

RELAIS PAR LES MORPHINIQUES EN PRESCRIPTION DE SORTIE *

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Dominique Fletcher - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud
Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

L'objectif d'une analgésie bien conduite est de proposer le traitement adapté au patient pendant le temps nécessaire. La titration intraveineuse de morphine fait partie des recommandations de traitement d'une douleur aiguë sévère en pré-hospitalier, aux urgences intra-hospitalière ou dans une hospitalisation de courte durée. Il faut ensuite, dans certains cas, poursuivre le traitement opioïde lors de la sortie. L'objectif de cette fiche est de définir les grandes lignes de la stratégie de ce relais.

QUEL OPIOÏDE CHOISIR ?

- La morphine est l'opiacé de référence pour assurer l'analgésie des douleurs aiguës sévères du patient en ventilation spontanée. Après son administration en bolus titrés par voie intraveineuse, la morphine peut être prolongée par voie orale lors de la sortie.
- Les opioïdes agonistes partiels (tramadol et codéine, prodrogue de la morphine) et agonistes-antagonistes (buprénorphine) ont un effet-plafond rapide et n'ont pas moins d'effets secondaires que la morphine à doses équianalgésiques.
- L'oxycodone et l'hydromorphone sont réservées au traitement de la douleur cancéreuse et ne devraient pas être débutées immédiatement après une titration morphinique aux urgences.
- Le Durogésic® est une forme de fentanyl transcutanée qu'il ne faut pas utiliser en début de traitement opioïde.
- L'Actiq®, l'Instanyl® et l'Abstral® sont des formes transmuqueuses de fentanyl utilisables pour les accès douloureux du cancer et qu'il ne faut pas utiliser en début de traitement opioïde.

Le choix entre les opioïdes doit se faire en fonction du terrain (âge, fonction rénale), des antécédents (prise antérieure d'opioïdes avec information sur l'efficacité et la tolérance), sur l'estimation du potentiel évolutif douloureux de la pathologie et sur l'efficacité des antalgiques utilisés au SAU. Une pathologie responsable d'une douleur sévère ayant nécessité de fortes doses de morphine avec un fort potentiel évolutif douloureux incite à la prescription de la morphine orale.

QUELLE TYPE DE PRESCRIPTION ?

MOMENT DU RELAIS

Il est recommandé de surveiller de façon étroite le patient au moins 1 heure après la dernière injection IV de morphine. L'aptitude à la rue n'est autorisée que 2 heures après la dernière injection IV de morphine. Il est recommandé d'initier le relais analgésique après la titration morphinique et avant la récurrence douloureuse. Les travaux sur le relais après titration de morphine en milieu chirurgical suggèrent un délai optimal à 2 heures après la fin de la titration. Il semble donc que le délai de 2 heures soit optimal pour le relais du traitement opioïde.

GALÉNIQUE

Il ne faut pas utiliser les formes à libération prolongée de morphine (Skénan®, Moscontin®) ou de tramadol car l'adaptation aux besoins du patient est plus difficile et le risque de surdosage plus important.

DOSE ET INTERVALLE

- Morphine : il n'est pas possible de définir la dose unitaire de morphine à partir de la valeur de la titration de morphine. Par voie orale, une dose de 10 mg de morphine à libération immédiate chez le sujet jeune et de 5 mg chez le sujet âgé est une approche raisonnable avec un intervalle de 4 heures.
- Codéine : une dose unitaire de 0,5-1 mg/kg toutes les 4-6 heures.
- Tramadol : 50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 400 mg par jour.
- Buprénorphine : 0,2 mg sublingual toutes les 8 heures (pour information mais très peu utilisé et effet antagoniste gênant après une titration de morphine).

DURÉE DU TRAITEMENT

Une prescription brève de 5 jours doit permettre de débuter un traitement avec un contact prévu avec le médecin référent ou un nouveau contact aux urgences si nécessaire.

RÈGLES DE PRESCRIPTION DES OPIOÏDES

La prescription de sortie doit respecter les consignes d'une prescription opioïde s'il s'agit d'un palier 3 (sur une ordonnance sécurisée ; dose et durée en toutes lettres ; vingt-huit jours maximum).

QUELLE SURVEILLANCE ?

INFORMATION DU PATIENT

Le patient doit recevoir une information sur les modalités du traitement, les effets secondaires (nausées, vomissements, sédation, constipation, rétention urinaire) et la nécessité d'un suivi médical précoce en ville.

CRITÈRES DE SURVEILLANCE CLINIQUE

Il faut que le patient et ses proches surveillent l'apparition d'une somnolence. Veiller à ne pas confondre somnolence et récupération de la dette de sommeil chez un patient douloureux depuis plusieurs jours dont la douleur est enfin calmée. La somnolence continue est le premier signe de surdosage et justifie une interruption du traitement jusqu'à récupération de la vigilance. La dépression respiratoire est exceptionnelle dans le cadre d'un traitement oral utilisant des opioïdes à libération immédiate. Les nausées vomissements sont les effets secondaires les plus fréquents. En cas de douleurs réapparaissant malgré le traitement, le patient devra contacter son médecin traitant ou le SAU mais ne pas modifier de lui-même les prises, sauf consignes bien notifiées dans l'ordonnance.

PRÉVENTION DES EFFETS SECONDAIRES

Il faut prescrire un traitement préventif des nausées vomissements :

- zophren (cp 4, 8 mg (lyoc) ; 1 cp /12 h)
- haldol (cp 1, 5, 20 mg ; gtttes ; 1-2 mg /2-6h)
- vogalène (cp 15, 7.5 (lyoc) mg ; 1 gel /12h)

La constipation survient avec un traitement prolongé plus de 8 jours ; dans cette hypothèse, le traitement laxatif doit être débuté immédiatement (hydratation, laxatif : Duphalac® (sachet, solution ; 10-30 gr/8h) ; Forlax® (sachet ; 1-2 /jour).

SPÉCIFICITÉS DES PATIENTS

SUJET ÂGÉ

Il faut utiliser le même protocole de titration en pré-hospitalier et aux urgences que pour le sujet jeune à l'exception du sujet très âgé (> 85 ans : réduire les doses et limiter le nombre de bolus), présentant des dysfonctions cognitives (évaluation comportementale et titration prudente). Les doses de relais après soulagement doivent être en revanche diminuées de 40 % chez le sujet âgé. Il faut savoir utiliser les formes liquides de morphine à libération immédiate qui permettent de donner une dose unitaire très faible (< 5 mg) chez le sujet très âgé.

INSUFFISANT RÉNAL ET HÉPATIQUE

La titration de morphine n'est pas contre-indiquée mais le relais analgésie nécessite une diminution des doses du fait du risque d'accumulation de la morphine et de ses métabolites (plus puissants). La buprénorphine et l'oxycodone sont des opioïdes qui n'ont pas de métabolites actifs s'accumulant en cas d'insuffisance rénale.

PATIENT TRAITÉ PRÉALABLEMENT PAR LES OPIOÏDES

Chez le patient sous morphiniques au long cours et chez le patient toxicomane, il ne faut pas interrompre brutalement les traitements morphiniques sans effectuer un relais. La reprise du traitement habituel doit s'associer à l'initiation d'un nouveau traitement opioïde antalgique. La tolérance aux opioïdes de ces patients est responsable de besoin de doses parfois importantes.

Références bibliographiques :

- Recommandations formalisées d'experts. Sédation et analgésie en structure d'urgence. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 934-949
- Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 27 (2008) 1035-1041
- Aubrun F. et al. Postoperative titration of intravenous morphine. Eur. J. Anaesthesiol. 2001 ; 18 : 159-65.
- Aubrun F. et al. Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient. Anesthesiology 2002 ; 96 : 17-23.
- Aubrun F. et al. Postoperative morphine consumption in the elderly patient. Anesthesiology 2003 ; 99 : 160-65.