

# Mini-guide *Palli-Science*

27<sup>e</sup> édition 2026

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



**MAISON  
VICTOR-GADBOIS**

*Fondée en janvier 1992 ... Pour que la vie continue*

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 vivant avec le cancer.

### **Elle compte :**

- 12 chambres • Un centre de jour
- Une clinique de gestion de symptômes
- Une équipe de formation • Un service de soutien au deuil
- Un programme de soutien spécifique aux proches aidants

**Tous ces services sont offerts gratuitement.**

1000, rue Chabot, Saint-Mathieu-de-Beloil  
(Québec) J3G 0R8 Sortie 105, autoroute 20

Téléphone : 450 467-1710 • Télécopieur : 450 467-5799  
administration@maisonvictor-gadbois.com



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

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



La Maison Victor Gadbois .....	4 à 7
Les soins palliatifs .....	8-9
Douleur nociceptive .....	10
Douleur neuropathique .....	11
Mécanismes d'action .....	12
Co-analgésiques .....	13-15
<b>Opioides conventionnels</b>	
Principes de base .....	16-18
Changement de forme/voie .....	19
Conversion d'opioïde .....	20-23
Hydromorphone .....	24
Morphine .....	25
Oxycodone .....	26
Fentanyl .....	27-29
Méthadone .....	30-35
Kétamine .....	36-38
Cannabinoïdes .....	39
Autres molécules analgésiques .....	40 à 42
Accès douloureux transitoire .....	43-44
Analgésie topique .....	45-48
Plaies .....	49-51
Médicaments fréquemment utilisés .....	52-54
Problèmes buccaux et digestifs .....	55-57
Constipation .....	58
Problèmes respiratoires .....	59
Problèmes cutanés, urinaires, neurologiques, neuropsychiatriques .....	60-61
Anticoagulation .....	62
Saignements .....	63
Modifications de comprimés et de capsules .....	64-67
Voies alternatives d'administration .....	68-70
Voie trans-muqueuses buccale .....	71-73
Voie sous-cutanée .....	74-75
Perfusion sous-cutanée continue .....	76
Trousse de médication d'urgence .....	77
Détresse .....	78 à 81
Compatibilité/stabilité .....	82-83
Naloxone .....	84-85
Agitation .....	85
Sédation palliative continue .....	86-87
Codes médicaments d'exception .....	88-89
Symptômes de retrait / Sevrage de corticostéroïdes .....	90
Bibliographie .....	91
Collaborateurs .....	92
Abréviations .....	93
Dermatomes .....	94-95
Échelle de performance palliative .....	96

## Philosophie

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

Chaque individu est unique. Les intervenants de La Maison, du Centre de jour, de la Clinique de Gestion de symptômes, du Soutien au deuil, et de la Formation, s'appliquent à le considérer dans sa globalité, bien conscients 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 soutenir chacun de ces individus et leurs proches, et leur permettre de vivre dans un milieu où tous sont à l'écoute de leurs besoins physiques, psychologiques, spirituels, sociaux et environnementaux.

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



**MAISON  
VICTOR-GADBOIS**

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

- Toute personne 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 toute autre information pertinente 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, il est souhaitable de nous faire parvenir votre demande dès que possible afin d'éviter tout délai dans l'admission du patient. La constitution d'un dossier de pré-admission est également possible et apprécié.
- 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.).
- Les familles peuvent accompagner leur proche 24/24 heures, si elles le désirent. Cette présence est considérée bienvenue par les intervenants et est souvent souhaitée par la personne en fin de vie.

## Clinique de gestion de symptômes

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

### Service de :

- *CONSULTATION*
- *SUIVI CONJOINT AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ IMPLIQUÉS*
- *PRISE EN CHARGE DE CLIENTÈLE ORPHELINE ATTEINTE D'UN CANCER NON GUÉRISSABLE*

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

Un compte rendu sera envoyé au professionnel référant, à l'oncologue traitant (s'il y a lieu) et au médecin de famille.

La condition essentielle à toute consultation est de faire parvenir au préalable, par télécopieur au 450 467-5799 ou par courriel à [administration@maisonvictor-gadbois.com](mailto:administration@maisonvictor-gadbois.com) le dossier médical du patient, les analyses laboratoires, rapport d'imagerie et tout autre résultat pertinent. Faxer avec la mention : CONSULTATION POUR GESTION DE SYMPTÔMES

Pour prendre rendez-vous, téléphonez au

**450 467-1710**

---

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

---

## CENTRE DE JOUR

Le Centre de Jour est un lieu intime, empreint de vie et de quiétude. Les services y sont offerts GRATUITEMENT par une équipe interdisciplinaire (infirmière, infirmière auxiliaire, travailleur social, intervenant en soins spirituels, physiothérapeute, massothérapeute, acupuncteur, 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.
- Proches qui accompagnent cette personne.

### Buts recherchés

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

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

**UN RÉSUMÉ** du dossier médical devra être acheminé par télécopieur au 450 467-5799 ou par courriel à [administration@maisonvictor-gadbois.com](mailto:administration@maisonvictor-gadbois.com) avec la mention

**CENTRE DE JOUR**

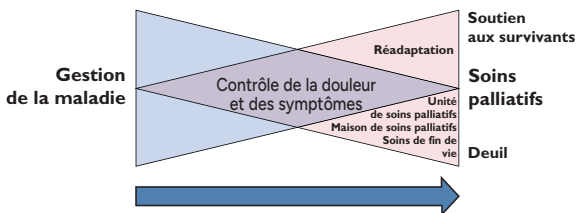
(formulaires disponibles dans plusieurs milieux de soins)

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

**TÉLÉPHONEZ AU 450 467-1710**



## SOINS PALLIATIFS : MODÈLE ENRICHIS



### Briser les mythes concernant les soins palliatifs

- Les soins palliatifs n'ont pas pour effet de précipiter la mort. Ils visent à assurer le confort du patient et à optimiser sa qualité de vie, depuis le diagnostic d'une maladie avancée jusqu'à la fin de vie.
- Une personne souffrant d'une maladie avancée ne ressentira pas la faim et la soif de la même manière qu'une personne en santé. La sécheresse buccale est souvent plus inconfortable que la sensation de soif. (voir p. 62 pour les soins de bouche)
- Même si l'on met tout en oeuvre pour garder un patient à la maison, ses besoins sont parfois trop grands. Ce n'est pas un échec de veiller à ce qu'il reçoive les meilleurs soins possibles, quel que soit l'endroit.

### Briser les mythes sur la morphine (et autres opioïdes)

- Bien dosée, la morphine permet de maintenir le confort du patient, mais elle ne précipite pas la mort.
- La morphine n'est pas utilisée uniquement dans les derniers jours de vie et, même si elle est utilisée tôt dans le traitement, elle pourra être efficace si la douleur s'aggrave.
- Pour maintenir le confort du patient, il faut souvent lui administrer des analgésiques à plus forte dose. Son corps s'adaptera et développera une tolérance et non une dépendance.
- La morphine injectable n'est pas plus dangereuse que la morphine en comprimés : tout est une question de dosage.
- Ce n'est pas la dernière injection reçue qui amène le décès mais bien la maladie, qui a poursuivi sa progression.
- Les opioïdes n'apaisent pas tous les types de douleur, d'où l'importance de la co-analgésie.

Le schéma et certains énoncés sont tirés du Portail Palliatif canadien (2019) [www.portailpalliatif.ca](http://www.portailpalliatif.ca)

## L'accompagnement en soins palliatifs

- La sensibilité est nécessaire pour travailler en soins palliatifs : elle permet d'être à l'écoute du patient et de ses proches.
- Il est normal d'être touché par ce que vivent ou partagent certains patients. La « distance thérapeutique » se transforme en « juste proximité ».
- Le choc, le déni, le marchandage, la colère, le désespoir et l'acceptation ne sont pas des passages obligés. Certaines de ces phases peuvent ne pas être vécues par le patient.
- Il n'y a pas de « bonne façon » de mourir. Chaque personne vivra cette expérience d'une façon qui lui est propre. Il faut faire confiance à la personne qu'on accompagne.
- Le rôle des intervenants est d'offrir des « opportunités », que le patient et ses proches seront libres d'accepter ou de refuser, non « de faire cheminer » ou d'atteindre un « objectif ».
- L'ouïe est le dernier sens à s'estomper en fin de vie. Bien qu'on ne sache pas exactement à quel moment ce sens diminue, ni dans quelles proportions, parler à la personne en fin de vie témoigne d'une approche respectueuse qui reconnaît la dignité humaine de chaque individu.
- Un deuil peut durer plus d'une année et demeurer « normal ». Les émotions évoluent, l'intensité et la durée de celles-ci diminuent graduellement. Un deuil compliqué réfère à des réactions de deuil qui demeurent très intenses au-delà de 2 ans suite au décès.

## La douleur

- Il existe 4 dimensions à la douleur : douleur physique, douleur psychologique, douleur sociale et douleur spirituelle. Chacune d'entre elles influence les autres, augmentant la souffrance ressentie par le patient.
- Tous ces types de douleurs ne peuvent pas être soulagés par des analgésiques : les disciplines qui peuvent contribuer au mieux être du patient et de ses proches sont nombreuses et ne doivent pas être négligées.
- La douleur physique, à elle seule, peut se décliner de plusieurs façons : douleur neuropathique, accès douloureux transitoires, douleur inflammatoire, viscérale, etc. Il est important d'aider la personne souffrante à préciser les différentes douleurs qu'elle ressent. Cela permettra un choix d'analgésie ou de co-analgésie approprié.



## DOULEURS NOCICEPTIVES

10

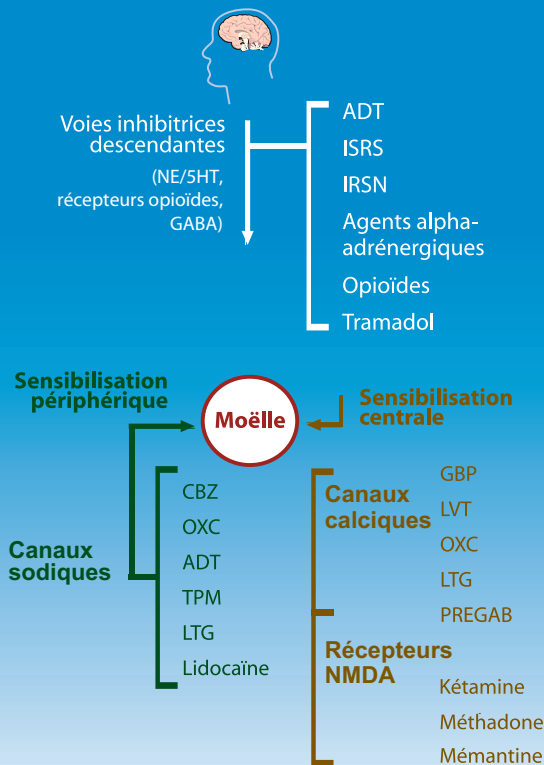
Types	Caractéristiques	1 <sup>e</sup> ligne de traitement	2 <sup>e</sup> ligne de traitement	3 <sup>e</sup> ligne de traitement
Somatique osseuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vive</li> <li>- Précise</li> <li>- Très localisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- radiothérapie (si indiquée)</li> <li>- opioïdes traditionnels</li> <li>- AINS*</li> <li>- acétaminophène</li> <li>- tramadol (\$)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- méthadone en coanalgie</li> <li>- dexaméthasone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- méthadone comme opioïde principal</li> <li>- chirurgie stabilisatrice (si indiquée)</li> </ul>
Somatique musculosquelettique/ tissus mous	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liée aux mouvements</li> <li>- Localisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opioïdes traditionnels</li> <li>- AINS</li> <li>- acétaminophène</li> <li>- tramadol (\$)</li> <li>- relaxant musculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- méthadone en coanalgie</li> <li>- dexaméthasone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- méthadone comme opioïde principal</li> </ul>
Viscérale continue (parenchymateuse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mal définie</li> <li>- Lancinante</li> <li>- Aigüe</li> <li>- De fond</li> <li>- Sourde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opioïdes traditionnels</li> <li>- AINS</li> <li>- acétaminophène</li> <li>- tramadol (\$)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- méthadone en coanalgie</li> <li>- dexaméthasone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- méthadone comme opioïde principal</li> <li>- bloc/neurolyse coeliaque (si indiqué)</li> </ul>
Viscérale Colique (spasmodique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crampes</li> <li>- Coliques</li> <li>- Spasmes</li> <li>- Limitée à l'abdomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anticholinergiques</li> <li><u>Spasmes intestinaux</u> glycopyrrolate lopéramide hyoscine butylbromure</li> <li><u>Spasmes vésicaux</u> oxybutynine, mirabegron toltérodine, trospium</li> </ul>	<p>« Les spasmes vésicaux se présentent habituellement chez des patients atteints du cancer de la vessie ou d'une autre tumeur pelvienne. Ils peuvent aussi être causés par une irritation liée à un cathéter, une infection, des saignements, de la rétention urinaire, etc. En cas de spasmes vésicaux, des instillations intravésicales (voir section «co-analgésiques» / douleur colique / vésicale) d'oxybutynine ou de bupivacaïne sont parfois requises en cas de spasmes vésicaux. Les spasmes intestinaux se produisent souvent lors d'obstruction intestinale et pourront répondre aux antispasmodiques, comme le glycopyrrolate ou le lopéramide. » (Guide APES, 2019)</p>	

\*AINS très efficace en coanalgie pour les douleurs osseuses

# DOULEURS NEUROPATHIQUES SECONDAIRES À LA MALADIE CANCÉREUSE OU À SES TRAITEMENTS

Types et caractéristiques	1 <sup>e</sup> ligne de traitement	2 <sup>e</sup> ligne de traitement	3 <sup>e</sup> ligne de traitement	4 <sup>e</sup> ligne de traitement
<b>Dyesthésique</b> - Brûlure - Engourdissement - Picotement - Serrement	gabapentinoïdes - prégabaline - gabapentine  IRSN - duloxétine - venlafaxine	méthadone en coanalgie  dexaméthasone (si composante compressive en lien avec une tumeur ou œdème péri-lésionnel)	kétamine avec ou sans lidocaïne en préparation magistrale pour application topique (\$\$)  cannabinoïdes - nabilone - CBD en huile ou gélules (\$) - THC en huile ou gélules (\$)	autres antidépresseurs - citalopram - escitalopram - paroxétine - bupropion - mirtazapine  autres anticonvulsivants - acide valproïque - clonazépam - lamotrigine - lévétiracétam - topiramate  agents stabilisateurs de membrane -flécaïnide -lidocaïne -mexilétine kétamine voie PO/SC/IV méthotriméprazine
<b>Paroxystique</b> - Coup de couteau  - Chocs électriques  - Très vive / intense  - Soudaine	ADT - amitriptyline (a) - desipramine  - opioïdes traditionnels - tramadol (\$) (b)  - méthadone comme opioïde principal (c)			

- a) Indiqué en première ligne chez les patients âgés de moins de 60 ans. Chez les patients de 60 ans et plus, éviter les amines tertiaires de la classe des tricycliques en raison de leur effets anticholinergiques. La nortriptyline et la désipramine peuvent être prescrites avec précaution, à faible dose.
- b) Le tramadol a également un effet sur la sérotonine et norépinéphrine qui le rends intéressant en douleur neuropathique. Attention toutefois au risque de syndrome sérotoninergique si polypharmacie.
- c) La méthadone est intéressante pour son effet opioïdergique et sur les récepteurs NMDA, ce qui lui donne un effet double pour le traitement des douleurs neuropathiques.



**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

Adapté de Beydoun et al. *J Pain Symp Manage* 2003; 25: 5(Suppl. 1):518-530

Pour soulager les douleurs neuropathiques réfractaires, il est recommandé de combiner des médicaments présentant différents mécanismes d'action.

Source : APES, 2019

# 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 et particularités
<p><b>Métastases osseuses</b> Envisager la radiothérapie.</p> <p><b>Aussi utilisé dans les cas d'hypercalcémie</b></p>	<p><b>AINS</b> naproxen célécoxib</p> <p><b>Corticostéroïdes</b> dexaméthasone</p> <p><b>Régulateurs du métabolisme osseux</b> pamidronate</p> <p>zolédronate</p> <p>dénosumab</p>	<p>Naprosyn 500 mg PO (co. ou susp. 25 mg/ml) ou le co régulier peut être administré IR Attention aussi disponible en vente libre: Aleve 220 mg Celebrex 100 à 200 mg bid</p> <p>Décadron 4 mg PO/SC bid à qid. Si effet stimulant éviter HS, la dose quotidienne peut être divisée en 2 doses, administrées AM + midi. Aussi disponible sous forme injectable de 4 mg/ml et 10 mg/ml (non dilué, préparé en seringue sous hotte stable 55 jours à température ambiante)</p> <p>Il est possible de combiner AINS et corticostéroïdes en ajoutant une cytoprotection gastrique.</p> <p>Pamidronate 90 mg IV dans 250-500 ml NaCl 0,9 % en 2-4 h q 3-4 semaines. Stable pendant 28 jours à température ambiante.</p> <p>Zometa (Rx d'exception) 4-8 mg IV en 15 min dans 100 ml de NaCl 0,9 % q 3-4 sem. + calcium 500 mg bid et vit. D 800 UI die durant tout le mois suivant le traitement. NB Zometa stable 24 h au frigo, toujours administrer dans les 24 h suivant sa reconstitution.</p> <p>Xgeva 120 mg SC q 4 sem. (rx d'exception)</p>
<p>Douleur musculo-squelettique nociceptive inflammatoire</p>	<p>diclofenac topique</p> <p>kétoprofen topique</p>	<p>Voltaren émulgel 1,16 % tid-qid (vente libre, derrière le comptoir du pharmacien), Voltaren XF émulgel 2,32% bid (vente libre, derrière le comptoir du pharmacien), Voltaren disponible IR (50, 100)</p> <p>Kétoprofen (gel 10 %) bid (préparation magistrale)</p>

DOULEUR NEUROPATHIQUE	Dénomination commune	Nom commercial
Sensibilisation périphérique (canaux sodiques)	<b>Antidépresseur tricyclique</b> amitriptyline* désipramine nortriptyline <b>Anticonvulsivants</b> carbamazépine topiramate	Amitriptyline 10 – 150 mg die... habituellement HS Norpramin 10 – 150 mg die... habituellement AM Aventyl 10 – 150 mg die... habituellement AM Tégréto1 200 – 1600 mg/jour Topamax 15mg HS – 100 mg bid (titrer lentement : somnolence)
Sensibilisation mixte (calcique et sodique)	Autres oxcarbazépine lamotrigine	Trileptal : actuellement peu d'expérience clinique à LMVG Lamictal : actuellement peu d'expérience clinique à LMVG
Sensibilisation centrale (canaux calciques)	<b>Anticonvulsivants</b> prégabaline* gabapentine	Lyrica 25 – 600 mg/jour (bid – tid) Neurontin 300 – 4000 mg/jour (tid – qid) (ED = 100 – 400 mg) Les capsules de prégabaline et de gabapentine peuvent être ouvertes et le contenu mis dans des aliments ou du jus.
Voie inhib.- descendante (NE, 5HT, récept. opioïdes, enképhaline)	IRSN ISRS (si dépression majeure) tramadol agents $\alpha$ -adrénergiques tapentadol	duloxétine (Cymbalta) / venlafaxine (Effexor) clonidine / tizanidine (Zanaflex) Nucynta CR (50 à 250 mg) bid ou Nucynta IR (50-70-100 mg) bid / Non RAMQ
NMDA	<b>Analgésiques</b> kétamine méthadone*	Voir section « kétamine » Voir section « méthadone » <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> Au besoin : consulter une ressource externe
Autres mécanismes d'actions	<b>Corticostéroïdes</b> dexaméthasone* acide valproïque capsaïcine topique lidocaïne topique	Décadron 1 – 2 mg bid à 12 – 16 mg/jour en 2 à 3 prises (PO, SC, IV) Dépakène 250 – 1000mg/j anticonvulsivant <b>le mieux absorbé par voie rectale</b> . Percer la capsule. Peut remplacer gabapentine + prégabaline quand PO est impossible. Bonne expérience à LMVG. Crème topique 0,025-0,075 % QID. EMLA - lidocaïne - prilocaïne (crème ou timbre)

\*molécules souvent utilisées à La Maison Victor-Gadbois



DOULEUR COLIQUE		
<b>Rectale</b>  nociceptive ou <u>neuropathique</u>	chlorpromazine halopéridol clonazepam gabapentine prégabaline topiramate dexaméthasone méthadone	Largactil 12,5 - 25 mg tid Haldol 0,5 - 2mg tid Rivotril 0,25 - 0,5 mg bid à tid Neurontin 300 - 4000 mg / 24 h (tid - qid) ( ED 100-400 mg) Lyrica 150 - 600 mg / 24 h (bid-tid) Topamax 15 mg HS → 100 mg bid Dexaméthasone 4 - 8 mg bid à tid Metadol liquide (10mg/ml) 1 ml IR bid prn NB: L'association clonazépan - dexaméthasone s'avère souvent utile. <div style="float: right; margin-left: 20px;">             } ED capsule ouverte *              pour rapidité d'action           </div>
<b>Abdominale</b>	glycopyrrolate butylbromure d'hyoscine dicyclomine	Robinul 0,1 - 0,2 mg PO SC tid à qid (couvert RAMQ) Buscopan 10 - 20 mg SC PO Q 4 h PRN max. qid (non couvert RAMQ) Dicyclomine 10-20 mg 3 fois / jour (non couvert RAMQ)
<b>Vésicale</b> avec ou sans sonde vésicale	oxybutynine	Ditropan 5 mg bid à qid PO (prudence chez les patients de 65 ans + : effets anticholinergiques). Si non amélioré, faire irrigation vésicale via une sonde avec l'oxybutynine tid-qid <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'abord irriguer la vessie avec 50 ml NaCl 0,9 % et retirer délicatement</li> <li>• Écraser 5 mg d'oxybutynine dans 10 ml de solution NaCl 0,9 %</li> <li>• Ajouter 50 ml au mélange</li> <li>• Instiller le mélange (60 ml) dans la vessie</li> <li>• Ajouter 10 ml de solution NaCl 0,9 % dans la sonde et clamper la sonde 15-30 min.</li> </ul>
	Bupivacaïne	Instillation vésicale tid - qid <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'abord irriguer la vessie avec 50 ml NaCl 0.9 % et retirer délicatement</li> <li>• Instiller 20 ml de bupivacaïne 0,25 % suivis de 10 ml de NaCl 0.9 %.</li> <li>Clamper la sonde 15-30 min.</li> <li>• Baclofène 5 mg, oxycodone 5 mg ou morphine 10-20 mg combinés à bupivacaïne (même administration que ci-haut)</li> </ul>



# Principes de base dans le choix des opioïdes

- ✓ Commencer par la voie orale, si disponible, même pour les EDs.
- ✓ Débuter par un opioïde courte action.
- ✓ Éviter les associations de médicaments (ex. : acétaminophène et opioïde dans le même comprimé). Privilégier les produits à un seul ingrédient.
- ✓ Si emploi chronique : ne pas cesser rapidement l'opioïde (sevrage).
- ✓ Ne pas oublier d'avoir recours à la co-analgésie.
- ✓ Lors du transfert à un opioïde longue action, prévoir des EDs courte action.
- ✓ Avoir recours à la co-analgésie ou à une analgésie topique peut justifier une diminution de la dose d'opioïde.

# Principes de base de l'utilisation des opioïdes

- 1) **Indications :** A) douleurs nociceptives faibles à modérées sans réponse aux AINS + acétaminophène  
B) douleurs nociceptives modérées à sévères  
C) douleurs neuropathiques D) douleurs mixtes E) dyspnée ou toux
- 2) **Choix d'opioïde de départ :** I) Courte action : morphine, hydromorphone, oxycodone (en insuffisance rénale, privilégier l'hydromorphone ou 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) Connaître la pharmacocinétique des molécules :

Molécule et voie d'administration	Début d'action (minutes)	Pic d'action (minutes)	Durée d'action (heures)
Morphine PO courte action	± 45	60	± 4
Morphine SC	± 15	±30	± 4
Morphine IV	± 5	15	2
Hydromorphone PO courte action	± 45	60	4
Hydromorphone SC	± 15	± 30	4
Hydromorphone IV	± 5	15	2

\*Plusieurs facteurs peuvent modifier l'effet des opioïdes, dont la tolérance de la personne, sa fonction rénale, etc.

- 4) **Ajustement du dosage en fonction des doses régulières reçues et du nombre d'EDs/24h (paliers suggérés)**  
- morphine PO, par paliers de 5mg pour débiter  
- hydromorphone PO, par paliers de 1mg pour débiter  
- fentanyl TD : par paliers de 12 mcg/h
- 5) **Toujours prévoir une solution PEG (polyéthylène glycol 3350) et, au besoin, ajouter un laxatif stimulant (sennosides ou bisacodyl).**  
(Code Gi28 lorsque constipation associée à la prise de médicament)
- 6) Lorsque la **douleur est réfractaire** et exige des doses élevées d'opioïdes traditionnels, il est important d'optimiser l'utilisation des co-analgésiques et de considérer l'emploi de la méthadone.



# Les entredoses (EDs)

- Toute ordonnance d'opioïde doit comporter des EDs.
- L'opioïde prescrit en ED doit être le même que l'opioïde régulier. Avec le fentanyl TD, on prescrira morphine ou hydromorphone comme ED. Avec la méthadone, on prescrira morphine, hydromorphone ou méthadone comme ED. Les EDs s'administrent par toutes les voies PO, SC, SL, TMB (transmuqueuse buccale), sauf la voie transdermique.
- L'ED correspond généralement à 50 % de la dose q 4 h (20 mg q 4 h : ED = 10 mg)  
ou 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 60 min PO / q 30 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)
- Lorsque la méthadone est utilisée en co-analgésie régulière avec un opioïde, ne pas oublier d'inclure la méthadone dans le calcul de la dose quotidienne et de l'ED

**Si plus de 3 EDs / 24 h, CORRIGER la posologie régulière et l'ED.**

**Ne pas inclure les EDs données en pré-mobilisation ou pour des interventions de soins.**

Ex : Morphine 20 mg SC q 4 h régulier → ED = 10 mg SC q 30 min. ou morphine 20 mg PO q 60 min.

Ex : Morphine 120 mg PO / 24h = morphine 60 mg PO LA BID → ED morphine 10 mg PO q 60 min.

# OPIOÏDES LORS DE CHANGEMENTS DE FORME OU DE VOIE D'ADMINISTRATION

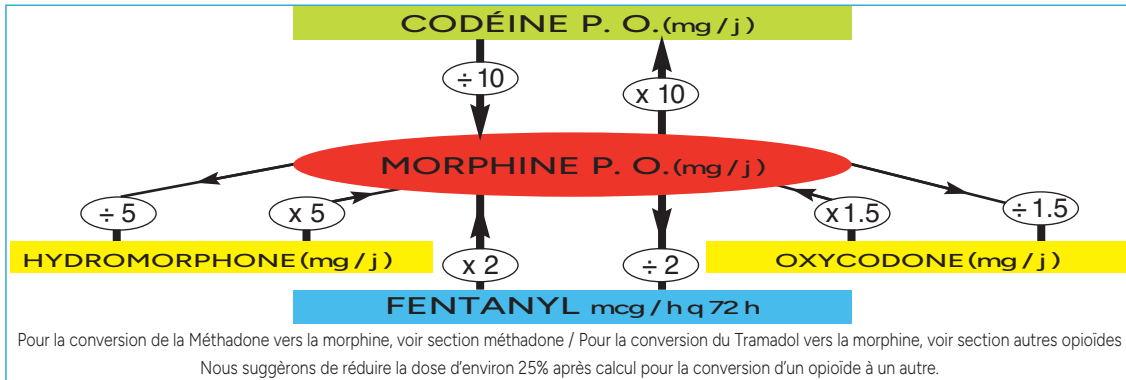
19

Formulation de départ : Qu'est-ce que le patient a ?	Formulation envisagée : Vers quoi on veut aller ?	Particularités d'administration	Schéma d'administration			
			Temps 0	4h plus tard	8h plus tard	12h plus tard
Courte action (CA) PO/SC q4h	Longue action PO q12h	Donner simultanément 1 dose CA + 1 dose LA, puis poursuivre avec la LA seulement	CA + LA	-	-	LA
	Timbre fentanyl	Appliquer le timbre + 1 dose CA immédiatement, 4h plus tard et 8h plus tard, puis poursuivre le timbre seulement	Appliquer timbre + CA	CA	CA	-
	PSCC	Commencer la PSCC + 1 dose CA, puis poursuivre la PSCC seulement	Début de la PSCC + CA	PSCC	PSCC	PSCC
Longue action (LA) PO q12h	Courte action PO/SC q 4h	Commencer la CA 12h après la dernière dose de LA	LA	-	-	CA
	Timbre fentanyl	Appliquer le timbre + donner une dose LA, puis poursuivre le timbre seulement	Appliquer timbre + LA	-	-	-
	PSCC	Commencer la PSCC de 6 à 9h après la dernière dose LA	LA	-	Début de la PSCC (6-9h)	PSCC
Timbre fentanyl	Courte action PO/SC q 4h	Retirer le timbre et commencer la CA 8h plus tard	Retrait du timbre	-	CA	CA
	Longue action PO q 12h	Retirer le timbre et commencer la LA 8h plus tard	Retrait du timbre	-	LA	-
	PSCC	Retirer le timbre et commencer la PSCC de 4 à 8h plus tard	Retrait du timbre	Début de la PSCC (4-8h)	PSCC	PSCC
Perfusion sous-cutanée continue (PSCC)	Courte action PO/SC q 4h	Donner 1 dose CA et poursuivre la PSCC pour 1h, puis cesser la PSCC	CA + PSCC x 1h, puis arrêt	CA	CA	CA
	Longue action PO q 12h	Donner 1 dose LA et poursuivre la PSCC pour 4h, puis cesser	LA	Arrêt PSCC	-	LA
	Timbre fentanyl	Appliquer le timbre et poursuivre la PSCC pour 4 à 8h, puis cesser	Appliquer timbre	Arrêt PSCC (4-8h)	-	-

Référence : A.P.E.S. (2019). Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes, 5<sup>e</sup> Éd.

# Les analgésiques opioïdes (conversion approximative)

20



Équivalences – Voies d'administration	Exemples
Dose SC = $\frac{\text{dose PO}}{2}$	40 mg PO = 20 mg SC
Dose PO = Dose SC X 2	15 mg SC = 30 mg PO
Dose rectale = Dose PO	

Médicament	Dose PO (mg)	Dose SC (mg)
Fentanyl TD* 25mcg/h	Morphine 50 mg PO /24h	Morphine 25 mg SC /24h
Pour faciliter le calcul : 1 fentanyl = 2 morphine PO		
*Timbre transdermique		

## Précautions avec les échelles de conversion des opioïdes

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

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

*\* Nous suggérons d'utiliser une dose un peu plus faible, 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 vulnérable. À noter que l'APES (Association des pharmaciens en établissement de santé du Québec) propose le même ratio que l'échelle de Palli-Science, soit morphine orale 50 mg/24 h = fentanyl 25 mcg/h

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

# Procédure proposée de conversion des opioïdes

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



## Règles générales d'ajustements posologiques

1. Calculer pour chaque opioïde reçu la dose quotidienne totale (ne pas oublier d'ajouter les entredoses)  
= **DOSE TOTALE / 24 H POUR CHAQUE OPIOÏDE DE DÉPART**  
NB : Bien vérifier les comprimés réellement pris par rapport à ceux prescrits.
2. Convertir en un seul opioïde d'arrivée (nous proposons la morphine) selon les équivalences proposées.  
= **DOSE TOTALE / 24 H POUR L'OPIOÏDE D'ARRIVÉE**
3. Rédiger la nouvelle prescription, selon l'opioïde de votre choix (en tenant compte de l'échelle de conversion)
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 et du phénomène de tolérance croisée incomplète.
5. Faire les calculs à **DEUX** reprises pour éviter toute erreur. Si possible, faire valider le calcul par un autre professionnel de la santé.
6. Si la voie sous-cutanée est utilisée
  - **DE FAÇON INTERMITTENTE** : **maximum de 2 ml / dose**
  - **DE FAÇON CONTINUE** : voir section perfusion sous-cutanée continue

\* S'assurer que le site est approprié et en bon état (voir section «sites d'injection») et choisir la concentration qui donnera le plus petit volume.

# Exemple de conversion

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

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

Posologie d'arrivée : hydromorphone SC

Démarche :

$$\begin{aligned} 1) \quad & \text{fentanyl } 100 \text{ mcg / h} & = & \text{morphine } 200 \text{ mg PO / 24 h} \\ & + \text{EDs hydromorphone } 24 \text{ mg po / 24 h} & = & \frac{+ \text{morphine } 120 \text{ mg PO / 24 h}}{\text{morphine } 320 \text{ mg PO / 24 h}} \end{aligned}$$

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

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

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

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

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

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

$$7) \quad \text{ED} = \frac{4 \text{ mg SC}}{2} = 2 \text{ mg SC q30 min prn d'hydromorphone}$$

# Hydromorphone



Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Hydromorphone - courte action</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Hydromorphone	1, 2, 4, 8	Oui	Oui	• Sécable
<b>LIQUIDE PO ***** TOUJOURS PROTÉGER LES BOUTEILLES D'HYDROMORPHONE LIQUIDE DE LA LUMIÈRE</b>				
Pms-hydromorphone	1/ml	Oui		• Avec sucre, sans alcool • Peut être dilué dans un jus
<b>SUPPOSITOIRES</b>				
Pms-hydromorphone	3	Non		• Conserver à température ambiante
<b>SOLUTION INJECTABLE ***** TOUJOURS PROTÉGER LES AMPOULES D'HYDROMORPHONE DE LA LUMIÈRE</b>				
Hydromorphone	2/ml, 10/ml, 20/ml, 50/ml	Oui		• Fiole à usage unique / Non épidurale
Hydromorphone HP-Forte	100/ml	Non		
<b>Hydromorphone - action prolongée</b>				
<b>CAPSULES</b>				
Hydromorph Contin	3, 4.5, 6, 9, 12, 18, 24, 30	Oui	Non	• Q 12 heures • Ne pas croquer les granules • On peut ouvrir les capsules et saupoudrer le contenu sur des aliments mous

# Morphine

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Morphine - courte action</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Morphine	5, 10, 15, 20, 30	Oui	Oui	• Sécable
<b>LIQUIDE PO ***** TOUJOURS PROTÉGER LES BOUTEILLES DE MORPHINE LIQUIDE DE LA LUMIÈRE</b>				
Morphine	1 et 5 mg/ml	Oui		• Sans saveur, incolore
<b>SOLUTION INJECTABLE ***** TOUJOURS PROTÉGER LES AMPOULES OU LES SERINGUES DE MORPHINE DE LA LUMIÈRE</b>				
Morphine	2, 10, 25, 50 /ml	Oui 2, 10, 50		• Non épidural
<b>Morphine - action prolongée</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Morphine	15, 30, 60, 100, 200	Oui	Non	• Q 12 heures - Non sécable
Morphine	200	Oui	Non	• Sécable en 2 le long de la rainure, le demi-comprimé doit être avalé en entier
<b>CAPSULES</b>				
Kadian	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	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

# Oxycodone



Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Oxycodone - courte action</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Oxycodone	5, 10, 20	Oui	Oui	
<b>Oxycodone - action prolongée</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Oxycodone co 12 h	5, 10, 15, 20, 30, 40, 60, 80	Rx d'exception	Non	Couvert en médicament d'exception lorsque deux autres opioïdes sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.
<b>Oxycodone en association courte-action</b>				
Oxycodone + acétaminophène	(5-325)	Non	Oui	
<b>Oxycodone en association - action prolongée</b>				
Targin (oxycodone + naloxone)	(5-2.5) (10-5) (20-10) (40-20)	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q 12 heures</li> <li>• Pour éviter constipation</li> <li>• Ne pas mâcher, ni briser</li> </ul>

# Fentanyl - Sufentanil

Nom	Teneur (mcg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Fentanyl / Sufentanil (10 x plus puissant que Fentanyl) - courte action</b>				
<b>SOLUTION INJECTABLE</b>				
Fentanyl	50 mcg/ml	Non		• Utiliser en SC, IV, SL ou TMB
Sufentanil	50 mcg/ml	Non		• Utiliser en SC, IV, SL ou TMB
<b>Fentanyl - libération prolongée (72 h)</b>				
<b>TIMBRES MATRICE NE PAS COUPER LE TIMBRE</b>				
Fentanyl, PMS, TEVA	12, 25, 50, 75, 100 mcg/h		Oui	Il est recommandé de rapporter les timbres utilisés et non utilisés à votre pharmacien.
Sandoz fentanyl mtx	12, 25, 37, 50,75, 100 mcg/h		Oui	

Fentanyl : comprimé sublingual (voir section «Accès douloureux transitoire»)

## 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. Noter le site, la date et l'heure de l'application. Varier le site d'application du timbre d'une fois à l'autre pour éviter les éruptions cutanées ou les irritations. Si le timbre a tendance à décoller, utiliser la technique de la fenêtre : appliquer un ruban adhésif au pourtour du timbre en laissant le centre non couvert. 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. À domicile, noter la date et le lieu d'application sur le carton, prévu à cet effet par le fabricant, et enlever le timbre précédent.

## EN CAS D'IRRITATION CUTANÉE

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



## Particularités pour l'usage des timbres de fentanyl

- On peut obtenir une portion de dose en appliquant 1/4, 1/3, 1/2, 2/3, 3/4 du timbre sur la peau et l'autre portion sur un pansement occlusif de type Opsite ou Tégaderm qui a été préalablement appliqué sur la peau.
  - Il peut arriver que l'utilisation d'une partie du timbre (1/2 sur Opsite, 1/2 sur peau) puisse permettre une durée d'action plus longue du timbre.
  - La posologie habituelle est 1 timbre q72h. Pour certains patients, il peut être nécessaire de changer le timbre q48h.
  - 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 Q 4 h x 3 doses et cesser  
Si longue action PO (LA), administrer une dose de « LA – 12 h » et cesser  
Si « LA – 24 h » administrer des opioïdes courte action (CA) Q 4 h x 3 doses et cesser  
Si SC continue, poursuivre la perfusion sans changer le débit X 8 h et cesser
  - Les timbres de fentanyl sont composés d'une matrice. Il est préférable de ne pas les couper.

## Changement de la voie d'administration ou de la forme pharmaceutique

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

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

# AIDE-MÉMOIRE POUR LA PSCC DE FENTANYL

**1mg /h morphine SC = 15mcg /h fentanyl SC**

*\*\*\* dans les études, aucune réduction additionnelle pour la tolérance croisée partielle*

## Indications de fentanyl

- Échec ou toxicité aux autres opioïdes
- IRC
- Anaphylaxie aux opioïdes naturels

## Attention ! Diminuer la dose de fentanyl prescrite si:

- Inhibiteur de CYP 3A4 prescrit
- Insuffisance hépatique
- Âge avancé / frêle

## Commencer une PSCC de fentanyl

- 1) Établir la dose équianalgésique avec un ratio de [1mg morphine SC = 15mcg fentanyl SC]  
Ex. morphine 5mg PO q4h reg = 30mg PO / 24h = 15mg SC / 24h  
→ 225 mcg/ 24h de fentanyl en PSCC
- 2) Débuter la PSCC:
  - Cesser opioïdes CA q4h et débuter PSCC
  - Cesser opioïdes LA et débuter PSCC 6-9h plus tard
- 3) Prescrire des entredoses (ED= débit horaire)  
Ex. PSCC F 2400mcg/ 24h (= 100mcg/h)  
→ ED de fentanyl 100mcg SC q15-30min PRN

## Conversion fentanyl TD ↔ PSCC

Ratio de conversion: [1:1]\*

\* attention si patient frêle diminuer la dose PSCC

## Conversion fentanyl PSCC → TD

0h: Appliquer timbre; PSCC idem

3h: Réduire PSCC de 50%

6h: Cesser PSCC

Bolus de fentanyl:

Pic d'action SC = 15 min

Durée d'action SC: 1 à 2h

Catherine Courteau, MD

Sarah Girard, pharmD

**Au besoin, consulter une personne experte**

# Méthadone en co-analgésie

La méthadone est plus souvent utilisée en co-analgésie, bien qu'elle peut être utilisée en analgésie principale.

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

Débuter la méthadone avec une dose de départ : 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 à 4 jours par palier de 1 à 2 mg bid à tid.

L'ajout de la méthadone en co-analgésie représente une approche plus facile à gérer que la méthadone en monothérapie pour le contrôle de la douleur.

Ne pas omettre d'inclure les doses régulières de méthadone dans le calcul du dosage des entredoses d'opioïdes traditionnels.

# Méthadone (analgésique principal)

AU BESOIN CONSULTER UNE PERSONNE EXPERTE

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

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

1. Agoniste des récepteurs opiacés et antagoniste des récepteurs NMDA
2. 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, ATB, antifongique, anticonvulsivants, etc).
3. Il est recommandé, en cas de doute quant à la posologie ou aux interactions Rx, de communiquer avec votre pharmacien et/ou avec une ressource expérimentée dans la prescription de la méthadone.

### PRÉREQUIS POUR PRESCRIRE LA MÉTHADONE

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

### VOIES D'ADMINISTRATION

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. 19) (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. Au cours des 2 premières semaines, les ED peuvent être constituées de l'opioïde de départ et être transférées progressivement vers la méthadone si la dlr n'est pas soulagée avec les ED d'opioïde.
4. Pour l'opioïde de départ, les ED seront les posologies déjà administrées.

Source : Renée Dugas md CHS-C/Mtl

# Méthadone (analgésique principal)



5. Pour la méthadone, les EDs seront 10 % de la dose journalière.
6. Les EDs de méthadone peuvent être administrées Q1hre ad 8 à 10 ED maximum par jour (à LMVG, les EDs sont limitées à 3/24 h).
7. Après 5 jours, une bonne partie du réservoir tissulaire étant créé, calculer la dose journalière totale des 2 opioïdes utilisés les 2 derniers jours et faire la moyenne quotidienne (ex. 15 mg de base en méthadone + 10 mg en ED méthadone + morphine ED 100 mg PO = 50 mg SC = 5 mg de méthadone DONC DOSE TOTALE EN MÉTHADONE = 15 + 10 + 5 = 30 mg).
8. **ATTENTION** : la sédation par surdosage est à surveiller particulièrement entre le 5<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour d'introduction de la méthadone. Mais en même temps, considérer d'autres causes si somnolence ou sédation (ex. augmentation récente d'une benzodiazépine).
9. Réajuster la posologie de méthadone selon les calculs obtenus (ex. 30 mg / 24 h. = 10 mg Q 8 hres, ED = 3 mg (10 % de 30 mg)).
10. Si sédation au 6<sup>e</sup> jour, omettre la 1<sup>ère</sup> et parfois la 2<sup>e</sup> dose et débiter la méthadone quand le sensorium est redevenu adéquat.
11. Si une ou quelques doses ont été omises, recalculer la posologie de façon prudente selon la quantité totale utilisée par 24 h. (ex. la 1<sup>ère</sup> dose ayant été omise = 20 mg DIE au lieu de 30 mg comme prévue.  
DONC NOUVELLE DOSE QUOTIDIENNE = 20 mg ÷ 3 → 7 mg Q 8 h).
12. Selon cette méthode "prudente", le soulagement pourrait ne pas être adéquat, ne pas oublier que les EDs sont toujours disponibles et que le réservoir tissulaire s'ajuste lentement.
13. Et toujours attendre de 4 à 5 jours avant de réajuster la posologie quotidienne.

## PARTICULARITÉS AVANTAGEUSES

1. Médication utile dans les situations d'insuffisance rénale car jusqu'à 80-90 % de son élimination est intestinale.
  2. Peut être administrée par la voie transmuqueuse buccale (TMB) (10 mg / ml) ou par voie intrarectale (IR) (1 ou 10 mg / ml) jusqu'au décès.
- Le ratio proposé dans cette méthode est plus conservateur, pour les petites doses, que le ratio présenté dans le nomogramme de la page suivante.
- Interactions médicamenteuses très nombreuses : consulter p. 37-38

# Passage d'un opioïde conventionnel à la méthadone

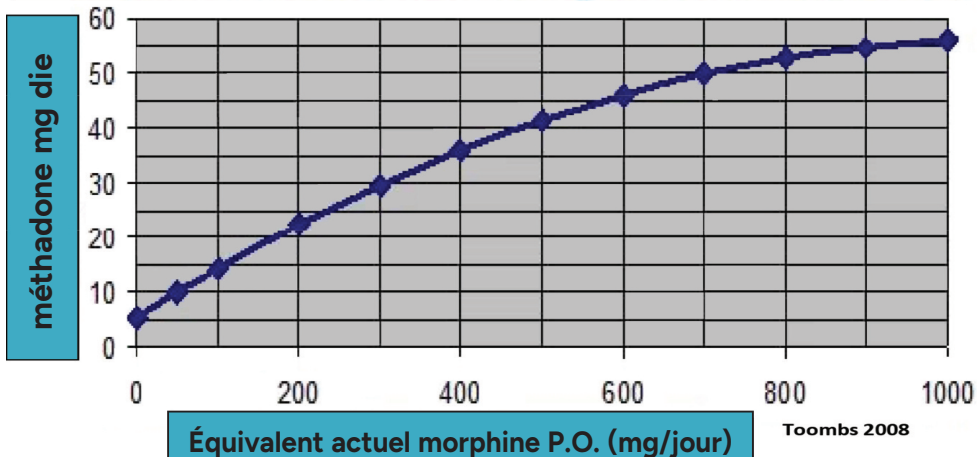
## Autres méthodes :

- Enlever totalement l'opioïde initial et remplacer par la dose calculée de méthadone divisée en 3 ou 4 prises par jour au début, jusqu'à l'équilibre (soit 5-6 jours depuis le jour 1)
  - Méthode Morley Makin \*
- 1- Enlever totalement l'opioïde initial puis calculer 10% de la dose totale quotidienne d'équivalent morphine; Servir cette dose de méthadone q 3h PRN (max 30 mg q 3h)
  - 2- Au jour 6, faire la moyenne de la dose totale reçue aux jours 4 et 5 puis diviser cette dose en 2: administrer ces deux doses à 12h d'intervalle (BID)
- L'ED de méthadone correspondra alors à 10 à 15% de la dose totale de méthadone sur 24h et sera prescrite q 3h PRN

N.B. : Attendre au moins 5 jours entre chaque changement de posologie de méthadone. Il est possible de continuer les EDs de l'opioïde initial pendant la titration puis, administrer les EDs en méthadone q 4h PRN par la suite. Faire un ECG (à votre discrétion) au début du traitement pour un intervalle QT < 500 msec et doser K+ et Mg+.

\* À envisager pour une clientèle compliant au traitement, qu'il est possible de suivre de façon étroite et qui nécessite une titration rapide.

# Nomogramme de conversion



# Interactions médicamenteuses avec la méthadone

La méthadone utilise plusieurs voies métaboliques et transporteurs : cytochromes, UGT et P- gp.  
Les taux plasmatiques de méthadone sont influencés par de nombreux médicaments.

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

- ciprofloxacine (Cipro) \*
- clarithromycine (Biaxin) \*
- fluconazole (Diflucan) \*
- fluvoxamine (Luvox)
- itraconazole (Sporanox)
- kétaconazole (Nizoral)
- sertraline (Zoloft) \*
- voriconazole (Vefend)
- **jus de pamplemousse**

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

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

- amprénavir (Agenerase)
- barbituriques (phénobarbital, primidone [Mysoline]) \*
- carbamazépine (Tégrétol)
- phénytoïne (Dilantin) \*
- ritonavir (Norvir) (Paxlovid)
- rifampicine (Rifampine, Rifadin)
- tabagisme
- vitamine C > 2g/jour
- **millepertuis sous toutes ses formes**

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

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

► N'hésitez pas à vérifier avec le pharmacien

\* Médicaments souvent utilisés en soins palliatifs

Liste non exhaustive



# Kétamine

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Particularités
Kétamine	10, 50	Non	Peut s'administrer : IV PO IR SC IM et topique
Kétamine	Poudre	Non	Pour préparations magistrales

36

- 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

37

7- Cinétique :			
Étape	Per Os	I.V.	SC et IM
Absorption	Biodisponibilité 10-20 %	Biodisponibilité 100 %	Biodisponibilité +/- 90 %
Métabolisme hépatique	CYP 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		
t <sub>1/2</sub>	nor-kétamine +/- 12 heures	kétamine : +/- 2 - 3 heures	kétamine : +/- 2,5 heures
Début d'action	30 minutes		15 minutes
Durée d'action	6-12 heures		45 minutes

Le ratio de conversion entre la voie orale ou parentérale (SC/IV) demeure controversé. Contrairement à l'approche habituelle, une dose orale plus faible à la dose parentérale devrait être privilégiée compte tenu de l'effet puissant du métabolite nor-kétamine.

Ainsi, le ratio de conversion SC : PO peut être de 1 : 1 à 3 : 1 et même, à l'opposé, de 1 : 4.

Source : Guide APES, 2019

# Kétamine



- 8- Devant l'usage croissant de la kétamine en clinique, certaines **mis en garde** nous semblent appropriées :
- Effets sur le SNC sont moins importants avec la norkétamine
    - Sympathomimétique indirect : ↑ tension intra-crânienne par ↑ du débit sanguin cérébral, d'où prudence chez le patient avec hypertension intra-cranienne (HTIC)
    - L'effet sur le seuil convulsif est mixte, mais n'est pas puissant ni ↑ ni ↓
    - 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.
  - 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'O<sub>2</sub> cardiaque et cérébrale.
  - Effets respiratoires : bronchodilatation par action sympathomimétique indirecte.

## Posologie

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

# Cannabinoïdes

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités												
<b>CAPSULES</b>																
Nabilone	0.25, 0.5, 1	Non 0.25 Oui 0.5 et 1		• Préparation liquide à partir des caps.												
<p>Chez le non consommateur de cannabis : <b>débuter</b> avec 0.25 - 0.5 mg HS pour 4-7 jrs. Ajouter 0.25 - 0.5 mg AM pour 4-7 jrs et augmenter ad MAX 6 mg die. Augmentation lente car somnolence. Indications : <b>douleurs et nausées.</b></p>																
<b>LIQUIDE PO ... PRÉPARATION MAGISTRALE UNIQUEMENT</b>																
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).																
<b>SOLUTION EN VAPORISATEUR BUCCAL</b>																
Sativex d-9-tétrahydrocannabinol (THC) + cannabidiol (CBD)	27 mg / vap. 25 mg / vap.	Non		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser SL ou TMB</li> <li>• Débuter avec 1 vaporisation bid</li> <li>• Titrer à la hausse. Habituellement 4 à 8 vapo/jr, max 12</li> </ul>												
<p><b>LES CANNABINOÏDES EN SOINS PALLIATIFS.</b></p> <p>1. Tout comme pour les opioïdes, des récepteurs cannabinoïdes sont maintenant connus. Des molécules cannabinoïdes naturelles comme les endorphines pour les opioïdes sont aussi connues. La physiopharmacologie est en plein développement.</p> <p>2. Ils offrent un soulagement modéré de la douleur lorsqu'associés à d'autres médicaments. Il ne semble pas, pour le moment, exister de place pour les cannabinoïdes comme molécule analgésique unique.</p> <p>Mather L. Cannabinoid pharmacotherapy : past, present and future, Minerva Anestesiol, 2005; 7 : 405-12.</p>																
<p>Le cannabis peut être administré par plusieurs voies et sa durée d'action peut varier *</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VOIE D'ADMIN.</th> <th>DÉBUT ACT.</th> <th>PIC ACT.</th> <th>DURÉE ACT.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingéré</td> <td>30-90 min.</td> <td>NA</td> <td>4-12 hres</td> </tr> <tr> <td>Fumé</td> <td>immédiat</td> <td>15-30 min.</td> <td>2-3 hres</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Aucun antidote disponible</p> <p>* Toujours vérifier la consommation de cannabis récréatif</p>					VOIE D'ADMIN.	DÉBUT ACT.	PIC ACT.	DURÉE ACT.	Ingéré	30-90 min.	NA	4-12 hres	Fumé	immédiat	15-30 min.	2-3 hres
VOIE D'ADMIN.	DÉBUT ACT.	PIC ACT.	DURÉE ACT.													
Ingéré	30-90 min.	NA	4-12 hres													
Fumé	immédiat	15-30 min.	2-3 hres													
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Guide APES, 2019</div>																

# Autres opioïdes



Nom générique/commercial	Particularités
Tramadol comprimé de 50 mg (comprimé sécable et pouvant être écrasé)	Formulation de Tramadol courte action ne contenant pas d'acétaminophène donc les comprimés peuvent être coupés permettant de fractionner la posologie si nécessaire.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le chlorhydrate de tramadol, un analogue synthétique de la codéine, est un agoniste <math>\mu</math> faible qui a aussi un effet inhibiteur sur la recapture de la sérotonine et celle de la noradrénaline.</li><li>• Il est classé comme un analgésique de niveau II sur l'échelle de l'OMS son usage entraîne moins de constipation et de dépression respiratoire que des doses équivalents de morphine.</li><li>• Le tramadol présente un très faible risque de pharmacodépendance.</li><li>• PO : 10 mg de morphine = 100 mg de Tramadol. Ratio de conversion se situe entre 1:6 et 1:10 de la dose de morphine.</li><li>• En cas de conversion du Tramadol vers de la morphine, il est recommandé d'utiliser un ration 10:1 puis de réévaluer.</li></ul>	
Buprénorphine/BuTrans Timbre matriciel 5-10-20 mcg/heure.	Agoniste partiel des récepteurs $\mu$ mais antagoniste du récepteur Kappa. Il existe très peu de littérature sur les doses équivalentes avec les autres opioïdes. Serait équivalent en terme de puissance avec le fentanyl. (Transdermal buprenorphine in cancer pain and palliative care, 2006) Cet opioïde est disponible à faible concentration car il est indiqué au Canada pour la douleur modérée. Timbres à changer aux 7 jours chez la majorité des patients. Posologie maximale selon la monographie canadienne 20 mcg/heure...

Nom générique/commercial présentation	Particularités
Oxycodone combiné avec naloxone rapport 2 :1 Targin comprimé longue action (12 heures) 5-10-20-40 mg ne pouvant être écrasé	Non couvert par la RAMQ Combinaison utilisée pour réduire la constipation tout en maintenant la capacité analgésique de l'oxycodone car la naloxone a une très faible biodisponibilité lorsque prise par voie orale. La posologie maximale selon la monographie canadienne actuelle est de 40 mg bid mais cela pourrait être revu à la hausse éventuellement. Le patient qui voudrait écraser les comprimés pour ensuite se les injecter par voie intraveineuse aurait une réaction de sevrage immédiate étant donné la libération « centrale » de la naloxone.
Tapentadol comprimé longue action (12 heures) de 50-100-150-200-250 mg ne pouvant être écrasés	Non couvert par la RAMQ Le tapentadol combine un double mécanisme d'action : opioïde qui agit sur le récepteur <i>mu</i> mais inhibe aussi le recaptage de la norépinéphrine (action analgésique multimodale). Le métabolisme ne passe pas par les cytochromes P 450. Cet analgésique est environ 5 fois moins puissant que l'oxycodone donc 50 mg bid de Nucynta équivaut à environ 10 mg bid d'oxycodone. Une formulation courte action est maintenant disponible au Canada. La posologie maximale est de 250 mg bid.
Tapentadol comprimé à libération immédiate 50-75-100 mg	Non couvert par la RAMQ Contre-indiqué si clairance de créatinine plus basse que 30ml/min, si insuffisance hépatique modérée, pas plus de 3 doses par 24 heures.  Robert Thiffault, Pharmacien

\* Le principal usage de la codéine en soins palliatifs est comme antitussif. La forme solide PO est remboursée par la RAMQ.

# Autres molécules analgésiques



Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Tramadol</b>				
<b>COMPRIMÉS</b>				
Tramadol	50 mg	Non	Oui	• Classé non-narcotique (Santé Canada)
<b>Tramadol libération prolongée 24 h</b>				
Zytram XL (co 24 h)	75, 100, 150, 200, 300, 400 mg	Non	Non	
Taro-Tramadol ER	100, 200, 300 mg	Non	Non	
Tridural (co 24 h)	100, 200, 300 mg	Non	Non	
Ralivia	100, 200, 300 mg	Non	Non	
Durela (caps 24 h)	100, 200, 300 mg	Non	Non	
<b>Association</b>				
Tramado - acétaminophène	325 acétaminophène en association avec 37,5 tramadol Posologie : 1-2 co po q 6 hres (dose maximum recommandée par le manufacturier : 8 co/jour)	Non	Non	• Vérifier si autre source d'acétaminophène pour éviter toxicité hépatique

# Accès douloureux transitoire

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

Voici 2 médicaments qui peuvent être utilisés dans ce contexte chez des patients qui reçoivent déjà des opioïdes sur une base régulière. Ne pas utiliser chez les patients naïfs aux opioïdes étant donné les risques de dépression respiratoire (Utiliser chez patient tolérant depuis  $\geq 1$  semaine à une dose de morphine orale  $\geq 60$  mg / j ou fentanyl TD  $\geq 25$  mcg / h ou oxycodone PO  $\geq 30$  mg / j ou hydromorphone PO  $\geq 8$  mg / j).

Sufentanil : aucune indication officielle pour cet usage clinique dans la monographie du produit.

Utiliser comme ED seulement.

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

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

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



Médicament et présentation	Voie d'administration	Début d'action	Durée d'action	RAMQ	Posologie
Fentora co. SL de 100-200- 400-600-800 mcg	Sublinguale Buccogingivale (TMB)  Ne pas sucer, mâcher ou avaler. Éviter de boire ou manger tant que le comprimé n'est pas complètement dissout.	10 à 15 minutes	90 minutes à 2 heures	Non	Débuter avec 100 mcg. Si patient soulagé en 30 minutes, garder cette dose pour le prochain ADT. Si patient pas soulagé après 30 min, prendre une ED CA puis, au prochain ADT, passer au palier suivant (100, 200, 400, 600, 800 mcg). Maximum 4 prises/jour. Les doses doivent être espacées de $\geq$ 4 h. Source : APES, 2019

44

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

En présence d'une douleur réfractaire, l'ajout d'une benzodiazépine (ex. : midazolam) peut avantageusement accompagner l'analgésique.

Source : Robert Thiffault, Pharmacie 2011-07

# Analgésie topique- préparations magistrales (peau intacte)

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

Voici quelques exemples de préparations magistrales analgésiques.

Il en existe de nombreuses autres. Voir Guide de l'APES

## **Kétamine +/- lidocaïne**

Kétamine 1 à 2%+ lidocaïne 7 à 10% dans Base Glaxal ou gel pluronique (PLO).

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

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

À cause des risques d'arythmie associés à une absorption importante de lidocaïne, on évite l'application d'un pansement occlusif et on limite l'application à une surface inférieure à ½ feuille 8 ½ X 11.

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

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

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

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

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

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

Référence APES, 2019



# Analgésie topique- préparations magistrales (peau intacte)

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

D'autres médicaments peuvent être utilisés en préparation magistrale.

En voici quelques exemples contre les douleurs neuropathiques :

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

Ces préparations ne sont pas remboursées par la RAMQ.

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

Contraintes aux applications : si la plaie est ouverte, appliquer sur le pourtour sain de la peau et non sur la zone ouverte en raison de l'absorption accélérée.

Pour les crèmes, gels, onguents et autres préparations magistrales, à moins de données spécifiquement documentées, la date limite d'utilisation (DLU) d'une préparation magistrale ne devrait pas dépasser 30 jours.

# Analgésie topique – préparations de morphine (plaie ouverte)

INDICATION : UTILISATION DE MORPHINE TOPIQUE SUR UNE PLAIE OUVERTE DOULOUREUSE

## Morphine dans eau stérile 10mg/ml

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

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

## Morphine dans Intrasite Gel 0,1%

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

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

À envisager quand des essais avec irrigation de morphine sont concluants



# Analgésie topique – préparations de morphine (plaie ouverte)

INDICATION : UTILISATION DE MORPHINE TOPIQUE SUR UNE PLAIE OUVERTE DOULOUREUSE

## Morphine dans Nidagel 0,1%

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

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

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

- Stabilité inconnue.

D'autres préparations de morphine:

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

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

# Soins de plaies

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

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

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

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

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

Vérifier les différents codes selon le type de plaie (DE101, DE58, DE319, etc)

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

# Plaies néoplasiques



But	Interventions
Gestion de l'exsudat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pansements primaires absorbants tel que les alginates et les hydrofibres. Utiliser avec prudence car peuvent être difficile à retirer complètement lorsque gélifiés (ex. : Aquacel, Melgisorb)</li><li>• Pansements secondaires mousses hydrocellulaires (ex. : Allevyn, Mepilex)</li><li>• Pansements secondaires hautement absorbants (ex. : Mesorb, Exu-dry)</li><li>• Utilisation de protections menstruelles et d'incontinences, de couches pour bébé et d'appareillages pour stomies et fistules</li><li>• Changer le pansement lorsque souillé à plus de 50%</li><li>• Nettoyage fréquent des vêtements et de la literie</li></ul>
Contrôle des saignements Prévention Traitements	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humidifier les pansements avant retrait</li><li>• Pansements primaires non adhérents de différents types : interface, tulles (ex. : Adaptic, Mepitel, Silvercel non adhérent)</li><li>• Pansements primaires d'alginate de calcium pour <u>saignements légers</u> (ex. : Kaltostat, Melgisorb)</li><li>• Cyklokapron</li><li>• Éponges hémostatiques <u>résorbables</u> à base de gélatine animale (ex. : Gelfoam, Surgifoam). Découper la plus petite quantité nécessaire ; peut être pliée pour entrer dans une cavité ; augmente de volume et crée une pression sur les tissus environnants.</li><li>• Textiles hémostatiques <u>résorbables</u> à base de cellulose oxydée : (ex. : Surgicel, Gelita-cel). Découper la plus petite quantité nécessaire. Se gélifie au contact du sang et crée un caillot.</li><li>• Literie/serviettes foncées</li></ul>
Contrôle des odeurs	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le nettoyage permet de réduire la charge bactérienne et les débris qui sont responsables des odeurs. Opter pour un nettoyage sous la douche ou une irrigation avec NaCl selon la situation. Utiliser une <u>basse pression</u>.</li><li>• Utilisation d'agents antimicrobiens topiques (ex. : Metronidazole poudre ou gel dans le lit de la plaie (voir p. 68), Sulfadiazine d'argent)</li><li>• Pansements primaires antimicrobiens (ex. : Silvercel non adhérent, Medihoney, Iodosorb)</li><li>• Pansements à base de charbon et argent (ex. : Actisorb silver)</li><li>• Pansements avec bordures scellées sauf en cas d'infection anaérobie</li><li>• Gestion des odeurs dans l'environnement (ex.: huiles essentielles, absorbeurs d'odeurs)</li></ul>

# Plaies néoplasiques

51

But	Interventions
Gestion de la peau au pourtour	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion du prurit par la médication et les crèmes</li> <li>• Nettoyage et hydratation de la peau</li> <li>• Utiliser des protecteurs cutanés (ex. : Skin prep, Cavilon, oxyde de zinc, Hydrocolloïde)</li> <li>• Retirer les pansements délicatement</li> <li>• Utiliser des pansements ou des adhésifs avec silicone (ex. : Mepilex/Allevyn border, Mepitac, Micropore S)</li> <li>• Utiliser des bandages en rouleaux ou tubulaires et des culottes filet (ex. : Kling, Retelast)</li> </ul>
Prévention/ traitement de l'infection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nettoyage permet de réduire les débris et la charge bactérienne. Opter pour un nettoyage sous la douche ou une irrigation avec NaCl selon la situation. Utiliser une <u>basse pression</u>.</li> <li>• Augmenter temporairement la fréquence de changement du pansement</li> <li>• Pansements primaires antimicrobiens (ex. : Silvercel non adhérent, Medihoney, Iodosorb, Aquacel Ag)</li> <li>• Antibiothérapie systémique</li> </ul>
Confort de la personne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer du contrôle de la douleur procédurale (ex. : administrer une ED avant le soin)</li> <li>• S'assurer du positionnement adéquat du patient et procéder à 2 personnes si nécessaire</li> <li>• Revoir la fréquence de changement du pansement</li> <li>• Utiliser des vêtements pour maintenir le pansement (ex. : chapeaux, foulards, col roulés, soutiens- gorge de sport, culottes de maintien) et adapter les vêtements (ex.: velcros, couper les coutures)</li> </ul>

La MVG ne favorise aucun produit par rapport à un autre qui a les mêmes propriétés.

Adapté de : BC Cancer (2015) et INESSS (2023)

# Autres médicaments fréquemment utilisés en soins palliatifs

Voir onglet sur voies alternatives d'administration



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

Nom	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Halopéridol (Haldol)</b>				
SOLUTION ORALE	2mg / ml	Non		
INJECTABLE	5mg / ml	Oui		
<b>Bromhydrate d'hyoscine (Scopolamine)</b>				
INJECTABLE	0,4mg / ml 0,6mg / ml	Oui Oui		
<b>Méthotriméprazine (Nozinan)</b>				
COMPRIMÉ	2-5-25-50	2 Oui	Oui	
INJECTABLE	25mg / ml	Oui		Protéger de la lumière
<b>Midazolam (Versed)</b>				
INJECTABLE	1mg/ml fiole 2-5-10 ml 5mg/ml fiole 1-2-10 ml	Oui Oui		
<b>Naloxone (Narcan)*</b>				
INJECTABLE	0,4mg / ml 1mg /ml	Oui Non		
VAPORISATION NASALE	2mg / 0,1ml 4mg / 0,1ml	Non Oui		
<b>Prégabaline</b>				
CAPSULE	25-50-75-150 225*-300	Oui	ouvrable	* N'est pas remboursé. Selon le fournisseur, certaines concentrations ne sont pas couvertes.

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

Nom	Format(ml)	Teneur (mg)	RAMQ	Écrasable	Particularités
<b>Fluconazole (Diflucan)</b>					
COMPRIMÉ		50-100	Oui	Oui	
CAPSULES		150	Oui		capsule ouvrable vente libre, comptoir du pharmacien
SUSPENSION	35ml	50 mg/5 ml	méd. d'exception (codes Ai 8 - Ai 9 - Ai 10)		saveur d'orange stable 14 jours à T° pièce ou frigo bien agiter
<b>Octréotide (Sandostatin)</b>					
INJECTABLE solution	1 ml 5 ml	50-100-200-500mcg/ml* 200 mcg/ml	Oui Oui		SC (*500 mcg/ml couvert pour «patient d'expection» seulement) SC
LAR		10-20-30 mg	Oui		IM (microsphère en suspension) q 4 semaines Lors du passage à la forme LA, il faut prévoir un chevauchement avec la forme CA pendant 14 jours.
<b>Famotidine</b>					
COMPRIMÉ		10-20-40 mg	10 Non/20,40 Oui	existe comprimés croquables	
INJECTABLE	2 ml-4 ml-20 ml	10 mg/ml	pt. d'exception		Garder au frigo
<b>Lorazepam (Ativan)</b>					
COMPRIMÉ		0.5-1-2 mg	Oui		
COMPRIMÉ S/L		0.5-1-2 mg	Non		
INJECTABLE (Sandoz)	1ml	4 mg/ml	Oui		garder au frigo
<b>Clonazepam (Rivotril)</b>					
COMPRIMÉ		0.25-0.5-1-2 mg	Oui		



# Problèmes buccaux et digestifs

PROBLÈMES DE BOUCHE	Dénomination commune	Nom commercial	
Candidose buccale	nystatine fluconazole	Nystatine en préparation magistrale à partir de comprimés 100 000 UI/ml 5 ml qid x 7-14 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)	
Sécheresse	carboxyméthylcellulose xylitol pilocarpine (pilocarpine ou comprimé) pilocarpine 4 gttes sol. ophtalmique ds 12 gttes d'eau atropine 1% solution ophtalmique	Moi-Stir (vaporisateur) Mouth Kote X-PUR (pastilles, gomme, rince-bouche) Xylimelts Salagen + 5 mg qid (max : 30 mg / jour). Ne pas couper, croquer ou écraser. Gargariser et recracher qid ou appliquer directement sur ou sous la langue	aussi souvent que nécessaire
Hypersalivation	kétamine	1 gtte SL HS augmenter selon la réponse	Ne pas avaler
Douleur neuropathique buccale	clonidine	10 à 20 mg ds 5ml de salive artificielle : gargariser 1min chaque 3 hres PRN	
Mucosite	Pink lady*	Clonidine 0,01 % à 0,02 % dans Orabase (stabilité empirique)	
Stomatite	Rince-bouche magique *(analgésique)	Lidocaïne visqueuse 2% 15 ml + antiacide 15 à 30 ml Diphenhydramine 2.5 mg/ ml 60 ml (ou sans alcool 1.25 mg / ml 120 ml), nystatine susp. 30 ml, 5 co de Cortef 10mg , compléter avec eau distillée jusqu'à 300 ml	

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

Bouche sèche	Rince-bouche sans alcool ou 5 ml de bicarbonate de soude dans 500 ml de NaCl 0.9% ou d'eau, Oral B sans alcool, Biotène Crest Pro Health ou club soda
Croûtes ou dépôts (sur la langue)	1/3 de NaCl 0.9% 1/3 de Biotène 1/3 de Peroxyde 3% à ajouter à la dernière minute avant l'usage pour bénéficier de l'effet effervescent
Lèvres sèches	Base Glaxal, céramides 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 pudding. Il existe aussi une variété de produits prêts à servir : Resource en formulation déjà épaissie (jus, lait, café, boisson sans sucre, eau).

\* Se conserve 14 jours au réfrigérateur

BRÛLURES GASTRIQUES		
	Dénomination commune	Nom commercial
Antiacides Anti H <sub>2</sub> I.P.P.	ranitidine, famotidine oméprazole, lansoprazole pantoprazole, ésoméprazole rabéprazole, dexlansoprazole	Almagel, Gaviscon, Pink lady (recette page précédente) Zantac 150 mg bid, Pepcid 20 mg PO bid (vente libre) ou SC Losec 20 mg die à bid, Prévacid 30 mg die à bid (Fastab) Pantoloc 40 mg die à bid, Nexium 40 mg die à bid Pariet 20 mg die, Dexilant 30 à 60 mg po die
Ajout pour confort	sulcralfate	Sulcrate 1g bid à qid
NAUSÉES		
Zone chimioréceptrice	* halopéridol prochlorpérazine nabilone olanzapine methotriméprazine	Haldol 0,5-1 mg PO ou SC tid à qid Stémétil 10 mg IR qid Césamet 0.25-3 mg bid (Préparation: Voir Page des cannabinoïdes) Zyprexa 2,5 mg à 10 mg Hs Nozinan 2 à 25 mg aux 4-6 h PO ou SC
Noyaux vestibulaires	métoclopramide dimenhydrinate méclizine	Metonia (co,liq.) 5 – 30 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
Centre du vomissement	butylbromure d'hyoscine	Buscopan 10 - 20 mg PO ou SC tid à qid
Transit intestinal	métoclopramide	Metonia 5 - 10 mg PO (1mg/ml liq) ou SC tid à qid
Action inconnue	dexaméthasone	Décadron 4-8 mg PO ou SC bid
Antagoniste 5HT <sub>3</sub>	ondansetron	Zofran 4-8 mg PO-SC-IV-IM die à tid, remboursable en Rx d'exception
GASTROPARÉSIE		
	dompéridone métoclopramide érythromycine	Dompéridone 10 mg tid Metonia (co,liq.) 5 – 10 mg PO ou SC tid à qid Érythromycine susp 1mg/kg/jr en 3 doses
SUB-OCCLUSION INTESTINALE		
<b>Si vomissements</b>	dexaméthasone	Dexaméthasone 4-8 mg SC bid à tid, PO ensuite, dose minimale efficace
<b>Si coliques abdominales (en plus)</b>	dexaméthasone + glycopyrrolate	Dexaméthasone 4-8 mg SC bid à tid, PO ensuite, dose minimale efficace + Glycopyrrolate 0,2 mg SC Q 4 h PRN
<b>Si vomissements répétés + coliques</b>	dexaméthasone + octréotide + glycopyrrolate	Dexaméthasone 4 – 8 mg SC bid à tid, PO par la suite en dose d'entretien + Sandostatin 50 – 300 mcg SC Q 8 – 12 h + Glycopyrrolate 0,2 mg SC Q 4 h PRN

\*halopéridol molécule la plus utilisée à LMVG. Très efficace en présence de nausée - débiter par cette molécule. Le « Gravol gingembre » ne contient pas de dimenhydrinate.



ANOREXIE		
Progestatif Corticostéroïde	mégésterol dexaméthasone	Mégésterol 400-800 mg po die ; prise continue pendant au moins 2 mois Dexaméthasone 2-4 mg po die/bid
ASCITE		Nom commercial
Gradient sérum-ascite en albumine (GASA) élevé	spironolactone / furosémide ratio 5/2	Aldactone co. (100-400 mg/24h) en association avec Furosemide co. (40-160 mg/24h) •• (ATTENTION au K <sup>+</sup> ... hyperkaliémie) ••
CONSTIPATION ••••••••		
Remboursement RAMQ : Utiliser code Gi 28 sur prescription		
Osmotiques Sauf contre-indication : doivent accompagner toute ordonnance d'opioïde	polyéthylène glycol 3350 (PEG)	Lax-A-day, PEG 3350, Emolax, Relaxa, diluer 17 g dans 125-250 ml de liquide (eau, jus, thé, boissons gazeuses) die à tid.
	solution iso-osmotique	Lactulose liq. 15-60 ml die en 1 à 2 prises (peut être mis dans le café, jus, eau)
Stimulant péristaltique	sennosides	Senokot 8,6 mg/co, 1 co. bid à 2 co. tid / Sennosides 12 mg/co
	bisacodyl	Senokot liq. 8,6 mg/5 ml (mauvais goût) Dulcolax, co. ou supp. 5-10 mg
Antagoniste opiacé Seulement pertinent si prise d'opioïde	prucalopride methynaltrexone	} Non RAMQ Resotran 1-2 mg die, et génériques Relistor 20 mg/ ml : dose selon poids
	naltrexone (expérience clinique limitée)	
DIARRHÉE		
	lopéramide	Imodium 2 mg/co. , liq. 0.2 mg/ml, 2 mg PO après chaque selle liquide. Max. 16 mg die.
	diphénoxylate cholestyramine	Lomotil 5 mg/co, 1 co PO après chaque selle liquide. Max. 8 co / j 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 <sup>er</sup> ligne	chlorpromazine / halopéridol	Chlorpromazine 12,5-50 mg PO tid à qid <u>ou</u> Haldol 0.5-4 mg tid PO ou SC
2 <sup>e</sup> ligne	métoclopramide	Metonia 10-20 mg tid à qid comme ajout à chlorpromazine(Largactil) ou halopéridol (Haldol)
3 <sup>e</sup> ligne	baclofène / nifédipine 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

**Penser à vérifier l'adhésion au traitement laxatif d'abord auprès du patient**

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

- si positif : suppositoire #1 de glycérine + suppositoire #2 de Bisacodyl en même temps le long de la paroi rectale (éviter d'insérer dans les selles). Si suppositoires inefficaces, lavement Fleet régulier 2 heures plus tard\*.
- si négatif : lavement Fleet régulier et Lax-A-day ou autre PEG à débiter en même temps que le reste de la procédure

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

- si positif : suppositoire #1 de glycérine + suppositoire #2 de Bisacodyl en même temps. Si suppositoires inefficaces, lavement Fleet 2 heures plus tard\*.
- si négatif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Bisacodyl en même temps pour faire descendre les selles. Donc vérifier si négatif mais ampoule dilatée : risque de selle ou fécalome haut. Idéalement, refaire toucher rectal plus tard avec lavement fleet.

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

- a) si positif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Bisacodyl en même temps. Lavement Fleet **régulier** 2 heures plus tard\*. si négatif : suppositoire de glycérine + suppositoire de Bisacodyl en même temps. Lavement Fleet **huileux** avec tube rectal 2 heures\* plus tard.
- b) Lavement avec acétylcystéine 4 à 6 %. Utiliser préparation injectable à 20 % et diluer avec du NaCl 0,9 % pour obtenir un volume entre 100 ml et 200 ml.
- 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. Considérer l'administration de midazolam avant la procédure.

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

\*Selon tolérance du patient

# Problèmes respiratoires

59

TOUX SÈCHE		
	Dénomination commune	Nom commercial
	dextrométhorphan	Dextrométhorphan liq. 10-30 mg Q 4-8 h PRN. Max. 120mg die
	chlorphédianol	Ulonge liq. (25 mg/5 ml) 25 mg qid
	méthadone	Metadol 1 à 2 mg die ad tid PRN
	hydrocodone	Hycodan sirop 1 mg/ml, co. 5 mg, 5 mg Q 4-6 hres
	norméthadone-hydroxyéphédrine	Cophylac 15 gouttes bid ds liquide sucré (car : très amer)
	codéine	Codéine (co., liq., SC) 30-60 mg Q 4 h
	pregabaline	Lyrica 75-150 mg po BID
	gabapentine	Neurontin 300-1800 mg po / 24 h
DYSPNÉE		
	opioïde PO, SC	Morphine 2,5-10 mg Q 4 h Idéal = 1/4 de la dose reçue Q 4 h Ex. : morphine 10 mg Q 4 h = ED pour dyspnée de 2.5 mg PRN convertir à longue action si efficace
	benzodiazépines	Lorazépam SL ou SC 0,5 à 2 mg q 4 à 12 hres
RÂLES		
Modérés à sévères	glycopyrrolate scopolamine	Glycopyrrolate (moins sédatif) 0,2-0,4 mg SC Q 4 h PRN Hyoscine (sédatif ++) 0,4-0,6 mg SC Q 4 h PRN (sommolence fréq.) dose max : 0,8 mg SC Q 2 h
	furosémide acétylcystéine (mucolytique)	Furosemide 20 mg à 40 mg SC q 30 min. ad 3 doses. Répéter q 8h. Source APES, 2019 Mucomyst injectable 1. Nébulisation : 3 à 5 ml de solution injectable 200 mg/ml TID à QID associé à un bronchodilatateur 2. Solution PO (200 mg/ml à 20%) : 600 mg PO BID. Mettre en seringue pour assurer stabilité pour 96 h. (Ajouter à un jus de raisin ou cola juste avant la prise pour masquer le goût).

DÉPRESSION RESPIRATOIRE - VOIR SECTION ADMINISTRATION DE LA NALOXONE

## Problèmes cutanés, sudation profuse

	Dénomination commune	Nom commercial
Plaie néoplasique malodorante	métronidazole	Application topique au site de la plaie lors du changement de pansement. Plaie peu exsudatives : Metrogel 1 % ou Flagyl crème vaginale 10 % (non RAMQ). Plaie très exsudatives : Flagyl 1-2 comprimés, finement triturés, à saupoudrer
Pruritcétirizine	Réactine 10 mg die hydroxyzine diphénhydramine mirtazapine	Atarax 10 à 25 mg tid dose maximale chez personne âgée 50 mg par jour Bénadryl 25-50 mg tid PO Remeron 7.5 à 15 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.
Prurit choléstatique	cholestyramine	Questran 4 à 6 g / jour 30 minutes avant et après le déjeuner. Ajuster le moment de la prise des autres médicaments car interactions.
Irritation cutanée causée par les selles	cholestyramine 20 % → (Questran) pommade	(Questran 100g, glycérine 200ml, Aquaphor 140g) Mélanger le Questran et la glycérine, ajouter peu à peu à l'Aquaphor (stable 30 jrs t <sup>o</sup> pièce) prn
Sudation profuse	clonidine	Catapres 0,1 mg 1/2 co bid

## Problèmes urinaires

Rétention urinaire	alpha-bloquants Sonde urinaire	
Caillots dans la vessie	irrigation vésicale	Sonde calibre 22 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.
Spasmes vésicaux	oxybutynine en irrigation vésicale	Voir section « Co-analgésiques » / Douleur colique / Vésicale

## Problèmes neurologiques

Spasmes musculaires (myoclonies)	lorazépam clonazépam midazolam acide valproïque	* Envisager la rotation des opioïdes Lorazépam 1-2 mg tid PO ou SC Rivotril 0,5-2 mg tid PO, SL, IR Versed 1 à 5 mg SC Q 4 h PRN Dépakène 250-1000 mg die PO ou IR
Hypertension intracrânienne	dexaméthasone	4-8 mg PO ou SC bid à qid
Compression médullaire (CEPO, 2011)	dexaméthasone	4-8 mg PO ou SC tid à qid (disponible en 4 mg/ml ou 10mg/ml) *Maximum 16 mg/jr. Un bolus de 100 mg I V n'apporterait pas de bénéfice supplémentaire.

CONVULSIONS		
Anticonvulsivants	phénytoïne acide valproïque	Dilantin 100 mg po tid ou 300 mg po HS Dépakène en suspension 250-1000 mg par 24 heures, 15 à 60 mg/kg/24 hres. Pour administration IR perforer la capsule. • <b>anticonvulsivant le mieux absorbé par voie rectale</b>
	phénobarbital lévétiracetam	Phénobarbital 60-240 mg IM ou SC Q 8 h ou TMB (un peu irritant) Keppra 500 mg po bid (ajuster en insuffisance rénale)
Crises convulsives généralisées	lorazépam	Lorazépam 2 mg (< 60kg) ou 3 mg (> 60kg) SC STAT et répéter après 20 min. Si inefficace : Phénobarbital SC
	midazolam diazépam	Versed 5 à 10 mg SC, IM, TMB ou IN (intra-nasal) IR - Gel rectal 5 mg/ml ou Sol. injectable 5 à 10 mg (non RAMQ)

## Problèmes neuropsychiatriques

ANXIÉTÉ / INSOMNIE	Dénomination commune	Nom commercial
	lorazépam oxazépam clonazépam méthotriméprazine	Lorazépam 0,5 à 2 mg die à bid PO ou SC ou SL Oxazépam 10-30 mg die à bid PO Rivotril 0,25 à 2 mg die à bid PO Nozinan 2-25 mg PO ou SC HS (RAMQ rembourse 2 mg)
INSOMNIE		
	zopiclone mélatonine dayvigo	Imovane 3.75 à 7.5 mg PO HS (goût métallique) Mélatonine 0,3 mg à 10 mg PO 30-60 minutes Lemborexant 5 à 10 mg PO HS
CONFUSION (± IDÉES PARANOÏDES)		
	halopéridol	Haldol 1-5 mg PO ou SC tid
CONTRE LA FATIGUE ET FAVORISER L'ÉVEIL		
	méthylphénidate	Ritalin 2.5 à 10 mg 1 à 2 fois / j avant 13h. Pour la fatigue : 10 mg q 3h PRN
AGITATION		
Antipsychotiques	méthotriméprazine halopéridol	Nozinan 10-50 mg SC Q 4-6 h PRN Haldol 1-5 mg PO ou SC tid à qid
	<b>Atypiques</b> olanzapine quétiapine	Zyprexa 2.5-10 mg PO / Zydis 5-10 mg (Laisser fondre sur langue) Seroquel 25 à 100 mg PO bid
Benzodiazépines	lorazépam midazolam	Lorazépam 1-2 mg SC Q 2-6 h PRN Versed 2.5-10 mg SC selon contexte clinique

# Thrombose veineuse profonde (TVP) / Embolie pulmonaire chez un patient atteint de cancer



## HÉPARINES DE BAS POIDS MOLÉCULAIRE (HBPM)

Nom générique	Nom commercial	Posologie pour traitement	Prévention TVP	Nb prises /jr	Ajustement possible en insuffisance rénale
daltéparine	Fragmin <sup>1</sup>	200 UI/kg/jr	2500-5000 UI/jr	1-2	✓
enoxaparine	Lovenox, Redesca	1 mg/kg/BID ou 1.5 mg/kg/jr	40 mg / jr ou 30 mg BID	1-2	✓
fondaparinux	Arixtra	5 à 10 mg/jr	2.5 mg die	1	
tinzaparine	Innohep	175 UI/kg/jr	50-75 UI/kg/jr	1	✓

## ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS

Nom générique	Nom commun	Posologie pour thrombo embolie veineuse	Prévention des récurrences
Apixaban	eliquis	10 mg BID pour 7 jours puis 5 mg BID	2.5 mg BID après ≥ 6 mois de traitement
Rivaroxaban	xarelto	15 mg BID pour 3 semaines puis 20 mg die	10 ou 20 mg die après ≥ 6 mois de traitement
Edoxaban <sup>2</sup>	lixiana	60 mg die	

NB Des ajustements posologiques peuvent être requis en fonction de l'âge, du poids et des facteurs de risque de saignement.

<sup>1</sup> Dose à ↓ après 30 jours à 150 UI/kg/jr en prévention de la récurrence des TVP chez le patient atteint de cancer

<sup>2</sup> Le patient doit recevoir HBPM pour 5 – 10 jours avant de débuter traitement avec ce médicament

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

Source : Li A, Garcia AD, Lyman HG, Carrier M. Direct oral anticoagulant (DOAC) versus low-molecular-weight heparin (LMWH) for treatment of cancer associated thrombosis (CAT) : A systematic review and meta-analysis. Thrombosis research, 2018.

# Saignements et hémorragies non liés aux anticoagulants

Pour tout type de saignement, une compression est recommandée. Doser la compression selon le degré du saignement.

## Saignement nasal

- Compression locale en pinçant le nez pendant 10-20min.
- Paquetage si nécessaire (gelfoam/gaze/mèche)
- Tampon nasal (Merozel, Rapid Rhino)
- Cyklokapron (voir saignement cutané)
- Xylometazoline (Otrivin) 2 vaporisations nasales

## Hémoptysie

- Cyklokapron sol. Inj. 100mg/ml en nébulisation 500mg tid x 5 jours

## Saignement cutané (Voir aussi plaies néoplasiques)

- 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, pris de façon systémique, il augmente les risques de thromboembolie puisqu'il empêche la fibrinolyse.

Si Tx systémique : 500mg **po** tid x 10 jours, augmenter ad 1000mg po qid  
10-15mg/kg ad 25mg/kg **IV** bid à tid, administrer lentement en au moins 5 minutes

Si Tx local : Gelfoam ou gaze imbibé(e) d'une solution de 20ml de Cyklokapron 50mg/ml tid si possible (= 1g par application)  
ou 10ml de Cyklokapron inj. 100mg/ml tid si possible (= 1g par application)

ou Cyklokapron 500mg/co trituré et saupoudré sur la zone hémorragique avec une salière (bien identifier le contenu de la salière) \*  
ou écraser 10co. de 500mg, ajouter de l'eau stérile ad 100ml = 50mg/ml. Stabilité ad 7 jours au frigo à l'abri de la lumière.

- Acide tannique : effet astringent, faire une pression locale
- Poche de thé humidifiée
- Sucralfate sur la plaie : utiliser une suspension de 1g/5ml ou faire une pâte avec 1co écrasé + 5ml de gelée lubrifiante (K-Y)
- Situation d'urgence : Prévoir un protocole de détresse / Adrénaline 1 : 1000 (Peut entraîner une nécrose ischémique)

## Saignement buccal

- Éviter le brossage
- Compresses et paquetage si nécessaire (gelfoam/gaze)
- Appliquer une poche de thé humidifiée
- Cyklokapron (voir saignement cutané)
  - + Gargarisme/rince-bouche avec 20ml de Cyklokapron sol. Mag.
  - +Gargarisme/rince-bouche avec 10ml de Cyklokapron inj.
- Rincer la bouche avec 5ml de bicarbonate dans 500ml d'eau
- ½ co de Sucralfate écrasé avec une goutte d'eau en pommade, à appliquer sur le site de saignement.

# Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules



Nom	Comprimé		Capsule ouvrable ?	Forme liquide PO disponible ?	Notes
	sécable ?	écrasable ?			
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
<b>Antidépresseur</b>					
Amitriptyline	Oui	Oui		Non	Triturer finement et mélanger à de l'eau. TEVA = moins de dépôts.
Celexa	Oui	Oui		Non	Goût amer. Peut être saupoudré sur une petite quantité de jus ou compote de pomme juste avant la prise. Ne pas couper ou écraser les granules.
Cipralex	Oui	Oui		Non	
Cymbalta	Non	Non	Oui	Non	
Effexor XR	Non	Non	Oui	Non	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.
Fluoxétine			Oui	Oui	
Paxil	Oui	Oui		Non	
Paxil CR	Non	Non		Non	
Remeron RD	Non	Non	Non	Non	
Sertraline				Non	Couper en 2 seulement, au dernier moment. Jeter toute moitié inutilisée en 24 h.
Wellbutrin SR	Oui	Non	Oui	Non	
Wellbutrin XL	Non	Non		Non	
<b>Anticonvulsivant</b>					
Ac. valproïque				Oui	Mauvais goût. Goût amer. Goût amer.  Comprimés croquables disponibles. Mauvais goût Pourrait être coupé/écrasé mais goût amer; favoriser l'ouverture de capsules.
Dilantin	Non	Non		Oui	
Divalproex	Non	Non		Non	
Lyrica			Oui	Non	
Neurontin (cap)			Oui	Non	
Neurontin (co)	Oui	Oui		Non	
Phenobarbital	Oui	Oui		Oui	
Tegretol	Oui	Non		Oui	
Keppra	Oui	Non		Non	
Topamax (co)	Non	Non		Non	
Topamax (cap)			Oui	Non	

# Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules

Nom	Comprimé		Capsule ouvrable ?	Forme liquide PO disponible ?	Notes
	sécable ?	écrasable ?			
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
Topamax		Oui	Oui	Non	Vider le contenu de la capsule sur de la compote.
<b>Cardiovasculaire</b>					
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.
<b>Urinaire</b>					
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.
<b>Antibiotique - Antifongique</b>					
Avelox	Oui	Oui		Non	L'enrobage sert à masquer le goût.
Cipro	Oui	Oui		Oui	Goût amer; une source déconseille d'écraser le comprimé pour cette raison.
Cipro XL	Non	Non			
Diflucan (cap)			Oui	Oui	
Diffucan (co)	Oui	Oui		Oui	
Macrochantin (caps)	Non	Non	Oui	Non	

# Fractionnement / pulvérisation de comprimés et ouverture de capsules



Nom	Comprimé		Capsule ouvrable ?	Forme liquide PO disponible ?	Notes
	sécable ?	écrasable ?			
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
<b>Psychiatrique</b>					
Zyprexa	Oui	Oui		Non	Portion inutilisée stable 7 jours de façon étanche et à l'abri de la lumière. Peut être mélangé à 125 ml eau, lait, café, jus d'orange, pomme et consommé rapidement.
Zyprexa Zydis	Oui	Oui			
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		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	
<b>Antiinflammatoire</b>					
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

Nom	Comprimé		Capsule ouvrable ?	Forme liquide PO disponible ?	Notes
	sécable ?	écrasable ?			
	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non	
<b>Gastrointestinal</b>					
Losec (co)	Oui	Oui		Non	Triturer finement (ou laisser dissoudre) dans bicarbonate de sodium 8,4 %.
Omeprazole (cap)			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	Non		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	
<b>Autres</b>					
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	
Cesamet	Oui	Oui			
Tylenol douleurs arthritiques	Non	Non			
Cellcept	Non	Non		Oui	Suspension
Tacrolimus	Non	Non	Oui	Non	

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



# Voies alternatives d'administration

Médication	Voies alternatives	Commentaires
Acétylcystéine solution injectable	Orale	Diluer la solution à 20 % avec 3 parties de jus de raisin ou cola diète.
Atropine ophtalmique	Sublinguale	Utilisé pour réduire les sécrétions orales chez les patients en fin de vie. (3 gouttes de solution de 1% tid, plus 2 gouttes chaque 2 heures au besoin). Plusieurs patients en fin de vie n'ont besoin que d'une ou deux doses.
Carbamazépine suspension 100mg/5ml	Rectale	Même dose que dose orale. Diluer avec un volume égal d'eau. (voir page suivante pour administration IR)
Dexaméthasone injectable	Orale	Alternative à la solution de dexaméthasone orale qui contient de l'alcool. Mélanger avec sirop aromatisé aux cerises sauvages ou diluer avec du jus ou dans un popsicle. Une suspension orale de dexaméthasone 0,5mg/ml ou 1mg/ml peut être préparée avec dexaméthasone injectable combiné dans un mélange 1 :1 de Ora-Sweet (saveur et agent sucrant) et Ora-Plus (agent de suspension). Il a été démontré que ce mélange reste stable physiquement et chimiquement pour une période de 90 jours qu'il soit réfrigéré ou non. Orablen(un agent sucré de suspension orale) peut aussi être utilisé à la place d'Ora-Plus ou Ora-Sweet. Ex. pour faire une suspension de 1mg/ml mettre 50 ml de dexaméthasone injectable (4mg/ml) dans un cylindre gradué et ajouter un mélange 1 :1 de Ora-Plus/Ora-Sweet (approximativement 150 ml) pour faire 200ml. Ajouter une étiquette indiquant de bien mélanger.
Diazepam injection	Rectale	La plupart des informations concernent l'usage chez les enfants. Peut causer des sensations de brûlure à cause de la présence de propylène glycol. Pour les crises aiguës, l'usage de gel commercial peut être préférable.

# Voies alternatives d'administration

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

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

Utiliser un lubrifiant à base d'eau plutôt qu'une gelée de pétrole qui inhibe l'absorption. Un volume allant jusqu'à 25 ml peut facilement être retenu.

Article complet : PL Detail-Document, Giving Meds by Alternative Routes. Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter. February 2020



# Voies alternatives d'administration

Médication	Voies alternatives	Commentaires
Divalproex tablette(Depakene)	Rectale	Voir note à la page précédente sur les informations générales pour la prise de médication par voie rectale.
Docusate liquide (gouttes pour enfants)	Oreille	Pour ramollir le cérumen. Instiller 1 ml dans l'oreille affectée, attendre 15 minutes, ensuite, permettre à la solution de drainer à l'extérieur. Le cérumen restant peut être enlevé doucement avec une irrigation d'eau tiède par une seringue à oreille.
Fentanyl injectable	Nasale	Pour douleur sévère. Dose habituelle 1,5 à 2 mcg/kg (dose pédiatrique) ou 50 à 100 mcg (adulte)
Gabapentin	<b>NE PAS DONNER par voie rectale</b>	Peu absorbé par la muqueuse rectale, en partie à cause du manque de mécanisme de transport actif nécessaire à son absorption.
Halopéridol comprimé	Rectale	Même dose que la dose orale
Ibuprofen suspension orale	Rectale	On peut utiliser la même dose que la dose orale. Considérer que des doses plus élevées peuvent avoir un volume trop important pour être retenues (ex. 600 à 800mg = 30 à 40 ml).
Kétamine	Orale	Mélanger avec jus de fruits pour masquer le goût amer
Méthadone	Rectale	Dose IR/PO: 1/1. Administré sous forme de solution 10 mg/ml.
Metronidazole	Rectale	Suppositoires vaginaux par voie intrarectale.
Midazolam injectable	Orale	Masquer le goût amer avec du jus de pomme ou de cassis, sirop de framboise ou de cerise, sauce au chocolat ou cola. Biodisponibilité PO 40-50 %; interaction avec CYP3A4J; début d'action 15 min.
Midazolam injectable	Nasale	Dose pédiatrique 0,2mg/kg (max 10mg). Administrer avec un atomisateur nasal pour faciliter l'absorption. Biodisponibilité 60-80 % intranasal
Morphine injectable	Rectale	Même dose que dose orale.

Source : Prommer E. Midazolam : an essential palliative care drug. Palliat Care Soc Pract. 2020

## ... voie trans-muqueuse buccale

IL EST RECOMMANDÉ DE TOUJOURS TENTER D'UTILISER LA VOIE TMB PLUTÔT QUE LA VOIE SL.

••• LA VOIE TMB UTILISE LA GOUÏÈRE GINGIVO-BUCCALE •••

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

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

**Q: Pourquoi TMB plutôt que SL ?**

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

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

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

### CE QU'IL FAUT SAVOIR DE PLUS

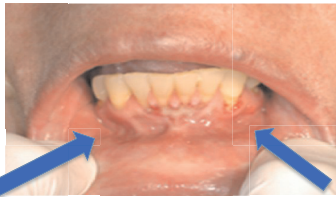
1. Au lieu d'humidifier la zone avant de déposer un comprimé, tenter de dissoudre le comprimé dans 0,5 ml - 2 ml d'eau du robinet.
2. Au besoin, essayer d'abord de diluer tout ce qui n'est pas dans la liste. La dilution des comprimés est habituellement préférable aux préparations injectables qui sont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

Source : Dre Renée Dugas

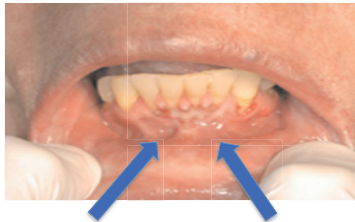
## La voie transmuqueuse buccale - Technique

- Repérer la gouttière gingivo-labiale :

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



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



# Médicaments pouvant être utilisés par voie trans-muqueuse buccale

RÈGLE # 1 : volume idéal = < 0.5 ml --- maximum de 1 à 2 ml par site

RÈGLE # 2 : en fin de vie, il est recommandé de privilégier la voie TMB à la voie SL

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

alprazolam (Xanax)

dimenhydrinate (Gravol)

[à remplacer par Haldol sans alcool si nausée]

fentanyl

fluoxétine (sous forme liquide de 20 mg/5 ml)

furosémide (Lasix)

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

kétamine (Ketalar) SL (voie préférée à la voie orale pour une action plus rapide)

lorazépam (Ativan) [utiliser les co. SL de 2mg; préparer une suspension partant de 2-4 co. dans 1-2 ml d'eau du robinet = 2 mg/ml ad 8 mg/ml selon le besoin]

midazolam (Versed)

méthadone (formulation en sirop 10 mg/ml)

oxybutynine

prochlorpérazine (début d'action de 15 à 60 minutes)

scopolamine

sufentanil

triazolam (utiliser les comprimés conventionnels)

\* glycopyrrolate (Robinul) : non recommandé en TMB



# Médicaments pouvant être utilisés par voie sous-cutanée

**RÈGLE # 1 : Le volume idéal (pour injections intermittentes ou perfusion continue par heure) = 0,4 ml**

**RÈGLE # 2 : Injections intermittentes → maximum 2 ml/site (maximum 1 ml/site si patient cachexique)**

**RÈGLE # 3 : Perfusion continue → généralement maximum 4ml/h, mais peut aller jusqu'à 10 ml/h (selon élasticité tissulaire)**

butylbromure d'hyoscine (Buscopan)

dexaméthasone (Décadron)

diphenhydramine (Benadryl)

dimenhydrinate (Gravol) (amp. sans alcool)

ertapénem (Invanz)

famotidine (Pepcid)

fentanyl (peut être utilisé par voie intra nasale)

flumazénil (Anexate) (antagoniste des benzodiazépines)

furosémide (Lasix)

glycopyrrolate (Robinul)

halopéridol (Haldol)

hydromorphone (Dilaudid)

hydroxyzine (Atarax)

kétamine (Ketalar) (peut être utilisé par voie intra nasale) (ne pas administrer via papillon s/c)

lidocaïne

lorazépam (Ativan) (ne pas administrer via papillon s/c)

méthotrimeprazine (Nozinan) (ne pas administrer via papillon s/c)

métoclopramide (Maxéran)

midazolam (Versed) (peut être utilisé par voie intra nasale)

morphine

naloxone (Narcan) (peut être utilisé par voie intra nasale)

octréotide (Sandostatin)

ondansétron (Zofran)

phénobarbital (ne pas administrer via papillon s/c)

ranitidine (Zantac)

scopolamine (Hyoscine)

sufentanil (peut être utilisé par voie intra nasale)



**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)

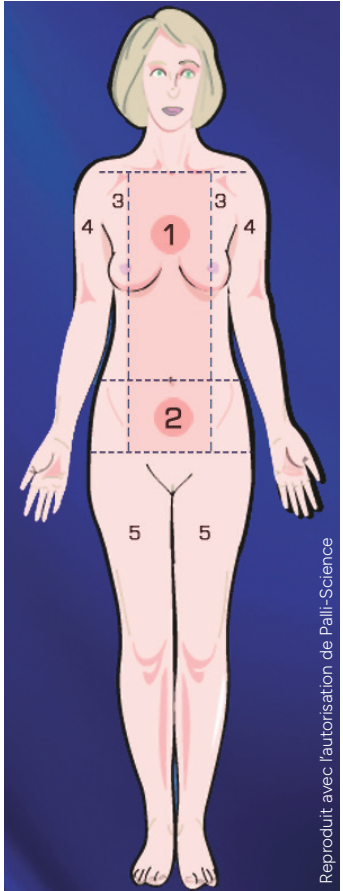
**Zone 3 (Thorax, à l'extérieur de la ligne des seins)**

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

**Zone 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)

S'assurer de l'intégrité du site d'insertion. Éviter les régions oedémateuses, cicatricielles, ayant subi une dissection ganglionnaire (en présence de signes et symptômes de lymphoedème) ou de la radiothérapie ou pouvant subir une compression ou une friction.





## Perfusion sous-cutanée continue (PSCC)

Informations utiles :

- ✓ Aviser le CLSC et le pharmacien du patient de toute ordonnance de PSCC et de tout changement dans l'ordonnance
- ✓ Remettre l'ordonnance au patient ou à son répondant
- ✓ Choisir un volume de 0,5 à 2 ml / h
- ✓ Les volumes trop faibles peut prendre + de temps pour se rendre au site d'insertion
- ✓ Généralement maximum 4 ml / h mais peut aller jusqu'à 10 ml / h (selon élasticité tissulaire)

### Pompe à perfusion continue

- Permet la programmation d'entre-dose (ED) (habituellement l'équivalent de la dose perfusée en 1 heure (ex : débit à 5 mg/h / ED = 5 mg).
- Le délai minimal entre chaque ED est habituellement de 20 à 30 minutes et le nombre maximal d'ED/h est habituellement de 2 ou 3/h.

Exemple d'un modèle d'ordonnance :

**Médication :** \_\_\_\_\_ / Concentration \_\_\_\_\_ mg/ml / Volume total : \_\_\_\_\_ ml / Servir \_\_\_\_\_ ml à la fois

Débit : \_\_\_\_\_ mg/h / Entre-doses(ED) : \_\_\_\_\_ mg q \_\_\_\_\_ minutes PRN / Nombre maximum d'ED par heure : \_\_\_\_\_ ED/h

### Perfuseur élastomérique (biberon) / *Infusor SV*

- Perfuseur à bas débit (1 ou 2ml/h) par voie sous-cutanée / Volume de 100 à 130 ml (durée d'environ 2 jours)
- Ne peut fournir d'ED : donc prévoir des ED en PO ou SC
- Pour plus de détails, se référer au Guide du clinicien de *Baxter*
- Remboursé RAMQ

# Médication d'urgence suggérée pour trousse à domicile

Suggérée pour la trousse du professionnel oeuvrant à domicile

Médication	Concentration	Quantité	Matériel devant être disponible rapidement en tout temps
Adrénaline	1 mg/ml	2 ampoules	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelée 5 % Xylocaïne pour les curages de fécalome</li> <li>• Papillons, tubulures, et seringues pour médication SC, tampons désinfectants</li> <li>• Matériel de base pour pansements (gazes simples stériles, hydrogels, tulles grasses et les membranes adhésives poreuses pour le recouvrement, Aquacel) (voir soins de plaie)</li> <li>• Matériel pour administration d'oxygène (concentrateur, tubulures, masques ou lunettes nasales)</li> <li>• Masque à nébulisation</li> <li>• Tube d'espacement (aérochambre)</li> <li>• Équipements de protection (EPI complet) avec N95</li> <li>• Sonde urinaire avec sac collecteur</li> <li>• Contenant Bio-Risque</li> </ul> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Rappeler aux proches de rapporter rapidement au pharmacien tous les médicaments non utilisés pour une destruction sécuritaire.</p> </div>
Ativan	1 mg SL	5 co.	
Ativan*	4 mg/ml	10 ampoules	
Décadron	4 mg/ml	4 vials de 5 ml	
Dépakène	250 mg	5 caps.	
Dilaudid-HP	10 mg/ml	10 ampoules de 1ml	
Gravol	50mg/ml	10 ampoules de 1ml	
Haldol	5 mg/ml	10 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	
Nitroglycérine	0,4 mg pulvérisateur SL (dose prémesurée)	1 pulvérisateur	
Nozinan	25 mg/ml	5 ampoules	
Robinul	0,2 mg/ml	5 vials de 2 ml	
Salbutamol	100 mcg/vap	1 inhalateur	
Scopolamine	0,4 mg/ml	15 ampoules de 1ml	
Stémétil	10 mg - suppositoire	5 suppositoires	
Versed	5mg/ml	10 vials de 1ml	

\* Penser à prendre au réfrigérateur, de même qu'une glace.

# Ordonnance en cas de détresse



- CRITÈRES D'APPLICATION : (les 2 critères doivent être présents simultanément)
1. Présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques :
    - a) Signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure
    - ou
    - b) Douleur intolérable exprimée ou manifestée par la personne
    - ou
    - c) Hémorragie massive
  2. État de panique (anxiété intense, regard effrayé, terreur, agitation (aucune position confortable))

L'ordonnance en cas de détresse comporte l'administration rapide et dans l'ordre de trois substances:

- 1 - midazolam (Versed)
- 2 - opioïde (morphine ou hydromorphone)
- 3 - scopolamine

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

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.

## 2. morphine et hydromorphone

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

## Ordonnance en cas de détresse (suite)

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

- Absorbée rapidement par les voies IM et SC, son action est plus puissante que l'atropine au niveau des glandes exocrines pour **diminuer le volume des sécrétions pharyngées et bronchiques**. Elle atténue en même temps le 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.

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

- Traverse peu la barrière hémato-encéphalique d'où moins d'effets sédatifs et pas de propriété amnésiante tel que la scopolamine. Les caractéristiques du glycopyrrolate sont intéressantes à domicile. Elles pourraient diminuer le risque de délirium parfois associé à l'utilisation de la scopolamine. Les effets sédatifs et amnésiants reposeront alors sur le midazolam. Le glycopyrrolate est bien absorbé en SC, le principal inconvénient étant le volume utilisé car il se présente à une concentration de 0.2 mg/ml.

*Présentation* : 0.4 mg/2ml en solution injectable.



## Ordonnance en cas de détresse (suite)

**Présentation :** Morphine injectable : 1mg/ml, 2mg/ml, 10mg/ml, 15mg/ml, 25mg/ml, 50mg/ml  
Hydromorphone injectable : 2mg/ml, 10mg/ml, 20mg/ml, 50mg/ml (habituellement réservé pour la PSCC)

**Compatibilité en seringue :** Scopolamine et morphine : 15 minutes  
Scopolamine et hydromorphone : 30 minutes  
Midazolam et morphine : 24 h  
Midazolam et hydromorphone : 4 heures

Stabilité des 3 médicaments combinés dans la même seringue (opioïdes-Scopolamine-Midazolam) : **15 minutes** \*Ne pas préparer longtemps d'avance

	Stabilité	Particularités
Morphine	9 jours au réfrigérateur	Ne pas administrer si la solution prend une coloration de jaune à brun
Hydromorphone	9 jours au réfrigérateur	La réfrigération peut causer la formation de cristaux. Laisser dissoudre ces derniers à T pièce. La coloration jaune est normale. Protéger de la lumière.

Source : Normes de préparation des produits stériles non dangereux en pharmacie. Norme 2014.01

### Informations importantes

- Administrer l'ordonnance en cas de détresse dans la zone 1 (voir section « sites d'injection p.84) lorsqu'administré SC
- Privilégier l'administration directe. Cependant, les papillons SC en place peuvent être utilisés tant qu'ils se trouvent en zone 1, qu'ils contiennent la même concentration de médication que l'ordonnance de détresse et que les sites d'insertion sont d'apparence normale (pas de rougeur, œdème, etc.).
- Administrer le midazolam le plus rapidement possible et compléter ensuite avec opioïde et scopolamine.
  - Les 3 médicaments peuvent toutefois être administrés ensemble dans une même seringue (SC) (CH > domicile) ou
  - Préparer 2 seringues : #1 opioïde + midazolam / #2 Scopolamine (CH = domicile) ou
  - \* -Préparer 3 seringues et administrer dans l'ordre : #1 Midazolam , #2 opioïde, #3 Scopolamine (domicile > CH)

\* Méthode utilisée à la MVG

### Ordonnance en cas de détresse (suite)

Médicament	Dose	Commentaires	Fréquence
midazolam (Versed)	5 mg SC	Si benzo PRN ou die et poids < 70kg (150 lbs)	Aux 20 minutes PRN jusqu'à sédation
	10 mg SC	Si benzo > bid ou poids > 70 kg	
	15 - 20 mg SC	Si benzo à haute dose	
morphine	5 - 50 mg SC	10 à 25% de la dose quotidienne min : 5 mg/dose (si naif) max : 50 mg/dose	Aux 20 minutes PRN jusqu'à soulagement
hydromorphone	1 - 10 mg SC	10 à 25% de la dose quotidienne min : 1 mg/dose (si naif) max : 10 mg/dose	Aux 20 minutes PRN jusqu'à soulagement
bromhydrate d'hyoscine (Scopolamine) OU glycopyrrolate	0,4 - 0,6 - 0,8 mg SC 0,2 - 0,4 - 0,6 mg SC	Max : 0,8 mg aux 2 h Scopolamine utile si agitation	Répéter selon jugement clinique

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

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



# Compatibilité des médicaments en seringue

82

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‡																					
C <sup>p</sup> 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		CT			CT	CT	CT	CT	C3		CT	CT				CT	C2	CT		CT	CT
Chlorpromazine (Largactil <sup>MD</sup> )	CT				I	CT	CT	CT	C3		CT	CT				CT	C2	CT		CT	CT
Codéine						C			C3			C									
Dexaméthasone (Décadron <sup>MD</sup> )						I			C2		C <sup>p</sup>					C3	I	I			
Dimenhydrinate (Gravol <sup>MD</sup> )	CT	I	C			CT	CT	CT	I		C2	I				CT	I	CT		I	CT
Diphenhydramine (Bénadryl <sup>MD</sup> )	CT	CT	C	I	CT		CT	CT	C3	I	CT	CT				CT	C2	CT		CT	CT
Dropéridol	CT	CT			CT	CT		CT	C3			CT				CT	C2	CT		CT	CT
Fentanyl	CT	CT			CT	CT	CT					CT				CT	C	CT		CT	CT
Glycopyrrolate (Robinul <sup>MD</sup> )	C3	C3	C3	C2	I	C3	C3				C3	C3	C3				C2	C3		C3	C3
Halopéridol (Haldol <sup>MD</sup> )						I					C2	I		C2				C <sup>p</sup>			

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 <sup>MD</sup> )	CT	CT		CP	C2	CT			C3	C2†	CT			CP†	C‡	CT	C2‡		I	X	CT	
Hydroxyzine (Atarax <sup>MD</sup> )	CT	CT	C		I	CT	CT	CT	C3	I	CT	C				CT	C2	CT		CT	CT	
Kétamine																						
Lidocaïne (Xylocaïne <sup>MD</sup> )									C3			C				C3			I			
Lorazépam (Ativan <sup>MD</sup> )										C2												
Méthotriméprazine (Nozinan <sup>MD</sup> )																CT						
Métoclopramide (Maxéran <sup>MD</sup> )	CT	CT		C3	CT	CT	CT	CT			CT		C3		CT		C2	CT		CT	CT	
Midazolam (Versed <sup>MD</sup> )	C2	C2		I	I	C2	C2	C	C2		C2	C2				C2		C2		I	C2	
Morphine	CT	CT		I	CT	CT	CT	CT	C3	C <sup>P</sup>		CT				CT	C2			CT	CT	
Phénytoïne (Dilantin <sup>MD</sup> )											I		I									
Prochlorpérazine (Stémétil <sup>MD</sup> )	CT	CT			I	CT	CT	CT	C3		X	CT				CT	I	CT			CT	
Scopolamine	CT	CT			CT	CT	CT	CT	C3		CT	CT				CT	C2	CT		CT		

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

† Hydromorphone 10mg/ml - halopéridol 5mg/ml 24 h † P - Hydromorphone 40 et 50mg - halopéridol 1mg + Nacl od 18 ml 24h précipitation possible à d'autres concentrations

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

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

‡ Hydromorphone 30mg - Midazolam 10mg - Nacl 18 ml (p-seringue) 24 h (clinique)

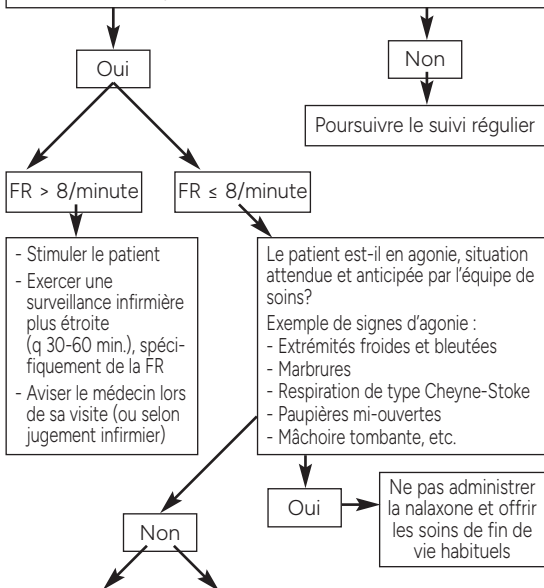


Patient sous traitement opioïde présentant des signes de surdosage?

Les signes de surdosage touchent le système nerveux central et leur apparition est progressive :



- Somnolence
- Confusion
- Myosis
- Myoclonies
- Dépression respiratoire (fréquence respiratoire (FR)  $\leq$  8/minutes)



Omettre les doses d'opioïdes régulier ou PRN / Cesser une PSCC d'opioïde et reprendre selon les indications du médecin

### Administration de la naloxone (Narcan<sup>MD</sup>) et interventions liées :

1. Aviser le médecin STAT → Si prescription de naloxone : poursuivre avec les étapes 2., 3. et 4.
2. Prendre une fiole de naloxone 0,4 mg/ml et en prélever 0,1 ml
3. Administrer 0,1 ml (0,04mg) par voie SC au niveau du thorax
4. Installer de l'oxygène par lunette nasale à 2L selon tolérance du patient et avis médical (sera à cesser à la résolution du surdosage)

**Informations sur l'administration de la naloxone :**

Des doses doivent être répétées aux 5 min jusqu'à une fréquence respiratoire > 8/min.

Il est suggéré de doubler chaque dose subséquente jusqu'à l'obtention de cette mesure (ainsi, une 2<sup>ème</sup> dose serait de 0,2 ml (0,08 mg), une 3<sup>ème</sup> dose de 0,4 ml (0,16 mg), etc.) pour un maximum cumulatif de 1mg (2,5 ml) : en l'absence d'amélioration après une dose cumulée de 1mg, il faut chercher une autre cause expliquant la détérioration du patient.

Important : la durée d'action de la naloxone SC est de 60 à 120 min, donc inférieure à la durée d'action des opioïdes.

**Surveillance clinique :**

3 paramètres à surveiller : Fréquence respiratoire, niveau de sédation et signes/ symptômes de douleur

Minimalement aux 5 minutes jusqu'à la fréquence respiratoire souhaitée, puis aux 30 minutes jusqu'au pic d'action de l'opioïde (utiliser la mesure la plus longue si plusieurs opioïdes), puis aux 1-2 heures pour le reste de la durée d'action la plus longue.

Adapté de la procédure en vigueur à la Maison Victor-Gadbois

## Protocole pour le contrôle de l'agitation

- Halopéridol ad 5mg SC + midazolam 5mg SC
  - 30 minutes plus tard si l'agitation n'est pas contrôlée : haloperidol 2mg SC + midazolam 5mg SC, jusqu'à 2 doses chaque 30 minutes
  - Si l'agitation persiste, midazolam 5mg SC chaque heure jusqu'à ce que la situation soit contrôlée; alors sédation palliative continue à envisager si le patient est en fin de vie
- SI L'AGITATION RÉCIDIVE :**
- Moins de 2 heures plus tard : reprendre le protocole au point d'interruption
  - Plus de 2 heures plus tard : reprendre le protocole à son point de départ

Gonçalves, F., Almeida, A. et Pereira, S. A protocol for the control of agitation in palliative care, American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2016, 33(10), 948-51.

# Sédation palliative continue

## Sédation palliative continue

La sédation palliative est « un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue jusqu'à son décès ». (Loi concernant les soins de fin de vie, Gouvernement du Québec).

Celle-ci est habituellement réservée aux patients dont le pronostic vital est limité ou compromis. Un formulaire de consentement provincial est disponible sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux. Au Québec, toutes les sédations palliatives continues doivent être déclarées au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou au Collège des médecins du Québec (pour les médecins exerçant en cabinet) dans les 10 jours suivant leur administration.

## Principaux symptômes réfractaires :

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

La sédation palliative continue repose le plus souvent sur l'association de deux médicaments à intervalle régulier. Une dose de charge est habituellement donnée à l'initiation de la sédation.

1. Dose de charge : midazolam 5 à 10 mg SC avec ou sans méthotriméprazine 12,5 à 25 mg SC
2. Un antipsychotique ou un anticonvulsivant

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

### ET 3. Une benzodiazépine

Agent	Dose de départ habituelle (à LMVG)	Écart posologique rapporté	Commentaires
Lorazepam	2 mg SC q4h	Jusqu'à 96 mg/24h	Durée d'action plus longue que midazolam
<b>ou</b> Midazolam	1 mg/h en continu <b>ou</b> 5 mg q 2 h régulier	Jusqu'à 450 mg/24h	En perfusion sous cutanée continue ou par administration intermittente

Si la sédation n'est pas adéquate, prévoir des doses supplémentaires de benzodiazépines au besoin. Par exemple, midazolam 10 mg SC q 2 h PRN (à titrer à la hausse selon la tolérance du patient aux benzodiazépines).

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

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

Références : Collège des médecins du Québec et Société québécoise des médecins de soins palliatifs, La sédation palliative en fin de vie, Guide d'exercice, mise à jour 08/2016.  
Société québécoise des médecins de soins palliatifs, Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative. Principes et pratique en médecine adulte, 1er novembre 2014.

# MÉDICAMENTS D'EXCEPTION LES PLUS UTILES EN SOINS PALLIATIFS

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

88

Anti-infectieux	Diflucan fluconazole suspension orale A1 8, A1 9, A10	<b>AI 8</b> (tx de la candidose oesophagienne) <b>AI 9</b> (tx de la candidose oropharyngée) et <b>AI 10</b> (tx d'autres mycoses)
Dermatologie	pansements d'argent, cadexomère d'iode DE 58	<b>DE 58</b> tx d'une 1 <sup>ère</sup> plaie ou plaie chronique
Dermatologie	Pansements hydrocolloïdaux DE 101 Pansements d'hydrofibres DE 101 Pansements d'alginate DE 101 Pansements de mousse DE 101 Hydrogels, etc. DE 101	<b>DE 101</b> Traitement d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer. <b>DE 319</b> Traitement d'une nouvelle plaie ou récurrence de plaie au même site. <b>DE 339</b> Traitement d'une plaie qui n'est pas guérie après 12 sem. de tx. <b>DE 106</b> Pour plaie malodorante (actisorb silver)
Endocrinologie	glimépiride EN 23 sitagliptine (Januvia) EN 148 EN 167 inhibiteurs de la DPP-4 inhibiteurs du SGLT-2	<b>EN 23</b> Lorsqu'une autre sulfonurée est non tolérée ou inefficace <b>EN 148</b> En association avec metformine quand sulfonurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace <b>EN 167</b> En monothérapie lorsque metformine ou sulfonurée contre-indiquées ou non-tolérées } Plusieurs codes
Système gastro-intestinal	Bisacodyl Microlax Docusate de sodium Docusate de calcium Suppositoires de glycérine	Fleet, Fleet Huileux Lactulose Lait de magnésie Sennosides Lax-A-day, Relaxa, Peg 3350 Pegalax, Peglyte
		<b>GI 27</b> (constipation liée à une pathologie) <b>GI 28</b> (constipation liée à la prise d'un médicament.) <b>GI 29 lactulose</b> : (prévention et tx de l'encéphalopathie hépatique)

Le pharmacien n'a plus l'obligation ni la responsabilité de communiquer avec le médecin pour vérifier si la condition du patient respecte toujours l'indication du paiement du médicament d'exception. Le code de l'ordonnance initiale est valide tant que le md demeure le prescripteur des ordonnances de renouvellement et tant qu'il n'informe pas le pharmacien en inscrivant le code XX sur l'ordonnance ou par d'autres moyens.



IPP		<p><b>PP12</b> Dyspepsie secondaire à AINS ou prophylaxie cytoprotectrice</p> <p><b>PP205</b> Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP Symptômes extradiigestifs dont douleur thoracique, toux, etc.</p> <p><b>PP999</b> Ulcères néoplasiques associés à un saignement</p>
Système génito-urinaire	mirabegron (Myrbetriq) trospium (Trosec) fésotérodine (Toviaz)	<b>GU 178</b> Pour le tx de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui un des anti-muscariniques est mal toléré
Ophtalmologie	larmes artificielles (Isopto Tears, Refresh, Tears Naturele)	<b>OP 40</b> Pour le tx de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes (ex. blépharospasme, dystrophie oculo-pharyngée, érosion de la cornée, exophtalmie, maladie de Sjogren, séquelles de paralysie de Bell). Yeux secs, manque de larmes ou diminution des larmes ne sont pas acceptés.

L'envoi d'une demande de médicament d'exception doit se faire le plus rapidement possible. Envisager le recours au « patient d'exception » dans certaines conditions particulières.



Médicaments qui peuvent causer des symptômes de retrait	
Antidépresseurs - ISRS	Ataxie, étourdissements, troubles gastro-intestinaux, insomnie, paresthésie
Antidépresseurs - IRSN	Asthénie, étourdissement, céphalée, insomnie, nausées, crampes, confusion, irritabilité, hallucinations auditives
Antiparkinsoniens	Exacerbation des symptômes extrapyramidaux, confusion prolongée, hallucinations, syndrome apparenté au syndrome neuroleptique malin
Bêta-bloqueurs	Hypertension, angine, Infarctus du myocarde, anxiété, tachycardie
Corticostéroïdes	Faiblesse, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, orthostatisme, myalgie, dyspnée, céphalée
Pregabaline, Gabapentin	Insomnie, nausées, vomissements, diarrhées, encéphalopathie Céphalée, diaphorèse, tremblements, crampes GI, psychose, symptômes apparentés à un sevrage de benzodiazépines
Nicotine	Insomnie, irritabilité, humeur dépressive, colère, anxiété, difficulté de concentration, étourdissement, constipation, sudation
Opiïdes	Anxiété intense, sudation, larmoiement, bâillements, nervosité, irritabilité, anorexie, mydriase

\* Considérer la consommation d'alcool antérieure du patient  
Pour une liste exhaustive des médicaments et des symptômes,  
consulter le Guide de l'APES 2019 p. 613

## Sevrage des corticostéroïdes en soins palliatifs

**Si durée de traitement  $\leq$  14 jours :** arrêt abrupt possible, mais il ne s'agit pas d'une règle absolue (oedème rebond possible si administrés pour une tumeur cérébrale).

**Si durée de traitement  $+ \leq$  14 jours et sevrage envisagé :**

- 1 dexaméthasone : diminuer la dose de 2 à 4 mg aux 1 à 3 jours- (on peut diminuer la dose par prise ou augmenter l'intervalle d'administration) ou
- 2 diminuer la dose de 4 mg par semaine selon tolérance

**Si durée de traitement  $>$  14 jours :** la séquence de sevrage demeure empirique et dépendante de la réponse spécifique du malade

- 1 Diminuer la dose ou modifier l'intervalle d'administration de la dexaméthasone aux 3 à 7 jours jusqu'à atteinte d'une dose physiologique de cortisol (équivalent à 0.75 mg de dexaméthasone par jour) ou
- 2 Diminuer la dose de 10 à 20% aux 7 à 14 jours
- 3 Les taux de cortisol étant au zénith en matinée, une dose quotidienne le matin ou aux 2 jours de corticostéroïde de longue demi-vie biologique peut être suffisante afin de minimiser les risques de suppression de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (AHH).

## BIBLIOGRAPHIE

- Anon. End of Life and Pain Management dans Pharmacists Letter. 2012, #120214
- BC CANCER. (2015). Symptom management guidelines : Care of malignant wounds <http://www.bccancer.bc.ca/nursingsite/documents/10.%20malignant%20wounds.pdf>
- Biggins, S.W., Angeli, P., Garcia-Tsao, G., Ginès, P., Ling, S.C., Nadim, M.K., Wong, F. and Kim, W.R. (2021), Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 74: 1014-1048.
- Bing CM. Extended Stability for Parenteral Drugs. American Society of Health-System Pharmacists 3rd edition 2005
- Breitbart W, Chandler S, Eagle B, et al. An alternative algorithm for dosing transdermal fentanyl for cancer pain. *Oncology* 2000;14:695-702.
- Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO). (2011). Traitement de la compression médullaire chez les patients atteints de cancer métastatique. Direction québécoise du cancer.
- Dühmke RM, Cornblath DD, Hollingshead JRF. Tramadol for neuropathic pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art.
- Gouvernement du Québec. MSSS. Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique. 2021. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- Guide pratique des soins palliatifs, gestion de la douleur et autres symptômes. Association des pharmaciens d'établissements de santé (A.P.E.S.) Montréal, 5ème éd., 2019
- Hawley P, Wing P, Nayar S. Methadone for pain; what to do when oral route is not available. *J Pain Symptom Management* 2015; 49(b):e 4-6
- Humbert N et coll. Les soins palliatifs pédiatriques. Éditions de l'Hôpital Ste-Justine 2004
- INESSS. (2023). Aide-mémoire : Particularités des pansements [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage\\_optimal/Soins\\_de\\_plaies\\_Pansements\\_VF.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/Soins_de_plaies_Pansements_VF.pdf)
- Lotsch J. Opioid metabolites. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005;29 (Suppl.5): S10-S24
- Morley J, Makin M. The use of methadone in cancer pain poorly responsive to other opioids. *Pain Reviews*. 1998
- Ordre de St-Lazare et Association canadienne de soins palliatifs Guide des proches aidants manuel sur les soins de fin de vie 2014.
- Ripamonti C, Zecca E, Bruera E. An update on the clinical use of methadone for cancer pain. *Pain*. 1997 Apr;70(2-3):109-15.
- 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
- Trissel LA. Handbook on Injectable Drugs. American Society of Health-System Pharmacists, 16th edition, 2011
- Wand O, Guber E, Guber A, Shochet GE, Israeli-Shani L, Shitrit D. Inhaled tranexamic acid for hemoptysis treatment : A randomized controlled trial. *Chest Journal* 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30321510/>
- Certains protocoles sont inspirés de ceux en application à la Maison Michel-Sarrazin de Québec et de l'Hôpital universitaire de Genève.

## COLLABORATEURS À CETTE ÉDITION

### Concepteurs

**Diane Lamarre**, pharmacienne, M.Sc. (2000 à aujourd'hui)

**Marcel Marsolais**, médecin (2000 à 2018)

**Nathalie Savard**, inf., Directrice générale LMVG (2000 à 2025)

### Collaborateurs à cette édition

**Diane Lamarre**, pharmacienne, M.Sc.

Professeure titulaire de clinique.

Faculté de pharmacie

Université de Montréal

**Jacob Gervais**, Médecin LMVG

chargé d'enseignement clinique

Université de Montréal.

Md UMF St-Hubert

**Dominik Melhem**, Médecin LMVG

Md GMF Carrefour Vallée du Richelieu à Beloeil

**Danny Bessette**, inf. B.Sc., LMVG

Coordonnateur Clinique de gestion de symptômes

**Eveline Lanoue-Gagné**, inf. B.Sc., LMVG

Coordonnatrice associée à la recherche, formation  
et déploiement clinique

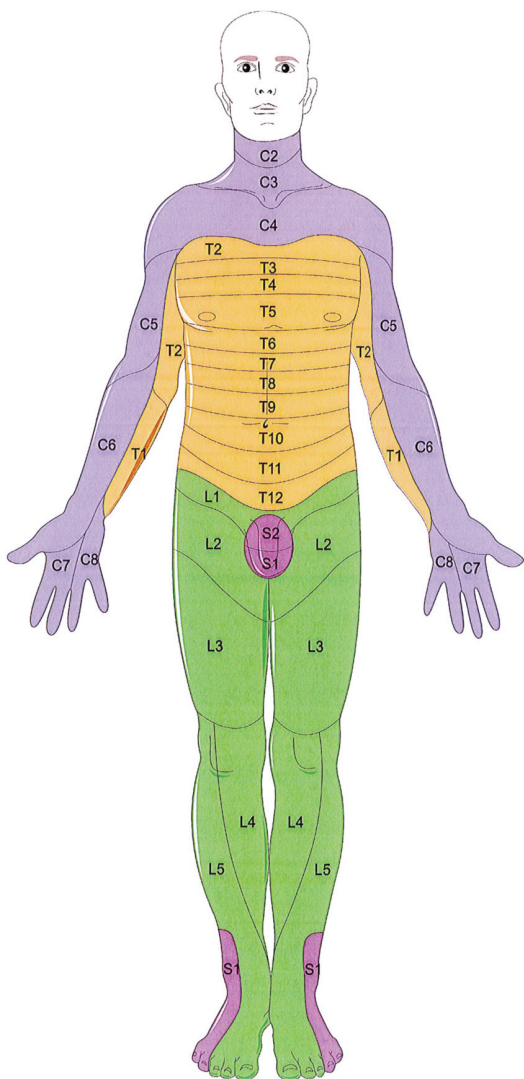
### Infographie et impression

**Imprimerie Maska**

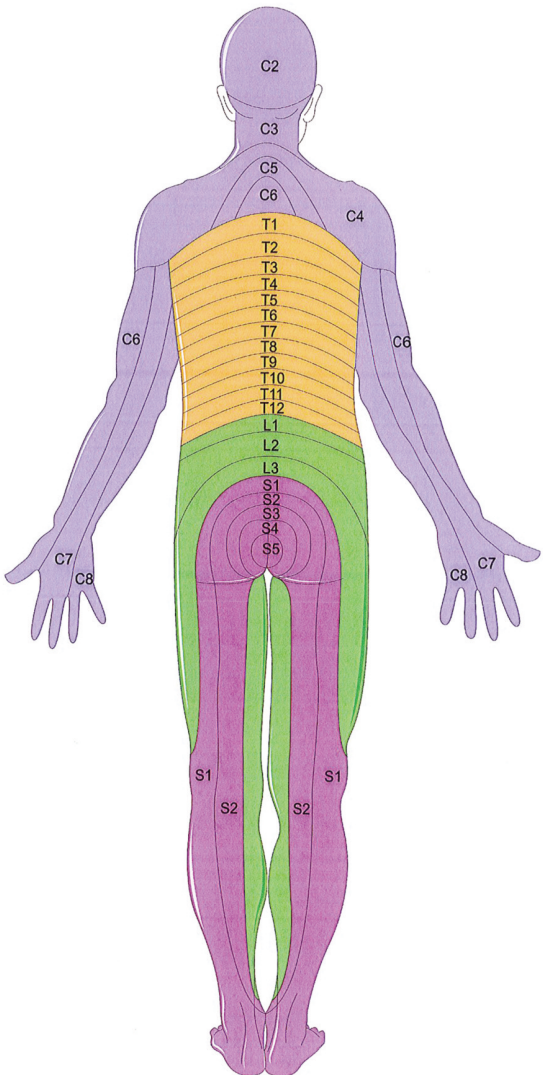
## Abréviations fréquemment utilisées en soins palliatifs

ad	Jusqu'à
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
bid	Deux fois par jour
CA	Courte action
co	comprimé
die	Une fois par jour
ED	<i>Entre-dose*</i>
hs	Au coucher
IR	Intrarectale (voie)
IV ou i.v.	Intraveineuse (voie)
PO ou po	Par la bouche (voie)
PRN ou prn	Au besoin
PSCC	<i>Perfusion sous cutanée continue*</i>
q	Chaque
qid	Quatre fois par jour
SC ou sc	Sous-cutanée (voie)
SL	Sublinguale (voie)
stat	Immédiatement
tid	Trois fois par jour
TD	<i>Transdermique (voie)*</i>
TMB	<i>Trans muqueuse buccale (voie)*</i>
LA	Longue action

\* Abréviations fréquemment utilisées à la MVG



Source : Creative Commons – Attribution 2.0 Générique – CC BY 2.0



Source : Creative Commons – Attribution 2.0 Générique – CC BY 2.0

# ÉCHELLE DE PERFORMANCE POUR PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS (PPSV2)\*



	Niveau de performance	ECOG**	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience	Survie médiane en jours ***	
Phase stable	100 %	0	Complète	Activité et travail : normaux	Autonome	Normale	Normal	221	
	90 %	1		<b>Aucune manifestation de la maladie</b>		Normale ou diminuée			
	80 %			Activité normale avec effort <b>Certains signes de maladie</b>					
Phase transitoire	70 %	2	Réduite	Incapable de travailler normalement <b>Maladie évidente</b>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal	115	
	60 %			Incapable d'accomplir passe-temps/ tâches ménagères <b>Maladie évidente</b>	Aide nécessaire occasionnellement				Normal ou confusion
	50 %	3	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <b>Maladie avancée</b>	Beaucoup d'aide nécessaire		Normal ou somnolence ± confusion		
	40 %		Surtout alité	Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités <b>Maladie avancée</b>	Assistance requise la plupart du temps				
Phase de fin de vie	30 %	4	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <b>Maladie avancée</b>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence ± confusion	22	
	20 %					Réduite à des gorgées			
	10 %					Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma ± confusion		

\* Traduction adaptée de celle du Victoria Hospice Society / \*\* ECOG : Échelle des performances du Eastern Cooperative Oncology Group Adapté du Guide sur l'approche palliative intégrée :

\*\*\* Jang RW et al. Simple prognostic model for patient with advanced cancer based on performance status. J. Oncol Pract. 2014

Quand et comment, du RQSPAL





# Échelles d'évaluation de la douleur pour les patients capables de communiquer

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