

Traitement sécuritaire et efficace avec des opiacés

2

par Geneviève Dechêne

- Comment se fait-il que M^{me} Zoster réagisse si mal à la codéine, anciennement considérée comme un opiacé de « faible » puissance ?
- M. Péroné ayant été mal soulagé par un AINS pourrait être mis sous opiacés : qu'allez-vous lui donner, à quelle dose, et pour combien de temps ?
- M^{me} Rhumatte, qui souffre la nuit et dès qu'elle bouge, aura aussi besoin d'opiacés : devrait-on lui donner les mêmes que M. Péroné et, si oui, pour combien de temps ?

DEPUIS LES 20 DERNIÈRES ANNÉES, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que les associations qui s'intéressent au soulagement de la douleur ont mis l'accent sur la nécessité de mieux utiliser les opiacés : des guides de pratique ont été produits par plusieurs associations reconnues dans le domaine du traitement de la douleur¹⁻³. Le consensus est clair : presque tous les patients ayant une douleur aiguë peuvent être soulagés adéquatement, et un grand nombre de patients souffrant d'une douleur chronique peuvent l'être aussi.

Tous s'entendent pour dire que certaines pratiques analgésiques sont clairement inefficaces et devraient être **abandonnées**¹⁻⁵ :

- Priver un patient d'une analgésie aux opiacés (ou tout au moins d'un essai) alors qu'il continue à souffrir malgré une thérapie non opiacée.
- Espacer les intervalles de prises d'un opiacé sans tenir compte de sa durée d'action.
- Garder un patient sous opiacé à courte durée d'action lorsque la douleur est constante et de longue durée, alors que le soulagement serait tout aussi grand avec un opiacé

à longue durée d'action, mais avec moins d'effets indésirables et d'interruptions de sommeil.

- Changer d'opiacé sans tenir compte des doses équianalgésiques.
- Faire passer le patient d'un opiacé à un autre sans réajuster les doses rapidement dans les cas de douleurs aiguës ou nouvelles.
- Maintenir constamment le patient à des doses sous-analgésiques ou sous-optimales, qu'il s'agisse d'une douleur aiguë ou chronique.

Opiacés à courte ou à longue durée d'action ?

Voyons le cas de M. Péroné : il ne prenait pas d'opiacés avant sa fracture. Comme il n'est pas soulagé par son anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), nous pouvons commencer d'emblée par un opiacé à courte durée d'action toutes les trois à quatre heures, et réévaluer la dose au cours des prochains jours de façon à l'augmenter rapidement jusqu'à ce que la douleur soit soulagée.

Quant au cas de M^{me} Rhumatte, il constitue l'exemple typique de la douleur très variable dans le temps, nettement plus intense à la mobilisation (*incident pain*), mais présente aussi au repos, et surtout la nuit.

Cette patiente pourrait probablement bénéficier d'un

La D^{re} Geneviève Dechêne, omnipraticienne, exerce à la Clinique médicale de l'Ouest, à Verdun.

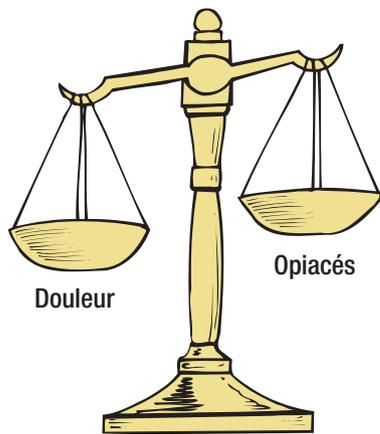
49

Presque tous les patients ayant une douleur aiguë peuvent être soulagés adéquatement, et un grand nombre de patients souffrant d'une douleur chronique peuvent l'être aussi.

R E P È R E

FIGURE 1

L'équilibre entre la douleur et les opiacés



Douleur < Opiacé = surdose = toxicité
 Douleur > Opiacé = dose insuffisante = douleur

opiacé à longue durée d'action et d'un opiacé à courte durée d'action surajouté pour les périodes de mobilisation (entredoses). Il est impossible malheureusement dans son cas de trouver une dose fixe d'opiacé qui la soulage bien durant les moments d'activité sans l'endormir pendant les périodes d'immobilité.

Comme ces deux cas l'illustrent, il faut voir le soulagement de la douleur comme un équilibre entre la douleur et le médicament opiacé, et choisir en conséquence non seulement la dose, mais aussi la durée d'action : les deux plateaux de notre balance de la *figure 1* doivent être le plus possible au même niveau.

Pour une douleur constante et qui persiste : débiter avec un opiacé à courte durée d'action et, lorsque la dose optimale est connue, changer pour un opiacé à longue durée d'action.

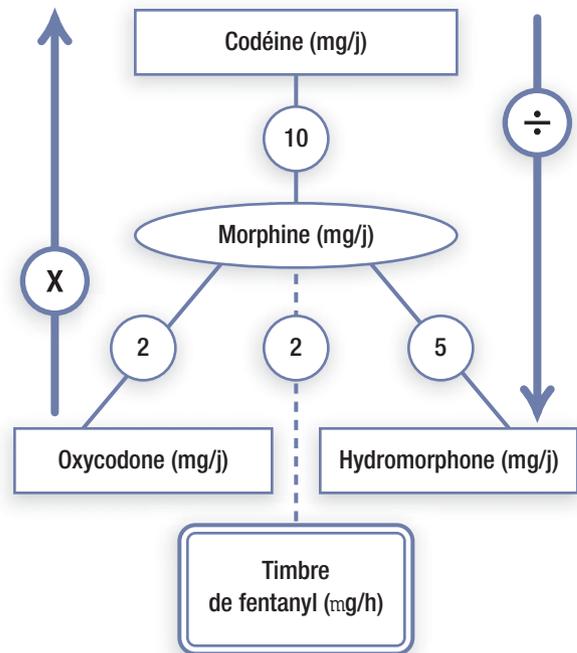
Pour une douleur variable dans le temps ou de brève durée : opiacés à courte durée d'action au besoin, ou des entredoses d'opiacé à action brève superposées à un opiacé à action prolongée.

Quel opiacé choisir ?

Le *tableau I* énumère les opiacés de première intention, c'est-à-dire ceux qui devraient être utilisés en premier recours pour traiter les douleurs aiguës et chroniques. Chacun de ces opiacés – la morphine, l'hydromorphone, le fentanyl et l'oxycodone – est tout aussi valable une fois les équi-

FIGURE 2

Substitution des opiacés



Changement d'opiacé : diminuer de 25 % la dose calculée parce que la tolérance croisée peut être incomplète (ou diminuer de 30 à 40 % en cas d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique grave).

Voie sous-cutanée : donner 50 % de la dose orale.

Entredoses : donner 10 % de la dose quotidienne.

Conception : D^{res} Geneviève Dechêne, omnipraticienne, et Aline Boulanger, anesthésiste.

valences respectées (*figure 2*), et peut être choisi pour soulager les patients tant au cabinet qu'à l'hôpital.

Facteurs de conversion des différentes voies :

1 mg s.c. = 2-3 mg po = 2-3 mg IR = 0,75-1 mg i.v.

La voie intraveineuse est réservée au milieu hospitalier avec surveillance constante (voir l'article intitulé « La douleur aiguë à l'urgence », du D^r Daniel Gervais, dans ce numéro).

Il n'existe pas de préparation orale de fentanyl, mais une formule transdermique est disponible pour le soulagement ambulatoire des douleurs chroniques^{4,6-8}.

Avec tout opiacé à longue durée d'action, une formule à courte durée d'action peut être donnée comme entredose, c'est-à-dire pour les pics de douleur entre les doses d'opiacé à action prolongée (voir le *tableau I* pour les différentes

TABLEAU I

Micropharmacopée des opiacés*

Opiacé	Durée d'action	Préparations offertes
Codéine à courte durée d'action (CA)	de 4 à 6 h	Comprimés de 15 et 30 mg Sirop : 25 mg/5 mL
Codéine à longue durée d'action (LA)	12 h	Comprimés (Codeine Contin [®]) de 50 mg, comprimés sécables de 100, 150 et 200 mg
Codéine s.c.	de 3 à 6 h	1 mL = 30 ou 60 mg
Morphine CA	de 3 à 4 h	Comprimés de 5, 10, 20, 25, 30, 40, 50 et 60 mg Suspension de 1, 5, 10, 20 et 50 mg/mL Suppositoires de 5, 10, 20 et 30 mg
Morphine LA	12 h	Comprimés non sécables (MS Contin [®]) de 15, 30, 60, 100 et 200 mg (les comprimés de 200 mg sont sécables) Comprimés non sécables d'Oramorph SR [®] de 30, 60 et 100 mg Granules (capsules qui s'ouvrent : M-Eslon [®]) de 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg Suppositoires (MS Contin [®]) de 30, 60, 100 et 200 mg
Morphine LA	24 h	Capsules (Kadian [®]) de 20, 50 et 100 mg
Morphine s.c.	de 3 à 4 h	Ampoules de 1, 2, 5, 10, 15, 25 et 50 mg/mL
Hydromorphone CA	de 3 à 4 h	Comprimés de 1, 2, 4 et 8 mg Suspension de 1 mg/mL Suppositoires de 3 mg
Hydromorphone LA	12 h	Capsules (Hydromorph Contin [®]) de 3, 6, 12, 18, 24 et 30 mg
Hydromorphone s.c.	de 3 à 4 h	Ampoules de 2, 10, 20, 50 et 100 mg/mL
Fentanyl (timbre)	72 h	Timbres Duragesic [™] de 25, 50, 75 et 100 µg/h
Oxycodone CA	de 3 à 4 h	Comprimés de 5 et 10 mg, comprimés sécables de 5, 10 et 20 mg Suppositoires de 10 et 20 mg
Oxycodone LA	12 h	Comprimés non sécables d'OxyContin [®] de 10, 20, 40 et 80 mg

*Ne sont pas énumérées ici les associations médicamenteuses.

Source : Adapté de Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. *Précis pratique de soins médicaux à domicile*. Edisem/FMOQ, 2000 : 136.

préparations d'opiacés offertes au Canada).

Il existe de grandes variations individuelles, tant dans la réponse thérapeutique aux opiacés que dans les effets indésirables qu'ils provoquent : en pratique, on fera l'essai de l'un d'entre eux et, si le patient présente de l'intolérance, on passera à un autre opiacé. Il faut l'expliquer d'emblée aux patients avant le début du traitement. Les tables d'équivalence de la *figure 2* sont utiles seulement pour donner une idée des doses « moyennes » équianalgésiques de départ, mais il est essentiel, par la suite, d'ajuster ces doses en fonction de la réponse, et il ne faut jamais perdre de vue que chaque patient réagit à sa façon^{2,3,5,10,16}.

Soulignons que la morphine n'est pas nécessairement

l'opiacé de premier choix, mais est, par convention, celui qui a été choisi comme étalon de mesure pour calculer les équivalences entre opiacés, car c'est la substance dont les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques sont les mieux connues. C'est avec la morphine que nous avons

Il existe de grandes variations individuelles, tant dans la réponse thérapeutique aux opiacés que dans les effets indésirables qu'ils provoquent.

R E P È R E

jusqu'à maintenant le plus d'expérience et d'expertise clinique.

Les véritables allergies à la morphine sont exceptionnelles : on voit surtout des cas d'intolérance ou de simples réactions de type histaminolibérateur. Si ces réactions sont importantes, on peut changer pour un autre opiacé (hydromorphone, oxycodone, fentanyl...). Pour les très rares **véritables** allergies à la morphine (angio-œdème, anaphylaxie), on doit changer de classe chimique. On choisira alors la mépéridine, le fentanyl ou la méthadone. Les premières doses devront être données sous supervision médicale.

Lorsqu'un patient prend un opiacé depuis longtemps, il peut développer une tolérance aux effets indésirables (ce qui est bénéfique) mais, possiblement aussi, à l'effet analgésique. Il faut donc savoir que, lorsque l'on change d'opiacé, le patient peut être plus sensible à la nouvelle molécule en ce qui a trait à l'analgésie et aux effets indésirables (sommolence, par exemple). On appelle ce phénomène **la tolérance croisée incomplète**. Par prudence, il est donc recommandé de réduire la dose équianalgésique du nouvel opiacé de 25 % lors de la substitution (voir la *figure 2*)⁴.

Que faire en cas d'insuffisance rénale ou hépatique ?

Les opiacés énumérés au *tableau 1* sont métabolisés par le foie en métabolites actifs et inactifs, qui sont ensuite éliminés par le rein. Il faut donc être particulièrement prudent lorsqu'on prescrit des opiacés à un patient souffrant d'insuffisance rénale. Par contre, en présence d'une insuffisance hépatique, seules les insuffisances graves avec encéphalopathie doivent nous faire craindre une surdose d'opiacés.

En cas d'insuffisance rénale légère, modérée ou grave, ou en cas d'insuffisance hépatique grave, on doit commencer par de plus petites doses d'opiacés, les donner à des intervalles plus longs, et faire des ajustements progressifs prudents (petites augmentations, attendre au moins 48 heures avant toute modification).

Pourquoi la codéine et la mépéridine ne sont-elles plus considérées comme des opiacés de première intention pour les adultes ?

La codéine est un « promédicament » : son efficacité antalgique résulterait d'une transformation hépatique en morphine sous l'action d'un sous-type du cytochrome P 450 (le CYP 2D6). Sans cette transformation, la codéine n'aurait pas d'effet analgésique. Cela explique son efficacité très variable selon les individus, et son inefficacité reconnue chez environ 10 % des patients (déficience du phénotype de l'isoenzyme 2D6). De plus, les autres métabolites actifs non opiacés de la codéine peuvent eux-mêmes provoquer de la dyspepsie, de la constipation (c'est le cas de M^{me} Zoster) et de la confusion. L'inhibition de ce cytochrome (P450 2D6) par une molécule (certains antidépresseurs, par exemple) ou la compétition entre la codéine et une autre substance (un antiarythmique, par exemple) peut nuire au métabolisme de la codéine. Pour toutes ces raisons, la codéine ne devrait donc plus être considérée comme un premier choix pour les adultes souffrants, mais elle demeure, bien sûr, une option valable pour ceux qui la tolèrent bien et sont soulagés.

En ce qui concerne la substitution de la codéine par la morphine, la codéine est 10 fois moins puissante que la morphine, donc :

60 mg de codéine = 5 à 6 mg de morphine

Autant chez les enfants que chez les adultes, la mépéridine (Demerol®) n'est pas recommandée pour un usage prolongé, ni même pour une administration à court terme¹¹. Une prise régulière peut entraîner l'accumulation de son métabolite actif, la normépéridine, qui a une longue demi-vie et un potentiel neurotoxique. Lorsque des doses répétées sont administrées, la normépéridine s'accumule et peut alors provoquer des manifestations toxiques du SNC

Pour toute substitution d'un opiacé par un autre chez un patient déjà sous opiacé depuis un certain temps, il faut tenir compte de la tolérance croisée, qui risque d'être incomplète, et donc diminuer de 25 % la dose équianalgésique. Cette dose doit être diminuée de 30 à 40 % chez une personne âgée ou un patient atteint d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique grave.

En cas d'insuffisance rénale ou d'insuffisance hépatique grave, on doit commencer par de plus petites doses d'opiacés, les donner à des intervalles plus longs, et faire des ajustements progressifs prudents (petites augmentations, attendre au moins 48 heures avant toute modification).

(confusion, agitation, tremblements, convulsions, myoclonies multifocales), et ce, même chez un patient ayant une fonction rénale normale. Il faut donc éviter de prescrire la mépéridine à doses répétitives, particulièrement aux personnes âgées ou aux patients souffrant d'insuffisance rénale¹¹. La voie orale n'est pas recommandée en raison de la variabilité de l'absorption.

Comment s'effectue le suivi des patients sous opiacés ?

M. Péroné et M^{me} Rhumatte ont commencé à prendre les opiacés...

Reprenons le cas de M. Péroné : nous avons choisi de lui donner de la morphine à courte durée d'action en plus de son AINS : 5 mg de morphine au besoin, toutes les trois à quatre heures. Le lendemain, par téléphone, il vous décrit une douleur très diminuée, à 2/10, même à la mobilisation, et une amélioration notable de son appétit : voilà un homme âgé pour qui on ne craint plus le syndrome d'immobilisation, si nocif à cet âge !

Quant à M^{me} Rhumatte, la même ordonnance (5 mg de morphine toutes les trois à quatre heures, au besoin) n'a pas eu le même résultat : somnolence excessive, surtout au repos, mais douleur partiellement soulagée à la mobilisation. On a donc opté pour un essai de changement d'opiacé (de 1 à 2 mg d'hydromorphone, toutes les quatre heures). Puisque les patients peuvent avoir des réponses variables aux opiacés, tant sur le plan analgésique que sur celui des effets secondaires, une autre molécule sera peut-être mieux tolérée... ce qui fut le cas.

On a donc offert par la suite à M^{me} Rhumatte une dose de base quotidienne d'hydromorphone à action prolongée, soit 3 mg d'Hydromorph Contin® toutes les 12 heures, avec des entredoses de 1 mg avant les mobilisations.

Après quel délai peut-on juger de l'efficacité de notre traitement aux opiacés ?

L'état d'équilibre d'un traitement aux opiacés est le moment où l'on peut faire l'évaluation de son efficacité analgésique pour un patient. Cet équilibre dépend de la pharmacocinétique de chaque molécule (demi-vie, formule).

T A B L E A U II

Délai pour augmenter les doses d'opiacés

- 16 heures, donc, en pratique, 24 heures pour la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone à courte durée d'action (voie orale, sous-cutanée)
- 48 heures pour la morphine, l'hydromorphone et l'oxycodone orale à longue durée d'action
- De trois (au moment de changer le timbre) à sept jours pour le fentanyl transdermique, en se rappelant que l'état d'équilibre n'est pas encore atteint après le troisième jour, mais que cela constitue un délai suffisant pour la très grande majorité des patients

Le tableau II nous donne le délai minimal pour augmenter la dose des opiacés en pratique, dans un contexte ambulatoire, sans urgence et en l'absence d'insuffisance rénale.

Attendre de deux à trois jours pour ajuster la posologie des opiacés à longue durée d'action ne pose pas de problèmes dans un contexte de soins ambulatoires, de soins palliatifs généraux ou de douleurs chroniques, mais peut s'avérer inacceptable pour des douleurs très instables ou une situation de crise aiguë : la voie sous-cutanée, et même intraveineuse à l'urgence (voir l'article du D^r Daniel Gervais, dans ce numéro) est probablement alors la meilleure solution : il faut réduire la dose orale de 50 % lors de la conversion à la voie sous-cutanée.

Soulignons qu'en milieu hospitalier ou lorsqu'un patient soigné à domicile est très souffrant et bien encadré par des proches informés, c'est-à-dire avec un système de garde assuré par des infirmières formées et expérimentées, on peut choisir d'augmenter plus rapidement la dose (tableau III) (voir le numéro du *Médecin du Québec* intitulé « La fin de vie à domicile » de juin 2001 pour les préalables organisationnels à un suivi palliatif à domicile).

Quels signes évoquent une intoxication aux opiacés ?

Les signes de toxicité à surveiller, pour lesquels vous devriez être appelé et qu'il faut enseigner au patient et à ses proches lors de toute prescription d'opiacés, sont présentés

La codéine n'est pas un analgésique de premier choix pour les raisons suivantes : efficacité variable, imprévisible (10 % de la population n'en retire probablement aucun effet analgésique...), possibles interactions médicamenteuses.

T A B L E A U III

Passage d'un opiacé à courte durée d'action à un opiacé à longue durée d'action : quatre étapes^{4,9}

(Le *tableau I* donne la liste de toutes les préparations d'opiacés offertes au Québec en 2002.)

1. Détermination de la dose quotidienne efficace avec les opiacés à courte durée d'action (CA)	<ul style="list-style-type: none"> ● Prescrire de petites doses d'opiacé à courte durée d'action (CA) à prendre au besoin (3 à 4 h) et à inscrire dans le « journal de bord » du malade. ● Augmenter la dose de CA tous les 1 à 7 jours par paliers d'un maximum de 25 % de la dose de 24 h si la douleur n'est pas intense ou si le patient souffre d'insuffisance rénale ; l'augmenter de 50 % si la douleur est intense. ● Interrompre la prise du médicament si des signes de surdose apparaissent (évaluer la pertinence d'un autre opiacé ou d'un analgésique non opiacé).
2. Calcul de la dose équivalente d'opiacé à longue durée d'action (LA)	<ul style="list-style-type: none"> ● Lorsqu'un soulagement est obtenu, on additionne les doses de CA prises en 24 h pour obtenir la dose d'opiacé LA à prendre en 24 h. ● Cette dose quotidienne est divisée par 2 pour les molécules à longue durée d'action de 12 h. ● La dose de fentanyl transdermique (en µg/h) correspond à la dose de morphine orale de 12 heures (<i>figure 2</i>). ● Pour les personnes âgées, il est possible de débiter par un demi-timbre de fentanyl. Le timbre est posé à demi sur un pansement transparent de type Opsite® (voir la <i>photo</i> ci-contre). ● Le plus souvent, la dose de fentanyl est augmentée au début par paliers de 25 µg (25, 50, 75, 100, 125 µg), puis de 50 µg à la fois ou plus selon les besoins.
3. Prescription de l'entredose correspondante	<ul style="list-style-type: none"> ● Voie orale ou intrarectale : calculer comme 10 % de la dose quotidienne. ● 50 % des entredoses ainsi calculées ne seront pas assez élevées, donc inefficaces : on augmente ensuite la dose au besoin (<i>voir l'étape 1</i>), jusqu'à ce qu'un soulagement soit obtenu. ● Choisir le même opiacé que celui à action prolongée, sauf pour le fentanyl transdermique. ● Prescrire l'entredose à prendre toutes les 1 à 4 heures (pic d'action en 1 h), avec un maximum quotidien s'il n'y a pas de surveillance étroite, comme à domicile ou dans un centre de soins de longue durée. ● L'entredose lors d'une perfusion sous-cutanée varie généralement entre 50 et 100 % de la dose perfusée en une heure ; on alloue un délai minimal de 30 minutes entre les doses (correspond au délai minimal pour obtenir un effet notable). ● Demander au patient de noter ses entredoses dans un « journal de bord ».
4. Réévaluation pour ajustement progressif	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôler après 2 à 3 jours et ajuster à la hausse (si le patient est mal soulagé) ou à la baisse (surdose, intolérance grave) selon la réponse clinique. ● Une fois son état stabilisé, il faut revoir le patient sous opiacé toutes les 1 à 4 semaines, selon sa situation clinique et l'évolution de la maladie sous-jacente. ● Pour les maladies évolutives (cancer et autres), il faut prévoir des augmentations dès que la douleur refait surface, c'est-à-dire si le patient prend trois entredoses ou plus par jour (<i>voir l'étape 1</i>). ● La dose est habituellement stable dans les cas de maladies chroniques non évolutives. Le besoin d'une dose plus forte exige une réévaluation de la maladie de base : une augmentation des doses n'est pas un signe de tolérance, mais d'évolution de la maladie.



au *tableau IV* : il faut alors diminuer la dose ou changer d'opiacé. Il faut différencier ces signes de toxicité des effets indésirables habituels transitoires qui surviennent fréquemment avec les opiacés (voir l'article qui suit, intitulé « Les effets indésirables des opiacés : un mal à contrôler »).

Opiacés à longue durée d'action et ajustement progressif

Un mois plus tard, M^{me} Rhumatte vous appelle pour vous demander si elle peut augmenter ses doses d'opiacés, car elle ressent des douleurs plus intenses à toute mobilisation (même

TABLEAU IV

Signes de toxicité due aux opiacés : diminuer la dose ou arrêter le traitement, selon la gravité

- Sédation plus grave, inhabituelle
- Hallucinations, dysphorie, agitation
- Myoclonies
- Confusion grave ou persistante
- Dépression respiratoire : soulignons qu'il est rare qu'un patient qui prend des opiacés depuis plusieurs semaines ait une dépression respiratoire, car une tolérance du centre respiratoire se développe rapidement. Ce phénomène est surtout à craindre chez les patients atteints d'insuffisance rénale et les nouveaux utilisateurs d'opiacés pour qui l'augmentation de la dose a été trop rapide

au bain !). Elle ne semble pas soulagée avec des entredoses de 1 mg d'hydromorphone, mais dit se sentir mieux avec 2 mg. Que lui suggérez-vous ?

De prendre 2 mg ! Lors de la consultation, à votre cabinet ou à domicile, vous allez lui expliquer de nouveau que ses douleurs sont considérées comme chroniques, et qu'il est possible que la dose d'opiacé varie et que ses besoins augmentent, puisque l'arthrose est un processus évolutif.

Pour un patient suivi à domicile ou dans un centre de soins de longue durée, des évaluations infirmières séquentielles et des directives claires sur les motifs pour lesquels vous désirez être appelé permettent de faire un suivi étroit et de qualité sans forcer un grand malade à sortir souvent de son domicile (tableau V)⁹. Le feuillet

TABLEAU V

Traitement aux opiacés : suivi délégué aux infirmières

- **Signes vitaux**, incluant le rythme respiratoire, l'état de conscience et l'état mental.
- **Évaluation de la douleur** (échelle à préciser) et du pourcentage de soulagement.
Objectifs du traitement à préciser. S'assurer que le patient vivant à domicile a en réserve les opiacés nécessaires pour au moins une à deux semaines.
Évaluation de toute nouvelle douleur ou exacerbation à faire avec le feuillet C.L.I.C.H.E.S. (voir l'article sur l'évaluation d'une douleur, dans ce numéro).
- **Selles** : vérifier la fonction intestinale et s'assurer que le patient comprend bien l'ordonnance de laxatifs. Lavement à effectuer au besoin, selon vos directives préalables (acte délégué).
- **Effets indésirables non soulagés** pour lesquels vous voulez être appelé : nausées, vomissements, agitation, etc.
- **Directive claire de vous appeler** si le patient est souffrant, s'il présente des signes d'intoxication aux opiacés ou si des effets indésirables réfractaires se manifestent.

C.L.I.C.H.E.S (voir l'article portant sur l'évaluation d'une douleur, dans ce numéro), un outil de suivi de la douleur, a été créé pour les milieux de soins où l'infirmière n'a pas accès dans l'immédiat à une évaluation médicale (malades à domicile ou dans les centres de soins de longue durée). Ce feuillet vous permet de connaître, par l'intermédiaire de

En règle générale, les paliers sécuritaires d'augmentation des doses d'opiacés pour des patients ambulatoires ne doivent pas dépasser 25 % de la dose quotidienne pour une douleur de légère à modérée ou en cas d'insuffisance rénale, et 50 % de la dose quotidienne pour une douleur intense chez un patient déjà sous opiacés depuis plusieurs semaines.

L'entredose est calculée comme 10 % de la dose quotidienne d'opiacés.

Lors de toute prescription d'opiacés, les signes de toxicité devraient être enseignés au patient et à ses proches.

RÉPÈRES

l'évaluation infirmière, l'état de votre malade, et il peut guider votre décision thérapeutique lors d'une consultation téléphonique. ☎

Date de réception : 3 juillet 2002.

Date d'acceptation : 31 août 2002.

Mots clés : opiacés, passage à un opiacé à longue durée d'action, entre-doses, intoxication aux opiacés, tolérance croisée.

Bibliographie

1. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute and cancer pain. *JAMA* 1995; 274: 1874-80.
2. Collège des médecins du Québec. *Traitement de la douleur : le point sur l'utilisation des narcotiques*. CMQ, décembre 1998.
3. Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. *Management of cancer pain. Clinical Practice Guideline No. 9*. Agency for Health Care Policy and Research Publication n° 94-0592. Rockville, MD : United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, mars 1994.
4. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. *Guide pratique des soins palliatifs*. 2^e éd. A.P.E.S., 1998 : 15. Réédition imminente.
5. Cherny NJ, Chang V, Frager G, et al. Opioid pharmacotherapy in the management of cancer pain: a survey of the strategies used by pain physicians for the selection of analgesic drugs and routes for administration. *Cancer* 1995; 76 (7) : 1283-93.
6. Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal Fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy and quality of life. *J Pain Sympt Manag* 1997; 13 (5) : 254-61.
7. Payne R, Mathias S, Pasta DJ, Wanke LA, Williams R, Mahmoud R. Quality of life and cancer pain: satisfaction and side effects with transdermal Fentanyl versus oral morphine. *J Clin Oncol* 1998; 16 (4) : 1588-93.
8. Vielvoye-Kerkmeier A, Ultendaal M. Transdermal Fentanyl in opioid-naive cancer pain patients; an open trial using transdermal

S U M M A R Y

Safe and efficient opioid treatment. First line opioids most commonly used are morphine, hydromorphone, fentanyl and oxycodone. They can be prescribed in a secure and simple way for both patients with acute and chronic pain. The systematic follow-up of our patients on opioids ensures an adequate and efficient treatment. The general practitioner should be aware of the normal delays of action of each formulation to avoid under or over-treatment of patients.

Key words: opiates, switch to long-acting opioids, in-between doses, opiates toxicity, opiates tolerance.

9. Fentanyl for the treatment of chronic cancer pain in opioid-naive patients and a group using codeine. *J Pain Sympt Manag* 2000 19; (3) : 185-92.
10. Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. *Précis pratique de soins médicaux à domicile*. Edisem/FMOQ, 2000 ; chap 33 : 133-8.
11. Portenoy RK. Chronic opioid therapy in non malignant pain. *J Pain Sympt Manag* 1990 ; 5 ; S 46-62.
12. Latta KS, Ginsberg B, Barkin B, Barkin RL. Meperidine: A Critical Review. *Am J Ther* 2002 ; 9 : 53-68.
13. Breitbart W, et al. An algorithm for dosing transdermal Fentanyl for cancer-related pain. *Oncology* mai 2000 ; 14 (5) : 695-705.
14. Bruera E, Pereira J, Watanabe S, et al. Opioid rotation in patients with cancer pain; a retrospective comparison of dose ratios between methadone, hydromorphone, and morphine. *Cancer* 1996 ; 78 (4) : 852-7.
15. Fallon M. Opioid rotation; does it have a role? *Palliat Med* 1997 ; 11 (30) : 177-8.
16. Mercandante S. Opioid rotation for cancer pain: Rationale and clinical aspects. *Cancer* 1999 ; 86 (9) ; 1856-66.
17. Pereira J, et al. Equianalgesic dose ratios for opioids: A critical review and proposals for long-term dosing. *J Pain Sympt Manag* 2001 ; 2 : 672-87.



Médecins omnipraticiens
**Avez-vous
déjà vu ce programme ?**

(Ensché avec le présent numéro de la revue.)

