



FOCUS sur les Antalgiques de Palier 3

**7eme Colloque Aquitain de Soins
palliatifs et d'Accompagnement**

19 novembre 2016

Dr JUCHS Séverine, Gériatre
Centre Hospitalier de Périgueux
Ne déclare aucun conflit d'intérêt

Opiïdes et grand âge: Combattre les idées reçues

- Dimension symbolique de condamnation, de geste dangereux et mortifère.
- Fréquentes controverses auprès des équipes de soins.
- Effets secondaires redoutés entravent la prescription.
- **Or la douleur est une urgence** gériatrique avec un impact clinique majeur: perte d'autonomie, confusion, détresse morale associée...
- Très fréquente: 50% des plus de 85 ans et 70% des patients institutionnalisés.

« Point clinique » avant les opioïdes

- Sont souvent identifiés comme effets secondaires des événements qui existaient déjà avant l'introduction d'opioïdes.
- Il n'existe pas de contre indication absolue de principe qui empêche la mise sous opioïde d'une personne âgée.
- Mais cela nécessite une surveillance rigoureuse pour que le traitement soit efficace et bien toléré.

« Point clinique » avant les opioïdes

« BILAN CLINIQUE AVANT LA MORPHINE »

Équipe mobile Douleur Sainte Perine; Annie PETROGNANI, Dr. Jean-Marie GOMAS

Recueil préalable des données cliniques par les soignants et les médecins AVANT DE COMMENCER UN MORPHINIQUE CHEZ LE SUJET AGE

1- Respirer :

Fréquence respiratoire ?

Pauses respiratoires ?

2- Éliminer:

Date des dernières selles moulées ?

Date du dernier TR?

Mictions régulières ?

3- Boire et manger :

Nausées ?

Vomissements?

Fausse routes ?

4-Dormir:

Le patient dort-il la nuit ? le matin ? l'après midi ?

Est-il alors facilement réveillable ?

5- Communiquer :

Le patient est-il confus, agité , délirant ?

A-t-il déjà eu des hallucinations ?

Les règles de base

- Traitement de la douleur nociceptive **intense** et/ou **rebelle** au traitement.
- Le traitement antalgique ne se substitue pas au traitement **étiologique**.
- Choisir le morphinique le plus **adapté au patient**
- Utiliser la bonne dose (***start slow***)
- Titration systématique (***go slow***)
- Favoriser la voie orale/choisir la bonne **galénique**
- Adapter la **stratégie médicamenteuse**: douleur aiguë, chronique, prévention des soins douloureux, comorbidités associées (choix de la molécule et de la demi-vie).
- Evaluer **efficacité** et **tolérance**.

Les règles de base: en pratique

- La titration:
 - 2,5 à 5 mg morphine PO /4h
 - 1à 2 mg morphine /4h IV
 - L'intervalle de temps entre 2 prises d'opioïde tient compte de la fonction rénale
- Le relai par forme LP impose une surveillance du fait du retard d'élimination au niveau rénal.
- Les troubles neuropsychiques sont en général favorisés par une augmentation trop rapide ou une posologie initiale trop forte (pas de CI si démence!).

S'adapter au patient:

Précautions d'emploi et comorbidités

- Insuffisance respiratoire:
 - Peu de problème en pratique car la douleur stimule le centre respiratoire et prévient la dépression causée par la morphine.
 - Attention si BPCO: on diminue de demi dose la posologie.
 - Attention également aux syndrome d'apnée du sommeil.
- Adénome de prostate:
 - risque rétention d'urine
 - Mais attention à la co-prescription de parasymphomimétique et d'alphabloqueur

S'adapter au patient: Précautions d'emploi et comorbidités

- Insuffisance rénale et hépatique:
 - **Morphine**: métabolisme hépatique et élimination rénale
 - Accumulation M3Get M6G(morphine): corrélé à la valeur de la créatinine
 - Persistance de la M6G plusieurs heures après élimination plasmatique (accumulation au niveau SNC)
 - Attention à l'insuffisance rénale fonctionnelle intercurrente.
 - Imprévisible mais pas de CI stricte à l'emploi. Diminution dose et augmentation délai d'administration.

S'adapter au patient: Précautions d'emploi et comorbidités

- **Oxycodone** : métabolisme hépatique et élimination rénale.
Utilisable si insuffisance rénale modérée mais pas de données si sévère (précautions+++)
CI si insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Favoriser **Fentanyl** dans IRC (mais problème de titration en pratique...)

Les spécialités opioïdes: La morphine en pratique

Rapports SC/IV = 2, VO/IV = 3

- En injectable = **0.15 mg/kg/j IV**
- Solution buvable : 20 mg de morphine = 1 ml → **1 goutte = 1.25 mg**
2,5 mg /4h PO. Action après 30 min.
Augmenter de 50% si douleur persistante
- Si douleur chronique stationnaire: relai par forme LP sans changer la dose des 24h.
- Pas de « à la demande » systématique pour les douleurs chroniques.

Les spécialités opioïdes: L'oxycodone en pratique

- Moins d'effet secondaire que la morphine à type de confusion/dysphorie.
 - **10 mg oxycodone PO = 20 mg morphine PO**
 - **10 mg oxycodone IV = 10 mg morphine IV** (mais grande variabilité individuelle)
- Délai d'action : environ 40 minutes; durée d'action : 4 à 6 h.
 - Dose oxycodone **IV = Dose oxycodone SC**
 - **1 mg oxycodone IV = 2 mg oxycodone PO**
- Solution buvable 10mg/ml: **1 goutte = 1 mg** (uniquement disponible en hôpitaux) sinon forme orodispersible (plus petite dose = 5 mg)
- En injectable: si naïf = **0.125 mg/kg/j** IVSE
- Utilisée en rotation opioïdes ou en cas de douleur neuropathique associée.

Les spécialités opioïdes:

Le Fentanyl en voie transdermique

- **Activité puissante** : **100** fois supérieure à celle de la morphine PO
- Meilleure **stabilité hémodynamique** que la morphine mais beaucoup d'interactions médicamenteuse (IMAO, ATB, antifongiques...)
- **Indication: douleurs chroniques stables mais rebelles**
- Après avoir effectué une **titration préalable** par morphine IV ou PO, (ou par fentanyl IV+anecdotique) dans le cadre d'un traitement stable et bien toléré.
- **Utile si voie orale impossible**: risque occlusif, malabsorption digestive, nausées, vomissements, troubles de la déglutition, insuffisance rénale, polymédication orale gênante, anorexie...

Les spécialités opioïdes:

Le Fentanyl en voie transdermique

- A appliquer sur peau saine, sèche, non-irradiée, non-irritée, avec changement du site à chaque application; respecter un intervalle de 7 j pour utiliser un même emplacement.
→ attention si sueurs ou fièvre (activité x3)
- **Délai d'action : 8 à 12 h** pour obtenir une variation significative du taux plasmatique (stabilisation en 12 à 24 heures)
- **Le taux plasmatique continue à augmenter au cours des 3 premières applications**, jusqu'à atteindre l'état d'équilibre.
- SURVEILLANCE+++ Attention aux mésusages!

Effets synergiques et traitements adjuvants

- **PARACETAMOL:**
 - Additivité des effets avec les morphiniques (épargne morphinique de 35 à 45 % selon les études).
 - Particulièrement utile en relais dans le service d'hospitalisation et comme traitement de toute autre cause de douleur associée.
 - Mais moins efficace que AINS
 - **AINS:**
 - limités à la fonction rénale.
 - Pas d'utilisation au long court chez la personne âgée.
 - IPP associé.
 - Très bonne activité synergique avec opioïdes
 - **Antidépresseurs, antiépileptiques**
 - **Anesthésiques locaux; Protoxyde d'azote**
 - **Techniques non médicamenteuses**
- DEFINIR UN PROTOCOLE SUR MESURE POUR CHAQUE PATIENT!**

Combattre les effets secondaires. Pour l'éducation thérapeutique en gériatrie.

- La constipation: règles d'hygiène+laxatif systématique. Eliminer le fécalome.
 - Nausée/vomissement: être attentif sur les 48/72 premières heures. Traitement adjuvent.
 - Rétention d'urine
 - Prurit
 - Hypotension: risque de chute
 - Si réapparition d'un effet secondaire tardivement: surdose? Autre diagnostic?
- **Eduquer le patient** a bien décrire sa douleur, ses symptômes et sa tolérance. Aide au soulagement rapide de la douleur. Dédramatiser le traitement.
- **Envisager l'arrêt** de la thérapeutique en fonction de la cause.

Conclusion

- Opiïdes encore trop souvent sous-utilisés car peur de la poly médication, de la iatrogénie et des idées reçues.
- Il persiste une mauvaise connaissance par les professionnels du maniement et des pré requis.
- Or grande efficacité et bonne tolérance si administration bien surveillée.

NE LAISSONS PLUS NOS PATIENTS AGES SOUFFRIR