

LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CANCÉREUSE

Renée Dugas M.D.
Soins-palliatifs,
C.H.U.M.
Hôpital Notre-Dame





TYPES DE DOULEURS

NOCICEPTIVE : associée à un dommage tissulaire continu et actuel

■ **somatique:**

- bien localisée, sensible à la pression
- associée à un afférent primaire somatique : os, articulations, muscles, peau



TYPES DE DOULEURS

NOCICEPTIVE: associée à un dommage tissulaire continu et actuel

■ **viscérale**:

- diffuse et pauvrement différenciée
- accompagnée par des réflexes moteurs autonomes :
 - nausée et vomissement
- référée à distance:
 - douleur pelvienne ressentie en pré sacrée
- ne provient pas de tous les viscères :
 - causée par de la distension



TYPES DE DOULEURS

NEUROPATHIQUE:

Résultat d'une interprétation somato-sensorielle aberrante provenant du système nerveux central ou périphérique

- déafférentation : centrale, fantôme et névralgie post-herpétique
- poly et mono neuropathie périphérique
- syndrome de douleur régionale complexe :
dystrophie sympathique réflexe ou causalgie



Origines les plus fréquentes

■ ENVAHISSEMENT LOCAL:

- Capsulaire
- Neurologique
- Obstructif

■ MÉTASTASES :

- Osseuses
- Hépatiques
- Pleurales
- Cérébrales



Crainces reliées à la toxicomanie

■ Tolérance:

- C'est un phénomène physiologique défini comme une \uparrow de dose pour garder le même effet thérapeutique

■ Dépendance physique:

- Caractérisée par l'apparition de phénomènes de sevrage à l'arrêt brusque du médicament



Craintes reliées à la toxicomanie

- Dépendance psychologique:
 - Mauvaise utilisation du médicament ou mauvaise compréhension de l'utilisation du médicament «je veux endormir la douleur»

- Pseudo dépendance :
 - Patient semble obsédé pour obtenir la médication anti-douleur car sa douleur n'est pas contrôlée.... il a besoin d'ajustement de dose et de médicament.



Phénomènes moins suggestifs de dépendance

- Plainte agressive sur le besoin de plus de médicament
- Mise en réserve de médicament dans les périodes d'accalmie
- Demande spécifique de certains médicaments
- Demande des mêmes médicaments à d'autres prescripteurs de façon non dissimulée



Phénomènes moins suggestifs de dépendance

- Escalade occasionnelle des doses sans avertissement
- Utilisation de médicaments non reconnus pour traiter d'autres symptômes
- Anxiété intense à la possibilité du retour de certains symptômes



ÉVALUATION DE LA DOULEUR

- Histoire médicale complète et examen physique.
- Avoir une règle graduée (1 à 10) et se baser sur l'évaluation du patient et non la nôtre.
- Poursuivre une investigation pour mieux localiser une douleur.
- Commencer à soulager même s'il manque des résultats d'investigation.



NOTIONS FONDAMENTALES

- Retenir le concept de douleur totale.
- Éduquer les proches du patient et les faire participer aux soins.
- Travailler en collaboration avec les autres intervenants.
- Être souple dans notre traitement.
- Demander de l'aide.



PLAN DE TRAITEMENT

- Choisir le traitement en fonction de l'intensité de la douleur (WHO) et par étape.
- Choisir la voie d'administration la mieux adaptée au patient (orale, sublinguale, transcutanée, intra rectale, sous-cutanée, etc...)
- Prévoir une administration régulière si la douleur est constante.



PLAN DE TRAITEMENT

- Prévoir un traitement adjuvant à tous les stades
- Prévoir une entre-dose
- Prévoir les effets secondaires et les prévenir
- Prévoir un laxatif à tous les niveaux
- Demeurer en contact avec le patient
- Demeurer en contact avec les autres intervenants



DOULEURS DE FAIBLE INTENSITÉ

- **ACÉTAMINOPHÈNE**: action sur les récepteurs NMDA
 - ne pas dépasser 4 gr die
 - ne pas dépasser 2 gr die chez les insuffisants hépatiques
- **AAS** :
 - ne pas dépasser 4 gr die
 - risque de saignement digestif
- **AINS** :
 - risque de saignement digestif
 - surveiller l'insuffisance rénale
 - penser aux nouveaux AINS COX-2



DOULEURS DE MOYENNE INTENSITÉ

CODÉINE :

- ne pas dépasser 720 mg die
- ne pas dépasser 2 à 3 co. de combinaison 30 ou 60 mg de codéine avec Acétaminophène 325 mg
car on dépasse le seuil toxique
d'Acétaminophène par 24 heures



DOULEUR DE FAIBLE INTENSITÉ

OXYCODONE

- considérée comme opiacé faible lorsque combinée à l'Acétaminophène ou à l'AAS
- Oxycodone 5 mg + Acétaminophène ou AAS 325 mg /co et total de 2 co aux 4 hres pour éviter les problèmes hépatiques



Douleur d'intensité progressive

LES OPIACÉS LES PLUS COURANTS:

- Morphine
- Oxycodone
- Hydromorphone
- Fentanyl
- Méthadone



OPIACÉS À ÉVITER

- MÉPÉRIDINE:
 - car la normépéridine, un métabolite actif, est neurotoxique et cause des psychoses, des convulsions, des myoclonies ...
- PENTAZOCINE:
 - car il est agoniste sur les récepteurs kappa et antagoniste sur les récepteurs Mu
- BUPRÉNORPHINE :
 - agoniste partiel Mu 1
- BUTORPHANOL :
 - agoniste kappa et sigma



EQUIVALENCE ANALGESIQUE

<u>Médicament</u>	<u>Dose orale</u>	<u>Dose s.c.</u>
Morphine	20 mg	10 mg
Codéine	200	120
Oxycodone	15	N/D
Hydromorphone	4	2
Fentanyl	N/D	0.1



AUGMENTATION ET ENTRE DOSE

- Se fier aux équivalences analgésiques
- Calculer la dose pour 24 heures et diviser par 6 pour avoir la dose aux 4 heures
- L'entre dose sera la demie de la dose aux 4 heures
- L'entre dose peut varier de 5 -15% de la dose totale journalière
- La somme des entre doses sert à réajuster la dose des 24 heures; on la vérifie aux 24-48 heures
- Chez des patients ne recevant pas les e.d., on peut augmenter de 30 à 50 % la dose du dernier 24 heures
- Augmentation de la dose de 24 heures si plus de 3-4 e.d. die pour 48 heures



AUGMENTATION

Morphine, voie orale :

- 5-10-15-20-30-40-50-60-70-80-90-100
-----5mg-----10mg-----
- >100mg , augmentation par palier de 20 à 30 mg

Morphine, voie parentérale :

- 2.5-5-7.5-10-15-20-25-30-35-40-45-50
-----2.5mg-----5mg-----
- >50mg, augmentation par palier de 10à15 mg



AUGMENTATION

Hydromorphone, voie orale :

■ 1-2-3-4-5-6-8-10-12-14-16-18-20
-----1 mg-----2 mg-----

■ >20 mg, augmentation par palier de 2 à 3 mg

Hydromorphone, voie parentérale:

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

■ >10 mg, augmentation par palier de 2 à 3 mg



CONVERSION

- **Codéine Contin, Ms Contin, Hydromorph Contin, M-Eslon :**
 - diviser la dose opiacée de 24 heures par 2
 - Le M-Eslon est en granules et possède un dosage de 10 mg
 - L'Hydromorphe Contin est aussi en granules (utile pour les gastrostomies)
- **Kadian :**
 - dose équivalente de morphine pour 24 heures
- **Fentanyl timbre cutané :**
 - le 1/100 de la dose de morphine à l'heure et choisir le timbre le plus près pour 48-72 heures



VOIES D'ADMINISTRATION

ORALE :

- premier choix car très simple et il existe des formulations à libération prolongée pour plusieurs opiacés mais impensable si :
 - nausée réfractaire
 - occlusion intestinale

INTRA RECTALE :

- très pratique dans les deux situations précédentes
- il existe des suppositoires de morphine de longue durée



VOIES D'ADMINISTRATION

Trans muqueuse buccale :

- très bonne absorption du Fentanyl et de la Méthadone
- les pastilles de Fentanyl sont disponibles en préparation d'officine



VOIES D'ADMINISTRATION

TRANSDERMIQUE :

- timbre de Fentanyl disponible et utile dans les situations de constipation sévère, d'occlusion et de nausée
- important d'éviter les zones avec un envahissement cutané ou lymphatique



VOIES D'ADMINISTRATION

TRANSDERMIQUE :

- une crème de morphine peut être préparée sur demande
- la crème nitro (crème de NO) peut être utilisée pour soulager les douleurs de fissure anale et aussi diminuer le spasme musculaire associé



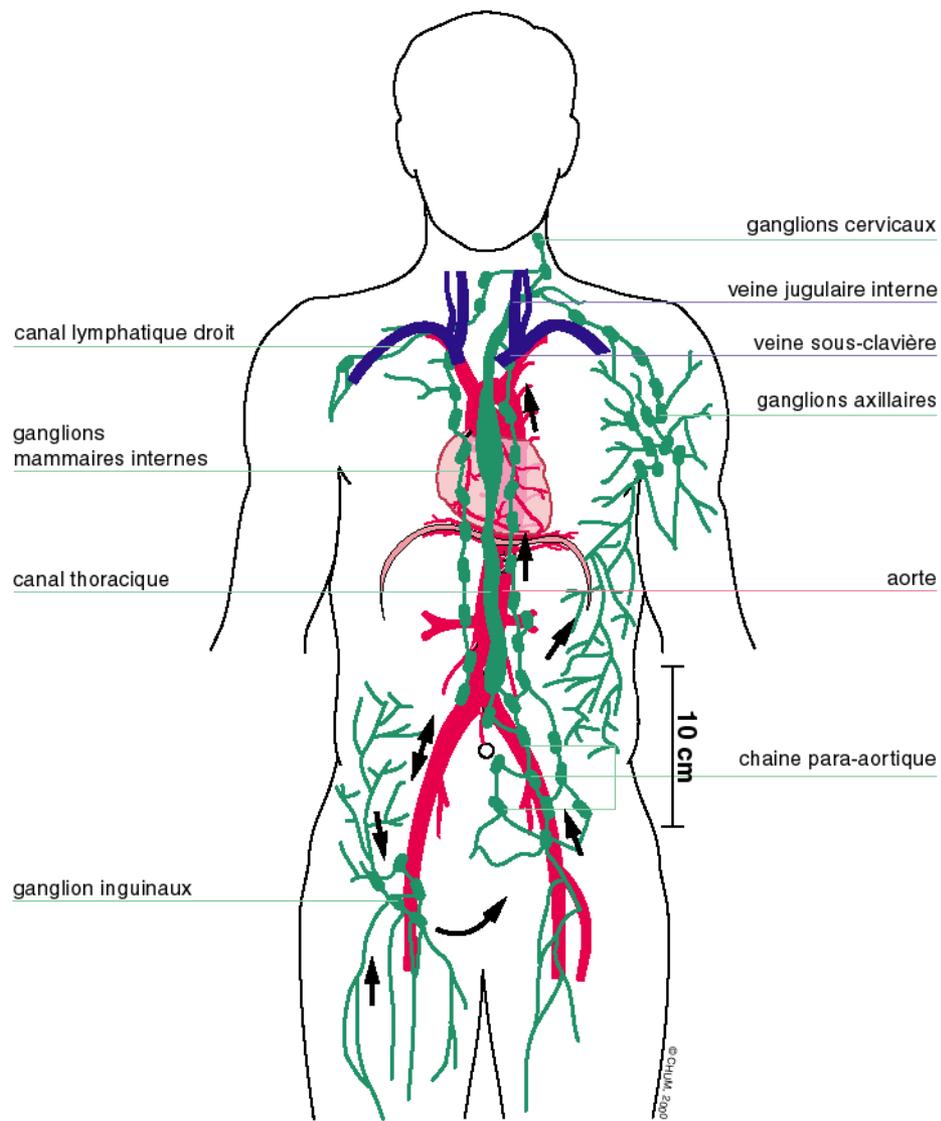
VOIES D'ADMINISTRATION

SOUS-CUTANÉE :

- surtout dans les situations de réajustement majeures
- dans les cas de problèmes oraux et digestifs
- sites préférés
 - avec un bon drainage lymphatique
 - près des vaisseaux collecteurs
 - de préférence choisir le thorax et l'abdomen supérieur



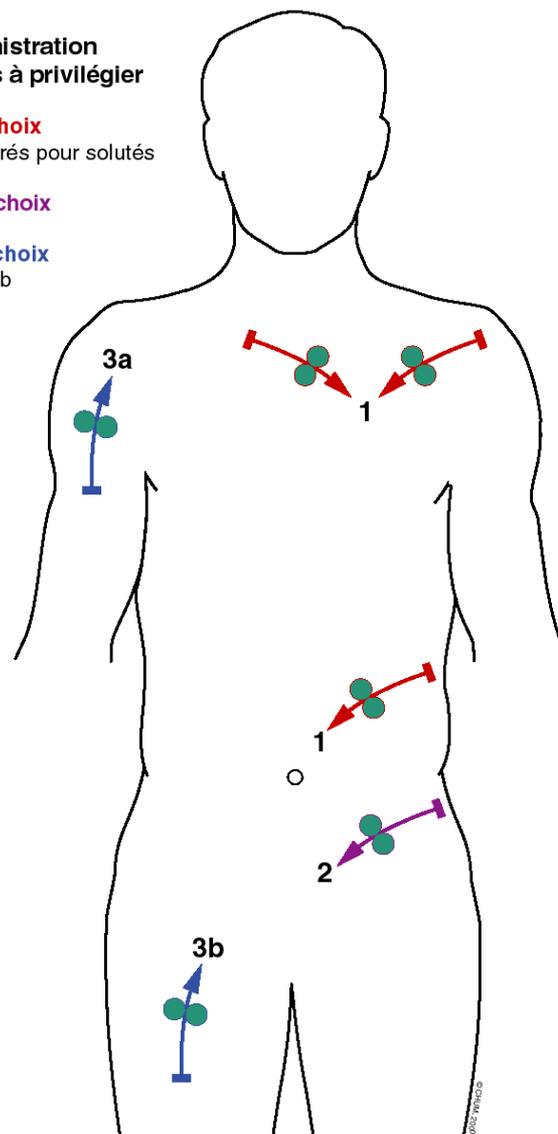
Direction des drainages lymphatiques





Sites d'administration sous-cutanés à privilégier

- 1 : **Premiers choix**
- sites préférés pour solutés
- 2 : **Deuxième choix**
- 3 : **Troisième choix**
- 3a avant 3b



Renée Dugas m.d.
Soins palliatifs CHUM, Notre-Dame



VOIES D'ADMINISTRATION

En dehors de la voie orale, les autres voies (même la voie rectale) permettent d'éviter le premier passage hépatique



EFFETS SECONDAIRES

- La nausée, surtout en début de traitement, disparaît en général
 - la scopolamine en timbre contrôle bien ce symptôme chez les patients sujets au mal des transports
- La nausée secondaire à l'irritation de la CTZ et de la stase gastrique
 - sera bien contrôlée avec le Métopropramide (Maxeran®)
- La constipation, problème persistant
 - nécessitant la prescription de laxatif continuellement: le Fentanyl est un bon choix chez les patients très constipés



EFFETS SECONDAIRES

■ La somnolence

- dure la première semaine
- il faut rassurer les patients car ils cessent facilement de prendre leur médication
- du méthylphénidate (Ritalin) 2,5 à 5 mg die à b.i.d. contrôle cette somnolence

■ La confusion

- se présente surtout chez les patients âgés
- nécessite parfois l'utilisation de neuroleptiques:
 - L'Halopéridol est un bon choix car il est aussi antinauséeux



EFFETS SECONDAIRES

■ Les myoclonies

- se retrouvent avec les doses élevées
- chez les insuffisants rénaux:
 - les benzodiazépines tel le Lorazépam (Ativan[®]) et le Midazolam (Versed[®]) contrôlent efficacement.

■ La rétention urinaire

- est rare et surtout chez les personnes âgées:
 - l'Urécholine, 10 à 30 mg t.i.d. permet un retour à la normale



EFFETS SECONDAIRES

■ L'hyperalgésie

- Se manifeste par un non soulagement de la douleur
- Se manifeste par des myoclonies réfractaires au traitement conventionnel
- Nécessite une cessation de l'opiacé
- Nécessite l'utilisation du Midazolam à forte dose
- On peut prescrire une sédation profonde avec l'utilisation d'une forte dose de phénobarbital et même de Propofol



EFFETS SECONDAIRES

- La dépression respiratoire inquiète beaucoup et ne se retrouve jamais avec un bon ajustement des doses et une progression en suivant les paliers d'augmentation
- La sédation palliative est une solution pour des douleurs ou autres symptômes incontrôlables chez des patients en phase terminale... une fois la douleur soulagée, il y aura, à l'occasion, retour à un éveil



LA MÉTHADONE

- Bonne alternative dans des situations difficiles:
 - Escalade des opiacés rapide et dépassant plus de 1 gr de morphine die
 - Douleur neuropathique non contrôlée avec tous les médicaments reconnus comme efficaces
 - Effets secondaires avec tous les opiacés reconnus, même à petite dose



LA MÉTHADONE

- Commencer avec 10% de la dose sous-cutanée équivalent morphine
- Ajuster la dose en ajoutant die pour les 2 à 5 premiers jours 10 % de la dose die des entredoses en équivalent morphine sous-cutanée
- Garder l'ED dans l'opiacé de base
- ↓ de la dernière ↑ de ED si somnolence
- Lorsque stabilité, convertir les ED en Méthadone à 10% de la dose journalière et maximum de 6 die



LA MÉTHADONE

- Pour d'autres méthodes de conversion à la Méthadone, se référer au cours sur la Méthadone



LA TOLÉRANCE

Avec l'utilisation du même opiacé pendant plusieurs mois

- une diminution d'analgésie peut s'installer
- la rotation avec d'autres opiacés règle ce problème associé surtout à une tolérance hépatique.



LES COANALGÉSIFIQUES

- LES A.I.N.S.
- LES BIPHOSPHONATES
- LES CORTICOSTÉROÏDES
- LES ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES
- LES ANTICONVULSIVANTS



LES COANALGÉSIFIQUES

- LES AGENTS STABILISATEURS DE MEMBRANE
- LES BENZODIAZÉPINES
- LES TRANQUILISANTS MAJEURS
- LES AUTRES...



LES A.I.N.S.

ACTION:

- ils interfèrent avec la production de substances algogènes (prostaglandines...)
- les nouveaux COX-2 sont des inhibiteurs sélectifs de la cyclooxygénase-2 et présentent moins de toxicité gastrique



LES A.I.N.S.

- ils sont le premier choix dans les douleurs osseuses
- leur utilité est diminuée chez les patients à risque de saignements
- une protection digestive est à prévoir
 - le NO peut protéger la muqueuse gastrique et la nitro timbre cutané ou sub linguale peut être considérée dans les malaises persistants après ajout d'un antiacide (Omeprazole)



LES A.I.N.S.

- la fonction rénale doit être vérifiée régulièrement
- ils sont efficaces dans les spasmes musculaires pelviens



LES A.I.N.S.

- TRÈS LIÉS AUX PROTÉINES
- LEUR ACTION EST AUGMENTÉE LORSQU'IL Y A HYPOALBUMINÉMIE



LES A.I.N.S.

- **Naproxen** 500mg p.o. ou i.r. die , en phase aiguë de 750 à 1000 mg die, demi-vie longue
- **Ibuprofène** (Advil ©, Motrin ©) 400mg p.o. t.i.d. à q.i.d. , max. 2400 mg die, demi-vie courte
- **Célécoxib** (Celebrex ©) 100 à 200 mg b.i.d.
- **Rofécoxib** (Vioxx ©) 25 à 50 mg die.



LES A.I.N.S. ALTERNATIVE

- **Calcitonine** : 100 U die x 7 jours, puis possibilité de 100 U i.m. q 3 ou 4 jours pour de longues périodes (années): utile dans les myélomes multiples
- **Miacalcin** © en inhalation nasale: utile à 200 ou 400 U die
- Dose test de 1 U intradermique avant de débiter. Ceci n'est pas nécessaire avec le Miacalcin ©



LES BIPHOSPHONATES

Action :

Analogues des pyrophosphates, ils inhibent la résorption osseuse ostéoclastique associée aux métastases osseuses. Ils peuvent même prévenir l'ostéolyse en empêchant les métastases de se fixer à l'os.



LES BIPHOSPHONATES

- Médicaments de choix dans les douleurs osseuses réfractaires
- Hydratation à surveiller car il y a un risque d'insuffisance rénale aiguë
- Calcémie à vérifier pré et post traitement car il y a un risque d'hypocalcémie



LES BIPHOSPHONATES

- Dans les situations de métastases osseuses ostéolytiques multiples, ils deviennent un premier choix en pensant au risque important de fracture pathologique et d'écrasement vertébral



LES BIPHOSPHONATES

- **Pamidronate:**

60 à 90mg. i.v. q 4 à 5 sem. Dans un G/E 5% (250 cc à 500 cc) ou un NaCl 0.9% à donner en 2 à 5 heures

- **Zolendronate:**

4 mg i.v. q 4-5 sem.

Donner dans 50-100 ml de G/E 5% ou 0.9 NaCl en 15-60 min



LES CORTICOSTÉROÏDES

Action:

- Ils diminuent l'œdème péri-tumoral en diminuant la perméabilité capillaire et ainsi diminuent les douleurs de compression .
- Ils inhibent la synthèse des prostaglandines . Ceci expliquerait leur action sur les douleurs osseuses
- Ils semblent diminuer les décharges nerveuses spontanées, ceci expliquerait leur utilité dans les douleurs neuropathiques



LES CORTICOSTÉROÏDES

Exacerbation douloureuse

- Dans les douleurs osseuses, pour pouvoir réévaluer nos traitements
 - à la place des A.I.N.S.
 - ou ajouter aux A.I.N.S.
 - Dexaméthasone 4 à 16 mg die pendant 1 à 2 sem.



LES CORTICOSTÉROÏDES

Douleur par œdème:

- Métastases cérébrales
 - Fortes doses rapidement : Dexaméthasone 16 à plus de 20 mg. p.o. ou s.c. die et réajuster le traitement
- Risque de compression médullaire.
 - Dexaméthasone 16 à 20 mg, indication possible de 50 à 100 mg



LES CORTICOSTÉROÏDES

Oedème et compression :

- Douleurs viscérales par distension capsulaire
 - (Décadron[®]) 4 à 16 mg p.o. die pour 5 à 7 jours et diminuer à la dose minimale efficace.
- Occlusion sur carcinomatose :
 - (Décadron[®]) 16 à 20 mg s.c. die et si réponse, diminuer en 5 jours à la dose minimale efficace p.o.



LES CORTICOSTÉROÏDES

Douleurs neurologiques :

- Ils permettent une plus grande sensibilisation aux opiacés
 - Dexaméthasone 2 à 16 mg die et lorsque amélioration clinique, diminution à la dose minimale efficace



LES CORTICOSTÉROÏDES

- Ils sont de bons stimulants de l'appétit et de l'état général :
 - effet secondaire bien apprécié pour ces patients



LES ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES

Action : sur le système nerveux central et périphérique

- Ils inhibent la recaptation présynaptique de la sérotonine et de la noradrénaline au niveau des terminaisons nerveuses du système nerveux central: ils sont ainsi des modulateurs du faisceau inhibiteur descendant .
- Ils sont des modulateurs puissants des canaux sodiques



LES ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES

- Ils contrôlent surtout les douleurs se présentant comme des brûlures.



LES ANTIDÉPRESEURS TRICYCLIQUES

- **Amitriptyline** (Elavil[©]) :
10 à 150 mg p.o. die le soir
- **Nortriptyline** (Aventyl[©]) :
10 à 150 mg die le soir *(bloque surtout la
recaptation de la N-adrénaline) ,
- **Désipramine** (Norpramin[©]):
25 à 50 mg p.o. t.i.d.*



LES AUTRES ANTIDÉPRESSEURS

■ Action:

- modulateurs des faisceaux inhibiteurs descendants
- ils sont surtout des inhibiteurs sélectifs de la recaptation présynaptique de la sérotonine (ISRS)

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| ■ Paroxitine (Paxil [©]) | 5 à 30 mg die |
| ■ Citalopram (Celexa [©]) | 10 à 30 mg die |
| ■ Sertraline (Zoloft [©]) | 25 à 100 mg die |



LES ANTIDÉPRESSEURS

Effets indésirables surtout avec les tricycliques:

- effets anticholinergiques
- sédation

Incompatibilité:

- avec la Mexilétine: danger de torsade pointe même avec le Paxil ©



LES ANTICONVULSIVANTS

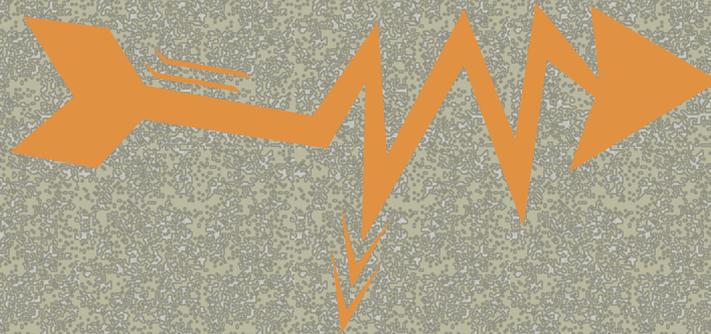
Action: modulateurs de la sensibilisation périphérique, sur le SNP

- Ils sont des modulateurs de canaux sodiques et préviennent le développement de décharges spontanées ectopiques
- ont une action semblable aux stabilisateurs de membrane



LES ANTICONVULSIVANTS

Utiles pour les douleurs lancinantes et en coup de poignard.





LES ANTICONVULSIVANTS

- **Carbamazépine (Tégréto[®])**:
100 mg die à 400mg t.i.d.
 - Action secondaire: ↑ la sécrétion de sérotonine et la transmission de dopamine
- **Oxcarbazépine (Trileptal[®])**:
150 mg die...
 - Semble plus efficace que la Carbamazépine avec moins d'effets secondaires



LES ANTICONVULSIVANTS

- **Acide valproïque (Dépakène[©]):**
250 mg die à 500 mg t.i.d.

- **Topiramate (Topamax[©]):**
15 mg die à 25 mg...



LES ANTICONVULSIVANTS

■ **Gabapentin (Neurontin[©]) :**

100mg t.i.d. ou q.i.d. à 300 mg t.i.d. et plus de 3 gr à l'occasion:

- ne jamais cesser brusquement car risque possible de psychose ;
- Souvent utilisé en première ligne

Mécanismes d'action:

- Action centrale partielle au niveau de la corne postérieure
- Il semble agir comme bloqueur des canaux calciques de type N différents des canaux calciques cardiaques de type L



LES ANTICONVULSIVANTS

- Souvent utilisés avec les antidépresseurs tricycliques
- Peuvent être utilisés avec les stabilisateurs de membrane



LES STABILISATEURS DE MEMBRANE

Action: sur la sensibilisation périphérique SNP

- Ils sont des modulateurs de canaux sodiques: ils bloquent la progression du potentiel d'action lorsque appliqués directement sur l'axone .
- Il y a suppression des décharges électriques spontanées originant de lésions nerveuses ou de névromes



LES STABILISATEURS DE MEMBRANE

- **Mexilétine (Mexetil©) :**
100 mg b.i.d. puis augmentation progressive ad 200 mg q.i.d. maximum
- Précaution :**
- ECG car contre-indication dans les blocs du 1^{er} et du 2^e degré



LES STABILISATEURS DE MEMBRANE

- **Lidocaïne:** utile dans les douleurs réfractaires.

Dose:

- 30 à 50 mcg/kg/minute et prévoir entre-dose de 1 mg/kg
- Nécessité d'un soluté s.c. continu :
Xylocard dilué 1:3 avec du 0,9% NaCl



LES BENZODIAZÉPINES

Action :

- Il a été démontré qu'elles agissent à plusieurs niveaux neurologiques en influençant l'inhibition médiée par le GABA (Acide gamma aminobutyrique)
- Utiles dans les situations d'anxiété, de spasmes musculaires et de douleurs lancinantes



LES BENZODIAZÉPINES

Relaxant musculaire :

- **Diazépam (Valium[©]) :**
5 à 30 mg die en doses fractionnées, t.i.d.:
 - ne se donne pas en s.c.
- La majorité des autres benzodiazépines ont une action de relaxation musculaire et il ne faut que réajuster la dose



LES BENZODIAZÉPINES

Anticonvulsivant :

- **Clonazépam (Rivotril[©]) :**
0,5 mg à 2 mg die p.o. en augmentant lentement
- certains patients le tolère que le soir à cause de la sédation



LES BENZODIAZÉPINES

Anticonvulsivant et relaxant:

- **Midazolam (Versed[©]) :**
 - 1 à >50 mg s.c. die en continu et permet un bon contrôle des myoclonies en phase terminale.
 - Ayant une demi-vie courte, il est utile en s.c. intermittent pour les manœuvres douloureuses



LES BENZODIAZÉPINES

Anxiolytiques :

- **Lorazépam (Ativan[©]):**
 - 1 à 2 mg die à q.i.d. p.o. ou s.l. et peut aussi se donner en s.c. intermittent
- Agents amnésiants pré procédure
 - Lorazépam ou Midazolam



ANESTHÉSIE

- **Phénobarbital:** anticonvulsivant, sédatif et hypnotique
 - utile pour une sédation lorsqu'il y a une hyperalgésie, des myoclonies réfractaires, une agitation pré-terminale persistante et un risque important de convulsions...60 à +de 400 mg die
- **Thiopental et Propofol:**
 - dans des situations incontrôlées avec le phéno et ou une sédation est souhaitée



LES TRANQUILISANTS MAJEURS

Action :

Ils ont une action sur le système nerveux central dont les mécanismes sont mal connus



LES TRANQUILISANTS MAJEURS

Méthotriméprazine

- 5 mg b.i.d. à 25 mg q.i.d. p.o., s.c.
- Il présente une action analgésique de 30% à 50% de celle des opiacés .
- Il est utile lorsqu'il y a une ↑ des douleurs
- avec une situation d'agitation et de confusion où une sédation est souhaitée.



LES AUTRES : KÉTAMINE

Action :

- sur la sensibilisation centrale, au niveau de la corne postérieure de la moelle
- Ils bloquent les récepteurs NMDA.



LES AUTRES .

KÉTAMINE

- 40 à 150 mg die en s.c. continu. On rapporte l'utilisation de doses de 2,4 à 4,8 g die.
- Peut être utilisée à domicile pendant plusieurs mois s'il y a une douleur neurologique réfractaire (ex: cancer ORL envahissant...)



LES AUTRES

KÉTAMINE

- Peut être utilisée p.o. en diluant dans un jus pour masquer le goût amer
- Début d'action en 30 minutes et pourrait être administrée q.i.d. étant donné sa demi-vie courte
- Plus efficace par voie orale car son métabolite hépatique est aussi actif



LES AUTRES : KETAMINE

Précautions :

- Diminuer la dose de l'opiacé de 50% car il y a synergie
- Ajouter une benzodiazépine en prévention des risques d'insomnie, d'hallucination et de délire



LES AUTRES

KÉTAMINE

Précautions :

- Pour les délires et les hallucinations, il ne faut pas hésiter à ajouter :
 - Halopéridol (Haldol[®]): 2 à >4 mg die
- Pour l'augmentation des sécrétions salivaires et bronchiques :
 - Scopolamine: 0,4 mg s.c. q.i.d. ou q 4h



LES AUTRES . ANTIBIOTIQUES

Métronidazole (Flagyl[©]) :

- 250 à 500 mg t.i.d. et/ou crème topique à 10%
- Il est très utile dans les envahissements cutanés associés à de mauvaises odeurs