



Soins palliatifs et de fin de vie

Fiche clinique sur l'utilisation judicieuse des opioïdes

1. Mise en contexte

Les opioïdes sont des substances naturelles ou synthétiques dérivées de l'opium. Ils sont couramment utilisés en soins palliatifs et en fin de vie pour tout type de douleur ainsi que pour la dyspnée et la toux. La morphine et l'hydromorphone sont les deux molécules les plus prescrites, puisqu'elles peuvent être utilisées pour plusieurs voies d'administration. Le prescripteur débutera avec les plus petites doses possibles en ajustant selon la douleur, le nombre d'entredoses reçues ainsi que selon la tolérance et les préférences de la personne. L'objectif principal est que la personne n'ait pas de douleur la nuit, puis au repos et si possible aux mobilisations. Nombreux sont les mythes et les fausses croyances face aux opioïdes, c'est pourquoi il faut bien informer la personne et ses proches sur l'utilisation sécuritaire des opiacés et demeurer disponible pour répondre à leurs questions.

2. Principes de base de la prescription des opioïdes

Lorsque les douleurs sont légères, les analgésiques non-opioïdes comme l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont favorisés. Si les douleurs sont mal soulagées ou si elles sont modérées à sévères, les opioïdes seront introduits. L'objectif de base est de réduire voire éliminer la douleur tout en minimisant les effets secondaires. Le choix de l'opioïde est fait en fonction des caractéristiques individuelles de la personne (p. ex. âge, poids, insuffisance hépatique ou rénale), de ses expériences passées (p. ex. effets secondaires, intolérances) et de la pharmacologie de l'opioïde. La voie d'administration doit elle aussi être individualisée. Le prescripteur optera pour une autre voie d'administration comme la voie sous-cutanée si la personne présente des nausées, des vomissements, de la dysphagie ou s'il a un doute sur l'absorption (p. ex. subocclusion, chirurgie digestive, etc.).

Voici les principes de base d'une prescription sécuritaire :

- Débuter avec les formes à action immédiate (voie orale ou sous-cutané) qui sont plus sécuritaires et permettent un ajustement posologique plus facile;
- Utiliser les plus petites doses possibles en titrant selon la douleur;
- Si la douleur est bien soulagée avec les formes à action immédiate, débuter un opioïde à libération prolongée qui est plus pratique pour la personne;
- Au contraire, si la douleur n'est pas bien soulagée avec une forme à action prolongée, envisager un passage vers une forme à action immédiate pour un ajustement plus précis et rapide;
- Instaurer d'emblée des laxatifs réguliers et un antiémétique au besoin pour contrer les effets secondaires;
- Prévoir une autre voie d'administration que la voie orale à l'approche de la fin de vie;
- Connaître les équivalences posologiques de conversion des opioïdes.

Le tableau ci-dessous illustre les voies d'administration des différents opioïdes ainsi que les débuts, pics et durées d'action pour chacun d'eux.

Fiche clinique sur l'utilisation judicieuse des opioïdes

Tableau des opioïdes : voies d'administrations, délais, pics et durées d'action.

Médicament	Voie d'administration	Début d'action	Pic d'action	Durée d'action
Codéine	Orale courte action	30-60 min	60-90 min	4-6 h
	Orale longue action (Contin ^{MC})	30-60 min	3-4 h	12 h
	§.C	15-30 min	30-60 min	4-6 h
	I.M.	10-30 min	30-60 min	4-6 h
Mépidine	Orale courte action	15-30 min	2h	2-4 h
	S.C. / I.M.	10-15 min	30-60 min	2-4 h
	I.V.	5-15 min	15 min	2-4 h
Hydromorphe 5 fois plus puissant que la morphine	Orale courte action (Dilaudid ^{MC})	15-30 min	30-60 min	4-5 h
	Orale longue action 12h (Contin ^{MC})	15-30 min	4-5 h	12 h
	Orale longue action 24h (Jurnista ^{MC})	15-30 min	Environ 6-8 h	24 h
	S.C. / I.M.	15 min	30-60 min	Supérieur à 5 h
	I.V.	5-10 min	15 min	4-5 h
Morphine	Orale courte action comprimé (IR ^{MC} , Statex ^{MC})	30 min	60 min	3-5 h
	Orale courte action liquide	20 min	60 min	4-5 h
	Sublinguale	2 min	ND	ND
	Orale longue action 12 h (M-Eslon ^{MC} , MsContin ^{MC})	60 min	4-5 h	12 h
	Orale longue action 24h (Kadian ^{MC})	60 min	10 h	24 h
	S.C.	15-20 min	45 min	4-5 h
	I.M.	15-20 min	30-60 min	4-5 h
	I.V.	5-10 min	15 min	4-5 h
Oxycodone	Orale courte action (supeudo ^{MC})	10-15 min	30-60 min	3-6 h
	Orale longue action 12h (Oxycontin ^{MC})	10-15 min	3 h	12 h
Tramadol/acétaminophène	Orale courte action (Tramacet ^{MC})	Inférieur à 60 min	2-3 h	Jusqu'à 9 h
Tramadol	Orale courte action (Ultram ^{MC})	Inférieur à 60 min	2-3 h	4-6 h
	Orale longue action 24h (Zytram XL ^{MC} Tridural ^{MC})	1 h	4-8 h	24 h
	Orale longue action 24h (Ralivia ^{MC})	1h	12-15 h	24 h
Fentanyl 100 fois plus puissant que la morphine	Transdermique	6-8 h	24 h	72 -96 h
	S.C.	15 min	Environ 15 min	30-60 min
	I.M.	7-15 min	ND	1-2 h
	I.V.	Immédiat	5-15 min	30-60 min
	Bucco-gingivale/ Sublinguale	5-15 min	15-30 min	75-120 min
	Intranasale	5 min ou moins	15-20 min	Environ 60 min
Sufentanyl 1000 fois plus puissant que la morphine	sublingual	3-5 min	----	10-25 min
	I.V.	Immédiat	5-15 min	ND
Méthadone	Orale courte action	30-60 min	1.5 à 2 h	24-36 h (si dose multiple) 4-8 h (si unidose)
Buprénorphine	Transdermique (Butrans ^{MC})	ND	3 jours	7 jours
Tapentadol	Orale courte action (Nucynta IR ^{MC})	Moins de 60 min	1,25 h	4-6 h
	Orale courte action 12h (Nucynta CR ^{MC})	ND	3-6 h	12 h

Légende

h : Heure I.M. : intramusculaire I.V. : intraveineux min : minute ND : non disponible S.C. : sous-cutanée

Tableau élaboré par le Département de pharmacie du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Décembre 2022)

Fiche clinique sur l'utilisation judicieuse des opioïdes

Au CIUSSSCN, une ordonnance individuelle standardisée (*OIS-CN00275*) pour le soulagement des symptômes de fin de vie est disponible à la discrétion du prescripteur. Un guide posologique incluant des directives y figurent pour une prescription d'opioïdes adaptée à la condition de la personne. Des prescriptions anticipées au dossier permettent à l'infirmière d'intervenir promptement en toute autonomie lorsque la situation clinique le requiert.

2.1 Rotation des opioïdes

La conversion des opioïdes consiste à remplacer l'opioïde en cours par un autre. Pour réaliser la rotation, le prescripteur calcule la dose équianalgésique du nouvel opioïde (schéma 1), puis diminue la dose de 30 à 50%. Cette intervention peut être réalisée pour différentes raisons :

- Effets secondaires intolérables malgré l'utilisation judicieuse de la médication adjuvante (laxatifs, antiémétiques, etc.);
- Accumulation de métabolites des opioïdes (insuffisance rénale et hépatique, utilisation prolongée d'un opioïde, déshydratation) ou surdosage qui se manifeste par une cognition altérée, des myoclonies, des hallucinations, etc.
- Efficacité analgésique insuffisante malgré l'augmentation des doses;
- Nécessité de changer la voie d'administration;
- Hyperalgésie aux opiacés (augmentation anormale de la sensibilité à la douleur)

Schéma 1: Conversion approximative des analgésiques opioïdes

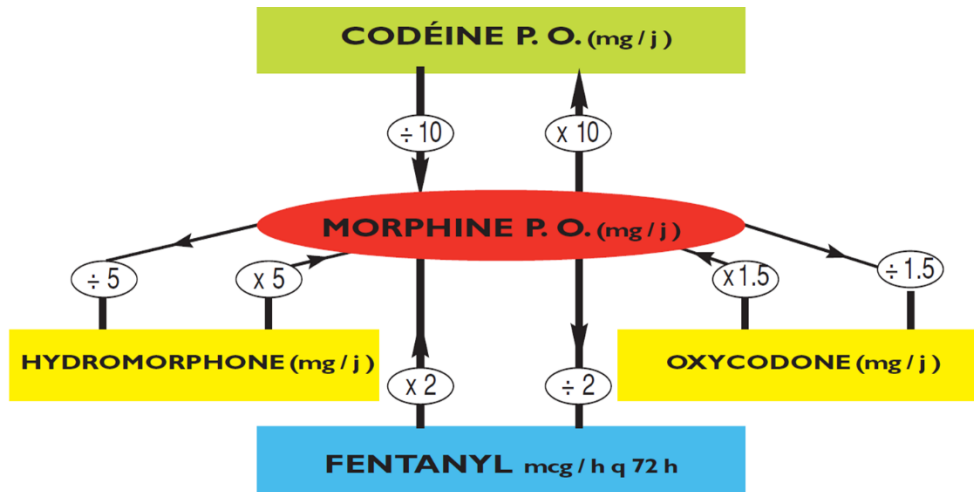


Image tirée du [miniguide.pdf \(palli-science.com\)](http://miniguide.pdf(palli-science.com))

3. Spécificités de la voie d'administration orale

Les analgésiques opioïdes peuvent être administrés via une multitude de voies : orale, sous-cutanée, transdermique, bucco-gingivale, etc.

Certains médicaments ne peuvent être coupés ou triturés, car il y a risque de perturber la pharmacocinétique. En cas de doute, vérifier l'information auprès du pharmacien.

Fiche clinique sur l'utilisation judicieuse des opioïdes

À titre d'exemple :

- Les comprimés de morphine longue action et d'oxycodone ne sont pas sécables et ne peuvent pas être triturés;
- Les capsules de morphine et d'hydromorphone longue action peuvent être ouvertes. Leurs granules peuvent être saupoudrées sur de la nourriture, mais ne doivent pas être croquées ou écrasées;
- Les comprimés courte action de codéine, de morphine ou d'hydromorphone sont sécables et peuvent être triturés;
- Les sirops peuvent être mélangés aux liquides ou aux aliments afin d'en atténuer l'amertume.

4. Les entredoses

Les entredoses (ED) sont des doses d'opioïdes à courte durée d'action disponibles si la personne n'est pas bien soulagée par la médication régulière. Voici quelques particularités :

- L'ED est le même opioïde que celui reçu de façon régulière afin de permettre un meilleur ajustement des doses et diminuer le risque d'erreur (sauf pour les timbres de fentanyl et pour la méthadone);
- Prévoir dans le protocole de détresse le même opioïde que celui prescrit sur la base régulière et en ED;
- L'ED correspond à 10 à 15% de la dose totale quotidienne ou à 50% de la dose régulière reçue aux 4 heures;
- L'ED est administrée à la demande de la personne ou si l'infirmière juge que la personne pourrait en bénéficier;
- L'ED peut être administrée en prophylaxie avant une procédure douloureuse (changement de pansement, hygiène, mobilisation). Elle doit être administrée 30 min avant la procédure si sous-cutané, 60 min avant si par voie orale et 10 à 15 min avant lors de l'utilisation de fentanyl ou de sufentanyl;
- L'intervalle entre chaque ED dépend du pic d'action de l'opioïde selon la voie d'administration, soit 30 min pour la voie sous-cutanée et 60 min pour la voie orale;
- Lorsque la personne présente de la douleur, la dose régulière courte action peut être exceptionnellement devancée de **15 minutes maximum** et selon le jugement infirmier. Le prescripteur doit toutefois être avisé si la dose régulière est devancée de façon récurrente, car une réévaluation des doses sera nécessaire;
- L'ED peut être administré en même temps qu'une dose régulière longue action;
- Le prescripteur sera avisé si prise de 3 ED consécutives inefficaces. Prévoir une réévaluation de l'analgésie si 3 ED ou plus sont administrées en 24 heures (en excluant les ED données avant une procédure douloureuse).

5. Effets indésirables des opioïdes

La surveillance clinique infirmière est requise lors de l'administration des opioïdes afin de prévenir et déceler les signes précurseurs d'un surdosage qui débute souvent par une capacité d'attention fluctuante, accompagnée de d'autres symptômes comme des myoclonies, une cognition altérée, des hallucinations pour évoluer vers un changement de l'état de conscience. Un rythme respiratoire diminué et des ronflements sont le reflet d'un surdosage avancé.

Afin d'exercer pleinement son rôle d'évaluation de la condition physique et mentale de la personne, l'infirmière doit connaître les caractéristiques de la personne qu'elle soigne. Plusieurs facteurs de risque prédisposent à la dépression respiratoire comme l'âge avancé, l'insuffisance rénale ou hépatique, l'obésité, la naïveté aux opioïdes, l'utilisation concomitante de d'autres médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central

Fiche clinique sur l'utilisation judicieuse des opioïdes

(benzodiazépine, antidépresseurs), etc. Elle doit également avoir une connaissance suffisante des particularités de l'opioïde administré : la posologie, le début, pic et la durée d'action en fonction de la voie d'administration, les effets secondaires, les signes de toxicité et de surdosage.

Ce tableau dresse les principaux effets indésirables des opioïdes.

Effets indésirables des opioïdes			
	Effets secondaires	Neurotoxicité	Surdosage
Mécanisme	Effet non recherché d'un médicament	Accumulation des métabolites des opioïdes (insuffisance rénale ou hépatique, déshydratation, utilisation prolongée)	Quantité d'opioïde au-delà du niveau d'analgésie requise
Manifestations cliniques	<ul style="list-style-type: none">▪ Somnolence (temporaire)▪ Constipation▪ Nausées/vomissements▪ Xérostomie▪ Rétention urinaire▪ Prurit	Somnolence/sédation Confusion, hallucinations Agitation Myoclonies* Allodynie	Stupeur ou coma Confusion Myosis Myoclonies* Dépression respiratoire (RR < 8/min)

*Contractions musculaires brèves, involontaires et asymétriques qui varient en intensité et en distribution. Généralement soulagées par la rotation d'opiacés. Des benzodiazépines peuvent être administrés au besoin si incommodant.

Lorsque la personne a un rythme respiratoire inférieur à 8/min, qu'elle est difficilement éveillable et qu'elle n'est pas en fin de vie, l'infirmière avisera rapidement le prescripteur pour la conduite à tenir. L'administration d'un antagoniste des opiacés comme la naloxone pourrait être justifié afin de renverser la dépression respiratoire. Un report ou une diminution de la prochaine dose, ou une rotation des opiacés pourraient également être envisagé.

Toutefois, en fin de vie, le confort à préséance sur la sédation secondaire induite par les opioïdes. La révision régulière de la médication pour optimiser le confort et une surveillance étroite de la personne sont les interventions les plus appropriées à cette étape.

6. Rôle de l'infirmière

Le rôle infirmier dans le contexte d'administration des médicaments dépasse la simple surveillance des effets attendus et indésirables. L'infirmière doit également :

- Vérifier si la personne présente des facteurs de risques de dépression du système nerveux central (SNC);
- Enseigner à la personne et ses proches les effets du médicament et les effets secondaires possibles;
- Connaître les propriétés pharmacologiques des opioïdes qu'elle administre.

Il est primordial d'explorer et aborder les craintes et les mythes avec la personne et ses proches concernant les opioïdes afin de clarifier leurs perceptions. En voici quelques-uns.

Fiche clinique sur l'utilisation judicieuse des opioïdes

Mythes et fausses croyances concernant les opiacés
Il existe un risque important de « toxicomanie ou d'addiction aux opioïdes »
Si on utilise les opioïdes trop tôt dans la maladie, ils perdront de leur efficacité
La voie sous-cutanée est plus efficace que la voie orale
L'utilisation des opioïdes entraîne toujours de la confusion et de la somnolence
La personne qui demande souvent des doses est « narcomane »
Les opioïdes font mourir : morphine = mort fine
Les injections d'opioïdes sont plus dangereuses que les comprimés
La morphine est réservée pour les derniers jours

6.1. Évaluation et surveillance clinique

En soins palliatifs, les opiacés peuvent être introduits à tout stade de la maladie et dès que la situation clinique le requiert. Le personnel infirmier doit respecter la règle de soins infirmiers (RSI) portant sur l'évaluation et la surveillance clinique des usagers recevant des analgésiques opiacés, en vigueur dans le secteur d'activité. Pour les personnes en soins palliatifs recevant des opioïdes, la surveillance clinique des paramètres (douleur, niveau de sédation, fréquence respiratoire) et la fréquence des évaluations demeurent les mêmes que pour les autres clientèles. Toutefois, il est important de préciser que le jugement clinique infirmier a préséance sur la RSI et que l'infirmière peut déterminer des modifications sur la nature du suivi infirmier (paramètres cliniques, fréquence) en fonction de l'évaluation préalable de la condition physique et mentale de la personne.

En fin de vie, la surveillance clinique sera adaptée et s'exercera selon le jugement de l'infirmière. À l'approche des derniers jours de vie, la maladie terminale s'accompagne souvent de changements importants au niveau de l'état de conscience et de la respiration. Il est de la responsabilité de l'infirmière de bien évaluer la condition physique et mentale de la personne afin de bien discerner si ces altérations sont attribuables au processus attendu de fin de vie ou à un surdosage d'opiacés. Selon l'analyse de son évaluation, elle déterminera la fréquence et la nature du suivi requis, ainsi que les paramètres de surveillance à suivre.

Documentation complémentaire à consulter

- ✓ Fiche clinique sur la douleur
- ✓ Algorithme de la gestion de la douleur
- ✓ Fiche clinique sur les voies d'administration de la médication
- ✓ Tableau des opioïdes et coanalgésiques
- ✓ Ordonnance individuelle standardisée (CN00275) : « *Soulagement des symptômes de fin de vie* »

Références : consultez le document « Références pour les fiches et algorithmes en soins palliatifs et fin de vie ».