

# Mini-guide Palli-Science

21<sup>e</sup>  
édition  
2020

**Outil de consultation pour les soignants au chevet de patients en phase palliative de cancer**



*F*ondée en janvier 1992

*Dans une atmosphère empreinte de dignité et de sérénité La Maison Victor-Gadbois offre des soins palliatifs spécialisés à des gens de 18 ans et plus atteints de cancer.*

**Elle compte :**

- 12 chambres
- Un centre de jour
- Une clinique de gestion de symptômes
- Un service de soutien au deuil
- Une équipe de formation

***Tous ces services sont offerts gratuitement.***



**LA MAISON VICTOR-GADBOIS**

1000, rue Chabot Saint-Mathieu-de-Beloeil  
(Québec) J3G 0R8 Sortie 105, autoroute 20  
Téléphone : 450 467-1710 Télécopieur : 450 467-5799  
[nsavard@maisonvictor-gadbois.com](mailto:nsavard@maisonvictor-gadbois.com)



**[www.palli-science.com](http://www.palli-science.com)**  
**[www.maisonvictor-gadbois.com](http://www.maisonvictor-gadbois.com)**



## TABLE DES MATIÈRES

Philosophie . . . . .	3
Critères d'admission . . . . .	4
Clinique de gestion de symptômes . . . . .	5
Centre de jour . . . . .	6
Service de consultation externe en pharmacie . . . . .	7
Échelle ECOG . . . . .	8
Statut de performance d'après l'échelle de Karnofsky . . . . .	9
Échelle de performance palliative PPS . . . . .	10
Classification de la douleur nociceptive . . . . .	11
Algorithme traitement douleur neuropathique . . . . .	12
Médication : Principes thérapeutiques . . . . .	14
Bases de l'échelle de conversion des opioïdes P-S . . . . .	16
Équivalences posologiques des opioïdes . . . . .	17
Conversion des opioïdes . . . . .	19
Principes de base dans le choix des opioïdes . . . . .	21
Principes de base dans l'utilisation des opioïdes . . . . .	22
Les entre-doses . . . . .	23
Morphine . . . . .	24
Hydromorphone . . . . .	26
Fentanyl Sufentanyl . . . . .	28
Oxycodone . . . . .	30
Codéine . . . . .	31
Méthadone . . . . .	32
Kétamine . . . . .	39
Accès douloureux transitoires . . . . .	42
Autres opioïdes . . . . .	44
Cannabinoïdes . . . . .	46
Autres molécules analgésiques . . . . .	47
Co-analgésiques . . . . .	48
Médicaments fréquemment utilisés en soins palliatifs . . . . .	51
Analgésie topique . . . . .	54
Problèmes buccaux et digestifs . . . . .	58
Protocole constipation/fécalome . . . . .	61
Problèmes respiratoires . . . . .	62
Problèmes cutanés, urinaires et neurologiques . . . . .	63
Problèmes neurologiques et neuropsychiatriques . . . . .	64
Protocole pour le contrôle de l'agitation . . . . .	65
Soins de plaie . . . . .	66
Évènements thrombotiques . . . . .	68
Anticoagulation excessive . . . . .	69
Suintement, saignements, hémorragie . . . . .	70
Modèle de prescription pour PSCC . . . . .	73
Fractionnement/pulvérisation et ouverture de capsules . . . . .	74
Compatibilité/stabilité . . . . .	78
Médication et voies alternatives . . . . .	80
Voie trans-muqueuse buccale . . . . .	83
Sites d'injection . . . . .	86
Médication sous-cutanée . . . . .	88
Médication d'urgence . . . . .	89
Ordonnance en cas de détresse . . . . .	90
Sédation palliative continue . . . . .	94
Planches des dermatomes . . . . .	96
Codes médicaments d'exception . . . . .	98
Références . . . . .	100
Collaborateurs à cette édition . . . . .	101
Remerciements . . . . .	102

## Philosophie

Un profond respect de la personne humaine résume la philosophie de La Maison Victor-Gadbois. Ce respect permet à une personne en période palliative de sa maladie de vivre une vie de qualité, dans la vérité et la dignité, jusqu'à la fin.

Chaque individu est unique. Les intervenants de La Maison, du Centre de jour, de la Clinique de Gestion de symptômes, du soutien au deuil, et même de la formation s'appliquent à le considérer dans sa globalité. Bien conscient que la personne atteinte d'un cancer en période palliative de sa maladie chemine seule vers la mort. Plusieurs professionnels et bénévoles se sont réunis à La Maison Victor-Gadbois pour aider chacun de ces individus et leurs proches à vivre dans un entourage où tous sont à l'écoute de ses besoins physiques, psychologiques, spirituels, sociaux et environnementaux.

Un échange continu s'établit entre le patient, ses proches et les intervenants. Tous les efforts sont concertés, planifiés, coordonnés et centrés sur le patient dans un objectif commun : lui assurer des soins de qualité adaptés à ses besoins et influencer positivement l'amélioration de sa qualité de vie ainsi que celle de ses proches. Cette grande considération humaine permet au patient de vivre dans la dignité ces instants précieux.

L'équipe de La Maison Victor-Gadbois, de son Centre de jour, de sa Clinique de Gestion de symptômes et du soutien au deuil s'applique à offrir des soins palliatifs de grande qualité.

L'aide médicale à mourir n'est pas offerte à La Maison Victor-Gadbois.



# I M P O R T A N T

## Critères d'admission pour séjour à la Maison Victor-Gadbois

- Toute personne de 18 ans et plus atteinte de cancer en phase terminale et dont le pronostic est inférieur à trois mois.
  - Résident de la Montérégie ou ayant un proche qui y habite.
  - Au courant de l'état avancé de sa maladie et acceptant de venir terminer ses jours à La Maison Victor-Gadbois.
  - Il est essentiel de recevoir un dossier le plus complet possible : résumé du dossier médical, analyses de laboratoire, imageries pertinentes, protocoles opératoires, rapports de pathologie et toutes informations pertinentes quant à l'évolution de la maladie pouvant faciliter le travail du comité d'admission et la prise en charge du patient.
  - L'évolution de la maladie se précipitant parfois en fin de maladie, il est souhaitable de nous faire parvenir votre demande dès que possible afin d'éviter tout délai dans l'admission du patient.
  - S'il s'avérait que la condition médicale se stabilise ou s'améliore et que la Maison Victor-Gadbois ne soit plus le milieu idéal pour le patient, une réévaluation médicale exhaustive sera faite et un milieu plus adapté sera recherché si nécessaire.
  - Nous vous demandons de bien vouloir aviser le patient des points suivants :
    1. Pour des raisons de sécurité et conformément à la loi, il est interdit de fumer à l'intérieur de La Maison Victor-Gadbois.
    2. Il n'y a aucun frais d'hébergement à La Maison Victor-Gadbois;
      - Le coût des médicaments, dans la plupart des cas, est couvert par les assurances personnelles ou par le Régime général d'assurance-médicaments du Québec (R.A.M.Q.).
- L'aide médicale à mourir n'est pas un service offert à la Maison Victor-Gadbois.
- Les familles peuvent accompagner leur proche 24/24 heures, si elles le désirent. Cette présence est considérée bienvenue par les intervenants et est souvent souhaitée par la personne en fin de vie.

## Clinique de gestion de symptômes

L'équipe de La Maison Victor-Gadbois (LMVG) offre un service de consultation pour la gestion de symptômes de la clientèle atteinte d'un cancer non guérissable. Les services de la clinique sont aussi offerts aux patients qui reçoivent des traitements à visée palliative (chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie).

### Service de :

- **CONSULTATION**
- **SUIVI CONJOINT AVEC MÉDECIN DE FAMILLE OU SPÉCIALISTE**
- **PRISE EN CHARGE DE CLIENTÈLE ORPHELINTE ATTEINTE D'UN CANCER NON GUÉRISSABLE.**

Les patients référés doivent se présenter, sur rendez-vous seulement, à la Clinique de Gestion de symptômes de LMVG (entrée privée) pour y être évalués.

Un compte rendu sera envoyé au médecin référant et au médecin de famille.

La condition essentielle à toute consultation est de faire parvenir au préalable, par télécopieur au 450 467-5799 le dossier médical du patient, les analyses laboratoires, rapport d'imagerie et tout autre résultat pertinent. Faxer avec la mention : **CONSULTATION POUR GESTION DE SYMPTÔMES**

Pour prendre rendez-vous,

**450 467-1710**

*Demandez la secrétaire de la clinique*

---

**DE PLUS**, l'équipe de soins de La Maison Victor-Gadbois demeure aussi disponible pour toute opinion téléphonique.

---

## CENTRE DE JOUR

Le Centre de Jour est un lieu intime, empreint de vie et de quiétude. Les services y sont offerts **GRATUITEMENT** par une équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière, infirmière auxiliaire, travailleur social, physiothérapeute, massothérapeute, accompagnatrice par l'art, bénévoles). Les invités y trouveront réconfort, écoute et expertise.

### Services offerts aux

- Personnes de 18 ans et plus, habitant la Montérégie et atteintes d'un cancer non guérissable en phase évolutive de la maladie. Elles pourront venir accompagnées d'un proche ou non.
- Proches d'une personne atteinte d'un cancer non guérissable en phase évolutive, accompagnés de cette personne.

### Buts recherchés

- Gestion optimale des symptômes
- Expérimentation de soins et d'outils pour mieux vivre le quotidien
- Bris de l'isolement
- Création d'une communauté de soutien
- Accès à un bain thérapeutique
- Répit
- Ateliers, conférences

Le Centre de jour est ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 15 h. Chaque jour, 15 invités et leurs proches sont reçus au Centre de jour. La fréquence des visites est hebdomadaire et la journée de fréquentation est établie selon le désir de l'invité et les disponibilités du service. Un compte rendu est envoyé à l'intervenant clé lorsqu'il y a une particularité. La demande d'accès au Centre de jour peut être faite par un intervenant ou par la personne elle-même.

**UN RÉSUMÉ** du dossier médical devra être acheminé au 450 467-5799 avec la mention

### CENTRE DE JOUR

(formulaires disponibles dans plusieurs milieux de soins)

**POUR INFORMATIONS OU PRISES DE RENDEZ-VOUS**

**TÉLÉPHONEZ AU 450 467-1710**

# I M P O R T A N T

## Service de consultations externes en pharmacie

- Opinions et informations pharmaceutiques aux professionnels de la santé
- Médicaments requis en soins palliatifs
- Préparations stériles sous hotte (solutés + mise en seringue(s))  
(analgésiques pour perfusion sous-cutanée, médication pour protocole d'urgence [scopolamine, midazolam, glycopyrrolate ...], médication de confort [halopéridol, octréotide ...], biphosphonates, antibiotiques IV, etc.)
- Pansements pour soins de plaie
- Toutes autres fournitures médicales

Au service  
de La Maison Victor-Gadbois  
depuis de nombreuses années  
et  
dans le souci de contribuer  
aux soins des personnes en phase palliative  
et terminale de cancer,  
un service de consultation est offert  
pour les professionnels de la santé  
en Montérégie  
7 jours par semaine,  
tous les jours de l'année.

**Diane Lamarre**, pharmacienne  
1755, rue Victoria, suite 100  
Saint-Lambert (Québec) J4R 2T7

Téléphone  
**450 466-5314**

---

**SI URGENCE**, communiquer  
avec le personnel infirmier de  
La Maison Victor-Gadbois.

---

## STATUT DE PERFORMANCE D'APRÈS LA GRILLE ECOG (Eastern cooperative oncology group)\*

La grille de performance ECOG graduée en chiffres absolus de 0 à 4 propose un indice numérique qui permet de quantifier la capacité d'une personne à effectuer des activités de la vie quotidienne. On se sert de cette échelle pour évaluer la capacité fonctionnelle de patients traités en oncologie, de patients gériatriques ou de patients en phase palliative. Dans cette échelle, le chiffre 0 correspond à une capacité fonctionnelle normale équivalente au 100 % de l'échelle de Karnofsky (Voir Index de performance de Karnofsky à la page suivante).

GRADE	DESCRIPTION
<b>0</b>	Le patient est pleinement actif. Il peut exercer ses activités habituelles sans aucune restriction.
<b>1</b>	Le patient est incapable d'exercer des activités physiques intenses, mais il est ambulant et capable d'effectuer des tâches sans contraintes physiques importantes, comme des activités domestiques ou un travail de bureau.
<b>2</b>	Le patient est incapable de travailler. Il est ambulant et peut s'occuper de lui-même. Il est actif plus de 50 % de sa journée.
<b>3</b>	Le patient est capable de s'occuper de lui-même, mais de façon limitée : il effectue le minimum de ses soins personnels. Il est assis, au repos ou couché plus de 50 % de sa journée.
<b>4</b>	Le patient est confiné au lit ou au fauteuil 100 % de sa journée. Il a besoin d'aide pour ses soins d'hygiène et les activités de la vie quotidienne.

## STATUT DE PERFORMANCE D'APRÈS L'INDEX DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY

L'index de performance de Karnofsky gradué en pourcentage de 0 % à 100 % propose un indice numérique qui permet de quantifier la capacité d'une personne à effectuer des activités de la vie quotidienne. On se sert de cet index pour évaluer la capacité fonctionnelle de patients traités en oncologie, de patients gériatriques ou de patients en phase palliative. Dans cet index, le chiffre 100 % correspond à une capacité fonctionnelle normale, équivalente au 0 de la grille de performance ECOG (Voir la Grille de performance

DESCRIPTION	%	CRITÈRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut mener une activité normale</li> <li>• N'a pas besoin d'aide pour ses soins personnels</li> </ul>	100 %	• État physique normal • Pas de plainte • Pas de signe de maladie
	90 %	• Activités normales, mais avec efforts • Symptômes mineurs • Signes mineurs de maladie
	80 %	• Activités normales, mais avec difficultés • Symptômes de la maladie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapable de travailler</li> <li>• S'occupe de lui-même et de ses soins personnels</li> </ul>	70 %	• Incapable de travailler • Prend soin de lui-même • Ne peut pas faire ses activités habituelles
	60 %	• Requiert une assistance occasionnelle • Capable de prendre soin de lui-même
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapable de travailler</li> <li>• S'occuper de lui-même et de ses soins personnels est exigeant et nécessite une aide progressive</li> </ul>	50 %	• Besoin constant d'une assistance • Aide considérable • Soins médicaux fréquents
	40 %	• Invalide • Besoins de soins spécifiques et d'assistance
	30 %	• Complètement invalide • Hospitalisation indiquée lorsque problème • Mort non imminente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mort imminente</li> </ul>	20 %	• Complètement invalide • Très malade • Traitement intensif de support quel que soit le lieu de soins
	10 %	• Moribond, en phase terminale
	0 %	• Mort

Maltoni, M, Nanni, O, Dermi, S, et al. Clinical prediction of survival is more accurate than the Karnofsky performance status in estimating life span of terminally ill cancer patients. *Eur J Cancer* 1994; 30 A : 764  
 Evans, C, McCarthy, M. Prognostic uncertainty in terminal care : can the Karnofsky index help ? *Lancet* 1985; 1 : 1204

## ÉCHELLE DE PERFORMANCE PALLIATIVE (PPS)

%	Mobilité	Niveau d'activité	Soins personnels	Ingestion alimen.	Niveau de conscience	*Survie médiane en jours
* 100 %	Complète	Normal non malade	Complets	Normale	Normal	221
* 90 %	Complète	Normal affaibli	Complets	Normale	Normal	
* 80 %	Complète	Normal avec effort	Complets	Normale ou diminuée	Normal	
* 70 %	Diminuée	Ne peut travailler	Complets	Normale ou diminuée	Normal	115
* 60 %	Diminuée	Ne peut faire l'entretien de son environnement	Besoin d'aide occasionnelle	Normale ou diminuée	Normal ou confusion	
* 50 %	Principalement assis ou allongé	Ne peut faire aucun travail	Besoin d'aide importante	Normale ou diminuée	Normal ou confusion	51
* 40 %	Principalement au lit	Ne peut faire aucun travail	Besoin d'aide considérable	Normale ou diminuée	Normal ou somnolent ou confusion	
* 30 %	Totalement alité	Ne peut faire aucun travail	Besoin d'aide presque continue	Diminuée	Normal ou somnolent ou confusion	22
* 20 %	Totalement alité	Ne peut faire aucun travail	Soins personnels complets	Minimale	Normal ou somnolent ou confusion	
* 10 %	Totalement alité	Ne peut faire aucun travail	Soins personnels complets	Soins de bouche	Somnolent ou comateux	

TABLEAU DES DOULEURS NOCICEPTIVES

		1 <sup>ère</sup> ligne de traitement	2 <sup>e</sup> ligne de traitement	3 <sup>e</sup> ligne de traitement	
Nociceptive	Somatique	<p><b>Caractéristiques de la douleur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vive</li> <li>■ Précise</li> <li>■ Très localisée</li> </ul>	<p><u>radiothérapie</u> (si indiquée)</p> <p><u>AINS</u></p> <p><u>corticostéroïdes</u></p> <p><u>dexaméthasone*</u></p> <p><u>prednisone</u></p>	<p><u>calcitonine</u> (si AINS ou corticostéroïdes contre-indiqués ou inefficaces)</p> <p><u>biphosphonates</u></p> <p><u>pamidronate</u></p> <p><u>zoledronate</u></p> <p><u>dénosumab</u></p>	<p><u>radio-isotopes</u></p> <p><u>strontium 89</u></p> <p><u>radium 223</u></p>
		<p>Musculo-squelettique</p>	<p><u>Relaxant musculaire</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À action centrale</li> <li>    <u>baclofène</u></li> <li>    <u>diazépam</u></li> <li>- À action périphérique</li> <li>    <u>orphénadrine</u></li> <li>    <u>cyclobenzaprine*</u></li> </ul>	<p>« La spasticité est habituellement causée par une lésion située à la moelle épinière ou au centre de contrôle des mouvements volontaires au cerveau et se manifeste surtout chez les patients souffrant de sclérose en plaques, de syndrome latéral amyotrophique ou d'autres lésions du système nerveux, comme lors d'AVC.</p> <p>Les traitements utilisent ici le <u>baclofène</u>, les <u>benzodiazépines</u> et la <u>tizanidine</u> (peu utilisée étant donné son coût). À ces myorelaxants peuvent s'ajouter la combinaison <u>tétranabine-cannabidiol</u> pour les cas de spasticité associée à la sclérose en plaques, le <u>dantrolène</u> (le seul à agir sur le muscle; les autres agissant sur le SNC) ou l'<u>anatoxine botulinique</u>. Les indications officielles pertinentes exportables en soins palliatifs pour l'usage de l'<u>anatoxine botulinique</u> sont la <u>dystonie cervicale</u>, la <u>spasticité focale</u> et la <u>dysfonction vésicale par hyperactivité vésicale</u>. » (Guide APES, 2017)</p>	<p><u>cannabinoïdes</u></p> <p><u>nabilone</u></p> <p><u>tétranabine-cannabidiol</u></p> <p><u>méthadone</u></p>
Viscérale	Continue (parenchymateuse)	<p><u>acétaminophène*</u></p> <p><u>opioïdes traditionnels*</u></p> <p><u>AINS*</u></p> <p><u>corticostéroïdes*</u></p>	<p><u>tramadol</u></p>		
	Colique (spasmodique)	<p><u>anticholinergiques</u></p> <p><u>glycopyrrolate*</u> (spasmes intestinaux)</p> <p><u>hyoscine butylbromure</u></p> <p><u>oxybutinine*</u> (spasmes vésicaux)</p> <p><u>toltérodine</u></p> <p><u>trospium</u>, <u>lopéramide</u></p>	<p>Les spasmes vésicaux se présentent habituellement chez des patients atteints du cancer de la vessie ou d'une autre tumeur pelvienne. Ils peuvent aussi être causés par une irritation à un cathéter, une infection, des saignements, de la rétention urinaire, etc. *Des instillations intravésicales (voir p. 51 du présent mini-guide) d'oxybutinine ou de bupivacaine sont parfois requises en cas de spasmes vésicaux. Les spasmes intestinaux se produisent souvent lors d'obstruction intestinale et pourront répondre aux antimuscariniques, comme le glycopyrrolate ou le lopéramide. (Guide APES, 2019)</p>		

\*Molécules souvent utilisées à La Maison Victor-Gadbois

## TABLEAU DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

	1 <sup>ère</sup> ligne de traitement	2 <sup>e</sup> ligne de traitement	3 <sup>e</sup> ligne de traitement	4 <sup>e</sup> ligne de traitement
Neuropathique	Caractéristiques de la douleur			
	Dysesthésique	gabapentinoïdes <u>prégabaline*</u> gabapentine  <u>IRSN (a)</u> venlafaxine duloxétine  <u>ADT (b)</u> amitriptyline* (c) désipramine  <u>corticostéroïdes</u> dexaméthasone* prednisone	cannabinoïdes nabilone tétranabinex- cannabidiol  marijuana à des fins <u>thérapeutiques</u>	autres antidépresseurs citalopram escitalopram paroxétine bupropion mirtazapine  <u>autres anticonvulsifs</u> acide valproïque* clonazépam lamotrigine lévétiracétam topiramate  <u>agents stabilisateurs de membrane</u> flécaïnide lidoçaïne mexilétine kétamine <u>méthadone*</u> <u>méthotriméprazine*</u>
			<b>Souvent en association avec un traitement opioïde</b>	

\* Molécules souvent utilisées à La Maison Victor-Gadbois

adapté du Guide APES, 2019

➤ **Si zone douloureuse localisée : considérer l'emploi des agents topiques** (voir page 55 du présent mini-guide)

- Il n'y a pas d'avantage à prescrire les IRSN si les antidépresseurs tricycliques ou tétracycliques administrés à des doses optimales se sont révélés inefficaces. Toutefois, les IRSN sont indiqués en première intention en présence d'une dépression majeure, d'une intolérance aux antidépresseurs tricycliques ou tétracycliques, ou d'une contre-indication à l'usage de ces derniers.
- Ne pas associer avec la mexilétine ou la flécaïnide en raison des risques cardiaques engendrés.
- Indiqué en première ligne chez les patients âgés de moins de 60 ans. Chez les patients de 60 ans et plus, éviter les amines tertiaires de la classe des tricycliques en raison de leurs effets anticholinergiques. La nortriptyline et la désipramine peuvent être prescrites avec précaution, à faible dose.
- Indiquée en cas de douleur périphérique et d'allodynie. Ne pas appliquer sur une surface excédant 300 cm<sup>2</sup> (soit l'équivalent d'une demi-feuille 8½ x 11) en raison des dangers liés à l'absorption systémique. La lidocaïne peut être utilisée en association avec toutes les classes de médicaments.

## DOULEURS NEUROPATHIQUES :

1. Utiliser les opioïdes à courte action en 1<sup>ère</sup> ligne en association avec les autres agents de 1<sup>ère</sup> ligne en présence des situations suivantes :
  - Soulagement rapide pendant la titration des agents de 1<sup>ère</sup> ligne (ad. posologie efficace)
  - Épisodes d'exacerbation grave de la douleur
  - Douleur neuropathique aiguë
  - Douleur neuropathique liée au cancer
2. Utiliser en 2<sup>e</sup> ligne en monothérapie ou en association (lorsqu'une utilisation à long terme est envisagée, favoriser l'administration d'agents à longue durée d'action).

### Cas particuliers :

**Insuffisance rénale** : éviter ou ajuster la posologie à la baisse des médicaments dont l'élimination est principalement rénale (ex. gabapentine, prégabaline, IRSN, tramadol, lévétiracétam, topiramate) ou dont les métabolites actifs sont excrétés par les reins (ex. morphine).

**Obésité/diabète** : le topiramate peut se révéler un agent intéressant grâce à une perte de poids potentielle.

### Pour tous les types de douleurs :

Lorsqu'un traitement est instauré et qu'une décision d'introduire une nouvelle molécule est prise, nous devons toujours réévaluer la pertinence de poursuivre ou de cesser les molécules déjà introduites. Ainsi, la combinaison d'opioïdes et de coanalgésie sera souvent supérieure avec une meilleure efficacité thérapeutique et moins d'effets secondaires tout en utilisant des doses plus faibles de chaque molécule.



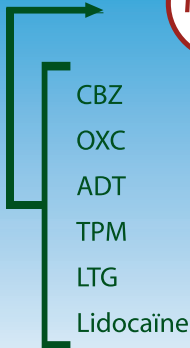
Voies inhibitrices descendantes  
(NE/5HT, récepteurs opioïdes, GABA)



Sensibilisation  
périphérique



Canaux  
sodiques



**ADT:** antidépresseur tricyclique, **ISRS:** inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, **IRSN:** inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, **CBZ:** carbamazépine, **OXC:** oxcarbazépine, **TPM:** topiramate, **LTG:** lamotrigine, **LVT:** lévétiracétam, **PREGAB:** prégabaline, **GBP:** gabapentine

ADT

ISRS

IRSN

Agents alpha-adrénergiques

Opioides

Tramadol

**Sensibilisation  
centrale**

**Canaux  
calciques**

GBP

LVT

OXC

LTG

PREGAB

**Récepteurs  
NMDA**

Kétamine

Méthadone

Mémantine

## BASES DE L'ÉCHELLE DE CONVERSION DES OPIOÏDES

Il n'existe malheureusement pas encore de données probantes pour supporter l'échelle de conversion proposée ici par Palli-Science. Les données disponibles sont essentiellement basées sur des observations cliniques et sur des recommandations d'experts.

Ces ratios peuvent varier considérablement d'un patient à l'autre ainsi que d'une voie d'administration à l'autre. Les conversions proposées ici sont des **approximations** qui peuvent servir de guide seulement : elles doivent être utilisées avec prudence, surtout chez les patients âgés ou fragiles.

**Nous suggérons d'utiliser une dose un peu plus faible que celle calculée avec OpicalC-PS, donc réduite d'environ 25 % après calcul.**

Si l'on hésite entre deux ratios, nous recommandons de choisir celui qui donne la dose la plus faible d'opioïdes. Par exemple, pour les ratios morphine orale/morphine parentérale, nous suggérons d'utiliser le plus prudent des deux rapports (rapport de 2:1 ou rapport de 3:1) selon le sens de la conversion.

Certains spécialistes utilisent pour le calcul de la morphine orale vers le fentanyl transdermique un ratio de morphine orale 60 mg/24h vers fentanyl 25 mcg/h tel que suggéré par Santé Canada. Pour certains patients, ce ratio sera un peu trop élevé : il ne faut pas hésiter à diminuer la dose de fentanyl si le patient présente des symptômes de surdosage ou chez une personne âgée ou fragile. À noter que l'APES (Association des pharmaciens en établissement de santé du Québec) propose le même ratio que l'échelle de Palli-Science, soit morphine orale 50 mg/24 h = fentanyl 25 mcg/h

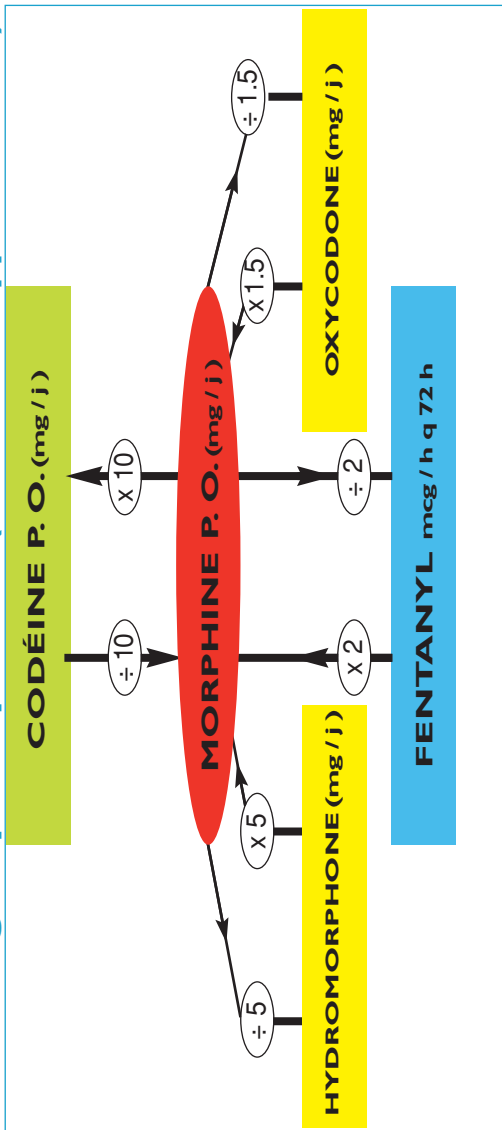
Guide APES : <http://palli-science.com/guide-en-soins-pharmacologique>

Le ratio de conversion morphine : oxycodone suggéré est de 1,5 : 1 (7,5 mg de morphine pour 5 mg d'oxycodone). Encore ici, c'est la réponse du patient qui prime et la prudence est de mise lors de la conversion chez une personne âgée ou fragile.

# ÉQUIVALENCES POSOLOGIQUES

Médicament	Dose orale (mg)	Dose SC (mg)
<b>Codéine</b>	<b>200</b>	<b>120</b>
<b>Morphine</b>	<b>20 - 30</b>	<b>10</b>
<b>Oxycodone</b>	<b>15 - 20</b>	<b>Non disponible</b>
<b>Hydromorphone</b>	<b>4 - 6</b>	<b>2</b>
Équivalences - voies d'administration		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose sous-cutanée = <math>\frac{\text{dose per os}}{2}</math></li> <li>• Dose per os = dose sous-cutanée X 2</li> <li>• Dose rectale = dose orale</li> </ul>	<p>40 mg per os = 20 mg sous-cutanée</p> <p>15mg sous-cutanée = 30 mg per os</p>	<b>Exemples</b>
Médicament	Dose orale (mg)	Dose SC (mg)
<b>Fentanyl TD* 25 mcg / h</b>	<b>Morphine 50 mg PO / 24 h</b>	<b>Morphine 25 mg SC / 24 h</b>
*Timbre transdermique (TD)		
Pour faciliter le calcul : fentanyl = 2 morphine PO		

# Les analgésiques opioïdes (conversion approximative)



# Procédure proposée de conversion des opioïdes

(Voir : Calculatrice de conversion [www.palli-science.com](http://www.palli-science.com))

## Règles générales d'ajustements posologiques.

1. Calculer pour chaque opioïde reçu la dose quotidienne totale (ne pas oublier d'ajouter les entredoses).  
= **DOSE TOTALE / 24 H POUR CHAQUE OPIOÏDE DE DÉPART**  
NB : Bien vérifier les comprimés réellement pris par rapport à ceux prescrits.
2. Convertir en un seul opioïde d'arrivée (nous proposons la morphine) selon les équivalences proposées.  
= **DOSE TOTALE / 24 H POUR L'OPIOÏDE D'ARRIVÉE**
3. Définir la nouvelle prescription, selon l'opioïde de votre choix, (en tenant compte de l'échelle de douleur).
4. Lors de tout calcul de conversion d'opioïde, penser à réduire de 25 % la dose du nouvel opioïde prescrit pour tenir compte des variations individuelles possibles.
5. Faire les calculs à **DEUX** reprises pour éviter toute erreur.
6. Si la voie sous-cutanée est utilisée
  - **DE FAÇON INTERMITTENTE : maximum de 2 ml / dose**
  - **DE FAÇON CONTINUE : le volume idéal = 0,4 ml / hre**

la concentration idéale = la dose calculée dans 0,4 ml  
(20 mg / 0,4 ml = 50 mg / ml)

\* S'assurer que le site est approprié et en bon état (référer p. 88-89) et choisir la concentration qui donnera le plus petit volume.

# Exemple de conversion

(Voir : Calculatrice de conversion [www.palli-science.com](http://www.palli-science.com))

**Posologie de départ : fentanyl 100 mcg / h TD q 3 jrs + EDs hydromorphone 4 mg PO prn (prise de 6 EDs / 24 h)**

**Posologie d'arrivée : hydromorphone SC**

**Démarche :**

$$1) \text{ fentanyl } 100 \text{ mcg / h} = \text{ morphine } 200 \text{ mg PO / 24 h}$$

$$+ \text{ EDs hydromorphone } 24 \text{ mg po / 24 h} = + \text{ morphine } \frac{120 \text{ mg PO / 24 h}}{\text{morphine } 320 \text{ mg PO / 24 h}}$$

$$2) \text{ 320 mg morphine PO / 24 h} = 64 \text{ mg PO hydromorphone / 24 h}$$

$$3) \text{ 64 mg PO hydromorphone / 24 h} = 32 \text{ mg SC hydromorphone / 24 h}$$

$$4) \text{ 25 \% x 32 mg hydromorphone SC / 24 h} = 8 \text{ mg SC hydromorphone / 24 h}$$

( la réduction de 25% est pour tenir compte des variations individuelles possibles).

$$5) \text{ 32 mg SC hydromorphone / 24 h} - 8 \text{ mg hydromorphone SC / 24 h} = 24 \text{ mg hydromorphone SC / 24 h}$$

$$6) \frac{24 \text{ mg SC hydromorphone / 24 h}}{6} = 4 \text{ mg SC. q 4 h}$$

$$7) \text{ ED} = \frac{4 \text{ mg SC} = 2 \text{ mg SC prn}}{2}$$

# Principes de base dans le choix des opioïdes

- ✓ Commencer par la voie orale, si disponible, même pour les EDs.
- ✓ Utiliser courte action.
- ✓ Éviter les associations (ex. acétaminophène + opioïde dans le même comprimé), privilégier produits simples.
- ✓ Emploi chronique, ne pas cesser rapidement (sevrage).
- ✓ Ne pas oublier d'avoir recours à la co-analgésie.
- ✓ Lors du transfert à un opioïde longue action, prévoir des EDs courte action.
- ✓ **Avoir recours à la co-analgésie ou à une analgésie topique peut justifier une diminution de la dose d'opioïde.**

# Principes de base de l'utilisation des opioïdes

## 1) Indications :

- A) douleurs nociceptives (viscérales et somatiques).
- B) douleur nociceptive faible à modérée sans réponse aux AINS + acétaminophène
- C) douleurs neuropathiques

## 2) Choix d'opioïde de départ :

- I) Courte action : morphine, hydromorphone, oxycodone. *(en insuffisance rénale, privilégier l'hydromorphone et l'oxycodone)*
- II) Une fois la dose stable établie transférer en Longue Action (LA) ou au timbre de fentanyl.
- III) Toujours prévoir des EDs à courte action.

## 3) Augmentation des doses :

- morphine PO, palier de 5mg pour débiter (5-10-15-20-25-30mg) puis de 10mg entre 30 à 100mg (30-40-50-60-70-80-90-100mg) puis de 20 à 30mg par la suite.
- hydromorphone PO, palier de 1mg pour débiter (1-2-3-4-5-6mg) puis de 2mg entre 6 à 20mg (6-8-10-12-14-16-18-20mg) puis de 4 à 6mg par la suite.
- fentanyl TD : par paliers de 12 mcg/h de 12 à 75 mcg/h par paliers de 25 mcg/h de 75 à 250 mcg/h par la suite
- ajustement des doses en fonction des EDs, cf section sur les EDs

## 4) Toujours prévoir une solution PEG (polyéthylène glycol) ex : Lax-a-day, Relaxa Gi27, Gi28 OU Ajouter un laxatif stimulant (sennosides ou bisacodyl)

## 5) Situations particulières :

- Douleurs réfractaires à hautes doses d'opioïdes traditionnels : s'assurer d'un usage optimal de co-analgésiques et évaluer d'avoir recours à la méthadone.

# Les entredoses (EDs)

- Toute ordonnance d'opioïde doit comporter des EDs.
- L'opioïde ED doit être le même que l'opioïde régulier. Avec le fentanyl TD, on prescrira morphine ou hydromorphone comme ED. Avec la méthadone, on prescrira morphine, hydromorphone ou méthadone comme ED. Les EDs s'administrent par toutes les voies PO, SC, SL, TMB (transmuqueuse buccale), sauf la voie transdermique.
- L'ED correspond classiquement à 50 % de la dose q 4 h (20 mg q 4 h : ED = 10 mg).  
L'ED se calcule aussi avec 10 % de la dose quotidienne totale  
(20 mg q 4 h = 120 mg / 24 h : ED 12 mg).
- L'ED doit être disponible à la demande du patient : q 30 min PO / q 20 min SC.  
Aviser le médecin après 3 EDs rapprochées.
- L'ED lors d'une perfusion continue (IV ou SC) est la dose horaire (12 mg / h : ED = 12 mg)

**Si plus de 3 EDs / 24 h, CORRIGER la posologie régulière et l'ED.  
Ne pas inclure les EDs données en pré-mobilisation ou pour des interventions de soins.**

Ex : morphine 20 mg SC q 4 h régulier → ED = 10 mg SC q 20 min. ou morphine 20 mg PO q 30 min.  
: morphine 120 mg / jour = morphine 60 mg LA BID → ED morphine 10 mg PO q 30 min.

# Morphine

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Morphine - libération immédiate</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
MS-IR (sulfate)	5, 10, 20, 30	Oui	Oui	• Sécable
M.O.S. (sulfate)	5, 10, 25, 50	Oui	Oui	
Statex (sulfate)	5, 10, 25, 50	Oui	Oui	• Sécable
<b>LIQUIDE PO ***** TOUJOURS PROTÉGER LES BOUTEILLES DE MORPHINE LIQUIDE DE LA LUMIÈRE</b>				
Ratio-morphine	1, 5, 10/ml, 20/ml <sup>(gouttes)</sup>	Non		
Statex (sulfate)	1, 5, 10/ml	Oui 1 et 5		• Sans saveur
Statex (sulfate)	20, 50/ml	Oui		• Incolore, sans saveur
Doloral	1, 5/ml	Oui		
<b>SUPPOSITOIRES</b>				
Statex (sulfate)	5	Non		• Conserver à température ambiante
	10, 20, 30	Oui		• Conserver à température ambiante
<b>CAPSULE</b>				
M-ediat	5, 10, 20, 30	Oui	Non	• Ouvrable, disperser dans un liquide ou saupoudrer sur nourriture molle juste avant la prise

Nom		Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>SOLUTION INJECTABLE</b> ***** TOUJOURS PROTÉGER LES AMPOULES OU LES SERINGUES DE MORPHINE DE LA LUMIÈRE					
Morphine EPD		0.5/ml, 1/ml	Non		• Pour usage épidual
Morphine (sulfate)		2, 10, 25, 50/ml	Oui 2, 10, 50		• Non épidual
Morphine HP (sulfate)		50/ml	Oui		• Fliale à usage unique / Non épidual
<b>Morphine - libération prolongée</b>					
<b>COMPRIMÉS</b>					
M.O.S.-SR (chlorydrate)		30, 60	Oui	Non	• Q 12 heures - Non sécable
MS Contin (sulfate)		15, 30, 60, 100	Oui	Non	• Q 12 heures - Non sécable
Sandoz morphine SR		15, 30, 60, 100	Oui	Non	• Q 12 heures - Non sécable
Teva morphine SR		15, 30, 60, 100	Oui	Non	• Q 12 heures - Non sécable
MS Contin, Morphine SR (Sanis Health, TEVA, Sandoz)		200	Oui	Non	• Sécable en 2 le long de la rainure, le demi-comprimé doit être avalé en entier
<b>CAPSULES</b>					
Kadian (sulfate)		10, 20, 50, 100	Oui	Non	• Q 24 heures • On peut ouvrir les capsules et saupoudrer le contenu sur des aliments mous • Ne pas croquer les granules
M Eslon (sulfate)		10, 15, 30, 60, 100, 200	Oui	Non	• Q 12 heures • On peut ouvrir les capsules et saupoudrer le contenu sur des aliments mous • Ne pas croquer les granules

# Hydromorphone

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Hydromorphone - libération immédiate</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Dilaudid	1, 2, 4, 8	Oui	Oui	• Sécable
Pms-hydromorphone	1, 2, 4, 8	Oui	Oui	• Sécable
Apo-hydromorphone	1, 2, 4, 8	Oui	Oui	• Sécable
Teva-hydromorphone	1, 2, 4, 8	Oui	Oui	• Sécable
<b>LIQUIDE PO ***** TOUJOURS PROTÉGER LES BOUTEILLES D'HYDROMORPHONE LIQUIDE DE LA LUMIÈRE</b>				
Dilaudid	1/ml	Oui		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non aromatisé</li> <li>• Avec sucre, sans alcool</li> <li>• Peut être dilué dans un jus</li> <li>• Idem (à Dilaudid)</li> </ul>
Pms-hydromorphone	1/ml	Oui		
<b>SUPPOSITOIRES</b>				
Pms-hydromorphone	3	Non		• Conserver à température ambiante

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>SOLUTION INJECTABLE</b>				
	•••••	TOUJOURS PROTÉGER LES AMPOULES D'HYDROMORPHONE DE LA LUMIÈRE		
Hydromorphone Sandoz	2/ml	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone RAX	2/ml	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Dilaudid HP	10/ml	Non		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-10 Sandoz	10/ml	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-10 RAX	10/ml	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-20	20/ml	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-50 Sandoz	50/ml	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-Forte Sandoz	100/ml	Non		
Hydromorphone HP-Forte RAX	100/ml	Non		

### Hydromorphone - libération prolongée

#### CAPSULES

Hydromorph Contin	3, 4.5, 6, 9, 12, 18, 24, 30	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q 12 heures</li> <li>• On peut ouvrir les capsules et saupoudrer le contenu sur des aliments mous</li> <li>• Ne pas croquer les granules</li> </ul>
Apo-Hydromorphone	3, 4.5, 6, 9, 12, 18, 24, 30	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q 24 heures, ne pas ouvrir les capsules</li> </ul>
Jurnista	4, 8, 16, 32	Non	Non	

# Fentanyl - Sufentanil

**Nom** Teneur (mcg) **RAMQ** **Ecrasable** **Particularités**

**Fentanyl / Sufentanil (10 x plus puissant que Fentanyl) - libération immédiate**

## SOLUTION INJECTABLE

Fentanyl	50 mcg/ml	Non	• Utiliser en SC, IV, SL ou TM
Sufentanil Sandoz	50 mcg/ml	Non	• Utiliser en SC, IV, SL ou TM
Sufentanil RAX	50 mcg/ml	Non	• Utiliser en SC, IV, SL ou TM

**Fentanyl - libération prolongée (72 h)**

## TIMBRES MATRICE

Fentanyl, PMS, Mylan, TEVA, RAN	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui	* Attention timbre plus petit
Duragésic mat	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Non	* Ne pas couper le timbre
Apo fentanyl matrix	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui	* Pour éviter tout risque d'intoxication non volontaire et tout usage illicite, il est recommandé de rapporter les timbres utilisés et non utilisés à votre pharmacien.
Co fentanyl	12, 25, 37, 50, 75, 100 mcg/h	Oui	
Sandoz fentanyl mtx	12, 25, 37, 50, 75, 100 mcg/h	Oui	

Fentanyl : comprimé sublingual (Abstral) ou Fentora cf pages 44 et 45

## FENTANYL TD : OÙ ET COMMENT L'APPLIQUER ?

- Appliquer sur une peau propre, sèche et non lésée (poitrine, dos, haut du bras ou flanc). Nettoyer la peau avec de l'eau et éviter les savons, les lotions, etc. Si appliqué sur surface pileuse, couper les poils ; ne pas les raser. Enlever la couche plastifiée et appuyer fermement pendant 30 secondes pour s'assurer d'une bonne adhérence. Inscrive la date et l'heure sur le timbre. Varier le site d'application du timbre d'une fois à l'autre pour éviter les éruptions cutanées ou les irritations. Si nécessaire, on peut faire tenir le timbre avec du ruban adhésif. On peut aussi appliquer un pansement occlusif perméable (ex : Opsite ou Tégaderm), toutefois l'absorption peut être ainsi augmentée et une surveillance est nécessaire. Appliquer sur un site adéquat en évitant les zones suivantes : lymphoedème, zone irradiée, zone cicatricielle. Vérifier souvent que le timbre est bien collé si et surtout si : la douleur augmente, le nombre d'ED augmente, la douleur devient plus difficile à soulager. Écrire la date d'installation sur le nouveau timbre et enlever le précédent.

## EN CAS D'IRRITATION CUTANÉE

- **Si irritations cutanées**, elles peuvent être évitées en appliquant un corticostéroïde (Flovent 125 ou 250 mcg) en vaporisateur. Enlever la couche plastifiée du timbre, placer l'aérosoldoseur 15-20 cm de celui-ci ou de la peau et vaporiser 2 jets du corticostéroïde si timbres de fentanyl de 12, 25, 37, 50 mcg/h, ou 4 jets si timbres de 75 ou 100 mcg/h. Attendre par la suite quelques secondes avant d'appliquer le timbre.

## Particularités pour l'usage des timbres de Fentanyl

- On peut obtenir une portion de dose en appliquant 1/4, 1/3, 1/2, 2/3, 3/4 du timbre sur la peau et l'autre portion sur un pansement occlusif de type Opsite ou Tegaderm qui a été préalablement appliqué sur la peau.
- Il peut arriver que l'utilisation d'une partie du timbre (1/2 sur Opsite, 1/2 sur peau) puisse permettre une durée d'action plus longue du timbre.
- Ne pas changer de timbre plus souvent qu'aux 48 h, habituellement Q 72 h.
- Disposer du timbre plié sur lui-même dans la boîte de carton et ramener à la pharmacie ou si impossible jeter après l'avoir plié dans un contenant pour aiguilles contaminées
- À la première application du timbre continuer les opioïdes

Si po courte action (ca) ou SC Q 4 h, administrer 3 doses et cesser  
Si longue action PO (LA), administrer une dose de « LA – 12 h » et cesser  
Si « LA – 24 h » administrer des opioïdes courte action (CA) Q 4 h x 3 doses et cesser  
Si SC continue, poursuivre la perfusion sans changer le débit X 8 h et cesser

- Les timbres de fentanyl sont composés d'une matrice. Il est préférable de ne pas les couper.

## Changement de voies d'administration ou de forme

### AJUSTEMENT DE LA DOSE DE FENTANYL EN FONCTION DE LA RÉPONSE ANALGÉSIQUE

- Les taux plasmatiques stables de fentanyl en timbre sont atteints 16 à 20 heures après application. Le soulagement n'est optimal que 24 à 30 h après la première application. Il faut donc vérifier le soulagement après 24 h et systématiquement aux 72 h par la suite.
- Les entredoses peuvent être de la morphine, de l'hydromorphone ou de l'oxycodone.
- L'ajustement analgésique se fait en fonction du nombre d'entredoses utilisées.
- Toute augmentation de T° au site du timbre augmente l'absorption... (Ex. : fièvre, coussin chauffant, exercices, soleil, sauna) Un réajustement à la baisse est souvent nécessaire

### TRANSFERT DE LA VOIE TRANSDERMIQUE À LA VOIE SOUS-CUTANÉE Adapté de Guide APES, Guide pratique des soins palliatifs, édition 2019

Au temps 0 : retirer le timbre. ED disponible PRN  
Après 8 heures : débiter pleine dose SC. ED disponibles en tout temps.  
Si perfusion SC continue (PSCC) : au temps 0, retirer le timbre et démarrer la PSCC après 4-8 h. ED disponibles.

# Oxycodone

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Oxycodone - libération immédiate</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Supedol	5, 10, 20	Oui	Oui	
PMS Oxycodone	5, 10, 20	Non	Oui	• Sécapable
<b>SUPPOSITOIRES</b>				
Supedol	10, 20	Oui		• Conserver à température ambiante
<b>Oxycodone - libération prolongée</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Oxyneo	10, 15, 20, 30, 40, 60, 80			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus difficile à écraser</li> <li>• Ne peut être injecté</li> <li>• Seulement si demandé comme Oxyneo</li> <li>• ACT, Apo, Oxyneo, PMS : peuvent être couverts en médicament d'exception lorsque deux autres opioïdes sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.</li> </ul>
s Oxycodone co 12 h (ACT, Apo, PMS, RAN, Sandoz)	5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80	Non		
<b>Oxycodone en association libération immédiate</b>				
Percocet (oxycodone + acétaminophène) Percocet demi	(5-325) (2.5-325)	Non Non	Oui Oui	
<b>Oxycodone en association - libération prolongée</b>				
Targin (oxycodone + naloxone)	(5-2.5) (10-5) (20-10) (40-20)	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q 12 heures</li> <li>• Pour éviter constipation</li> <li>• Ne pas mâcher, ni briser</li> </ul>

## LA CODÉINE EST L'OPIOÏDE LE MOINS RECOMMANDÉ pour l'analgésie en soins palliatifs

1. La codéine n'a pas d'effet analgésique en soi (elle est un pro-médicament). Elle doit d'abord être transformée en morphine, transformation qui se fait lors du passage hépatique. C'est la morphine dérivant de cette transformation qui apporte l'analgésie et non pas la codéine. A noter que l'absorption orale de la codéine est de 60 % et que 10 % de ce qui est absorbé est transformé en morphine.
2. La transformation codéine-morphine repose sur le CYP 2D6. Or, 10 à 20 % des Caucasiens sont considérés comme des métaboliseurs lents au niveau du CYP 2D6. C'est donc dire que ces personnes n'obtiennent pas l'effet analgésique attendu lorsqu'elles utilisent la codéine, leur foie ne pouvant transformer la codéine en morphine. Par ailleurs, la transformation hépatique de codéine produit en même temps de nombreux métabolites dont plusieurs présentent des effets secondaires indésirables.
3. De plus, la codéine est souvent combinée avec de l'acétaminophène ou de l'acide acétylsalicylique. La présence d'une substance combinée empêche alors l'augmentation des doses. L'analgésie se trouve donc limitée aux faibles doses de codéine de cette association.
4. Pour toutes ces raisons, l'emploi de la codéine est donc peu recommandable pour l'analgésie en soins palliatifs.
5. Son principal usage en soins palliatifs est comme antitussif.

ùNom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Codéine (cod) - libération immédiate</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Codéine	15	Non	Oui	
TEVA-codéine	30	Oui	Oui	
PMS-codéine				
<b>LIQUIDE PO</b>				
Linctus Codéine	2/ml	Non		
Codéine	5/ml	Non		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec alcool et sucrose</li> <li>• Médicament d'exception : autorisé contre la douleur si comprimé impossible mais pas contre la toux</li> </ul>

# Méthadone

AU BESOIN CONSULTER UNE PERSONNE EXPERTE

Nom		Teneur (mg)		RAMQ	Ecrasable	Particularités	
<b>COMPRIMÉS</b>							
Métadol		1, 5, 10, 25		Oui	Oui	Goût amer. Privilégier la solution orale	
<b>LIQUIDE PO</b>							
Métadol		1 /ml, 10/ml		Oui			
Méthadone		1 /ml, 10/ml et plus		Oui		• Préparation magistrale à partir de poudre	

## LA MÉTHADONE EST MÉTABOLISÉE PAR LE SYSTÈME DES CYTOCHROMES P-450 : DONC MÉTABOLISME VARIABLE

- Elle peut être à la fois inducteur, inhibiteur et substrat de plusieurs cytochromes. Il faut donc porter une attention particulière aux interactions possibles avec de nombreux Rx et produits (jus de pamplemousse, antibio. antifongique, anticonvulsivants, etc).
- Il est recommandé, en cas de doute quant à la posologie ou aux interactions Rx, de communiquer avec votre pharmacien et/ou avec une ressource expérimentée dans la prescription de la méthadone.

## PRÉREQUIS POUR PRESCRIRE DE LA MÉTHADONE

- Il n'est plus nécessaire d'obtenir un permis de Santé Canada avant de prescrire la méthadone à des fins analgésique/douleur depuis le 19 mai 2018. Toutefois, il pourrait être judicieux pour les premières ordonnances de collaborer avec un collègue expérimenté en prescription de méthadone.

## VOIES D'ADMINISTRATION

- La méthadone peut s'administrer par voie orale (co. et liquide), transmuqueuse buccale (liquide) et intraréctale (liquide). Pas en SC.

## CONVERSION À PARTIR D'UN OU PLUS D'UN OPIOÏDE VERS LA MÉTHADONE MÉTHODE ... SIMPLE ET "PRUDENTE"

- Transposer l'opioïde utilisé en équivalent MORPHINE SC par 24 heures (Voir p. 16 -18) (ex. 150 mg Morphine SC / 24 h).
- Débuter la méthadone avec 10 % de la dose totale calculée (ex. 15 mg) qui sera répartie en 3 doses = 5 mg Q 8 h (durée d'action au début est 8 h).
- Pour les 2 premières semaines, les ED seront une alternance de l'opioïde de départ et de méthadone.
- Pour l'opioïde de départ, les ED seront les posologies déjà administrées.

Source : Renée Dugas md CHS-C/Mtl

# Méthadone

5. Pour la méthadone les EDs seront 10 % de la dose journalière.
6. Les ED de méthadone sont administrables Q 1 hre ad 8 à 10 ED maximum par jour. (à LMVG, les EDs sont limitées à 3/24 h).
7. Au bout de 5 jours, une bonne partie du réservoir tissulaire étant créé, calculer la dose journalière totale des 2 opioïdes utilisés les 2 derniers jours et faire la moyenne quotidienne (ex. 15 mg de base en méthadone + 10 mg en ED méthadone + morphine ED 100 mg PO = 50 mg SC = 5 mg de méthadone **DONC DOSE TOTALE EN MÉTHADONE** = 15 + 10 + 5 = 30 mg).
8. **ATTENTION** : la sédation par surdosage est à surveiller particulièrement entre le 5<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour d'introduction de la méthadone. Mais en même temps, considérer d'autres causes si somnolence ou sédation (ex. augmentation récente d'une benzodiazépine).
9. Réajuster la posologie de méthadone selon les calculs obtenus (ex. 30 mg / 24 h. = 10 mg Q 8 hres, ED = 3 mg (10 % de 30 mg)).
10. Si sédation au 6<sup>e</sup> jour, omettre la 1<sup>ère</sup> et parfois la 2<sup>e</sup> dose et débuter la méthadone quand le sensorium est redevenu adéquat.
11. Si une ou quelques doses ont été omises, recalculer la posologie de façon prudente selon la quantité totale utilisée par 24 h. (ex. la 1<sup>ère</sup> dose ayant été omise = 20 mg DIE au lieu de 30 mg comme prévue. **DONC NOUVELLE DOSE QUOTIDIENNE** = 20 mg + 3 → 7 mg Q 8 h).
12. Selon cette méthode "prudente", le soulagement pourrait ne pas être adéquat, ne pas oublier que les EDs sont toujours disponibles et que le réservoir tissulaire s'ajuste lentement.
13. Et toujours attendre de 4 à 5 jours avant de réajuster la posologie quotidienne.

## **PARTICULARITÉS AVANTAGEUSES**

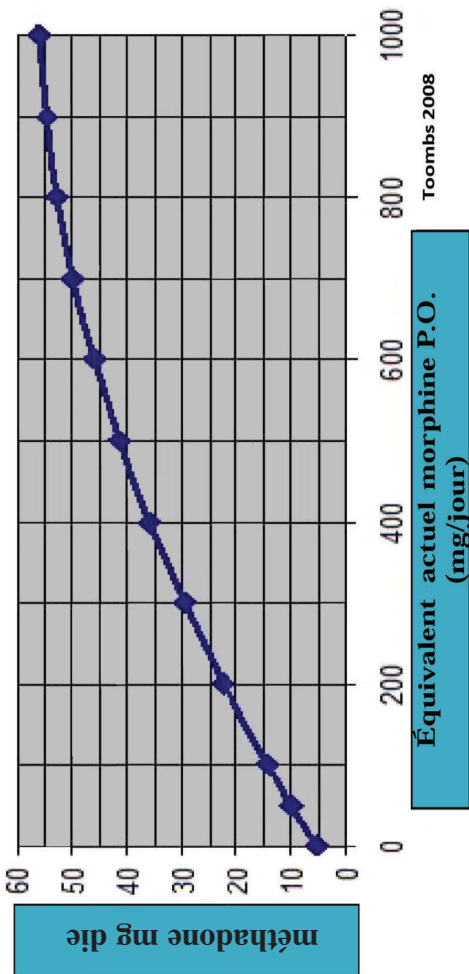
1. Médication utile dans les situations d'insuffisance rénale car jusqu'à 80-90 % de son élimination est digestive.
2. Peut être administrée par la voie transmuqueuse buccale (TMB) (10 mg / ml) ou par voie intraréctale (IR) (1 ou 10 mg / ml) jusqu'au décès.

## **PARTICULARITÉS DÉSAVANTAGEUSES**

1. Le phénobarbital, le phénytoïn, la carbamazépine peuvent diminuer les effets de la méthadone. Leur arrêt peut entraîner un surdosage de la méthadone.
2. Attention le millepertuis peut diminuer les concentrations de la méthadone.
3. Éviter le jus de pamplemousse qui augmente les concentrations de la méthadone.

Source : Renée Dugas md CHS-C/MTL

# Nomogramme de conversion



Toombs 2008

# Passage d'un opioïde conventionnel à la méthadone

## Méthadone 1-2-3

**1-** Quelle est votre dose de morphine per os/ jour ? Trouvez l'équivalence de méthadone sur le nomogramme ci-dessus

**2-** Prenez 75 % de cette dose prédite de méthadone; ce sera la dose à appliquer.

**3-** Appliquer la conversion en 3 ou 6 jours selon la méthode Edmonton :

**A) Jour 1 (et 2) :**

Conserver 2/3 de votre dose de morphine initiale et donner 1/3 de votre dose applicable de méthadone en 3 prises sur 24 H.

**B) Jour 2 (ou 3 et 4) :**

Conserver 1/3 de la dose initiale de morphine et donner 2/3 de votre dose applicable de méthadone en 3 prises sur 24 H.

**C) Jour 3 (ou 5 et 6) :**

Administrer la dose totale en méthadone en 3 prises sur 24 H.

ou

**Autre méthode :**

Enlever totalement l'opioïde initial et remplacer par la dose calculée de méthadone divisée en 3 ou 4 prises par jour au début jusqu'à l'équilibre. (soit 5-6 jours depuis jour 1)

---

N.B. : N'oubliez pas d'attendre au moins 5 jours entre chaque changement de posologie de méthadone.

On peut continuer avec nos entredoses de l'opioïde initial pendant la titration, puis on donnera les entredoses en méthadone (chaque entredose = 10% de la dose de 24 H.) q 4 H par la suite. Faire ECG à votre discrétion au début du traitement pour un intervalle QT < 500 msec et doser K<sup>+</sup> et Mg<sup>+</sup>

# Interactions médicamenteuses avec la méthadone

Le métabolisme de la méthadone est influencé par les CYP 3A4 - 2B6 > 2D6 >> 2C9, 2C19, 1A2  
 De nombreux Rx utilisant aussi ces cytochromes, les taux plasmatiques de méthadone varient comme son métabolisme

## RX INHIBANT LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LA MÉTHADONE (= INHIBIT.) (TAUX SÉRIQUE DE MÉTHADONE AUGMENTE) (Risque de surdosage)

- alcool (ingestion aiguë)
- amiodarone (Cordarone)
- bicarbonate de sodium
- bupropion
- camomille
- cimétidine (Tagamet)
- ciprofloxacine (Cipro)
- clarithromycine (Biaxin)
- clopidogrel (Plavix)
- delavirdine (Rescriptor)
- diazépam (Valium)
- diltiazem (Cardizem, Tiazac)
- érythromycine (Erybid, Eryc)
- fluconazole (Diflucan)
- fluoxétine (Prozac)
- fluvoxamine (Luvox)
- indinavir (Crixivan)
- isoniaziide (Isotamide, INH)
- itraconazole (Sporanox)
- kétaconazole (Nizoral)
- métronidazole (Flagyl)
- oméprazole (Losec)
- paroxétine (Paxil)
- quétiapine (Seroquel)
- sertraline (Zoloft)
- vérapamil (Isoptin)
- voriconazole (Vefend)
- **jus de pamplemousse**

**Attention. Si arrêt soudain d'un inhibiteur :**  
 augmentation du métabolisme de la méthadone  
 donc diminution de l'efficacité.

Source : Renée Dugas md CHS-C/MTL, Andrée Néron pharmacienne (CHUS)

\* Médicaments souvent utilisés en soins palliatifs

**RX INDUISANT LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LA MÉTHADONE (= INDUCT.) (TAUX SÉRIQUE DE MÉTHADONE DIMINUE) RISQUE DE MANIFESTATIONS DE SEVRAGE ET DIMINUTION D'EFFICACITÉ**

- alcool (ingestion chronique)
- abacavir (ABC, Ziagen)
- amprévanir (Agenerase)
- barbituriques (phénobarbital, primidone [Mysoline])
- carbamazépine (Tégréтол)
- cocaïne
- dexaméthasone (Décadron)
- efavirenz (Sustiva)
- fosamprénavir (Lexiva)
- lopinavir/ritonavir (Kaletra)
- montelukast
- névirapine (Viramune)
- nelfinavir (Viracept)
- phénytoïne (Dilantin)
- ribanicine + interféron alpha
- ritonavir (Norvir)
- rifampicine (Rifampine, Rifadin)
- risperidone (Risperdal)
- spironolactone (Aldactone, Aldactazide)
- tabagisme
- vitamine C > 2g/jour

- **millepertuis sous toutes ses formes**

**Attention. Si arrêt soudain d'un inducteur augmentation des taux entraîne surdosage possible.**

**INFLUENCES RÉCIPROQUES SUR LES CYTOCHROMES PROVOQUANT DES EFFETS IMPRÉVISIBLES (TAUX SÉRIQUE DU RX OU DE MÉTHADONE DIMINUE OU AUGMENTE)**

- BZD (alprazolam [Xanax], flurazepam [Dalmane], midazolam [Versed])
- dextrométhorphan
- nifédipine (Adalat)
- ADT (amitriptyline [Elavil], désipramine [Norpramin], imipramine [Tofranil], nortriptyline [Aventyl])

**MÉTHADONE INHIBE LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LES RX SUIVANTS (TAUX SÉRIQUE DU RX AUGMENTE)**

- désipramine (Norpramin)
- zidovudine (AZT-Retrovir dans Trizvir et Combivir)

**MÉTHADONE INDUIT LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LES RX SUIVANTS (TAUX SÉRIQUE DU RX DIMINUE)**

- didanosine (ddl, Videx)
- stavudine (d4T, Zerit)

\* N'hésitez pas à vérifier avec le pharmacien

\* Médicaments souvent utilisés en soins palliatifs

Guide APES, 2019

# Méthadone en co-analgésie

Utiliser en ajout, lorsque la douleur neuropathique est non contrôlée malgré l'utilisation judicieuse des opioïdes traditionnels ET de la co-analgésie.

Débuter la méthadone avec une dose test : 1 à 2 mg bid à tid pour 7 jours. Observer la réponse pendant une semaine (risque de dépression respiratoire plus grand dans les 4 à 7 premiers jours après l'introduction).

Puis augmenter aux 3 – 4 jours par palier de 1 – 2 mg bid à tid.

Cette approche est généralement réservée aux professionnels ayant une grande expérience d'utilisation de la méthadone pour le contrôle de la douleur en soins palliatifs.

# Kétamine

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Particularités
Kétalar - Kétamine	10, 50	Non	Peut s'administrer : IV PO IR SC et topique
Kétamine (RAX, Sandoz)	10, 50	Non	Peut s'administrer : IV PO IR SC et topique

- 1- Antagoniste des récepteurs NMDA, elle agit peu sur la transmission neuronale normale. Elle agit sur les phénomènes transmission/amplification ayant des réponses anormales post sensibilisation.
- 2- C'est d'abord un agent anesthésique utilisé chez les patients à risque d'hypotension et de bronchospasme. Utilisé aussi en anesthésie pédiatrique.
- 3- Produit une anesthésie dite dissociative : analgésie profonde, absence de réponse aux commandes verbales et amnésie, le tout pouvant être accompagné de l'ouverture des yeux, de mouvements involontaires des membres et d'une respiration spontanée.
- 4- Les récepteurs NMDA sont probablement responsables d'une partie de la tolérance aux opioïdes et des phénomènes d'hyperalgésie causés par les opioïdes. Ne pas oublier que les métabolites M3G de la morphine peuvent aussi causer une hyperalgésie, d'où l'intérêt d'utiliser la kétamine, son action antagoniste au niveau des récepteurs NMDA pourrait donc être utile pour contrer la tolérance aux opioïdes.
- 5- La prise de kétamine associée à un opioïde peut être synergique. Il est recommandé de réduire de 50 % la dose d'opioïde ou de surveiller étroitement le patient lors de l'introduction de kétamine.
- 6- La kétamine agirait aussi sur les voies descendantes analgésiques en bloquant la recapture des catécholamines.

# Kétamine

7- Cinétique :			
<b>Étape</b>	<b>Per Os</b>	<b>I.V.</b>	<b>Sous-cutané (si on se fie à la voie IM)</b>
Absorption	Biodisponibilité 10-20 %	Biodisponibilité 100 %	Biodisponibilité +/- 90 %
Métabolisme hépatique	2C9 2B6 3A4 nor-kétamine (2-5 fois plus puissante que la kétamine)	Deuxième passage : nor-kétamine < 2-3 fois que par voie orale	
<b>Élimination</b>	<b>Rénale</b>		
$t_{1/2}$	nor-kétamine +/- 12 heures	kétamine : +/- 2 - 3 heures	kétamine : +/- 2,5 heures
Début d'action	30 minutes	15 minutes	
Durée d'action	6-12 heures	45 minutes	

Le ratio de conversion entre la voie orale ou parentérale (SC/IV) demeure controversé. Contrairement à l'approche habituelle, une dose orale plus faible à la dose parentérale devrait être privilégiée compte tenu de l'effet puissant du métabolite nor-kétamine. Ainsi, le ratio de conversion SC : PO peut être de 1 : 1 à 3 : 1 et même, à l'opposé, de 1 : 4.

# Kétamine

- 8- Devant l'usage croissant de la kétamine en clinique, certaines **prises en garde** nous semblent appropriées :
- a. Effets sur le SNC sont moins importants avec la norkétamine
    - i. Sympathomimétique indirect :  $\uparrow$  tension intra-crânienne par  $\uparrow$  du débit sanguin cérébral, d'où prudence chez le patient avec hypertension intra-cranienne (HTIC)
    - ii. L'effet sur le seuil convulsif est mixte, mais n'est pas puissant ni  $\uparrow$  ni  $\downarrow$
    - iii. Risque de délirium « d'émergence » caractérisé par : hallucinations, rêves éveillés ou réels, illusions (plus fréquent chez les 15 à 35 ans). Ce risque en limite parfois l'usage.
  - b. Effets cardio-vasculaires : les doses d'induction anesthésique (0.5 - 1.5 mg/kg IV) entraînent  $\uparrow$  FC,  $\uparrow$  T.A. et  $\uparrow$  QT qui découlent d'une inhibition de la recapture des catécholamines ou d'un effet inotropique négatif direct et d'une vasodilatation. Il en résulte une  $\uparrow$  de la consommation d'O<sub>2</sub> cardiaque et cérébrale.
  - c. Effets respiratoires : bronchodilatation par action sympathomimétique indirecte.

## Posologie

- ✓ Dose de départ faible 30 - 60 mg/jour par voie orale ou S. C. (à la MVG : 15 à 30 mg/jr).
- ✓ Augmenter graduellement ad efficacité ou effets secondaires.
- ✓ Dose habituelle 120 - 480 mg/jour.
- ✓ La solution injectable peut être administrée par voie orale et son goût amer peut être masqué par un jus de fruits ou un cola.
- ✓ Si le contexte le permet (hospitalisation) :
  - Débuter à la dose 0,05 mg/kg/heure S. C. en perfusion continue ou aux 4 heures.
  - À augmenter de 0,025 mg/kg/heure q 24 heures.
- ✓ Pour contrer les effets indésirables (insomnie, rêves désagréables, hallucination ou délirium), on peut donner en prévention : lorazepam 0,5-2 mg, 2-3 fois/jour ou halopéridol 2-4 mg/jour.

# Accès douloureux transitoire

Définition : Exacerbation passagère de la douleur chez un patient dont la douleur de base est par ailleurs stable et qui reçoit un traitement opioïde de longue durée. Ces accès douloureux ont comme particularités : apparition rapide et habituellement sans avertissement, extrêmement douloureux (> 7/10). Ces douleurs ne sont pas bien contrôlées par les entredoses.

Voici 2 médicaments qui peuvent être utilisés dans ce contexte chez des patients qui reçoivent déjà des opioïdes sur une base régulière. Ne pas utiliser chez les patients naïfs aux opioïdes étant donné les risques de dépression respiratoire.

Sufentanil : aucune indication officielle pour cet usage clinique dans la monographie du produit. Utiliser comme ED seulement.

Fentanyl : comprimé sublingual (Abstral), indiqué pour contrer les accès de douleurs transitoires.

**Le pamplemousse ou son jus peut interférer avec le métabolisme du fentanyl administré par voie orale. À ÉVITER.**

Médicament et présentation	Voie d'administration	Début d'action	Durée d'action	RAMQ	Posologie
Sufentanil 50 mcg/ml ampoule de 1 ml	Sublinguale : début d'action plus rapide que la voie SC	5 minutes	15 à 30 minutes	Non	Débuter avec 5 mcg et ajuster par paliers de 5 mcg jusqu'à 50 mcg q 10-15 minutes

Médicament et présentation	Voie d'administration	Début d'action	Durée d'action	RAMQ	Posologie
Fentanyl (Abstral) co. SL de 100-200-300-400-600-800 mcg	Sublinguale	5 à 10 minutes	60 minutes à 2 heures	Non	Débuter avec 100 mcg et ajuster par paliers de 100 mcg jusqu'à 400 mcg puis par paliers de 200 mcg jusqu'à 800 mcg maximum de 4 doses par jour espacées de 2 heures
Fentora co. SL de 100-200-400-600-800 mcg	Sublinguale Buccogingivale (TMB) Ne pas sucer, mâcher ou avaler. Éviter de boire ou manger tant que le comprimé n'est pas complètement dissous.	10 à 15 minutes	60 minutes à 2 heures	Non	Débuter avec 100 mcg augmenter de 100 mcg aux 4 heures ad soulagement. Posologie maximale : 800 mcg qjd.

La titration du sufentanil peut se faire en débutant avec une faible dose (2.5 à 10 mcg) sublinguale. Après 10-15 minutes, la même dose peut être répétée ou majorée de 2.5 à 5 mcg selon le niveau de douleur ou d'effets secondaires (sommolence, difficulté de concentration). Cette titration nous indiquera la nouvelle posologie à débiter advenant un autre accès douloureux.

L'Abstral a été étudié chez des personnes en soins palliatifs. Sa monographie mentionne que la titration doit être faite avec la plus faible dose disponible et que le délai entre les doses doit être de 2 heures. Cette recommandation est conforme avec les protocoles d'étude mais en clinique, certains cliniciens se permettent une administration « plus rapprochée » des doses (ex : aux heures) lorsque la condition du patient le nécessite et lorsque la sécurité du patient est optimale : titration faite dans un milieu où les intervenants connaissent bien les effets recherchés ainsi que les effets secondaires (monitorage du rythme respiratoire et des autres signes vitaux).

Source : Robert Thiffault, Pharmacie 2011-07

# Autres opioïdes

L'opioïde « idéal » en soins palliatifs devrait être disponible en courte et longue action ainsi qu'en différentes formulations permettant l'administration orale et parentérale (voie sous-cutanée). Il devrait être couvert par les différents agents payeurs incluant la RAMQ.

Les opioïdes de cette section ne sont pas, à ce jour, assurés par le régime public mais peuvent être remboursés par certaines compagnies d'assurances privées. Cependant, ils possèdent des caractéristiques qui méritent d'être connues de la part des cliniciens étant donné la problématique du soulagement de la douleur dans le contexte des soins palliatifs.

<b>Nom générique/commercial présentation</b>	<b>Particularités</b>
Tramadol/Ultram comprimé de 50 mg (comprimé sécable et pouvant être écrasé)	Formulation de Tramadol courte action ne contenant pas d'acétaminophène donc les comprimés peuvent être coupés permettant de fractionner la posologie si nécessaire.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le chlorhydrate de tramadol, un analogue synthétique de la codéine, est un agoniste <i>mu</i> faible qui a aussi un effet inhibiteur sur la recapture de la sérotonine et celle de la noradrénaline.</li> <li>• Il est classé comme un analgésique de niveau II sur l'échelle de l'OMS son usage entraîne moins de constipation et de dépression respiratoire que des doses équianalgésiques de morphine.</li> <li>• Le tramadol présente un très faible risque de pharmacodépendance.</li> </ul>	
Hydromorphone/Jurnista. Comprimé de 4-8-16-32 mg (non sécable et ne pouvant être écrasé)	Libération sur 24 heures via la système « Oros » qui régularise la libération.
Buprénorphine/BuTrans Timbre matriciel 5-10-20 mcg/heure.	Agoniste partiel des récepteurs <i>mu</i> mais antagoniste du récepteur Kappa. Il existe très peu de littérature sur les doses équivalentes avec les autres opioïdes. Serait équivalent en terme de puissance avec le fentanyl. (Transdermal buprenorphine in cancer pain and palliative care, 2006) Cet opioïde est disponible à faible concentration car il est indiqué au Canada pour la douleur modérée. Timbres à changer aux 7 jours chez la majorité des patients. Posologie maximale selon la monographie canadienne 20 mcg/heure...

Nom générique/commercial présentation	Particularités
Belbuca Film buccal 75-150-300-450 mcg	Dose de départ : 75 mcg aux 12 heures ; attendre au moins 4 jours avant d'augmenter les doses. Dose maximale : 450 mcg aux 12 heures. Tenir la surface blanche du film avec doigt propre et sec, apposer la face jaune à l'intérieur de la joue humidifiée pendant 5 secondes. Ne pas boire ou manger pendant 30 minutes après l'application.
Oxycodone combiné avec naloxone rapport 2 : 1 Targin comprimé longue action (12 heures) 5-10-20-40 mg ne pouvant être écrasé	Non couvert par la RAMQ Combinaison utilisée pour réduire la constipation tout en maintenant la capacité analgésique de l'oxycodone car la naloxone a une très faible biodisponibilité lorsque prise par voie orale. La posologie maximale selon la monographie canadienne actuelle est de 40 mg bid mais cela pourrait être revu à la hausse éventuellement. Le patient qui voudrait écraser les comprimés pour ensuite se les injecter par voie intraveineuse aurait une réaction de sevrage immédiate étant donné la libération « centrale » de la naloxone.
Tapentadol/Nucynta er comprimé longue action (12 heures) de 50-100-150-200-250 mg ne pouvant être écrasés	Non couvert par la RAMQ Le tapentadol combine un double mécanisme d'action : opioïde qui agit sur le récepteur <i>mu</i> mais inhibe aussi le recaptage de la norépinéphrine (action analgésique multimodale). Le métabolisme ne passe pas par les cytochromes P 450. Cet analgésique est environ 5 fois moins puissant que l'oxycodone donc 50 mg bid de Nucynta équivaut à environ 10 mg bid d'oxycodone. Une formulation courte action est maintenant disponible au Canada. La posologie maximale est de 250 mg bid.
Tapentadol/Nucynta ir comprimé à libération immédiate 50-75-100 mg	Non couvert par la RAMQ Contre-indiqué si clairance de créatinine plus basse que 30ml/min, si insuffisance hépatique modérée, pas plus de 3 doses par 24 heures.

Robert Thiffault, Pharmacien

# Cannabinoïdes

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités												
<b>CAPSULES</b>																
Cesamet (nabilone)	(nabilone) 0.25, 0.5, 1	Non Oui 0.25 et 1		• Préparation liquide à partir des caps.												
Nabilone (générique: Pms, Teva, Act) (Apo, RAN)	0.25, 0.5, 1	Oui sauf .25 Non														
<b>Chez non fumeur de marijuana : débiter avec 0.25 - 0.5 mg HS pour 4-7 jrs. Ajouter 0.25 - 0.5 mg AM pour 4-7 jrs et augmenter ad MAX 6 mg die. Augmentation lente car somnolence. Indications : <b>douleurs et nausées.</b></b>																
<b>LIQUIDE PO ... PRÉPARATION MAGISTRALE UNIQUEMENT</b>																
Cesamet	0.1 / ml	Oui														
<b>Préparation magistrale 0.1 mg / ml : ouvrir 10 capsules de 1 mg, ajouter ad 100 ml de sirop simple (stable ad 30 jrs à la T° de la pièce).</b>																
<b>SOLUTION EN VAPORISATEUR BUCCAL</b>																
Sativex d-9-tétrahydrocannabinol (THC) + cannabidiol (CDB)	27 mg / vap. 25 mg / vap.	Non		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser SL ou TMB</li> <li>• Débiter avec 1 vaporisation bid</li> <li>• Tirer à la hausse. Habituellement 4 à 8 vapo/jr, max 12</li> </ul>												
<b>LES CANNABINOÏDES EN SOINS PALLIATIFS.</b>																
<p>1. Tout comme pour les opioïdes, des récepteurs cannabinoïdes sont maintenant connus. Des molécules cannabinoïdes naturelles comme les endorphines pour les opioïdes sont aussi connues. La physiopharmacologie est en plein développement.</p> <p>2. Ils offrent un soulagement modéré de la douleur lorsqu'associés à d'autres médicaments. Il ne semble pas, pour le moment, exister de place pour les cannabinoïdes comme molécule analgésique unique.</p> <p><b>Mather L.</b> Cannabinoid pharmacotherapy : past, present and future, Minerva Anestesiol, 2005; 7 : 405-12.</p>																
<p>Le cannabis peut être administré par plusieurs voies et sa durée d'action peut varier *</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VOIE D'ADMIN.</th> <th>DÉBUT ACT.</th> <th>PIC ACT.</th> <th>DURÉE ACT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingéré</td> <td>30-90 min.</td> <td>NA</td> <td>4-12 hrs</td> </tr> <tr> <td>Fumé</td> <td>immédiat</td> <td>15-30 min.</td> <td>2-3 hrs</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Aucun antidote disponible * Toujours vérifier la consommation de cannabis récréatif</p>					VOIE D'ADMIN.	DÉBUT ACT.	PIC ACT.	DURÉE ACT.	Ingéré	30-90 min.	NA	4-12 hrs	Fumé	immédiat	15-30 min.	2-3 hrs
VOIE D'ADMIN.	DÉBUT ACT.	PIC ACT.	DURÉE ACT.													
Ingéré	30-90 min.	NA	4-12 hrs													
Fumé	immédiat	15-30 min.	2-3 hrs													
				Guide APES, 2019												

# Autres molécules analgésiques

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Tramadol</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Ultram (libération immédiate)	50 mg	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter avec IMAO, ISRS, carbamazépine, warfarine</li> <li>Classé non-narcotique (Santé Canada)</li> </ul>
Apo-tramadol	50 mg	Non	Oui	
<b>Tramadol libération prolongée</b>				
Zytram XL (co 24 h)	75, 100, 150, 200, 300, 400 mg	Non	Non	
Taro-Tramadol ER	100, 200, 300 mg	Non	Non	
Tridural (co 24 h)	100, 200, 300 mg	Non	Non	
Ralivia	100, 200, 300 mg	Non	Non	
Durela (caps 24 h)	100, 200, 300 mg	Non	Non	
<b>Association Tramadol - acétaminophène</b>				
Tramacet (Act, Apo, Riva, Teva, Auro, Ipg, Jamp, Mar, Mint, Pms, Priva, Ran, Bio, Nra, Taro)	325 acétaminophène en association avec 37,5 tramadol Posologie : 1-2 co po q 6 hres (dose maximum recommandée par le manufacturier : 8 co/jour)	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier si autre source d'acétaminophène pour éviter toxicité hépatique</li> </ul>

# Co-analgésiques

**ATTENTION** La co-analgésie est souvent négligée par rapport à l'usage des opioïdes. Certaines douleurs répondant moins bien aux opioïdes, la co-analgésie devrait toujours être envisagée rapidement et de façon concomitante. Cela permet, dans bien des cas, d'éviter l'escalade des opioïdes.

DOULEUR NOCICEPTIVE		Dénomination commune	Nom commercial
Métastases osseuses (envisager la radiothérapie, si pertinent)	<b>AINS COX-1 / COX-2</b> naproxen		Naprosyn 500 mg PO (co. ou susp. 25 mg/ml) ou IR bid * Attention aussi disponible en vente libre : Aleve 220 mg Celebrex 100 à 200 mg bid
	<b>AINS COX-2</b> célécoxib <b>Corticostéroïdes</b>		Dexaméthasone (Décadron) 4 mg PO/SC bid à qid. Si effet stimulant éviter HS, la dose quotidienne peut être divisée en 2 doses, administrées AM + midi. Aussi disponible sous forme injectable de 4 mg/ml et 10 mg/ml (non dilué, préparé en seringue sous hotte stable 55 jours à T° ambiante)
Aussi utilisé dans les cas d'hypercalcémie	<b>Calcitonine</b>		Il peut être intéressant de la combiner aux biphosphonates pendant une courte période afin de profiter du début d'action analgésique rapide (24-48 h), en attendant que les biphosphonates exercent leur plein effet. Calcitonine injectable : 50 un. SC hs x 1 à 2 jours, puis augmenter par paliers de 50 un. ad 100 à 200 un. bid.
	<b>Biphosphonates</b> pamidronate zolédronate		Arédia 90 mg IV dans 250-500 ml NaCl 0,9 % en 2-4 h q 3-4 semaines. Stable pendant 28 jours à T° ambiante. Zometa (Rx d'exception) 4-8 mg IV en 15 min dans 100 ml de NaCl 0,9 % q 3-4 sem. + calcium 500 mg bid et vit. D 800 UI die durant tout le mois suivant le traitement. NB Zometa stable 24 h au frigo, toujours administrer dans les 24 h suivant sa reconstitution.
	dénosumab (xgeva)		120 mg S. C. q 4 sem. (rx d'exception)
Douleur musculo-squelettique nociceptive inflammatoire	diclofenac topique		Voltaren émugel 1,16 % tid-qid (vente libre, derrière le comptoir du pharmacien), Voltaren XF émugel 2,32% bid (vente libre, derrière le comptoir du pharmacien), Voltaren disponible IR (50, 100) Pensaid lotion 1,5%, tid-qid. Ex : 10 gttes à la fois, tid pour 1 genou (40 à 50 gttes ajuster selon la surface) Kétoprofen (gel 10 %) bid (préparation magistrale)
	kétoprofen topique		

## DOULEUR NEUROPATHIQUE

## Nom commercial

DOULEUR NEUROPATHIQUE	Dénomination commune	Nom commercial
Sensibilisation périphérique (canaux sodiques)	<b>Antidépresseur tricyclique</b> amitriptyline désipramine nortriptyline <b>Anticonvulsivants</b> carbamazépine topiramate Autres oxcarbazépine lamotrigine	Amitriptyline 10 – 150 mg die...habituellement HS Norpramin 10 – 150 mg die... habituellement AM Aventyl 10 – 150 mg die... habituellement AM Tégrétol 200-1600 mg/jr Topamax 15 mg HS- 100 mg bid (titrer lentement : somnolence)
Sensibilisation mixte (calcique et sodique)	<b>Anticonvulsivants</b> prégabaline gabapentine	Trileptal actuellement peu d'expérience clinique à la LMVG Lamictal actuellement peu d'expérience clinique à la LMVG
Sensibilisation centrale (canaux calciques)	<b>Anticonvulsivants</b> prégabaline gabapentine	Lyrica 25 – 600 mg/jr (bid-tid) Neurontin 300 – 4000/jr (tid-qid)(ED : 100-400 mg) Les capsules de prégabaline et gabapentine peuvent être ouvertes et le contenu mis dans des aliments ou du jus.
NMDA	<b>Analgésiques</b> kétamine méthadone	Voir p. : 40 à 42. Au besoin : consulter ressource experte. Voir p. : 32 à 39. Au besoin : consulter ressource experte.
Voie inhib.-descendante (NE,5HT récept. enképhaline)	ISRN ISRS (si dépression majeure) opioïde tramadol agent adrénergique tapentadol	venlafaxine (Effexor) duloxétine (Cymbalta)
Inhibiteur recapture noradrenaline	<b>Corticostéroïdes</b>	Nucynta CR (50 à 250 mg) bid non RAMQ Nucynta IR (50-70-100 mg) bid non RAMQ
Autre	Dexaméthasone	Décadron 1-2 mg bid à 12-16 mg/jr en 2-3 prises (po, sc, iv)

DOULEUR NEUROPATHIQUE		Dénomination commune		Nom commercial	
<b>Autre mécanisme d'action</b>	acide valproïque lidocaïne topique capsaïcine topique			Dépakène 250 – 1000 mg/jr anticonvulsivant le mieux absorbé par voie rectale. Percer la capsule. Peut remplacer gabapentine + prégabaline quand PO est impossible. Bonne expérience à LMVG. Crème topique 0,025-0,075 % QID. EMLA - lidocaïne - prilocaïne (crème ou timbre) Qutenza 8 % à 4 timbres à laisser en place 60 à 90 minutes toutes les 12 semaines - Programme d'accès spécial	
<b>DOULEUR COLIQUE</b>					
<b>Rectale</b>	chlorpromazine halopéridol clonazepam gabapentine prégabaline topiramate dexaméthasone			Largactil 12,5 - 25 mg tid Haldol 0,5 - 2mg tid Rivotril 0,25 - 0,5 mg bid à tid Neurontin 300 - 4000 mg / 24 h (tid - qid) ( ED 100-400 mg) Lyrica 150 - 600 mg / 24 h (bid-tid) Topamax 15 mg HS → 100 mg bid (Décadron) 4 - 8 mg bid à tid NB: L'association clonazépam - dexaméthasone s'avère souvent utile.	ED capsule ouverte * pour rapidité d'action
<b>Abdominale</b>	glycopyrrolate butylbromure d'hyoscine dicyclomine oxybutynine			(Robinul) 0,1 - 0,2 mg SC - TMB tid à qid Buscopan 10 - 20 mg SC PO Q 4 h PRN max. qid (non couvert RAMQ) Dicyclomine 10-20 mg 3 fois / jour (non couvert RAMQ) Ditropan 5 mg bid à qid (prudence chez les patients de 65 ans + : effets anticholinergiques). Diminuer le volume du ballonnet.	
<b>Vésicale</b> avec ou sans sonde vésicale					Si non amélioré, irriguer avec l'oxybutynine tid-qid • D'abord irriguer la vessie avec 50 ml NaCl 0,9 % et soutirer délicatement ou instiller 20 ml de Bupivacaine 0,25 % suivi de 10 ml de solution NaCl 0,9 % dans la sonde et clamper 15-30 minutes. • Écraser 5 mg d'oxybutynine dans 10 ml de solution NaCl 0,9 % • Ajouter 50 ml au mélange • Instiller le mélange (60 ml) dans la vessie • Ajouter 10 ml de solution NaCl 0,9 % dans la sonde et clamper la sonde 15-30 min.

# Autres médicaments fréquemment utilisés en soins palliatifs

## Voir onglet sur voies alternatives d'administration

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Ecrasable	Particularités
<b>Dexaméthasone (Décadron)</b>				
COMPRIMÉS	0,5-0,75-2-4	Oui	Oui	Prendre avec nourriture, le plus tôt possible dans la journée (effet stimulant)
ELIXIR	0,5 / 5ml fiole	Oui		
INJECTABLE	4mg /ml , 10mg/ml	Oui		Incompatible avec tout
<b>Dimenhydrinate (Gravol)</b>				
COMPRIMÉ	50	Non	Oui	Attention aux différentes formulations (Gravol AP)
CAPLETS AP	15 - 100	Non	Non	Action prolongée, libère 25mg stat + 75 mg sur à 8-12 h PRN
SUPPOSITOIRE	25 - 50 - 100	Non		
INJECTABLE	10mg/ml 50mg/ml	Oui		Si fiole IM est donnée IV, diluer 1 :10 avec NaCl .9 %
LIQUIDE	15mg/5ml	Non		
<b>Gabapentin ( Neurontin)</b>				
CAPSULE	100-300-400	Oui	ouvrable	
COMPRIMÉ	600-800	Oui		
<b>Glycopyrrolate (Robinul)</b>				
INJECTABLE	0,2mg / ml 0,4mg / 2ml	Oui		
<b>Halopéridol (Haldol)</b>				
COMPRIMÉ	1-2-5-10-20	Oui	Oui	

Voir onglet sur les voies alternatives d'administration page 80 à 82

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Halopéridol (Haldol)</b>				
SOLUTION ORALE	2mg / ml			
INJECTABLE	5mg / ml	Oui		
<b>Bromhydrate d'Hyoscine (scopolamine)</b>				
INJECTABLE	0,4mg / ml	Oui		
	0,6mg / ml	Oui		
<b>Méthotréméprazine (Nozinan)</b>				
COMPRIMÉ	2-5-25-50	2 Oui	Oui	
INJECTABLE	25mg / ml	Oui		
<b>Midazolam (Versed)</b>				
INJECTABLE	1mg/ml fiole 2-5-10 ml	Oui		
	5mg/ml fiole 1-2-10 ml	Oui		
<b>Naloxone (Narcan, OMG)</b>				
INJECTABLE	0,4mg / ml	Oui		
	1mg /ml	Non		
VAPORISATION NASALE	2mg / 0,1 ml	Non		
	4mg / 0,1 ml	Oui		
<b>Prégabaline (Lyrica)</b>				
CAPSULE	25-50-75-100-150 200-225-300	Oui	ouvrable	

\* Couvert si prescrit ou remboursé dans le cadre du programme de gratuité du Naxalone et certaines fournitures pour toutes personnes de 14 ans et plus, facturé au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes. Maximum par services : 8 fioles ou 4 troussees préassemblées.

Nom	Format(ml)	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Fluconazole (Diflucan)</b>					
COMPRIMÉ		50-100	Oui	Oui	
CAPSULES		150	Oui		capsule ouvrable <small>vente libre, comptoir du pharmacien</small>
SUSPENSION	35ml	50 mg/5 ml	méd. d'exception		saveur d'orange stable 14 jours à T° pièce ou frigo bien agiter
<b>Octréotide (Sandostatine)</b>					
INJECTABLE solution	1 ml 5 ml	50-100-200-500 mcg/ml 200 mcg/ml	Oui Oui		SC SC
LAR		10-20-30 mg	Oui		IM (microsphère en suspension) q 4 semaines
<b>Famotidine (Pepcid)</b>					
COMPRIMÉ		10-20-40 mg	10 Non/20,40 Oui		
INJECTABLE	2 ml-4 ml-20 ml	10 mg/ml	pt. d'exception	existe comprimés croquables	garder au frigo
<b>Lorazepam (Ativan)</b>					
COMPRIMÉ		0.5-1-2 mg	Oui		
COMPRIMÉ S/L		0.5-1-2 mg	Non		
INJECTABLE	1 ml	4 mg/ml	Oui		garder au frigo
<b>Clonazepam (Rivotril)</b>					
COMPRIMÉ		0.25-0.5-1-2 mg	Oui		

# Analgésie topique – préparations de morphine

## INDICATION : UTILISATION DE MORPHINE TOPIQUE SUR UNE PLAIE OUVERTE DOULOUREUSE

### **Morphine dans eau stérile 10mg/ml**

Prélever 2 ml de morphine 50 mg/ml injectable sans agent de conservation (100mg) et ajouter 8 ml d'eau stérile pour injection. Donc 10mg/ml.

- Mettre dans une bouteille pour vaporisation qui devrait distribuer 7 à 8 vaporisations/ml de solution. Chaque vaporisation libère environ 1,4 mg de morphine et couvre une surface d'environ 10cm<sup>2</sup>. Appliquer 2 à 3 vaporisations pour des surfaces plus grandes. On peut aussi faire gicler un volume de 1ml de solution 10mg/ml sur la plaie avec une seringue de 3ml/aiguille 27G.
- Laisser sécher environ 10 minutes avant de refaire le pansement. Ne pas appliquer sur plaie suintante.
- Stable 14 jours à la température pièce ou au réfrigérateur.

### **Morphine dans Intrasite Gel 0,1%**

Prélever 1 ml de morphine 50mg/ml injectable sans agent de conservation et mélanger à 50g de gel Intrasite. À choisir si on veut soulager la douleur et débrider la plaie. Appliquer délicatement dans la plaie.

- Stable 28 jours à la température de la pièce ou, si réfrigérée entre 2 et 8°C, peut se conserver un an à l'abri de la lumière.

# Analgésie topique – préparations de morphine

## INDICATION : UTILISATION DE MORPHINE TOPIQUE SUR UNE PLAIE OUVERTE DOULOUREUSE

### **Morphine dans Nidagel 0,1%**

Prélever 1,4ml de morphine 50mg/ml injectable sans agent de conservation et mélanger à 70 grammes de Nidagel.

À choisir si on veut soulager la douleur et diminuer les mauvaises odeurs.

Le mélange précipite si on utilise Metrogel (donnée empirique). Pour éviter précipitation du mélange avec Nidagel, chauffer légèrement le tube de gel en le plaçant dans un contenant d'eau chaude quelques minutes avant de préparer le mélange.

- Stabilité inconnue.

D'autres préparations de morphine:

- Morphine 0,1 à 0,2% dans Base Glaxal. Une concentration de 0,3 à 0,5% est possible pour douleur pelvienne (vulvodynie, douleur rectale, etc.).
- Morphine 0,1 à 0,2% dans gel pleuronique (Organogel). Cette préparation peut aussi contenir de la kétamine (0,5 à 2%), de la gabapentine (4 à 6%) ou de la clonidine (poudre) 0,1% si présence de douleur neuropathique.

Ces préparations de morphine topiques peuvent être utilisées au changement de pansement ou 2 à 3 fois par jour sur une plaie sans pansement. Le début d'action est d'environ 10 minutes. Une sensation de brûlure transitoire ou occasionnelle est possible. L'effet peut durer jusqu'à 24 heures. Il est possible que l'analgésie soit suffisante pour devoir réduire les doses d'opioïdes PO, SC ou TMB.

# Analgésie topique- préparations magistrales

**INDICATION : ZONE DOULOUREUSE (DOULEUR LOCALE OU RÉFÉRÉE) AVEC PEAU INTACTE.**

**Voici quelques exemples de préparations magistrales analgésiques. Il en existe de nombreuses autres. Voir Guide de l'APES**

## **Kétamine +/- lidocaïne**

Kétamine 1 à 2%+ lidocaïne 7 à 10% dans Base Glaxal.

La lidocaïne augmente la profondeur de l'analgésie en causant une anesthésie locale.

Si application sur muqueuse ou sur des zones où la peau est plus mince ou enflammée, utiliser plus faible concentration de lidocaïne.

À cause des risques d'arythmie associés à une absorption importante de lidocaïne, on évite l'application d'un pansement occlusif et on limite l'application à une surface inférieure à ½ feuille 81/2 X 11.

La kétamine (0,5 à 10%) peut aussi être utilisée seule dans Base Glaxal.

## **Nitroglycérine 0,2 à 0,8% dans gelée de pétrole blanche**

Utilisée pour fissures anales, guérison post-hémorroïdectomie, douleur ischémique.

Préparation à partir de la formulation commerciale à 2%. Peut causer des céphalées.

Conserver dans un contenant hermétique et à l'abri de la lumière.

La préparation de nitroglycérine peut être mise sous occlusion pour diminuer le tonus du sphincter anal, diminuer la pression de repos et favoriser la vasodilatation.

# Analgésie topique- préparations magistrales

**INDICATION : ZONE DOULOUREUSE (DOULEUR LOCALE OU RÉFÉRÉE) AVEC PEAU INTACTE.**

D'autres médicaments peuvent être utilisés en préparation magistrale.

En voici quelques exemples contre les douleurs neuropathiques :

- Gabapentine 4 à 6% dans Organogel Pluronique (PLO), ex. Diffusimax<sup>MD</sup>,
- Salt Stable<sup>MD</sup>, Mediflo, Lipoderm.
- NB. Le gel pluronique doit être conservé à température de la pièce car au contact du froid, il se liquéfie.
- Gabapentine 4 à 6% + kétamine 10% + clonidine 0,2% + nifédipine 2% dans PLO contre douleur neuropathique.
- Capsaïcine 0,075% + kétamine 2% + kétoprofène 10% dans PLO.

Ces préparations ne sont pas remboursées par la RAMQ.

Fréquence d'application : Appliquer 2 à 4 fois par jour ou selon les directives spécifiques.

Contraintes aux applications : si la plaie est ouverte, appliquer sur le pourtour sain de la peau et non sur la zone ouverte en raison de l'absorption accélérée. Pour les crèmes, gels, onguents et autres préparations magistrales, à moins de données spécifiquement documentées, la date limite d'utilisation (DLU) d'une préparation magistrale ne devrait pas dépasser 30 jours.



BRÛLURES GASTRIQUES	Dénomination commune	Nom commercial
Antiacides Anti H <sub>2</sub> I.P.P.	ranitidine, famotidine, oméprazole, dexlansoprazole pantoprazole, ésoméprazole, rabéprazole, lansoprazole, sulcralfate	Maalox, Diovol, et autres Zantac 150 mg bid, Pepcid 20 mg PO bid (vente libre) ou SC Losec 20 mg die à bid, Prévacid 30 mg die à bid (Fastab) Dexilant 60 mg Pantoloc 40 mg die à bid, Nexium 40 mg die à bid Pariet 20 mg die Sulcrate 1g bid à qid
Ajout pour confort NB Le Gaviscon (acide alginique) peut être utile pour diminuer le reflux gastro-oesophagien (tout de suite après repas et HS)		
<b>NAUSÉES</b>		
Zone chimioréceptrice	* halopéridol prochlorpérazine nabilone olanzapine methotriméprazine métoclopramide dimenhydrinate mécizine scopolamine métoclopramide dexaméthasone ondansetron	Haldol 0,5-1 mg PO ou SC tid à qid Stémétil 10 mg IR qid Césamet 0,25-3 mg bid (Préparation: Voir Page des cannabinoïdes) Zyprexa 2,5 mg à 10 mg Hs Nozinan 2,5 à 25 mg à 4-6 h Maxeran (co.liq.) 10 – 20 mg PO ou SC tid à qid Gravol (co.liq supp,SC) 25 – 50 mg Q 4 à 6 h Bonamine 25 mg tid à tid Transderm V timbre Q 3 jours Métoclopramide 5 - 30 mg PO (1mg/ml liq) ou SC. Décadron 4-8 mg PO ou SC bid Zofran 4-8 mg PO-SC-IV-IM die à tid, remboursable en Rx d'exception
Noyaux vestibulaires		
Centre du vomissement Transit intestinal Action inconnue Antagoniste 5HT3		
<b>GASTROPARÉSIE</b>		
	dompéridone métoclopramide érythromycine	dompéridone 10 mg tid Maxeran (co.liq.) 10 – 20 mg PO ou SC tid à qid Erythromycine susp 1mg/kg/jr en 3 doses
<b>SUB-OCCLUSION INTESTINALE</b>		
<b>Si vomissements</b>	dexaméthasone	Décadron 4-8 mg SC bid à tid, PO par la suite en dose d'entretien
<b>Si coliques abdominales (en plus)</b>	dexaméthasone + glycopyrrolate	Décadron 4-8 mg SC bid à tid, PO par la suite en dose d'entretien + Robinul 0,2 mg SC Q 4 h PRN
<b>Si vomissements répétés + coliques</b>	dexaméthasone + octréotide + glycopyrrolate	Décadron 4 – 8 mg SC bid à tid, PO par la suite en dose d'entretien + Sandostat 50 – 200 mcg SC Q 8 – 12 h + Robinul 0,2 mg SC Q 4 h PRN

\*halopéridol molécule la plus utilisée à la LMVG. Très efficace en présence de nausée - débiter par cette molécule

<b>ASCITE</b>	<b>Dénomination commune</b>	<b>Nom commercial</b>
	spironolactone / furosémide	Aldactone co. (50-100 mg) en association avec Lasix co. (20-80 mg) die •• (ATTENTION au K <sup>+</sup> ... hyperkaliémie) ••
<b>CONSTIPATION</b> •••••••••• <b>Remboursement RAMQ : Utiliser code Gi 28 sur prescription</b>		
<b>Osmotiques</b> Sauf contre-indication : doivent accompagner toute ordonnance d'opioïde	<b>Polyéthylène glycol 3350</b> <b>Solution iso-osmotique</b>	Lax-A-day, PEG 3350, Pegalax, Relaxa, diluer 17 g dans 125 - 250 ml de liquide (eau, jus, thé, boissons gazeuses) die à tid. Lactulose liq. 15-60 ml die en 1 à 2 prises (peut être mis dans le café)
<b>Stimulant péristaltique</b>	sennosides bisacodyl	Senokot 8,6 mg/co, 1 co. bid à 2 co. tid / Sennosides 12 mg/co Senokot liq. 8,6 mg/5 ml (goût exécrable = par tube!), supp. 30 mg Dulcolax
<b>Si échec</b>	<b>prucalopride</b> <b>methynaltrexone</b>	Resotran 1-2 mg die Relistor 20 mg/ ml
<b>Expérience clinique limitée</b>	<b>Antagoniste opiacé</b> naltrexone	Revia 50 mg/co. Préparer une solution 1 mg / ml (1 co dans 50 ml d'eau) Débuter avec très faible dose 0.25 mg Q 2 jours ad 1 mg tid
<b>DIARRHÉE</b>		
	loperamide diphénoxylate cholestyramine	Imodium 2 mg/co., liq. 0.2 mg/ml, 2 mg PO après chaque selle liquide. Max. 16 mg die. Lomotil 5 mg/co, 1 co PO après chaque selle liquide. Max. 5-6 co die Questran 1 sachet dans 120-180 ml d'eau tiède ou jus. Boire rapidement après préparation. Administrer tout autre médicament 1h avant ou 4-6 h après.
<b>HOQUET</b>		
1 <sup>re</sup> ligne	chlorpromazine / halopéridol	Largactil 12,5-50 mg PO tid à qid <b>ou</b> Haldol 0.5-4 mg tid PO ou SC
2 <sup>e</sup> ligne	métoclopramide	Maxeran 10-20 mg tid à qid
3 <sup>e</sup> ligne	baclofène / nifédipine gabapentin	comme ajout à chlorpromazine(Largactil) ou halopéridol (Haldol) Lioresal 5-20 mg tid Max. 75 mg / jour <b>et/ou</b> Adalat 10 à 20 mg tid à qid <b>et/ou</b> Neurontin 300-400 mg tid (comme ajout à 2e ligne)

# Protocole “CONSTIPATION/FÉCALOME” en contexte palliatif

## INDICATIONS : 1. Absence de selle depuis trois jours et plus 2. Occlusion ou sub-occlusion intestinale exclue

### Au 3<sup>e</sup> jour sans selle — faire un toucher rectal

- si positif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Dulcolax en même temps le long de la paroi rectale (éviter d’insérer dans les selles).  
Si suppositoires inefficaces, lavement Fleet régulier 2 heures plus tard.
- si négatif : lavement Fleet régulier et Lax-A-day ou autre PEG à débiter en même temps que le reste de la procédure

### Au 4<sup>e</sup> jour sans selle — faire un toucher rectal

- si positif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Dulcolax en même temps. Si suppositoires inefficaces, lavement Fleet 2 heures plus tard.
- si négatif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Dulcolax en même temps pour faire descendre les selles. Donc vérifier si négatif mais ampoule dilatée : risque de selle ou fécalome haut. Idéal refaire toucher rectal plus tard avec lavement fleet.

### Au 5<sup>e</sup> jour sans selle — faire un toucher rectal

- si positif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Dulcolax en même temps. Lavement Fleet **régulier** 2 heures plus tard.  
si négatif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Dulcolax en même temps. Lavement Fleet **huileux** avec tube rectal 2 heures plus tard.
- Lavement avec acétylcystéine 4 à 6 %. Utiliser préparation injectable à 20 % et diluer avec du NaCl 0,9 % pour obtenir un volume entre 100 ml et 200 ml.
- si extraction manuelle nécessaire: administrer d’abord une entredose d’analgésique 30 minutes avant l’extraction.  
Introduire Xylocaïne Gel 2 % à l’intérieur du rectum et à l’anus environ 15 minutes avant les manoeuvres. Ce traitement étant douloureux et épuisant pour le patient, porter attention à la capacité du malade à tolérer les manipulations.

**Penser à assurer l’adhésion au traitement et l’augmentation des doses de laxatifs. (PEG BID-TID)**

# Problèmes respiratoires

<b>Toux sèche</b>	<b>Dénomination commune</b>	<b>Nom commercial</b>
	dextrométhorphan chlorphédianol méthadone hydrocodone norméthadone-hydroxyphédrine codéine	Dextrométhorphan liq. 10-30 mg Q 4-8 h PRN. Max. 120mg die Ulonc liq. (25 mg/5 ml) 25 mg qid Metadol I à 2 mg die ad tid PRN Hycodan sirop 1 mg/ml, co. 5 mg, 5 mg Q 4-6 hres Cophylac 15 gouttes bid ds liquide sucré (car : très amer). Codéine (co., liq., SC) 30-60 mg Q 4 h
<b>DYSPNÉE</b>	morphine PO, SC	Statex 2,5-10 mg Q 4 h. Idéal = 1/4 de la dose reçue Q 4 h en Ex. : morphine 10 mg Q 4 h = ED pour dyspnée de 2.5 mg PRN convertir à longue action si efficace Ativan SL ou SC 0,5 à 2 mg q 4 à 12 hres.
<b>RÂLES</b>	benzodiazépines	
<b>Modérés à sévères</b>	glycopyrrolate scopolamine	(Robinul) (-- sédatif) 0,2-0,4 mg SC Q 4 h PRN Hyoscine (++ sédatif) 0,4-0,6 mg SC Q 4 h PRN (sommolence fréq.) dose max : 0,8 mg SC Q 2 h
<b>(mucolytiques)</b>	furosémide acétylcystéine	Lasix 10 mg/ml, 20 mg à 40 mg SC stat puis répéter 1 h et 8 h plus tard. (Pas plus de 2ml par site d'injection) Mucomyast injectable 1. Nébulisation : 3 à 5 ml de solution injectable 200 mg/ml TID à QID associé à un bronchodilatateur 2. Solution PO (200 mg/ml à 2%) : 600 mg PO BID. Mettre en seringue pour assurer stabilité pour 96 h. (Ajouter à un jus de raisin ou cola juste avant la prise pour masquer le goût).
<b>DÉPRESSION RESPIRATOIRE</b>	Stimuler régulièrement le patient est souvent suffisant et est la 1 <sup>ère</sup> manoeuvre à instaurer	
<b>Par surdosage opioïde</b>	naloxone	Narcan 0,1 mg SC Q 5-15 min...observer l'effet TOUT EN CONTINUANT DE STIMULER et réadministrer PRN si jugé nécessaire ad 2 à 4 mg (naloxone vaporisateur nasal : 4mg/vaporisation) Couverture limitée dans certaines circonstances particulières : voir infolettre RAMQ 235.
<b>Par surdosage opioïde si fréquence respiratoire &lt; 8-10 / min.</b>		

## Problèmes cutanés, sudation profuse

Dénomination commune		Nom commercial
Plaie néoplasique malodorante	métronidazole	Flagyl crème vaginale 10 % en application topique au site de la plaie. Flagyl 500 mg PO tid ou saupoudrer directement sur la plaie
Prurit	hydroxyzine cétirizine diphenhydramine doxépine	Atarax 10 à 25 mg tid dose maximale chez personne âgée 50 mg par jour Réactine 10 mg die Bénadryl 25-50 mg tid PO Sinéquan 10-25 mg hs Aveeno démaquaison (crème calamine - pramoxine). Crème magistrale : Glaxal base 100 g, camphre 0,5 % et menthol 0,5 % en application sur zones prurigineuses PRIN. Questran 4 à 6 g / jour 30 minutes avant et après le déjeuner. Ajuster le moment de la prise des autres médicaments car interactions.
Prurit choléstatique	cholestyramine	
Irritation cutanée causée par les selles	cholestyramine 20 % → (Questran) Pommade	(Questran 100g, glycérine 200ml, Aquaphor 140g) Mélanger le Questran et la glycérine, ajouter peu à peu à l'Aquaphor. (stable 30 jrs t° pièce) prn
Sudation profuse	clonidine scopolamine	Catapres 0,1 mg 1/2 co bid Transderm V 1 ou 2 timbres q 72 hres

## Problèmes urinaires

Rétention urinaire Caillots dans la vessie	béthanéchol	2,5 à 10 mg SC en dose unique ou pose d'une sonde urinaire. Grosse sonde 3 voies; extirper les caillots par succion si nécessaire, par la suite irrigation (NaCl 0,9 %) à un débit suffisant pour retour teinté/clair et réduire le débit pour conserver le contrôle.
---	-------------	---

## Problèmes neurologiques

		* Rotation des opioïdes
Spasmes musculaires (myoclonies)	lorazépam clonazépam acide valproïque diazépam midazolam	Ativan 1-2 mg tid PO ou SC Rivotril 0,5-2 mg tid PO, SL, IR Dépakène 250-1000 mg die PO ou IR Valium 2-5 mg qid PO Versed 1 à 5 mg SC Q 4 h PRN (Décadron) 4-8 mg PO ou SC bid à qid
Hypertension intracrânienne	dexaméthasone	(Décadron) 4-8 mg PO ou SC tid à qid (disponible en 4 mg/ml ou 10mg/ml)
Compression médullaire	dexaméthasone	*Maximum 16 mg/jr. Un bolus de 100 mg IV n'apporterait pas de bénéfice supplémentaire.

Source : Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) août 2011. Traitement de la compression médullaire chez les patients atteints de cancer métastatique.

<b>CONVULSIONS</b>		
Anticonvulsivants	phénytoïne acide valproïque	Dilantin 100 mg tid ou 300 mg hs Dépakène en suspension 250-1000 mg par 24 heures, 15 à 60 mg/kg/24 hrs. Pour administration I.R. perforer la capsule.
Crises convulsives généralisées	phénobarbital	• <b>anticonvulsivant le mieux absorbé par voie rectale</b> Phénobarbital 60-240 mg IM ou SC Q 8 h ou TM (un peu irritant)
	levitiracetam	Keppra 500 mg bid (ajuster en insuffisance rénale)
	lorazépam	Ativan 2 mg SC Q 2-6 h PRN (3 mg si poids > 60kg) ou solution (8 mg/ml) en Répéter aux 20 min. PRN max 8 mg/12 heures.
	midazolam diazépam topiramate	Versed 5 mg SC ou ... en TM ou IN (intra-nasale) I.R. - Gel rectal 5 mg/ml ou Sol. injectable 5 à 10 mg Topamax PO ou IR

## Problèmes neuropsychiatriques

<b>ANXIÉTÉ / INSOMNIE</b>	<b>Dénomination commune</b>	<b>Nom commercial</b>
	clonazépam oxazépam lorazépam	Rivotril 0,25 à 2 mg die à bid PO Oxazépam 10-30 mg die à bid PO Ativan 0,5 à 2 mg die à bid PO ou SC ou SL
<b>CONFUSION (± IDÉES PARANOÏDES)</b>	halopéridol	Haldol 1-5 mg PO ou SC tid
<b>SOMNOLENCE SECONDAIRE AUX OPIOÏDES</b>	méthylphénidate	Ritalin 2.5 à 10 mg à 8 h et 13 h
<b>AGITATION</b>		
Antipsychotiques	<b>Classiques</b> méthotréméprazine halopéridol <b>Atypiques</b> olanzapine quétiapine	Nozinan 10-50 mg SC Q 4-6 h PRN Haldol 1-5 mg PO ou SC tid à qid Zyprexa 2.5-10 mg PO / Zydys 5-10 mg (Laisser fondre sur langue) Seroquel 25 à 100 mg bid
Benzodiazépines	lorazépam midazolam	Ativan 1-2 mg SC Q 2-6 h PRN Versed 2.5-10 mg SC selon contexte clinique

# Protocole pour le contrôle de l'agitation

- Haloperidol ad 5mg SC + midazolam 5mg SC
- 30 minutes plus tard si l'agitation n'est pas contrôlée : haloperidol 2mg SC + midazolam 5mg SC, jusqu'à 2 doses chaque 30 minutes
- Si l'agitation persiste, midazolam 5mg SC chaque heure jusqu'à ce que la situation soit contrôlée; alors sédation palliative continue à envisager si le patient est en fin de vie

## **SI L'AGITATION RÉCIDIVE :**

- Moins de 2 heures plus tard : reprendre le protocole au point d'interruption
- Plus de 2 heures plus tard : reprendre le protocole à son point de départ

# Soins de plaie

Stade	Altération cutanée	Pansement
<b>I</b>	Épiderme (rougeur >30 minutes après arrêt de pression cutanée), parfois enflure et chaleur.	Pellicule transparente (ex. Opsite, Bioclusive, Tegaderm, etc.) ou Hydrocolloïde (ex. Duoderm extra-mince, Comfeel, Tegisorb, etc.)
<b>II</b>	Perte de l'épiderme et atteinte possible du derme (exsudat absent ou léger)	Pellicule transparente, hydrocolloïde mince si absence d'exsudat (ex. Duoderm, Comfeel, etc.) Hydrocolloïde si exsudat léger
<b>III</b>	Atteinte cutanée et sous-cutanée avec exsudat modéré à abondant. Penser à un risque d'infection surajoutée.	Alginates (ex. Kaltostat, Algisite M) ou Hydrofibre (ex. Aquacel) Nuderm ou Mousse de polyuréthane (ex. Allevyn, Biatain, Hydrasorb, Mépiléx, etc.) Si cavité profonde : emploi de mèche
<b>IV</b>	Atteinte des muscles, tendons, articulations et/ou de l'os	Identique à III
	Plaie infectée	Pansements d'argent (ex. Aquacel Ag, Acticoat, Actisorb Ag, Biatain Ag, Maxorb Ag) ou d'iode (ex. Iodosorb)
	Plaie malodorante	Pansements d'argent (ex. Aquacel Ag, Acticoat, Actisorb Ag) ou d'iode (ex. Iodosorb)
	Si inflammation importante et exsudat très abondant	Hypertonique pour durée de 12 à 24 heures seulement sinon irrite le lit de la plaie (ex. Mesalt, Thalafix, Curasalt, etc.). Cesser les hypertoniques dès que le débridement est terminé.
	Zone nécrotique sèche ou humide qui limite l'évolution du stade	Débridement "chronique" avec Intrasite gel, Duoderm gel ou Normigel

Source : Diane Lamarre pharmacienne

# Soins de plaies

Le soin de plaies est une tâche complexe. On doit déterminer l'étiologie de la plaie (ulcères de pression, plaie maligne, etc), les objectifs de traitements, les facteurs de risque, la vulnérabilité du malade, etc. Se rappeler que les plaies malignes ne guérissent que rarement et que leur apparition est souvent synonyme d'une maladie avancée.

On doit également évaluer la localisation, les dimensions, l'apparence du lit de la plaie, présence de douleur (de fond, incidente ou liée aux procédures), saignements, sinus et fistules, œdème, odeur, exsudat, aspect de la peau au pourtour, signes d'infection et prurit.

Le choix des traitements dépend de cette évaluation. Il faut aussi considérer l'évolution de la lésion, le coût du traitement, son efficacité, sa fréquence, sa durée et l'impact des changements de pansements pour le patient.

Considérant les nombreux types de produits et leurs indications spécifiques, nous vous référons aux différents guides de pratiques et ressources locales de soins plaies pour déterminer le meilleur choix de traitement.

**Médicaments d'exception. Indication :** Traitement d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par cancer (code DE101).

Source : Guide APES, 2019 Les plaies malignes chez les malades en phase terminale. Évaluation et traitement. Maison Michel-Sarrazin, 2012.

# Thrombose veineuse profonde / Embolie pulmonaire

Héparine	Nom commercial	Posologie pour traitement	Prévention TVP	Nb prises / jour
daltéparine	Fragmin	200 UI / kg / jour	2500 - 5000 UI / jour	1 - 2
danaparoiide	Orgaran	individualisé	1500 - 2500UI / jour	2 - 3
énoxaparine	Lovenox	1 mg/kg/Bid ou 1,5 mg/kg/jour	40 - 60mg / jour	1 - 2
fondaparinux	Arixtra	5 à 10mg /jour	2.5mg die	1
nadroparine	Fraxiparine	171 UI / kg / jour	2850 UI et +/- jour	1 - 2
tinzaparine	Innohep	175 UI / kg / jour	50 - 75 UI / kg / jour	1

**Facteurs de risques en soins palliatifs :** néoplasie en soi, immobilité, chirurgie, cathéters veineux centraux et chimiothérapie.

**Pour les substances suivantes : daltéparine, énoxaparine, nadroparine et tinzaparine**

- en insuffisance rénale, évaluer les risques, ajuster la posologie et privilégier une dose unique quotidienne (risque de saignement accru si ClCr < 30 ml / min.
- ajuster posologie selon le poids.

**En thérapie primaire, les HBPM :**

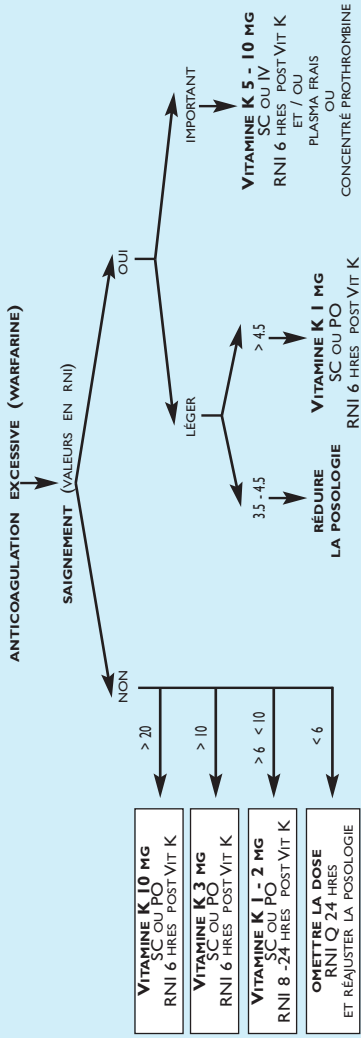
- sont aussi sécuritaires et plus efficaces (diminution de 40 % de la mortalité) que l'héparine classique.
- diminuent les risques de saignements graves et de mortalité jusqu'à 3 mois après l'événement.
- ne diminuent pas les récides ni de TVP, ni d'EP.

**En traitement prolongé :**

- L'emploi des HBPM peut se justifier par la difficulté souvent rencontrée à gérer les RNI. Le HBPM est devenue l'approche standard. Toutefois des études récentes portent sur l'emploi du Rivaroxaban (Xarelto) et de l'Édoxaban (Lixiana) seulement semblent démontrer une efficacité comparable dans la prévention de récides de TVP aux HBPM. Une augmentation du risque de saignement leur est associée. Un monitoring doit être assuré. (1)
- Pour le Fragmin seulement : dose à  $\downarrow$  après 30 jrs à 150 UI/kg/jour en prévention de la récurrence des TVP chez le patient atteint de cancer.

Source : KhoranaAA, Noble S, Lee AYY, Soff G, Meyer G, O'Connell C, Carrier M. Role of direct oral anticoagulants in the treatment of cancer-associated venous thromboembolism : guidance from the SSC of the ISTH. J Thromb Haemost. 2018 ; 16 : 1891-4

# Anticoagulation excessive sous warfarine



## PRÉPARATION POUR VITAMINE K PO :

- PRÉPARER UNE SOLUTION DE VITAMINE K À 1 MG/ML : UTILISER 1 ML DE SOLUTION DE VITAMINE K (10MG/ML) + 9 ML DE SIROP SIMPLE.
- STABILITÉ DE 3 MOIS À TEMPÉRATURE AMBIANTE.

**ATTENTION : VITAMINE K AINSI PRÉPARÉE EST AUSSI EFFICACE EN PO QU'EN SC.**

# Suintements, saignements, hémorragie non liés aux anticoagulants

## AGENTS HÉMOSTATIQUES : INFORMATIONS GÉNÉRALES

### **Gelfoam :**

éponge de gélatine animale. Agit en absorbant le suintement/saignement. L'éponge augmente de volume et peut créer de la pression sur les tissus environnants. Si saignement important, utiliser Surgicel.

### **Cyklokapron (acide tranexamique) :**

Inhibe la transformation de plasminogène en plasmine qui normalement dégrade la fibrine. Il contribue donc à tenir les caillots en place une fois qu'ils sont formés, il est de ce fait un antifibrinolytique.

En contrepartie, le Cyklokapron pris de façon systémique augmente les risques de thromboembolie puisqu'il empêche la fibrinolyse.

- Comprimés de 500 mg
- Solution en préparation magistrale : écraser 10 co. de 500mg et ajouter eau stérile ad 100 ml pour donner 50mg/ml. Stabilité ad 7 jrs au frigo à l'abri de la lumière.
- Solution injectable IV de 100mg/ml

### **Conseils particuliers :**

- Pour les saignements cutanés, l'Aquacel est un pansement absorbant très utile. On coupe de petites pastilles et on fait pression pendant quelques minutes avec une petite compresse, le résultat peut être impressionnant et le contrôle des suintements/saignements/saignements peut durer quelques jours. Bien humidifier la pastille d'Aquacel avant de la changer et ne pas l'enlever avant qu'elle ne soit parfaitement humidifiée, car à ce moment-là, on brise le caillot en même temps que la gale qui s'étaient formés. Ceci peut, avec parcimonie, être efficace pendant plusieurs mois pour des plaies néoplasiques cervicales et thoraciques (néo ORL et néo du sein).
- Saignement de la muqueuse buccale : 1/2 co de Sulcrate écrasé avec une goutte d'eau en pommade, à appliquer sur le site de saignement.

# Suintements, saignements, hémorragie non liés aux anticoagulants

## AGENTS HÉMOSTATIQUES : MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

### SAIGNEMENT NASAL

- **GelFoam / gaze / mèche / compresse en Tx local** ou en paquetage : comme dans Saignement cutané
- **Cyklokapron (acide tranexamique)** : comme dans Saignement cutané

### SAIGNEMENT BUCCAL

- **GelFoam / gaze en Tx local** : comme dans Saignement cutané
- **Cyklokapron (acide tranexamique)** : comme dans Saignement cutané
  - + Gargarisme / rince-bouche avec 20 ml de Cyklokapron sol. mag.
  - + Gargarisme / rince-bouche avec 10 ml de Cyklokapron inj.

# Suintements, saignements, hémorragie non liés aux anticoagulants

## MESURES LOCALES NON PHARMACOLOGIQUES

### Saignement cutané

- Compression locale
- Compresse empilées et paquetages si nécessaire.

### Saignement nasal

- Compression locale en pinçant le nez pendant 10 minutes.
- Compresse et paquetages si nécessaire. pendant 5 à 20 minutes.
- Tampon nasal (Merocel, Rapid Rhino)

### Saignement buccal

- Gargarisme (parfois suffisant)
- Rincer la bouche avec 5ml de bicarbonate dans 500 ml d'eau
- Compression locale
- Compresse et paquetages si nécessaire
- Eviter brosse.

## AGENTS HÉMOSTATIQUES : MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

### SAIGNEMENT CUTANÉ

- **GelFoam ou gaze** seuls ou imbibés dans solution de Cyklokapron (voir plus bas)
- **Cyklokapron (acide tranexamique)** : 500 mg PO tid x 10 jrs, augmenter ad 1000 mg qid
- si Tx local : GelFoam ou gaze imbibé(e) d'une solution de
  - 20 ml de Cyklokapron 50mg/ml tid si possible (= 1 g par application)
  - ou 10 ml de Cyklokapron inj. 100mg/ml tid si possible (= 1 g par application)
  - ou Cyklokapron 500 mg trituré et saoupoudré sur la zone hémorragique avec une saalière (BIEN IDENTIFIER LE CONTENU DE LA SALIÈRE)
- si IV : 10-15mg/kg ad 25 mg/kg IV bid à tid. Administrer lentement en 5 minutes au moins.
- Poche de thé
- Acide tannique : effet astringent, faire une pression locale.
- Pansements à base d'alginat
- Situation d'urgence Adrenaline 1:1000 mais peut entraîner nécrose ischémique
- Suspension de sucralfate directement sur la plaie (1 g / 5 ml) ou Pâte 1 co + 5 ml gelée lubrifiante (K-Y)

Modèle d'ordonnance pour une perfusion sous-cutanée continue (PSCC)

**Patient**

**Date**

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Ordonnance**

**Médication**

Hydromorphone (HM)  Morphine (M)  Concentration \_\_\_\_\_ mg/ml

Volume total : \_\_\_\_\_ ml / Servir \_\_\_\_\_ ml à la fois

Débit : \_\_\_\_\_ mg/h

Entredoses : \_\_\_\_\_ mg Q \_\_\_\_\_ minutes PRN

Nombre maximum d'ED par heure : \_\_\_\_\_ doses/h

**Pour la PSCC**

L'entre-dose est habituellement l'équivalent de la dose perfusée en 1 heure. (Exemple : Débit à 5 mg/h / Entre-dose = 5 mg)

Le délai minimal entre chaque ED est habituellement de 20 à 30 minutes.

Le nombre maximum d'ED / h est habituellement de 3 par heure.

Démarches suggérées :

A. **Aviser le CLSC du patient** de toute ordonnance de PSCC et de tout changement dans l'ordonnance.

B. **Aviser le pharmacien du patient** de toute ordonnance de PSCC et de tout changement dans l'ordonnance.

C. **Remettre** l'ordonnance au patient ou à son répondant.

**Médecin**

Signature : \_\_\_\_\_

# de pratique : \_\_\_\_\_

Téléphone : Bur. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Commentaires**

# Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules

Nom	Comprimé		Capsule		Forme liquide PO		Notes
	sécable ?	écrasable ?	Ouvrable ?	disponible ?	Oui / Non	Oui / Non	
<b>Antidépresseur</b>							
Amitriptyline	Oui		Oui		Non		Triturer finement et mélanger à de l'eau. TEVA = moins de dépôts.
Celexa	Oui		Oui		Non		Goût amer.
Cipralext	Oui		Oui		Non		Peut-être soupoûdré sur une petite quantité de jus ou compote de pomme juste avant la prise.
Cymbalta				Oui	Non		Ne pas couper ou écraser les granules.
Effexor XR				Oui	Non		
Fluoxetine				Oui	Oui		
Paxil	Oui		Oui		Non		
Paxil CR	Non		Non		Non		
Remeron RD	Non		Non		Non		
Sertraline	Oui		Non		Non		Ne retirer de l'emballage d'aluminium qu'au moment de l'administration (doit être déposé sur la langue puis avalé).
Wellbutrin SR	Oui		Non		Non		Peu soluble; mieux dans yogourt. Anesthésiant sur la langue.
Wellbutrin XL	Non		Non		Non		Couper en 2 seulement, au dernier moment. Jeter toute moitié inutilisée en 24 h.
<b>Anticonvulsivant</b>							
Ac. valproïque					Oui		
Dilantin					Oui		
Divalproex					Non		Mauvais goût.
Lyrca					Non		Goût amer.
Neurontin (cap)					Oui		Goût amer.
Neurontin (co)	Oui		Oui		Non		Comprimés croquables disponibles.
Phenobarbital	Oui		Oui		Oui		Mauvais goût
Tegretol	Oui		Oui		Non		Pourrait être coupé/écrasé mais goût amer; favoriser l'ouverture de capsules.
Keppra	Oui		Non		Non		
Topamax (co)	Non		Non		Non		
Topamax (cap)				Oui	Non		

## Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules

Nom	Comprimé sécable ? écrasable ?		Capsule ouvrable ?		Forme liquide PO disponible ?	Notes
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non		
Topamax		Oui	Oui	Oui	Non	Vider le contenu de la capsule sur de la compote.
<b>Cardiovasculaire</b>						
Cardizem CD			Oui	Oui	Non	Vider sur de la compote de pomme.
Tiazac			Oui	Oui	Non	Vider sur de la compote de pomme.
Tiazac XC	Non	Non			Non	
Altace			Oui	Oui	Non	Avec compote de pomme, jus de pomme ou 1/2 tasse d'eau.
Pradaxa	Non	Non	Non	Non	Non	Conservé dans l'emballage d'origine. La biodisponibilité peut être augmentée de 70 % si administré sans l'enveloppe de la capsule.
<b>Urinaire</b>						
Tamsulosine (anciennement Flomax)			Non	Non	Non	Il serait possible d'ouvrir et d'administrer via levure avec du cola comme véhicule ou de vider le contenu sur une petite quantité de compote.
Flomax CR	Non	Non	Oui	Oui	Non	
Ditropan	Oui	Oui	Non	Non	Oui	
Ditropan XL	Non	Non	Non	Non	Oui	Oxybutinine disponible en timbre (oxytrol en gel « Gelnique »)
Detrol	Oui	Oui			Non	
Detrol LA			Oui	Oui	Non	Saupoudrer le contenu sur de la nourriture.
<b>Antibiotique - Antifongique</b>						
Avelox	Oui	Oui			Non	L'enrobage sert à masquer le goût.
Cipro	Oui	Oui			Oui	Goût amer; une source déconseille d'écraser le comprimé pour cette raison.
Diflucan (cap)		Oui	Oui	Oui	Oui	
Diffucan (co)	Oui	Oui			Oui	
Macrochantin (caps)	Non	Non	Oui	Oui	Non	

# Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules

Nom	Comprimé sécable ? écrasable ?		Capsule ouvrable ?		Forme liquide PO disponible ?		Notes
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
<b>Psychiatrique</b>							
Zyprexa	Oui	Oui	Oui		Non		Portion inutilisée stable 7 jours de façon étanche et à l'abri de la lumière. Peut être mélangé à 125 ml eau, lait, café, jus d'orange, pomme et consommé rapidement.
Zyprexa Zydys	Oui	Oui	Oui				
Haldol	Oui	Oui	Oui		Oui		
Risperdal	Oui	Oui	Oui		Oui		
Risperdal M-tab	Non	Non	Non		Oui		
Seroquel	Oui	Oui	Oui		Non		Peu soluble dans l'eau; manufacturier recommande de mélanger avec du yogourt.
Seroquel XR	Non	Non	Non		Non		
Nozinan	Oui	Oui	Oui		Oui		
Ritalin SR	Non	Non	Non		Non		
Concerta	Non	Non	Non		Non		
Ritalin	Oui	Oui	Oui		Non		Couper/écraser peut augmenter les conc. sériques donc les effets secondaires.
Biphentin				Oui	Non		
<b>Antiinflammatoire</b>							
Celebrex				Oui	Non		Le contenu peut être ajouté à de la compote de pomme.
Naprosyn EC	Non	Non	Non		Oui		
Naprosyn	Oui	Oui	Oui		Oui		
Naprosyn SR	Non	Non	Non		Non		

## Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules

Nom	Comprimé séable ? écrasable ?		Capsule ouvrable ?		Forme liquide PO disponible ?		Notes
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
<b>Gastrointestinal</b>							
Losec (co)	Oui	Oui			Non		Triturer finement (ou laisser dissoudre) dans bicarbonate de sodium 8,4 %.
Omeprazole (cap)	Non	Non	Oui		Non		Contenu peut être mélangé avec yogourt, jus de fruit ou compote de pomme.
Nextium	Non	Non			Non		Laisser dissoudre dans l'eau. Permis d'écraser pour admin. duodénale/jéjunale.
Pantoloc	Non	Oui			Non		(le générique Apo-esomeprazole ne se dissout pas dans l'eau)
Pariet	Non	Non			Non		Pourrait être écrasé et mélangé à 20ml de bicarbonate de sodium 4,2 %.
Prevacid (cap)	Oui	Non	Oui		Non		Le contenu peut être ajouté à de la compote de pomme ou à du jus.
Prevacid fastab	Non	Non		Oui	Non		Peut être dispersé dans l'eau. Une fois coupé, ne pas avaler; laisser fondre.
Dexilant	Oui	Non		Oui	Non		Ne pas écraser les granules.
Metoclopramide	Oui	Oui			Oui		Peut être mélangé avec yogourt ou de la compote de pomme.
Motilium	Oui	Oui			Non		
<b>Autres</b>							
Atarax	Non	Non			Oui		
Fosamax	Non	Non			Non		Peut être écrasé pour une administration par sonde.
Actonel	Non	Non			Non		Possible de le laisser dissoudre dans l'eau et de boire la solution résultante.
Decadron	Oui	Oui			Oui		
Sinemet	Oui	Oui			Non		
Sinemet CR 100/25	Non	Non			Non		
Sinemet CR 200/50	Non	Non			Non		
Cesemet	Oui	Oui			Non		

Fait par Maxime Bissonnette, étudiant pharmacie 4<sup>e</sup>  
Révisé par Marie-Claude Harvey et Diane Lamarre, ph.

# Compatibilité des médicaments en seringue

Légende		ATROPINE	CHLORPROMAZINE	CODÉINE	DEXAMÉTHASONE	DIMENHYDRINATE	DIPHENHYDRAMINE	DROPÉRIDOL	FENTANYL	GLYCOPYRROLATE	HALOPÉRIDOL	HYDROMORPHONE	HYDROXYZINE	LIDOCAÏNE	LORAZÉPAM	MÉTHOTRIMÉPRAZINE	MÉTICLOPRAMIDE	MIDAZOLAM	MORPHINE	PHÉNYTOÏNE	PROCHLORPÉRAZINE	SCOPOLAMINE
CT	stable au moins 15 minutes		CT			CT	CT	CT	CT	C3		CT	CT				CT	C2	CT	CT	CT	CT
	C2 stable au moins 4 heures †	CT				I	CT	CT	CT	C3		CT	CT				CT	C2	CT	CT	CT	CT
	C3 stable au moins 48 heures ‡					C	C			C3			C									
	CP stable selon la concentration (sinon formation d'un précipité)						I			C2		CP					C3	I	I			
	C compatible, mais durée de stabilité non précisée																					
	I incompatible																					
	X données conflictuelles selon les références consultées																					
		CT	I	C			CT	CT	CT	I		C2	I				CT	I	CT	I	CT	
		CT	CT	C	I	CT		CT	CT	C3	I	CT	CT				CT	C2	CT	CT	CT	
		CT	CT			CT	CT		CT	C3			CT				CT	C2	CT	CT	CT	
		CT	CT			CT	CT	CT					CT				CT	C	CT	CT	CT	
		C3	C3	C3	C2	I	C3	C3				C3	C3	C3	C3			C2	C3	C3	C3	C3
							I					C2	I		C2				CP			

Légende	ATROPINE	CHLORPROMAZINE	CODÉINE	DEXAMÉTHASONE	DIMENHYDRINATE	DIPHENHYDRAMINE	DROPERIDOL	FENTANYL	GLYCOPYRROLATE	HALOPÉRIDOL	HYDROMORPHONE	HYDROXYZINE	LIDOCAÏNE	LORAZÉPAM	MÉTHOTRIMÉPRAZINE	MÉTOCLOPRAMIDE	MIDAZOLAM	MORPHINE	PHÉNYTOÏNE	PROCHLORPÉRAZINE	SCOPOLAMINE
CT stable au moins 15 minutes	CT	CT	CP		C2	CT			C3	C2†		CT		Cp†	C†	CT	C2‡		I	X	CT
C2 stable au moins 4 heures †	CT	CT		I		CT	CT	CT	C3	I	CT		C			CT	C2	CT		CT	CT
C3 stable au moins 48 heures ‡																					
CP stable selon la concentration (si non formation d'un précipité)			C																		
C compatibilité, mais durée de stabilité non précisée									C3			C				C3			I		
I incompatible																					
X données conflictuelles selon les références consultées																					
	Hydromorphone (Dilaudid <sup>MD</sup> )																				
	Hydroxyzine (Atarax <sup>MD</sup> )																				
	Kétamine																				
	Lidocaïne (Xylocaïne <sup>MD</sup> )								C3												
	Lorazépam (Ativan <sup>MD</sup> )									C2											
	Méthotriméprazine (Nozinan <sup>MD</sup> )															CT					
	Métoclopramide (Maxéran <sup>MD</sup> )	CT	CT	C3	CT	CT	CT	CT			CT		C3		CT		C2	CT		CT	CT
	Midazolam (Versed <sup>MD</sup> )	C2	C2	I	I	C2	C2	C	C2		C2	C2				C2	C2	C2	I	C2	C2
	Morphine	CT	CT	I	CT	CT	CT	CT	C3	C <sup>P</sup>		CT				CT	C2			CT	CT
	Phénytoïne (Dilantin <sup>MD</sup> )										I		I								
	Prochlorpérazine (Stémétil <sup>MD</sup> )	CT	CT		I	CT	CT	CT	C3		X	CT				CT	I			CT	CT
	Scopolamine	CT	CT		CT	CT	CT	CT	C3		CT	CT				CT	C2	CT		CT	CT

**Références :** Guide pratique des soins palliatifs, APES, 4<sup>e</sup> Éd. Trissel's Handbook of injectable drugs, 12<sup>e</sup> ed. Révisé par Diane Lamarre et Hélène Lachance-Demers

† Hydromorphone 10mg/ml-halopéridol 5mg/ml 24 h T° P - Hydromorphone 40 et 50mg - halopéridol 1mg + NaCl od 18 ml 24h précipitation possible à d'autres concentrations

‡ Hydromorphone 2mg/ml-10mg/ml et 40mg/ml - Lorazepam 4mg/ml : 6 jours à 40 °C 4 jours à 23 °C 24 h à 37 °C

†† Hydromorphone 10mg/ml - Méthotriméprazine 10mg/ml : 7 jours à 8 °C

‡‡ Hydromorphone 30mg - Médazolam 10mg - NaCl 18 ml (p-seringue) 24 h (clinique)

# Voies alternatives d'administration

<b>Médication</b>	<b>Voies alternatives</b>	<b>Commentaires</b>
Acetylcysteine solution injectable	Orale	Jus d'orange ou cola pour masquer le goût amer.
Atropine ophtalmique	Sublinguale	Utilisé pour réduire les sécrétions orales chez les patients en fin de vie. (3 gouttes de solution de 1% tid, plus 2 gouttes chaque 2 heures au besoin). Plusieurs patients en fin de vie n'ont besoin que d'une ou deux doses.
Carbamazepine suspension 100mg/5ml	Rectale	Même dose que dose orale. Diluer avec un volume égal d'eau.
Dexamethasone injectable	Orale	Alternative à la solution de dexaméthasone orale qui contient de l'alcool. Mélanger avec sirop aromatisé aux cerises sauvages ou diluer avec du jus ou dans un popsicle. Une suspension orale de dexaméthasone 0,5mg/ml ou 1mg/ml peut être préparé avec dexaméthasone injectable combiné dans un mélange 1 : 1 de Ora-Sweet (saveur et agent sucrant) et Ora-Plus (agent de suspension). Il a été démontré que ce mélange reste stable physiquement et chimiquement pour une période de 90 jours qu'il soit réfrigéré ou non. Orablen(un agent sucré de suspension orale) peut aussi être utilisé à la place d'Ora-Plus ou Ora-Sweet. Ex. pour faire une suspension de 1mg/ml mettre 50 ml de dexaméthasone injectable (4mg/ml) dans un cylindre gradué et ajouter un mélange 1 : 1 de Ora-Plus/Ora-Sweet (approximativement 150 ml) pour faire 200ml. Ajouter un étiquette indiquant de bien mélanger.
Diazepam injection	Rectale	La plupart des informations concernent l'usage chez les enfants. Peut causer des sensations de brûlure à cause de la présence de propylène glycol. Pour les crises aigues l'usage de gel commercial peut être préférable.

# Voies alternatives d'administration

Médication	Voies alternatives	Commentaires
Morphine injectable	Inhalation	Pour dyspnée terminale. Évidences partagées. 5mg de solution injectable sans préservatif dilué dans 2ml de normal salin chaque 4 heures ou au besoin. Titrage : 5 à 10mg par paliers
Morphine comprimé ou suspension	Sublinguale ou buccale	Réservé aux patients incapables d'avaler et dont les voies alternatives ne sont pas disponibles. Difficilement absorbable. Mauvais goût. Les concentration liquides peuvent causer une réaction locale.
Naprosyn suspension orale	Rectale	Même dose qu'à l'oral
Pilocarpine ophtalmique	Orale	Moins dispendieux que les comprimés pour le traitement de la bouche sèche. Recommandation : 4 gouttes de solution 2%. rincer et avaler. (cracher pour éviter les effets systémiques) t.i.d.
Prégabaline	Rectale	Augmentation graduelle des doses jusqu'à 300 mg tid (1 rapport de cas).
Acide valproïque sirop	Rectale	L'acide valproïque peut être administré par voie rectale sans ajustement de la dose. Diluer avec un volume égal d'eau. Vider le rectum avant l'administration. Presser les fesses ensembles pendant 15 minutes ou laisser le tube en place clampé pour 15 minutes. Vérifier les niveaux d'acide valproïque.

Pour la voie rectale : Les liquides peuvent être administrés avec une petite seringue lubrifiée.

Utiliser un lubrifiant à base d'eau plutôt qu'une gelée de pétrole qui inhibe l'absorption.

Un volume allant jusqu'à 25 ml peut facilement être retenu.

Article complet : PL Detail-Document, Giving Meds by Alternative Routes.

Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter. February 2015

# Voies alternatives d'administration

Médication	Voies alternatives	Commentaires
Divalproex tablette(Dapakote)	Rectale	Voir note plus bas sur les informations générales pour la prise de médication par voie rectale.
Docusate liquide (gouttes pour enfants)	Oreille	Pour ramollir le cérumen. Instiller 1 ml dans l'oreille affectée, attendre 15 minutes, ensuite, permettre à la solution de drainer à l'extérieur. Le cérumen restant peut être enlevé doucement avec une irrigation d'eau tiède par une seringue à oreille.
Fentanyl injectable	Nasale	Pour douleur sévère. Dose habituelle 1,5 à 2 mcg/kg (dose pédiatrique) ou 50 à 100 mcg (adulte)
Gabapentin	<b>NE PAS DONNER par voie rectale</b>	Peu absorbé par la muqueuse rectale, en partie à cause du manque de mécanisme de transport actif nécessaire à son absorption.
Halopéridol comprimé	Rectale	Même dose que la dose orale
Ibuprofen suspension orale	Rectale	On peut utiliser la même dose que la dose orale. Considérer que des doses plus élevées peuvent avoir un volume trop important pour être retenues (ex. 600 à 800mg = 30 à 40 ml).
Kétamine	Orale	Mélanger avec jus de fruits pour masquer le goût amer
Méthadone	Rectale	Dose IR/PO: 1/1. Administré sous forme de solution 10 mg/ml.
Metronidazole	Rectale	Suppositoires vaginaux par voie intrarectale.
Midazolam injectable	Orale	En prémédication chirurgicale. Masquer le goût amer avec du jus de pomme ou de cassis, sirop de framboise ou de cerise, sauce au chocolat ou cola.
Midazolam injectable	Nasale	Pour crises aigües. Dose pédiatrique 0,2mg/kg (max 10mg). Administrer avec un atomisateur nasal pour faciliter l'absorption.
Morphine injectable	Rectale	Même dose que dose orale.

## Médicaments pouvant être utilisés par voie trans-muqueuse buccale

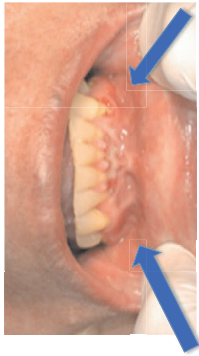
- RÈGLE # 1 :** volume idéal = < 0.5 ml --- maximum de 1 à 2 ml par site  
**RÈGLE # 2 :** en fin de vie, il est recommandé d'utiliser la voie TMB à la voie SL  
**RÈGLE # 3 :** avant de déposer un comprimé, tenter de le dissoudre dans l'eau et d'en faire une suspension orale

alprazolam (Xanax)	midazolam (Versed)
dimenhydrinate (Gravol)	méthadone (formulation en sirop 10 mg/ml)
[à remplacer par Haldol sans alcool]	oxybutinine
fentanyl	prochlorpérazine (début d'action de 15 à 60 minutes)
fluoxétine (sous forme liquide de 20 mg/5 ml)	scopolamine
furosémide (Lasix)	sufentanil
halopéridol (Haldol) [solution existante 2 mg/ml - goût OK]	triazolam (utilisé les comprimés conventionnels)
kétamine (Ketalar) SL (voie préférée à la voie orale pour une action plus rapide)	
lorazépam (Ativan) [utiliser les co. SL de 2mg; préparer une suspension partant de 2-4 co. dans 1-2 ml d'eau du robinet = 2 mg/ml ad 8 mg/ml selon le besoin]	

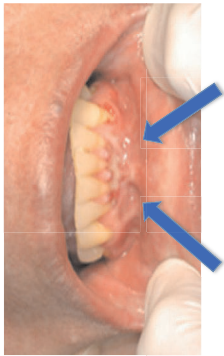
# La voie transmuqueuse buccale - Technique

- Repérer la gouttière gingivo-labiale :

– Située au fond de la jonction entre la mâchoire inférieure et la muqueuse de la lèvre inférieure, derrière l'axe de la canine



- Si patient comateux, favoriser une administration plus centrale, car moins de risque d'aspiration



## ... voie trans-muqueuse buccale (suite)

### DANS LES RÈGLES D'OR, IL EST RECOMMANDÉ DE TOUJOURS TENTER D'UTILISER LA VOIE TMB PLUTÔT QUE LA VOIE SL. ... LA VOIE TMB UTILISE LA GOUTTIÈRE GINGIVO-BUCCALE ...

**Q: Mais où se trouve cette gouttière?**

R: La gouttière est située au fond du cul-de-sac situé entre la muqueuse et la gencive inférieure à peu près derrière l'axe de la canine.

**Q: Pourquoi TMB plutôt que SL ?**

R: La gouttière gingivo-buccale est généralement plus facile d'accès que la région SL et donc plus facile à utiliser. En situation de somnolence/coma, elle ne demande pas la collaboration du patient. De plus, elle permet d'utiliser un volume plus élevé.

**Q: Comment utiliser la voie TMB selon les règles?**

R: Débuter l'enseignement au patient et à la famille à la voie TMB aussi rapidement que possible quand le contexte clinique en annonce le besoin. La voie TMB peut être utilisée durant les derniers mois de vie sans aucun problème lorsqu'elle est bien comprise et acceptée. Il est important que la famille maîtrise bien cette voie d'administration.

### **CE QU'IL FAUT SAVOIR DE PLUS!**

1. Au lieu d'humidifier la zone avant de déposer un comprimé, tenter de dissoudre le comprimé dans 0,5 ml - 2 ml d'eau du robinet.
2. Au besoin, essayer d'abord de diluer tout ce qui n'est pas dans la liste. La dilution des comprimés est habituellement préférable aux préparations injectables qui sont le plus souvent irritantes pour la muqueuse. Si préparations injectables utilisées, tester "l'irritation" avec un tout petit volume avant d'administrer la posologie désirée.
3. La voie TMB est particulièrement utile dans les situations de nausée, vomissement, occlusion digestive lorsque les préparations commerciales sont limitées et que les autres voies ne sont pas disponibles.



**SITES D'INJECTION  
ET TEMPS ESTIMÉ DU DÉBUT  
D'ACTION DE LA MÉDICATION  
INJECTÉE PAR VOIE  
S.C. SELON LES SITES  
(5 ZONES)**

---

### **Zone 1**

Offre une plus grande rapidité d'absorption (de 5 à 10 minutes), un confort accru pour le patient ainsi qu'un accès facile pour ceux qui administrent les injections sous-cutanées

---

### **Zone 2** (Abdomen inférieur)

Est un 2e choix (de 10 à 15 minutes)

---

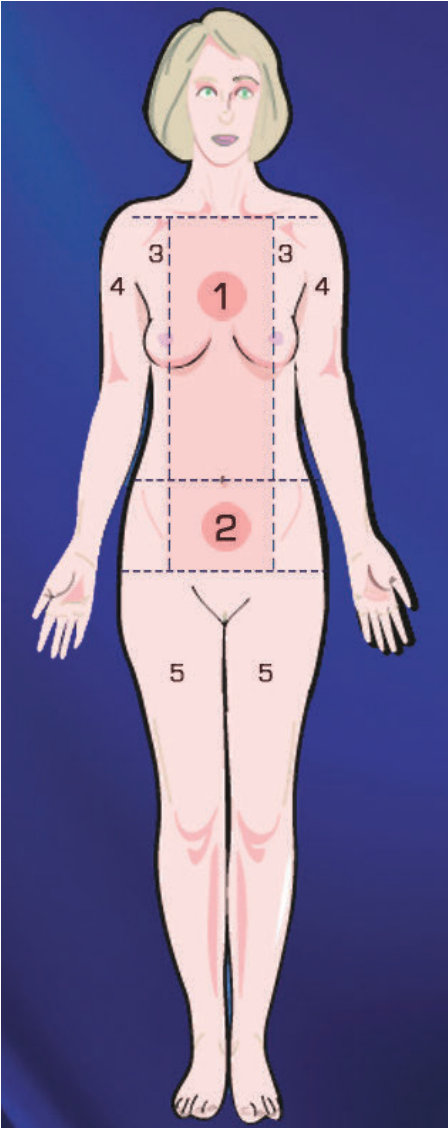
### **Zone 3** (Thorax, à l'extérieur de la ligne des seins)

Entraîne un retard d'absorption en raison du passage de la médication par le réseau lymphatique axillaire (environ 20 minutes)

---

### **Zones 4 et 5**

L'absorption aux zones 4 et 5 (membres) est plus lente et peut donc retarder de façon significative le début d'action des médicaments injectés (plus de 20 minutes)



Reproduit avec l'autorisation de Palli-Science

# Médicaments pouvant être utilisés par voie sous-cutanée

- RÈGLE # 1 :** Le volume idéal (pour injections intermittentes ou perfusion continue par heure) = 0,4 ml
- RÈGLE # 2 :** Injections intermittentes → maximum 2 ml/site (maximum 1 ml/site si patient cachexique)
- RÈGLE # 3 :** Perfusion continue → généralement maximum 2ml/h, mais peut aller jusqu'à 10 ml/h (selon élasticité tissulaire)

butylbromure d'hyoscine (Buscopan)  
 dexaméthasone (Décadron)  
 diphenhydramine (Benadryl)  
 dimenhydrinate (Gravol) (amp. sans alcool)  
 ertapénem (Invanz)  
 famotidine (Pepcid)  
 fentanyl (peut être utilisé par voie intra nasale)  
 flumazénil (Anexate) (antagoniste des benzodiazepines)  
 furosémide (Lasix)  
 glycopyrrolate (Robinul)  
 halopéridol (Haldol)  
 hydromorphone (Dilaudid)  
 hydroxyzine (Atarax)  
 kétamine (Ketalar) (peut être utilisé par voie intra nasale)

lidocaïne  
 lorazépam (Ativan)  
 méthotrimeprazine (Nozinan)  
 métoclopramide (Maxéran)  
 midazolam (Versed) (peut être utilisé par voie intra nasale)  
 morphine  
 naloxone (Narcan) (peut être utilisé par voie intra nasale)  
 octréotide (Sandostatine)  
 ondansétron (Zofran)  
 phénobarbital  
 ranitidine (Zantac)  
 scopolamine (Hyoscine)  
 sufentanil (peut être utilisé par voie intra nasale)

# Médication d'urgence suggérée pour trousse à domicile

Suggérée pour trousse à domicile					
Médication	Concentration	Quantité	Médication	Dosage	Quantité
<b>Adrénaline</b>	1 :1000 SC	2 ampoules	<b>Nozinan</b>	25 mg/ml	5 ampoules
<b>Ativan</b>	1 mg SL	5 co.	<b>Robinul</b>	0,2 mg/ml	5 vials de 2 ml
<b>Ativan</b>	4 mg/ml	10 ampoules	<b>Salbutamol</b>	100 mcg/vap	1 inhalateur
<b>Décadron</b>	4 mg/ml	4 vials de 5 ml	<b>Scopolamine</b>	0,4 mg/ml	15 ampoules de 1 ml
<b>Dépakène</b>	250 mg	5 caps.	<b>Stémétil</b>	10 mg - suppositoire	5 suppositoires
<b>Dilaudid-HP</b>	10 mg/ml	10 ampoules de 1 ml	<b>Versed</b>	5mg/ml	10 vials de 1 ml
<b>Gravol</b>	50mg/ml	10 ampoules de 1 ml	<b>Matériel devant être disponible rapidement en tout temps</b>		
<b>Haldol</b>	5 mg/ml	10 ampoules	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nitroglycérine en vaporisateur</li> <li>• Gelée 5 % Xylocaïne pour les curages de fécalome</li> <li>• Papillons, tubulures, et seringues pour médication SC</li> <li>• Matériel de base pour pansements (gazes simples stériles, hydrogels, tulles grasses et les membranes adhésives poreuses pour le recouvrement, alginate Kaltostat) (voir soins de plaie)</li> <li>• Matériel pour administration d'oxygène (concentrateur, tubulures, masques ou lunettes nasales)</li> <li>• Masque à nébulisation</li> <li>• Tube d'espacement (aérochambre)</li> </ul>		
<b>Lasix</b>	20 mg/ml	3 vials			
<b>Maxéran</b>	5 mg/ml	10 ampoules			
<b>Morphine</b>	10 mg/ml	10 ampoules			
<b>Morphine</b>	25 mg/ml	10 vials de 1 ml			
<b>Naprosyn</b>	500 mg – supp.	4 suppositoires			
<b>Naloxone (Narcan)</b>	0,4 mg/ml	2 ampoules			

# Ordonnance en cas de détresse

**CRITÈRES D'APPLICATION : Critère # 1.** Présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques :  
(les 3 critères doivent être présents simultanément)

- a) Signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure
  - ou
  - b) Douleur intolérable exprimée ou manifestée par la personne
  - ou
  - c) Hémorragie massive
2. État de panique (anxiété intense, regard effrayé)
  3. Agitation (légère à sévère; aucune position confortable)

**Le protocole d'urgence comporte l'administration simultanée de trois substances:**

- 1 - midazolam (Versed)
- 2 - opioïde (morphine ou hydromorphone)
- 3 - scopolamine (glycopyrrolate ... pour le domicile ?)

## 1. midazolam (Versed) : 5-20 mg SC

Benzodiazépine hydrosoluble devenant liposoluble en milieu de pH physiologique. Sa liposolubilité au pH physiologique explique son passage rapide à travers la barrière hémato-encéphalique et son **effet rapide dans les 10 premières minutes après son administration (sédation et amnésie antérograde)**.

Présentation : 5 mg/ml solution injectable.

Stabilité : Sans hotte, se conserve 7 jours à 25 °C en seringue à 25 °C en seringue / Avec hotte 36 jours à 25 °C en seringues à T° ambiante.

## 2. morphine et hydromorphone

Connus pour leur action centrale dépressive sur les chémorécepteurs des centres respiratoires du tronc cérébral, ils ralentissent le rythme respiratoire (effet bradypnée) jusqu'à un niveau moins inconfortable en élevant le seuil de sensibilité au CO<sub>2</sub> qui devient ainsi mieux toléré. Les opioïdes ont aussi un effet dépresseur sur les récepteurs périphériques respiratoires. Ceci explique en partie comment ils diminuent la sensation de dyspnée. Par ailleurs, ils ont aussi pour effet de potentialiser l'effet sédatif des deux autres médicaments utilisés (scopolamine et midazolam).

## Ordonnance en cas de détresse (suite)

### 3a) bromhydrate d'hyoscine (Scopolamine) : 0,4-0,6 mg SC

- Absorbée rapidement par les voies IM et SC, son action est plus puissante que l'atropine au niveau des glandes exocrines pour **diminuer le volume des sécrétions pharyngées et bronchiques**, elle atténue en même temps le broncho-spasme réduisant ainsi l'effort respiratoire en situation de respiration embarrasée.
- La scopolamine traverse facilement la barrière hémato-encéphalique. Elle produit une sédation et de l'amnésie qui débutent dans les 10 premières minutes. L'amnésie dure environ 2 h et la sédation de 2-4 h.
- Il faut se rappeler qu'en présence de douleur sévère et lorsque des doses élevées de scopolamine sont utilisées, elle peut causer de l'excitation, de l'agitation, des hallucinations et un délirium.  
*Présentation* : 0,4 et 0,6 mg/ml en solution injectable.  
*Stabilité* : voir ci-bas pour scopolamine et glycopyrrolate.

### 3b) glycopyrrolate (Robinul) : 0,4-0,6 mg SC

- Traverse peu la barrière hémato-encéphalique d'où moins d'effets sédatifs et pas de propriété amnésiante tel que la scopolamine. Les caractéristiques du glycopyrrolate est intéressante à domicile. Elles pourraient diminuer le risque de délirium parfois associé à l'utilisation de la scopolamine. Les effets sédatif et amnésiant reposeront alors sur le midazolam. Le glycopyrrolate est bien absorbé en SC, le principal inconvénient étant le volume utilisé car il se présente à une concentration de 0.2 mg/ml.  
*Présentation* : 0.4 mg/2ml en solution injectable.  
*Stabilité* : voir ci-bas pour scopolamine et glycopyrrolate.

## Ordonnance en cas de détresse (suite)

**Présentation :** morphine injectable : 1 mg/ml, 2 mg/ml, 10 mg/ml, 15 mg/ml, 25 mg/ml, 50 mg/ml  
 hydromorphone : 2 mg/ml, 10 mg/ml, 20 mg/ml, (50 mg/ml habituellement réservée pour la PSCC)  
**Compatibilité en seringue :** 15 minutes pour morphine et scopolamine; 30 minutes pour hydromorphone et scopolamine.

**Stabilité :**

**SOUS HOTTE**

**SANS HOTTE**  
 + selon technique aseptique

Hydromorphone	30 jours à 30 °C et à 4 °C	7 jours à 25 °C et à 4 °C	Réfrigération peut causer la formation de cristaux. Laisser dissoudre à la 1 <sup>re</sup> pièce. Coloration jaune est normale. Protéger de la lumière.
Morphine	69 jours à 25 °C et à 3 °C	7 jours à 25 °C et à 3 °C	Ne pas administrer si solution jaune à brun.

Référence pour stabilité et technique aseptique pour préparation sans hotte  
 pharmactuel vol. 41 n° 4 août-sept 2008

**Stabilité :**

**Préparation SANS hotte** ●●●● stabilité très réduite lorsque Rx combinés  
scopolamine se conserve 24 h à la température ambiante et protégée de la lumière.  
glycopyrrolate se conserve 24 h réfrigéré.

Afin d'éviter toute confusion, changer les seringues de scopolamine ou de glycopyrrolate à chaque jour.

**Préparation AVEC hotte** ●●●● stabilité très réduite lorsque Rx combinés  
scopolamine se conserve 7 jours à la température ambiante et protégée de la lumière.  
glycopyrrolate se conserve 90 jours à T° ambiante ou réfrigéré.

Afin d'éviter toute confusion, changer les seringues de scopolamine et de glycopyrrolate Q 7 jours (sous hotte).

## Ordonnance en cas de détresse (suite)

Médicament	Dose	Commentaires	Fréquence
midazolam (Versed)	5 mg SC  10 mg SC  15 - 20 mg SC	Si benzo PRN ou die et poids < 70kg (150 lbs)  Si benzo > bid ou poids > 70 kg  Si benzo à haute dose	Aux 20 minutes PRN jusqu'à sédation
morphine	5 - 50 mg SC	10% de la dose quotidienne min : 5 mg/dose (si naïf) max : 50 mg/dose	Aux 20 minutes PRN jusqu'à soulagement
hydromorphone	1 - 10 mg SC	10% de la dose quotidienne min : 1 mg/dose (si naïf) max : 10 mg/dose	Aux 20 minutes PRN jusqu'à soulagement
bromhydrate d'hyoscine (Scopolamine) OU glycopyrrrolate	0,4 - 0,6 - 0,8 mg SC  0,2 - 0,4 - 0,6 mg SC	Max : 0,8 mg aux 2 h  Utiliser si agitation avec scopo.	Répéter selon jugement clinique

**Toujours aviser le médecin traitant immédiatement après administration à moins d'avis contraire**

**EXEMPLE : Midazolam 5 mg - Morphine 5 mg - Scopolamine 0,4 mg**

Ces trois médicaments peuvent être administrés ensemble SC dans une même seringue (CH > domicile)

**ATTENTION :** stabilité de 15 minutes lorsque les 3 sont combinés ... donc ne pas préparer longtemps d'avance!

**OU** Préparer dans 2 seringues: # 1 = Opiïde + Versed / # 2 = Scopolamine (CH = domicile)

**ATTENTION :** stabilité Morphine + Versed = 24 hres / Hydromorphone + Versed = 4 hres

**OU** Préparer dans 3 seringues et administrer dans l'ordre: # 1 Versed / # 2 Opiïdes / # 3 = Scopolamine (Domicile > CH)

# Sédation palliative continue

## Sédation palliative continue

La sédation palliative continue consiste en « l'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes réfractaires en abaissant le niveau de conscience » (Collège des médecins du Québec, 2016). Celle-ci est habituellement réservée aux patients dont le pronostic se compte en heures ou en jours (un pronostic de moins de deux semaines est souvent cité dans la littérature). Un formulaire de consentement provincial est disponible sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux. Au Québec, toutes les sédations palliatives continues doivent être déclarées au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou au Collège des médecins du Québec (pour les médecins exerçant en cabinet) dans les 10 jours suivant leur administration.

## Principaux symptômes réfractaires :

1. Délirium hyperactif avec agitation incontrôlable
2. Détresse respiratoire récidivante
3. Dyspnée incontrôlable
4. Convulsions réfractaires
5. Douleur intolérable
6. Sécrétions bronchiques réfractaires
7. Détresse hémorragique
8. Nausées et vomissements incoercibles
9. Souffrance existentielle réfractaire

## Médicaments les plus souvent utilisés :

La sédation palliative continue repose le plus souvent sur l'association de deux médicaments donnés à intervalle régulier :

1. Un antipsychotique ou un anticonvulsivant

Agent	Dose de départ habituelle (à LMVG)	Écart posologique rapporté	Commentaires
Méthotréméprazine (Nozinan)	12,5 à 25 mg SC q4h	Jusqu'à 300 mg/24h	À privilégier chez les patients présentant un délirium ou des nausées réfractaires
Phénobarbital	60 mg SC q4h	Jusqu'à 2500 mg/24h	À privilégier chez les patients qui présentent des convulsions réfractaires.

# Sédation palliative continue

**ET**

2. Une benzodiazépine

Agent	Dose de départ habituelle (à LMVG)	Écart posologique rapporté	Commentaires
Lorazepam	2 mg SC q4h	Jusqu'à 96 mg/24h	
Midazolam	0,5 à 1 mg/h 5 à 20 mg SC q3h PRN	Jusqu'à 450 mg/24h	En perfusion sous cutanée continue. Comme médicament d'urgence si la sédation n'est pas adéquate

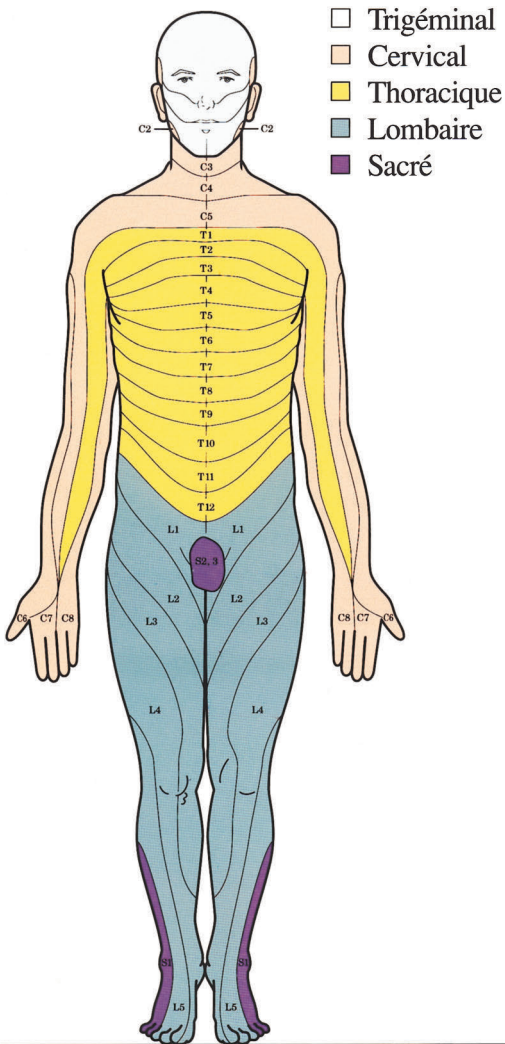
En plus de ces agents, il faut poursuivre l'administration des traitements antalgiques pertinents (opiacés) et surveiller l'apparition de douleur chez le patient inconscient. **LES OPIACÉS NE SONT PAS UTILISÉS POUR PRODUIRE UNE SÉDATION.**

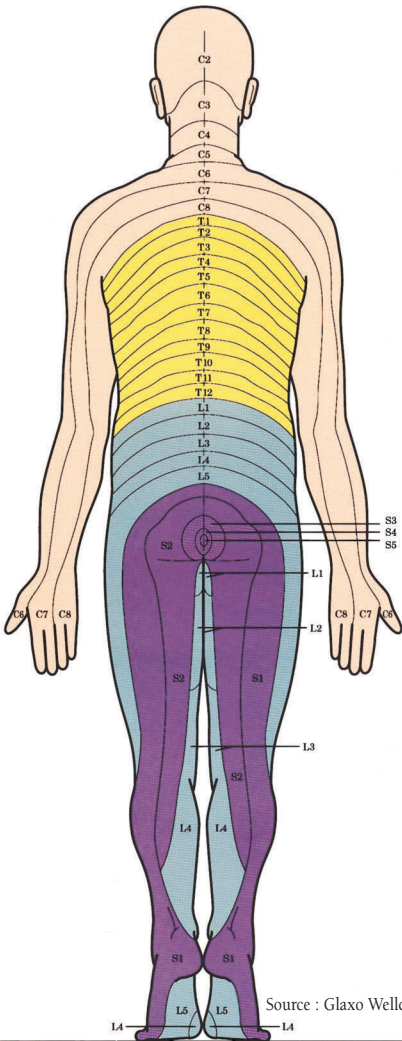
Il est judicieux de prévoir l'administration de scopolamine en présence d'embaras bronchique chez le patient sous sédation.

Références :

Collège des médecins du Québec et Société québécoise des médecins de soins palliatifs, La sédation palliative en fin de vie, Guide d'exercice, mise à jour 08/2016.

Société québécoise des médecins de soins palliatifs, Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative. Principes et pratique en médecine adulte, 1er novembre 2014.





Source : Glaxo Wellcome Inc.

# MÉDICAMENTS ET INDICATIONS LES PLUS UTILES EN SOINS PALLIATIFS

Médicaments concernés, codification et critères d'exception (Liste non exhaustive)

Anti-infectieux	fluconazole suspension orale AI 8, AI 9	<b>AI 8</b> (tx de la candidose oesophagienne) <b>AI 9</b> (tx de la candidose oropharyngée) et <b>AI 10</b> (tx d'autres mycoses)
Dermatologie	pansements d'argent, cadexomère d'iode DE 58	<b>DE 58</b> pour le tx des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne, sur fond de plaie débridée.
Dermatologie	Pansements hydrocolloïdaux DE 101 Pansements d'hydrofibres DE 101 Pansements d'alginates DE 101 Pansements de mousse DE 101 Hydrogels, etc. DE 101	<b>DE 101</b> Traitement d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
Endocrinologie	gliclazide (Diamicon et autres) EN 23, EN 24 glimépiride (Amaryl et autres) EN 23 répaglimide (Gluconorm) EN 24, EN 25	<b>EN 23</b> Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace <b>EN 24</b> Pour le tx des personnes diabétiques non insulino dépendantes présentant une insuffisance rénale <b>EN 25</b> Lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace
Système gastro-intestinal	Bisacodyl Microlax Docusate de sodium Docusate de calcium Suppositoire de glycérine  Lactulose	<b>GI 27</b> (constipation liée à une pathologie) <b>GI 28</b> (constipation liée à la prise d'un médicament.)  <b>GI 29 lactulose</b> : (prévention et tx de l'encéphalopathie hépatique)

IPP		<p><b>PP12</b> Dyspepsie secondaire à AINS ou prophylaxie cytoprotectrice</p> <p><b>PP205</b> Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP. Symptômes extradiagnostifs dont douleur thoracique, toux, etc.</p> <p><b>PP999</b> Ulcères néoplasiques associés à un saignement</p>
Système génito-urinaire	oxybutynine timbre (Oxytrol) ou longue action Ditropan XL, Uromax toltérodine (Detrol, Unidet) trospium (Trosec) fésotérodine (Toviaz) solifénacine (Vesicare)	<p><b>GU 32</b> Pour le tx de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée</p> <p><b>GU 33</b> pour le tx de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace</p>
Oncologie	mégésterol (Mégace)	<p><b>ON 85</b> Pour l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate</p>
Ophtalmologie	larmes artificielles	<p><b>OP 40</b> Pour le tx de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes (ex. blépharospasme, dystrophie oculo-pharyngée, érosion de la cornée, exophtalmie, maladie de Sjogren, séquelles de paralysie de Bell. Yeux secs, manque de larmes ou diminution des larmes ne sont pas acceptés.</p>
Système nerveux autonome ou central	latanoprost-timolol (Xalacom) travoprost-timolol (DuoTrav)  anéthole trithione (Sialor) pilocarpine (Silagen)  codéine sirop	<p><b>OP 39</b> Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomeaux en monothérapie est insuffisant</p> <p><b>SN 45</b> pour le tx des personnes souffrant de xérostomie grave</p> <p><b>SN 61</b> pour tx de douleur chez des personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés (pas la toux)</p>

## BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique des soins palliatifs, gestion de la douleur et autres symptômes. Association des pharmaciens d'établissements de santé (A.P.E.S.) Montréal, 5<sup>ème</sup> édition, 2019

Portail Palli-Science  
<http://www.palli-science.com/portail/index.ph>

Humbert N et coll. Les soins palliatifs pédiatriques. Éditions de l'Hôpital Ste-Justine 2004

Bing CM. Extended Stability for Parenteral Drugs. American Society of Health-System Pharmacists 3rd edition 2005

Trissel LA. Handbook on Injectable Drugs. American Society of Health-System Pharmacists, 16th edition, 2011

Roberge A, Couture J, Tassé M, Goulet M, Thiffault R, Hannan et coll. Durée de stabilité de médicaments en seringues pour administration sous-cutanée à des patients en fin de vie à domicile. *Pharmactuel* 2008;41(4) :230-6

Thiffault R, Forget J. Utilisation d'opioïdes par voie topique. *Bulletin de l'AQSP*, 2000;8(1) :11-3

Breitbart W, Chandler S, Eagle B, et al. An alternative algorithm for dosing transdermal fentanyl for cancer pain. *Oncology* 2000;14:695-702.

Giving Meds By alternatives Routes *Pharmacists letter* 2015-31 (2):310208.

Ordre de St-Lazare et Association canadienne de soins palliatifs Guide des proches aidants manuel sur les soins de fin de vie 2014.

Barclay L, Vega C. Buccal midazolam may be better than rectal diazepam for acute seizures in children. 2005 <http://www.medscape.org/viewarticle/508518>

Anon. End of Life and Pain Management dans *Pharmacists Letter*. 2012, #120214

Lotsch J. Opioid metabolites. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005;29 (Suppl.5): S10-S24

Dühmke RM, Cornblath DD, Hollingshead JRF. Tramadol for neuropathic pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD003726. DOI: 10.1002/14651858.CD003726.pub2.

Detail-Document, Giving Meds by alternatives routes. *Pharmacists Letter / Prescriber's Letter*. February 2015

Certains protocoles sont inspirés de ceux en application à la Maison Michel-Sarrazin de Québec et de l'Hôpital universitaire de Genève.

INESSS Protocole médical national. Administrer les médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresse chez la personne recevant des soins palliatifs. Mise à jour 2019.

Hawley P, Wing P, Nayar S. Methadone for pain; what to do when oral route is not available. *J Pain Symptom Management* 2015; 49(b):e 4-6

## COLLABORATEURS À CETTE ÉDITION

### Auteurs de 2000 à 2019

Marcel Marsolais, médecin

Justine Métayer, inf. M.Sc., LMVG

Nathalie Savard, inf., Directrice générale LMVG

### Collaborateurs à cette édition

**Alexis Lapointe**, médecin LMVG  
Chargé d'enseignement de clinique  
Université de Montréal

**Diane Lamarre**, pharmacienne, M.Sc.  
Professeure titulaire de clinique  
Faculté de pharmacie  
Université de Montréal

**Danny Bessette**, inf. B.Sc., LMVG  
Coordonnateur Clinique  
de gestion de symptômes

Justine Métayer, inf. M.Sc., LMVG

### Infographie et impression

Imprimerie Maska inc.

## MERCI

## À LA PHARMACIE SUIVANTE



**Diane Lamarre**, pharmacienne  
B.Pharm. M.Sc.  
Professeure de clinique  
Faculté de pharmacie  
Université de Montréal

1755, Victoria, suite 100  
Saint-Lambert, Québec, Canada, J4R 2T7

Téléphone : 450-466-5314 • Télécopieur : 450-466-9929  
Courriel : [diane.lamarre@umontreal.ca](mailto:diane.lamarre@umontreal.ca)

## MERCI AUX PHARMACIES

La pharmacie affichée dans ces pages a contribué à cette édition du Mini-guide par un don.

Elle a pris l'engagement de s'efforcer de tenir en inventaire la majorité des médicaments énumérés dans ce Mini-guide.

De plus, elle s'engage à respecter "LES "10" COMMANDEMENTS DU NÉCESSAIRE INVENTAIRE PHARMACEUTIQUE EN SOINS PALLIATIFS".

Les pharmacies qui souhaitent ajouter leur nom à cette liste l'an prochain peuvent s'adresser à La Maison Victor-Gadbois.

1. **GLYCOPYRROLATE 0.2 MG / ML**
2. **MIDAZOLAM 5 MG / ML**
3. **SCOPOLAMINE 0.4 MG / ML**
4. **MORPHINE 10 MG / ML**
5. **HYDROMORPHONE 10 MG / ML**
6. **MÉTHOTRIMÉPRAZINE 25 MG / ML**
7. **HALOPÉRIDOL 5 MG / ML**
8. **DEXAMÉTHASONE 4 MG / ML**
9. **ACIDE VALPROÏQUE CAPSULE**  
**(POUR ADMINISTRATION IR)**
10. **LE MINI-GUIDE PALLI-SCIENCE**



# Échelles d'évaluation de la douleur

Adapté de Wong-Baker

Adapté de Knoll Pharma inc.



Le pire mal de tout



Très mal



Encore plus mal



Un peu plus mal



Un peu mal



Pas de mal

**Insupportable**

**Sévère**

**Pénible**

**Gênante**

**Légère**

**Pas de douleur**

