

# FICHE DE GESTION DES OPIOÏDES

La Fiche de gestion d'opioïdes est conçue pour être utilisée par les prescripteurs d'opioïdes comme un outil au point de service afin de soulager la douleur chronique chez les malades atteints d'une affection non cancéreuse. Ce résumé des principaux éléments du *Canadian Opioid Guideline* peut être inséré au dossier.

## A Avant d'écrire la première ordonnance

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Diagnostic de douleur : \_\_\_\_\_

Date du début : \_\_\_\_\_

### Objectifs déterminés avec le patient :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

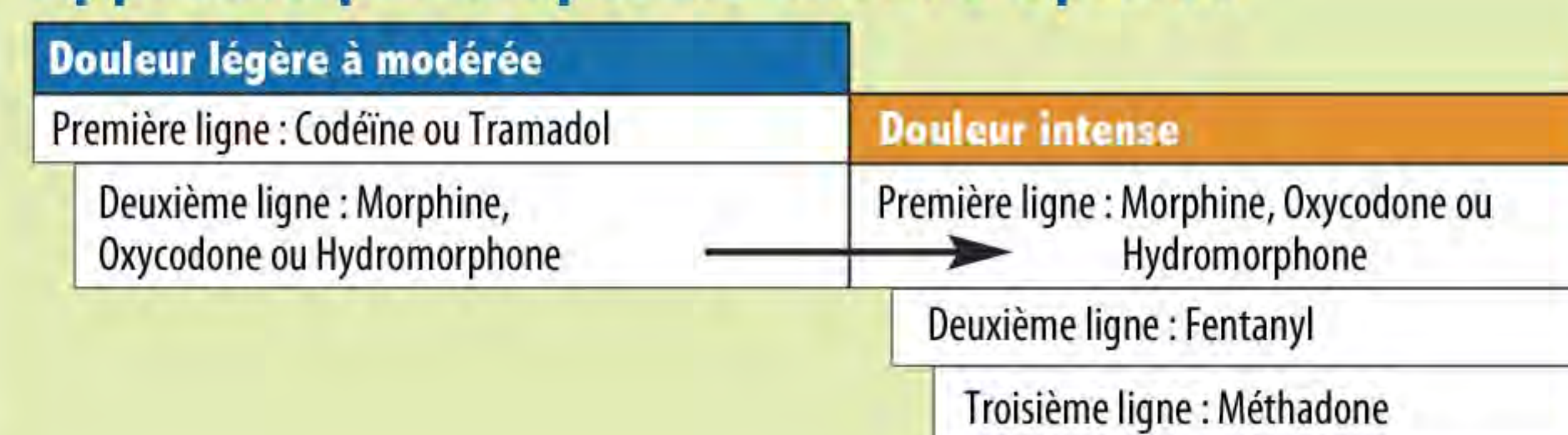
Liste de contrôle initial :	O	N	Date
Opioides indiqués pour ce genre de douleur			
Avantages éventuels expliqués			
Effets indésirables expliqués			
Risques expliqués			
Feuille de renseignements remise au patient			
Formulaire de consentement signé (au besoin)			
Dépistage de drogue dans l'urine (au besoin)			

Outil sur le risque associé aux opiacés		
Par Lynn R. Webster M.D.		
	Résultat pour la femme	Résultat pour l'homme
<b>Poste</b> (encercler les réponses qui conviennent)		
<b>1. Antécédents familiaux de toxicomanie :</b>		
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Médicaments d'ordonnance	4	4
<b>2. Antécédents personnels de toxicomanie :</b>		
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments d'ordonnance	5	5
<b>3. Âge (16-45 ans)</b>		
	1	1
<b>4. Antécédents d'abus sexuels durant la préadolescence</b>		
	3	0
<b>5. Maladie psychologique</b>		
Trouble du déficit de l'attention		
Trouble obsessionnel compulsif		
Trouble bipolaire, Schizophrénie		
Dépression	2	2
	1	1
<b>Score total</b>		
<b>Catégorie de risque :</b>		
Risque faible : 0 à 3 Risque modéré : 4 à 7 Risque élevé : 8 et plus		

### Risque de surdose

Facteurs relatifs au patient	Facteurs relatifs au prescripteur	Facteurs relatifs à l'opioïde
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personne âgée</li> <li>- Consomme des benzodiazépines</li> <li>- Maladie rénale</li> <li>- Maladie hépatique</li> <li>- BPCO</li> <li>- Apnée du sommeil</li> <li>- Troubles du sommeil</li> <li>- Déficience cognitive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluations incomplètes</li> <li>- Titrage rapide</li> <li>- Combinaison d'opioïdes et de sédatifs</li> <li>- Dosage non surveillé</li> <li>- Renseignements insuffisants donnés au patient et/ou famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Codéine et Tramadol - risque associés sont les plus faible</li> <li>- Libération contrôlée - doses plus élevées que la libération immédiate</li> <li>- Prévention                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer les facteurs de risque</li> <li>- Éduquer le patient / famille au sujet des risques et de la prévention</li> <li>- Commencer à faible dose, titrer de façon graduelle, surveiller</li> <li>- Prudence avec les benzodiazépines</li> </ul> </li> <li>- Risque plus élevé de surdose - réduire la dose initiale de 50% ; titrer de façon graduelle, surveiller</li> <li>- Éviter les voies parentérales</li> <li>- Adolescents et personnes âgées peuvent avoir besoin de consultation</li> <li>- Surveiller le mauvais usage</li> </ul>

### Approche par étapes du choix d'opioïde



## B Traitement d'essai Un essai d'un traitement aux opioïdes avec un suivi de près est recommandé avant de prescrire des opioïdes à long terme à un patient.

**Dose initiale suggérée et titrage** (inspiré de Weaver M. 2007 et de e-CPS 2008) Note : ce tableau est basé sur la dose orale pour la douleur chronique non-cancéreuse. La marque est indiquée si la composition comporte des caractéristiques différentes. La mention de marques comme exemples ne signifie pas une recommandation de ces produits (LC = libération contrôlée, LI = libération immédiate, s.o. = sans objet, AAS = acide acétylsalicylique)

Opioïde	Dose initiale	Intervalle de temps minimal avant augmentation	Augmentation suggérée de la dose	Dose minimale quotidienne avant la conversion de LI à LC
Codéine (seule ou combinée avec Acétaminophène ou AAS)	15-30 mg q.4h. au besoin	7 jours	15-30 mg/jour jusqu'à un maximum de 600 mg/jour (dose d'acétaminophène ne devrait pas dépasser 3,2 g/jour)	100 mg
Codéine LC	50 mg q.12h.	2 jours	50 mg/jour jusqu'à un maximum de 300 mg q.12h.	s.o.
Tramadol (37,5 mg) + Acétaminophène (325 mg)	1 comprimé q.4 h. au besoin jusqu'à 4/jour	7 jours	1-2 comprimés q.4 h. au besoin jusqu'à un maximum de 8 comprimés/jour	3 comprimés
Tramadol LC	a) Zytham XL®: 150 mg q.24h. b) TriduralMC : 100 mg q.24h. c) RaliviaMC : 100 mg q.24h.	a) 7 jours b) 2 jours c) 5 jours	Doses maximales : a) 400 mg/jour b) 300 mg/jour c) 300 mg/jour	s.o.
Morphine LI	5-10 mg q.4h. au besoin maximum 40 mg/jour	7 jours	5-10 mg/jour	20-30 mg
Morphine LC	10-30 mg q.12h. Kadian® : q.24h. Kadian® : ne devrait pas être essayé chez des patients naïfs aux opiacés	Minimum 2 jours Recommandé : 14 jours	5-10 mg/jour	s.o.
Oxycodone LI	5-10 mg q.6h. au besoin Maximum 30 mg/jour	7 jours	5 mg/jour	20 mg
Oxycodone LC	10-20 mg q.12h. Maximum 30 mg/jour	Minimum 2 jours Recommandé : 14 jours	10 mg/jour	s.o.
Hydromorphone LI	1-2 mg q.4-6h. au besoin Maximum 8 mg/jour	7 jours	1-2 mg/jour	6 mg
Hydromorphone LC	3 mg q.12h. Maximum 9 mg/jour	Minimum 2 jours Recommandé : 14 jours	2-4 mg/jour	s.o.

### Tableau relatif au traitement d'essai

Date	J / M / A	J / M / A	J / M / A	J / M / A
Opioïde prescrit				
Dose quotidienne				
Équivalence à la Morphine quotidienne				
Plus de 200				
Moins de 200				
Objectifs atteints →	Oui, non, partiellement			
Intensité de la douleur				
État fonctionnel →	Amélioré, pas de changement, détérioré			
Effets indésirables	Nausées			
	Constipation			
	Somnolence			
	Vertiges			
	Peau sèche, prurit			
	Vomissement			
	Autre?			
Complications?	(Examinées : 0 ou N)			
Comportement déviant	(Examiné : 0 ou N)			
Dépistage de drogue dans l'urine	(0 ou N)			
Autres médicaments				

Pour consulter le *Canadian Guideline for Safe and Effective Use for Non Chronic Cancer Pain*, télécharger le Opioid Manager ou faire des commentaires, visiter le site <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>



## Tableau d'équivalence à la Morphine

Opioïde	Doses équivalentes (mg)	Conversion MÉQ
Morphine	30	1
Codéine	200	0.15
Oxycodone	20	1.5
Hydromorphone	6	5
Mépidrine	300	0.1
Méthadone & Tramadol	Doses équivalentes peu sûres	
Fentanyl transdermique	60 – 134 mg Morphine = 25 mcg/h 135 – 179 mg = 37 mcg/h 180 – 224 mg = 50 mcg/h 225 – 269 mg = 62 mcg/h 270 – 314 mg = 75 mcg/h 315 – 359 mg = 87 mcg/h 360 – 404 mg = 100 mcg/h	

Changement d'opioïde	
Si la dose de l'opioïde précédent était :	Alors, la dose suggérée du nouvel opioïde est :
Élevée	50 % ou moins de celle de l'opioïde précédent (convertie en équivalent Morphine)
Modérée ou faible	60-75 % de celle de l'opioïde précédent (convertie en équivalent Morphine)

## Tableau d'entretien et de surveillance

Date	A / M / J	A / M / J	A / M / J	A / M / J	A / M / J	A / M / J
Opioïde prescrit						
Dose quotidienne						
Équivalence à la Morphine quotidienne						
Plus de 200	Dose vigilante >200					
Moins de 200						
Objectifs atteints → Oui, non, partiellement						
Intensité de la douleur						
État fonctionnel → Amélioré, pas de changement, détérioré						
Effets indésirables						
Nausées						
Constipation						
Somnolence						
Vertiges						
Peau sèche, prurit						
Vomissement						
Autre?						
Complications? (Examinées : 0 ou N)						
Comportement déviant (Examiné : 0 ou N)						
Dépistage de drogue dans l'urine (0 ou N)						
Autres médicaments						

## Quand est-il temps de diminuer la dose ou d'arrêter le traitement?

Quand arrêter le traitement	Exemples et observations importantes
<b>Douleur disparue</b>	Le patient reçoit le traitement indiqué pour son état. Un essai de diminution est justifié pour déterminer si la douleur est disparue.
<b>Risques l'emportent sur avantages</b>	Risque de surdose a augmenté Évidence de détournement Comportements déviants liés aux médicaments sont devenus évidents
<b>Effets indésirables l'emportent sur avantages</b>	Effets indésirables diminuent la fonction au dessous du niveau de base Patient ne tolère pas les effets indésirables
<b>Complications</b>	Des complications sont survenues (ex. : hypogonadisme, apnée du sommeil, hyperalgie due à l'opioïde)
<b>Opioïde non efficace</b>	<b>Diminution de la douleur ou amélioration du fonctionnement de ≥ 30 %</b> La douleur et la fonction sont interchangeables après l'essai de plusieurs types d'opioïdes Opioïde utilisé pour stabiliser l'humeur plutôt que pour maîtriser la douleur Diminution périodique de la dose ou cessation du traitement devrait être considérée pour confirmer l'efficacité du traitement à l'opioïde

### Comment arrêter - L'essentiel

**Comment dois je arrêter?** Il faut diminuer progressivement la dose d'opioïde plutôt que de cesser le traitement brusquement.

**Combien de temps faut il pour arrêter le traitement?** La diminution progressive dure habituellement de 2 semaines à 4 mois.

**Quand dois je être plus prudent lors de la diminution progressive?**  
Grossesse : L'arrêt brusque d'un traitement à l'opioïde a été associé à l'accouchement prématuré et à l'avortement spontané.

**Comment dois je diminuer la dose?**  
Diminuer la dose d'au plus 10 % de la dose totale quotidienne toutes les 1-2 semaines. Quand le tiers de la dose initiale est atteint, diminuer de 5 % toutes les 2-4 semaines. Éviter les médicaments aux effets hypnotiques et sédatifs, surtout les benzodiazépines, pendant la période de diminution progressive.

### Comportement déviant lié aux médicaments (modifié par Passik, Kirsh et al 2002)

Indicateur	Exemples
*Modifier la voie d'administration	Injecter, croquer ou broyer des formes orales
*Se procurer des opioïdes d'autres sources	Prendre le médicament d'un ami ou d'un parent Acheter une drogue illicite Obtenir des ordonnances multiples
Utilisation non approuvée	Multiples augmentations de la dose non autorisées Épisodes de consommation excessive plutôt que l'utilisation prévue
Recherche de médicaments	Pertes récurrentes d'ordonnances Demandes agressives de doses plus élevées Harcèlement du personnel pour obtenir l'ordonnance par télécopie ou des rendez vous d'urgence Rien d'autre ne fonctionne
Symptôme de sevrages répétés	Dysphorie marquée, myalgies, symptômes gastrointestinaux, besoin impérieux
Conditions accompagnateur	Dépendance actuelle à l'égard de l'alcool, de la cocaïne, du cannabis ou d'autres drogues Troubles sous jacents anxieux ou de l'humeur qui ne réagissent pas au traitement
Aspects sociaux	Fonction sociale médiocre ou qui se détériore Inquiétude exprimée par des membres de la famille
Opinion sur le traitement à l'opioïde	Reconnaît parfois avoir une dépendance Forte opposition à une diminution progressive ou au changement d'opioïde Peut reconnaître un effet de stabilisation de l'humeur Peut reconnaître des symptômes d'arrêt pénibles

\* Comportements qui révèlent davantage la dépendance que les autres