

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 visant 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 ¾ 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,
- Antisécrétoire 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.

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

suite...

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 MIDAZOLAM (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

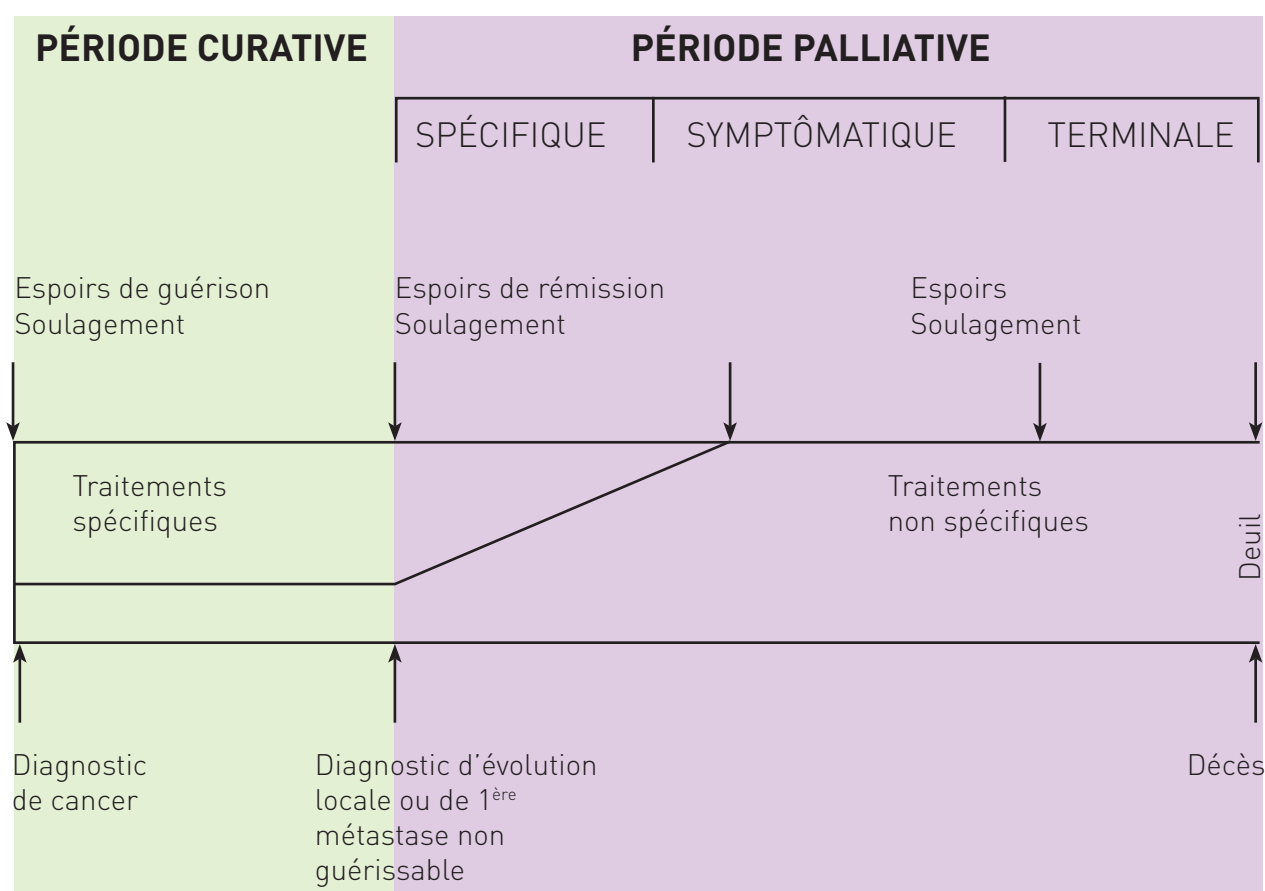
Activité	Score
Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie.	0
Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail.	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de lui-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps.	2
Capable seulement de quelques activités.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

ANNEXE 3 : Echelle d'évaluation de la sédation selon Rudkin

1	Patient complètement éveillé et orienté.
2	Patient somnolent.
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel.
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère (traction sur le lobe de l'oreille).
5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère.

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. J. Caronni, G. Hanks, S. Kaasa et col. *Lancet Oncol* 2012; 13:e68-68.
2. RNCOL: Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. Standard, Options, Recommandations (SOR) pour les traitements analgésiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par exoès de non-opioïdon chez l'adulte. 2002, réactualisation en cours.
3. Quelles fims et douleurs liées au cancer : quelles galériques et quelles équivalences ? N. Beaud, J.Mi. Pellar, M.L. Villard, K. Ustard, G. Laval. *InfMed Pat* 2009 ; 8 : 37-34.
4. Mise au point sur l'utilisation du fentanyl transmuqueux chez le patient présentant des douleurs d'origine cancéreuse (version linguale). P. Pouhan, N. Ichikienot, D. Amman et col. *Douleur analysés le 2012* DOI: 10.1007/s11724-0287-7.
5. Recommandations pour l'utilisation de Dioxontin® (chlorhydrate d'oxycodone). Dossier produit n° : 2002.
6. Recommandation pour l'utilisation de la Sophidone® (chlorhydrate d'hydromorphone). Dossier produit n° : 1939.
7. Bon usage des dispositifs transdermiques de fentanyl. Groupe de travail de la SFAP - SFEID 2003. www.sfap.org
8. Commission européenne. in Résumés des caractéristiques du produit n° : Aclat® 2002, Abstral® 2008, Effentora® 2008, Instanyl® 2009, PexFent® 2010, Brealby 2011.

Réactua listation :
Dr. M. GIROUD - 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 OPIOÏDES FORTS
ET DURÉE MAXIMALE DE PRESCRIPTION

Spécialités concernées	Ruages	Durée maximale
* Chlorhydrate et sulfate de morphine injectable Anep 10 - 20 - 50 - 100 - 200 - 400 - 500 mg * Chlorhydrate dextrodoxone injectable DEXMOR® amp 10 - 20 - 50 - 200 mg	Appareils injectables + sans système soit pour perfusion soit avec système soit (PSE, PCO)	7 jours 28 jours
* Morphine solution buvable, amp 10 et 20 mg morphine solution buvable, flacons préparés en officine (concentration adaptable) * Sulfate de morphine SULMOR® cp sécable 10 - 20 mg ACTISKEMAN® gel 15 - 10 - 20 - 30 mg PRAMORPH® soluté en né-pénis unidoses, 10 - 30 - 100 mg/5 ml PRAMORPH® solution compte-gouttes 20 mg/ml (4 gouttes = 5 mg) * Chlorhydrate dextrodoxone DEXMOR® gel 5 - 10 - 20 mg DEXMOR® cp orodispersibles 5 - 10 - 20 mg	Formes orales à libération immédiate (L)	28 jours
* Sulfate de morphine MUSCONTIN® cp 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg SKEMAN® gel 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg * Chlorhydrate dextrodoxone DEXCONTIN® cp 5 - 10 - 15 - 20 - 30 - 40 mg - 30 - 120 mg * Dextropropoxyphène (dextropropoxyphène) cp 50/25 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg * Chlorhydrate dihydrocodeïne SUPHODIN® gel 4 - 8 - 16 - 24 mg	Formes orales à libération prolongée (LP)/12h	28 jours
* Sulfate de morphine KAPLAN UC® gel 20 - 50 - 100 mg	Formes orales à libération prolongée (LP)/24h	28 jours
* Fentanyl FASITRAU® cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg ACTIO® cp pour application buccale Transmucopaste 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 µg HEXALIL® film orodispersible 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 µg FENTATRAU® cp gélugrain 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg RELITHI® cp sublingual 133 - 267 - 400 - 533 - 800 µg INSTANTYL® sol pour pulvérisation nasale 50 - 100 - 200 µg PEFEN® spray nasal 100 - 400 µg	Formes transmuqueuses à libération prolongée (LI)	<i>Déclaration instantanée</i> 7 jours
* Fentanyl BURGLISTE® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh FENTANYL ACTIPATCH AN® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh FENTANYL SANDOZ® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh FENTANYL WINTHROP® patch 25 - 50 - 75 - 100 µgh MORPHINE® patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µgh	Dispositifs transdermiques à libération prolongée (LP)/72h	<i>Déclaration instantanée</i> 14 jours

PCa : Analgésie contrôlée par le patient. * A paraître.

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

**TABLE PRATIQUE
D'ÉQUIVALENCE
DES OPIOÏDES FORTS
DANS LA DOULEUR CANCÉREUSE
PAR EXCÈS DE NOCICEPTION**



CLINIQUE DE SOINS PALLIATIFS
ET DE COORDINATION
EN SOINS DE SUPPORT

B. P. 217
38043 GRENOBLE Cedex 9
Tel: 04 76 76 76 97 - 04 76 76 56 67
coordination.support@chu-grenoble.fr
soins.palliatifs@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)

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine LI : Per os : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.
 1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle)

Version 7 - Septembre 2014
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble (38)
 coordinationsupport@chu-grenoble.fr - soinspalliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en mg					Oxycodone en mg				Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg	
PO		SC		IV	PO		SC - IV		PO	Transdermique	Transmuqueux	
Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose par 24 heures		Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose / 24h	Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus	
		1/10	1/6				1/10	1/6			Oxycodone / 5 - 10 - 20 mg	Oxycodone / 5 - 10 - 20 mg
Moscontin cp LP	Actécléan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg	Sévalol cp LI 10 - 20 mg	Oramorph sol buv unidose LI 10 - 30 - 100 mg/5ml	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	OxyContin cp LP 5 - 10 - 15 - 20 30 - 40 - 60 - 80 120 mg	Targinact* (oxycodone / naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	Oxycodone / 5 - 10 - 20 mg	Oxycodone / 5 - 10 - 20 mg	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogesic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Mafren patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Alstrel cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg	Alstrel cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg
20	2	3,5	1/6	1/10 0,5 1	10	10	1 1,5	6,5	1			
30	3	5		1 1,5 2,5 10	15	15	1,5 2,5	10	1 1,5	12		
60	6	10	30	2 3 5 20	30	30	3 5 20	2 3 5 20	8	25		
90	9	15	45	3 5 7,5 30	45	45	4,5 7,5	30	3 5	37		
120	12	20	60	4 7 10 40	60	60	6 10 40	4 7 10 40	16	50		
160	16	27	80	5 9 13 53	80	80	8 13 53	5 9 10 40	24	75		
180	18	30	90	6 10 15 60	90	90	9 15 60	6 10 60	24	75		
200	20	33	100	7 11 17 67	100	100	10 17 67	7 11 67				
240	24	40	120	8 13 20 80	120	120	12 20 80	8 13 80	32	100		
280	28	47	140	9 16 23 93	140	140	14 23 93	9 16 93				
300	30	50	150	10 17 25 100	150	150	15 25 100	10 17 100	40	125		
360	36	60	180	12 20 30 120	180	180	18 30 120	12 20 120	48	150		
400	40	67	200	13 22 33 133	200	200	20 33 133	13 22 133				
480	48	80	240	16 27 40 160	240	240	24 40 160	16 27 160	64	200		
540	54	90	270	18 30 45 180	270	270	27 45 180	18 30 180	72	225		
600	60	100	300	20 33 50 200	300	300	30 50 200	20 33 200	80	250		
720	72	120	360	24 40 60 240	360	360	36 60 240	24 40 240	96	300		
900	90	150	450	30 50 75 300	450	450	45 75 300	30 50 300	120	375		
1000	100	167	500	33 56 83 333	500	500	50 83 333	33 56 333	120	412		

*A parâtre. ** 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 6 h.
 ▲ Au-delà d'une dose de 80 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, Viallard 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, Viallard 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).