

CAPP-INFO

Bulletin d'information du CAPP
(Contact Avis Pharmacologique et Pharmaceutique)

N° 12, Juin 2000
Bip : 8 65 60

PRESCRIPTION MEDICALE DE LA MORPHINE POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR EN GERIATRIE

I. INTRODUCTION

La morphine est fréquemment prescrite chez les patients âgés. Ce document propose d'harmoniser, au sein du Département de gériatrie, la rédaction des ordres médicaux concernant cet analgésique, afin de simplifier la communication entre le médecin prescripteur et les infirmier(e)s et ainsi d'optimiser l'efficacité et la sécurité des traitements à base de morphine.

II. PRINCIPES GENERAUX

- La morphine est un **antalgique majeur**.
- Elle doit être donnée **per os**, sauf en cas de dysphagie, vomissements, iléus et troubles de l'absorption intestinale.
- Elle doit être donnée **toutes les 4 heures** (6x/j) : p.ex : 6h, 10h, 14h, 18h, 22h, 2h.
- **La dose initiale** est en principe de **6 x 2.5 mg po** pour un **patient âgé et malade**. Si le patient ne présente aucune co-morbidité, la dose initiale est de 6 x 5 mg (pour un adulte jeune, la dose initiale est de 6 x 10 mg).
A noter qu'en cas d'insuffisance rénale (clairance créatinine calculée <30 ml/min), la buprénorphine (Temgesic®) est l'opiacé de 1^{er} choix en raison de l'absence de métabolites actifs.
- **Doses de réserves** : **10% de la dose quotidienne** à répéter toutes les heures si le patient est algique entre les prises régulières, **maximum 3x**. Si le patient est **encore algique après la 3^{ème} réserve, appeler le médecin** pour une nouvelle évaluation et une adaptation de l'antalgie.
- **Augmentation de la dose**:
 - **Par paliers de 30%** de la dose précédente **ou**
 - **Additionner à la dose journalière les doses de réserves et diviser ce chiffre par 6 pour obtenir la nouvelle dose.**

⇒ **Ne pas oublier d'adapter les doses de réserves** (10% de la nouvelle dose/24heures).

⇒ La notion de «**fourchette**» (prescription anticipée d'une posologie plus élevée) est réservée aux unités (infirmières et médecins) habituées à la prescription de la morphine pour des patients sélectionnés.

III. EFFETS INDESIRABLES

- **Constipation**: constante et dose-dépendante.
Donner systématiquement un laxatif stimulant (extrait de bourdaine, Frangulae elixir®), éventuellement associé à un laxatif osmotique : lactulose (Duphalac®). **Réévaluer le transit régulièrement.**
- **Nausées, vomissements**: peuvent être présents les 3-4 premiers jours : métoclopramide (Paspertin®) 3 x 10-20 mg/j à mettre en réserve. Si inefficace : l'halopéridol (Haldol®) 2 x 0.5-1 mg/j peut être prescrit.
- Avertir également le patient de la possibilité d'une **somnolence et d'une sécheresse de bouche**.
- **Signes de toxicité** : souvent secondaires à l'accumulation de métabolites actifs (hautes doses, insuffisance rénale, déshydratation) :
 - **Symptômes** : myoclonies, delirium, hallucinations, hyperalgésie, nausées sévères.
 - **Que faire** : hydrater, exclure d'autres facteurs aggravants, diminuer les doses ou rotation d'opiacés (hydromorphone, buprénorphine).

IV. PRODUITS DISPONIBLES ET CONVERSIONS

Doses unitaires	2.5 / 5 / 10 / 20 / 30 / 50 mg	Ampoules	0.1% = 1 mg/ml 1% = 10 mg/ml 2% = 20 mg/ml
Flacons solutions	0.1% = 1 mg/ml 1% = 10 mg/ml 2% = 20 mg/ml	MST-continus cp	10 / 30 / 60 / 100 mg
		susp	20 / 30 / 60 mg / sachet

Le conditionnement en doses unitaires peut simplifier l'administration chez un patient stabilisé, mais cette présentation limite l'adaptation posologique. Les flacons de solutions devraient être également disponibles dans les unités.

• Une fois la douleur maîtrisée, comment passer au MST ?

- Dose identique à la dose totale par 24h de morphine solution ;
- Diviser cette dose totale par 3, à administrer chaque 8 heures ;
- Donner la première dose de MST en même temps que la dernière dose de morphine solution ;
- **Réserve** : morphine solution 10% de la dose quotidienne, à répéter 3x.

• En cas de contre-indication à la voie orale, comment passer à la morphine par voie sous-cutanée ?

- Dose = 50% de la dose totale de morphine solution ;
- Doses fractionnées toutes les 4 heures ou administration continue.

V. EXEMPLE DE FEUILLE D'ORDRES MEDICAUX

Commentaires	Date	Nom médicament	Dose unitaire	Répartition	Visa Méd	Visa Inf
Patient admis avec une dose habituelle de 180 mg/j Réserve = ~10 % de 180 mg	18.2	morphine sol	30 mg	30 mg toutes les 4 heures po		
		Réserve si patient morphine sol	encore 20 mg	algique 20 mg po à renouveler chaque heure si besoin au max. 3x*		
Si la douleur persiste après l'utilisation des 3 réserves appeler le médecin						
		Paspertin	10 mg	3x10 mg/j en réserve si nausées		
		Frangulae + Rudolac élixir	15 ml	3x15 ml/j. Cave transit		
		Dulcolax	5 mg	2 cp au coucher		
Patient algique, augmentation de la morphine de 30% = 180mg + 30%180mg = 180+60mg=240 mg/j Réserve = ~10 % de 240 mg	21.2	Stop morphine systématique et réserve morphine sol	40 mg	6x40 mg		
		Réserve si patient morphine sol	encore 25 mg	algique 25 mg po à renouveler chaque heure si besoin au max. 3x		
Si la douleur persiste après l'utilisation des 3 réserves appeler le médecin						
Douleur maîtrisée passage au MST doses identiques 3x 80 mg/j	1.3	Stop morphine	solution			
		MST	60 mg 10 mg	1 cp aux 8 heures 2 cp aux 8 heures		
Le patient développe un iléus mécanique. Passage à morphine sc. Diviser 240 mg/2 Réserve = ~10 % de 120 mg	25.3	Stop MST et morphine réserves Morphine amp sc	20 mg	6x20 mg sc/j		
		Réserve si patient morphine amp sc	encore 15 mg	algique 15 mg sc à renouveler chaque heure si besoin au max. 3x		
Si la douleur persiste après l'utilisation des 3 réserves appeler le médecin						

* Exemple de réserves: 10h : 30 mg, 11h : 20 mg réserve, 12h : 20 mg réserve, 13h : 20 mg réserve.

⇒ 14h appeler le médecin : augmentation morphine 40 mg chaque 4 heures.

VI. REFERENCES

1. Morphine in cancer pain : modes of administration. Expert working group of the European Association for Palliative Care. Br Med J 1996;312:82-826. 2. AGS Clinical Practice Committee. JAGS 1997;45:1273-6.

Remerciements: Ce document a été rédigé par les médecins (Dr. S. Pautex, Dr. N. Vogt) et les infirmières (E. Cabotte, L. Campana, D. Ducloux, F. Jan-Iwaniec, P. Le Lous, N. Parisod) de l'Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs (EMASP) du Département de gériatrie et par H. Guisado et B. Merelli, infirmières.

Nous remercions également les médecins du Département de gériatrie et de la Division de pharmacologie clinique pour leur participation au processus de consultation qui a précédé la publication de ce document.

Pour toute question : EMASP ☎ 6204