

Les traitements antalgiques chez la personne âgée

Dr Nagi MIMASSI

CHU Brest

Nagi.mimassi@chu-brest.fr

Avril 2010

La douleur chronique de la personne âgée est fréquente

Maladie indésirable avec:

Rentissements fonctionnels

Frustration, anxiété, dépression, agressivité.

Tendance au renforcement

Identification difficile

Soins prolongés, peu rentables

Evolution prolongée , Isolement social

But des soins = contrôle des douleurs et la sphère psychosociologique

Education thérapeutique

Succès modestes si les soins ne considèrent pas l'ensemble:

BIO-PSYCHO-SOCIOLOGIQUE

Personne âgée

Les opioïdes forts sont prescrits pour lutter contre les douleurs des maladies cancéreuses ou non cancéreuses.

Savoir évaluer les douleurs (et répéter cette évaluation)

Savoir expliquer d'emblée que la prescription d'un opioïde fort est faite pour soulager une douleur intense, la dépendance psychique (besoin incontrôlé de prendre une substance) est exceptionnelle quand la prescription médicale est courte.

Titrer pour démarrer le traitement et **arrêter** progressivement

OMS: palier deux = paracétamol 500 + 50-100mg de tramadol

L'augmentation du nombre de personnes âgées et la fréquence de la douleur dans cette tranche d'âge rendent indispensable la connaissance des principes

La co-praxomol (Di-antalvic) comporte 400mg de paracétamol et 30mg de Dextropropoxyphène chlorhydrate.

Zaldiar et Ixprim=325 mg de paracétamol+ 37,5 mg de tramadol

50 mg de tramadol= 3 à 4 grammes de paracétamol/j

Rôle de l'entourage

Chez le sujet âgé comme en pédiatrie, le rôle de l'entourage, médiateur de la douleur au quotidien, est fondamental.

C'est l'entourage qui :

- favorise l'observance thérapeutique,**
- recueille la plainte du patient**
- apprécie le retentissement sur la vie de tous les jours.**

L'absence d'entourage est bien sûr un élément péjoratif de morbidité, en particulier dans la douleur chronique.

La créatinine sanguine étant un mauvais reflet de la fonction rénale du sujet âgé (car elle est également influencée par la masse musculaire qui diminue avec l'âge), c'est le calcul de la clairance de la créatinine (CC) à l'aide de la formule de Cockcroft et Gault qui doit être utilisé :

Chez l'homme :

$$CC = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids en kg}}{0.81 \times \text{créatinine en } \mu\text{mol/l}}$$

(x 0,85 chez la femme)

**6 di-antalvic = 6 efferalgan
codéiné = 6 Temgésic = 60mg
morphine = durogésic 25µg/h**

**Chez la personne âgée, pour avoir une idée *plus ou moins* correcte de la dose d'opioïdes forts nécessaires pour la journée pour des douleurs chroniques, faire la soustraction
100-âge du patient = dose quotidienne en mg.**

Traitements adjuvants

Gérer le psychologique

lono sanguin et clairance créatinine

Gérer le sociologique:
notamment l'abandon et la solitude

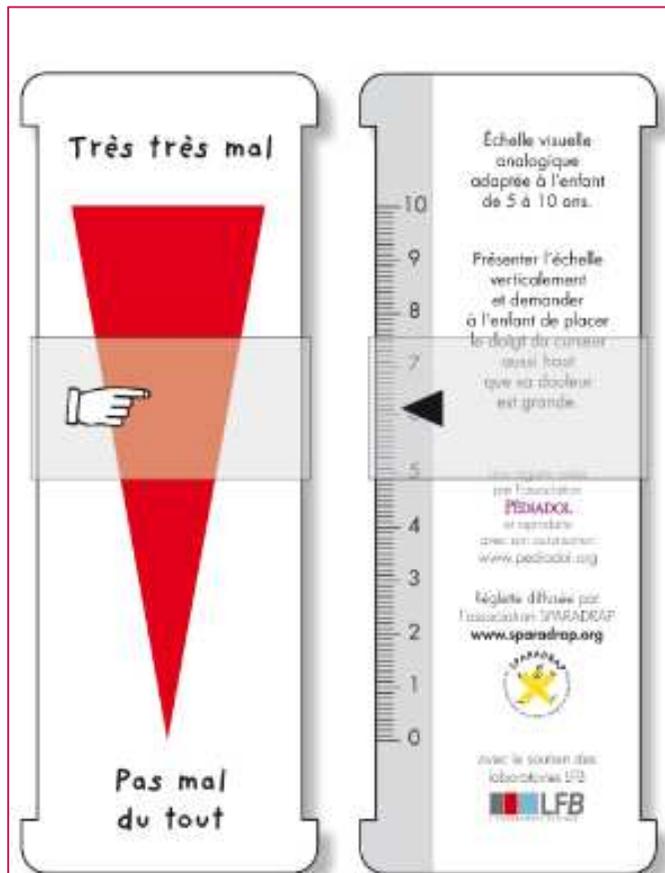
Les gestes locaux

Les gestes locaux sont très utilisés et permettent d'éviter les thérapeutiques par voie générale, notamment dans les atteintes ostéo-articulaires :

- infiltrations intra-articulaires,
- articulaires postérieures,
- épidurales (lombosciatiques),
- costo-transversaires,
- foraminales, intradiscales (hernies discales)
- intrathécales (canaux lombaires étroits).

Se méfier des décompensations de diabète et d'hypertension dans les suites d'une infiltration de dérivés corticoïdes.

Une hospitalisation pour surveillance peut parfois être nécessaire chez les sujets à risque .



Echelle visuelle analogique

Questionnaires :

Impact sur la vie quotidienne

Travail, loisirs, mobilité
emplettes, ménage,
habillage, toilette, sommeil,
concentration, rencontres.

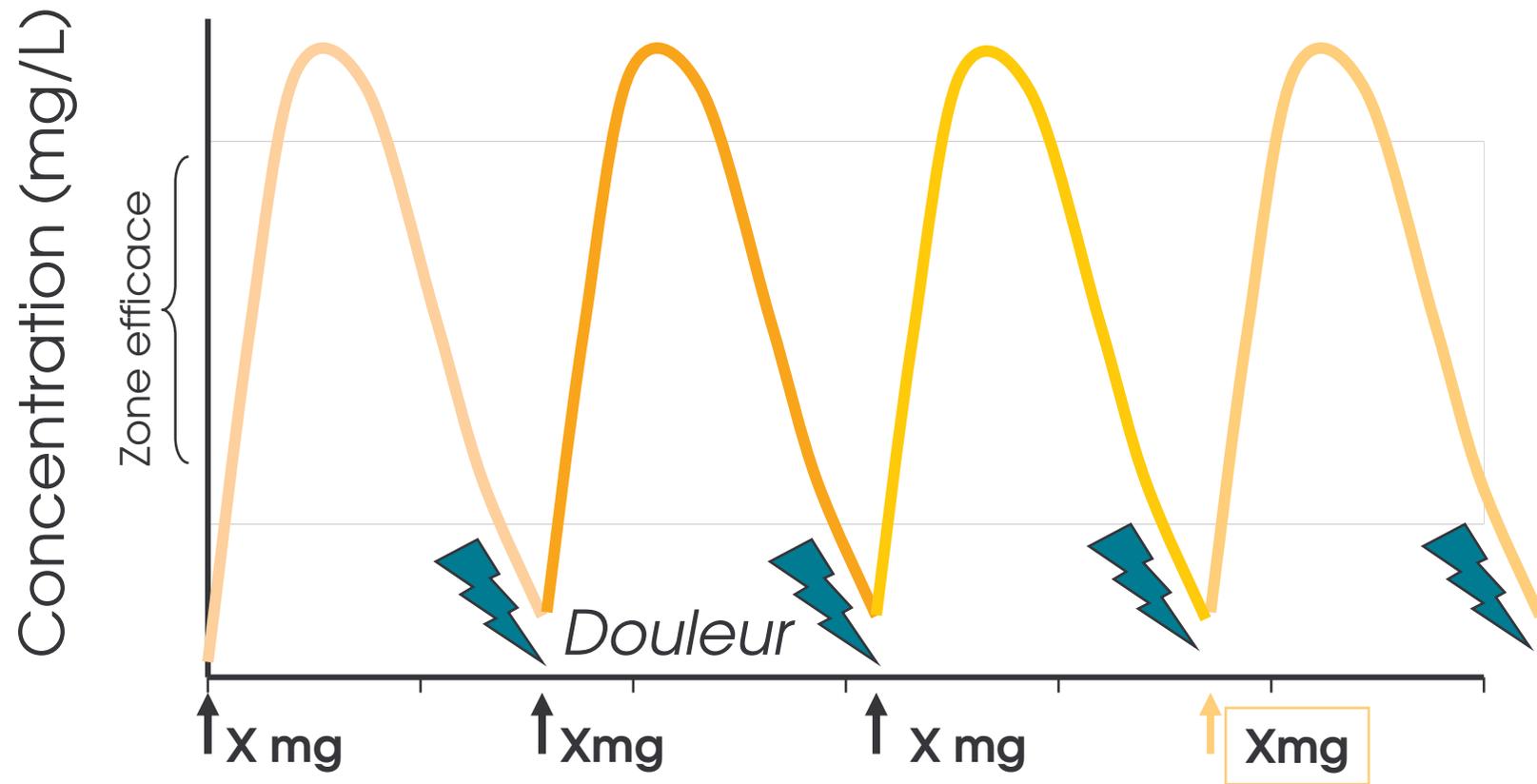
Qualité de vie: SF36

HADS

HAMILTON

Consommation d'analgésiques

Le traitement antalgique se prend régulièrement et pas en cas de douleurs



Les conséquences des douleurs chez la personne âgée

Perte de fonction :

- ↓ exercice, autonomie
- Immobilité, hypotrophie, encombrement, thrombose, troubles métaboliques, immunitaires, rénaux...
- Insomnie, fatigue, difficulté de concentration, troubles cognitifs, confusion

Retrait, déconditionnement, démotivation, dépression

Polypharmacie irrationnelle, coûts

Chronicisation des douleurs (cercles vicieux)

DOULEURS CHRONIQUES CHEZ PERSONNE AGEE

- 67% des personnes âgées après 65 ans présentent des douleurs chroniques.
- Les douleurs sont exprimées par la PA comme sévères dans 1/3 des cas.
- 80% des fins de vie sont douloureuses
- Attention particulière à la douleur dans la démence.**
- Les étiologies sont multiples –aigues et chroniques-:
 - du fécalome douloureux aux douleurs musculaires notamment des ischio-jambiers et des extenseurs du rachis aux douleurs articulaires, douleurs artéritiques, douleurs à dysfonctionnement des fibres fines, escarres, plaies cutanées,
- L'abandon familial accentue la plainte douloureuse.
- Prévalence de 67% des douleurs mixtes (nociceptive et neuropathique)
- la douleur cancéreuse.
- L'Insuffisance cardiaque terminale est une douleur peu connue, très sous-estimée et fréquente en gériatrie.

Étiologies de la douleur chronique chez les sujets âgés

Davis, Hiemenz et White (2003).

Affections douloureuses plus spécifiquement gériatriques : zona, artérite temporale, pseudo-polyarthrite rhizomélique, chondrocalcinose et artérite des membres inférieurs.

Affections ostéo-articulaires : arthrose, polyarthrite, tassements vertébraux.

Douleurs neuropathiques : diabète, douleur post-herpétiques, fibres fines.

Douleurs viscérales : digestives basses, ulcères gastro-duodénaux.

Douleurs de l'insuffisance cardiaque

Cancers et métastases dont l'incidence augmente avec l'âge.

Situations de fin de vie souvent génératrices de douleur.

Douleurs neuropathiques du sujet âgé

Atteintes périphériques : diabète, polynévrites toxiques carencielles ou iatrogènes, polynévrites néoplasiques, douleurs des membres fantômes, douleurs des fibres fines des membres inférieurs.

Atteintes centrales : séquelles d'accidents vasculaires cérébraux surtout thalamique (hémorragique, réalisant le syndrome de Déjerine-Roussy, ou ischémie lacunaire) ou bulbaire se traduisant par un syndrome de Wallenberg.

Douleurs au cours de la maladie de Parkinson évoluée dans 50 % des cas ou secondaires aux conséquences rhumatologiques de l'affection (anomalies posturales, algodystrophie de l'épaule, déformations des membres, immobilisation).

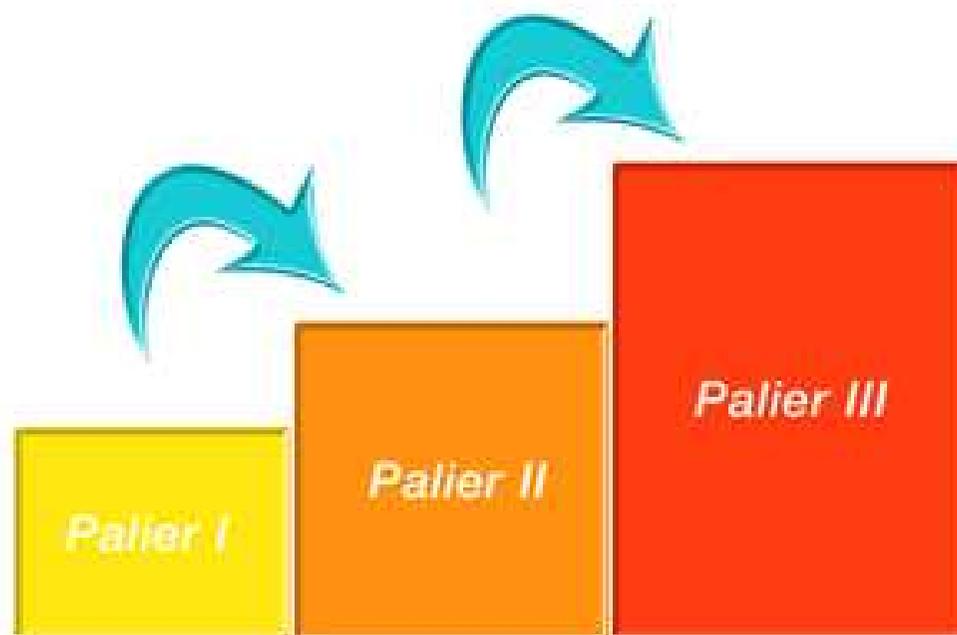
OBJECTIF: LE SUPPORT BIO-PSYCHO-SOCIOLOGIQUE

**Réduire les douleurs de repos
Permettre un sommeil de bonne qualité.**

**Réduire le handicap fonctionnel.
Conserver l'autonomie et éviter les médicaments sédatifs.**

**Traiter l'anxiété, l'angoisse et la dépression réactionnelle.
Lutter contre l'abandon familial et la solitude.**

UTILISATION DES OPIOIDES FORTS CHEZ PERSONNE AGEE



Limites et barrières aux soins contre les douleurs chez les sujets âgés

Weiner (2002)

Barrières liées aux soignants :

- absence d'enseignement spécifique ;
- peur des effets des opioïdes ;
- croyance que la douleur est un élément lié au vieillissement et ne peut être traité ;
- manque de connaissance pour évaluer la douleur chez les patients avec déficit cognitif.

-Barrières liées aux patients et à leur famille :

- peur des effets secondaires des médicaments ;
- peur de l'addiction ;
- peur d'être considéré comme un mauvais patient si l'on se plaint de douleurs ;
- fatalisme lié à la vieillesse. Abandon familial

-Barrières liées soins :

- manque d'éducation thérapeutique- coût ;
- durée des soins ;
- croyances liées aux morphiniques.

La stratégie thérapeutique

Elle s'adapte à la réponse analgésique obtenue-importance de l'évaluation) : si la douleur n'est pas supprimée par un analgésique non morphinique, un opioïde fort sera la prochaine étape logique.

MAIS, dans certains cas, la prescription d'un opioïde fort s'impose d'emblée devant l'intensité des douleurs et leur étiologie.

Le traitement est continu et « préventif » « La dose suivante du médicament doit être donnée avant que l'effet de la précédente ne se soit dissipé, donc avant que le patient en éprouve la nécessité. C'est le seul moyen de supprimer le souvenir et la crainte de la douleur.

Le médicament est donné à des intervalles réguliers selon un « horaire fixe ».

- Il faut **proscrire** les traitements à la demande.

- Il faut **régulièrement réévaluer** le diagnostic, les douleurs et l'efficacité du traitement.

Palier I

Les AINS (utilisation devra être très restreinte, et limitée dans le temps) sont habituellement réservés aux douleurs de type inflammatoire avec une coprescription d'un protecteur gastrique type inhibiteur de la pompe à protons. Leur utilisation reste très importante et concernerait plus de 50 % des patients douloureux de plus de 75 ans, malgré les risques iatrogènes importants.

La fonction rénale et la pression artérielle doivent être surveillées régulièrement. Eviter les formes retardés, l'association aux diurétiques et IEC, ainsi qu'aux antivitamines K et à l'aspirine.

Il ne faut pas prescrire de forme injectable ou rectale au long cours.

Se méfier des risques d'hémorragie digestive basse ou de perforation chez les sujets porteurs d'une diverticulose colique, risque non prévenu par les traitements anti-ulcéreux.

Les inhibiteurs sélectifs comportent moins de risques gastro-duodénaux qui doivent être mis en balance avec un risque cardiovasculaire accru et une toxicité générale similaire à celle des AINS classiques.

Utilisation dans les douleurs cancéreuses, notamment osseuses, est très intéressante en association avec les morphiniques.

Le Palier I

Personne âgée

Eviter l' association anti-inflammatoires non stéroïdiens et paracétamol

-cette association augmente le risque digestif haut comparativement à chacun des deux traitements pris séparément

- Eviter la prescription de **produits effervescents à cause de l'apport** en sel.

-la co-prescription d'IPP avec l'association AINS et paracétamol protège contre les effets indésirables au niveau du tube digestif haut mais pas au niveau du tube digestif bas.

Médicaments de palier II (lire le travail de TAVASSOLI Neda,2009)

Codéine, dextropropoxyphène, tramadol sont très utilisés chez le sujet âgé.

Faire attention à l'équianalgésie.

Ces traitements doivent être utilisés avec prudence, avec des règles proches de celles observées pour le palier III.

Ils exigent une titration.

La constipation sera systématiquement prévenue comme pour les antalgiques de palier III.

Les nausées, vomissements, somnolences et confusion sont fréquentes et dans cette classe de médicaments, c'est **la codéine** qui est la moins mal supportée. (**Codéine < Dextropropoxyphène < Tramadol**)

Attention aux formes retards, notamment de **tramadol**, qui peuvent s'accumuler chez le sujet âgé. Préférer la forme solution.

Le tramadol serait intéressant dans le cas de douleurs neuropathiques, de par ses propriétés antalgiques monoaminergiques.

Le tramadol est une molécule facile à utiliser chez la personne âgée (préférer la forme solution) et **titrer** (1 mg/kg/jour) en début de prescription.

Utiliser l'association **Paracétamol-Codéine** comme l'association **Opiode fort avec Paracétamol**. Cette association limite le développement des effets secondaires des opiacés et est très utile dans le traitement des douleurs mixtes.

Devant les douleurs sévères:

- **Savoir expliquer** qu'un opioïde fort n'est pas un traitement de fin de vie. Un opiacé ne préjuge pas de la gravité de la maladie sous-jacente mais de l'intensité de la douleur à traiter.

- Utiliser les opioïdes forts. Certes il faut penser à la fois : **soulager le patient et éviter les effets secondaires**: constipation, nausées, vomissements, rétention urinaire, somnolence, confusion..

Comment: par la titration, par anticipation des effets secondaires, par la surveillance de l'iono sanguin et de l'état d'hydratation (attention à l'hypovolémie), par l'analyse des autres traitements pour éviter l'iatrogénie et par la bonne connaissance du dossier clinique du patient.

Avec les médicaments du palier II, faut prévenir la constipation, les nausées-vomissements, la somnolence et la confusion.

Le PALIER II

Paracétamol +codéine < Paracétamol+Dextropropoxyphène

<Paracétamol+Tramadol

Palier III

Savoir dédramatiser les opioïdes, savoir les utiliser pour mieux les prescrire

dose de opioïde fort par jour= 100-âge du patient (pense bête intéressant)

Les opioïdes forts (palier III) sont utilisés plus fréquemment chez les sujets de plus de 85 ans (16 %) que chez ceux de 70 à 85 ans (6 %).

Le recours aux opioïdes forts est à développer, avec certaines précautions, mais la sécurité de ces traitements est supérieure à celle des AINS.

On débute par de très faibles doses en privilégiant **l'analgésie balancée** et les formes orales (par exemple : 5 mg de sulfate de morphine ou d'oxycodone matin et soir pour commencer, associées au paracétamol).

Pour les opioïdes forts et la morphine en particulier, la surveillance des effets secondaires chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit se concentrer sur les effets respiratoires et neuropsychiques.

Parmi les autres effets secondaires, la constipation doit être systématiquement et précocement prévenue, et la rétention d'urines recherchée.

L'opioïde fort (Palier 3 : douleur intense, résistante aux produits des paliers inférieurs).

L'opioïde fort est un médicament efficace et bien toléré.

La prescription doit être expliquée au patient et surtout à l'entourage.

-« **La dépendance psychologique** n'est pas observée chez les malades douloureux sous opioïdes forts par voie orale.

-**L'accoutumance aux opioïdes forts prescrits dans un but antalgique** est lente à se développer, et rarement gênante dans les faits ».

-**Il n'y a pas de risque de toxicomanie**; il est simplement nécessaire de diminuer progressivement les doses afin d'éviter un syndrome de sevrage lors de son arrêt.

-**La dépression respiratoire** n' est pas un problème pour les patients traités par un opioïde fort par voie orale au long cours.

L'approche thérapeutique proposée permet de supprimer les douleurs permanentes des pathologies cancéreuses ou non cancéreuses dans 90 à 95 % des cas. Il peut persister des douleurs à la mobilisation.

Ne jamais oublier les traitements adjuvants.

L'implication sociologique de la famille.

Les produits de palier III

-ne sont pas réservés aux douleurs de fin de vie.

-C'est l'intensité de la douleur qui justifie leur utilisation.

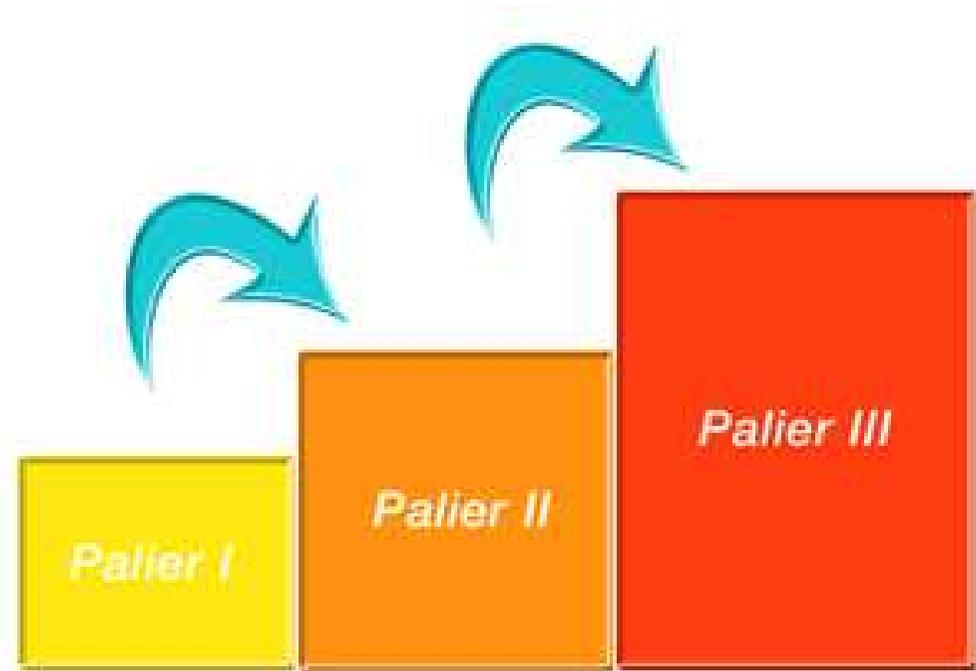
Il est impératif de titrer pour débiter par des dosages faibles et éviter la confusion, les hallucinations et troubles cognitifs, fréquents à cet âge.

-Pour l'opioïde à libération immédiate, la posologie initiale recommandée est de 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures avec un intervalle minimal de 8 heures entre deux majorations de doses (+ 25 à 50 %).

-Pour éviter une prise nocturne, il est licite de doubler une dose de début de nuit.
- La prise suivante se fera alors 8 heures plus tard.

-Pour l'opioïde LP, la dose initiale sera généralement de 5 mg toutes les 12 heures. Si un opioïde fort à libération immédiate a été utilisé pour rechercher la dose nécessaire, on répartit la même dose en 2 prises espacées de 12 heures.

OPIOIDES FORTS CHEZ PERSONNE AGEE



Les traitements adjuvants - Le soutien familial

Modalités de prescription

La prescription d'opiacés nécessite l'utilisation **d'ordonnances sécurisées.**

La prescription est rédigée en **toutes lettres**, même les chiffres indiquant la posologie.

Les opiacés retards, les opiacés simples administrés par voie orale ou le fentanyl transdermique : peuvent être prescrits pour une durée de **28** jours.

28 jours pour un opiacé oral à action immédiate.

7 jours pour les opiacés injectables .

Il faut savoir utiliser une forme d'opiacé à libération prolongée en monoprise quotidienne qui est disponible: le ***Kapanol LP***, (gélules dosées à 20, 50 et 100 mg qui peuvent être ouvertes).

Cette forme est adaptée aux douleurs stables dont on connaît déjà la dose de opioïde fort efficace, surtout chez le sujet très âgé pour qui la progression posologique doit toujours se faire avec prudence.

Dose initiale de morphine à libération immédiate (LI)

Pour un patient de 73kgs, naïf de dérivés morphiniques :

1-Chez la personne âgée ou la personne fragile (>70ans, insuffisance viscérale, mauvais état général, hypoprotidémie) : demi-dose ou moins selon la formule approximative: **100- âge du patient.**

2- on utilise une forme orale.

En fin de vie

En supprimant la douleur, l'opioïde fort restaure la capacité de s'alimenter, supprime l'épuisement par insomnie et atténue l'angoisse.

L'opioïde fort agit comme un véritable traitement de la maladie seconde, faite de dénutrition et d'effondrement psychologique, qui trop souvent contribue à rendre plus désespérantes encore les dernières semaines d'un cancéreux et à accélérer sa fin.

Les formes solution: Morphine, Oramorph, Oxycodone

MORPHINE (CHLORHYDRATE) 10 mg 1 ml (10 mg/ml) : solution injectable ; ampoules de 1 ml
MORPHINE (CHLORHYDRATE) 20 mg 1 ml (20 mg/ml) : solution injectable ; ampoules de 1 ml
MORPHINE (CHLORHYDRATE) 50 mg 5 ml (10 mg/ml) : solution injectable ; ampoules de 5 ml
MORPHINE (CHLORHYDRATE) 100 mg 5 ml (20 mg/ml) : solution injectable ; ampoules de 5 ml

ORAMORPH 10 mg/5 ml : morphine sulfate ampoule buvable ; 5 ml
ORAMORPH 20 mg/ml : mor sulf sol buvable ; flacon compte-gouttes de 20 ml
ORAMORPH 30 mg/5 ml : mor sulf sol buvable ; boîte de 10 unidoses de 5 ml
ORAMORPH 100 mg/5 ml : mor sulf sol buvable ; boîte de 10 unidoses de 5 ml

OXYNORM 10mg/ml sol inj : Amp/1ml
OXYNORM 10mg/ml sol inj : Amp/2ml
OXYNORM 50mg/ml sol inj : Amp/1ml
OXYNORM 200mg/20ml sol inj: Amp/20ml

Opioides forts à libération immédiate

-Oxynorm *ORO*

-Oxynorm gélules

-Acti-skénan

-Sevredol

-Effentora

-Instanyl

-Actiq

-Abstral

Ouverture des gélules est possible pour le Skénan LP ou pour l'acti skénan

Les patchs de Fentanyl:

DUROGESIC

MATRIFEN

RATIOPHARM FENTANYL

OXYCODONE

- OXYCONTIN LP 5 mg : comprimé à libération prolongée (bleu)
- OXYCONTIN LP 10 mg : comprimé à libération prolongée (blanc)
- OXYCONTIN LP 20 mg : comprimé à libération prolongée (rose)
- OXYCONTIN LP 40 mg : comprimé à libération prolongée (jaune)
- OXYCONTIN LP 80 mg : comprimé à libération prolongée (vert)
- OXYCONTIN LP 120 mg : comprimé à libération prolongée (violet)

SULFATE DE MORPHINE : Skénan gélule

10 mg ; 30 mg; 60 mg; 100 mg; 200 mg

SULFATE DE MORPHINE : MOSCONTIN comp

- MOSCONTIN LP 10 mg : comprimé à libération prolongée
- MOSCONTIN LP 30 mg : comprimé à libération prolongée
- MOSCONTIN LP 60 mg : comprimé à libération prolongée
- MOSCONTIN LP 100 mg : comprimé à libération prolongée
- MOSCONTIN LP 200 mg : comprimé à libération prolongée

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 : Par os : 40 min, SC : 20 min, IV : 10 min.
 1 morphine orale = 1/2 à 1/3 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 5 - Janvier 2010
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble
 coordination.support@chu-grenoble.fr - soins.palliatifs@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 du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus		
Mosecontin cp LP Skénan gel LP 10 - 30 - 60 100 - 200 mg	Actiskénan gel LI 5 - 10 - 20 - 30 mg Sévéral cp LI 10 - 20 mg Dramorph sol buv unitaire LI 10 - 30 - 100 mg/5ml		Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		OxyContin cp LP 5 - 10 - 20 - 40 - 80 - 120 mg	Targinact* (oxycodone/ naloxone) cp LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg OxyNormDRO cp orodispersible LI 5 - 10 - 20 mg	Dose par 24 heures		Dose par 24 heures		OxyNorm sol inj amp 10 - 20 50 - 200 mg	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Duragésic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Mitrifen patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg Actiq appl. buccal 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg	
	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6				1/10	1/6	1/10	1/6					1/10
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	10	1	1,5	6,5	0,5	1			
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	15	1,5	2,5	10	1	1,5			
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	30	3	5	20	2	3	8		
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	45	4,5	7,5	30	3	5	12		
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	60	6	10	40	4	7	16		
150	16	27	80	8	13	53	5	9	80	80	8	13	53	5	9	20		
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	80 + 10 ^a	9	15	60	6	10	24		
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	80 + 20 ^a	10	17	67	7	11	28		
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	80 + 40 ^a	12	20	80	8	13	32		
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	80 + 60 ^a	14	23	93	9	16	36		
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	80 + 70 ^a	15	25	100	10	17	40		
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	80 + 100 ^a	18	30	120	12	20	48		
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	80 + 120 ^a	20	33	133	13	22	56		
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	80 + 160 ^a	24	40	160	16	27	64		
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	80 + 180 ^a	27	45	180	18	30	72		
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	80 + 220 ^a	30	50	200	20	33	80		
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	80 + 280 ^a	36	60	240	24	40	96		
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	80 + 370 ^a	45	75	300	30	50	120		
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	80 + 420 ^a	50	83	333	33	56	144		

* à paraitre. ** Dose de supplément = 1/5 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par le même voie. LP = Libération prolongée - durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate - durée d'action 4 à 6h.
 A. Au-delà d'une dose de 80 mg par 24h, l'augmentation de la posologie se fait en associant OxyContin LP à Targinact.

Insuffisance rénale

-un iono sous le coude

-**titrer**

-**adapter**: fréquence traitement-état clinique-évaluation des douleurs

-**adapter dose et résultats**

Insuffisance respiratoire (et malgré la titration),

-**surveiller la fréquence respiratoire**

-vous avez des doutes en ce qui concerne la somnolence, **utiliser les traitements adjuvants et diminuer l'opioïde fort.**

Prescrire un opioïde fort = un soin clinique régulier

Opiïdes forts et antidépresseurs

-augmentation du risque de confusion, de constipation

Opiïdes forts et pathologie uréthro-prostatique:

-risque de rétention urinaire

Opiïdes et constipation: le grand problème

-rechercher et soigner une constipation ou un syndrome occlusif avant et pendant le traitement

Opiïdes et hypothyroïdie: savoir la reconnaître

-prudence-titration et surveillance clinique

Mais malgré tous ces effets secondaires, il ne faut pas, devant des douleurs sévères , priver une personne âgée de son traitement.

L'examen physique clinique doit être toujours pratiqué chez une personne âgée.

L'évaluation de la douleur comme de l'état psychologique complètent l'examen physique.

-Devant une PA , deux réflexes: **la douleur et l'iatrogénie médicamenteuse**

-un **iono sanguin** est toujours sous le coude. Vérifier fonctions rénale et hépatique.

-Les **traitements adjuvants**

-les domaines psychologique et sociologique. Ce n'est pas au soignant seul d'intervenir. La famille doit assurer son soutien. Un soignant soigne. La famille prend en charge.

-Analyser les publications sur les médicaments: ***ont-ils été expérimentés chez la personne âgée?***

La dose utile de morphine est facilement et plus rapidement déterminée :

TITRATION.

On utilise un opioïde fort à action immédiate.

POURQUOI LA TITRATION?

Parce que dans le cadre des douleurs chroniques, on ne prescrit jamais un opioïde fort sans titration. La titration permet d'éviter un grand nombre d'effets secondaires, l'observance du traitement et un bon résultat antalgique.

Par ailleurs, la titration permet:

- 1**-Evaluation régulière (au minimum toutes les 4 heures) de l'intensité de la douleur et de la tolérance du traitement.
- 2**-Adaptation plus rapide des posologies en fonction de la réponse clinique et faible risque d'accumulation du produit et donc moins d'effets secondaires.
- 3**-Passages fréquents du personnel ce qui contribue au soutien psychologique du malade douloureux.

Il ne faut pas oublier que toute personne âgée est « **un insuffisant rénal modéré qui s'ignore** ». Comme le rein joue un rôle essentiel dans l'élimination des opioïdes forts, notamment dans celle du métabolite actif de la morphine, le morphine 6 glucuronide, les doses utilisées sont très souvent inférieures à celles de l'adulte jeune et l'augmentation des doses doit se faire plus lentement.

TITRATION.

Actuellement extraordinairement facilitée.

Nous disposons d'une large offre de produits qui permet une titration facile.

**(pour avoir une idée *plus ou moins* correcte faire la soustraction :
100-âge du patient = dose quotidienne en mg**

Si la douleur n'est pas totalement contrôlée après deux prises, on augmente la dose en respectant la progression suivante: 2.5, 5, 7.5, 10 mg, 15 mg, (doses les plus fréquentes).

Débuter un traitement par un opioïde fort de façon prudente et progressive, il n'existe pas de dose maximale à ne pas dépasser chez la personne âgée: **c'est l'intensité de la douleur qui détermine la dose efficace et bien connaître le patient.**

Dose totale par jour (100-âge du patient) = de 15 à 30 mg par jour.

1- soit en utilisant une forme orale de *sulfate de morphine* à libération rapide *comprimés sécables de Sevredol 10 et 20mg, ou gélules d'Actiskénan 5,10,20,30mg*), ou d'oxycodone : *oxynorm oro: 5,10 et 20mg*.

Chez la personne âgée, il faut commencer par de faibles doses, de 2,5 à 5 mg par prise (1/2ml ou 1ml).

La posologie est augmentée progressivement jusqu'au contrôle de la douleur, en respectant un intervalle de 8 à 12 heures entre 2 majorations des doses.

Si les douleurs sont intenses et aiguës, il faut redonner la même dose qu'au départ.

2- soit avec la solution de morphine chlorhydrate ***chlorydrate de morphine*** ou ***Oramorph solution buvable 10mg /100ml*** ou ***Oxynorm solution, amp à 10mg*** administrée per os toutes les 4 heures (car sa durée d'action n'excède pas 4 heures).

Chez la personne âgée, il faut commencer par de faibles doses, de 2,5 à 5 mg par prise (1/4 à 1/2 ampoule à 10 mg), soit 15 à 30 mg par jour .

Lorsque la dose globale de chlorhydrate de morphine ou d'oxycodone a pu être établie et s'avère efficace, il est possible de convertir cette dose quotidienne en sulfate de morphine, dose pour dose: 10 mg de chlorhydrate de morphine toutes les 4 heures = 60mg de chlorhydrate de morphine par 24 heures = 30 mg de sulfate toutes les 12 heures.

L'absorption digestive est moins régulière pour les formes à libération prolongée, d'où parfois des difficultés d'ajustement posologique.

Titration de l'opioïde fort par voie orale

(ou sous cutanée si voie orale et intraveineuse impossibles) chez l'adulte naïf d'opioïdes forts : dose initiale et entretien

Approche de soins.

- Information du patient et de son entourage.
- Surveillance toutes les h jusqu'à efficacité antalgique puis toutes les 4h : EVA, fréquence respiratoire, échelle de sédation et effets indésirables, imprégnation morphinique (myosis)
- Avoir à disposition un **kit Naloxone**

- Après échec antalgique de palier I ou II ou EVA d'emblée > à 6 ou 60
- Toujours sur **prescription médicale datée et signée** ou protocole écrit validé.

- Précision de la dose initiale et de la dose prévue pour la journée (1mg/kg/j habituellement) mais chez PA obligatoirement adaptation en fonction de l'âge ex: **(100- âge du patient)** et de l'état clinique.(Examen clinique, état de la conscience, les autres traitements, Iono sanguin: fonctions rénale et hépatique).

Adaptation après évaluation à 1h :

- **Efficace** (EVA < 3 ou 30) : dose initiale renouvelée toutes les 4h
- **Inefficace** (EVA > 3 ou 30) : donner 1/6 de la dose de la journée toutes les heures jusqu'à efficacité (interdose) sans dépasser 4 prises successives en 4h

La somme de la dose initiale et des interdoses sur les 4 premières heures ayant entraîné une EVA < 3 ou 30 sera répétée toutes les 4h.

Exemple : H0 : 5mg; mais le patient n'est pas soulagé,
à H1, je prescris : 5mg mais le patient n'est pas soulagé
à H2, je prescris: 5mg et là le patient est soulagé, j'attends 4 heures (demi-vie du produit) et à H6 : je prescris la dose de départ et la somme des doses des interdoses c à d 15mg que je renouvelle ensuite toutes les 4h.

- **Intolérance** : si intolérance à la morphine, utilisation de l'oxycodone sous forme LI (**Oxynorm**°) ou LP (**Oxycontin LP**°) ou **inversement**

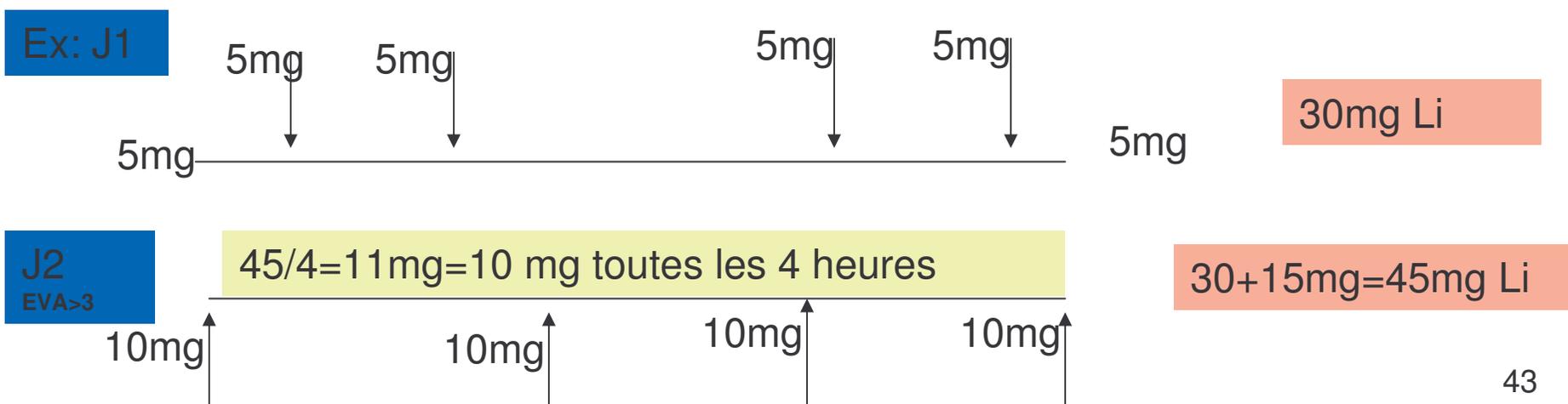
Relais :

en fin de période de titration, la dose totale de morphine reçue sur 24h sera convertie en dose de morphine à libération prolongée ou d'un autre opioïde fort quotidienne donnée toutes les 12h, 24h ou 72h selon le produit retenu (cf Table pratique d'équianalgésie).

Des interdoses de morphine à libération immédiate seront toujours possibles à titre de bolus et selon la règle de 1/6 à 1/10 de la dose quotidienne, et accessibles toutes les 4 h.

Ajustement :

- Si EVA > 3 ou 30 et plus de 3 ou 4 interdoses dans 24h, l'augmentation de dose se fait à hauteur de 50% de la dose totale quotidienne.
- Si EVA < 3 ou 30, répétition du schéma à l'identique.



Si les formes à libération prolongée sont utilisées d'emblée-ce qui n'est pas orthodoxe sur le plan pharmacologique-, il est préférable de débiter par une analgésie balancée avec 5mg LP toutes les 12 heures et 3grammes de paracétamol, puis d'adapter progressivement la posologie en fonction de l'efficacité donc de l'évaluation.

Pour les malades ayant des difficultés à avaler ou porteurs d'une sonde naso-gastrique, on utilise:

- **oxynorm oro, Actiq, Effentora, Abstral, Instanyl**
- **les gélules de *Skenan, d'oxynorm*, peuvent être ouvertes.**
- **Pour les formes solution:** tout ce qui est injectable est buvable.

Principes généraux conditionnant les prescriptions :

1 - vérifier constamment les paramètres biologiques : iono sanguin, créatinine, Cocqkroft

2 - donner le bénéfice du doute au malade, c'est-à-dire toujours croire ce qu'il exprime: la plainte.

Devant la plainte, on soigne , on évalue ensuite et surtout on fait appel au psychologue.

3- se renseigner sur les traitements déjà prescrits et leur efficacité.

4- privilégier toujours la voie orale lorsqu'elle est possible ;

5- ne jamais prescrire d'antalgique « à la demande » en cas de douleurs chroniques.

6 – ne jamais prescrire sans évaluer et évaluer régulièrement l'efficacité du traitement antalgique afin, si nécessaire, d'adapter les posologies.

7 - quand la dose d'opiacé fort ne soulage pas, il faut comprendre pourquoi avant d'augmenter la dose.

8- l'accoutumance aux opiacés forts prescrits dans un but antalgique ne se développe pas si la titration est correctement faite et aux doses utilisées

9 - si troubles de la déglutition : il y a des alternatives.

10 - la somnolence est fréquente en début de traitement

11- prévenir (donc traiter) aux douleurs lors des mobilisations.

12- prévenir (donc traiter) les douleurs lors de transfert pour examens, consultations, soins..

13- Il faut tenir compte des modifications du métabolisme des médicaments avec l'âge et du risque d'interactions médicamenteuses directement lié à la polymédication.

14-La diminution de la masse maigre, au profit du tissu adipeux, est responsable d'un risque d'accumulation des substances liposolubles comme les benzodiazépines ou le fentanyl.

15-L' altération de la fonction rénale peut avoir des conséquences sur l'élimination des opioïdes forts. Il est indispensable d'évaluer cette fonction avant et pendant toute prescription.

C'est **l'intensité de la douleur** qui conditionne la prescription de l'opioïde fort et non la pathologie en cause.

1-Chez les sujets âgés dont l'état général est altéré ou non, une posologie initiale de 5 mg, voire de 2,5 mg est utilisée. Nous disposons actuellement de **l'oxynorm oro 5mg, de l'oxynorm solution** (chlorhydrate d'oxydone): **10 mg/ml, solution**. C'est dire que la titration est extraordinairement facilitée.

(injectable=buvable)

Si la douleur n'est pas totalement contrôlée après deux prises, on augmente la dose en respectant la progression suivante: 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg (doses les plus fréquentes), 45 mg, 60 mg toutes les 4 heures.

La dose utile d'opioïde fort est facilement et plus rapidement déterminée par **la soustraction 100-âge du patient = dose approximative quotidienne en mg (une indication)** . La titration reste la méthode indiquée.

Quand la voie orale n'est pas possible :

- Troubles de la déglutition**
- Vomissements**
- Occlusions intestinales ou constipation sévère malgré un traitement adapté.**
- Troubles de la conscience.**

L'opioïde fort peut être le Fentanyl transmuqueux : *Actiq* ou oral *Oxynorm oro* ou *d'autres formes notamment les solutions.*

La voie sous cutanée

L'injection sous-cutanée est facile à réaliser, c'est une forme habituelle d'administration de médicaments pour les infirmières et pour l'entourage du patient.

L'opioïde fort peut être administré par **voie sous cutanée continue**. Les doses doivent être **diminuées de moitié** par rapport à celles utilisées per os .

L'administration sous-cutanée peut aussi être discontinue: une injection toutes les 4 heures à l'aide d'un butterfly qui reste en place entre deux administrations (cela évite au malade d'être « piqué » toutes les 4 heures) ou continue à la seringue électrique.

Cette voie peut être optimisée par l'utilisation du cathéter court sous cutané.

La voie intra-veineuse

-peu utilisée chez les sujets âgés.

C'est une solution souvent utile chez les PA qui ont un mauvais état veineux ou présentent des troubles cognitifs, incompatibles avec une perfusion IV continue.

La forme intra-veineuse continue est utilisée (pousse-seringue électrique ou pompe auto-contrôlée) **en divisant la posologie orale quotidienne par 3.**

Dans le cadre de cancers évolués, le malade dispose parfois d'une chambre implantée. L'administration de l'opioïde fort en IV peut se faire à l'aide d'une seringue électrique, **en divisant la dose orale quotidienne par 3.**

Cette voie d'administration est utile en cas d'oedèmes généralisés ou de thrombopénie majeure qui contre- indiquent la voie sous cutanée.

La pompe auto-contrôlée a l'avantage de permettre au malade de s'auto-administrer des interdoses de morphine (par voie sous cutanée ou intra-veineuse). Evidemment, si les fonctions cognitives sont conservées.

Pratique:

L'âge en soi n'est pas une contre-indication à l'utilisation des pompes auto-contrôlées.

Avant la prescription d'un opioïde fort, il est obligatoire de faire une évaluation rigoureuse des symptômes présentés par le malade afin que ceux-ci ne soient pas faussement imputés à l'opioïde fort et donc une cause possible de son arrêt (somnolence, troubles cognitifs et à la fréquence respiratoire).

Pratique :

Il faut savoir qu'une fièvre non contrôlée augmente la pénétration transcutanée du produit avec un risque de surdosage .

Les effets secondaires potentiels du **Durogesic** sont les mêmes que ceux décrits pour un opioïde fort mais ils peuvent être différents pour un même malade .

Pratique :

Il est parfois nécessaire de passer d'un opioïde fort au ***Durogesic*** (ou vice versa) en cas d'effets secondaires gênants non contrôlés (sous réserve que la dose quotidienne de l'opioïde fort soit supérieure ou égale à 60 mg/jour).

Attention :

Lors d'une première application, 24 heures en moyenne sont nécessaires au **DUROGESIC** pour obtenir l'effet antalgique maximum . Pendant ce délai, il faut compléter la prescription par un morphinique d'action courte et rapide .

Effets secondaires de l'opioïde fort

Les effets secondaires de l'opioïde fort sont si bien connus qu'ils sont mis au devant de la scène pour ne pas prescrire ce palier.

Les effets secondaires peuvent être soulagés le plus souvent par des thérapeutiques simples et surtout par la titration.

Les effets secondaires de l'opioïde fort sont les mêmes chez la personne âgée que chez l'adulte plus jeune.

La survenue d'une diarrhée au cours d'un traitement par un opioïde fort morphine doit faire penser en premier lieu à une fausse diarrhée secondaire à un fécalome. On prescrit : **Duphalac, Sénokot, Jamlène, Normacol...** Si le malade reste subocclus malgré la prise de laxatifs, le passage à la voie sous-cutanée en diminuant par deux l'opioïde fort permet parfois une amélioration du transit intestinal.

Effets secondaires de l'opioïde fort

-**Les nausées et/ou vomissements** peu fréquents en pratique, sont le plus souvent contrôlés avec un traitement par domperidone (**Motilium**) ou metoclopramide (**Primperan**) éventuellement associés, s'ils sont insuffisants, à de faibles doses d'halopéridol (moins d' un mg/jour pour débiter) (**Haldol**) qui agit sur le centre encéphalique du vomissement.

Le metoclopramide et l'halopéridol peuvent s'administrer par voie sous-cutanée.

Les effets secondaires s'épuisent généralement au bout d'une dizaine de jours et leur traitement peut être interrompu.

Il faut prévenir les nausées et les vomissements mais, attention un train peut en cacher un autre !!! Tout en accusant l'opioïde fort, vérifier l'iono sanguin, une éventuelle hypercalcémie, un retard de la vidange gastrique, une constipation, une obstruction intestinale, une hypertension crânienne, des troubles vestibulaires, une anxiété généralisée.

La constipation est constante et persistante

Pendant toute la durée du traitement. Il faut prescrire un traitement laxatif ou le renforcer s'il pré-existe.

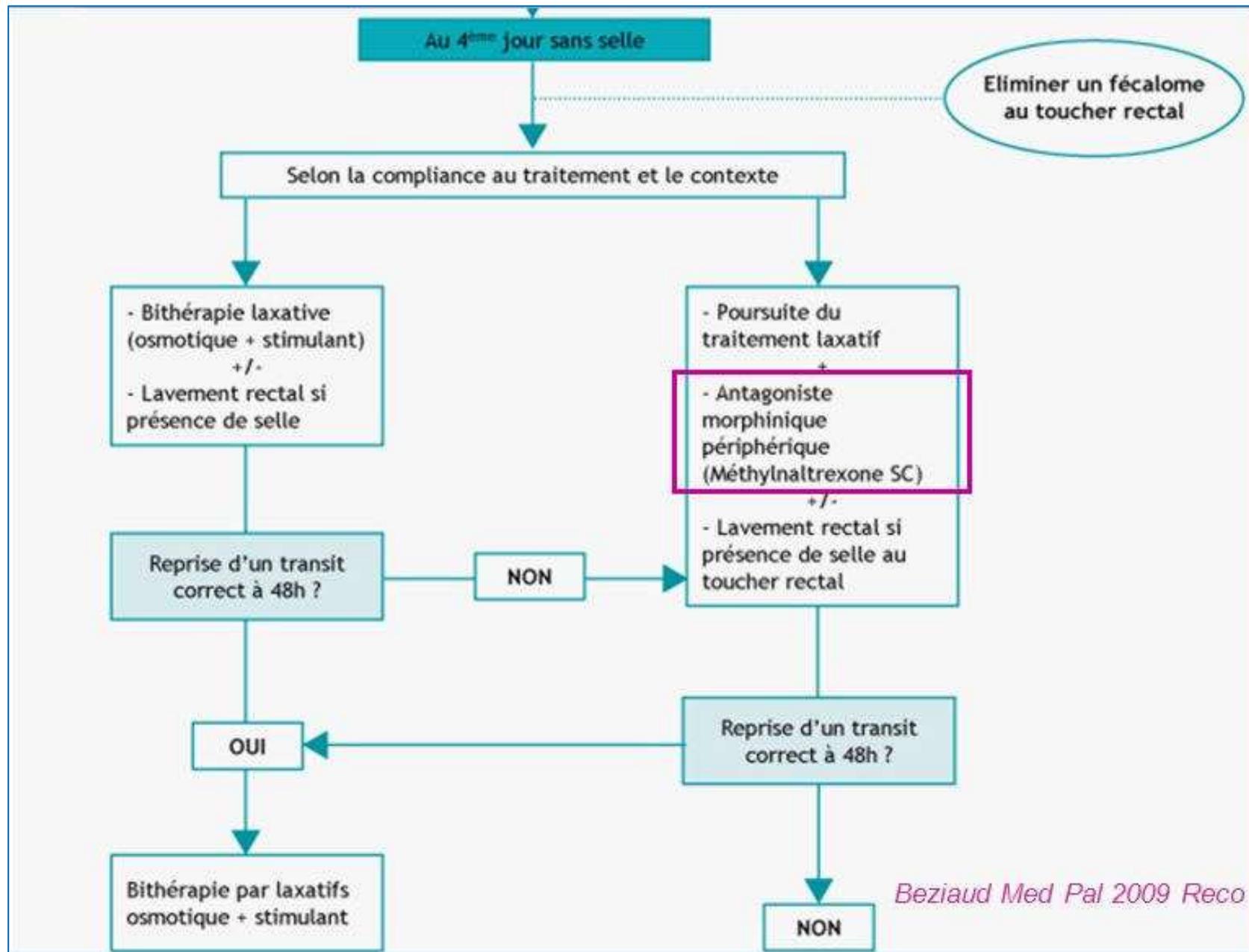
La constipation chez le sujet âgé et la constipation chez le sujet âgé sous opioïdes forts.

Le sujet âgé présente plus de risque de voir survenir une constipation sous opioïde en raison de mécanismes spécifiques dans un tube digestif riche en récepteurs.

La morphine agit principalement sur le récepteur μ , ce qui entraîne 2 phénomènes:

1- un ralentissement du transit, en particulier au niveau du coecum-colon et du recto-sigmoïde. Une suppression des contractions coliques propagées de grande amplitude qui propulsent le bol fécal et une augmentation des contractions fragmentaires non propagées qui freinent la progression des matières. Ces phénomènes sont à l'origine, par retro-contrôle d'un ralentissement encore plus marqué du transit d colon droit, déjà ralenti par l'effet pharmacologique des opioïdes, qui peut entraîner une dysfonction vésicale.

2- des modifications sécrétoires associées qui sont à l'origine d'un déshydratation du contenu endo-luminal.



Deux possibilités thérapeutiques

1- le bromure de méthylaltréxone : *RELISTOR* (bromure de méthylaltréxone), antagoniste sélectif périphérique des récepteurs μ aux opioïdes

réduit la constipation sans altérer la fonction antalgique des opioïdes, en agissant par effet antagoniste sur les récepteurs μ périphériques.

-le bromure de méthylaltréxone est apte à antidoter l'effet sur le transit, sans altérer l'effet antalgique nécessaire.

Ce produit, antagoniste périphérique, répond à une logique pharmacologique prouvée avec une efficacité également prouvée et une tolérance correcte, les effets indésirables étant des douleurs abdominales, une flatulence et des nausées avec de ce fait une susceptibilité individuelle d'efficacité et de tolérance.

HAS:

Progrès thérapeutique mineur dans la prise en charge de la constipation liée aux opioïdes chez les patients en soins palliatifs, lorsque la réponse aux laxatifs habituels a été insuffisante.

La reprise du transit à 48 heures est un critère clinique plus pertinent.

Néanmoins, l'ensemble des études n'a pas évalué ce critère.

2-TARGINACT

Deux composants actifs: oxycodone et la naloxone.

Oxycodone :opioïde fort.

Naloxone : antagoniste du premier.

Naloxone is included in Targinact tablets to counteract this side effect of oxycodone. **It works by blocking the action of oxycodone on the opioid receptors in the gut.**

Oxycodone mimics the action of endorphins by combining with the opioid receptors in the brain and spinal cord. This blocks the transmission of pain signals sent by the nerves to the brain. Therefore, even though the cause of the pain may remain, less pain is actually felt. Oxycodone can relieve severe pain.

Constipation is one of the main side effects associated with opioid painkillers such as oxycodone. It occurs because the oxycodone also acts on opioid receptors that are found in the gut, and this slows down the muscular contractions of the intestines.

Targinact tablets are prolonged-release tablets that release the medicine slowly over 12 hours. They are designed to be taken twice a day.

REPONSES AUX QUESTIONS

REPONSES AUX QUESTIONS

1-Oui, *l'actiskénan: 5,10,20 et 30mg*, peut être mélangé à une alimentation semi-solide ou administrés dans des sondes gastriques ou de gastrectomie.

2-Oui, on peut associer un opioïde fort à un traitement avec les corticoïdes.

3-Il n y a pas de problème en associant l'opioïde fort aux antibiotiques.

4- on peut prescrire ***la scopolamine*** . La scopolamine est utile chez les patients en très mauvais état général , incapables de tousser et donc gênés par leurs sécrétions.

5-Un syndrome confusionnel exige de rechercher un diagnostic étiologique précis : antibiotiques en cas d'infection pulmonaire, disphosphonates en cas d'hypercalcémie. Il faut rechercher un globe vésical, un fécalome.

6-Faire attention si le patient souffre de la présence **d'escarres**. Il faut surveiller de plus près encore l'évolution des escarres.

7-Il faut prévoir **la possibilité d'interdoses**, équivalentes à 25 % voire 50 % de la dose administrée tous les 4 heures, en cas d'accès douloureux aigus, spontanés ou provoqués dans le cadre d'une prémédication avant un acte douloureux, un transfert en ambulance, une consultation qui risque d'être longue..... Il est important de respecter un délai de 45 minutes environ entre l'administration de l'interdose et le soin.

8-Un soin ne devra pas être réalisé au-delà de 2 heures après la prise car l'efficacité de la prémédication commence alors à décroître

9-Que faire la nuit ?

–Soit on réveille le malade pour maintenir le rythme des prises, afin d'éviter un réveil matinal très pénible.

-Soit on augmente celle de l'heure du coucher de 50 à 100 % : celle-ci couvrira au moins partiellement les 8 heures suivantes.

10-Lorsque le patient a des troubles de la déglutition ou une baisse de vigilance ?

il est possible de poursuivre le traitement par un opioïde fort, soit par voie sublinguale ou gingivale (en prescrivant selon les règles de l'équianalgésie) , soit par voie sous-cutanée en diminuant alors la dose globale en fonction de l'équianalgésie et de la demi-vie- et en gardant un intervalle de 4 h entre chaque injection. Evidemment, tout ceci se fait en accord le malade et sa famille.

11-L'Oxycontin, le Moscontin et le Skenan LP ont l'avantage de pouvoir être pris facilement en deux prises. Ne pas dépasser trois prises quotidiennes. Comme il s'agit de comprimés à libération prolongée, **ils ne doivent être ni écrasés ni coupés. Le Moscontin ne se prend pas écrasé ou croqué.**

12- il ne faut pas délaissier **le paracétamol**. Si besoin, il faut le prescrire « **en interdose** ». Il y a un effet potentiateur de la morphine sur le paracétamol.

13- Une somnolence est possible en début de traitement.

Cette somnolence est discutée entre les soignants.

a-S'agit de la phase de « récupération » pendant laquelle le douloureux chronique se repose « enfin » après des nuits de mauvais sommeil?

b- Est-elle persistante ou est-elle trop importante d'emblée, il faut alors vérifier que la dose initiale utilisée est adaptée à la fonction rénale du malade.

-Il peut être également nécessaire de diminuer, voire d'arrêter les autres psychotropes pris par le malade (benzodiazépines, neuroleptiques. ..) dont les effets sédatifs s'ajoutent à celui de la morphine.

c-Si une somnolence apparaît **en cours de traitement** par la morphine, le raisonnement reste le même: avant de l'imputer à la morphine, il faut vérifier la fonction rénale, éliminer une interaction médicamenteuse, une augmentation trop rapide de la posologie et les autres causes médicales possibles de somnolence (troubles ioniques. ..).

14- Une rétention d'urines peut survenir et justifie une surveillance spécifique.

15- Le risque est majoré par **la constipation non contrôlée** (fécalome) et la co-prescription de médicaments aux propriétés anticholinergiques.

16- La confusion mentale, les hallucinations sont décrites mais ne sont pas plus fréquentes que chez le sujet malade plus jeune . Là encore, avant d'incriminer la morphine, il faut éliminer un trouble ionique, une pathologie cardiaque, une pathologie rachidienne, une déshydratation, un globe vésical, une interaction médicamenteuse, un fécalome ou une métastase cérébrale. Sinon, de faibles doses **d'Halopéridol** permettent le plus souvent de contrôler les hallucinations.

17- Les hallucinations sont assez rares. Elles seront contrôlées par des neuroleptiques type halopéridol.

18- Les myoclonies sont le plus souvent symptomatiques d'un surdosage.

19- Le prurit est rare. On peut prescrire un antihistaminique et hydrater la peau avec une crème à la vitamine E, efficacité variable selon les cas. Les antihistaminiques sont généralement suffisants.

20- La dépression respiratoire n'est pas à craindre avec le schéma thérapeutique comprenant une titration.

La morphine ***peut être utilisée*** chez l'insuffisant respiratoire chronique douloureux; une surveillance et une prudence renforcées sont nécessaires lors de l'introduction et de la progression des doses. De nombreuses équipes de soins palliatifs notent un meilleur confort respiratoire chez les insuffisants respiratoires recevant de faibles doses de morphine.

21-La dernière dose d'opioïde à libération rapide et la première dose d'opioïde à libération prolongée doivent être données ensemble. (on peut écrire cette phrase autrement : Lors du relais, on fait correspondre la dernière prise d'oxynormo à action immédiate avec la première prise du oxycontin LP).

22-Dans les insuffisances rénales sévères (clairance de la créatinine < 15 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises est augmenté à 6 ou 8 heures.

23-Quand la dose quotidienne nécessaire est établie et stable,

une forme à libération prolongée est introduite, notamment chez les patients ambulatoires (chez les malades hospitalisés, l'administration de l'opioïde fort toutes les 4 heures favorise les contacts, la surveillance et l'acceptation). A la sortie de l'hospitalisation la forme LP est prescrite.

24-Pour éviter la prise de milieu de nuit et le réveil du malade,

il est possible, lors de la dernière prise du soir de donner **1,5 voire 2 fois la dose administrée toutes les 4 heures. (sans oublier les traitements adjuvants).**

25-On respecte un délai de 8 heures entre deux majorations de dose (de 25 à 50 %).

26-Quand la dose par 24 heures est établie et stable, le relais par un morphinique à libération prolongée est fait en répartissant alors la posologie en deux prises espacées de 12 heures (***Moscontin ,Oxycontin, Skenan LP***) ou en une prise par 24 heures (***Kapanol*** ou ***Durogésic***)

27-Si le lieu de vie du malade ne permet pas d'utiliser un opioïde fort d'action immédiate pour titrer la dose efficace, on peut prescrire en première intention ***du Moscontin , de l'oxycontin ou du Skenan LP mais à la dose de 5-10 mg toutes les 12 heures pour débiter.***

Douleurs de fin de vie

La fin de vie est souvent marquée par l'apparition de douleurs. Celles-ci touchent toutes les dimensions (somatique, affective, sociale, spirituelle et physique).

Il faut signaler particulièrement:

- les oedèmes,
- les douleurs de mobilisation dues à des rétractions musculaire et tendineuse,
- les algies de la cavité buccale,
- les composantes de la « douleur totale » telles que l'angoisse, la dépression, l'anxiété, l'abandon familial et ce même en dehors de tout état cancéreux

Prescrire opioïde fort chez une personne âgée c'est savoir titrer, lire et relire l'iono sanguin.

-utiliser des formes à libération rapide (2,5 mg ou 5mg toutes les quatre heures) et en augmentant lentement en fonction de la douleur qui détermine la dose efficace.

-les interdoses = $1/10$ à $1/6$ de la dose des 24 heures

-la voie orale est la voie préférée puis les voies sous-cutanée et veineuse.