



Prescription des morphiniques et administration par PCA

Dr Sandrine Marsan et Marie-Lorraine de Warren (IDE)
Maison Médicale Jeanne Garnier, 106 ave Emile Zola, 75015 Paris





Absence de lien d'intérêts déclarés par les intervenantes





PCA : Patient Controlled Analgesia (Analgésie auto contrôlée par le patient)

Systeme d'administration d'opioïdes qui permet au patient de recevoir un débit continu d'opioïde et/ou à sa demande par auto administration des doses supplémentaires.





Indications de la PCA

- Accès douloureux paroxystiques fréquents nécessitant des suppléments d'antalgiques rapidement efficaces.
- Difficultés à poursuivre un traitement antalgique par voie orale ou transdermique, la voie d'administration devenant inadaptée ou impossible (dysphagie, nausées/vomissements, fièvre, hypersudation, occlusion, etc...)
- Des effets indésirables ou des douleurs non contrôlées après différents traitements opioïdes per os ou transdermiques
- Nécessité de titration rapide en cas de douleur intense.



Contre - indications à la PCA

- Patient non coopérant, refusant la technique ou ne la comprenant pas.
- Patient ayant des troubles des fonctions supérieures.
- Absence de formation préalable du personnel médical et para-médical.



Prescription

Molécule: chlorhydrate de morphine, oxycodone, fentanyl

Dose de fond : dose totale d'opioïde requise sur 24h (à calculer en mg/h ou $\mu\text{g/h}$).

Bolus : pas de consensus, recommandé : $1/10^{\text{ème}}$ de la dose journalière, soit 2 à 3 fois la dose horaire.

La Période Réfractaire PR : est à adapter en fonction de la voie d'administration, la molécule

RATIO DE CHANGEMENT D'OPIOIDE ET DE VOIE D'ADMINISTRATION

En noir, ratios pour lesquels on retrouve des données dans la littérature

En vert, ratios issus de l'expérience clinique des experts

Le tableau se lit de gauche à droite

Dose/24h →	Morphine PO	Morphine IV	Morphine SC	Oxycodone PO	Oxycodone IV ou SC	Patch Fentanyl	Hydromorphone PO	Méthadone PO
Morphine PO	/	3 :1 diviser la dose de morphine PO par 3	2 :1 diviser la dose de morphine PO par 2	2 : 1 diviser la dose de morphine PO par 2	3 :1 diviser la dose de morphine PO par 3	100 :1 diviser la dose de morphine PO par 100, et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	7,5 :1 diviser la dose de morphine PO par 7,5	Pas de dose de fond de la Méthadone, mais titration avec prise unitaire de méthadone = 1/10 de la dose journalière de morphine PO, sans dépasser 30 mg de méthadone par prise et 6 prises par jour, avec délai minimum de 1h entre les prises
Morphine IV	1 :2 multiplier la dose de morphine IV par 2	/	1 :1 même dose	1 :1 même dose	1 :1 même dose	50 :1 diviser la dose de morphine IV par 50 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	3,75 :1 diviser la dose de morphine IV par 3,75	titration avec prise unitaire de méthadone = 1/5 de la dose journalière de morphine IV, sans dépasser 30 mg de méthadone par prise et 6 prises par jour, avec délai minimum de 1h entre les prises
Morphine SC	1 :2 multiplier la dose de morphine SC par 2	1,5 :1 diviser la dose de morphine SC par 1,5	/	1 :1 même dose	1 :1 même dose	50 :1 diviser la dose de morphine SC par 50 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	3,75 :1 diviser la dose de morphine SC par 3,75	titration avec prise unitaire de méthadone = 1/5 de la dose journalière de morphine SC, sans dépasser 30 mg de méthadone par prise et 6 prises par jour, avec délai minimum de 1h entre les prises
Oxycodone PO	1 :1,5 multiplier la dose d'oxycodone PO par 1,5	1 :0,5 multiplier la dose d'oxycodone PO par 0,5	1 :0,75 multiplier la dose d'oxycodone PO par 0,75	/	2 :1 diviser la dose d'oxycodone PO par 2	67 :1 diviser la dose d'oxycodone PO par 67 et multiplier par 1000 pour convertir en µg puis diviser ce chiffre par 24 pour obtenir la dose du patch de fentanyl en µg/h	5 :1 diviser la dose d'oxycodone PO par 5	titration avec prise unitaire de méthadone = 1/6,7 de la dose journalière d'oxycodone PO, sans dépasser 30 mg de méthadone par prise et 6 prises par jour, avec délai minimum de 1h entre les prises



Matériel / Programmation

- Branchement de la PCA en proximal
- Clé et code de programmation pour sécuriser la PCA
- Programmes pré-paramétrés ou programmes personnalisés
- Matériel de plus en plus intuitif
- Double contrôle programmation et préparation





Prescription des morphiniques et administration par PCA



Voies d'administration

Sous-cutanée (en absence de voie IV ou si celle-ci n'est pas indispensable)

Intraveineuse (chambre implantable, Picc-line, autres VVC)

PR de 20 à 30 en IV, de 30 à 60 mn en SC



Surveillance

- Evaluation de la douleur (EVS, EN etc) au moins une fois par équipe
- Evaluation de la vigilance-agitation : échelle de Richmond (RASS)
- Evaluation de la fréquence respiratoire (FR)
- Remise à zéro quotidienne (tracer la RAZ et l'horaire)
- Nombre de bolus demandés / nombre de bolus reçus depuis la RAZ
- Heure de changement de programmation ou de poche
- Noter le jour et heure de surveillance (une fois minimum par équipe)



Echelle de vigilance-agitation de Richmond (*Richmond agitation sedation scale RASS*)
 [1,2] ; validation française par Chanques et coll [3]

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)



FEUILLE DE SURVEILLANCE PCA

Version 5 validée par le CREX du 26/01/2018

Document à archiver dans le dossier médical

ETIQUETTE PATIENT

PCA préparée par (nom IDE) :

Signature :

Date : / /

DATE et HEURE	J1 H 0	J1 H 1	J1 à H 6									
Nom IDE qui vérifie la programmation												
Evaluation douleur : EN/EVS/ALGOPLUS												
Vigilance : Echelle de Richmond												
FR si Richmond < -1 ou si dort Appeler MDG si FR < 10/mm												
Nbre Bolus demandés/24h												
Nbre Bolus reçus/24h												
Remise à 0 (RAZ) du compteur bolus : oui / non												
Dose Morphinique reçue depuis la RAZ												
Volume résiduel												
Piles : OK ou changement												
Cocher si modification de prescription												

A chaque changement de pochon, une nouvelle feuille de surveillance est remplie

Avant le changement de pochon, relever les paramètres

Utiliser les codes adaptés : Changement de pile : **0000** Changement de programme (prescription) : **0111** Changement de pochon : **0011**





SURVEILLANCE DU PATIENT ET DE LA PCA MORPHINE/OXYCODONE

DATE : ____/____/____

SERVICE : _____

ETIQUETTE DU PATIENT

NOM DU STUPEFIANT : _____ Voie d'administration : Δ sous cutanée Δ IV
 CONCENTRATION (en mg/ml) : _____ Débit continu (en mg/h) : _____
 Dose bolus (en mg) : _____ Période réfractaire (en minutes) : _____
 Dose max (en mg/4h) : _____

Changement de prescription
Heure :
 - Concentration (en mg/ml) :
 - Débit continu (en mg/h) :
 - Dose bolus (en mg) :
 - PR (en minutes) :
 - Dose max (en mg/4h) :

Score de sédation : 0 – Réveillé 1 – Somnolent, facile à réveiller 2 – Réveillable par stimulation 3 – Difficilement ou non réveillable

Heure	EVA	Score de sédation	FR	Effets secondaires	Nombre de demandes	Nombre de bolus reçus	Dose totale depuis RAZ (mg)	Changement concentration ou poche	Nom et Signature IDE 1	Nom et Signature IDE 2





L'antalgique le plus utilisé : la morphine

- La morphine suscite parfois des craintes et pourtant c'est un médicament qui, bien indiqué et utilisé selon des règles précises, est bien toléré et rapidement efficace sur les douleurs. C'est celui le plus souvent utilisé avec la PCA.
- Les risques d'accoutumance (besoin de + en + de morphine au cours du temps) ou les risques de dépendance (réaction de manque à l'arrêt du traitement) sont rares et peuvent aujourd'hui être évités par un traitement bien conduit.
- La morphine peut entraîner des effets indésirables plus ou moins gênants, à surveiller et à signaler. Il peut s'agir principalement de nausées et/ou vomissements, de constipation et de somnolence. Ces effets sont variables d'une personne à l'autre et feront l'objet d'une surveillance personnalisée.

L'utilisation de la PCA vous permettra plus d'autonomie et de rapidité d'action dans le traitement de votre douleur.

Bien comprise, il s'agit d'une pratique très performante qui cependant reste indissociable d'un partenariat entre vous et l'équipe soignante qui vous accompagne.

N'hésitez pas à les contacter si besoin :

- Médecin :
Tél. :
- Infirmière :
Tél. :
- Réseau, pharmacien
ou prestataire :
Tél. :

*Extrait des recommandations du groupe
de travail "Pôle Qualité" de la S.F.A.P
pour l'administration de morphine par PCA.*

Février 2006

**Société Française d'Accompagnement
et de Soins Palliatifs**

106 avenue Emile Zola - 75015 Paris
www.sfap.org

Comment utiliser la PCA ?

*Plaquette à destination des patients
et de leurs familles*

Vous êtes porteur d'une pompe PCA
(Analésie Contrôlée par le Patient).

Cette méthode très sûre vous permet
d'agir vous même sur la douleur dès
qu'elle se fait sentir, au moyen d'une
pompe qui vous administrera immédia-
tement un supplément d'antalgique.

Cette plaquette a pour objectif de vous
aider à participer à la prise en charge
de votre douleur en vous donnant des
informations utiles.



Présentation de la pompe



**Présence pompe
+ bouton-presseur**

Comment cela fonctionne ?

Lors de la mise en place de la pompe, une programmation est effectuée par l'infirmière sur prescription médicale.

Elle permet :

- une administration continue d'antalgique,
- une possibilité de doses supplémentaires d'antalgique appelées bolus et gérées par vous en fonction de la douleur, de vos activités ou en prévision de certains soins douloureux (ex : *pansement, toilette, mobilisations...*).

Intérêts du système

- Autonomie vis-à-vis de la douleur.
- Meilleure adaptation du traitement et donc meilleure efficacité de prise en charge.
- Gain en terme de qualité de vie par la diminution des douleurs et par les mobilisations facilitées au quotidien.
- Sécurité du système qui mémorise toutes vos demandes d'antalgiques et facilite le suivi du traitement par l'équipe soignante.

Conseils d'utilisations

- C'est vous seul(e) qui jugez si vous avez mal et qui décidez (dans la mesure du possible) de vous administrer un supplément d'antalgique en vue de soulager la douleur.
- N'hésitez pas à appuyer sur le bouton-poussoir dès que la douleur se fait sentir. Il est préférable de ne pas attendre que la douleur soit trop intense car elle serait plus difficile à soulager.
- Sachez qu'il faudra quelques minutes pour que le produit agisse.
- Si les douleurs persistent, le traitement devra être réévalué ; n'hésitez pas à en parler à votre médecin ou infirmier(e).



Références bibliographiques

- « Recommandations pour l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile, pour l'administration de morphine, chez le patient atteint de cancer, et douloureux, en soins palliatifs » SFAP. Février 2006
- « Standards, options et recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte, mise à jour » 2002, FNCLCC
- « Nouvelles recommandations sur les prescriptions des opioïdes dans les douleurs liées au cancer » Philippe Poulain, SFAP. 2018

