

Mini-guide Palli-Science

18^e
édition
2017

Outil de consultation pour les soignants au chevet
de leurs malades 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
- Et plusieurs formations

Tous ces services sont offerts gratuitement.



LA MAISON VICTOR-GADBOIS

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



www.palli-science.com
www.maisonvictor-gadbois.com

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 ou de la clinique de gestion de symptômes 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 qualités 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 s'applique à offrir des soins palliatifs de grande qualité.

L'Aide Médicale à Mourir n'étant pas un soin palliatif ne sera 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 de votre 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 offre un service de consultation pour gestion de symptômes pour la clientèle atteinte d'un cancer non guérissable.

Service de :

CONSULTATION

**PRISE EN CHARGE DE CLIENTÈLE ORPHELIN
ATTEINTE D'UN CANCER NON GUÉRISSABLE.**

**SUIVI CONJOINT AVEC MÉDECIN DE FAMILLE OU
SPÉCIALISTE**

Les patients référés seront évalués à La clinique de gestion de symptômes à La Maison Victor-Gadbois (entrée privée).

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, laboratoires, 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 multidisciplinaire (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 de leur proche ou non.

Proche d'une personne atteinte d'un cancer non guérissable en phase évolutive, accompagnée 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 support
- Accès à un bain thérapeutique
- Répit
- Ateliers, conférences,

Le centre de jour est ouvert du lundi au vendredi de 9 hre à 15 hres. Chaque jour, 12 invités et leur proche sont reçus au centre de jour. Chaque invité sera reçu 1 fois par semaine selon un horaire établi avec celui-ci. Un compte rendu sera envoyé à l'intervenant clé. La demande d'accès au centre de jour pourra être faite par un intervenant ou l'invité lui-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 l'Échelle de Karnofsky).

GRADE	DESCRIPTION
0	Le patient est pleinement actif. Il peut exercer ses activités habituelles sans aucune restriction.
1	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.
2	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.
3	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.
4	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'échelle de Karnofsky graduée 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 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 100 % correspond à une capacité fonctionnelle normale, équivalente au 0 de la grille de performance ECOG (Voir la Grille de performance ECOG).

DESCRIPTION	%	CRITÈRES
<ul style="list-style-type: none"> • Peut mener une activité normale • N'a pas besoin d'aide pour ses soins personnels 	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"> • Incapable de travailler • S'occupe de lui-même et de ses soins personnels 	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"> • Incapable de travailler • S'occuper de lui-même et de ses soins personnels est exigeant et nécessite une aide progressive 	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
	20 %	• Complètement invalide • Très malade • Traitement intensif de support quel que soit le lieu de soins
<ul style="list-style-type: none"> • Mort imminente 	10 %	• Moribond, en phase terminale
	0 %	• Mort

Maltoni, M, Nanni, O, Dorni, 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 moyenne en jours		
* 100 %	Complète	Normal non malade	Complets	Normale	Normal	Indéterminée		
* 90 %	Complète	Normal affaibli	Complets	Normale	Normal	Indéterminée		
* 80 %	Complète	Normal avec effort	Complets	Normale ou diminuée	Normal	Indéterminée		
* 70 %	Diminuée	Ne peut travailler	Complets	Normale ou diminuée	Normal	145	?	108
* 60 %	Diminuée	Ne peut faire l'entretien de son environnement	Besoin d'aide occasionnel	Normale ou diminuée	Normal ou confusion	29	4	?
* 50 %	Principalement assis ou allongé	Ne peut faire aucun travail	Besoin d'aide important	Normale ou diminuée	Normal ou confusion	30	11	41
* 40 %	Principalement au lit	Ne peut faire aucun travail	Besoin d'aide considérable	Normale ou diminuée	Normal ou somnolent ou confusion	18	8	?
* 30 %	Totalement alité	Ne peut faire aucun travail	Besoin d'aide presque continu	Diminuée	Normal ou somnolent ou confusion	8	5	?
* 20 %	Totalement alité	Ne peut faire aucun travail	Soins personnels complets	Minimale	Normal ou somnolent ou confusion	4	2	6
* 10 %	Totalement alité	Ne peut faire aucun travail	Soins personnels complets	Soins de bouche	Somnolent ou comateux	1	1	?

Wilner LS, Arnold R.M. The Palliative Performance Scale #125. *Journal of Palliative Medicine*. 2006; 9 (4) : 994. Traduction & reproduction.

Selon 3 études

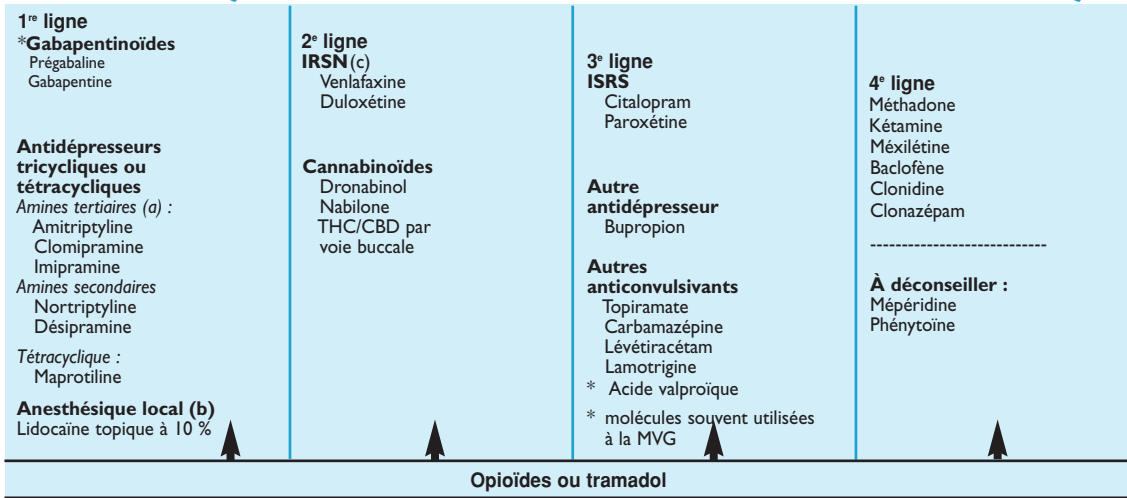
CLASSIFICATION SIMPLIFIÉE DE LA DOULEUR PHYSIQUE ET PHARMACOTHÉRAPIE ANALGÉSIQUE CORRESPONDANTE

II

NOCICEPTIVE	SOMATIQUE	I ^{ÈRE} LIGNE		2 ^{IÈME} LIGNE		Autres : place à définir	
				Acétaminophène AINS Opioïde traditionnel Tramadol		(osseuse) Stéroïdes Calcitonine Biphosphonates	
VISCÉRALE	COLIQUE CONTINUE	Acétaminophène AINS Stéroïde Opioïde traditionnel Tramadol				Cannabinoïdes Opioïde non traditionnel - Méthadone	
		Émollient Anticholinergique Opioïde traditionnel Stéroïdes				Digestif Octréotide (Sandostatin) Urinaire Buscopan oxybutynine (Ditropan)	
NEUROPATHIQUE	SIMPLE	Brûlure Étau Compression				<p style="color: red;">NB : Pour tous les types de douleur, 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 co-analgésie sera souvent supérieure avec une meilleure efficacité thérapeutique et moins d'effets secondaires tout en utilisant des doses plus faibles de chaque molécule.</p>	
	COMPLEXE	Dysesthésique : engourdissement, fourmillement, démangeaison Paroxystique : choc électrique coup de poignard Syndrome régional complexe I, II					

ALGORITHME QUÉBÉCOIS DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

12



Utiliser les opioïdes courtes actions en 1^{re} ligne en association avec les autres agents de 1^{re} ligne en présence des situations suivantes :

- soulagement rapide pendant la titration des agents de 1^{re} ligne (ad posologie efficace) ;
- épisodes d'exacerbation grave de la douleur ;
- douleur neuropathique aiguë ;
- douleur neuropathique liée au cancer.

Utiliser en 2^e ligne en monothérapie ou en association (lorsqu'utilisation à long terme est envisagée, favoriser l'administration d'agents à longue durée d'action).

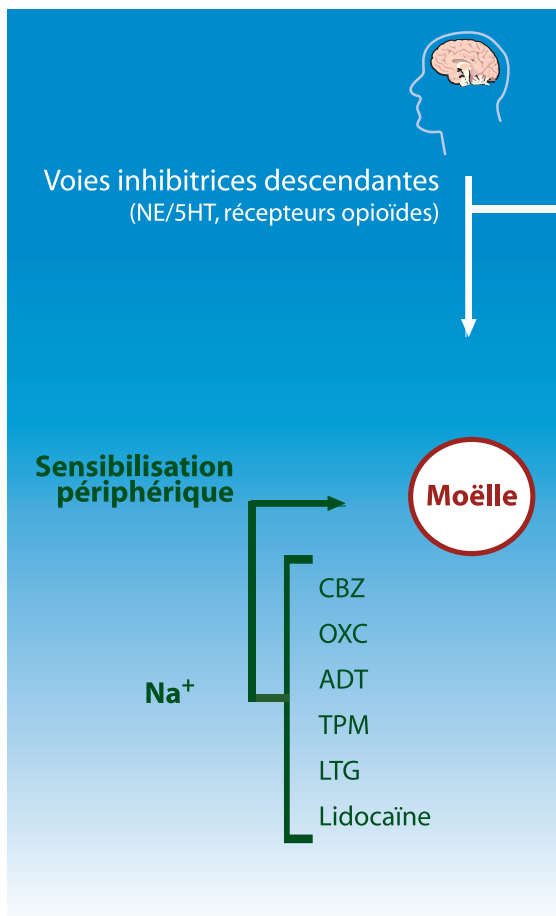
- a) Indiqués en première ligne chez les patients âgés de moins de 60 ans. Chez les patients de 60 ans et plus, éviter les amines tertiaires de la classe des tricycliques en raison de leurs effets anticholinergiques. La nortriptyline et la désipramine peuvent être prescrites avec précaution, à faible dose.
- b) Indiquée en cas de douleur périphérique et d'allodynie. Ne pas appliquer sur une surface excédant 300 cm² (soit l'équivalent d'une demi-feuille) en raison des dangers liés à l'absorption systémique. La lidocaïne peut être utilisée en association avec toutes les classes de médicaments.
- c) 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 et tétracycliques, ou d'une contre-indication à l'usage de ces derniers.

Cas particuliers

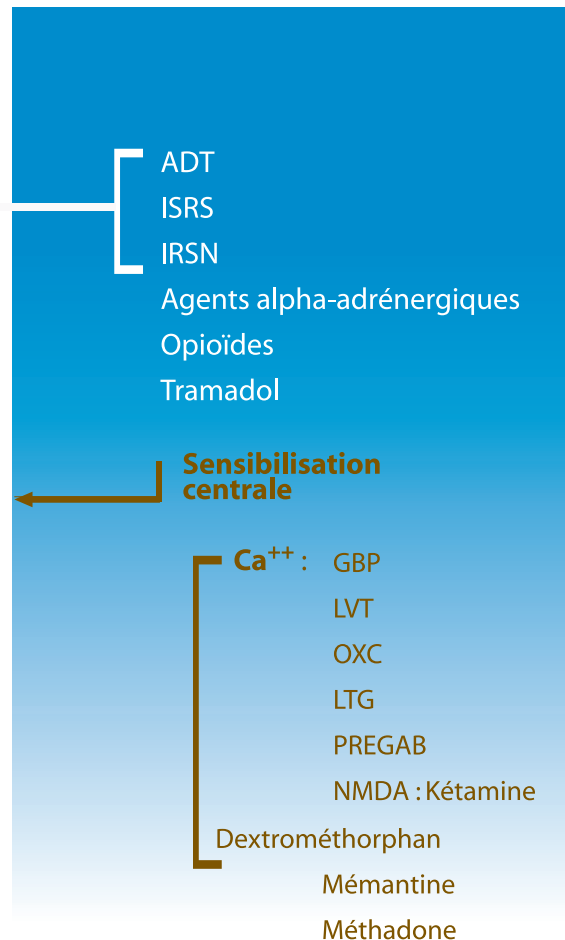
Insuffisance rénale : éviter ou ajuster la posologie à la baisse des médicaments dont l'élimination est principalement rénale (ex gabapentinoïdes, IRSN, tramadol, lévétiracétam, topiramate) ou dont les métabolites actifs sont excrétés par les reins (ex, morphine)

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

Tiré de : Recommandations du forum québécois sur la douleur neuropathique



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



BASES DE L'ÉCHELLE DE CONVERSION DES OPIOÏDES DE PALLI-SCIENCE

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 hres = Fentanyl 25 mcg/h

Guide APES : <http://palliscience.com/apes/>

Certains peuvent être un peu sceptiques devant le ratio proposé par Santé Canada (2010) et par Palli-Science pour le ratio morphine/oxycodone. Le ratio 2:1 entre morphine et oxycodone (10 mg de morphine équivaldrait à 5 mg d'oxycodone) est celui proposé, mais certains suggèrent un ratio 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 lors de la conversion chez une personne âgée ou fragile.

ÉQUIVALENCES POSOLOGIQUES

Médicament	Dose orale (mg)	Proportion approximative	Dose SC (mg)
Codéine	200	50	120
Morphine	20	5	10
Oxycodone	10	2	Non disponible
Hydromorphone	4	1	2
Fentanyl TD* 25 mcg / h *Timbre transdermique (TD)	Morphine 50 mg PO / 24 h	Pour faciliter le calcul $\frac{1}{\text{fentanyl}} = \frac{2}{\text{morphine PO}}$	Morphine 25 mg SC / 24 h

Équivalences - voies d'administration

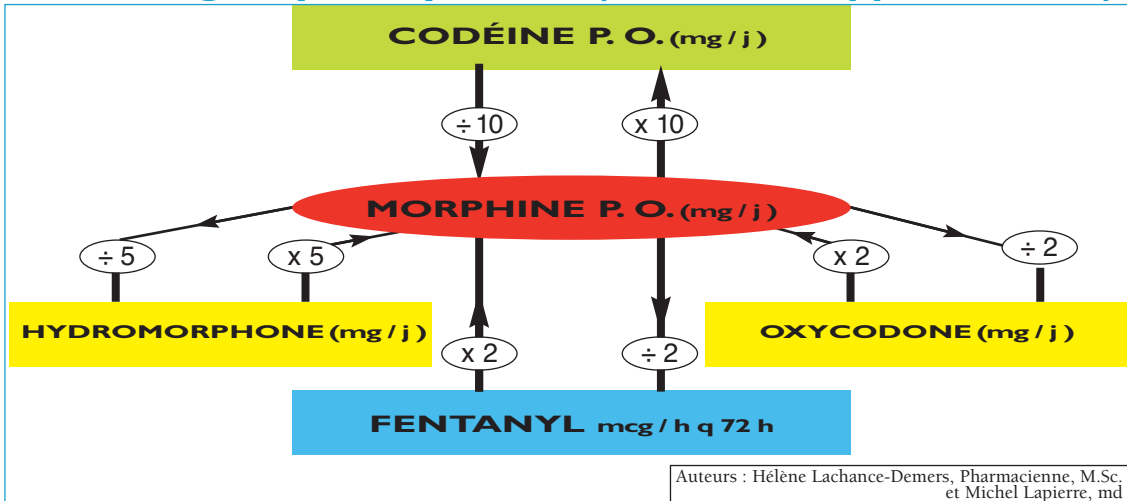
- Dose sous-cutanée = $\frac{\text{dose per os}}{2}$
- Dose per os = dose sous-cutanée X 2
- Dose rectale = dose orale

Exemples

- 40 mg per os = 20 mg sous-cutanée
- 15mg sous-cutanée = 30 mg per os

Les analgésiques opioïdes (conversion approximative)

18



Auteurs : Hélène Lachance-Demers, Pharmacienne, M.Sc.
et Michel Lapierre, md

Procédure proposée de conversion des opioïdes

(Voir : Calculatrice de conversion 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 entre-doses).
= 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)

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 peut faire en sorte d'envisager la diminution de la dose d'opioïde.**

Principes de base dans 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 paliers de 5mg pour débuter (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 paliers de 1mg pour débuter (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 puis par paliers de 25 mcg/h de 75 à 250 puis par 50 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 à la fois un émolient (docusate) et un laxatif stimulant (sennosides ou bisacodyl)

5) Situations particulières :

- Douleurs rebelles à haute dose d'opioïdes traditionnels + douleurs neuropathiques
Réfractaires : Évaluer la pertinence d'avoir recours à la méthadone.
- Cannabinoïdes en combinaison à un opioïde de courte ou longue durée si douleurs réfractaires malgré co-analgésie adéquate.

Les entre-doses (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, TMB (transmuqueuse buccale), SL, 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.**

Morphine

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Morphine - libération immédiate				
COMPRIMÉS				
MS-IR (sulfate)	5, 10, 20, 30	Non	✓	• Sécable
M.O.S. (chlorydrate)	10, 15, 20, 40, 60	Oui 10	✓	
M.O.S. (sulfate)	5, 10, 15, 25, 50	Oui	✓	
Statex (sulfate)	5, 10, 25	Non	✓	• Sécable
LIQUIDE PO ***** TOUJOURS PROTÉGER LES BOUTEILLES DE MORPHINE LIQUIDE DE LA LUMIÈRE				
M.O.S. (chlorydrate)	1, 5, 10/mL	Non		• Arôme à l'orange avec alcool et sorbitol
M.O.S. concentré (chlorydrate)	20, 50/mL	Non		• Sans saveur, sans alcool ni sucrose
Ratio-morphine	1, 5, 10/mL, 20/mL _(gouttes)	Oui		
Statex (sulfate)	1, 5, 10/mL	Oui 1,5		• Sans saveur
Statex (sulfate)	20, 50/mL	Oui		• Incolore, sans saveur
Doloral	1, 5/mL	Oui		
SUPPOSITOIRES				
Statex (sulfate)	5	Non		• Conserver à température ambiante
	10, 20, 30	Non		• Conserver à température ambiante

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
SOLUTION INJECTABLE	•••••	TOUJOURS PROTÉGER LES AMPOULES DE MORPHINE DE LA LUMIÈRE		
EDP	0.5/mL, 1mL	Non		• Pour usage épidural
Morphine (sulfate)	1, 2, 5, 10, 15, 25, 50/mL	Oui 2, 10, 15		• Non épidural
Morphine HP (sulfate)	25, 50/mL	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidural
Morphine - libération prolongée				
COMPRIMÉS				
M.O.S.-SR (chlorydrate)	30, 60	Oui	Non	
MS Contin (sulfate)	15, 30, 60, 100, 200	Oui	Non	• Q 12 heures - Non sécable
Morphine SR (sulfate)	15, 30, 60	Oui	Non	• Q 12 heures - Non sécable
Sandoz morphine SR	15, 30, 60	Oui		• Q 12 heures
Teva morphine SR	15, 30, 60, 100, 200	Oui		• Q 12 heures
CAPSULES				
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
SUPPOSITOIRES				
MS Contin (sulfate)	30, 60	Oui		• Q 12 heures • Ne pas couper les suppositoires • Conserver à température ambiante

Hydromorphone

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

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
SOLUTION INJECTABLE				
••••• TOUJOURS PROTÉGER LES AMPOULES D'HYDROMORPHONE DE LA LUMIÈRE				
Dilaudid Hydromorphone	2/mL 2/mL	Oui Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale • Fiole à usage unique / Non épidurale
Dilaudid HP Hydromorphone HP-10	10/mL 10/mL	Oui Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale • Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-20	20/mL	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Dilaudid XP Hydromorphone HP-50	50/mL 50/mL	Non Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale • Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-Forte	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"> • Q 12 heures • On peut ouvrir les capsules et saupoudrer le contenu sur des aliments mous • Ne pas croquer les granules
Jurnista	4, 8, 16, 32	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Q 24 heures, ne pas ouvrir les capsules

Fentanyl - Sufentanyl

Nom	Teneur (mcg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Fentanyl / Sufentanyl (10 x plus puissant que Fentanyl) - libération immédiate				
SOLUTION INJECTABLE				
Fentanyl	50 mcg/mL	Non		• Utiliser en SC, IV, SL ou TM
Sandoz - Sufentanyl	50 mcg/mL	Non		• Utiliser en SC, IV, SL ou TM
Sufentanyl - Sufenta	50 mcg/mL	Non		• Utiliser en SL ou TM
Fentanyl - libération prolongée (72 h)				
TIMBRES MATRICE				
Ratio fentanyl	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui		* Pour éviter tout usage illicite il est recommandé de rapporter les timbres utilisés et non utilisés à votre pharmacien.
Duragésic mat	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Non		
Apo fentanyl matrix	25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui		
PMS fentanyl mtx	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui		
Mylam	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui		
Co fentanyl	12, 25, 37, 50, 75, 100 mcg/h	Oui ^(37 non couvert)		
Sandoz fentanyl mtx	12, 25, 37, 50, 75, 100 mcg/h	Oui		
Teva fentanyl	25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui		
RAN fentanyl *Attention timbre + petit	25, 50, 75, 100 mcg/h	Oui		

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

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 de vie 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

Particularités pour l'usage du timbre de Fentanyl (suite)

Si PO (LA), administrer une dose de « LA – 12 h » et cesser
Si « LA – 24 h » administrer des opioïdes « 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.

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. Inscrire 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. Toutefois l'absorption peut-être ainsi augmentée et une surveillance est nécessaire. (Ex : Opsite hypafix 3000 ou Tégaderm). Appliquer sur un site adéquat en évitant les zones suivantes : lymphoedème, zone irradiée, zone cicatricielle. Revérifier 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 à 20 cm de celui-ci ou de la peau et vaporiser 2 jets du corticostéroïde si 12, 25, 50 mcg/h, ou 4 jets si 75 ou 100 mcg/h. Attendre par la suite quelques secondes avant d'appliquer le timbre. Vasoconstriction un peu moins bon.

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 entre-doses peuvent être de la morphine, de l'hydromorphone.
- L'ajustement analgésique se fait en fonction du nombre d'entre-doses utilisées.
- Toute augmentation de T° au site du timbre augmente l'absorption ... (Ex. : fièvre, coussin chauffant, exercices, soleil) Un réajustement à la baisse est souvent nécessaire!

TRANSFERT DE LA VOIE TRANSDERMIQUE À LA VOIE SOUS-CUTANÉE *Adapté de APES, Guide pratique des soins palliatifs, édition 2008*

Au temps 0 : retirer le timbre. ED disponible PRN
Après 8 heures : débuter pleine dose SC. ED disponibles en tout temps.
Après 12 heures : débuter perfusion sous-cutanée continue + ED PRN.

Oxycodone

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Oxycodone - libération immédiate				
COMPRIMÉS				
Supeudol	5, 10, 20	Oui	✓	
PMS Oxycodone	5, 10, 20	Oui	✓	• Séable
SUPPOSITOIRES				
Supeudol	10, 20	Oui		• Conserver à température ambiante
Oxycodone - libération prolongée				
COMPRIMÉS				
Oxyneo	10, 15, 20, 30, 40, 60, 80			<ul style="list-style-type: none"> • Plus difficile a écraser • Ne peut être injecté • Seulement si demandé comme Oxyneo • Peut être couvert en médicament d'exception lorsque deux autres opioïdes sont non tolérés, contre indiqués ou inefficaces
Oxycodone co 12 h (Teva, Apo, Co, Pms, Ron, Riva, Sandoz)	5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80	Non		
Oxycodone en association libération immédiate				
Percocet (oxycodone + acétaminophène)	(5-325)	Non	Oui	
Oxycodone en association - libération prolongée				
Targin (oxycodone + naloxone)	(5-2,5) (10-5) (20-10) (40-20)	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> • Q 12 heures • Pour éviter constipation • Ø mâcher, ni briser

Codéine

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. À 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.

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Codéine (cod) - libération immédiate				
COMPRIMÉS				
Codéine	15	Non	✓	
Ratio-codéine	30	Oui	✓	
PMS-codéine				
LIQUIDE PO				
Linctus	2/mL	Non		
Codéine	5/mL	Non		
Ratio-codéine				<ul style="list-style-type: none">• Avec alcool et sucrose• Médicament d'exception• Code SN61 si comprimé impossible mais Ø pour la toux

Méthadone

AU BESOIN CONSULTER UNE PERSONNE EXPERTE

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
COMPRIMÉS				
Métadol	1, 5, 10, 25	Oui	Oui	Goût amer. Privilégier la solution orale
LIQUIDE PO				
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**

1. 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. antifong, anticonvulsivants, etc).
2. Il est recommandé, en cas de doute quant à la posologie ou aux interventions Rx, de communiquer avec votre pharmacien et/ou avec une ressource expérimentée dans la prescription de la méthadone.

PRÉREQUIS POUR PRESCRIRE DE LA MÉTHADONE

1. Il est nécessaire d'obtenir un permis de Santé Canada à travers le CMQ avant de prescrire la méthadone à des fins analgésique/douleur et non pas pour remplacement/héroïne. Le formulaire est simple à compléter. Une formation (cours et supervision des premiers suivis par un/une collègue) est maintenant nécessaire.

VOIES D'ADMINISTRATION

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

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

1. Transposer l'opioïde utilisé en équivalent MORPHINE SC par 24 hres (Voir p. 16 -18) (ex. 150 mg Morphine SC / 24 h).
2. 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).
3. Pour les 2 premières semaines, les ED seront une alternance de l'opioïde de départ et de méthadone.
4. 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 Q1 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. ATT: la sédation par surdosage est à surveiller particulièrement entre le 5^e et le 7^e 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^e jour, omettre la 1^{ère} et parfois la 2^e dose et débiter la méthadone quand le sensorium est redevenu adéquat.
11. Si une ou quelques doses ont été omises, recalculer la posologie prudente selon la quantité totale utilisée par 24 h. (ex. la 1^{ère} dose ayant été omise = 20 mg DIE au lieu de 30 mg comme prévu. 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 !

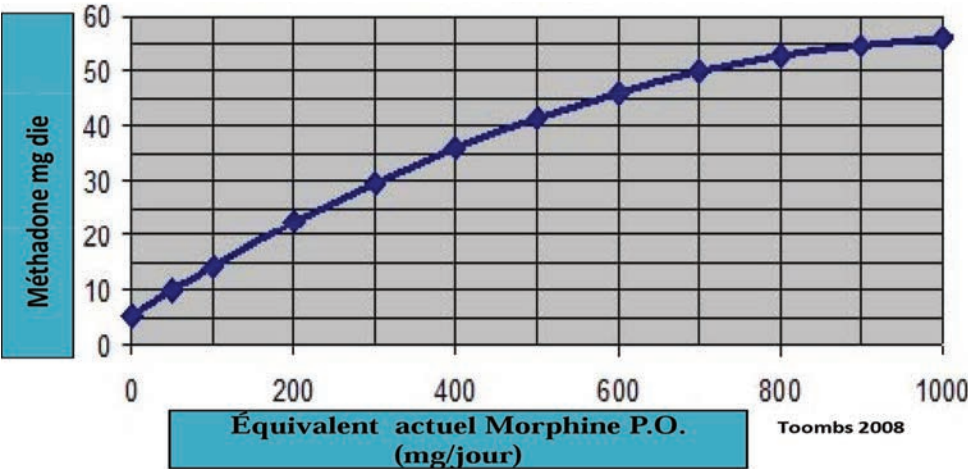
1. Médication utile dans les situations d'insuffisance rénale car jusqu'à 80-90 % de son élimination est digestive.
2. Peut être administrée par la voie transmuqueuse (TM) buccale (10 mg / mL) ou par voie intrarectale (IR) (1 ou 10 mg / mL) jusqu'au décès.

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

Méthadone 1- 2 - 3

Étape 1 :

Quelle est votre dose de Morphine per os/ jour ? trouvez l'équivalence de méthadone sur le nomogramme ci-dessous

Étape 2 :

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

Étape 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) :

dose totale en méthadone en 3 prises sur 24 H.

ou

Étape 3 :

Enlever totalement l'opioïde initial et remplacer par la dose applicable 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 entre-doses de l'opioïde initial pendant la titration, puis on donnera les entredoses en méthadone (chaque entre dose = 10% de la dose de 24 H.) q 4 H par la suite. Faire ECG à votre discrétion au début du traitement pour un espace QT < 500 msec et doser K et Mg

Méthadone

CONVERSION À PARTIR DE LA MÉTHADONE VERS LA MORPHINE (OU UN AUTRE OPIOÏDE CONVENTIONNEL)

AVANT DE FAIRE LA CONVERSION, DANS LE CONTEXTE OÙ LA CONVERSION EST FAITE PARCE QUE LA VOIE PO OU IR N'EST PLUS POSSIBLE POUR LA MÉTHADONE, **IL PEUT ÊTRE SAGE DE TENTER D'UTILISER LA VOIE TM SI LA BOUCHE EST SAINNE, SI CETTE MÉTHODE EST ACCEPTABLE POUR LE PATIENT ET SI DU PERSONNEL ET/OU DES AIDANTS SONT DISPONIBLES.** LA MÉTHADONE NE S'ADMINISTRE PAS EN SC.

QUAND LA DOSE ANTÉRIEURE D'OPIOÏDE EST CONNUE = Méthode "Renée Dugas"

1. Douleur somatique : reprendre à 75 % de la dose d'opioïde antérieure avec les ED appropriées.
2. Douleur neuropathique : reprendre à 75 % de la dose d'opioïde antérieure et débiter la kétamine à 10 mg Q 8 h SC et augmenter ad 50 mg Q 8 h si nécessaire (pour conserver l'effet de blocage des NMDA). Ajouter ou prévoir BZD (Ativan 1 mg bid-tid PO / SC ou Rivotril 0.25-0.5 mg bid PO ou Versed 2.5-5 mg SC tid pour prévenir les effets psychotomimétiques possibles de la kétamine).*

QUAND LA DOSE ANTÉRIEURE D'OPIOÏDE N'EST PAS CONNUE = Méthode "Renée Dugas"

1. Calculer la dose quotidienne totale de méthadone.
2. Multiplier cette dose par 10.
3. Calculer 75 % de ce résultat, ce qui donne la dose totale de morphine SC / 24 hres.
4. Administrer cette dose en PSCC ou en perfusion intermittente Q 4 hres avec le EDs appropriées.
5. Envisager l'administration de kétamine (SC) Ajouter ou prévoir BZD (Ativan 1 mg bid-tid PO / SC ou Rivotril 0,25-0,5 mg bid PO ou Versed 2,5-5 mg SC tid pour prévenir les effets psychomimétiques possibles de la kétamine, si douleurs neuropathiques prédominantes).*

Si la dose de méthadone reçue a été majorée de façon importante depuis son introduction, il faut s'attendre à devoir augmenter régulièrement l'opioïde traditionnel après les premiers jours suivant la conversion, et ce, à cause de la longue demi-vie de la méthadone découlant en bonne partie du réservoir tissulaire qui s'était créé.

* Alternative à un benzo: Haldol 0.5 à 1 mg tid.

Adapté de : Renée Dugas md CHS-C/Mtl

Méthadone

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ POUR LA PRISE DE MÉTHADONE À LA MAISON VICTOR-GADBOIS . (UN DES QUATRE PREMIERS CRITÈRES DOIT ÊTRE RENCONTRÉ + LE 5E AUSSI)

1. Douleur non contrôlée malgré la prise de doses élevées d'opioïdes traditionnels équivalentes à plus de 500 mg de morphine SC par 24 heures (1000 mg de morphine PO).
2. **Douleur neuropathique** non contrôlée malgré l'utilisation judicieuse de la co-analgésie (Réf p. 43-46) associée à des doses élevées d'opioïdes traditionnels équivalentes à plus de 300 mg de morphine SC par 24 heures (600 mg de morphine PO).
3. Douleur contrôlée avec la prise d'opioïdes traditionnels et/ou de co-analgésie mais au prix d'effets secondaires non tolérables.
4. Lorsque le plateau technique n'est pas disponible (blocs nerveux, perfusion épidurale ou intrathécale), contre-indiqué ou refusé par le patient. **+**
5. Épreuve clinique concluante après quelques jours de kétamine (antag. des récep. NMDA) avec une dose égale ou supérieure à 10 mg tid (PO ou SC). Le seuil minimal retenu pour conclure à l'efficacité de la kétamine est une diminution d'au moins 3 points sur l'EAV (échelle de douleur). Si la kétamine n'a jamais été utilisée ou chez le patient à risque de delirium, débiter la kétamine (sol. inj.) à 5 mg PO ou SC tid X 2-3 jours puis augmenter à 10 mg tid. •• Pas de réponse: pas de méthadone ••

Source : Equipe médicale de LMVG

Méthadone en co-analgésie

Lors de douleur neuropathique non contrôlée malgré l'utilisation judicieuse de la co-analgésie associée à des doses élevées d'opioïdes traditionnels équivalentes à plus de 300 mg de morphine SC par 24 heures (600 mg PO).

Conserver les opioïdes traditionnels de la prescription et la co-analgésie. Envisager la méthadone en co-analgésie en plus de la co-analgésie déjà utilisée.

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 paliers 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

Le métabolisme de la méthadone est influencé par les CYP 2B6, 3A4, 2D6, 2C8, 2C9, 2C19, 1A2 : surtout 3A4
De nombreux Rx utilisant aussi ces cytochromes, les taux plasmatiques de méthadone varient comme son métabolisme

39

RX INHIBANT LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LA MÉTHADONE (= INHIBIT.) (TAUX SÉRIQUE DE MÉTHADONE AUGMENTÉ) (Risque de surdosage)	RX INDUISANT LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LA MÉTHADONE (= INDUCT.) (TAUX SÉRIQUE DE MÉTHADONE DIMINUÉ) (Risque de manifestations de sevrage et diminution d'efficacité)	INFLUENCES RÉCIPROQUES SUR LES CYTOCHROMES SANS EFFETS PRÉVISIBLES (TAUX SÉRIQUE DU RX OU DE MÉTHADONE DIMINUÉ OU AUGMENTÉ)
<ul style="list-style-type: none"> • alcool (ingestion aiguë) • amiodarone (Cordarone) • bicarbonate de sodium • cimétidine (Tagamet) • ciprofloxacine (Cipro) • clarithromycine (Biaxin) • delavirdine (Rescriptor) • diazépam (Valium) • diltiazem (Cardizem, Tiazac) • érythromycine (Erybid, Eric) • fluconazole (Diflucan) • fluoxétine (Prozac) • fluvoxamine (Luvox) • indinavir (Crixivan) • isoniazide (Isotamide, INH) • itraconazole (Sporanox) • kétaconazole (Nizoral) • métronidazole (Flagyl) • oméprazole (Losec) • paroxétine (Paxil) • quinidine (Biquin Durules, Quinidine) • sertraline (Zoloft) • vérapamil (Isoptin) • voriconazole (Vefend) • jus de pamplemousse 	<ul style="list-style-type: none"> • alcool (ingestion chronique) • abacavir (ABC, Ziagen) • amprévanir (Agenerase) • barbituriques (phénobarbital, primidone [Mysoline]) • carbamazépine (Tégréto) • cocaïne • dexaméthasone (Décadron) • efavirenz (Sustiva) • fosamprénavir (Lexiva) • lopinavir/ritonavir (Kaletra) • nelfinavir (Viracept) • névirapine (Viramune) • 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 <p>Attention : si arrêt soudain d'un inducteur augmentation des taux → / surdosage possible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BZD (alprazolam [Zanax], flurazépam [Dalmane], midazolam [Versed]) • dextrométhorphan • nifédipine (Adalat) • ADT (amitriptyline [Elavil], désipramine [Norpramin], imipramine [Tofranil], nortriptyline [Aventyl])
<p>Attention si arrêt soudain d'un inhibiteur augmentation du métabolisme de la méthadone donc diminution de l'efficacité.</p>		<p>MÉTHADONE INHIBE LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LES RX SUIVANTS (TAUX SÉRIQUE DU RX AUGMENTÉ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • désipramine (Norpramin) • zidovudine (AZT-Retrovir dans Trizvir et Combivir)
		<p>MÉTHADONE INDUIT LES CYTOCHROMES MÉTABOLISANT LES RX SUIVANTS (TAUX SÉRIQUE DU RX DIMINUÉ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • didanosine (ddl, Videx) • stavudine (d4T, Zerit)

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

Kétamine

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

40

- 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 :			
Étape	Per Os	I.V.	Sous-cutané (si on se fie à la voie IM)
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	
Élimination	Rénale		
t1/2	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

Kétamine

42

- 8- Devant l'usage croissant de la kétamine en clinique, certaines **mises en garde** nous semblent appropriées :
- a. Effets sur le S.N.C. sont moins importants avec la norkétamine
 - i. Sympathomimétique indirect : ↑ tension intra-crânienne par ↑ 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 ↑ ni ↓
 - 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 ↑ Fc, ↑ T.A. et ↑ QT qui découlent d'une inhibition de la recapture des catécholamines ou d'un effet inotrope négatif direct et d'une vasodilatation. Il en résulte une ↑ de la consommation d'O₂ cardiaque et cérébrale.
 - c. Effets respiratoires : bronchodilatation par action sympaticomimétique indirecte.

<u>Posologie</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 le jus de fruits ou 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 l'effet indésirable (insomnie, rêves désagréables, hallucination ou le délirium un benzo en prévention) lorazepam 0,5-2 mg, 2-3 fois/jour ou halopéridol 2-4 mg/jour.
------------------	--

Cannabinoïdes

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
CAPSULES				
Césamet	(nabilone) 0.25, 0.5	Non		• Préparation liquide à partir des caps.
Nabilone (générique: Pms, Co, Ran, TEVA)	0.25, 0.5, 1	Oui		
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 pcq somnolence. Indications : douleurs et nausées.				
LIQUIDE PO ... PRÉPARATION MAGISTRALE UNIQUEMENT				
Cesamet	0.1 /mL	Oui		
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).				
SOLUTION VAPORISABLE COMPOSÉE				
Sativex d-9-tétrahydrocannabinol (THC) + cannabidiol (CDB)	2,7 mg / vap. 2,5 mg / vap.	Non		<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser SL ou TM • Débiter avec 1 inh. qid • Titrer à la hausse
LES CANNABINOÏDES EN SOINS PALLIATIFS.				
<p>1. Tout comme pour les opioïdes, des récepteurs CB 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 lorsque associés à d'autres médicaments. Il ne semble pas, pour le moment, exister de place pour les cannabinoïdes comme molécule analgésique unique.</p> <p>Mather L. Minerva Anesthesiol. 2005 Jul-Aug; 71(7-8) : 405-12 University of Sydney at Royal North Shore Hospital, St Leonards, Sydney, Australia.</p>				
Source : Yvon Beauchamp md CHS-C/Mtl, Robert Thiffault pharm. CHUS				

Accès douloureux transitoire

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

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.

Sufentanyl : 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.

44

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

Médicament et présentation	Voie d'administration	Début d'action	Durée d'action	RAMQ	Posologie
Fentanyl (Abstral comp. s/l de 100-200-300-400-600-800 mcg)	Sublinguale	5 à 10 minutes	60 minutes à 2 heures	Ø	Débuter avec 100 mcg et ajuster par palier 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 comp. s/l de 100-200-400-600-800 mcg	Sublinguale Buccogingivale (TMB) Ne pas sucer, mâcher ou avaler. Éviter de boire ou manger tant que le co n'est pas complètement dissous.	10 à 15 minutes	60 minutes à 2 heures	Ø	Débuter avec 100 mcg augmenter de 100 mcg aux 4 heures ad soulagement. Posologie maximale : 800 mcg qid.

La titration du sufentanyl 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.

Le produit (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 pour l'Abstral. Cette recommandation est en ligne 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 autres signes vitaux). Non couvert / RAMQ

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, elles 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.

46

Nom générique/commercial présentation	Particularités
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"> • Le chlorydrate 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. • 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 équivalents de morphine. • Le tramadol présente un très faible risque de pharmacodépendance.
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, 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
<p>Oxycodone combiné avec naloxone rapport 2 :1 Targin comprimé longue action (12 heures) 5-10-20-40 mg ne pouvant être écrasé</p>	<p>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...</p>
<p>Tapentadol/Nucynta CR comprimé longue action (12 heures) de 50-100-150-200-250 mg ne pouvant être écrasés</p>	<p>Non couvert par la RAMQ Le tapentadol combine un double mécanisme d'action : opiacé agissant 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.</p>
<p>Tapentadol/Nucynta IR comprimé à libération immédiate 50-75-100 mg</p>	<p>Non couvert par la RAMQ Contre indiqué si clearance de créatinine plus basse que 30ml/min si insuffisance hépatique modérée, pas plus de 3 doses par 24 heures.</p>

Robert Thiffault, Pharmacien

Autres molécules analgésiques

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Tramadol				
COMPRIMÉS				
Ultram (libération immédiate)	50 mg	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter avec IMAO, ISRS, carbamazépine, warfarine • Classé non-narcotique (Santé Canada)
Apo-tramadol	50 mg	Non		
Tramacet	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		
Zytram XL (co 24 h)	75, 100, 150, 200, 300, 400 mg	Non		
Tridural (co 24 h)	100, 200, 300 mg	Non		
Ralivia	100, 200, 300 mg	Non		
Durela (caps 24 h)	100, 200, 300 mg	Non		

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)	AINS COX-1 / COX-2 naproxen	Naprosyn 500 mg PO (co ou susp. 25 mg/mL) ou IR bid
	AINS COX-2 célécoxib	Célébrex 100 à 200 mg bid
	Biphosphonates pamidronate	Arédia 30-90 mg IV dans 250-500 mL NaCl 0,9 % en 2-4 h Q 1 mois Stable pendant 28 jours à T° ambiante.
	zolédronate	Zometa (Rx d'exception) 4-8 mg IV en 15 min dans 100 mL de NaCl 0,9 % + 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.
	Stéroïdes	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
Douleur musculo-squelettique nociceptive inflammatoire	diclofenac topique	Pennsaid lotion 1,5 %, tid-qid (40 à 50 gttes ajuster selon la surface) ex. : 10 gttes à la fois, tid, pour 1 genou Voltaren émugel 1,16 % (vente libre, derrière le comptoir du pharmacien), tid-qid Voltaren XF émugel 2,32% (vente libre, derrière le comptoir du pharmacien), bid Kétoprofen (gel 10 %) bid

DOULEUR NEUROPATHIQUE	Dénomination commune	Nom commercial
Sensibilisation périphérique (canaux sodiques)	Antidépresseur tricyclique amitriptyline désipramine nortriptyline	Amitriptyline 10 – 150 mg die...habituellement HS Norpramin 10 – 150 mg die... habituellement AM Aventyl 10 – 150 mg die... habituellement AM
	Anticonvulsivants carbamazépine topiramate Autres oxcarbazépine lamotrigine	Tégrétol 200-1600 mg/jr Topamax 15 mg HS- 100 mg bid (titrer lentement : somnolence) Trileptal actuellement peu d'expérience clinique à la MVG Lamictal actuellement peu d'expérience clinique à la MVG
Sensibilisation mixte (calcique et sodique)		
Sensibilisation centrale (canaux calciques)	Anticonvulsivants prégabaline gabapentine Autres lévétiracétam	Lyrica 25 – 600 mg/jr (bib-tid) Neurontin 300 – 4000/jr (tid-qid)(ED : 100-400 mg) Keppra actuellement peu d'expérience clinique à la MVG
	Analgésiques kétamine méthadone	Kétalar pour usage de cette molécule, consulter une ressource experte Métadol pour usage de cette molécule, consulter une ressource experte
NMDA	ISRN	venlafaxine (Effexor) duloxétine (Cymbalta)
Voie inhib.-descendante (NE,5HT récept. enképhaline)	ISRS (si dépression majeure) opioïde tramadol agent adrénergique	
Inhibiteur recapture noradrenaline	tapentadol	Nucynta CR (50 à 250 mg) bid non RAMQ * Nucynta IR (50-70-100 mg) bid non RAMQ * pas d'expérience à LMVG

 * pas d'expérience à LMVG
 référer aux pages 12-13

DOULEUR NEUROPATHIQUE		Dénomination commune	Nom commercial
Autre mécanisme d'action	acide valproïque		Dépakène 250 – 1000m/jr anticonvulsivant le mieux absorbé par voie rectale . Percer la capsule. Peut remplacer gabapentine + prégabaline quand PO est impossible. Bonne expérience à LMVG.
	bupivacaine		Marcaïne
DOULEUR COLIQUE			
Rectale	chlorpromazine		Largactil 12,5 - 25 mg tid
	halopéridol		Haldol .5 - 2mg tid
musculaire neurogène	clonazepam		Rivotril ,25 - , 5 mg bid à tid
	gabapentine		Neurontin 300 - 4000 mg / 24 h (tid - qid) (ED 100-400 mg)
	prégabaline		Lyrica 150 - 600 mg / 24 h (bid-tid)
	topiramate		Topamax 15 mg HS → 100 mg bid
	dexaméthasone		(Décadron) 4 - 8 mg bid à tid
			NB: L'association clonazepam - dexamethasone s'avère souvent utile.
Abdominale	glycopyrrolate		(Robinul) 0,1 - 0,2 mg SC tid à qid
	butylbromure d'hyoscine		Buscopan 10 - 20 mg SC PO Q 4 h PRN max. qid (SC pas couvert RAMQ, PO non couvert RAMQ)
Vésicale musculaire lorsque sonde vésicale	Dicyclomine		Dicyclomine 10-20 mg 3 fois / jour (non couvert RAMQ)
	oxybutynine		Ditropan 5 mg tid (prudence chez les patients de 65 ans + : effets anticholinergiques). Diminuer le volume du ballonnet. Si non amélioré, irriguer avec l'oxybutynine bid <ul style="list-style-type: none"> • Ecraser 5 mg d'oxybutynine dans 10 mL de solution NaCl .9 % • Ajouter 50 mL au mélange • Instiller le mélange (60 mL) dans la vessie • Ajouter 10 mL de solution NaCl .9 % dans la sonde et clamper la sonde 20 min.

} ED capsule ouverte * pour rapidité d'action

* expérience positive à LMVG

Présentation de molécules fréquemment utilisées en soins palliatifs

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Dexaméthasone (Décadron)				
COMPRIMES	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			
INJECTABLE	4mg /mL , 10mg/mL	Oui		Incompatible avec tout
Dimenhydrinate (Gravol)				
COMPRIMÉ	15-50	Oui	Oui	Attention aux différentes formulations (Gravol AP)
CAPLETS AP	100	Non	Non	Action prolongée, libère 25mg stat et 75 mg prolongée 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		
Gabapentin (Neurontin)				
CAPSULE	100-300-400	Oui	ouvrable	
COMPRIMÉ	600-800	Oui		
Glycopyrrolate (Robinul)				
INJECTABLE	0,4mg / 2mL	Oui		

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Halopéridol (Haldol)				
COMPRIMÉ	1-2-5-10-20	Oui	Oui	
SOLUTION ORALE	2mg / mL			flacon compte goutte
INJECTABLE	5mg / mL	Oui		
Bromhydrate d'Hyoscine (scopolamine)				
INJECTABLE	0,4mg / mL	Oui		
	0,6mg / mL	Oui		
Méthotriméprazine (Nozinan)				
COMPRIMÉ	2-5-25-50	2-25 Oui	Oui	
INJECTABLE	25mg / mL	Oui		
Midazolam (Versed)				
INJECTABLE	1mg/mL fiole 2-5-10 mL	Oui		
	5mg/mL fiole 1-2-10 mL	Oui		
Naloxone (Narcan)				
INJECTABLE	0,4mg / mL 1mg /mL	Non		
Prégabaline (Lyrica)				
CAPSULE	25-50-75-100-200 150-225-300	Oui	ouvrable	225 non couvert par la RAMQ

Nom	Format(mL)	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
Fluconazole (Diflucan)					
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
Octréotide (Sandostatine)					
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) q̄ 4 semaines
Famotidine (Pepcid)					
COMPRIMÉ		10-20-40 mg	10 Non/20,40 Oui	existe comprimés croquables	garder au frigo
INJECTABLE	2 mL-4 mL-20 mL	10 mg/mL	pt. d'exception		
Lorazepam (Ativan)					
COMPRIMÉ		0.5-1-2 mg	Oui		
COMPRIMÉ S/L		0.5-1-2 mg	Non		
INJECTABLE	1mL	4 mg/mL	Non		garder au frigo
Clonazepam (Rivotril)					
COMPRIMÉ		0.25-0.5-1-2 mg	Oui		

Analgésie topique (morphine topique)

INDICATION :

Plaie ouverte douloureuse

Véhicule d'application

Faire préparer un gel (Intrasite), une crème ou un onguent contenant de la morphine 0,1 à 0,15 % ou utiliser une solution aqueuse de morphine à 10 mg/mL.

Mode d'utilisation

La morphine topique peut être utilisée à chaque changement de pansement si nécessaire ou idéalement aussi souvent que bid à tid si possible.

Appliquer délicatement dans la plaie soit le gel, soit la crème ou l'onguent

ou

vaporiser sur la plaie avec bouteille vaporisatrice (bouteille disponible en pharmacie / volume par vaporisation = 0.3-0.7 mL)

1 vaporisation couvre 10 cm², 2-3 vapo pour surface plus importante.

ou

gicler sur la plaie avec seringue de 3 mL / aiguille 27 G.

Remarques

Début d'action environ 10 minutes. Sensation de brûlure transitoire ou occasionnelle lors de la vaporisation. Laisser sécher environ 10 minutes avant l'application d'autres médicaments. L'effet analgésique peut persister de 8 à 12 heures.

Il se peut que l'analgésie soit suffisante pour devoir réduire les opioïdes PO, SC ou TD.

STABILITÉ DES PRÉPARATIONS : Aucune donnée n'est encore disponible pour les différentes préparations proposées. Par prudence, pour la morphine dans l'eau pour vaporisation, ne pas dépasser 1 mois au réfrigérateur; 14 jours à température de la pièce (stabilité empirique!). Pour la morphine dans Intrasite gel : 28 jours à température de la pièce (22,8 à 25,3 °C) ou entre 2 et 8 mois (1 an possible) à l'abri de la lumière.

Source : Robert Thiffault pharmacien (CHUS), J. Forget (résid. en pharmacie)

Analgesie topique (Préparation magistrale)

INDICATION : Zone douloureuse (douleur locale ou référée) avec peau intacte

1. MORPHINE + NITROGLYCÉRINE (non couvert par la RAMQ)

Morphine 0.1 à 0.3 % + Nitroglycérine 0.2 % dans crème Glaxal base ou dans une base onguent (effet analgésique pure). Utiliser sur zone inflammatoire fermée ou ischémique. Appliquer 3 à 4 fois par jour si pas d'occlusion. Si occlusion, appliquer moins souvent.

2. KÉTAMINE + LIDOCAÏNE* (non couvert par la RAMQ)

Kétamine poudre 1 % avec ou sans lidocaïne 10 % dans crème Glaxal base ou dans onguent hydrophile (effet anesthésique/analgésique). La lidocaïne augmente la profondeur de l'analgésie en causant une anesthésie focale. Si application sur muqueuse : utiliser lidocaïne à plus faible concentration ou pas du tout.

3. KÉTAMINE + MORPHINE (non couvert par la RAMQ)

Kétamine poudre 1 % avec morphine 0,1 à 0,3 % dans crème Glaxal base ou dans onguent hydrophile. La kétamine cause un effet anesthésique local superficiel et donc analgésique et peut donc être utilisée si contre-indications ou intolérance à lidocaïne.

4. KÉTAMINE (non couvert par la RAMQ)

Kétamine poudre 1 à 1,5 % dans crème Glaxal base ou dans onguent hydrophile. La kétamine cause un effet anesthésique local superficiel et donc analgésique et peut donc être utilisée si contre-indications ou intolérance à lidocaïne.

5. NITROGLYCÉRINE + LIDOCAÏNE* (non couvert par la RAMQ)

Lidocaïne 5 à 10 % et nitroglycérine 0,2 % dans crème Glaxal base ou dans onguent.

6. GABAPENTINE (non couvert par la RAMQ)

Gabapentine 4 à 6 % dans Gel pluronique.

7. EMLA (non couvert par la RAMQ et dispendieux)

FRÉQUENCE D'APPLICATION : Appliquer 3 à 4 fois par jour.

CONTRAINTES AUX APPLICATIONS : (1). Si plaie ouverte, appliquer sur le pourtour "sain" de la peau, jamais dans la zone ouverte ni dans la zone en granulation en raison de l'absorption accélérée. (2). Si une préparation à base de nitroglycérine est utilisée et qu'une occlusion est appliquée, n'appliquer que 1 à 2 fois par jour seulement. (3). À cause des risques d'arythmies associés à une absorption importante de lidocaïne on évite généralement a) l'application d'un pansement occlusif. b) l'application sur une surface > que 1/2 feuille 8 1/2 x 11.

STABILITÉ DES PRÉPARATIONS : Aucune donnée n'est encore disponible pour les différentes préparations proposées. Par prudence, ne pas dépasser 30 jours sauf pour les préparations de Nitro qui étant volatiles devraient être conservées hermétiquement pour un MAX de 14 - 21 jours.

Source : Andrée Néron pharmacienne. (CHUS)

Problèmes buccaux et digestifs

PROBLÈMES DE BOUCHE	Dénomination commune	Nom commercial	
Candidose buccale	nystatine fluconazole	Nystatine 100 000 UI/mL 5 mL qid x 7 à 14 jours (garder et gicler dans la bouche X 1-3 min. et avaler, sucette glacée) Diflucan 50-200 mg PO DIE (co ou susp. 50 mg/mL) x 3 à 5 jours (Attention au RIN ainsi qu'aux nombreuses interactions)(Suspension = médicament d'exception, utiliser le code Ai 9 sur prescription)	ne rien prendre po 30 min. après chaque application
Sécheresse	carboxyméthylcellulose	Moi-Stir (vaporisateur) Mouth Kote OralBalance Gel	Biotène gomme ou rince-bouche Oral B sans alcool, Biotène, Crest Pro Health
Hypersalivation	pilocarpine 4 gttes Pilo 4 % sol ophtalmique ds 12 gttes d'eau atropine 1 % solution ophtalmique	qid gargarisme et recracher ou directement sur ou sous la langue	aussi souvent que nécessaire
Douleur neuropathique buccale	kétamine	1 gtte SL HS augmenter selon la réponse	Ne Ø avaler
Mucosite	clonidine	10 à 20 mg ds 5mL de salive artificielle : gargariser 1 min chaque 3 hres PRN Catapres 0,01 % à 0,02 % dans Orabase (stabilité empirique)	

SOINS DE BOUCHE (qid et PRN ... aussi souvent que nécessaire et plus souvent est souvent mieux ... on n'ose jamais assez souvent !)

Solution

Bouche sèche	rince-bouche sans alcool ou 5 mL de bicarbonate de soude 500 mL de NaCl 0,9 % ou eau Oral B sans alcool, Biotène, Crest Pro Health ou club soda	Rince-bouche analgésique Magic mouth wash : diphenhydramine 2.5 mg/mL 60 mL (ou sans alcool 1,25 mg/mL, 120 mL) nystatine susp. 30 mL, 5 co cortef 10 mg, compléter avec eau distillée jusqu'à 300 mL
Croûtes ou dépôts	(Si croûtes ou dépôts sur la langue) 1/3 de NaCl 0,9 % ajouter 1/3 de peroxyde 3 % 1/3 de Biotène à la dernière minute avant usage.	Pink Lady : lidocaïne visqueuse 2 % 15 mL Antiacide (type Maalox) 15 mL Si lèvres sèches : base glaxal ou gel hydrosoluble : KY- muco-éviter vaseline

DIFFICULTÉS DE DÉGLUTITION (DYSPHAGIE PAR PARÉSIE ET PROBLÈMES MÉCANIQUES)

Utiliser un épaississeur de liquide sous forme de poudre = Resource Thicken-up et préparer selon les indications sur contenant. L'épaississement permet de faciliter la déglutition et de la rendre plus sécuritaire. Selon la proportion, on peut obtenir une consistance nectar, miel ou pouding. Il existe aussi une variété de produits prêts à servir : Resource en formulation déjà épaissie (Jus, Lait, Café, Boisson sans sucre, Eau).

BRÛLURES GASTRIQUES		
	Dénomination commune	Nom commercial
Antiacides Anti H ₂ I.P.P. Ajout pour confort NB Le Gaviscon (acide alginique) peut être utile pour diminuer le reflux gastro-oesophagien (tout de suite après repas et HS)	ranitidine, famotidine, oméprazole, dexlansoprazole pantoprazole, ésoméprazole rabéprazole, lansoprazole, sulcrafate	Maalox, Diovol, et autres Zantac 150 mg bid, Pepcid 20 mg bid (vente libre) 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
NAUSÉES		
Zone chimioréceptrice Noyaux vestibulaires Centre du vomissement Transit intestinal Action inconnue Antagoniste SHT3	*halopéridol prochlorpérazine nabilone métoclopramide dimenhydrinate méclizine 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) 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 Metoclopramide 5 - 10 mg PO 1mg/ml liq. Décadron 4-8 mg PO ou SC bid Zofran 4-8 mg PO-SC-IV-IM die à tid, remboursable en Rx d'exception Max 32 mg / jour co - co rapide - Liq 4 mg/5 mL
GASTROPARÉSIE		
	dompéridone métoclopramide érythromycine	dompéridone 10 mg tid Maxeran (co,liq.) 10 – 20 mg PO ou SC tid à qid Érythromycine susp 1mg/kg/jr en 3 doses
SUB-OCCLUSION INTESTINALE		
Si vomissements Si coliques abdominales (en plus) Si vomissements répétés + coliques	dexaméthasone dexaméthasone + glycopyrrolate dexaméthasone + ocréotide + glycopyrrolate	Décadron 4-8 mg SC bid à tid, PO par la suite en dose d'entretien 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 Décadron 4 – 8 mg SC bid à tid, PO par la suite en dose d'entretien + Sandostatine 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

ASCITE		Dénomination commune	Nom commercial
		spironolactone / furosémide	Aldactone co. (50-100 mg) en association avec Lasix co. (20-80 mg) die •• (ATTENTION au K ⁺ ... hyperkaliémie) ••
CONSTIPATION •••••••• Remboursement RAMQ : Utiliser code Gi 28 sur prescription			
Sauf contre-indication : doivent accompagner toute prescription d'opioïde. Osmotiques		Solution iso-osmolaire Polyéthylène glycol 3350 Solution iso osmotique Propylène glyco;	Lax-A-day 17g PO die peut-être ad tid, Peg 3350 pdre, Pegalax pdre, relaxa pdre, Peg Lyte, Golylyly, Colyte, 125 - 250 mL die Lactulose liq. 15-60 mL die en 1 à 2 prises (peut être mis dans le café)
Stimulant péristaltique		Bisacodyl sennosides	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
Si échec		Prucalopride Relistor : Methynaltrexone	Resotran 1-2 mg die Rx d'exception si échec à autres molécules 38-61 kg = 8 mg (0,4 mL); 62-114 kg = 12 mg (0,6 mL) >114 kg = 0,15mg/kg arrondi au 0,1 mL le plus proche Max. 1x jour Si Clcr < 30mL/min : 50 % de la dose usuelle
Expérience clinique limitée		Antagoniste opiacé 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
DIARRHÉE			
		lopéramide 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.
HOQUET			
1 ^{re} ligne		chlorpromazine / halopéridol	Largactil 12,5-50 mg tid à qid <u>ou</u> Haldol 0.5-4 mg tid PO ou SC
2 ^e ligne		métoclopramide	Maxeran 10-20 mg tid à qid comme ajout à chlorpromazine(Largactil) ou halopéridol (Haldol)
3 ^e ligne		baclofène / nifedipine Gabapentin	Lioresal 5-20 mg tid Max. 75 mg / jour <u>et/ou</u> Adalat 10 à 20 mg tid à Qid <u>et/ou</u> 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^e jour sans selle — faire un toucher rectal

- si positif : supp. de glycérine + supp. de Dulcolax en même temps. Si supp. inefficaces, lavement Fleet
- si négatif : lavement Fleet et Lax-A-day ou autre PEG à débiter en même temps que le reste de la procédure

Au 4^e jour sans selle — faire un toucher rectal

- si positif : supp. de glycérine + supp. de Dulcolax en même temps le long de la paroi rectale (éviter d'insérer dans les selles). Si supp. inefficaces, lavement Fleet 2 heures plus tard
- si négatif : supp. de glycérine + supp. 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^e jour sans selle — faire un toucher rectal

- a) si positif : supp. de glycérine + supp. de Dulcolax en même temps, lavement Fleet **régulier** avec tube rectal
si négatif : supp. de glycérine + supp. de Dulcolax en même temps, lavement Fleet **huileux** avec tube rectal AM / Relistor sc Q 2 jours
- b) si fécalome : lavement Fleet **huileux avec peroxyde** et tube rectal. Préparation du Fleet huileux avec peroxyde : bouteille de 130 mL de Fleet huileux, enlever 20 mL de solution et remplacer avec 20 mL de peroxyde d'hydrogène à 3 %. Ajouter le peroxyde d'hydrogène juste avant l'administration pour préserver son efficacité. Introduire d'abord le tube rectal le plus loin possible, préparer la solution après avoir introduit le tube rectal et administrer la solution dès sa préparation.
- c) 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 par la suite à assurer l'adhésion au tx et l'augmentation des doses de laxatifs.

Problèmes respiratoires

TOUX SÈCHE		
	Dénomination commune	Nom commercial
	dextrométhorphan chlophédianol codéine hydrocodone norméthadone-hydroxyéphédrine méthadone	Dextrométhorphan liq. 10-30 mg Q 4-8 h PRN. Max. 120mg die Ulone liq. (25 mg/5 mL) qid Codéine (co., liq., SC) 30-60 mg Q 4 h Hycodan sirop 1 mg/mL, co. 5 mg, 5 mg Q 4-6 hres Cophylac 15 gouttes bid ds liquide sucré (car : très amer). Metadol 1 à 2 mg die ad tid PRN
DYSPNÉE		
	morphine PO, SC benzodiazépines	Statex 2,5-10 mg Q 4 h. Idéal = 1/4 de la dose reçue Q 4 h en opioïdes 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.
RÂLES		
Modérés à sévères	glycopyrrolate scopolamine furosémide	(Robinul) (-- sédatif) 0,2-0,4 mg SC Q 4 h PRN Hyoscine (++ sédatif) 0,4-0,6 mg SC Q 4 h PRN (somnolence fréq.) dose max : 0,8 mg SC Q 2 h Lasix 10 mg/mL, 20 mg à 40 mg SC stat puis répéter 1 h et 8 h plus tard. (Ø plus de 2mL par site d'injection)
DÉPRESSION RESPIRATOIRE		
Par surdosage opioïde	Stimuler régulièrement le patient est souvent suffisant et est la 1 ^{ère} manoeuvre à instaurer	
Par surdosage opioïde si fréquence respiratoire < 8-10 / min.	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 (narcan vaporisateur nasal : 4mg/vaporisation) Non RAMQ

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 250 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 démangeaison (crème calamine - pramoxine) Crème magistrale : Glaxal base 100 g, camphre 0,5 % et menthol 0,5 % en application sur zones prurigineuses PRN.
Irritation cutanée / selle (complexation des acides biliaires → diminution de l'irritation)	cholestyramine 20 % → (Questran) Pommade	Cholestyramine 20 % (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

Spasmes musculaires (myoclonies)	clonazépam acide valproïque diazépam lorazépam midazolam	* Rotation des opioïdes Rivotril 0,5-2 mg tid PO Dépakène 250-1000 mg die PO ou IR (Voir Guide APES 3è p. 200) Valium 2-5 mg qid PO Ativan 1-2 mg tid PO ou SC Versed 1 à 5 mg SC Q 4 h PRN
Hypertension intracrânienne	dexaméthasone	(Décadron) 4-8 mg PO ou SC tid à qid
Compression médullaire	dexaméthasone	(Décadron) 4-8 mg PO ou SC tid à qid (disponible en 4 mg/mL ou 10mg/mL)

CONVULSIONS		
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 hres. Pour administration I.R. perforer la capsule.
Convulsions TM.	phénobarbital levitiracetam lorazépam midazolam diazépam	<ul style="list-style-type: none"> • anticonvulsivant le mieux absorbé par voie rectale Phénobarbital 60-240 mg IM ou SC Q 8 h ou TM (un peu irritant) Keppra 500 mg Bid (ajuster en ins. renale) 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. Versed 5 mg SC ou ... en TM I.R - Sol. injectable 5 à 10 mg

Problèmes neuropsychiatriques

ANXIÉTÉ / INSOMNIE	Dénomination commune	Nom commercial
	clonazépam oxazépam lorazépam	Rivotril 0,25 à 2 mg die à bid PO Sérox 10-30 mg die à bid PO Ativan 0,5 à 2 mg die à bid PO ou SC ou SL
CONFUSION (± IDÉES PARANOÏDES)		
	halopéridol	Haldol 1-5 mg PO ou SC tid 0,5 mg - 5 mg
AGITATION		
Antipsychotiques	Classiques méthotréméprazine halopéridol Atypiques 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 / Zydis 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
SOMNOLENCE SECONDAIRE AUX OPIOÏDES		
	méthylphénidate	Ritalin 2.5 à 10 mg à 8 h et 13 h

Soins de plaie

Stade	Altération cutanée	Pansement
I	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, Tegasorb, etc.)
II	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
III	Atteinte cutanée et sous-cutanée avec exsudat modéré à abondant. Penser à un risque d'infection surajoutée.	Alginate (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
IV	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 Normlgel

Source : Diane Lamarre pharmacienne

Soins de plaie (APPROCHE GÉNÉRALE ET PARTICULARITÉS)

Approche générale :

- (1) Irriguer la plaie : NaCl 0,9 % avec seringue de 30 mL, aiguille 18G à 10 cm de la plaie.
- (2) Éliminer le tissu nécrotique avec l'emploi d'un hydrogel : Intrasite gel, Duoderm gel, NormLGel.
- (3) Absorber l'exsudat lorsque présent tout en maintenant la plaie humide (Voir Grade III ci-bas).

Conseils particuliers :

- Pour les abrasions mineures, éraflures, brûlures, l'emploi des pellicules transparentes laissées en place plusieurs jours et observées quotidiennement apporte une amélioration et une diminution significative des douleurs en diminuant la friction et le contact avec l'air. (ex. OPSITE)
- Les hydrocolloïdes en présence d'un exsudat libèrent une odeur désagréable non nécessairement due à une infection. Considérer une infection si l'odeur persiste après l'irrigation de la plaie.
- Les alginates et les hydrofibres peuvent assécher une plaie dont l'exsudat est diminué et irriter les nouveaux tissus.
- Pour éviter une macération de la peau saine lors de l'emploi d'un hydrogel : appliquer une mince couche (3-4 mm d'épaisseur - jamais plus du 2/3 de la cavité).
- Pour les pansements d'argent: mouiller les pansements avant et pendant l'application. Utiliser de l'eau stérile ou distillée pour Acticoat et Silverleaf, du NaCl 0.9 % pour Aquacel AG et de l'eau ou du NaCl 0.9 % pour Actisorb silver 220.
- La mousse de polyuréthane produit un effet éponge, confortable. Elle est utile si tissu d'hypergranulation.
- La formulation Cavity permet d'appliquer un pansement dans une plaie profonde mais ce produit ne doit pas être coupé.
- L'iodosorb est un polymère qui libère de l'iode sur une période de 24 à 72 heures passant alors du brun au jaune (couleur qui indique qu'il est temps de l'enlever). Il est contre-indiqué si allergie à l'iode, en insuffisance rénale et lors de problèmes d'hyperthyroïdie. Durée maximale d'application = 3 mois continus. Remplacer par la suite avec un autre produit anti-bactérien.
- Tulles imprégnées de vaseline (Adaptic) ou de silicone (Mépitel) : elles ont comme avantage d'être non adhérentes à la plaie.

Source : Diane Lamarre pharmacienne

Soins de plaie (TYPES DE PRODUITS - I)

CLASSES

1. Les tableaux qui suivent **tentent de fournir un aperçu** des différentes classes et des différents produits disponibles dans chaque classe pour les soins de plaies.
2. Le soin des plaies est une tâche complexe.
3. Chaque produit appartenant à une classe ou sous-classe n'est pas nécessairement l'équivalent de son voisin. Chaque produit, même dans une même classe ou sous-classe possède souvent ses propres indications différentes des indications caractéristiques.

PANSEMENTS / RECOUVREMENT		OpSite Post-op	Primapore	Tegaderm comp.	Telfa Plus
GAZES / TULLES	SÈCHES RÉGULIÈRES	Nombreuses équivalences sur le marché			
	NON-ADHÉSIVES	Tegapore Mepore	Melolite	Telfa	ETE
	GRASSES NON-ADH.	Adaptic (vasel.)	Jelonet (paraffi.)	Mépitel (silicone)	
PELLICULES TRANSPARENTES	ADHÉSIVES	Opsite	Bioclusive	Tegaderm*	EpiVIEW
		Mefilm	OpSite Flexifix	OpSite Flexigrid	Polyskin II
	NON-ADHÉSIVES	Omiderm			
PROTECT. CUT. ET BARRIÈRES		Base d'acylate	Cavilon (crème, vaporisation)	Proshield (ongu.)	Skin-prep
AGENTS DE NETTOYAGE POUR LES PLAIES		NaCl 0.9 %			
POUR LES SOINS D'HYGIÈNE		Nettoyeur ProShield			

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

Soins de plaie (TYPES DE PRODUITS - 2)

CLASSES

PRODUITS / PLAIES INFECTÉES AVEC IODE		Iodosorb (pâte)			
AVEC ARGENT		Acticoat	Acticoat (mèche)	Aquacel AG	Biatin AG
		Silver Leaf Light	Silver Leaf Plus	Actisorb silver 220	Maxorb AG
AVEC ARGENT + CHARBON ACTIVÉ		Actisorb			
PANSEMENTS D'INTERFACE		Mepitel	Adaptic	Telfa	
PANSEMENTS ANTI-ODEUR	CHARBON ACTIVÉ	Carbonet	Carboflex	Actisorb silver 220	
DÉBRIDANTS / GRANULANTS					
ENZYMATIQUES	COLLAGÉNASE	Santyl			
HYDROCOLLOÏDES	PLAQUE	Comfeel Plus Restore Plus SignaDress	Duoderm* Tegasorb*	Metoderm Combiderm ACD*	Replicare Combiderm*
	POUDRE, PÂTE, GEL, CRÈME	Comfeel (poud.) Duoderm gel	Duoderm (pâte)	Triad (crème)	
HYDROGELS	GELS AMORPHES	Tegagel gel Aquaflor gel	Intrasite gel Nu-gel Curagel	Intrasite (confor.) Restore gel Hypergel	NormLgel
AGENTS DÉBRIDANTS		Woundress			
	HYPERTONIQUE	Hypergel 20 % Thalafix	Mesalt Thalafix (mèche)	Mesalt (mèche)	

Soins de plaie (TYPES DE PRODUITS - 3)

CLASSES

MOUSSES DE POLYURÉTHANE HYDROPHILES		Tielle, Biatain, Mepilex Allevyn non-adh.	Allevyn adhésif Allevyn x-mince	Allevyn (compr.) Curafoam	Allevyn cavité Hydrasorb
CHARBON ACTIVÉ		Actisorb	Carboflex	Carbonet	
ALGINATES		Kaltostat Algisite M Algoderm Restore-Calcicare	Kaltostat mèche Melgisorb Algoderm mèche	Fibracol Nu-Derm alg. Seasorb Maxorb extra*	Calcicare Tegagen
CARBOXYMETHYLCELLULOSE (HYDRO-FIBRES)		Aquacel	Aquacel mèche		
MOUSSE À MICRO ADHÉRENCE		Mépilex Border			
PANSEMENTS COMBINÉS (MULTICOUCHES)		Combiderm ACD	Combiderm	Carboflex	Versida
COLLAGÈNE + CELLULOSE		Fibracol+	Fibracol+ mèche	Promogram	

* Certains produits ne doivent pas être coupés. Vérifiez avec votre pharmacien.

Soins de plaie (DEGRÉ D'ABSORPTION)

DEGRÉ D'ABSORPTION DE L'EXSUDAT SELON LE PANSEMENT

ABSORPTION DE L'EXSUDAT	TYPES DE PANSEMENT		
Aucune	Opsite Tégaderm Adaptic	Jelonet Mepitel	
Minimale	Intra-Site gel Normlgel	Actisorb Plus Carbonet	
Minimale à légère	Duoderm Tégasorb Restore		
Modérée à abondante	Aquacel Allevyn Mépiléx	Algisite M Kaltostat Iodosorb	Biatain
Abondante	Mesalt		
Variable	Acticoat Actisorb silver 220 Aquacel Ag		

Source : Hélène Demers pharmacienne

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
danaparoïde	Orgaran	individualisé	1500 - 2500UI / jour	2 - 3
énoxaparine	Lovenox	5 à mg / kg / jour	40 - 60mg / jour	1 - 2
fondaparinux	Arixtra	5 à 10mg die	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.
- chez l'obèse, ajuster aussi la posologie à la hausse (dose selon le poids plutôt que dose fixe).

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 récurrences 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
- Pour le Fragmin seulement : dose à ↓ après 30 jrs à 150 UI/kg/jour en prévention de la récurrence des T.V.P. chez le patient atteint de cancer.

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 thromboembolies 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. Le plus important est de bien humidifier la pastille d'Aquacel asséchée avant de la changer et de 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).
- Pour les muqueuses, on peut aussi utiliser de l'adrénaline 1/10,000 sur un tampon et exercer une légère pression. On peut aussi utiliser la xylocaïne avec adrénaline, si on craint que la pression puisse causer de la douleur. Au niveau des muqueuses buccales, le 1/2 co de Sulcrate écrasé avec une goutte d'eau en pommade, peut ensuite faire un bon pansement.

Source : Dre Renée Dugas

Suintements, saignements, hémorragie non liés aux anticoagulants

En contexte de soins palliatifs néoplasiques, **SUINTEMENTS, SAIGNOTEMENTS ET HÉMORRAGIES** résultent d'un déséquilibre tellement important dans les mécanismes de régulation de cette homéostasie qu'il est souvent difficile d'y remédier. Tout au plus, est-il possible de contrôler ces anomalies.

SUINTEMENTS, SAIGNOTEMENTS ET HÉMORRAGIES résultent d'une fibrinolyse. Le tout commence cependant, dans la complexité du processus néoplasique, avec une augmentation de thrombine (premier déclencheur de la coagulation) qui transforme le fibrinogène en fibrine ce qui résulte en une augmentation anormale de fibrine libre qui entraîne à son tour une microthrombose diffuse (phénomène de coagulation accélérée) qui consomme des plaquettes et des facteurs de coagulation (surtout V et fibrinogène). Les caillots ainsi formés contiennent beaucoup de fibrine "fixée". En réaction à cette microthrombose diffuse, les mécanismes de fibrinolyse et de thrombolyse (phénomène de dissolution des caillots) s'activent.

Ce sont les composants du système plasminogène-plasmine qui sont alors impliqués et qui s'activent pour produire la fibrinolyse / thrombolyse intravasculaire. Le plasminogène étant présent dans chaque caillot est soumis à des activateurs tissulaires et plasmatiques (tPA et pPA), ce qui produit la plasmine. La plasmine produisant le clivage de la plupart des constituants protéiques lyse les amas de fibrine et de plaquettes formant les caillots. Elle est ensuite inactivée par des antiplasmines.

Lorsque ces événements se produisent sans relâche, il ne reste plus suffisamment de réserve dans les mécanismes de régulation de l'homéostasie. Les **SUINTEMENTS, SAIGNOTEMENTS ET HÉMORRAGIES** apparaissent alors. Ils sont souvent le résultat d'un processus séquentiel ayant débuté avec un très léger suintement.

MESURES LOCALES NON PHARMACOLOGIQUES

Espace cutané

- Compression locale
- Compresses empilées et paquetages si nécessaire.

Espace nasal

- Compression locale en pinçant le nez
- Compresses et paquetages si nécessaire.

Espace buccal

- Gargarisme (parfois suffisant)
- Rincer la bouche avec 5mL de bicarbonate dans 500 mL d'eau stérile
- Compression locale
- Compresses et paquetages si nécessaire
- Eviter brossage.

Source : Dre Renée Dugas

Suintements, saignements, hémorragie non liés aux anticoagulants

AGENTS HÉMOSTATIQUES : MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

ESPACE 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 comprimés : 1 co. tid ad 2 co. 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)
- 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'alginate
- 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

ESPACE NASAL

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

ESPACE BUCCAL

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

Source : Dre Renée Dugas, André-Didier Barbant md LMVG et CSSS Richelieu-Rouville

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

Entre-doses : _____ mg Q _____ minutes PRN

Nombre maximum d'ED par heure : _____ doses/h

Médecin

Signature : _____

de pratique : _____

Téléphone : Bur. _____ Cell. _____

Commentaires

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.

Adapté à partir de: Laboratoires Knoll Pharma Inc.

Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules



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

Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules (suite)

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

Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules (suite)

Nom	Comprimé		Capsule	Forme liquide PO	Notes
	sécable ?	écrasable ?	ouvrable ?	disponible ?	
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
Topamax		Oui	Oui	Non	Vider le contenu de la capsule sur de la compote.
Cardiovasculaire					
Cardizem CD			Oui	Non	Vider sur de la compote de pomme.
Tiazac			Oui	Non	Vider sur de la compote de pomme.
Tiazac XC	Non	Non		Non	
Altace			Oui	Non	Avec compote de pomme, jus de pomme ou 1/2 tasse d'eau.
Pradaxa	Non	Non	Non	Non	Conserver dans l'emballage d'origine. La biodisponibilité peut être augmentée de 70 % si administré sans l'enveloppe de la capsule.
Urinaire					
Tamsulosine (anciennement Flomax)			Non	Non	Il serait possible d'ouvrir et d'administrer via levine avec du cola comme véhicule ou de vider le contenu sur une petite quantité de compote.
Flomax CR	Non	Non	Oui	Non	
Ditropan	Oui	Oui		Oui	
Ditropan XL	Non	Non		Oui	Oxybutinine disponible en timbre (oxytrol en gel « Gelnique »)
Detrol	Oui	Oui		Non	
Detrol LA			Oui	Non	Saupoudrer le contenu sur de la nourriture.
Antibiotique - Antifongique					
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	
Diffucan (co)	Oui	Oui		Oui	

Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules (suite)

Nom	Comprimé		Capsule	Forme liquide PO	Notes
	sécable ?	écrasable ?	ouvrable ?	disponible ?	
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
Gastrointestinal					
Losec (co)	Oui	Oui		Non	Triturer finement (ou laisser dissoudre) dans bicarbonate de sodium 8,4 %.
Omeprazole (cap)			Oui	Non	Contenu peut être mélangé avec yogourt, jus de fruit ou compote de pomme.
Nexium	Non	Non		Non	Laisser dissoudre dans l'eau. Permis d'écraser pour admin. duodénale/jéjunale. (le générique Apo-esomeprazole ne se dissout pas dans l'eau)
Pantoloc	Non	Oui		Non	Pourrait être écrasé et mélangé à 20mL de bicarbonate de sodium 4,2 %.
Pariet	Non	Non		Non	
Prevacid (cap)			Oui	Non	Le contenu peut être ajouté à de la compote de pomme ou à du jus.
Prevacid fastab	Oui	Non		Non	Peut être dispersé dans l'eau. Une fois coupé, ne pas avaler; laisser fondre.
Dexilant	Non	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	
Autres					
Atarax				Oui	
Fosamax	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	

Fait par Maxime Bissonnette, étudiant pharmacie 4^e
Révisé par Marie-Claude Harvey et Diane Lamarre, ph.

Compatibilité des médicaments en seringue

80

Légende	ATROPINE	CHLORPROMAZINE	CODÉINE	DEXAMÉTHASONE	DIMENHYDRINATE	DIPHENHYDRAMINE	DROPÉRIDOL	FENTANYL	GLYCOPYRROLATE	HALOPÉRIDOL	HYDROMORPHONE	HYDROXYZINE	LIDOCAÏNE	LORAZÉPAM	MÉTHOTRIMÉPRAZINE	MÉTOCLOPRAMIDE	MIDAZOLAM	MORPHINE	PHÉNYTOÏNE	PROCHLORPÉRAZINE	SCOPOLAMINE
C1 stable au moins 15 minutes C2 stable au moins 4 heures † C3 stable au moins 48 heures ‡ Cp stable selon la concentration (sinon formation d'un précipité) C compatibilité, mais durée de stabilité non précisée I incompatible X données conflictuelles selon les références consultées																					
Atropine		C1			C1	C1	C1	C1	C3		C1	C1				C1	C2	C1		C1	C1
Chlorpromazine (Largactil ^{MD})	C1				I	C1	C1	C1	C3		C1	C1				C1	C2	C1		C1	C1
Codéine						C			C3			C									
Dexaméthasone (Décadron ^{MD})						I			C2		Cp					C3	I	I			
Dimenhydrinate (Gravol ^{MD})	C1	I	C			C1	C1	C1	I		C2	I				C1	I	C1		I	C1
Diphenhydramine (Bénadryl ^{MD})	C1	C1	C	I	C1		C1	C1	C3	I	C1	C1				C1	C2	C1		C1	C1
Dropéridol	C1	C1			C1	C1		C1	C3			C1				C1	C2	C1		C1	C1
Fentanyl	C1	C1			C1	C1	C1					C1				C1	C	C1		C1	C1
Glycopyrrolate (Robinul ^{MD})	C3	C3	C3	C2	I	C3	C3				C3	C3	C3				C2	C3		C3	C3
Halopéridol (Haldol ^{MD})						I					C2	I		C2				Cp			

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

Références : Guide pratique des soins palliatifs, APES, 4^e Éd. Trissel's Handbook of injectable drugs, 12^e 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 - Lorazépan 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)

Médicaments pouvant être utilisés par voie trans-muqueuse

RÈGLE D'OR # 1 : volume idéal = < 0.4 mL --- maximum de 5 mL / site

RÈGLE D'OR # 2 : préférer la voie TM à la voie SL en tout temps, surtout en fin de vie

RÈGLE D'OR # 3 : avant de déposer un comprimé, tenter de le dissoudre dans l'eau et d'en faire une suspension orale

butylbromure d'hyoscine (Buscopan)

codéine [à remplacer par morphine]

dexaméthasone (Décadron) [= irritant]

diphenhydramine (Benadryl) [sol. orale pédiatrique]

diménhydrinate (Gravol)

[à remplacer par Haldol sans alcool]

fentanyl

furosémide (Lasix)

glycopyrrolate (Robinul) [co. n'existent plus, utiliser l'inject.]

halopéridol (Haldol) [solution existante 2 mg/mL - goût OK]

hydromorphone (Dilaudid) [sol. aussi faible que 1 mg/mL]

kétamine (Ketalar)

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]

midazolam (Versed)

méthadone [utiliser la poudre de préférence]

méthotrimeprazine (Nozinan) [utiliser la susp. déjà faite]

métoclopramide (Maxéran) [dissoudre les co. dans 1-5 mL d'eau du robinet]

morphine [sol. aussi faible que 1 mg/mL]

naloxone (Narcan)

octréotide (Sandostatine)

oxycodone (Supeudol, OxyLR) [utiliser les co. de 5, 10 ou 20 mg; préparer une solution partant de 5 mg dans 5 mL d'eau du robinet = 1 mg/mL ad la concentration désirée]

phénobarbital [un peu irritant]

ranitidine (Zantac) [ne pas utiliser les co. pcq "enrobage spécial" mais utiliser les injectables]

scopolamine (Hyoscine) [utiliser les injectables]

sufentanyl

Source : Dre Renée Dugas

... voie trans-muqueuse (suite)

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

Q: Mais où se trouve cette gouttière?

R: La gouttière est située au fond de la jonction entre la mâchoire inférieure et la muqueuse de la lèvre inférieure, à peu près derrière l'axe de la canine.

Q: Pourquoi TM 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.

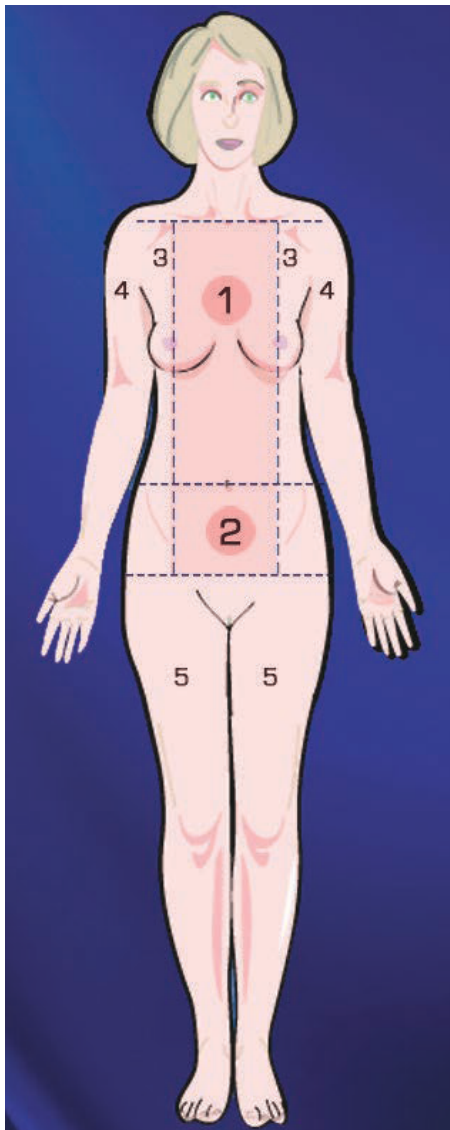
Q: Comment utiliser la voie TM selon les règles?

R: Débuter l'enseignement au patient et à la famille à la voie TM aussi rapidement que possible quand le contexte clinique en annonce le besoin. La voie TM 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 1-3 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 TM 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.
4. Éviter autant que possible la voie SL en fin de vie.

Source : Dre Renée Dugas



Reproduit avec l'autorisation de Paoli-Science



**SITES D'INJECTION
ET TEMPS ESTIMÉ DU DÉBUT
D'ACTION DE LA MÉDICAMENT
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)

Médicaments pouvant être utilisés par voie sous-cutanée

RÈGLE D'OR # 1 : volume idéal (intermittent ou continu) = 0.4 mL

RÈGLE D'OR # 2 : maximum de 2 mL / site

RÈGLE D'OR # 3 : maximum de 2 mL / h en perfusion continue

butylbromure d'hyoscine (Buscopan)

codéine

dexaméthasone (Décadron)

diphenhydramine (Benadryl)

dimenhhydrinate (Gravol) (amp. sans alcool)

dropéridol

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)

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)

sufentanyl (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
Adrénaline	1 :1000 SC	2 ampoules	Nozinan	25 mg/mL	5 ampoules
Ativan	1 mg SL	5 co.	Robinul	0,2 mg/mL	5 vials de 2 mL
Ativan	4 mg/mL	10 ampoules	Scopolamine	0,4 mg/mL	15 ampoules de 1 mL
Décadron	4 mg/mL	4 vials de 5 mL	Stémétil	10 mg - suppositoire	5 suppositoires
Dépakène	250 mg	5 caps.	Versed	5mg/mL	10 vials de 1mL
Dilaudid-HP	10 mg/mL	10 ampoules de 1 mL	Matériel devant être disponible rapidement en tout temps		
Gravol	50mg/mL	10 ampoules de 1 mL	<ul style="list-style-type: none"> • Nitroglycérine en vaporisateur nasal • Gelée 5 % Xylocaïne pour les curages de fécalome • Papillons, tubulures, et seringues pour médication SC • 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) • Matériel pour administration d'oxygène (concentrateur, tubulures, masques ou lunettes nasales) • Masque à nébulisation • Tube d'espacement (aérochambre) 		
Haldol	5 mg/mL	10 ampoules			
Largactil	50 mg/2 mL	2 ampoules			
Lasix	20 mg/mL	3 vials			
Maxéran	5 mg/mL	10 ampoules			
Morphine	10 mg/mL	10 ampoules			
Morphine	25 mg/mL	10 vials de 1mL			
Naprosyn	500 mg – supp.	4 suppositoires			
Naloxone (Narcan)	0,4 mg/mL	2 ampoules			

Protocole d'urgence

INDICATIONS:

1. Détresse respiratoire aiguë
2. Hémorragie
3. Douleur sévère non contrôlable

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 ?)

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 T° ambiante / Avec hotte 36 jours à 25 °C en seringues à T° ambiante.

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 CO₂ 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).

Protocole d'urgence (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 <i>+ selon technique aseptique</i>	
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 t° 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*

glycopyrrolate (Robinul) : 0,4-0,6 mg SC *** moins efficace que la scopolamine mais moins d'effets centraux**

- Traverse peu la barrière hémato-encéphalique d'où moins d'effets sédatifs et pas de propriété amnésiante tel que la scopolamine. Cette propriété du glycopyrrolate est intéressante à **domicile**, cela diminuera le risque de délirium parfois associé à l'utilisation de la scopolamine. Les effets sédatif et amnésiant reposeront alors sur le midazolam. Il 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.

Protocole d'urgence (suite)

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 bronchospasme réduisant ainsi l'effort respiratoire en situation de respiration embarrassée.
- 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.

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 die.

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).

Protocole d'urgence (suite)

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

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

EXEMPLE : Morphine 5 mg - Midazolam 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!

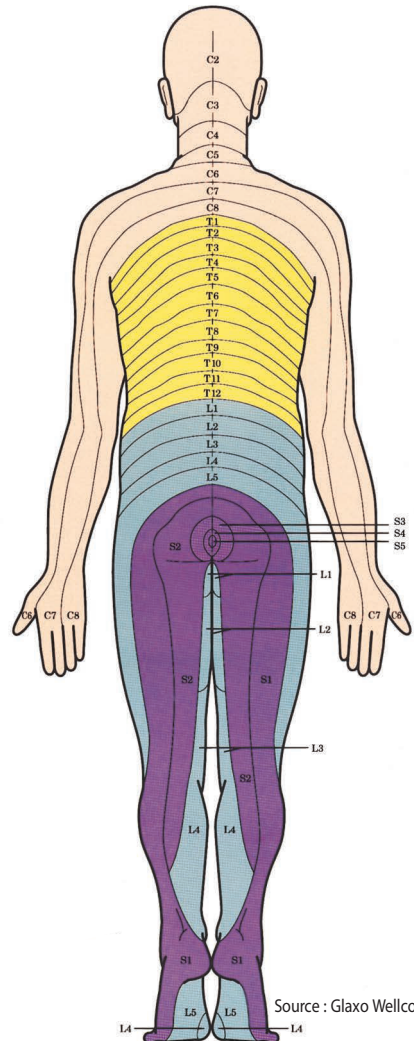
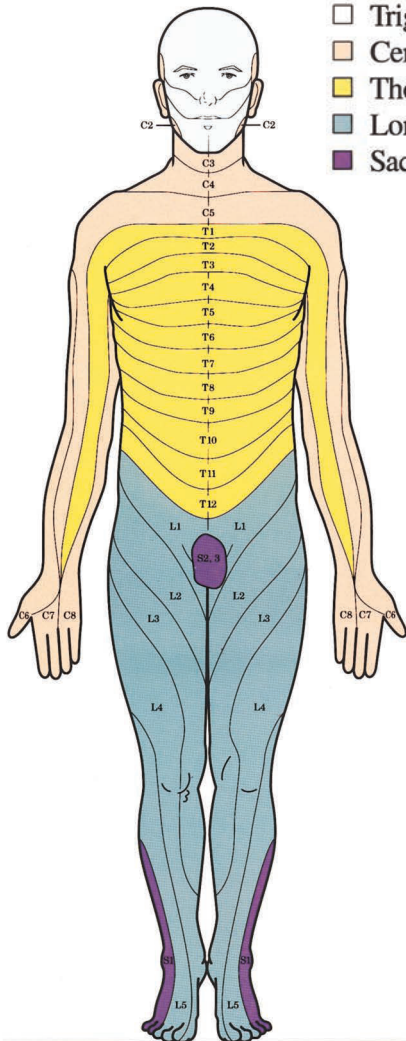
OU Préparer dans 2 seringues: # 1 = Opiïde + Versed / # 2 = Scopolamine (CH = domicile)

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)



- Trigéminal
- Cervical
- Thoracique
- Lombaire
- Sacré



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	AI 8 (tx de la candidose oesophagienne) AI 9 (tx de la candidose oropharyngée) et AI 10 (tx d'autres mycoses)		
Dermatologie	pansements d'argent, cadexomère d'iode DE 58	DE 58 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'alginate DE 101 Pansements de mousse DE 101 Hydrogels, etc. DE 101	DE 101 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	EN 23 Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace EN 24 Pour le tx des personnes diabétiques non insulino dépendantes présentant une insuffisance rénale EN 25 Lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace		
Système gastro-intestinal	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Bisacodyl Micro lax Docusate de sodium Docusate de calcium Suppositoire de glycérine Lactulose </td> <td style="border-left: 1px solid black; vertical-align: top;"> Fleet, Fleet Huileux Lactulose Lait de magnésie Sennosides Lax-A-day Relaxa Peg 3350 Pegalax </td> </tr> </table>	Bisacodyl Micro lax Docusate de sodium Docusate de calcium Suppositoire de glycérine Lactulose	Fleet, Fleet Huileux Lactulose Lait de magnésie Sennosides Lax-A-day Relaxa Peg 3350 Pegalax	GI 27 (constipation liée à une pathologie) GI 28 (constipation liée à la prise d'un médicament.) GI 29 lactulose : (prévention et tx de l'encéphalopathie hépatique)
Bisacodyl Micro lax Docusate de sodium Docusate de calcium Suppositoire de glycérine Lactulose	Fleet, Fleet Huileux Lactulose Lait de magnésie Sennosides Lax-A-day Relaxa Peg 3350 Pegalax			

Système génito-urinaire	oxybutynine timbre (Oxytrol) ou longue action Ditropan XL, Uromax toltérodine (Detrol, Unidet) trospium (Trosec) fésotérodine (Toviaz) solifénacine (Vesicare)	GU 32 Pour le tx de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée GU 33 pour le tx de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace
Oncologie	mégestrol (Mégace)	ON 85 Pour l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate
Ophtalmologie	larmes artificielles	OP 40 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.
	latanoprost-timolol (Xalacom) travoprost-timolol (DuoTrav)	OP 39 Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomeux en monothérapie est insuffisant
Système nerveux autonome ou central	anéthole trithione (Sialor) pilocarpine (Silagen) codéine sirop	SN 45 pour le tx des personnes souffrant de xérostomie grave SN 61 pour tx de douleur chez des personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés (pas la toux)

BIBLIOGRAPHIE

Anon. Guide pratique des soins palliatifs, gestion de la douleur et autres symptômes. Association des pharmaciens d'établissements de santé (A.P.E.S.) Montréal, 4^{ème} édition, 2008

Portail Palli-Science

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

Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. Précis pratique de soins médicaux à domicile. Edisem/FMOQ 2000; chap 33 :133-8

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

Néron A. Analgésie topique. Protocoles non publiés

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.

BIBLIOGRAPHIE

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.

Boulanger A et al. Algorithme de traitement de la douleur neuropathique. Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. Les cahiers de MedActuel, L'actualité médicale 2008;8(12):25-30

Certains protocoles sont inspirés de ceux en application à la Maison Michel-Sarrazin de Québec

COLLABORATEURS À CETTE ÉDITION

Auteurs de 2000 à 2016

MARCEL MARSOLAIS, médecin
Membre de l'équipe médicale
de La Maison Victor-Gadbois + CMVR
Président du conseil d'administration LMVG
Directeur administratif site Palli-Science

DIANE LAMARRE, pharmacienne, M.Sc.
Professeure titulaire de clinique
Faculté de pharmacie
Université de Montréal

Collaboratrice à cette édition

NATHALIE SAVARD inf, (Dir. gen. adj.-soins LMVG)

Infographie et impression

IMPRIMERIE MASKA INC.

Pour que la
vie continue...



MERCI AUX PHARMACIES SUIVANTES

Les pharmacies affichées dans ces pages ont contribué à cette édition du Mini-guide par un don.

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

De plus, elles s'engagent 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**

**MERCI
AUX PHARMACIES SUIVANTES**



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

NOTES

NOTES



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	11
Algorithme traitement douleur neuropathique	12
Médication : Principes thérapeutiques	14
Bases de l'échelle de conversion des opioïdes P-S	16
Équivalences posologiques	17
Équivalences opioïdes	18
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	40
Cannabinoïdes	43
Accès douloureux transitoires	44
Nouveautés (opioïdes)	46
Autres molécules analgésiques	48
Co-analgésiques	49
Présentation molécules fréquemment utilisées en soins palliatifs	52
Analgésie topique	55
Problèmes buccaux et digestifs	57
Problèmes digestifs	58
Protocole constipation/fécalome	60
Problèmes respiratoires	61
Problèmes cutanés, urinaires et neurologiques	62
Problèmes neurologiques et neuropsychiatriques	63
Soins de plaie	64
Évènements thrombotiques	70
Anticoagulation excessive	71
Suintement, saignements, hémorragie	72
Modèle de prescription pour PSCC	75
Fractionnement/pulvérisation et ouverture de capsules	76
Compatibilité/stabilité	80
Médication trans-muqueuse	82
Sites d'injection	84
Médication sous-cutanée	86
Médication d'urgence	87
Protocole d'urgence	88
Planches des dermatomes	92
Codes médicaments d'exception	94
Références	96
Collaborateurs à cette édition	98
Remerciements	99
Notes	102

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



10

8

6

4

2

0