

30^e congrès annuel



Association québécoise
de soins palliatifs

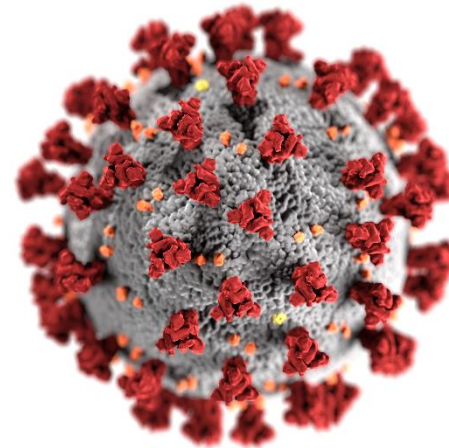


Soulager la douleur... 101 à 301!

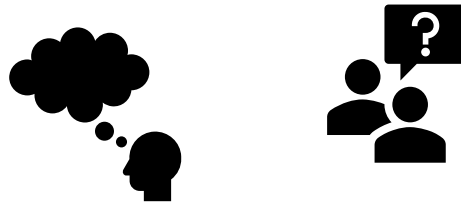
Anne Bhéreur, M.D. CCMF(SP), FCMF
Soins palliatifs, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Professeure adjointe de clinique, Université de Montréal
14 mai 2021

Contexte particulier

- La COVID m'a joué un vilain tour en décembre 2020... et elle continue!
 - Afin d'avoir assez de souffle pour répondre aux questions, les sections « théoriques » de la présentation sont préenregistrées.
 - Moins de vocal... et plus de visuel...
 - Merci de votre compréhension!

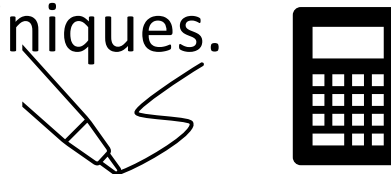


Questions



https://drive.google.com/file/d/19ahMpuyMKZEB750WC3BWN35vHoy_v79A/view?usp=sharing

- Tout au long de la présentation, vous pourrez inscrire vos questions dans la section sous le vidéo:
 - Les questions étant via un « chat » privé, il n'est pas possible de répondre à tous. Je vais donc les ajouter à la présentation pour y répondre à la suite de la portion pré-enregistrée.
- Un lien « Google Drive » pour accéder aux documents se trouve sur le site de l'AQSP 2021:
 - Présentation en format pdf.
 - Quelques éléments « clés » pour aider à répondre aux cas cliniques.
- Papier & crayon seront utiles pour les cas cliniques.

A screenshot of a user interface for asking questions. It features a text input field with the placeholder text "Écrivez votre question ici" and a green button labeled "Envoyez" below it.

Conflits d'intérêts

- Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation.

- Toutes les images utilisées sont libres de droit (avec source lorsque requise), reproduites avec autorisation ou proviennent de mon appareil-photo!

Objectifs

- Évaluer la douleur dans un contexte de soins palliatifs.
- Amorcer et ajuster la médication analgésique:
 - Opioïdes.
 - Aperçu des co-analgésiques.
- Se familiariser avec différentes manières de gérer l'analgésie selon le contexte clinique.
- Apprivoiser des contextes particuliers avec quelques trucs pratiques.
- Mettre en pratique les notions présentées avec des cas cliniques.

Sommaire

Pour atteindre directement la section:

PowerPoint

Faire **CTRL + clic** sur le lien...



PDF Cliquer sur le lien...

- [Introduction: Un peu d'éléments théoriques...](#)
- [Opioides 101: Les opioïdes... une famille qui compte plusieurs membres!](#)
 - [Portrait des opioïdes](#)
 - [Effets secondaires](#)
 - [Allergies](#)
 - [Équivalences](#)
 - [Interactions](#)
 - [Amorcer les opioïdes et les ajuster](#)
- [Co-analgésie 101: *Cum analgesia*... ce que l'on donne avec l'analgésie](#)

- [Analgésie 201: On tourne en rond... pour aller de l'avant!](#)
 - [Ajustement](#)
 - [Rotation d'opioïdes](#)
- [Analgésie 301](#)
 - [Les perfusions sous-cutanées continues](#)
 - [Méthadone... un aperçu!](#)
- [Contextes particuliers: Quelques exemples pratico-pratiques...](#)
 - [Métaboliseurs rapides](#)
 - [Douleur aiguë sur chronique](#)
- [Cas cliniques](#)
- [Références](#)

Nom des médicaments

- Les noms génériques sont utilisés dans les diapositives, avec parfois mention des noms commerciaux.
- Toutefois, lorsque des médicaments *courte action (CA)* et *longue action (LA)* sont mentionnés dans une même diapositive, particulièrement dans un cas clinique, seul le nom commercial est parfois utilisé pour diminuer les risques de confusion entre CA et LA, par exemple:
 - Hydromorphone:
 - Hydromorphone CA → Dilaudid®
 - Hydromorphone LA → Hydromorph Contin®
 - Morphine:
 - Morphine CA → Morphine ou Statex®
 - Morphine LA → MS Contin® ou M-Eslon®
 - Oxycodone:
 - Oxycodone CA → Supeudol®
 - Oxycodone LA → OxyContin® ou OxyNEO®



Introduction

Un **peu** d'éléments théoriques...

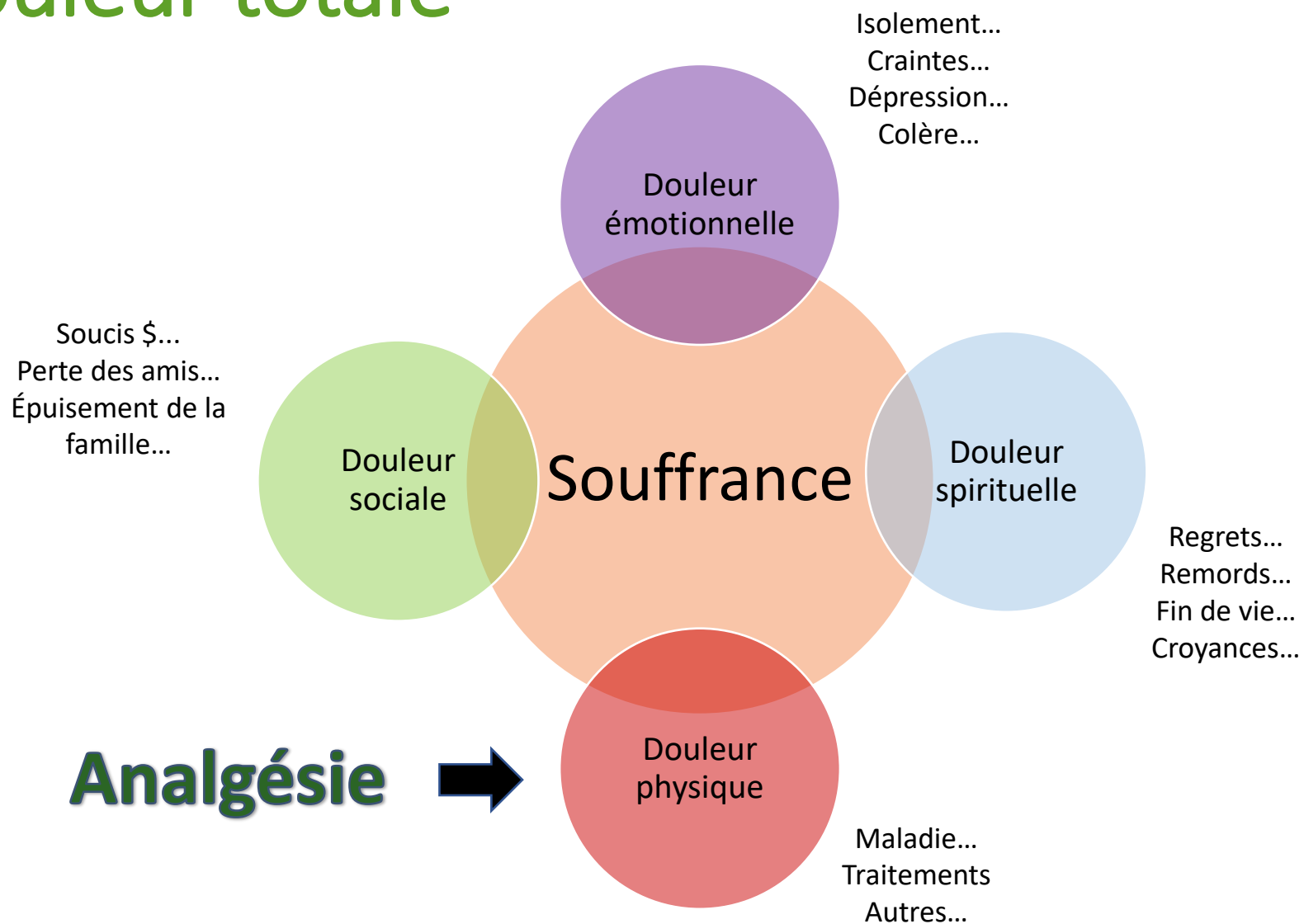
La douleur

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion.

An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.

IASP – International Association for the Study of Pain, 1979 (Traduction en français sur Wikipedia)

La douleur totale



Douleur aiguë vs chronique

AIGUË

- Symptôme de danger.
- Aide à la guérison / survie.
- A un sens.
- Durée limitée.

Soulager dans la mesure du possible... en évitant les effets secondaires importants.

À adapter au contexte
en soins palliatifs...

CHRONIQUE

- N'est pas un symptôme.
- N'a aucun sens.
- Le délai normal de guérison est dépassé.
- Est une « maladie » en soi.
- Durée > 3 à 6 mois.

*Soulager le plus possible...
lentement, mais sûrement... on est
pas pressé... éviter les effets
secondaires...*

Douleur nociceptive vs neuropathique

NOCICEPTIVE

- En réponse à une atteinte tissulaire et au processus inflammatoire qui en résulte.
- **Somatique**: constante ou intermittente, sourde, localisée, superficielle ou profonde.
- **Viscérale**: constante, sourde, s/f serrement, de crampes, +/- localisée, parfois référée.

NEUROPATHIQUE

- En réponse à une atteinte ou à une dysfonction du SNC ou P.
- Brûlure constante, paresthésies, picotements, chocs électriques.
- Irradiation occasionnelle.
- Lancinante vs fulgurante.

Douleur neuropathique???

Question 1 :	La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?	Pointage 0 ou 1
	Brûlure	
	Sensation de froid douloureux	
	Décharges électriques	
Question 2 :	La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?	
	Fourmillement	
	Picotement	
	Engourdissement	
Question 3 :	La douleur est-elle localisée dans un territoire dans lequel l'examen met en évidence :	Pointage
	Une hypoesthésie au tact	
	Une hypoesthésie à la piqûre	
Question 4 :	La douleur est-elle provoquée ou augmentée par le frottement?	
Si le score est plus que 4/10, près de 90 % de chance que ce soit une douleur neuropathique. Bouhassira et al, Pain, 2005,114, pp29-36		Total: /10

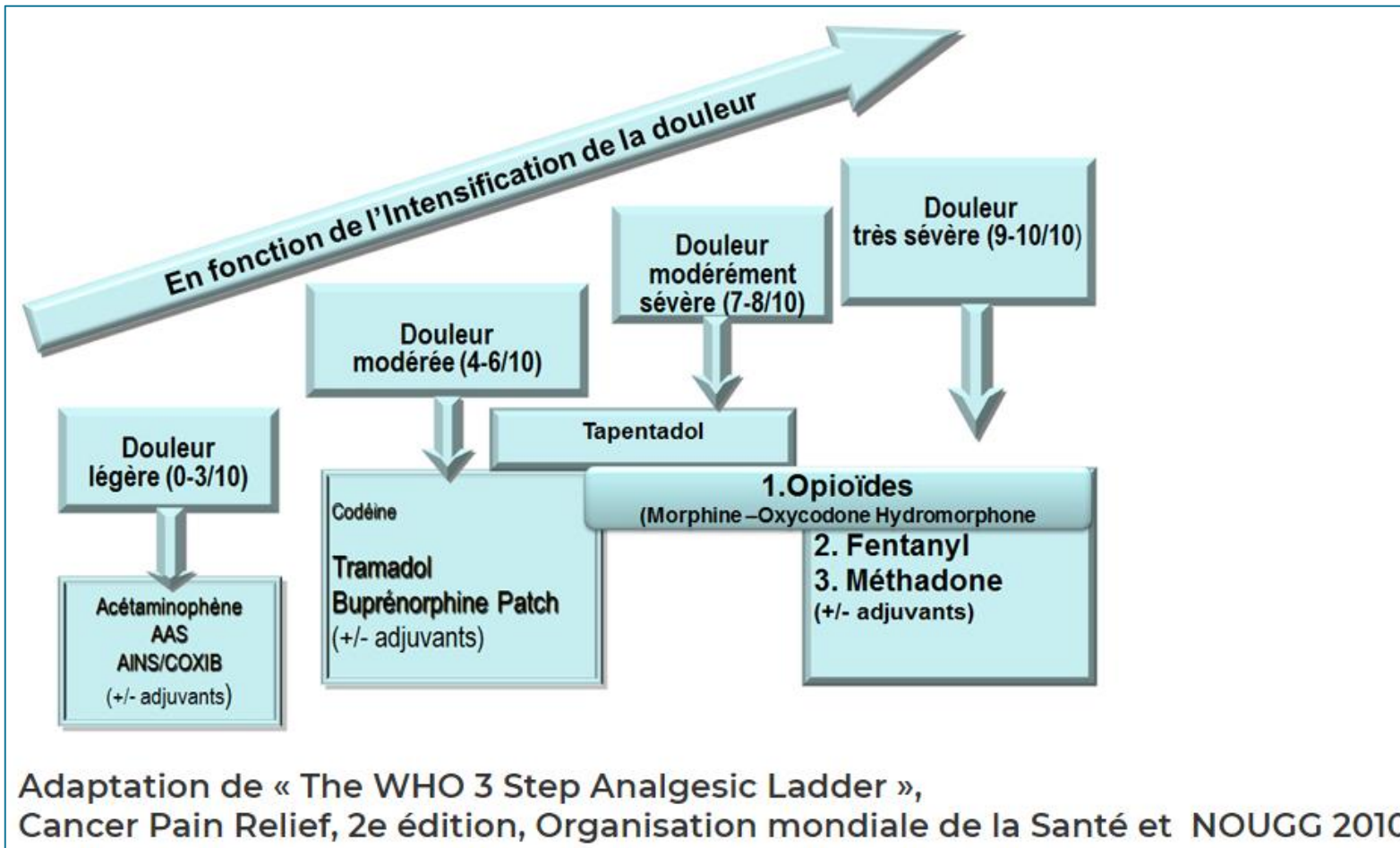
- Questionnaire DN4
 - <https://palli-science.com/content/outil-tres-tres-commode-questionnaire-dn4-douleur-neuropathique>

Évaluation de l'intensité de la douleur

- Plusieurs échelles d'évaluation existent...
 - Numériques...
 - Visuelles...
- Un patient évalue par ailleurs l'intensité de la douleur par rapport à lui-même...
 - Demeure habituellement comparable dans le temps pour un même patient.
 - La comparaison entre patients peut être plus difficile malgré la validation des échelles.



Le traitement pharmacologique de la douleur...



Reproduit avec permission de Palli-Science.

- Échelle du traitement de la douleur de l'OMS version NOUGG 2010.
 - <https://palli-science.com/content/maintenant-un-rappel-sur-le-traitement-en-douleur-cancereuse>
- Cancer pain relief, 2nd Edition:
 - <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37896/9241544821.pdf?sequence=1>
- National Opioid Use Guideline Group (NOUGG):
 - <https://healthsci.mcmaster.ca/npc>

Buts de l'analgésie



∅ douleur nocturne



∅ douleur au repos

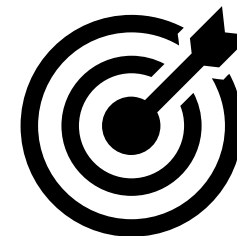


∅ douleur à la mobilisation

- Règle « générale » → à adapter au contexte:
 - Douleur aiguë...
 - Douleur chronique...
 - Maladie stable... en rémission...
 - Maladie évolutive...
 - Fin de vie...

Buts de l'analgésie... en soins palliatifs

- À équilibrer avec:
 - Objectifs de soins globaux... NIM* ...
 - Effets secondaires...
 - Tout le reste...
 - Un patient peut choisir un niveau de soulagement « adapté » à ses choix en fonction des effets secondaires...
 - Certains patients vont choisir de privilégier l'état d'éveil, par exemple, pour préserver les interactions avec des proches...
 - Crainte des opioïdes... Parfois délicat lors de discussions avec des proches...
- Il est important de trouver un équilibre dans un contexte de *choix éclairé*** et dans le meilleur intérêt du patient.





Opioides 101...

Les opioïdes... une famille qui compte plusieurs membres!

Portrait des opioïdes.

Équivalences.

Effets secondaires.

Interactions.

Allergies.

Amorcer les opioïdes et les ajuster.

Crainces face aux opioïdes



- Encore fréquentes... À adresser d'emblée pour éviter des écueils.
- « La morphine affaiblit le cœur... »
 - NON!
 - Ma phrase habituelle...
 - « Vous savez, quand quelqu'un arrive à l'urgence avec une crise cardiaque, la morphine *fait partie* du traitement. »
- Évidemment, on parle de doses appropriées à la situation...
 - Parler du dentiste...
 - Pour un patient naïf, surtout chez les patients âgés, il est rare que la dose de départ soit plus élevée que l'analgésie donnée par un dentiste après un traitement douloureux...
Permet de relativiser!



Portrait de famille... les opioïdes

- Plusieurs membres... avec leurs particularités...
- Petit survol... clinique!
- Pour les aspects pharmacologiques + détaillés:
 - Pharmacologie des opioïdes – Dre Anh Nguyen – novembre 2018
 - <https://anesthesiologie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/2018/11/9.Opioi%CC%88des.pdf>
 - Gestion de la douleur (cours – vidéos) – Dr Yvon Beauchamp
 - <https://palli-science.com/videos/gestion-de-la-douleur>

Morphine
Doloral[®]
Kadian[®]
MS Contin[®]
Meslon[®]
MS-IR[®]
Statex[®]

Hydromorphone
Dilaudid[®]
Hydromorph Contin[®]
Jurnista[®]

Oxycodone
OxyContin[®]
Oxy-IR[®]
OxyNEO[®]
Percodan[®]
Supeudol[®]

Buprénorphine
BuTrans[®]

Buprénorphine
+ naloxone
Suboxone[®]

Tramadol
Ultram[®]
Tridural[®]
Zytram[®]

Oxycodone
+ naloxone
Targin[®]

Méthadone
Metadol[®]
Methadose[®]

Fentanyl
Abstral[®]
Duragésic[®]
Fentora[®]
Sublimaze[®]

Tramadol +
acétaminophène
Tramacet[®]

Tapentadol
Nucynta[®]

Codéine + acétaminophène
Empracet[®]

Mépéridine
Démérol[®]

Morphine CA

Comprimés 5-10-20-25-40-50-60 mg
Sirop 1-5 mg/mL
Suppositoires 10-20-30 mg
Injectable 2-10-50 mg/mL

Morphine LA 12 h

Comprimés 10-15-20-30-60-100-200 mg
Capsules 10-15-30-60-100-200 mg

Morphine LA 24 h

Capsules 10-20-50-100 mg

Fentanyl

Timbre 12-25-50-75-100 mcg/h
Comprimé s/l 100-200-300-400-600-800 mcg
Injectable 50 mcg/mL

Buprénorphine

Timbre 5-10-15-20 mcg/h

Hydromorphone CA

Comprimés 1-2-4-8 mg
Suspension orale 1 mg/mL
Suppositoire 3 mg
Injectable 2-10-20-50 mg/mL

Hydromorphone LA 12 h

Capsules 3-4,5-6-9-12-18-24-30 mg

Oxycodone CA

Comprimés 5-10-20 mg
Suppositoires 10-20 mg

Oxycodone LA 12h

Comprimés 5-10-15-20-30-40-60-80 mg

Méthadone

Comprimés 1-5-10-25 mg
Suspension orale 1-10 mg/mL

Tramadol LA 24 h

Comprimés 150-200-300-400 mg

Les opioïdes... de base

Morphine

- Un peu d'histoire:
 - Du grec *Μορφεύς* – Morphée, dieu du sommeil et des rêves.
 - Alcaloïde de l'opium – naturel:
 - « Découverte » en 1804:
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Morphine>
- Accumulation en IR*.
- *Opioïde de référence pour la comparaison.*

Hydromorphone

- Dérivé semi-synthétique de la morphine
- Moins d'accumulation que la morphine en IR*.

Les opioïdes de base – métabolites actifs*

Morphine & hydromorphone

M3G & H3G

- Agitation centrale
- Hallucinations
- Myoclonies
- Convulsions
- Coma
- Hyperalgésie

Morphine (& hydromorphone?)

M6G (& H6G?)

- Sédation
- Nausées
- Dépression respiratoire
- Coma
- Effet analgésique

* M3G: morphine-3-glucuronide
M6G: morphine-6-glucuronide
H3G: hydromorphone-3-glucuronide
H6G: hydromorphone-6-glucuronide



Les opioïdes - codéine X

- Dérivé de l'opium découvert en 1932.
- Pro-métabolite:
 - Doit être convertie en morphine via CYP 2D6:
 - 10% de la population ne l'a pas = Ø d'effet.
- Beaucoup de métabolites actifs:
 - Certains efficaces contre la toux... à peu près la seule indication pertinente actuellement!
- Constipation > que plusieurs autres opioïdes.

Les opioïdes - oxycodone

- Dérivé semi-synthétique de l'opium développé en 1916 en Allemagne.
- Théoriquement peu ou pas de métabolites.
- Ø version injectable au Canada.
- Forme longue action:
 - Critère de couverture RAMQ → lorsque deux autres opiacés sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.
 - OxyContin®:
 - Générique seulement, disponibilité variable.
 - OxyNEO®:
 - Attention dysphagie → devient « gélatineux » rapidement avec liquide.
- Combinaison avec la naloxone (Targin®) → ↓ constipation.

Les opioïdes – fentanyl

- Opioïde synthétique développé en Belgique à la fin des années 1950.
- Très puissant.
- Effets secondaires comparables, mais moins de constipation.
- Analgésique de choix en IR.



Les opioïdes – fentanyl transdermique

- Application:
 - Peau intacte et sèche.
 - Ne pas raser → *couper* les poils.
 - Si lavage avant = eau claire.
 - Attention à la chaleur...
- Sites
 - Thorax / haut du dos.
 - Abdomen.
 - Partie supérieure des bras.
- Si irritation cutanée... Flovent... sur la peau!
- « Fractionnement » des timbres:
 - Timbres matriciels peuvent être coupés... fait assez rarement.
 - « 1/2-timbres » avec pellicule de type Opsite® ou Tegaderm® sur la peau avant de mettre le timbre – 50% peau: 50% pellicule.

Besoin de tissus
sous-cutanés...
Attention chez les
patients
cachexiques... ou qui
le deviennent...

Les opioïdes – fentanyl

- D'autres voies d'administration:
 - Muqueuse orale:
 - Abstral[®], Fentora[®].
 - Non couvert, \$\$\$.
 - IV:
 - Peut être intéressant en IR si une voie est disponible.
 - Réticences possibles à l'usage à l'étage...
 - Voie s/c:
 - Encore rarement utilisée, mais commence à l'être dans des cas particuliers.
 - Absorption potentiellement moins prévisible +/- accumulation « réservoir ».
 - Intérêt des autres « il »...

Les opioïdes... Les autres « il »

- Alfentanil – Sufentanil – Rémifentanil.
- Commencent à être utilisés en soins palliatifs dans des cas particuliers:
 - Analgésies complexes...
 - Intolérances...
 - Allergies...
 - = Analgésie 401!

Les opioïdes... les autres!

- Tramadol:
 - Dérivé synthétique de la codéine.
 - Agoniste faible récepteurs μ + ISRSN*.
 - Douleur modérée.
 - Courte et longue action.
 - Présence d'interactions.
 - Syndrome de sevrage possible.
 - Accumulation IR et insuffisance hépatique.
 - Ordonnance \neq opioïde.
- Tapentadol (Nucynta[®]):
 - Agoniste récepteurs μ + ISRN**.
 - Douleur modérée à sévère.
 - Contrindiqué en IR sévère.
 - Ordonnance = opioïde.

Les opioïdes... les autres!

- Méthadone:

- Opioïde synthétique.
- Très longue demi-vie.
- Conversion complexe.
- Multiples interactions significatives... potentiellement tardives...
- ∅ sauter de doses chez un patient stable et bien contrôlé:
 - Transmuqueuse buccale si NPO strict est une option.
- Ne nécessite plus d'exemption pour la prescription.

Plus facile à utiliser
en co-analgésie si
moins
d'expérience...

Les opioïdes... les autres!

- Buprénorphine transdermique (BuTrans[®]):
 - Rarement utilisé, car non couvert RAMQ.
 - Conversion officielle =
 - Buprénorphine 5 mcg/h
 - =
 - Morphine 7,5 – 10 mg PO / 24h
 - ATTENTION, très variable « in vivo »!
 - OK en IR.
 - Existe en combinaison avec naloxone (Suboxone[®]).
- Mépéridine (Démérol[®]): **X**
 - Nommé... pour indiquer que ne doit pas être utilisé!
 - Utilisation possible dans de très rares cas ciblés d'allergies multiples avérées à d'autres opioïdes.

Effets secondaires

- En général, pour tous les opioïdes...
 - N^o / V^o.
 - Constipation.
 - Somnolence.
 - Confusion / délirium.
- Chaque opioïde à son profil... et ses effets particuliers chez chaque patient...
 - La clé... être attentif et s'adapter!
- Patients avec historique d'effets secondaires:
 - Mieux vaut parfois commencer plus lentement et ajuster prudemment afin de ne pas « brûler » une molécule...
 - En expliquant que le soulagement ne sera peut-être pas satisfaisant dans l'immédiat... tolérance à bâtir...

Effets secondaires – Constipation

- Pas de prescription d'opioïdes sans prescription de laxatifs *avec explications*.
 - Combien de patients ont les comprimés, la poudre, les lavements... dans une armoire jamais ouverte???
 - Qu'est-ce qui est visé...
 - Selles « faciles »...
 - Ne pas attendre le fécalome...



Effets secondaires – Constipation

- PEG-3350 (Lax-a-day®) 17 g PO die dans n'importe quel liquide, à ajuster en fonction de la réponse...
 - Monographie: 17 g die durant 1 semaine ou moins.
 - La réalité clinique: 5-10-15... 34?
 - PEG-3350 + liquide épaissi = UN LIQUIDE... LIQUIDE!
 - Avec les nouvelles formulations de liquides épaissis... la liquéfaction peut être retardée... Attention!
 - Attention aux patients dysphagiques:
 - Si nécessaire, PEG-3350 dans de la compote, en autant que le patient boive son liquide épaissi après (∅ dans la monographie... expérience clinique).



Effets secondaires – Constipation

- Sené (Sénokot[®]) ou Bisacodyl (Dulcolax[®])?
 - Docusate de sodium (Colace[®])?
 - Pourquoi? Ils ont déjà assez de pilules pour déjeuner...
 - Suppositoires...
 - Lavements...
-
- Code RAMQ = GI28 – pour le Tx de la constipation liée à la prise d'un Rx.

Effets secondaires – Somnolence

- Effet secondaire presque toujours présent au début ou lors des changements de doses.
- Attention, surtout à l'hôpital, *pas toujours l'opioïde*:
 - Condition du patient.
 - Pupilles.
 - Rythme respiratoire.
 - Autres médicaments?
- Effet de tolérance habituellement après quelques jours.



Effets secondaires – N° & V°

- Attention à la dose...
- Premier choix souvent en soins palliatifs:
 - Halopéridol (Haldol®) 0,5 mg PO q 4h PRN.
 - **s/c** à l'hôpital...
- Plusieurs autres options... une présentation en soi!
- Attention aussi au DDX des N° & V°... ne pas se faire passer une sub-occlusion...



Effets secondaires – Confusion

- Confusion ad délirium avec opioïdes = fréquent.
 - Habituellement, demeure quand même multifactoriel.
 - Attention aux accusations faciles!
 - Ajuster les Rx qui peuvent l'être.
- Un autre sujet de présentation en soi.
- Éviter les contentions physiques... usage des contentions chimiques.



Allergies

- Allergie...
 - Ou effets secondaires?
 - Ou intolérance?
 - Attention aux réactions de libération d'histamine...
 - Naturel > semi-synthétique > synthétique.
- Allergie vs dose inappropriée au contexte antérieurement...?
 - Parfois difficile de faire la part des choses.
- Voir le Guide de l'APES – 2.9 Effets indésirables des opioïdes.

La puissance...

- Une famille dont les membres n'ont pas tous la même force:
 - 1 mg de x \neq 1 mg de y
- Équivalences:
 - Il existe plusieurs tableaux de conversion.
 - La conversion n'est pas toujours faite "dose pour dose", selon la situation particulière du patient.

Équivalences: le BA-ba... en règle de 3

/24h	MORPHINE	HYDROMORPHONE	OXYCODONE	FENTANYL TRANSDERMIQUE	CODÉINE
PO	60 mg	12 mg *	30 mg	25 mcg/h	600 mg
s/c	30 mg	6 mg *	(15 mg) **	25 mcg/h	300 mg

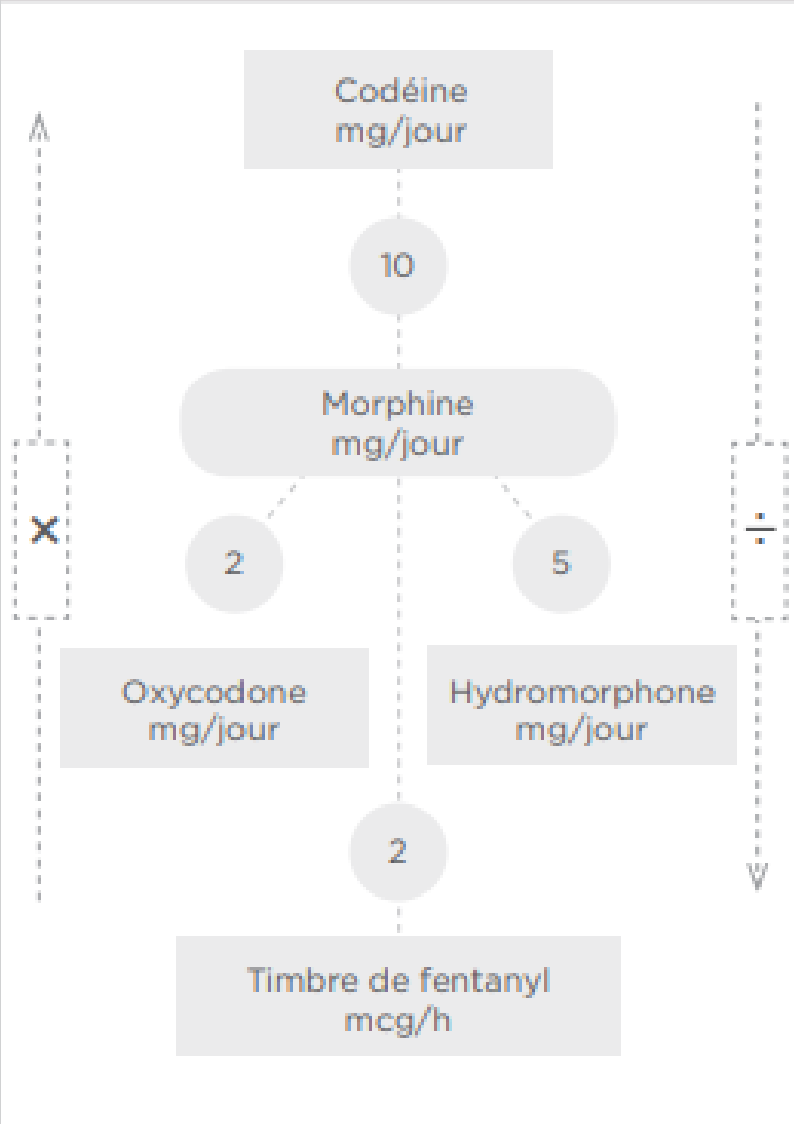
- ✓ Doses équivalentes sur une période 24h.
- ✓ À titre indicatif seulement, ne remplace pas le jugement du clinicien.

* Patient **non naïf** aux opioïdes

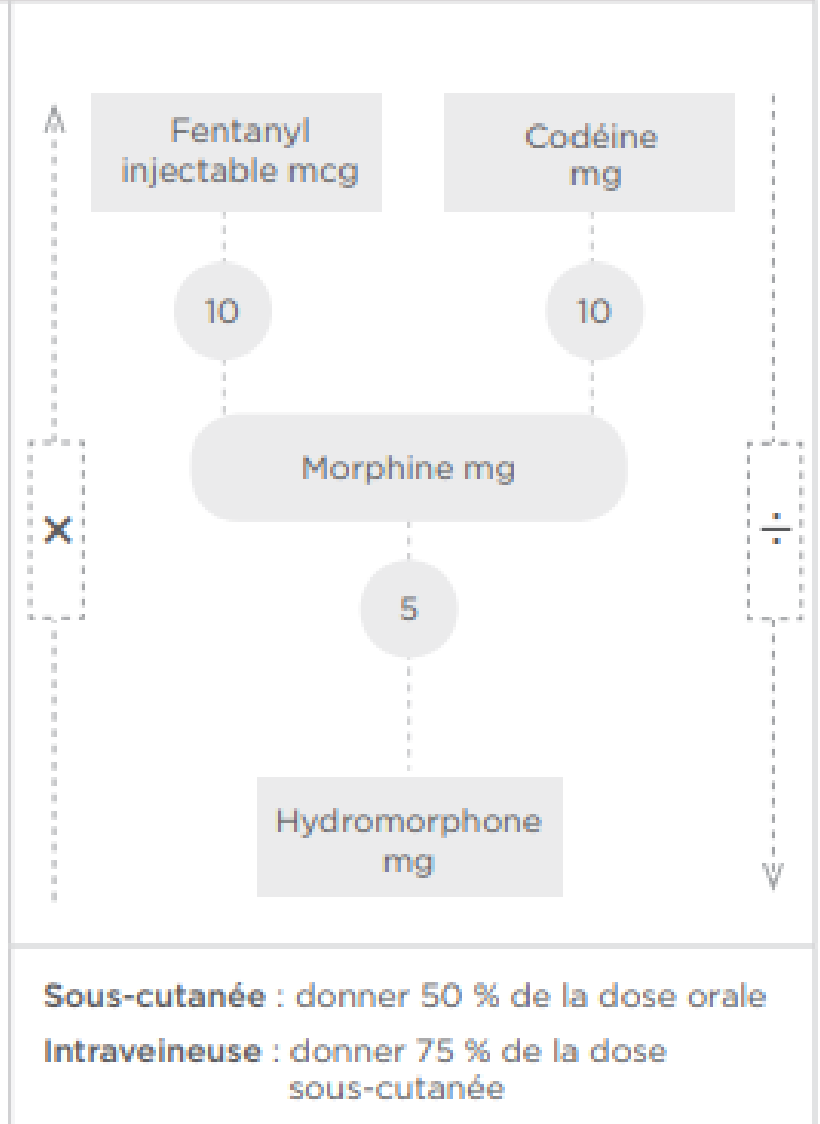
→ pour les patients **naïfs**, un ratio hydromorphone:morphine ad 1:8 est parfois utilisé.

** Non disponible au Canada.

Conversion des opioïdes donnés par voies orale et transdermique



Conversion des opioïdes injectables par voies sous-cutanée et intraveineuse



...Ou en tableau...

Les soins médicaux dans les derniers jours de vie – 05/2015
 Guide d'exercice CMQ – Page 14.



Particularité... le fentanyl

- Fentanyl transdermique:
 - Deux valeurs d'équivalences sont utilisées selon les milieux.
 - Selon le choix, en tenir compte dans les conversions → risque de « sur » ou « sous » convertir...

Fentanyl transdermique 25 mcg/h

Préférence personnelle...

Morphine s/c 30 mg/24 h

Morphine s/c 25 mg/24 h

- Fentanyl s/c: *
 - Ø dans les tableaux.

Morphine *injectable* 1 mg
=
Fentanyl *injectable* 10 mcg

Patient naïf

- *Start low, go slow...* mais pas trop!
 - S'ajuster au contexte du patient.
 - Tenir compte des effets secondaires potentiels.
 - En fin de vie, soulagement à tout prix.
- **Le plus important est d'ajuster...**
- Ne pas « brûler » les molécules...



Choix d'un opioïde

- À la base, n'importe lequel... qu'on peut *tutoyer*!
- Attention:
 - À moins que patient \emptyset soulagé ou avec effets 2^o, garder le même opioïde.
 - IRA / IRC – éviter la morphine, qui s'accumule:
 - Hydromorphone est le meilleur choix en aigu.
 - Oxycodone est aussi un bon choix, mais \emptyset s/c.
 - Fentanyl transdermique est long à ajuster...
 - Valider allergies et intolérances:
 - Intolérances antérieures souvent liées à doses inadéquates au contexte...
 - Remboursement plus complexe pour oxycodone LA...

Polypharmacie

- S'assurer d'avoir un profil à jour... et de valider ce qui est pris.
- Modifications ou ajouts récents:
 - Interactions possibles, surtout avec méthadone.
- Lors d'ajustements → 1 seul Rx à la fois autant que possible.



Principaux substrats d'intérêt pour le traitement de la douleur

	Inhibiteurs	Substrats Affinité Élevée	Substrats Affinité Intermédiaire	Substrats Affinité Faible	Inducteurs
1A2	Fluvoxamine Luvox Ciprofloxacine Cipro		Clozapine Clozaril Olanzapine Zyprexa	Acétaminoph. Tylenol Clomipramine Anafranil Imipramine Tofranil	Fumée de cigarette Cuisson sur charbon de bois
2C9	Sulfapyrazone Accolate Fluconazole Diflucan Sulfaphénazole	Celecoxib Celebrex Warfarine Coumadin	Ibuprofène Motrin Naproxène Naprosyn Diclofénac Voltaren Phénytoïne Phénytoïne Tolbutamide	Glyburide Diabeta Irbesartan Avapro Losartan Cozaar	
2C19	Fluconazole Diflucan Quinidine	Omeprazole Losec Félicainide Tambocor Paroxétine Paxil Fluoxétine Prozac Propafenone Rythmol	Halopéridol Haldol Risperidone Risperdal Propranolol Inderal Metoprolol Lopresor	Citalopram Celexa Codéine Dextrométhorphan Hydrocodone Méxilétiline Mexitil Oxycodone Clomipramine Anafranil Nortriptyline Aventyl Venlafaxine Effexor Amitriptyline Elavil Désipramine Norpramin Imipramine Tofranil	
2D6				Clomipramine Anafranil Nortriptyline Aventyl Venlafaxine Effexor Amitriptyline Elavil Désipramine Norpramin Imipramine Tofranil	
3A4	Clarithromycine Biaxin Fluconazole Diflucan Erythromycine Metronidazole Flagyl Miconazole Micozole Ketoconazole Nizoral Pamplémousse Itraconazole Sporanox Troleandomycine	Diltiazem Cardizem Verapamil Isoptin Indinavir Crixivan Saquinavir Fortovase Ritonavir Norvir Nelfinavir Viracept	Néfazodone Serzone Sertraline Zoloft Nifédipine Adalat Amlodipine Norvasc Félocipine Plendil Atorvastatine Lipitor Lovastatine Mevacor Simvastatine Zocor	Fentanyl Duragesic Diazépam Valium Alprazolam Xanax Pravastatine Pravacol Clopidogrel Plavix Sildénafil Viagra	Carbamazépine Tegretoil Phénytoïne Dilantin

Analgés. Antidépres. Anticonvuls. I.P.P. Hypnotiq. Antipsych. Hypoglyc. Cardio-Vas. Hypolipid.

Interactions...

- Ce n'est pas une mince affaire...
 - <https://palli-science.com/content/polymorphisme-genetique>
- Une chance que les pharmaciens sont là!

Profils pharmacocinétiques principaux

Agent	Équivalences	Début d'action analgésique	Pic d'action analgésique	Durée d'action analgésique
Morphine	PO 20 mg SC 10 mg IV 8 mg	PO 45-60 min SC 10-20 min IV 2-5 min	PO 1 h SC 0,5-1 h IV 15 min	PO 4-6 h SC 4-6 h IV 2 h
Hydromorphone	PO 4 mg SC 2 mg IV 1,5 mg	PO 30 min SC 10-20 min IV 5 min	PO 1 h SC 0,5-1 h IV 15 min	PO 3-5 h SC 3-5 h IV 2 h
Oxycodone	PO 10-15 mg	PO 15-30 min	PO 0,5-1 h	PO 4-6 h
Fentanyl injectable*	SC 100 mcg IV 80 mcg	IV 1-2 min	IV 10-15 min	IV 1-2 h
Codéine**	PO 200 mg SC 120 mg	PO 30-60 min SC 10-20 min	PO 1-1,5 h SC 0,5-1 h	PO 4-6 h SC 4-6 h

* Le fentanyl injectable s'accumule et son effet se prolonge après quelques doses répétées.

** Nous suggérons de ne pas utiliser la codéine en fin de vie. L'effet analgésique obtenu est faible, voire nul.

Un point de départ... naïf!

- À adapter au contexte...
 - Intensité de la douleur...
 - Patient hospitalisé vs ambulatoire.
 - Gabarit du patient.
 - Fragilité du patient.
 - Stade de la maladie.
 - NIM...



Rx	PO	s/c
Morphine	2,5 ou 5 mg	De 1 à 3 mg
Hydromorphone	0,5 ou 1 mg	De 0,4 à 1 mg

Tableau + détaillé de doses de départ en fonction de l'âge

<http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/063-070BOULANGER0603.pdf>

Régulier ou PRN?

- À évaluer selon le contexte du patient.
 - Dose régulière q 4 h ou seulement PRN q 2 h, par exemple.
 - Si craintes avec une médication régulière... « respecter sommeil » est une option!
 - Le cas échéant, rester attentif à l'état au réveil le matin...
- En externe, demander au patient ou à la famille de noter la prise des médicaments.
- Éviter les « intervalles » de doses:
 - Ex. 1 à 2 mg q 2 à 4 h PRN...



Oups! « Ayoye », c'est pas assez...

- Plusieurs méthodes de calcul des entredoses (ED):
 - 50% de la dose aux 4 heures.
 - 10% de la dose totale de 24 h (15%).
- Fréquence:
 - Q 2 h PRN en « temps normal »:
 - Analgésie « usuelle » de patients hospitalisés.
 - En soins palliatifs à domicile... selon contexte, d'autant plus en PO.
 - Q 1 h PRN + souvent en soins palliatifs « fin de vie » ou patients hospitalisés.
 - Certaines références préconisent q 30 min. PRN:
 - Peut être pertinent avec formes injectables, surtout si très courte action.
 - Il faut tenir compte du délai d'action de la molécule, par exemple en PO.
 - À évaluer selon le contexte du patient et la surveillance possible.

Ajustement des doses

- Les ED permettent d'ajuster la dose de base...
 - Et les notes du patient ambulatoire, de savoir le # d'ED!
- En général, ≥ 3 ED = ajustement:
 - Ajustement = $abcd^3 + [(x^2 + y)z]$
 - Version simple!
 - Total des ED sur 24 h en mg / # doses en 24h de la médication régulière.
 - Ajouter à la dose régulière!
- Dans un monde idéal, se faire aviser si ≥ 3 ED
 - Sur un quart de travail...
 - De manière répétée à la maison...

Longue action...

- Courte action:
 - Utile pour amorcer l'analgésie:
 - Permet de s'assurer de la tolérance de la molécule.
 - Permet de trouver la dose « nécessaire ».
 - Pas pratique...
 - Q 4 heures.
 - Pics et creux.
 - Éveil la nuit vs sommeil et douleur ++ au réveil...
- En contexte de soins palliatifs avec une douleur « là pour rester », il est pertinent de passer rapidement à une forme **longue action (LA)**.



Amorcer une médication à longue action

- Règles générales:
 - Douleur « chronique ».
 - Débuter avec **CA** pour s'assurer que la molécule est bien tolérée.
 - Dose totale / 24 h au moins équivalente à la dose minimale **LA**:
 - Hydromorphone PO = 6 mg / 24h.
 - Morphine PO = 10 mg / 24h.
 - Timbre de fentanyl 6 mcg/h (1/2 timbre de 12 mcg/h) \approx morphine PO 15 mg / 24h.
 - Attention si Rx **CA** est en s/c... faire la conversion PO!
- Amorcer la **LA**:
 - Quand la dose « efficace » est trouvée.
 - Quand plus pratique... par exemple pour éviter les éveils nocturnes pour Rx.



Amorcer une médication à longue action

Poursuivre
les ED en
PRN!

- LA PO q 24h:
 - Commencer à une heure « pratique » avec une dernière dose de CA lors de la 1^{re} prise.
 - Donner die à la même heure par la suite.
- LA PO q 12h:
 - 1^{re} dose AM ou PM avec une dernière dose de CA.
 - Donner q 12 h par la suite.
- Timbre de fentanyl:
 - 1^{re} application: environ 12 heures pour début d'effet significatif.
 - Au retrait: environ 12 heures pour « utilisation » du réservoir cutané. Compense le délai d'effet du nouveau timbre.
 - Selon la situation, 2 à 3 doses « régulières » lors du début du timbre.

Ne pas
oublier de
cesser la Rx
régulière!

Fréquence des ajustements

- En fonction du contexte...
 - Fin de vie = urgence...
- État d'équilibre: ... *un ordre de grandeur*
 - « Longue action » PO: 48 h.
 - Fentanyl transdermique: 5-7 jours.
 - Méthadone: 5-7 jours.
 - Perfusions... à voir plus loin. Analgésie 301.



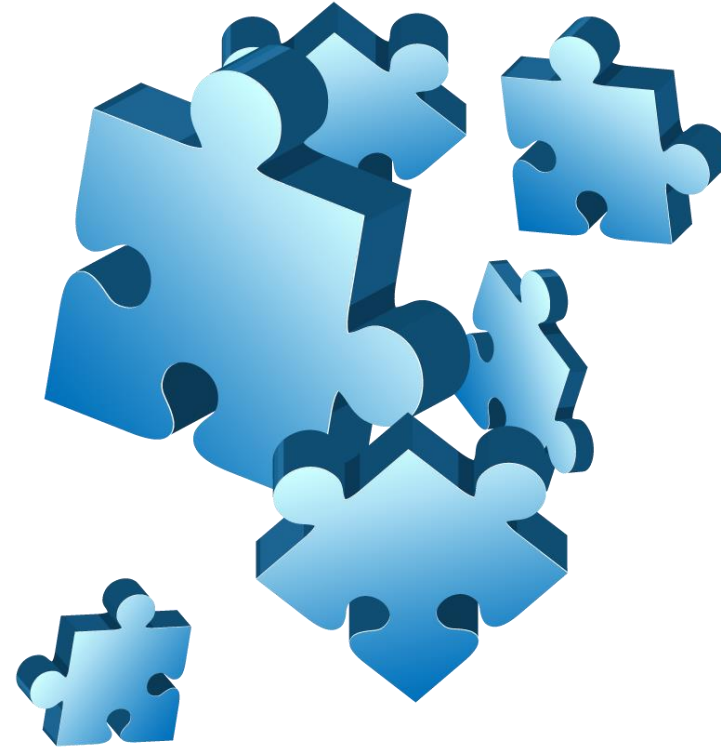


Co-analgésie 101

Cum analgesia... ce que l'on donne avec l'analgésie.

Co-analgésie

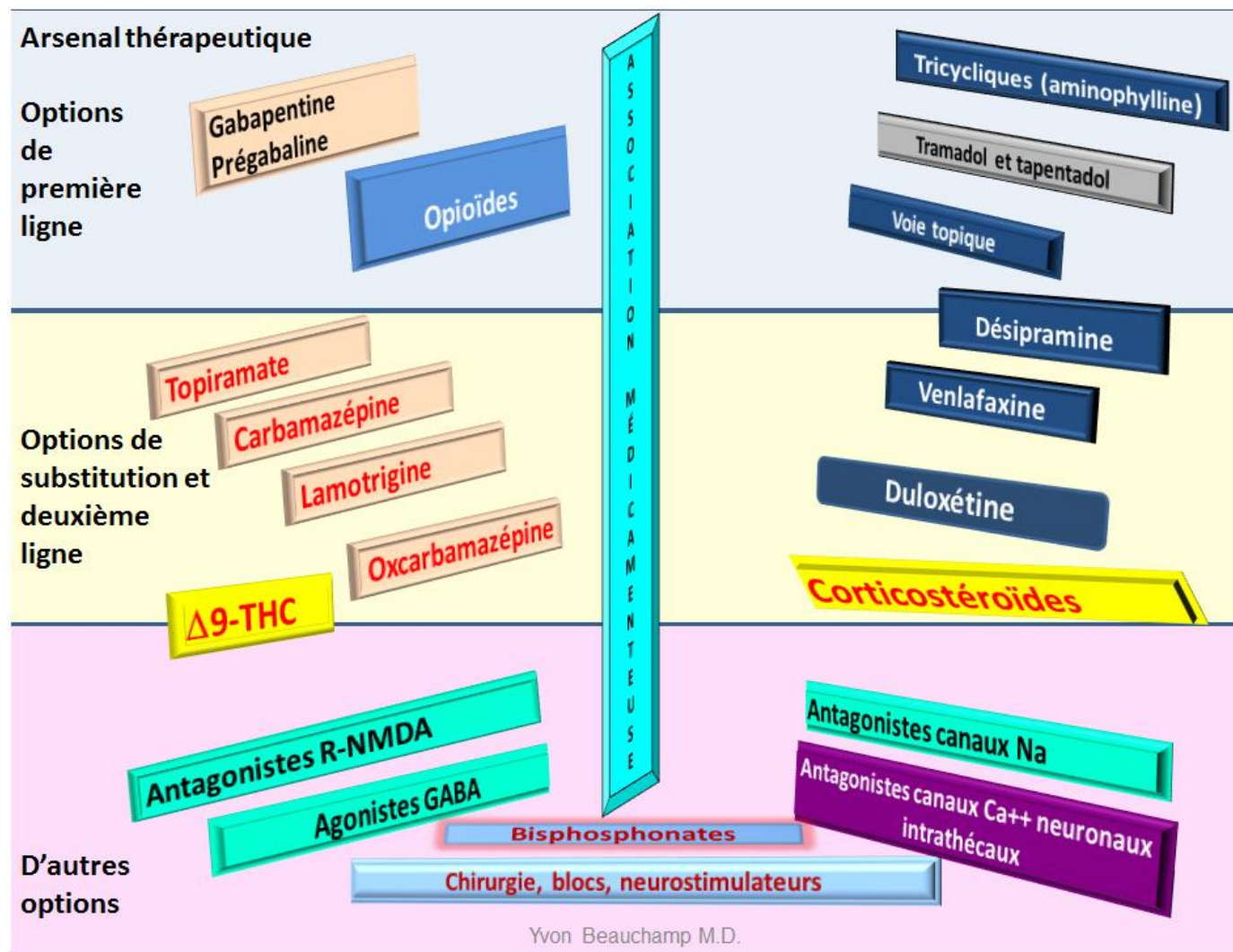
- Antidépresseurs
- Anticonvulsivants
- Anti-inflammatoires
- Antipsychotiques
- Benzodiazépines
- Biphosphonates, calcitonine
- Cannabinoïdes
- Corticostéroïdes
- Kétamine
- Opioïdes
- Tranquillisants majeurs
- ...



[pngtree.com](https://www.pngtree.com)

Un survol...

- L'usage de co-analgésique est très large...
- Dans le contexte, seul un survol est possible dans le cadre de la présentation d'aujourd'hui...
- La coanalgesie en soins palliatifs:
 - <https://palli-science.com/le-grand-livre-des-soins-palliatifs/la-co-analgesie-en-soins-palliatifs>



Reproduit avec permission de Palli-Science.

Co-analgésie - Douleur neuropathique



► Principalement... mais pas exclusivement!

- Anticonvulsivants:
 - Prégabaline (Lyrica®).
 - Gabapentin (Neurontin®) → de moins en moins utilisé.
- Antidépresseurs:
 - ISRSN:
 - Venlafaxine (Effexor®) → ISRSN > 225 mg/j.
 - Duloxétine (Cymbalta®).
 - Tricycliques:
 - Amitriptyline (Élavil®).
 - Nortriptyline (Aventyl®) → un peu moins d'effets secondaires?
- Corticostéroïdes.
- Topiques:
 - Lidocaïne → zones localisées: risque de toxicité.
 - +/- autres agents (opioïde, kétamine, ...).
 - De multiples magistrales existent.
- Méthadone... analgésie ou co-analgésie.

Co-analgésie – Prégabaline (Lyrica®)

- Dose de départ recommandée selon la monographie = 150 mg / jour et augmenter à 300 mg / jour à l'intérieur d'une semaine.
 - L'essayer... *c'est ne pas l'adopter.*
- Règle générale:
 - 25 mg HS... on augmente progressivement selon la réponse et la tolérance, q 2-3 jours ou plus selon la tolérance.
- Ajustement rénal. Voir tableau de la monographie.
- Cessation: sur au moins 1 semaine.

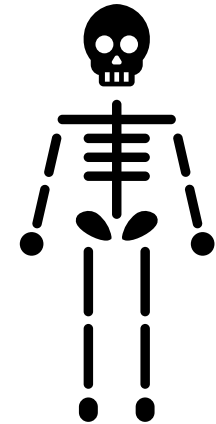
Co-analgésie – Méthadone

- L'utilisation de la méthadone comme analgésique « principal » nécessite une bonne connaissance de son usage.
- En co-analgésie, c'est plus simple!
 - Petites doses: ↓ risques de surdoser, ↓ risques d'interactions significatives.
 - Peut potentialiser l'analgésie principale.
- Il faut quand même tenir compte de la longue ½-vie dans les ajustements.
- Contrôler la douleur neuropathique: la méthadone en coanalgésie. P. Vinay et le comité de rédaction de la SQMSP:
 - <https://palli-science.com/sites/default/files/PDF/douleur.pdf>

Co-analgésie – Douleur osseuse

- AINS:
 - Pas pour tous → balancer les risques et les bénéfices.
- Radiothérapie:
 - Attention si site principal de douleur est traité... faire le suivi de l'analgésie régulière (CA ou LA)... à ↓ potentiellement...
- Corticostéroïdes.
 - Dexaméthasone (Décadron®) .
 - (Prednisone).
- Biphosphonates.
 - Pamidronate (Aredia®).
 - Zolédronate (Zométa®) .
- Calcitonine.

► Protection gastrique selon les agents utilisés...



Autres co-analgésiques...

- Techniques anesthésiques:
 - Selon les contextes, diverses modalités « locales », ou moins locales, sont possibles.
 - La disponibilité est très variable selon les milieux.
- Cannabinoïdes.
- Kétamine.
-



Analgésie 201

On tourne en rond... pour aller de l'avant!

Ajustement.

Rotation d'opioïdes

Ajustement selon l'évolution

- Toujours rester attentif à l'évolution du tableau clinique:
 - Même douleur qui progresse?
 - Nouvelle douleur d'origine différente?
 - En PO, problématique d'absorption?
 - Si suspicion et passage à s/c, en tenir compte dans la conversion...
 - Soulagement inadéquat?
- Compréhension de la Rx, de la prise des ED?
- Nouveaux Rx, nouveau Tx ... → interactions? Changement de l'effet?
- Insuffisance rénale? Insuffisance hépatique?
 - Accumulation de la médication?
 - M3G – M6G – H3G... et autres!



Rotation opioïdes

- Effets secondaires...
- Voie devenue impossible ou logistique difficile...
- Quand cela ne marche plus... malgré les ajustements...
 - Tolérance / hyperalgésie... ↑ « sensibilité » à la douleur.
 - Progression...
- **TOLÉRANCE CROISÉE INCOMPLÈTE:**
 - Conversion selon tableaux.
 - Diminution de dose de **25-50%**.
 - Cas particulier: si mal soulagé (hors contexte hyperalgésie), envisager dose pour dose → ↗.

Doses équivalentes opiacés / 24 h

	morphine	hydromorphone	oxycodone	fentanyl ** transdermique		codéine***
PO	60 mg	12 mg*	30 mg	25 µg/h		600 mg
s/c	30 mg	6 mg*	15 mg	25 µg/h		300 mg

* Pour les patients naïfs aux opiacés, on utilise parfois un ratio hydromorphone: morphine de 1:8

** Certaines références considèrent que 25 µg/h de fentanyl est équivalent à 25 mg s/c de morphine.
La différence est plus perceptible lors de la conversion de doses élevées.

*** La codéine ne devrait *pas* en général être utilisée comme analgésie.

Autres "opiacés":

Buprénorphine (Butrans) 5 mcg/h = environ 7,5-10 mg morphine PO/24h

► prudence, peut être très variable

Tramadol = 10% p/r à morphine ► même ratio que la codéine.

Notes:

Tolérance croisée incomplète: lors d'une rotation d'opiacés, on diminue généralement la dose de **25-50%** après conversion.

Entredoses: valeur de l'entredose est généralement de 10% (à 15%) de la dose totale sur 24h ou 50% dose q 4 h.

Ces informations sont à titre indicatif seulement, elles ne remplacent pas le jugement du clinicien.

Sources:

Guide pratique des soins palliatifs, APES

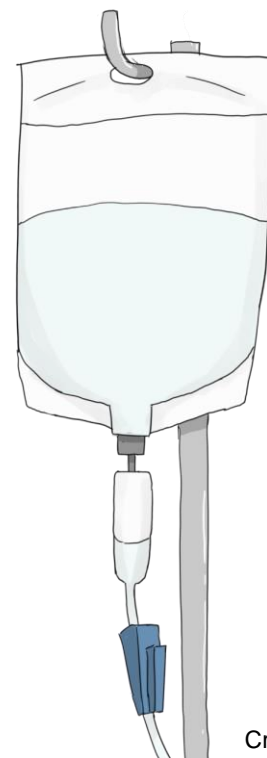
Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie. 05/2015 Guide d'exercice. CMQ

Pratique clinique

Analgésie 301

Les perfusions sous-cutanées continues...

Méthadone... un aperçu!



Créé par 588ku - pngtree.com



Perfusion sous-cutanée continue (PSCC)

- Permet une analgésie en continue.
- Ajustements rapides au fil des jours.
- Plusieurs méthodes...
 - S'assurer d'utiliser même méthode dans un milieu...
 - Dose totale sur 24 h avec **débit fixe**... on ajuste le **contenu du sac**.
 - Sac avec **concentration fixe**... on ajuste le **débit de la perfusion**.
 - Administration:
 - Pompe volumétrique:
 - En sac.
 - En cartouche.
 - En pousse-seringue.
 - Délai d'action ~ 6 heures.
 - Atteinte de l'équilibre ~ 24 heures.

Je dois révéler un
biais personnel
pour les
perfusions s/c!

PSCC à débit fixe sur 24h

- Souvent plus simple à ajuster de manière précise selon les symptômes quand plusieurs Rx:
 - Ajustement de chaque molécule selon les Sx.
- Avec:
 - NS 100 cc en 24h:
 - Opioïde calculé sur 24 h.
 - Midazolam (Versed®) 5 mg peut souvent aider quand patient très souffrant – dose variable selon le contexte.
 - Halopéridol (Haldol®)? 1 mg comme départ s'il y a un peu de nausées ou d'agitation...
 - ED analgésique (opioïde) = 10% (15%) du total en 24 h.



PSCC à débit fixe sur 24h

- Le débit est calculé selon le contenu du sac:
 - $(100 \text{ mL NS} + \text{mL Rx 1} + \text{mL Rx 2} + \dots) / 24 \approx 4\text{-}5 \text{ mL/h}$ en général.
 - \emptyset extrêmement précis, mais la signification clinique est habituellement non significative...
- Si changement des doses de Rx... tenir compte de ce qu'il y a dans la tubulure pour le délai d'action post changement:
 - Tubulure de:
 - 3 mL... environ 1 heure avant l' « arrivée » au patient...
 - 17 mL... > 4 heures avant l' « arrivée » au patient...
 - À moins d'un changement de Rx ou très important du volume, il n'y a habituellement pas de problème à mettre le nouveau débit calculé lors du changement de sac, car la variation sera minime.



Perfusion continue s/c ajustée sur débit

Les ED
demeurent
pertinentes

...

- Concentration du sac demeure fixe... c'est le débit qui est ↑ (ou ↓) pour ajuster l'effet analgésique:
 - Augmentation immédiate de la médication reçue.
 - Un délai de quelques heures avant d'observer pleinement l'effet est attendu.
- Avec concentration fixe, les proportions demeurent les mêmes, alors que les besoins peuvent être différents!
 - Un enjeu lorsque > 1 Rx.
- **ATTENTION...** si le débit devient trop élevé:
 - Éviter > 10 mL/h hors situation particulière... peut aller ad 20 mL/h.
 - Changer la tubulure lors du changement de concentration:
 - Si concentration doublée... ↓ débit préalable de 50%...
 - Si la tubulure n'est pas changée... = ↓ dose transitoire...
 - Si le débit est ↑... surdosage quand la nouvelle concentration arrivera au patient...

PSCC... compatibilités & stabilité

- Attention aux compatibilités entre les Rx et la stabilité des préparations dans une perfusion...
 - Un précipité n'est pas élégant!
 - Relativement peu de données... surtout l'expérience clinique.
 - CIUSSS NIM:
 - 2 ingrédients: préparation à l'urgence.
 - 3 ingrédients et plus: préparation à la pharmacie.
 - À hautes doses, les données de compatibilité et stabilité sont encore plus incertaines.
- Mélanges courants:
 - Morphine *ou* hydromorphone + Midazolam + Halopéridol *ou* Méthotriméprazine (Nozinan®).
 - Kétamine aussi compatible (analgésie 401-501!)
- **Incompatibilité** usuelle avec d'autres Rx:
 - Lorazépam (Ativan®)
 - Phénobarbital
 - Octréotide (Sandostatin®)

Transition vers perfusion s/c

- Prise de Rx **LA** PO:
 - 12 heures d'action, parfois 24 heures.
 - Selon le délai depuis la prise:
 - Débit moindre au départ...
 - Prévoir entredoses.
- Prise de Rx courte action de manière régulière:
 - Poursuivre 1-2 doses puis **cesser**.
- Et à l'inverse: PO: convertir en **LA** ou en dose q 4 h PRN
 - Rappel: 1 s/c = 2 PO...

PSCC... pour aller plus loin!

- Plus de détails dans les documents COVID du CIUSSS NIM... voir les références à la fin!
 - Pas seulement pour la COVID, les principes demeurent les mêmes!
 - [Références COVID CIUSSS NIM.](#)

Pour atteindre directement la section:

PowerPoint

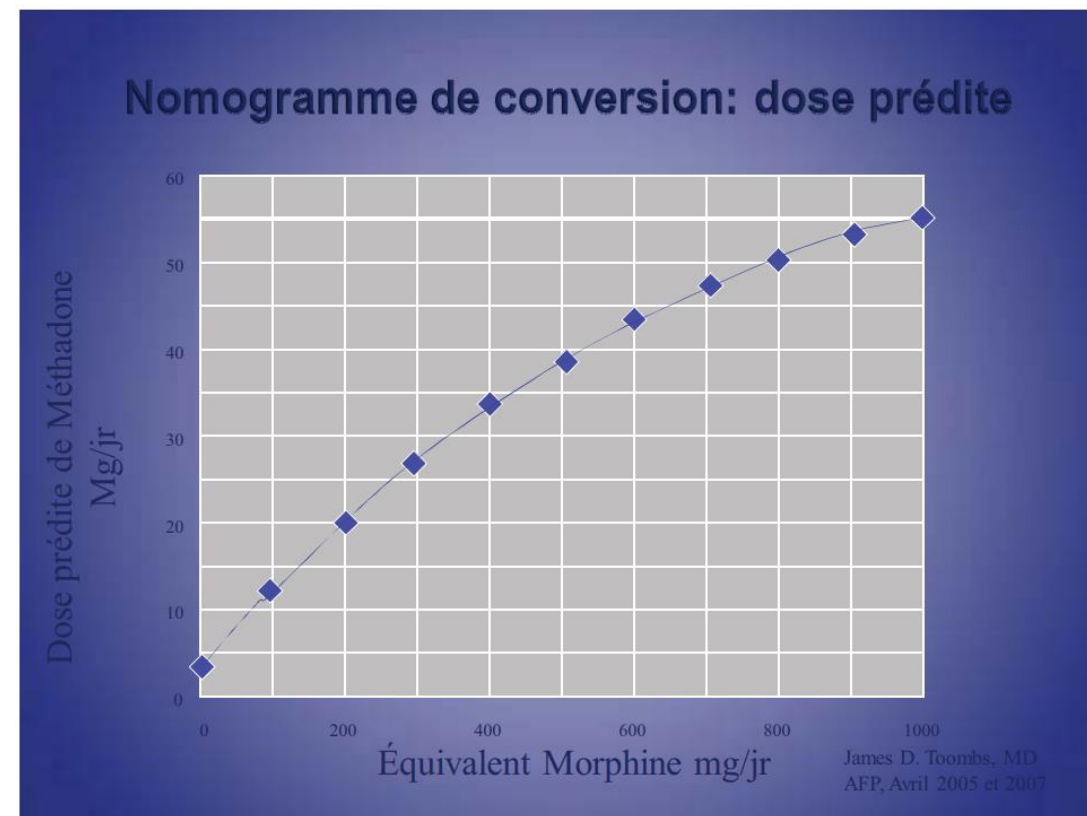
Faire **CTRL + clic** sur le lien...



PDF Cliquer sur le lien...

Méthadone

- L'usage comme analgésique « principal » = une présentation en soi.
- Une référence:
 - L'usage facile et sécuritaire de la méthadone, Yvon Beauchamp, M.D.
 - http://palli-science.com/sites/default/files/usag_e_facile_methade_0.pdf



Reproduit avec permission de Palli-Science.



Contextes particuliers

Quelques exemples pratico-pratiques...

Métaboliseurs rapides

Douleur aiguë sur chronique

Métaboliseurs rapides

- Hypermétaboliseurs...
 - Certains patients ont une augmentation de douleur... et prise ED systématique en fin de « dose LA ».
 - Certains patients ont des Sx de sevrage en fin de dose LA...
 - Y penser!
- Il peut être utile de répartir différemment *la même dose totale/24h* de la Rx LA:
 - Contin q 8 h au lieu de q 12h.
 - Timbre de fentanyl q 2 jours.

Douleur aiguë sur chronique

- Lors d'une intervention « aiguë », \emptyset la progression du tableau sous-jacent.
- *Toujours tenir compte de ce que prenait déjà le patient!*
- Deux options:
 - Tout convertir en courte action (CA).
 - Garder la longue action (LA) et ajouter une analgésie « aiguë ».
- L'équation se complique!



Retour sur les
questions...

Nouvelles
questions?



Questions reçues via le clavardage « privé »...

- Bonjour, j'aimerais savoir s'il existe un lien entre la consommation de cannabis ou autres produits dérivés et une tolérance aux opioïdes...même si les 2 molécules n'agissent pas sur les mêmes récepteurs...
 - Je n'ai pas de notion de tolérance croisée directe, mais les effets cognitifs, sédatifs et autres effets peuvent s'additionner et avoir un impact clinique...
 - Une collègue me mentionne de possibles éléments croisés avec le midazolam... mais à valider!

Questions reçues via le clavardage « privé »...

- Lorsqu'il y a un changement de dosage doit on tenir compte de la saturation de la tubulure avec la précédente dose?
 - En fait, il faut tenir compte du « contenu » de la tubulure...
- Métaboliseurs rapides et éveils matinaux avec beaucoup de douleur...
 - Il faut faire la différence à l'histoire entre un effet trop court ou une douleur plus importante nuit vs jours qui nécessite un ajustement différent de la LA...





Cas cliniques

Un peu de pratique...

Cas clinique #1

- ♂ 81 ans, M. Jay Malle, avec un diagnostic récent de néoplasie avancée du rein D. Il présente une douleur principalement localisée à la loge rénale D. Craintif, il a jusqu'à maintenant utilisé de l'acétaminophène pour soulager la douleur, mais celle-ci est de plus en plus difficile à supporter.
- Il a une HTA bien contrôlée avec une légère diminution de la fonction rénale pour son âge.
- Il demeure autonome et habite avec son épouse de 75 ans, Elora Malle.
- Après discussion, il est d'accord pour amorcer une médication analgésique plus efficace.
- Que lui proposeriez-vous?

Cas clinique #1

- Plusieurs options sont possibles...
 - Hydromorphone.
 - Oxycodone:
 - Douleur sera chronique... probablement progressive.
 - Longue action... à prévoir!
 - Morphine?
 - Moins tentant...
 - Fonction rénale diminuée.
 - Âge.
 - Mais si mini-dose, pourrait être une option de départ avec surveillance.
 - Timbre de fentanyl?
 - Pas rendu! Mais éventuellement intéressant...

Cas clinique #1

- Hydromorphone:
 - Dilaudid[®] 0,5 mg PO q 4 h PRN pour commencer...
 - Poursuivre acétaminophène 2x325 (ou 500 – 1 seul comprimé!) mg PO QID puisque bien toléré.
 - Suivi téléphonique de l'infirmière après quelques jours:
 - Bien toléré...
 - Prise HS et parfois vers 2h du matin en allant à la toilette.
 - Durant la journée, environ 3 doses...
 - Légère somnolence au début. Mieux.
 - Se dit beaucoup mieux soulagé dans l'ensemble.
 - Total: 2,5 mg PO/24h... Ø assez pour LA.
- Ah oui, et PEG-3350 avec explications!

Cas clinique #1

- Et si on avait choisi la morphine quand même???
 - Statex® 2,5 mg PO q 4 h PRN pour commencer... (1/2 co de 5 mg)
 - Poursuivre acétaminophène 650 mg PO QID puisque bien toléré.
 - Suivi téléphonique de l'infirmière après quelques jours:
 - Bien toléré...
 - Prise HS et parfois vers 2h du matin en allant à la toilette.
 - Durant la journée, environ 3 doses...
 - Légère somnolence au début. Mieux.
 - Se dit beaucoup mieux soulagé dans l'ensemble.
 - Total: 12,5 mg PO/24h...
 - Kadian® 10 mg die???
 - ED de sirop de morphine 1 mg q 2 h PRN.
 - Surveillance puis éventuellement rotation vers hydromorphone...
- Ah oui, et encore PEG-3350 avec explications!

Cas clinique #1

- Mais on a choisi l'hydromorphone... c'est OK.
 - Au fil du temps, le tableau se détériore et Mme Malle appelle l'infirmière pour mentionner que monsieur prend maintenant:
 - Dilaudid® 1 mg PO q 4h PRN:
 - Prise HS et parfois vers 2h du matin en allant à la toilette.
 - Durant la journée, environ 3 doses... et il sent qu'il devrait probablement en prendre plus souvent, car il demeure souffrant.
 - Ø effet 2o significatif, sauf des selles plus dures OK avec PEG-3350.
 - Total: 5 mg/24h...
 - Hydromorph Contin® 3 mg (q 12h) est la plus petite dose...
 - Zut...?
 - Considérant la douleur incomplètement soulagée, il est tout à fait justifié de tenter de débiter Hydromorph Contin® 3 mg PO BID:
 - Le soir, avec Dilaudid® 1 mg HS d'emblée... le 1^{er} soir seulement.
 - ED: Dilaudid® 0,5 mg PO q 2 h PRN...

Cas clinique #2

- Six ans plus tard...
- Mme Elora Malle, ♀ 81 ans, veuve depuis 3 ans, est heureuse de vous revoir. Elle vous remercie pour les bons soins à son époux qui s'est éteint paisiblement à la maison.
- Sereine, elle est accompagnée de sa fille, car elle a une néoplasie du sein avancée avec de nombreuses métastases hépatiques douloureuses.
- Elle habite chez sa fille, qui travaille de soir et qui n'est donc pas présente au coucher. Son petit-fils a oublié à quelques reprises de lui rappeler de prendre sa médication HS...

Cas clinique #2

- Médication actuelle:
 - Hydromorph Contin[®] 7,5 mg PO q 12h (oui... 3 mg + 4,5 mg).
 - Dilaudid[®] 1,5 mg q 2 h PRN. Prise assez environ die.
 - Bien soulagée dans l'ensemble... sauf lors d'oublis de la Rx HS...
- Elle s'alimente encore assez régulièrement, a de rares nausées bien soulagées avec halopéridol 0,5 mg PO q 4 h PRN. Elle a perdu du poids, mais comme elle le dit elle-même, elle avait un bon coussin!
- Quelles seraient les options?

Cas clinique #2

- Médication actuelle... idem!
 - Appels quotidiens HS... Application avec alarme...
 - Oui, mais pas sans failles!
- Rotation vers un timbre de fentanyl???
 - Hydromorphone PO: 7,5 mg x 2 + 1,5 mg ED = 16,5 mg/24h.
 - Conversion...
 - Règle de 3...
 - Tableau...
 - - 25% avant ou après???

Cas clinique #2

- Calcul 1: 16,5 mg... = ?
 - 34,375 mcg/h de fentanyl transdermique... Ouin?
 - - 25% = 25,78125 mcg/h... ouin ouin...!
 - On peut quand même arrondir à 25 mcg/h de fentanyl transdermique q 3 jours.
 - À débiter avec une dernière dose de Contin...
 - Et garder les mêmes ED ou Dilaudid 1 mg si crainte que soit moins toléré... à ajuster au besoin!

- Calcul 2: 16,5 mg... = ?
 - - 25% = 12,375 mg hydromorphone PO.
 - DONC, fentanyl transdermique 25 mcg/h q 3 jours!
 - Selon les cas, l'ordre de calcul peut faciliter!!!

Hydromorphone 12 mg PO /24
≈
fentanyl transdermique 25 mcg/h

Cas clinique # 3

- ♂ 63 ans, M. Übelkeit, avec néoplasie du côlon. Subocclusion de novo.
 - Rx usuels:
 - Hydromorph Contin® 9 mg PO BID.
 - Dilaudid® 2 mg PO q 2h PRN.
 - Lorazépam 1 mg HS régulier + 0,5 mg BID PRN.
 - Antérieurement bien soulagé avec LA. Prise de 6 ED/jour dans les 2 derniers jours par contre.
 - Nausées très incommodantes. Vomissements si PO tenté.
 - Très fatigué.

Cas clinique #3

- Une PSCC serait très intéressante...
- Avec quoi?
 - Hydromorphone PO total – sur 24 heures:
 - (2 x 9 mg) + (6 x 2 mg) = 30 mg PO.
 - Conversion en s/c: 15 mg.
 - Lorazépam... non compatible.
 - Midazolam 5 mg.
 - Une conversion *non officielle* midazolam (Versed®) vs lorazépam (Ativan®):
 - 5 mg midazolam = 1 mg lorazépam.
 - Nausées:
 - Halopéridol 1 mg.

Cas clinique #3

- Ajustement à la hausse ou à la baisse de l'analgésie « calculée »:
 - Malabsorption?
 - Douleur mal contrôlée?
 - Jugement clinique...
 - Surveillance... et ajustements... Toujours!
- Ne pas oublier de prescrire les entredoses...

#3 PSCC à débit fixe... ordonnance

• Débuter perfusion s/c dans NS 100 mL avec:

- Dilaudid® 15 mg
- Midazolam 5 mg
- Halopéridol 1 mg

à passer en 24h

Dilaudid® 9 à 12 mg serait une autre possibilité si on considère une potentielle malabsorption du PO dans les jours précédents → considérer seulement LA antérieur ou 50% des ED...

Surveillance + ajustements... importants!

• Dilaudid® 1,4 mg s/c q 1 h PRN (ou 1 mg s/c).

• Midazolam 2,5 mg q h PRN ou lorazépam 0,5 (0,4!) mg s/c q 6 h PRN.

• Halopéridol 0,5 mg s/c q 4 h PRN.

Dilaudid® 2 mg/mL
Lorazépam 4 mg/mL

Cas clinique #4

- ♂ 72 ans avec # pathologique de l'humérus et métastases osseuses antérieures...
- Analgésie à l'admission:
 - Hydromorph Contin[®] 9 mg PO q 12h
 - Dilaudid[®] 2 mg PO q 2 h PRN, en prenait rarement.
- Post-op:
 - Hydromorph Contin[®] 9 mg PO BID + Dilaudid[®] 1 mg s/c q 4 h rég.
 - ED: Dilaudid[®] 1,5 mg s/c q 2 h PRN. Hein???

#4 - Hein? ED > dose « régulière »?

- Lorsqu'il y a une LA à laquelle on ajoute une analgésie CA « aiguë », l'entredose doit tenir compte à la fois du LA et du CA → dose totale sur 24 heures:
 - Hydromorph Contin[®] 9 mg PO BID = 9 mg Dilaudid[®] s/c par 24 h – chronique.
 - Dilaudid[®] 1 mg s/c q 4 h = 6 mg Dilaudid[®] s/c par 24 h – aigu.
 - Total: 15 mg de Dilaudid[®] s/c par 24 h DONC:
 - ED: Dilaudid[®] 1,5 mg s/c q 2 h PRN.
- Ne pas oublier de donner le LA en pré-op et post-op si le patient est stable... sinon, il y aura un déficit!

#4 - Une seule affaire, c'est plus simple?!

- Si on veut tout mettre en courte action...
 - Dilaudid® 15 mg par 24 h / 6 =
 - 2,5 mg s/c q 4 h régulier.
 - 1,5 mg s/c q 2 h PRN.
- Analgésie 301a:
 - Dilaudid® régulier = 2 mg / mL (ampoules de 1 mL).
 - Volume par papillon = max. 2 mL par injection.
 - Réfléchir à ce qui est le plus pratique et qui rejette le moins d'hydromorphone l'eau qui arrivera à l'usine de filtration!

#4 - Au congé post intervention

- Selon l'évolution, s'ajuster...
- Douleur aiguë = analgésie aiguë...
- Douleur chronique = analgésie chronique...
- Scénario vraiment aigu avec douleur encore présente...
 - Naïf avant – Ø douleur chronique escomptée – on reste dans l'aigu:
 - Analgésie post-op: Dilaudid 1 mg s/c q 4 h + Dilaudid 0,5 mg s/c q 2 h PRN.
 - Bien toléré, prise ED occasionnelle - on est en business:
 - Prescription de congé: Dilaudid 2 mg PO q 4 h rég. + Dilaudid 1 mg PO q 2 h PRN.
 - **EXPLICATIONS:** quand plus d'ED nécessaires... on diminue progressivement la dose régulière... on n'attend pas les nausées et la somnolence!

#4 - Ils sont pas tous naïfs... surtout en SP...

- Pas naïf pantoute – Ø nouvelle douleur chronique escomptée – on joue sur les deux tableaux:
 - Hydromorph Contin[®] 12 mg PO q 12 h + Dilaudid[®] 2 mg PO q 4 h PRN à l'admission.
 - Analgésie: Hydromorph Contin[®] 12 mg PO BID + Dilaudid[®] 1 mg s/c q 4 h régulier + Dilaudid[®] 2 mg s/c q 2 h PRN.
 - Bien soulagé... aucune ED dans les derniers 24 h, un peu plus somnolent...
 - Au congé: Hydromorph Contin[®] 12 mg PO q 12 h + Dilaudid[®] 2 mg PO q 2 h PRN en expliquant de ne pas hésiter à en prendre, surtout au début!
 - Assez bien soulagé, mais encore 1 ou 2 ED / jour:
 - Même prescription... avec instruction de prendre le Dilaudid[®] 2 mg aux 4 heures au moins au début!

#4 - Et parfois la douleur est là pour rester...

- Pas naïf pantoute – nouvelle douleur chronique installée – on joue sur le chronique:
 - Hydromorph Contin[®] 12 mg PO q 12 h + Dilaudid[®] 2 mg PO q 4 h PRN à l'admission.
 - Analgésie: Hydromorph Contin[®] 12 mg PO BID + Dilaudid[®] 1 mg s/c q 4 h régulier + Dilaudid[®] 2 mg s/c q 2 h PRN.
 - Bien soulagé depuis quelques jours... 1 ou 2 ED / jour:
 - Au congé: Hydromorph Contin[®] 18 mg PO q 12 h + Dilaudid[®] 3 ou 4 mg PO q 2 h PRN.



Références

Pour aller plus loin...

Références

- Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie. Guide d'exercice CMQ. 05/2015. 60 p.
 - <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-soins-medicaux-derniers-jours-de-la-vie.pdf?t=1605625580465>
- Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes, APES, 5^e éd. 2017. 519 p.
- Boulanger A, Les opiacés et la douleur chronique : comment amorcer le traitement. *Le Médecin du Québec* 2003 ; 38 (6) : 63-70.
 - <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/063-070BOULANGER0603.pdf>



Références

- Mini-guide Palli-Science, 22^e éd. 2021.
 - Téléchargeable gratuitement et mis à jour à chaque année.
 - Application IOS / Android (Ø \$)
 - PDF (Ø \$)
 - <http://pdf.palli-science.com/books/zdeq/>
 - Version papier (\$)



22^e
édition
2021

Mini-guide
Palli-Science

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

Fondée 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

Références

- Pharmacologie des opioïdes – Dre Anh Nguyen – novembre 2018
 - <https://anesthesiologie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/2018/11/9.Opioi%CC%88des.pdf>
- Opioïdes: Équivalences / Conversions – Dre Anh Nguyen
 - <https://anesthesiologie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/2018/11/Dre-Nguyen.pdf>
- Opioïdes d'ordonnance, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances – <https://www.ccsa.ca/fr>
 - <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2020-fr.pdf>



Références

- La coanalgésie en soins palliatifs:
 - <https://palli-science.com/le-grand-livre-des-soins-palliatifs/la-co-analgesie-en-soins-palliatifs>
- Contrôler la douleur neuropathique: la méthadone en coanalgésie. P. Vinay et le comité de rédaction de la SQMSP:
 - <https://palli-science.com/sites/default/files/PDF/douleur.pdf>

Références - NIM



**Pour être au niveau...
NIM en temps COVID-19**



Anne Bhéreur, M.D., CCMF (SP), FCMF
Médecine familiale et soins palliatifs
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Professeure-adjointe de clinique
Faculté de médecine - Université de Montréal
Avril 2020

- Version imprimable – PDF
 - https://drive.google.com/open?id=1Tqt2dcWRQINkQYqc2jgw-8_2R66-bmH
- Lecture – PDF
 - https://drive.google.com/open?id=1ZmNcNJaJAWJrakovY75jK_Dc5UnlgOulX
- PowerPoint
 - <https://drive.google.com/open?id=1NyOe-aaFDFRCy88lvPFsOja9NcdsvPpY>

- Niveaux de soins. Niveaux d'interventions médicales (NIM): Parlons-en. MSSS 24 avril 2020.
 - Coffre à outils pour la conversation avec les personnes vivant dans la communauté.
 - <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-395W.pdf>

Références COVID – Documents CIUSSS NIM

Long document détaillé sur les soins de confort adaptés aux particularités de la pandémie de COVID-19.



- Format impression – PDF
 - <https://drive.google.com/open?id=1fMztUkGgGd05BY4xG9kSzPgZvSfArbm9>
- Format consultation – PDF
 - <https://drive.google.com/open?id=1PfJj7Y22ATxcgWCNbD4MOzKfZY3jJcGz>
- Format PowerPoint
 - <https://drive.google.com/open?id=1bj4lv4biquOxGKohBE2Mozkc-959x9qg>

Références COVID – Documents CIUSSS NIM

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Informations
générales

GUIDE SIMPLIFIÉ POUR SOINS DE CONFORT COVID-19

- <https://drive.google.com/open?id=1I4IoB99qR5qcwJR7RLPwqvVruDBp5E5>

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Perfusion sous-cutanée continue
CH – Moyenne concentration

GUIDE SIMPLIFIÉ POUR SOINS DE CONFORT – COVID-19

- <https://drive.google.com/open?id=1MzXqXsgNyaXeEp8UXQiaJuk6ytd1TVVM>

*Perfusions sous-cutanées en continu en centre hospitalier – la **concentration moyenne**. Considérant que les pénuries de médicaments sont actuellement résolues, la concentration moyenne devrait probablement être celle utilisée aussi en CHSLD afin d'utiliser de plus petits débits de perfusion, même chez des patients qui ne sont pas naïfs aux opiacés...*

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Perfusion sous-cutanée continue
CHSLD – Faible concentration

GUIDE SIMPLIFIÉ POUR SOINS DE CONFORT – COVID-19

- <https://drive.google.com/open?id=15DAj--pe5uPIKmwZLr5LNzSuRWVL9AqT>

*Perfusions sous-cutanées en continu en CHSLD – la **faible concentration**. L'information demeure présentée, mais **il ne s'agit pas de la solution la plus versatile**. Voir la mention avec le guide précédent.*



Références COVID – Documents CIUSSS NIM

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Analgésie intermittente ou
fentanyl transdermique**

GUIDE SIMPLIFIÉ POUR SOINS DE CONFORT – COVID-19

- <https://drive.google.com/open?id=1cyVuoXQGUOSBQCzml3EQQMt6bZR62JtE>

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Râles bronchiques &
protocole de détresse**

GUIDE SIMPLIFIÉ POUR SOINS DE CONFORT – COVID-19

- <https://drive.google.com/open?id=1T4kTkFsl7zPvu4U2Dx0o1bFBRJRNdqC>

Tableau des correspondances des doses vs le débit des perfusions standardisées
Perfusions sous-cutanées continues

- <https://drive.google.com/open?id=1M7vT0wPUiSOU9xFoInB3Mu4U53-gsBc8>

Références COVID – Documents CIUSSS NIM

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Soins infirmiers

GUIDE SIMPLIFIÉ POUR SOINS DE CONFORT – COVID-19

- https://drive.google.com/open?id=1EBrijDkWR_tJSC4uO6-CNr7ogOFWza8xr

Le petit guide pour les infirmières initialement préparé par l'équipe des soins palliatifs a été complété par Jocelyne Lacroix de la DSI. Pour garder le même lien déjà diffusé, les liens vers les nouveaux guides sont dans celui-ci!

Références COVID – Gabarit d'ordonnances

- CIUSSS NIM:
 - Basé sur les ordonnances de soins palliatifs, avec adaptation COVID – non officiel.
 - PDF: <https://drive.google.com/file/d/1YVJ578U6jRjZgjcZ446HP1iuiUhsoXrD/view?usp=sharing>
 - Word: <https://drive.google.com/file/d/1yrLgw1YuP8JPPsoEheOg3ULzCbTWPcfo/view?usp=sharing>



Références... pour aller encore plus loin!

- Gestion de la douleur (cours – vidéos) – Dr Yvon Beauchamp
 - <https://palli-science.com/videos/gestion-de-la-douleur>
- Co-analgésie:
 - Pharmacologie de la douleur aiguë / Co-analgésie – Dre Anh Nguyen
 - <https://anesthesiologie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/33/2018/11/12.-Adjuvants.pdf>
- Méthadone:
 - L'usage facile et sécuritaire de la méthadone, Yvon Beauchamp, M.D.
 - http://palli-science.com/sites/default/files/usage_facile_methade_0.pdf



Musique



Créé par 588ku
pngtree.com

- **Titre:** *Journey's Reflection*
- **Compositeur:** *Darren Curtis*
- **Source:** <https://darrencurtis.bandcamp.com>
- **Licence:** <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.fr>
- **Téléchargement (7MB):** <https://auboutdufil.com/?id=499>



Merci...

Soyez
prudents...



ENSEMBLE...
ON VA S'EN SORTIR!

