

Avec le concours de la maison de santé Bagatelle, l'EHPAD Villa Pia, le CHU de Bordeaux, la FFAMCO, le réseau L'Estey

Anticiper les troubles respiratoires des personnes âgées en fin de vie



DOCUMENT COMPLET

Aide à la prescription

Ce document est un outil d'aide à la prescription en cas de symptômes respiratoires aigus en fin de vie. Il s'agit bien d'une aide à la prescription et non des protocoles de soins. Le médecin traitant fera une prescription anticipée adaptée à chaque situation.



Cet outil d'aide à la prescription est disponible sur les sites internet de :

- Palli Aquitaine > Rubrique Documents,
- L'Agence régionale de santé d'Aquitaine > Rubrique Etudes et publications,
- L'URPS Médecins libéraux d'Aquitaine.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
Identification des personnes âgées pouvant être concernées par ces propositions	5
Concertation avec le patient, l'entourage et l'équipe soignante	5
Rédaction des prescriptions anticipées personnalisées en cas de symptômes respiratoires aigus en fin de vie	6
DYSPNÉE ET POLYPNÉE	7
Définitions	7
Objectifs du plan de soins	7
Principes de traitement	7
Moyens non médicamenteux	8
Moyens médicamenteux	8
ENCOMBREMENT AIGU	9
Définition	9
Objectifs du plan de soins	9
Principes de traitement	9
Moyens non médicamenteux	9
Moyens médicamenteux	10
LE SYMPTÔME INTENSE ET LA SÉDATION TRANSITOIRE PAR TITRATION INTRA-VEINEUSE LENTE	10
Définition	10
Objectifs du plan de soins	10
Principes de traitement	11
Moyens non médicamenteux	11
Moyens médicamenteux	11
ANNEXES	12
Indice de Karnofsky	12
Performance status de l'OMS	12
Echelle d'évaluation de la sédation selon RUDKIN	13
Les différentes phases de la maladie	13
Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts	14
BIBLIOGRAPHIE	16

Ce travail a pour objectif de proposer une conduite à tenir pour les troubles respiratoires aigus des personnes âgées en fin de vie en EHPAD ou à domicile, et ainsi de diminuer les admissions aux urgences.

Il s'adresse aux médecins généralistes ainsi qu'aux médecins coordonnateurs d'EHPAD.

La prise en charge des troubles respiratoires en fin de vie repose sur l'anticipation des symptômes, leur survenue nécessitant un traitement adéquat en urgence.

En premier lieu, il est important que **le médecin identifie les personnes en phase palliative symptomatique et terminale** pouvant être concernées par ces propositions. Ensuite, le médecin explique à la personne malade, dans la mesure du possible, la prise en charge envisagée ainsi qu'à son entourage et à l'équipe soignante afin de les informer et d'obtenir leur adhésion.

Enfin, **il rédige des prescriptions anticipées personnalisées**, qui permettront de soulager les éventuels symptômes d'inconfort.

Identification des personnes âgées pouvant être concernées par ces propositions

Les patients concernés sont en situation palliative symptomatique et terminale. Une démarche décisionnelle a été mise en œuvre avec une décision de limitation ou d'arrêt des traitements spécifiques à la maladie ainsi que des examens complémentaires diagnostiques, avec une traçabilité écrite dans le dossier. La prise en charge médico-infirmière est centrée sur les soins de confort et sur les traitements symptomatiques.

Par ailleurs, la personne est, sauf exception, très dépendante (indice de Karnofsky ≤ 30) ou stade OMS 3 ou 4.

Dans ces situations, les troubles respiratoires sont majoritairement liés à des **fausses routes ou à une hydratation excessive**. Beaucoup d'autres causes sont possibles telles une atteinte pulmonaire directe ou une défaillance cardio-circulatoire...

Concertation avec le patient, l'entourage et l'équipe soignante

La mise en place d'un plan de soins en cas de symptômes respiratoires aigus de fin de vie nécessite de recueillir préalablement les souhaits du patient ou de consulter ses directives anticipées, si elles sont rédigées et que le patient ne peut plus s'exprimer. Lors d'un entretien dédié, le médecin informe le patient sur la possibilité et les moyens de le soulager si besoin, et le patient, dans la mesure du possible, exprime sa compréhension et donne son avis concernant le soulagement par titration intra-veineuse lente, avec éventuellement une sédation transitoire en cas de symptôme intense. **Le médecin doit expliquer l'objectif des prescriptions anticipées, orientées vers le soulagement des symptômes du patient.**

La personne de confiance*, si elle a été désignée, est informée ainsi que l'entourage proche afin que les traitements proposés soient expliqués et compris.

Le plan de soins doit être présenté et expliqué à l'équipe soignante afin d'obtenir son adhésion.

* Personne de confiance : cf Loi sur le droit des malades et la fin de vie du 22 avril 2005

Rédaction des prescriptions anticipées personnalisées en cas de symptômes respiratoires aigus en fin de vie

Qu'est-ce qu'une prescription anticipée personnalisée (PAP)?

Une PAP est une **prescription médicale** qui a pour objectif de répondre à un symptôme que pourrait présenter un patient, que celui-ci en ait déjà souffert ou non. Elle doit comporter tous les éléments réglementaires de la prescription médicale dont les conditions précises d'application, la date de rédaction, la date de mise en application, la durée de validité, la posologie des molécules éventuellement prescrites, la voie d'administration et la quantité de médicament à délivrer par la pharmacie.

Les traitements préconisés doivent être rapidement efficaces et facilement administrés. De ce fait, **la voie d'administration sera à adapter en fonction des voies d'abord disponibles**, de leur délai d'action et de la sévérité de la dyspnée. La voie per os va agir en 45 min à 1 heure, la voie sous-cutanée (SC) va avoir un effet au bout de 20 à 30 minutes, la voie intraveineuse en perfusette (MFIV) commencera à agir dès l'injection et la voie intramusculaire (IM) agira en 10 à 15 minutes. Cette dernière est utile en cas d'urgence, pour une injection unique. Dans les situations d'urgence, la voie IV est privilégiée si possible puis la voie IM puis la voie SC.

L'infirmière la met en application, après une évaluation de la situation du patient, si les conditions précisées sont réunies. En tant que prescription médicale, elle est sous la responsabilité du médecin en charge du patient. A toutes les étapes de la mise en œuvre des PAP, il appartient à chaque structure de définir le moment d'appel du médecin par l'infirmière. Le médecin doit prévoir de réévaluer les PAP périodiquement, à chaque évolution de l'état du patient et après toute mise en application. **L'utilisation d'une PAP doit entraîner une réévaluation du traitement de fond qui sera modifié si nécessaire.**

Définitions

La dyspnée est une gêne respiratoire subjective ressentie par le patient et/ou la présence de signes de lutte observables par le soignant (tirage, battement des ailes du nez, respiration abdominale...) plus ou moins associée à une polypnée.

La polypnée est l'augmentation de la fréquence respiratoire au-dessus de 20/min.

La dyspnée est souvent associée à une anxiété importante chez le patient, souvent communicative et qui aggrave la sensation d'étouffement.

La dyspnée sévère est définie par la présence de signes de lutte ou d'étouffement.

Objectifs du plan de soins

Les traitements mis en œuvre visent à soulager la sensation désagréable physique de dyspnée et à diminuer l'anxiété associée à la dyspnée. Dans cette phase palliative avancée, l'objectif est un soulagement purement symptomatique.

Les traitements (oxygénothérapie incluse) ne visent pas à améliorer l'oxygénation du patient, l'utilisation d'un oxymètre de pouls est donc superflue en phase terminale.

Principes de traitement

Le traitement de la dyspnée et de la polypnée repose sur l'association d'un traitement non médicamenteux et d'un traitement médicamenteux avec des PAP.

Les traitements non médicamenteux reposent sur des techniques d'aménagement de l'espace afin de diminuer la sensation d'étouffement et sur la réassurance du malade pour lutter contre l'anxiété, ainsi que sur la réalisation de soins de bouche pour atténuer l'inconfort de la sécheresse buccale. L'équipe soignante et l'entourage les mettent en œuvre dès la survenue des premiers symptômes, en complément de l'administration d'un traitement médicamenteux si nécessaire.

Le traitement symptomatique médicamenteux de la dyspnée nécessite d'associer un antalgique de palier 2 ou 3 et un anxiolytique, une benzodiazépine par exemple (angoisse associée à la dyspnée).

La morphine est utilisée pour soulager la dyspnée et la polypnée, selon les recommandations de l'ANAES et de l'AFSSAPS. Elle doit avoir un délai d'action le plus rapide et le plus court possible.

Pour ce qui concerne l'anxiolytique, le MIDAZOLAM (HYPNOVEL®) possède une demi-vie courte ce qui en fait la molécule privilégiée pour le traitement de ces symptômes. En revanche, celle-ci n'est disponible en ville que dans le cas de la présence d'un réseau de soins palliatifs ou d'une hospitalisation à domicile. Une alternative est donc proposée dans ce document, utilisant d'autres molécules.

En cas de mise en œuvre d'une PAP pour la dyspnée, qu'il y ait récurrence ou non, il faut évaluer la nécessité d'un traitement de fond en continu associant un antalgique de palier 2 ou 3 et une benzodiazépine.

Moyens non médicamenteux

- Dégager la bouche et le nez du patient (arrêt de toute prise alimentaire pendant l'épisode aigu, enlever le masque à oxygène, masque de protection),
- Veiller à la bonne ventilation de la pièce : ouvrir la fenêtre, utiliser si besoin un ventilateur dirigé vers le visage du patient, ventiler le patient,
- Garder une attitude calme afin de ne pas aggraver l'angoisse ressentie par le patient, le rassurer,
- Poursuivre les soins de bouche avec des compresses humides.

Moyens médicamenteux

Les posologies et les voies d'administration sont choisies en fonction de l'état clinique du patient et de son traitement de fond.

Dyspnée modérée et patient pouvant avaler :

Oxygène aux lunettes : 3l/min si bien toléré pendant 15 minutes.

- **Patient sans opioïde en cours :**
MORPHINE 2,5mg à 5mg per os (ORAMORPH ® 2 à 4 gouttes) + ALPRAZOLAM (XANAX ®) 0,25mg ½ à 1 cp ou OXAZEPAM (SERESTA ®) 10mg ½ à 1 cp.
- **Patient sous opioïde :**
MORPHINE 2,5mg à 5mg per os (ORAMORPH ® 2 à 4 gouttes) ou 1/6 de la dose d'opioïde reçue par 24h + ALPRAZOLAM (XANAX ®) 0,25mg ½ à 1 cp ou OXAZEPAM (SERESTA ®) 10mg ½ cp. Puis prévoir la majoration de la dose d'opioïde reçue par 24h de 30%.

Dyspnée modérée et patient ne pouvant plus avaler :

Oxygène aux lunettes: 3l/min si bien toléré pendant 15 minutes.

- **Patient sans opioïde en cours :**
MORPHINE 2,5 à 5mg sous cutané + MIDAZOLAM (HYPNOVEL®) 2,5 à 5mg par voie sous cutanée (SC) - (en l'absence de MIDAZOLAM remplacer par CHLORPROMAZINE (LARGACTIL®) 5 à 10mg sous cutané (SC) ou par CLONAZEPAM (RIVOTRIL®) 0,5 à 1mg par voie sous cutanée (SC).
- **Patient sous opioïde :**
MORPHINE 2,5 à 5mg par voie SC ou 1/6 de la dose quotidienne d'opioïde par voie SC + MIDAZOLAM (HYPNOVEL®) 2,5 à 5mg par voie SC (en l'absence d'hypnovel, remplacer par CHLORPROMAZINE (LARGACTIL®) 5 à 10mg par voie SC ou par CLONAZEPAM (RIVOTRIL®) 0,5 à 1mg par voie SC).
Si patient > 85 ans ou insuffisant rénal ou cachectique, choisir la posologie la plus faible.

En cas de détresse respiratoire : voir le chapitre sur la sédation transitoire pour symptôme intense.

Définition

L'encombrement des voies respiratoires peut correspondre à 3 mécanismes pathologiques :

- la bronchorrhée est une hypersécrétion pathologique de mucus bronchique. Elle peut avoir de nombreuses causes (inflammatoires, infectieuses, tumorales ou hémodynamiques),
- l'inhalation et la pénétration dans les voies aériennes inférieures de matériel provenant de l'extérieur (sécrétions nasopharyngées, liquide gastrique ou matériel alimentaire),
- le râle agonique est un son audible au chevet d'un malade en phase agonique. Il est produit par le mouvement provoqué par le flux respiratoire des sécrétions stagnant dans le pharynx, la trachée et les bronches notamment en raison d'une perte des réflexes de déglutition et de toux.

Objectifs du plan de soins

L'objectif est d'éviter l'apparition de l'encombrement ou d'en limiter l'importance s'il est installé afin de réduire le retentissement sur l'inconfort du patient et de l'entourage (les bruits respiratoires induits sont inquiétants pour l'entourage et par effet miroir pour le malade).

Principes de traitement

Il s'agit avant tout d'éviter si possible l'apparition de l'encombrement en essayant de prévenir les fausses routes et en réduisant l'hydratation excessive...

L'encombrement installé bénéficiera d'un traitement non médicamenteux et médicamenteux si nécessaire.

En cas de dyspnée ou polypnée associée : voir traitement de la dyspnée qu'il convient d'associer au traitement de l'encombrement.

Les fausses routes sont à l'origine de la majorité des situations d'encombrement.

Moyens non médicamenteux

- Arrêt de toute prise orale pendant l'épisode aigu. Avant toute reprise, recherche de fausse route par des tests de déglutition et reprise éventuelle de l'alimentation en adaptant la texture,
- Soins de bouche réguliers,
- Positionnement :
 - Si le patient peut tousser et cracher : position assise ou semi-assise, adaptée à son confort.
 - Si le patient ne peut pas tousser, ni cracher et/ou vigilance altérée : mise à plat et position de 3/4 droit et gauche en alternance en respectant son confort.
- Aspirations buccales douces avec une pression la plus faible possible (environ 100 mm de Hg si régulateur de pression disponible), à renouveler si nécessaire et le moins souvent possible.

Moyens médicamenteux

Si les moyens non médicamenteux sont insuffisants :

- **NE PAS OUBLIER, pour diminuer les sécrétions des voies aériennes supérieures, de réduire les apports** par perfusion (500 ml/24h maximum) voire arrêt de tout apport hydrique,
- Antisécrotoire SCOPOLAMINE 0,25mg par voie SC, à renouveler toutes les 4h ou en perfusion par voie SC continue (1,5mg à 3mg/24h maximum), avec surveillance d'un éventuel globe vésical (il y a un risque de sécheresse de bouche et d'épaissir les sécrétions trachéo-bronchiques),
- Diurétique de l'anse : à l'essai, FUROSEMIDE (LASILIX®) 0,5mg/kg (20mg à 40mg) par voie SC, quelle que soit la TA. A renouveler si efficace, sinon arrêt.

LE SYMPTÔME INTENSE ET LA SÉDATION TRANSITOIRE PAR TITRATION INTRA-VEINEUSE LENTE

Définition

La sédation transitoire est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient.

En cas de dyspnée asphyxique réfractaire au traitement déjà entrepris ou survenant d'emblée en fin de vie, une sédation transitoire (titration intra-veineuse lente - pour soulager le patient -) est indiquée dans le cadre de la mise en place des soins de confort de fin de vie en accord avec le malade et ses proches.

Les signes d'une dyspnée asphyxique sont : une détresse respiratoire avec polypnée, angoisse, sudation, tachycardie, cyanose...

Objectifs du plan de soins

L'objectif d'une sédation transitoire est de permettre au patient d'être soulagé lors d'un symptôme difficile réfractaire aux traitements déjà mis en œuvre ou d'emblée intense.

Le temps de la sédation pour dyspnée intense ou asphyxique doit être mis à profit par le médecin pour réévaluer le traitement de fond. Celui-ci peut se faire par exemple en contactant un référent en soins palliatifs.

La titration intraveineuse lente lors d'une sédation vise à obtenir un état de somnolence et un apaisement du patient qui correspond habituellement au stade 4 de l'échelle de Rudkin.

La prescription d'une sédation transitoire doit avoir été discutée au préalable en équipe ainsi qu'avec le patient et ses proches. Le principe du double effet est à ce moment évoqué. Un appel à un médecin informé de la pathologie du patient (médecin traitant ou médecin coordonnateur d'EHPAD ou service d'urgence) est souhaitable avant de pratiquer la sédation. Il est impératif qu'un médecin vienne évaluer la situation dans les 4 heures qui suivent l'instauration de la sédation.

Principes de traitement

On utilise une association constituée d'une benzodiazépine ou un neuroleptique et d'un opioïde de palier 3. L'administration se fait par titration par voie veineuse lente des médicaments prescrits dilués dans 10 ml de NaCl 0,9%, à injecter ml par ml, toutes les 30 à 60 secondes jusqu'à apaisement (habituellement stade 4 de l'échelle de Rudkin).

En cas d'impossibilité d'utiliser la voie veineuse, on utilise les mêmes produits aux mêmes doses mais sans dilution en injection directe en IM (Intra-Musculaire).

En ce qui concerne les anxiolytiques, le MIDAZOLAM (HYPNOVEL®) est préférable à la CHLORPROMAZINE (LARGACTIL®), chaque fois qu'il est disponible (Réseau de soins palliatifs ou HAD) du fait de sa demi-vie courte et de ses propriétés amnésiantes. On peut aussi utiliser le CLONAZEPAM ou le RIVOTRIL®.

Moyens non médicamenteux

L'équipe soignante rassure le patient et garde une attitude calme afin de rassurer le patient, en poursuivant les soins de confort et l'accompagnement des proches.

Moyens médicamenteux (voir ci-dessus)

Détresse respiratoire (symptôme intense)

- Titration **IV lente** :
MORPHINE 5mg (ou 1/6 de la dose de 24h pour les patients recevant déjà plus de 60mg d'équivalent morphine orale par 24h (cf. annexe 5) + MIDAZOLAM (HYPNOVEL®) 5mg, dilué dans 10ml de sérum physiologique, en injectant ml par ml toutes les 30 à 60 secondes jusqu'à apaisement stade 4 de l'échelle de Rudkin).
- ou injecter en **IM** sans diluer.

Si le patient est âgé de plus de 85 ans, insuffisant rénal ou cachectique : MORPHINE 2,5 mg et MIDAZOLAN (HYPNOVEL®) 2,5 mg en IM.

En l'absence de MIDAZOLAM remplacer par LARGACTIL® 12,5 à 25mg ou RIVOTRIL® 0,5 à 1mg.

ANNEXE 1 : Indice de Karnofsky

Description	%	Critères
Peut mener une activité normale	100%	Etat général normal. Pas de plainte, ni signe de maladie.
Pas de prise en charge particulière	90%	Activité normale. Symptômes mineurs. Signes mineurs de maladie.
	80%	Activité normale avec difficultés. Symptômes de la maladie.
Incapable de travailler	70%	Capable de s'occuper de lui-même. Incapable de travailler normalement.
Séjour possible à la maison	60%	Besoin intermittent d'une assistance mais de soins médicaux fréquents.
Soins personnels possibles	50%	Besoin constant d'une assistance avec des soins médicaux fréquents.
Incapable de s'occuper de lui-même	40%	Invalide. Besoin de soins spécifiques et d'assistance.
Soins institutionnels souhaitables	30%	Complètement invalide. Indication d'hospitalisation. Pas de risque imminent de mort.
	20%	Très invalide. Hospitalisation nécessaire. Traitement intensif.

ANNEXE 2 : Performance status de l'OMS

Activité	Score
Capable d'uen activité identique à celle précédant la maladie.	0
Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de lui-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps.	2
Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps.	3
Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence.	4

ECHELLE DE VIGILANCE-AGITATION DE RICHMOND (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE – RASS)

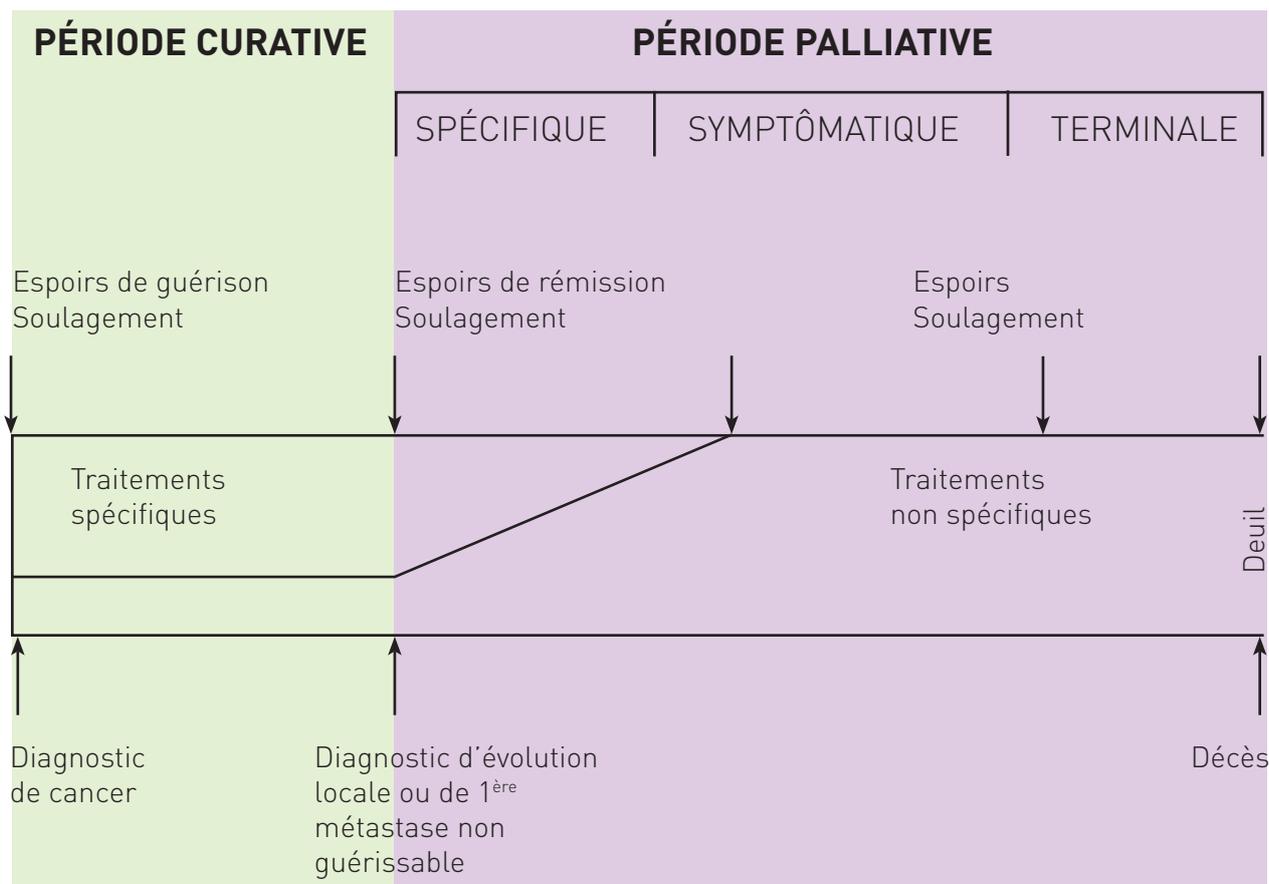
ANNEXE 3 : E

1	Pa
2	Pa
3	Pa
4	Pa lég
5	Pa lég

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

ANNEXE 4 : Les différentes phases du parcours

Document établi par le Pr Burucoa dans le cadre du cancer.



SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain : evidence based recommendations from the European association for palliative care. A. Caraceni, G. Hanks, S. Kaasa et al. Lancet Oncol 2012;13:465-68.
2. FNCLCC. Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. Standard, D'ontologie, Recommandations (SQR) pour les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, 2002, réactualisation en cours.
3. Opioïdes forts et douleurs liées au cancer : quelles galéniques et quelles équivalences ? N. Bélaïd, J.Mi. Pellat, M.L. Willard, G. Laval. Médecine Palliative 2009 ; 8 : 27-34.
4. Mise au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse (version longue). P. Poulh, N. Jilichere, D. Ammar et col. Douleur Analgésie 2012;DOI: 10.1007/s11724-0287-7.
5. Recommandations pour l'utilisation de l'oxycodone (chlorhydrate d'oxycodone). « Dossier produit ». 2002.
6. Recommandation pour l'utilisation de la Sphidone® (chlorhydrate d'hydromorphone). « Dossier produit ». 1998.
7. Bon usage des dispositifs transdermiques de fentanyl. Groupe de travail de la SFAP - SFED 2008. www.sfap.org
8. Commission européenne. « Résumé des caractéristiques du produit » : Actiq® 2002, Abstral® 2008, Efferon® 2008, Inctanyl® 2009, Pexfan® 2010, Ebreaky® 2011.

Réactua listration :
Dr. M. CIRROUD - Dr. M. FABRE - Pr. G. LAVAL
 Clinique de Soins Palliatifs et de Coordination en Soins de Support
 CHU de Grenoble



Avec le soutien de la
**Société Française
 d'Accompagnement
 et de Soins Palliatifs**
www.sfap.org

PRINCIPAUX OPIOIDES FORTS ET DURÉE MAXIMALE DE PRESCRIPTION

Spécialités concernées	Formes	Durée maximale
<ul style="list-style-type: none"> Chlorhydrate et sulfate de morphine injectable Amp 10 - 20 - 50 - 100 - 200 - 400 - 500 mg Chlorhydrate d'oxycodone injectable ORVYDOLAM® amp 10 - 20 - 50 - 200 mg Morphine solution buvable, amp 10 et 20 mg Morphine solution buvable, flacons préparés en officine (concentration adaptable) Sulfate de morphine SUPERDOL® cp sécable 10 - 20 mg ACTISKERAN® gel 15 - 10 - 20 - 30 mg ORAMORPH® solution en néoprénis unitaires, 10 - 30 - 100 mg/5 ml ORAMORPH® solution compte-gouttes 20 mg/ml (4 gouttes = 5 mg) Chlorhydrate d'oxycodone ORVYDOLAM® gel 15 - 10 - 20 mg ORVYDOLAM® cp orodispersibles 5 - 10 - 20 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Formes injectables Formes orales à libération immédiate (LI) 	<ul style="list-style-type: none"> 7 jours 28 jours
<ul style="list-style-type: none"> Sulfate de morphine MUSKONTIM® cp 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg SKERAN® gel 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg Chlorhydrate d'oxycodone ORVYDOLAM® cp 5 - 10 - 15 - 20 - 30 - 40 mg 60 - 80 - 120 mg TARQUINAC® (oxycodone/halopéridol) cp 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg Chlorhydrate d'hydromorphone SPHIDONE® gel 4 - 8 - 16 - 24 mg Sulfate de morphine KAPANOL® gel 20 - 50 - 100 mg 	<ul style="list-style-type: none"> Formes orales à libération prolongée (LP)/2-4h Formes transmuqueuses à libération immédiate (LI) 	<ul style="list-style-type: none"> 28 jours 7 jours
<ul style="list-style-type: none"> Fentanyl ABSTYAL® cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg ACTIN® cp pour application buccale transmuqueuse 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg BRILAVYL® filtres transdermiques 200 - 400 - 800 - 1200 µg EFFERTOR® cp orodispersibles 100 - 200 - 400 - 800 - 800 µg RECHIT® cp sublingual 133 - 267 - 400 - 533 - 800 µg INSTANVIL® sol pour pulvérisation nasale 50 - 100 - 200 µg PECELT® spray nasal 100 - 400 µg Fentanyl DURIGEST® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh FENTANYL PATCH PAIN AID® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh FENTANYL SANDOZ® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh FENTANYL WINTHROP® patch 25 - 50 - 75 - 100 µgh MATRIEON® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh 	<ul style="list-style-type: none"> Formes transmuqueuses à libération immédiate (LI) Dispositifs transdermiques à libération prolongée (LP)/72h 	<ul style="list-style-type: none"> 7 jours 14 jours

FSF : Pousse seringue électrique - PCI : Analgésie contrôlée par le patient *A paratex.

FÉDÉRATION DES ACTIVITÉS
 DE SOINS PALLIATIFS
 ET DE SOINS DE SUPPORT
 DU CHU DE GRENOBLE

TABLE PRATIQUE D'ÉQUIVALENCES FORTS DANS LA DOULEUR CANCÉREUSE PAR EXCÈS DE NOCICEPTION



CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS
 ET DE COORDINATION
 EN SOINS DE SUPPORT

8, P. 217
 38043 GRENOBLE Cedex 9
 Tél: 04 76 76 76 97 - 04 76 76 56 67
coordonationsupport@chu-grenoble.fr
soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

d'équianalgie des opioïdes forts

Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale).

Morphine en mg				Oxycodone en mg				Fentanyl en µg	
Dose / 24h	PO	SC		PO		SC - IV	PO	Transdermique	Transmuqueux
		Dose du bolus**	Dose par 24 heures	Dose / 24h	Dose / 24h				
Moscontin cp LP	Acustikéan gel LI	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20	OxyContin cp LP 5 - 10 - 15 - 20	Targinact* oxycodone / neloxéon cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20	OxyNorm sol inj amp 10 - 20	Sophidone gel LP 4 - 8 - 15 - 24 mg	Durogésic	Dose du bolus
Skéan gel LP 10 - 30 - 60	Sévédol cp LI 10 - 20 mg	Morphine sol inj amp 50 - 100 - 200	OxyContin cp LP 30 - 40 - 60 - 80	5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm sol inj amp 50 - 200 mg	OxyNorm sol inj amp 50 - 200 mg	Fentanyl Ratiopharm	Fentanyl Winthrop	Alstrel cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg
100 - 200 mg	Cramorph sol buv unidose LI 10 - 30 - 100 mg/5ml	400 - 500 mg	120 mg	20/10 - 40/20 mg	OxyNormORO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg	OxyNormORO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg	Martifen patch 12 - 25 - 50	75 - 100 µg/h	Actiq appl. buccale 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg
20	1/10	1/6	1/6	1/6	1/10	1/6	12	Breakly film orodispersible 200 - 400 - 600 800 - 1200 µg	
30	2	3,5	10	10	1	1,5	15	Effenza cp gingival 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg	
60	3	5	15	15	1,5	2,5	30	Révit cp sublingual 133 - 267 400 - 533 - 800 µg	
90	6	10	30	30	3	5	45	Instanyl pulv. nasale 50 - 100 - 200 µg	
120	9	15	45	45	4,5	7,5	60	PacFent spray nasal 100 - 400 µg	
160	12	20	60	60	6	10	80	Pas de règles entre la dose du bolus et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale doit être le plus faible dosage avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une antalgie efficace avec une seule unité par accès douloureux paroxystique (Cf. AMM).	
180	16	27	80	80	8	13	100		
200	20	33	100	100	10	17	125		
240	24	40	120	120	12	20	150		
280	28	47	140	140	14	23	16		
300	30	50	150	150	15	25	24		
360	36	60	180	180	18	30	32		
400	40	67	200	200	20	33	40		
480	48	80	240	240	24	40	48		
540	54	90	270	270	27	45	64		
600	60	100	300	300	30	50	72		
720	72	120	360	360	36	60	80		
900	90	150	450	450	45	75	96		
1000	100	167	500	500	50	83	120		

*A parabre. ** Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée = durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate = durée d'action 4 à 6h.
 ▲ Au-delà d'une dose de 60 mg par 24h, l'augmentation de la posologie se fait en associant OxyContin LP à Targinact.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, décembre 2002
- AFSSAPS. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, 25/10/2002
- AFSOS. Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support, 2012
- Blanchet V, Viillard ML, Aubry R. La sédation en médecine palliative : recommandations chez l'adulte et spécificité au domicile et en gériatrie Médecine Palliative, 2010 ; 9, 59
- Blanchet V, Viillard ML, Aubry R. La sédation pour détresse chez l'adulte dans des situations spécifiques et complexes (Médecine Palliative, 2010 ; 9,71)
- Callagher R. The use of opioids for dyspnea in advance disease. CAMJ, 2011 ; 12, 183)
- Kamal Arif H, Maguire Jennifer M. Dyspnea Review for the palliative Care Professional : Treatment Goals and Therapeutic Options. Journal of Palliative medicine, 2012 ; 15, 106-114
- Lamoureux M, Turcot J. Les symptômes respiratoires en fin de vie. Le médecin du Québec, vol 48 N°6, juin 2013
- Morel V, Journeau S. Dyspnée à domicile en fin de vie. La Revue du praticien Médecine Générale. Tome 25 N° 861, mai 2011
- Tison A. L'encombrement des voies respiratoires en fin de vie (Med Pal 2003; 2 : 149-157)

Document réalisé en 2015 par Noëlle Bernard (médecin LISP - CHU Bordeaux), Nathalie Bourdin (médecin coordinateur - EHPAD Villa Pia), Benoît Burucoa (Médecin service soins palliatifs - CHU Bordeaux), Sylvie Charrazac-Raynaud (médecin EMSP - CHU Bordeaux), Vincent Hernandez (médecin - HAD Bagatelle), Bernard Paternostre (médecin EMSP - CHU Bordeaux), Geneviève Pinganaud (médecin gériatre - CHU Bordeaux), Adrienne Reix (médecin urgences - CHU Bordeaux), Marie-Aimée Serisé (médecin - HAD Bagatelle), Nathalie Soria (IDEC - Villa Pia), Marc Stevenson (médecin LISP - Bagatelle), Thierry Vimard (médecin - Réseau L'Estey).