non contrôlés par un traitement symptomatique, malabsorption digestive, subocclusion ou occlusion digestive
- voie transdermique difficile ou contre-indiquée : nombre de patch accru, décollement par hypersudation, fièvre, peau lésée

## Principales contre-indications :

- patient ou famille refusant la technique, non coopérant ou incapable de comprendre la technique
- patient ayant des troubles des fonctions supérieures
- absence de formation préalable du personnel médical et paramédical

 **L'utilisation d'une pompe PCA à domicile requiert la coopération étroite entre les professionnels, médecin, infirmier, pharmacien ou/et prestataire, en accord avec le patient.**

## Remarque :

La PCA peut être utilisée avec tous les opioïdes forts (oxycodone et fentanyl). Le raisonnement est le même mais les dosages sont différents. Ce chapitre prend pour exemple la pompe à morphine.

# Règles générales de prescription du médicament

Sur ordonnance sécurisée :

- Nom de la morphine avec dosage (cf page suivante)
- Mode (PCA) et voie (SC, IV...) d'administration
- Débit de perfusion en continu ou dose totale par 24h
- Dose du bolus : de 1/24ème à 1/10ème de la dose totale par 24h
- Période réfractaire entre les bolus :
  - 10 mn à 30 mn pour la voie IV
  - 20 mn à 30 mn pour la voie SC
- Nombre de bolus/h
- Heure de début de traitement en cas de relais d'un traitement per os ou par patch
- Durée de traitement (7 ou 28 jours pour les injectables PCA)

Dose totale de morphine à administrer par 24h = dose totale de fond + tous les bolus sur 24h

Ex : PCA de chlorhydrate de morphine, par voie IV, avec un débit de 1 mg/h, bolus de 1 mg toutes les 10 min, maximum 3 bolus/h. Dose totale de morphine = 1 mg X 24 pour la dose de fond + 3 X 1 mg X 24 de bolus = 96 mg par 24h.

En cas de changement de voie d'administration, passage du per os à l'injectable, ou du patch à l'injectable, la dose de fond et celle des bolus de morphine sont à calculer à l'aide de l'outil [Opioconvert.fr](http://Opioconvert.fr) (cf. chap.2 fiche 3).

Pour définir la concentration et le volume à perfuser, utiliser le tableau des ampoules de Morphine injectable disponibles en ville. Nécessité de s'assurer auprès du pharmacien de la disponibilité du produit.

Choix des ampoules de morphine injectable disponibles en ville :

Concentration (mg/ml)	Volumes disponibles en ml	Quantité de morphine par ampoule en mg
10	5	50
	10	100
20	5	100
	10	200
40	10	400
50	10	500

Pour le calcul se référer à :

<http://www.omedit-normandie.fr/media-files/11819/guide-pca-final-v.-juin-2014.pdf>

## Exemple de feuille de calcul pour la préparation d'une PCA de Morphine 2/2

PATIENT : ..... Date : .....

---

**CALCUL DE LA CONCENTRATION**

**SANS DILUTION**

dose totale  mg = concentration calculée dans le réservoir  mg/ml

volume total  ml

**AVEC DILUTION**

volume du réservoir après dilution =  ml soit ajout de  ml de NaCl (ou G5%)

dose totale  mg = concentration calculée dans le réservoir  mg/ml

volume du réservoir après dilution  ml

---

**CALCUL DES DEBITS**

dose continue  mg = Débit de perfusion continue mG/h =  mg/h

24 heures

débit mG/h  mg = Débit de perfusion mL/h\*\* =  mL/h

concentration calculée dans le réservoir  mg/ml

\*\* par voie IV centrale, la vitesse de perfusion doit être > à 0,3 mL/h

---

**CALCUL DU VOLUME DES BOLUS**

dose bolus  mg = Volume bolus \*\*\* =  mL

concentration calculée dans le réservoir  mg/ml

\*\*\* Par voie SC, le volume maximal du bolus recommandé est de 2 ml

Signature de l'IDE et/ou Médecin : Double vérification des calculs :

Document proposé par l'OMEDIT Haute-Normandie en collaboration avec l'Unité de Médecine Palliative et le Service Pharmacie du CHU de Rouen.

# Rédiger les prescriptions pour le pharmacien et l'infirmier

---

- Ordonnance sécurisée, généralement bizona

### Ordonnance de morphine (pour le pharmacien)

Nom et prénom du patient ..... Date.....

- PCA de chlorhydrate de morphine à administrer par voie IV (ou SC) à la posologie de :
  - .....milligrammes de chlorhydrate de morphine par heure en continu sur 24h
  - Avec des bolus de.....milligrammes,
  - Avec une période réfractaire de.....minutes,
  - Maximum.....bolus par heure
- Soit la quantité totale de ..... milligrammes de morphine par 24 heures en continu

### Ordonnances de la PCA pour le pharmacien ou le prestataire

- Forfait de mise à disposition d'un système actif ambulatoire à domicile
- Location de la pompe type.....pour une durée de.....(6 mois maximum)
- La délivrance de :

Tubulures et accessoires adaptés à la pompe à raison d'un changement tous les.....jours  
deux sets de pose par semaine (si voie sous-cutanée)

**OU**

un set pour cathéter central tunnelisé tous les 3 jours (pour réfection du pansement)

**OU**

aiguille de Huber, un set de pose pour chambre implantable tous les 7 jours (si chambre implantable)

- Tubulure anti-reflux avec valve anti-siphon (utilisation obligatoire en cas de perfusion concomitante)
- Consommables
  - Bétadine dermique.....flacons
  - Compresses stériles 7,5 x 7,5 par 100.....paquets
  - Pansements adhésifs transparents.....boîtes

### Ordonnances pour l'acte infirmier

- Faire pratiquer par un(e) IDE, à domicile, tous les jours y compris les week-ends et jours fériés pendant ..... jours, la pose, l'organisation et la surveillance quotidienne d'une perfusion continue de morphine par système actif ambulatoire (PCA) par voie ..... selon la prescription suivante :

- > Débit continu par heure ..... mg/h
- > Dose des bolus .....mg
- > Intervalle de temps entre deux bolus ..... minutes
- > Nombre maximal de bolus par heure .....

Selon la voie, ajouter (fréquence variable selon les protocoles) :

- changement de site tous les 4 jours (si voie sous-cutanée)
- pansement du cathéter tous les 3 jours (si cathéter central)
- changement d'aiguille de Huber tous les 7 jours (si chambre implantable)
- Faire pratiquer par un(e) IDE, à domicile, tous les jours y compris les week-ends et jours fériés une évaluation de la douleur et surveillance du traitement



**Les équipes de soins palliatifs de votre secteur sont à votre disposition pour l'aide à la prescription :**

Voir l'annuaire des équipes sur le site du Résif :  
<https://asso-resif.fr/annuaire/#1559307916156-69f2b205-d81e>



# Adapter les doses

- Lorsque le débit continu se révèle insuffisant, il est conseillé d'intégrer dans le débit continu seulement 50 % des bolus utilisés, par souci de sécurité à domicile (pratique fréquente sans consensus actuel).

### Exemple de prescription médicale évolutive

	Débit de base	Dose bolus	Période Réfractaire	Nombre de bolus/h
<b>Prescription initiale</b> Nom du prescripteur Date	mg/h	mg	min	
<b>Diminution</b> Nom du prescripteur Date	mg/h	mg	min	
<b>Augmentation</b> Nom du prescripteur Date	mg/h	mg	min	
..... Nom du prescripteur Date	mg/h	mg	min	
..... Nom du prescripteur Date	mg/h	mg	min	
..... Nom du prescripteur Date	mg/h	mg	min	

### REPÉRER LE SURDOSAGE .....

- La surveillance du surdosage s'impose même si les règles de prescription sont bien suivies. On reconnaît un surdosage devant l'apparition d'une somnolence qui précède toujours la survenue d'une bradypnée pouvant aller jusqu'à une dépression respiratoire avec une fréquence respiratoire inférieure à 8 inspirations par minute (cf. fiche 5).

L'apparition d'un score à partir de - 1 sur l'échelle de la sédation de Richmond nécessite l'arrêt et/ou l'ajustement des doses de morphine.

## Echelle de vigilance-agitation de Richmond

<b>+4</b>	<b>combatif</b>	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
<b>+3</b>	<b>très agité</b>	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
<b>+2</b>	<b>agité</b>	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
<b>+1</b>	<b>ne tient pas en place</b>	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
<b>0</b>	<b>éveillé et calme</b>	
<b>-1</b>	<b>somnolent</b>	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
<b>-2</b>	<b>diminution légère de la vigilance</b>	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
<b>-3</b>	<b>diminution modérée de la vigilance</b>	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
<b>-4</b>	<b>diminution profonde de la vigilance</b>	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
<b>-5</b>	<b>non réveillable</b>	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

### TRAITER LE SURDOSAGE

- Le traitement de la dépression respiratoire sévère (fréquence respiratoire < à 8/min) est assuré principalement par l'arrêt de l'opioïde, la stimulation du malade, l'administration d'Oxygène et l'injection de Narcan®.
- La clinique et le contexte feront poser ou non l'indication de la Narcan® car les conséquences peuvent être pénibles pour le patient avec risque de reprise brutale des douleurs et d'agitation par syndrome de sevrage.
- Il est conseillé en cas de protocole Narcan® d'envisager une hospitalisation de quelques jours pour le patient.
- En l'absence de protocole validé dans la littérature, le « protocole Narcan® » suivant est recommandé :
  - Préparation d'une ampoule de Narcan® soit 0,4 mg ramené à 10 ml avec 9 ml de sérum physiologique ou Na Cl à 0,9 %.
  - Injection intraveineuse de 1 ml toutes les 2 minutes jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10/minute. Cette titration vise à faire disparaître la dépression respiratoire mais pas l'antalgie.
  - Puis perfusion de la dose de titration de Narcan® dans 250 ml sur 3 à 4 heures qui sera renouvelée selon la fréquence respiratoire et la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.
  - Dans l'impossibilité d'accès à une voie veineuse, la Narcan® peut être administrée par voie sous cutanée en débutant par une demi ampoule soit 0,2 mg qui sera renouvelée si nécessaire.

## Bibliographie et références

---

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux. Avril 2017. Disponible sur : ([https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/guide\\_des\\_problemes\\_somatiques.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/guide_des_problemes_somatiques.pdf)).
- Base de données des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>).
- Centre national de ressources de lutte contre la douleur ([www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)).
- Gibson W., NE, W., Wand, B. M., & O'Connell, N. E. (2017, 14 septembre). La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) contre les douleurs neuropathiques. Cochrane. [https://www.cochrane.org/fr/CD011976/SYMPT\\_la-stimulation-nerveuse-electrique-transcutanee-tens-contre-les-douleurs-neuropathiques](https://www.cochrane.org/fr/CD011976/SYMPT_la-stimulation-nerveuse-electrique-transcutanee-tens-contre-les-douleurs-neuropathiques)
- Donner B., Zenz M., Tryba M., Strumpf. : Direct conversion from oral morphine to transdermal Fentanyl : a multicenter study in patients with cancer pain. Pain, 1996, 64, 527-534.
- Fondation CNP. La douleur chez la personne polyhandicapée.
- Jacquemin, Dominique et Didier De Broucker. Manuels de soins palliatifs. Dunod, 2014. 1248 pages. Guides santé social.
- La revue Prescrire ([www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)).
- Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, traitement et évaluation en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la SFETD ; Martinez Valeria and Co, Douleurs (2010) 11 ; 3-21.
- Médecine palliative, janvier 2009, vol. 8, supplement1 : Recommandations pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs.
- Omédit Normandie & Unité de médecine palliative – service pharmacie, CHU Rouen. Guide de bon usage des pompes PCA Omédit Normandie, 2014. Disponible sur : (<http://www.omedit-normandie.fr/media-files/11819/guide-pca-final-v.-juin-2014.pdf>).
- OPIOConvert.fr (<https://opioconvert.fr/>) éditée par les 3 sociétés savantes :
  - SFAP (<http://www.sfap.org/>)
  - AFSOS (<https://www.afsos.org/>)
  - SFETD (<https://www.sfetd-douleur.org/>)
- Recommandations de l'European Association for Palliative Care ([www.eapcnet.eu](http://www.eapcnet.eu)).
- Standards Options Recommandations : Traitement antalgique médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, 2002, et mises à jour 2003.





Les données présentes dans cet ouvrage sont à retrouver  
sur le site du RÉSIF :



RÉSIF •

10 rue des Terres au curé  
75013 Paris

Tél : 01 53 61 07 45  
[contact@asso-resif.fr](mailto:contact@asso-resif.fr)