

# Gérer la Douleur en Soins Palliatifs

Dr Golda Tradounsky MD CCFP  
Chef de Service de Soins Palliatifs, Centre Hospitalier Mont Sinai  
Professeur Université McGill

## Objectifs

- ▶ Revoir les bases de la douleur
- ▶ Pouvoir prescrire les opiacés et les adjuvants
- ▶ Les ficelles du métier: comment gérer les effets secondaires des opiacés
- ▶ Les nouveaux antalgiques: comment ce qui est vieux, redevient nouveau

## Douleur Nociceptive

- ▶ Somatique: aigue, bien délimitée
  - ▶ Exemples: douleur articulaire, osseuse, lésion de la peau ou musculaire
  - ▶ Reproduction de la douleur à la palpation
- ▶ Viscérale: région mal délimitée, douleur référée, déplaisante
  - ▶ Viscères creux donnent douleur crampiforme
  - ▶ Viscères pleins donnent douleur sourde, pression
  - ▶ Reproduction de la douleur à la palpation

## Douleur Neuropathique

- ▶ Lésion du nerf sur sa trajectoire du cerveau (douleur centrale) à la périphérie
  - ▶ Brulure, chocs électriques, engourdissement, fourmillement, prurit, mal de dent
  - ▶ Exemples: sciatique, compression de la moelle épinière, zona
  - ▶ Reproduction de la douleur au toucher léger (allodynie) ou par un stimulus douloureux léger (hyperalgésie) le long du dermatome

## Bases de la Douleur-Questions

- ▶ Où?
- ▶ Irradiation?
- ▶ Qualité?
- ▶ Intensité (0 - 10 ou des mots tels légère-moderée-sévère)
- ▶ Quand est-ce que cela a commencé?
- ▶ Fréquence?
- ▶ Facteurs provoquants?
- ▶ Facteurs soulageants, médicaments essayés, et leurs effets secondaires?

## Douleurs à Tendance Réfractaire

- ▶ Douleur neuropathique
- ▶ Douleur d'incident
- ▶ Douleur totale
- ▶ Patients avec antécédents d'abus de substances

Le contrôle de la douleur est mieux atteint avec une évaluation globale du patient, et une approche interdisciplinaire incluant un soutien pharmacologique et non-pharmacologique.

## Analgésie non-opioïde

- ▶ Acétaminophène
- ▶ Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

## Adjuvants

- ▶ Stéroïdes (dexaméthasone, méthylprednisolone...)
- ▶ Pour la douleur musculaire: benzodiazépines, baclofène
- ▶ Pour la douleur crampiforme: anti-cholinergiques tels que dicyclomine 'bentylol', scopolamine, hyoscine butylbromide 'buscopan', oxybutynin 'Ditropan'
- ▶ Autres douleurs viscérales: anti-sérotoninergique 5-HT3 setron, agonistes 5H-HT4 tel metoclopramide, gabapentinoïdes,  $\alpha$ -2 agonistes, antagonistes du récepteur NMDA, cannabinoïdes, AINS, anti-dépresseurs
- ▶ Pour la douleur neuropathique: anti-convulsivants, anti-dépresseurs dont les tricycliques et le duloxétine, anesthésiques, anti-arrhythmiques, THC, baclofène, kétamine, méthadone

## Comprendre les Opioïdés

OPIOÏDÉ	DOSE POS Équivalente	DOSE SQ Équivalente
Codéine	50-60 mg	25-30 mg
Morphine	5 mg	2.5 mg
Oxycodone	2.5-3.3 mg	N/A
Hydromorphone	1 mg	0.5mg

## Comprendre les Opioïdés

Patch de Fentanyl q 48 ou 72 hr \*

- ▶ Doses de 6, 12, 25, 50, 75, 100 mcg/hr

Ne pas couper les patchs; pour ajuster par demie-dose, mettre la moitié d'une patch (par exemple patch de 12 mcg) sur la peau, et l'autre moitié sur pansement transparent. Au moment du changement de patch, remettre une patch neuve.

- ▶ Ne pas mettre un patient naïf aux opioïdés sur une patch de fentanyl.

## Comprendre les Opioïdés

Équivalence des patchs de fentanyl:

Dose de patch fentanyl= dose de morphine SQ/24 heures

Exemple:

Patch de fentanyl 25 mcg/hr tous les 72hr=

Morphine 25 mg SQ en 24 heures=

Morphine 50 mg Pos en 24 heures=

Mcontin ou MEslon 25 mg Pos BID=

Morphine 8 mg Pos ou 4 mg SQ q 4hr

## Comprendre les Opioïdés

Patch de fentanyl:

- ▶ Cela prend 12 hr avant de commencer à avoir de l'analgésie. Utilisez l'opioïde précédent en dose régulière pour couvrir les premiers 12 hr.

- ▶ Cela prend 20 à 27 hr pour que le stock sous-cutané soit réduit de moitié une fois la patch enlevée. Commencer le nouvel opioïde 12 hr après la discontinuation de la patch.

- ▶ Le niveau sérique stable est atteint au bout de 72 hr. Attendez 3 jours avant d'augmenter la dose de fentanyl patch.

- ▶ Appliquez sur une peau saine (pas d'œdème, cellulite)

## Comprendre les Opiacés

- ▶ Patch de fentanyl q 48 ou 72 hr:  
Si le patient est confortable les 2 premiers jours, mais en douleur le 3<sup>ème</sup> jour, changer la patch tous les 48 hr en gardant la même dose

## Comprendre les opiacés

### Méthadone

- ▶ Requier un permis pour le prescrire
- ▶ Diminue la tolérance aux opiacés
- ▶ Grande variabilité inter- et intra-individuel pour la pharmacocinétique: phase de distribution 2-3 hr  
phase d'élimination 15-60 hr (fécale)  
demie-vie 6 -70 hr
- ▶ Métabolisme par le CYP450 3A4, 2B6, 2D6, etc
- ▶ Équivalence analgésique avec morphine pos 1:1 ad 20:1...pour une moyenne de morphine 10mg : méthadone 1mg

## Effets secondaires des opiacés

- ▶ Constipation
- ▶ Nausées/vomissements
- ▶ Somnolence
- ▶ Xérostomie
- ▶ Rétention urinaire
- ▶ Myosis
- ▶ Prurit
- ▶ Délirium
- ▶ Euphorie/dysphorie
- ▶ Myoclonie
- ▶ Hypotension
- ▶ Augmentation de l'hormone anti-diurétique
- ▶ Dépression respiratoire

## Effets secondaires des opiacés

### Neurotoxicité ou hyperalgésie induite par opiacé

- ▶ L'opiacé ou son métabolite cause la douleur
- ▶ La douleur peut être dans la même région, mais plus diffuse, ou avoir une localisation différente, ou même être généralisée. Allodynie à l'examen.
- ▶ Peut-être accompagné de délirium, myoclonie, ou autre signe de toxicité
- ▶ Peut paraître après un long traitement avec un opiacé, ou un traitement plus court (semaines) surtout si il y a insuffisance hépatique ou rénale concomitante

## Insuffisance...

- ▶ Rénale préférer: hydromorphone  
oxycodone  
fentanyl  
méthadone  
(éviter codéine, morphine)
- ▶ Hépatique: aucun n'est préférable. Soyez vigilant.  
(éviter targin)

## Trucs du métier

Commencer avec des petites doses, augmenter lentement...

- ▶ Patient 'en santé', de moins de 65 ans:  
morphine 5 mg po q 4 hr ou PRN
- ▶ Patient 'en santé', de plus de 65 ans/moins de 65 ans mais malade:  
morphine 2.5 mg po q 4 hr ou PRN
- ▶ Patient âgé et frêle:  
morphine 1 mg po q 4 hr ou PRN

► Douleur légère à modérée (1-5/10)

Prescrire l'opiacé q 2 hr PRN avec un analgésique non-opiacé et/ou un adjuvant

Exemple: Mr Mio Abdomino---prégabalin 75 mg BID et hydromorphone 0.5 mg po q 2 hr PRN

► Pour de la douleur modérée à sévère (5-10/10)

Prescrire l'opiacé q 4 hr et PRN, en plus de l'analgésique non-opiacé et d'un adjuvant

Exemple: Mr Mio Abdomino---- la douleur augmente, maintenant est à 5/10 avec des pics de douleur à 8/10. Il prend 4 entre-doses/jour, surtout la nuit.

On prescrit hydromorphone 0.5 mg po q 4 hr et hydromorphone 0.5 mg po q 2 hr PRN et prégabalin 75 mg BID

### Entre-dose (ED)

- La moitié de la dose q 4 hr ou 10% de la dose quotidienne

Exemple:

oxycodone 5 mg q 4 hr reg  
= 30 mg par jour  
10% = 3 mg oxycodone en entre-dose ou 2.5 mg PRN

### Commencer un traitement d'opiacé

- Faire un suivi du patient dans les 24-72 heures
  - Pour efficacité de la dose
  - Pour effets secondaires
- Augmentation de dose si le patient prend  $\geq 3$  ED
  - Augmentation de 100% pour très petites doses
  - Augmentation de 50% pour petites doses
  - Augmentation de 25% pour autres doses

Exemple:

Morphine 1 → 2.5 → 5 → 7.5 → 10 → 12.5 → 15 → 20 → 25 →  
→ 30 → 40 etc

### Commencer un traitement d'opiacé

- Quand le patient est sur des doses stables pendant 2-3 jours, faire le passage à l'opiacé longue action

Exemple: Mr Mio Abdomino prend hydromorphone 1 mg po q 4 hr et 0.5 mg PRN +/- 2 fois/jour

Cesser hydromorphone q 4 hr

Remplacer avec hydromorphcontin 3 mg BID

Continuer hydromorphone 0.5 mg po q 2 hr PRN

### Trucs du métier

- Vérifiez si le patient/la famille a des peurs ou croyances fausses au sujet des opiacés
- Prescrivez des laxatifs (polyéthylène glycol, sennoside, bisacodyl)
- Prescrivez un anti-émétique (métoclopramide, dompéridone, dimenhydrinate)
- Prescrivez un analgésique non-opiacé en conjonction avec l'opiacé

## Trucs du métier

- ▶ Pour les patients avec dysphagie:
  - ▶ Ouvrir les capsules de longue action de morphine (Meslon, Kadian) et d'hydromorphone (hydromorphcontin)
  - ▶ Utilisez la route transdermique (fentanyl...), rectale, sublinguale, buccale, sous-cutanée (SC)

## Prudence lorsque la douleur diminue!!!

- ▶ Si la douleur diminue grâce à d'autres modalités (radiothérapie, biphosphonate, addition d'un adjuvant...) alors que le patient est sur opiacé.  
Surveillez le patient pour apparition de toxicité à l'opiacé. Diminuez la dose au fur et à mesure que la douleur diminue.

## MAIS évitez un syndrome de sevrage

- ▶ Un patient physiquement dépendant aux opiacés peut présenter un syndrome de sevrage. Symptômes: agitation, larmoiement, rhinorrhée, bâillement, transpiration, frissons, myalgie, mydriase, irritabilité, anxiété, douleur au dos et articulations, faiblesse, crampes abdominales, insomnie, nausée, anorexie, vomissement, diarrhées, hypertension, augmentation de la fréquence respiratoire, tachycardie.
- ▶ Diminuez la dose de 50% tous les 2 jours.

## Trucs du métier: les effets secondaires

- ▶ Diminuer la dose si peu ou pas de douleur  
OU
- ▶ On peut espacer les doses d'opiacé courte action au 6 ou 8 hr pour diminuer les effets secondaires des très petites doses (sommolence, délirium)  
OU
- ▶ Ajouter méthylphénidate  
OU
- ▶ Faire une rotation d'opiacé en présence d'effets secondaires intolérables

## Échange d'opiacé: la base

- ▶ Le patient à des effets secondaires mais pas de douleur:

gardé l'opiacé mais réduire la dose graduellement jusqu'à la plus petite dose analgésique  
ou

faire une rotation mais réduire la dose du nouvel opiacé de 50%

*(idéalement, utiliser un courte action en premier, pour titrer la dose plus facilement)*

## Échange d'opiacé: la base

- ▶ Le patient a des effets secondaires et de la douleur:

Réduire la dose du nouvel opiacé de 25-30% de la dose équianalgésique.

Si le patient prend > 3 ED/jour, calculer la dose totale quotidienne de l'ancien opiacé avant de faire la conversion (doses régulières + EDs)

*(idéalement, utiliser un courte action en premier, pour titrer la dose plus facilement)*

## Marijuana

- ▶ Le tétrahydrocannabinol (THC) produit les effets psychoactifs, et: immunosuppressif, anti-inflammatoire, analgésique
- ▶ Le cannabidiol (CBD) n'a pas d'effet psychoactif. C'est anti-inflammatoire, analgésique, anti-émétique, anti-psychotique, anti-ischémique, anxiolytique, et anti-épileptique.
- ▶ Dose moyenne 1-1.25 g/jour
- ▶ Peut être utilisé comme adjuvant avec opiacés
- ▶ Testé pour métaux, impuretés microbiologique et fongique
- ▶ A besoin d'être chauffé pour décarboxylation
- ▶ Fumer: début d'action qq min  
duré d'action 2 -4 hr
- ▶ Nébuliser (180-195 °C)
- ▶ Manger: besoin de 2.5X la dose fumée (20mg THC mangé = 8mg THC fumé)  
début d'action 30 - 60 min  
durée d'action ad 12 hr

## Marijuana

- ▶ Collège des médecins de famille du Canada. 2014  
Autorisation de cannabis séché pour le traitement de la douleur chronique ou de l'anxiété: Orientation préliminaire du Collège des médecins de famille du Canada. mississauga.
- 15 Recommandations:  
Santé Canada n'a pas examiné les données sur son innocuité ou son efficacité et ne l'a pas homologué pour l'usage thérapeutique.  
substance psychotrope puissante capable de produire des effets cognitifs aigus et chronique (en affaiblissant la mémoire et la fonction cognitive)
- ▶ 1. L'autorisation de cannabis séché doit être envisagée exclusivement pour les patients souffrant de douleur neuropathique réfractaire aux traitements classiques (niveau I).
- ▶ 2. d'abord faire l'essai adéquat a) d'autres thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques et b) de cannabinoïdes pharmacologiques (niveau I), les données probantes portent à croire que les cannabinoïdes par voie orale sont également plus sûrs, présentent un risque plus faible de dépendance et leurs effets cognitifs sont plus légers
- ▶ 4. le cannabis séché n'est pas approprié pour les patients qui:  
a) ont moins de 25 ans (niveau II)  
b) présentent des antécédents personnels ou de forts antécédents familiaux de psychose (niveau II) et utiliser avec prudence chez pt avec très anxieux ou de l'humeur  
c) présentent un trouble de consommation de cannabis actuel ou antérieur (niveau III)  
d) présentent un trouble de consommation de substances actives (Niveau III)  
e) sont atteints d'une maladie cardiovasculaire (angine, vasculopathie périphérique, maladie cérébrovasculaire, arythmies) (niveau III) Peut causer de l'hypertension, la tachycardie, la libération de catécholamines et la constriction vasculaire. Si le pt a des facteurs de risques cardiovasculaires, encourager le patient à le première par vaporisation ou par voie orale plutôt que de le fumer  
f) sont atteints d'une maladie respiratoire (niveau III)

- ▶ 10. Il faut conseiller aux patients qui consomment le cannabis séché de ne pas prendre le volant pendant au moins:  
a) quatre heures après l'inhalation (niveau II)  
b) six heures après l'ingestion orale (niveau II)  
c) huit heures après l'inhalation ou l'ingestion orale si le patient est euphorique (niveau II)  
La vigilance pourrait être affaiblie pour une période pouvant aller jusqu'à 24 heures après une seule consommation
- ▶ 15. Les médecins doivent préciser le pourcentage de THC sur le document médical de toutes les autorisations d'accès au cannabis séché, tout comme ils préciseraient la posologie d'un analgésique sur une ordonnance (niveau III).

## Marijuana

- ▶ Le tétrahydrocannabinol (THC) contenu dans le cannabis est lié à l'anxiété. Tenir compte de la concentration en THC du cannabis disponible et envisager d'autoriser, ou non, une souche moins concentrée pour les patients anxieux. Des essais de petite envergure ont montré que la nabilone améliore le sommeil chez les patients atteints de fibromyalgie ou d'un état de stress post-traumatique. Un extrait de cannabidiol pur par voie orale a soulagé les symptômes d'anxiété sociale
- ▶ Commencez lentement et allez-y lentement: dans un essai, soulagement avec une inhalation, trois fois par jour de cannabis contenant 9,4% de THC. Une seule inhalation a produit un taux sérique de 45µg/L, un taux légèrement plus faible que celui associé à l'euphorie (50-100µg/L). Entreprendre le traitement avec une seule inhalation d'une nouvelle souche permet au patient d'explorer tranquillement les effets de la drogue. Commencer avec des souches à faible teneur en THC a beaucoup de sens, car le faible pourcentage réduit au minimum les effets cognitifs indésirables; les doses plus fortes de THC ne soulagent pas nécessairement mieux la douleur. Les patients peuvent commander plusieurs grammes sur une période d'un mois; ils peuvent changer de souche.
- ▶ La quantité de cannabinoïdes actifs administrée au patient qui fait usage d'herbe de cannabis dépend de plusieurs facteurs, dont le contenu en cannabinoïde de la source et la voie d'administration, de même que des facteurs génétiques et métaboliques liés au patient.

## Marijuana

- ▶ Un «joint» contient en moyenne 500mg (0,5g) d'herbe de cannabis, 104 phytocannabinoïdes.
- ▶ Les doses efficaces varient d'une inhalation, trois fois par jour de 25mg d'herbe de cannabis contenant 9,4% de THC dans une pipe à 9 inhalations d'un joint de 900mg d'herbe de cannabis contenant 7% de THC. Cela se traduit en une dose inhalée quotidienne de 100-700mg de cannabis séché dont le contenu en THC atteint 9%
- ▶ La plupart des études portant sur la consommation fumée ou vaporisée de cannabis ont eu recours à une procédure d'inhalation normalisée: inhaler lentement pendant 5 secondes, retenir la respiration pendant 10 secondes, puis expirer doucement.
- ▶ Le Règlement sur la Marijuana à des Fins Médicales (RMFM) permet aux médecins d'autoriser jusqu'à 5,0g de cannabis séché par patient par jour mais on s'attend à ce que la limite supérieure de l'utilisation sûre de cannabis séché soit de l'ordre de 3,0g par jour

## Marijuana

- ▶ Au Québec:
  - ▶ Les médecins ne peuvent faire une demande pour devenir producteur autorisé et ne doivent pas entreposer, fournir, ni délivrer la marijuana
  - ▶ Envoyer l'original du document médical au producteur autorisé, en donner une copie au patient et en déposer une autre copie dans le dossier du patient
  - ▶ Conserver tous les documents médicaux dans un dossier séparé pour inspection par le Collège
  - ▶ Tenir un registre des patients sous cannabis afin de les inviter à participer aux projets de recherche sur la base de données
  - ▶ Avertir le patient que le cannabis ne peut être autorisé que dans le cadre du projet de recherche sur la base de données
  - ▶ Demander au patient de lire le document d'information
  - ▶ Demander au patient de signer une entente écrite de traitement et formulaire de consentement
  - ▶ Évaluer le patient au moins tous les trois mois. Rengler le formulaire d'évaluation et de suivi accessible sur le site web de l'organisme de réglementation

## Marijuana

► Santé Canada:

[http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt\\_formats/pdf/marijuana/med/infoprof-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/marijuana/med/infoprof-fra.pdf)

- à partir du 1er avril 2014, ceux qui acceptent d'en prescrire ne pourront le faire que dans un cadre de recherche. Avec la collaboration de chercheurs du Québec, et en particulier ceux du Consortium Canadien pour l'Investigation des Cannabinoïdes (CCIC), Le Collège travaille à la production d'outils pratiques qui permettront aux médecins de participer activement à la constitution d'une banque de données à des fins de recherche. Cette banque pourra notamment alimenter un programme de pharmacovigilance.
- <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/DossierMembreFormulaire/-/media/Files/Cannabis/Directives-ordonnance-cannabis.pdf?101422>
- Indications:
  - Perte de poids liée au VIH/SIDA; trouble de l'humeur et l'insomnie dus à la maladie
  - Spasticité et douleur causées par la sclérose en plaques
  - Douleur neuropathique chronique du système nerveux central et périphérique (étiologies diverses)
  - Douleur chronique post-traumatique ou douleur neuropathique postopératoire réfractaires à d'autres médicaments, ainsi que l'insomnie qui y est associée.
  - Douleur chronique d'étiologies diverses (musculosquelettique, post-traumatique, arthritique, neuropathique périphérique, cancéreuse, fibromyalgique, douleur causée par la migraine, la sclérose en plaques, la drépanocytose, et par le syndrome du défilé thoracobrahial)

## Oxyneo

- Oxycontin est discontinué (mais il y a encore les génériques)
- Oxyneo est difficile à écraser, et a des propriétés hydrogellantes
- Plus petite dose est 10 mg
- Devons faire demande Médicament d'Exception (essai antérieur de 2 autres opiacés avant de passer à oxycodone). **Vrai pour les génériques aussi.**

## Targin

- Mélange oxycodone/naloxone 2:1
- Naloxone bloque les récepteurs opiacés dans le tractus gastro-intestinal, réduisant la gastroparésie et la constipation
- Important premier passage hépatique de naloxone
- Longue action, q 12 hr
- La plus petite dose oxycodone 5 mg
- Dose maximale Targin 40 mg oxycodone/20 mg naloxone BID

## Fentanyl transmuqueux

- Abstral - comprimé sublingual
  - 100 - 800 mcg /Co , coût \$11 - \$29 par Co
  - 100 mcg, 30 Co coût \$470
- Onsolis - film soluble buccal
  - 200 - 1200 mcg/film , coût \$12 - \$32 par film
  - 200 mcg, 30 films coût \$530
- Pas couvert par RAMQ. Patient d'exception.
- Indiqués chez patients qui prennent minimum de 60 mg morphine équivalent/jour depuis une semaine ou plus

## Fentanyl transmuqueux

- Abstral: débiter à 100 mcg  
répéter au besoin après 30 min  
ne pas utiliser plus fréquemment qu'aux 2 hr  
pour différents épisodes de douleur

Titration: 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 mcg

## Fentanyl transmuqueux

- Onsolis: débiter à 200 mcg
  - ne pas répéter la dose
  - augmenter la dose pour prochain épisode de douleur si non soulagé
  - Attendre 2 hr entre chaque prise d'onsolis
- Titration: 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 mcg

## Tramadol

- ▶ faible activité mu, activité ISRS et IRSNa
- ▶ Tramacet : courte action, q 4 hr, acétaminophène 325 mg + tramadol 37.5 mg
- ▶ Longue action q 24 hr (ralivia, tridural, zytram)
- ▶ Équianalgésique avec codéine
- ▶ Indication pour douleur chronique, neuropathique
- ▶ Moins d'effets secondaires? Syndrome sérotonergique
- ▶ Dose maximale quotidienne 400 mg

## Tapentadol

- ▶ Similaire au tramadol mais plus d'affinité pour le récepteur opiacé mu, et moins de IRSNa, peu de ISRS
- ▶ 2 à 3 fois moins fort que morphine
- ▶ Dose maximale quotidienne 600 mg
- ▶ Indiqué pour douleur modérée, neuropathique
- ▶ Activité anti-allodynie, anti-hyperalgésie
- ▶ Faible risque de syndrome sérotonergique, mais prudence avec anti-dépresseurs (agitation et irritabilité 2aire à NE)
- ▶ Peu de métabolisme CYP450, pas de métabolites actifs
- ▶ Contre-indiqué dans l'insuffisance rénale sévère, prudence dans l'insuffisance hépatique (max 50mg TID)

## BuTrans

- ▶ Buprénorphine: semi-synthétique; agoniste du récepteur mu et antagoniste kappa...effet plafond?
- ▶ Patches de 5, 10, 20 mcg/hr q 7 jours
- ▶ Équianalgésique avec la patch de fentanyl, mais peut être débuté chez un patient naïf aux opiacés
- ▶ Activité anti-hyperalgésie, pour douleur neuropathique
- ▶ Bien chez patient avec insuffisance rénale, hypotension, tolérant aux opiacés. Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère. Moins d'effets secondaires cognitifs.

## BuTrans

- ▶ Après la première application, 18 -24 hr de délai avant le début de l'analgesie
- ▶ Minimum de 3 jours avant dose sériqie stable. Véritable stabilité sériqie à 3 semaines. Attendre au moins 3 jours avant d'augmenter la dose.
- ▶ Les doses sériqies de buprénorphine tombe en 13 - 35 hr après que la patch soit enlevée.
- ▶ Risque de syndrome de sevrage lorsqu' il y a rotation d'un opiacé fort à Butrans.

## BuTrans

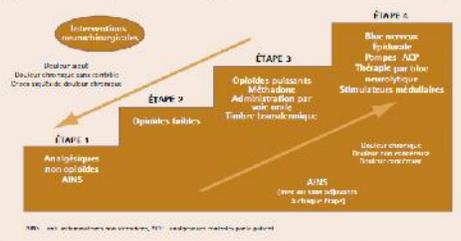
- ▶ Débuter avec buprénorphine 5 mcg/hr
- ▶ S'il y a rotation d'un opiacé fort, diminuer la dose à 80 mg/jour MEQ. Débuté avec buprénorphine 10 mcg/hr.
- ▶ Dose maximale 20 mcg/hr
- ▶ On peut utiliser autre opiacé, même fort, pour ED.

## Jurnista

- ▶ Hydromorphone longue action q 24 hr
- ▶ Doses de 4, 8, 16, 32, et 64 mg
- ▶ 13 - 16 hr avant d'atteindre la relâche maximale de médicament
- ▶ Niveau sériqie stable atteint en 4 jours. Titrer tous les 4 jours au besoin.
- ▶ Pas couvert par RAMQ. Patient d'exception.
- ▶ Coût: 4 mg/jr - \$56/mois  
32mg/jr - \$381/mois

## Échelle de l'OMS - adaptée

Figure 2. Nouvelle adaptation de l'échelle analgésique



Adapté de Vargas-Schaffer, Griseil. Le Médecin de famille canadien VOL 56: juin 2010

## Douleurs réfractaires...

- ▶ Quand la douleur intolérable persiste malgré toutes autres tentatives
- ▶ Sédation palliative: nouvelles ligne directrices
  - ▶ Patient avec pronostique de moins de 2 semaines
  - ▶ Éthique et légal: le but est de soulager la souffrance du patient en induisant la sédation (en utilisant benzodiazépines, phénobarbital, etc).
  - ▶ Framework for Continuous Palliative Sedation Therapy in Canada par Mervyn M. Dean, et al
  - ▶ La sédation peut être légère ou profonde, continue ou intermittente
  - ▶ Le patient peut recevoir hydratation/nutrition artificielle
  - ▶ On continue les autres médicaments pour le confort (SQ, transdermique, rectal)
  - ▶ Le patient a un suivi continue pour détecter l'inconfort & les effets secondaires, et la famille reçoit un soutien continue de l'équipe interdisciplinaire palliative