

Protocole d'Utilisation des Opioides

Par PCA en HAD

1) Objet.

Ce protocole a pour objet de décrire les modalités d'utilisation des opioïdes injectables en PCA, en traitement symptomatique d'une douleur, après investigation étiologique si possible par le médecin traitant et/ou en collégialité avec le médecin coordonnateur de la structure de l'HAD, ou par le médecin référent hospitalier et/ou en accord avec le médecin traitant et/ou en collégialité avec le médecin coordonnateur de la structure HAD.

2) Domaines d'application.

Ce protocole s'applique aux patients adultes présentant une douleur de type nociceptif ou de type mixte avec prédominance nociceptive nécessitant un traitement prolongé de palier 3 (selon l'OMS) par voie injectable en l'absence de problèmes cognitifs. Deux modes de délivrance peuvent être utilisés en HAD. Il s'agit de la voie parentérale IV et de la voie sous cutanée.

Les personnes autorisées à prescrire sont le médecin hospitalier, le médecin traitant et le médecin coordonnateur de la structure HAD en l'absence du médecin traitant (en cas d'urgence) ou avec l'accord du médecin traitant lors de l'Astreinte Téléphonique Médicale de Sécurité.

Les personnes autorisées à administrer les opioïdes en HAD sont le médecin traitant ou les Infirmiers (ères) de l'HAD (salariés(ées) ou libéraux ou libérales), sous responsabilité médicale (médecin traitant ou en l'absence du médecin traitant et en accord avec celui-ci, sous celle du médecin coordonnateur, et lors d'une astreinte téléphonique médicale de sécurité sous la responsabilité du médecin d'astreinte de l'HAD).

3) Références réglementaires.

Article L.1110-5 du Code de la Santé Publique (loin° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code).

Article R-4311-5 du Code de Santé Publique (rôle propre infirmier)

Article R 4311-7 du Code de Santé Publique (rôle infirmier sur prescription médicale)



Article R4311-8 du Code de la Santé Publique (prise en charge de la douleur)

Article R 4311-14 du Code de Santé Publique (protocoles de soins d'urgence)

Circulaire n°98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aigue par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

Plan de Lutte contre la Douleur (2008-2012)

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

Références pharmaceutiques : Vidal et recommandations en usage dans les établissements de soins.

4) Modalités d'Application.

MODALITES D'UTILISATION DE LA MORPHINE

INJECTABLE

EN PCA (Pompe Auto-Contrôlée)

PRINCIPES :

- La PCA morphine s'intègre dans un principe d'analgésie multimodale (niveau I, AINS, niveau 2, coanalgésiques, + morphine)
- Le principe de la PCA de morphine repose sur l'administration de faibles doses séquentielles administrées à l'aide d'une pompe, par le patient lui-même, qui adapte sa demande à l'importante variabilité de ses besoins.
- La qualité de l'analgésie nécessite la prévention et le traitement des effets secondaires de la morphine.
- L'efficacité de la technique est conditionnée par l'information préalable et l'éducation du patient.

QUI :

- La dose de charge ou la titration de Morphine sont réalisées par l'IDE.
- La programmation initiale de la pompe est réalisée par l'IDE, sur prescription médicale.
- La poursuite du traitement, la surveillance clinique, la surveillance de la pompe et la tenue du dossier sont réalisées par l'infirmière de la structure HAD.

COMMENT :

- La PCA ne sera branchée en entretien qu'après que le patient ait atteint le seuil analgésique : dose de charge ou titration IV ou orale, ou relais de morphinique au long cours.

PREPARATION ET MISE EN PLACE

Pour la dilution : **la morphine se dilue toujours à 1 ml = 1 mg**

quelle que soit la taille de la seringue

(10ml = 10 mg, 20 ml = 20 mg, 50 ml = 50 mg, 100ml = 100 mg)

Pour le branchement : La tubulure de PCA est branchée directement sur le cathéter périphérique **sans robinet mais toujours avec une valve anti retour**, ne nécessite pas de voie dédiée.

SCHEMAS THERAPEUTIQUES DE LA MORPHINE EN PCA

1°) MORPHINE IV en PCA / version 1

- 50 mg de MORPHINE = 5 amp de 10 mg/ml (*)
- Ramener à 50 ml avec du sérum physiologique

⇒ **1 ml = 1 mg de Morphine**

(*) ou 3 amp de 10 mg, ramener à 30 ml avec du sérum physiologique ou 10 amp de 10 mg dans une perfusette de sérum physiologique de 100 ml de laquelle on a retiré 10 ml.

2°) MORPHINE IV en PCA / version 2 (avec anti émétique)

- 50 mg de MORPHINE = 5 amp de 10 mg/ml (**)
- 2,5 mg de Droleptan = 1 amp de 2,5 mg/ ml
- Ramener à 50 ml avec du sérum physiologique

⇒ **1 ml = 1 mg de Morphine**

(**) ou 3 amp de 10 mg + 1.5 mg de Doleptan, ramener à 30 ml avec du sérum physiologique ou 10 amp de 10 mg + 2 amp de 2.5 mg de Droleptan dans une perfusette de sérum physiologique de 100 ml de laquelle on a retiré 12 ml.

PROGRAMMATIONS DE LA PCA

Elles varient en fonction de l'indication :

1°) PROGRAMMATION DE BASE DE LA PCA (sauf prescription différente)

Elle correspond à une douleur aiguë paroxystique type colique néphrétique ou crise drépanocytaire

- **Pas de débit continu**
- **Bolus = 1 mg**
- **Période réfractaire = 5 mn**
- **Pas de maximum 4 heures**

Avantage : analgésie adaptée aux besoins si le patient a bien compris le principe. La période réfractaire courte autorise de nombreux bolus (au début en particulier) et évite de "courir" derrière l'analgésie. La limite 4 heures n'est pas utile en mode bolus seul (sans perfusion continue). Si la dose injectée commence à être importante, la somnolence induite empêchera le patient d'appuyer encore, jusqu'à ce qu'il se réveille, et l'absence de débit continu n'aggraverait pas un risque de surdosage.

Inconvénient : peut nécessiter de nombreux appuis au début si la dose de charge initiale ± titrations n'ont pas été suffisantes.

2°) PROGRAMMATION ALTERNATIVE (sauf prescription différente)

Elle correspond à une douleur paroxystique sur un fond douloureux permanent type mobilisations chez patient cancéreux

- **Débit continu de base = 0.5 à 2 mg/h**
- **Bolus = 1 mg**
- **Période réfractaire = 5 mn**
- **Dose maximum sur 4 heures : 24 mg**

Avantage : analgésie systématique, réduit le besoin de bolus

Inconvénient : s'apparente à la seringue électrique, analgésie systématique avec risque supérieur de surdosage et donc une surveillance encore plus étroite nécessaire (**surveillance horaire au début puis par 4h**)

ETAPES DE LA GESTION DE LA PCA MORPHINE

1. PROGRAMMATION DE LA POMPE EN FONCTION DE LA PRESCRIPTION

2. DEBUTER LE TRAITEMENT EN PCA APRES AVOIR ATTEINT LE SEUIL ANALGESIQUE

Dose de charge ± titrations IV

3. ADMINISTRATION DE BOLUS SUPPLEMENTAIRES, si nécessaire

- **En cas de douleur aiguë inopinée :**

L'IDE peut administrer un bolus de 1 mg de morphine.

Si l'épisode aigu douloureux n'est pas calmé, il est possible de refaire au bout de 5 à 10 minutes, un autre bolus de la même quantité.

Si le patient n'est toujours pas calmé après 2 bolus, revoir avec le médecin pour réajustement thérapeutique.

- **En cas de douleur aiguë provoquée: (toilette, pansements, kinésithérapie ...)**

L'IDE peut administrer de la même manière un bolus de morphine, 5 à 10 minutes avant le début du soin.

EMLA® , le MEOPA et les autres antalgiques de niveau inférieur pourront être associés avant et pendant le soin.

4. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

- **Efficacité antalgique :**

Interrogatoire du patient et si nécessaire, EVA, EN, EVS ou échelles d'hétéroévaluation comportementales (DOLOPLUS 2...).

Signes d'imprégnation morphinique : myosis

- **Effets indésirables :** ES : échelle de somnolence en particulier
- **Signes de surdosage : bradypnée**
- Site de perfusion à surveiller également

5. TRACABILITE : NOTER DANS LE DOSSIER DU PATIENT POUR CHAQUE ADMINISTRATION DE BOLUS (IDE)

Quantité, efficacité, tolérance, horaire

6. REEVALUATION DE LA POSOLOGIE DE FOND NECESSAIRE

(à faire par le Médecin)

- En fonction de l'évaluation de la douleur de fond (interrogatoire du patient et si nécessaire, EVA, EN ou échelles d'hétéroévaluation)
- Et en fonction des bolus consommés.

SURVEILLANCE DE L'ANALGESIE PAR PCA

EFFETS INDESIRABLES ET CONDUITE A TENIR (voire Protocole NALOXONE)

1°) RYTHME DE SURVEILLANCE:

A la mise en place de la PCA :

Surveillance rapprochée : toutes les heures pendant les 4 premières heures.

Pour les patients stables sur le plan hémodynamique :

Toutes les 4 heures jusqu'à l'ablation de la PCA si besoin

2°) SURVEILLANCE :

- pression artérielle, pouls, température

- fréquence respiratoire

- pupilles

- EVA de 0 à 100 ou EN de 0 à 10

- Effets indésirables de la morphine

- diurèse (si prescrit)

- **Echelle de sédation (échelle de Rudkin) (*= Pincement ferme, mais non douloureux du lobe de l'oreille)**

1 : patient éveillé, orienté

2 : patient somnolent

3 : patient Yeux fermés, répondant aux stimulations verbales

4 : patient Yeux fermés, répondant à une stimulation tactile légère*

5 : patient Yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère*

- **Echelle de fréquence respiratoire :**

0 : respiration régulière, normale, fréquence > 10/minute

1 : ronflement, fréquence > 10/minute

2 : respiration irrégulière, obstruction, tirage, fréquence <10/minute

3 : pauses respiratoires, fréquence < 8/minute

RESUME : MODALITES D'UTILISATION DE LA MORPHINE INJECT...

La PCA ne sera branchée en entretien qu'après que le patient ait atteint le seuil analgésique :
dose de charge ou titration IV ou orale, morphinique oral au long cours,

c'est-à-dire = EVA < 30 ou EN < 3

La mise en place (dilution et branchement) : confère fiche

1°) PRESCRIPTION D'UN PROTOCOLE (Médecin)

- **Bolus seul en cas de douleur paroxystique :**

Bolus de 1mg, période réfractaire de 5mn, pas de maximum sur heures

- **Bolus + perfusion continue en cas de paroxysmes sur fond douloureux continu :**

Débit de base de 0,5 à 2mg/h, bolus de 1mg, période réfractaire de 5 mn, dose maximum sur 4h de 24mg

- **Association à dropéridol (DROLEPTAN®) à visée antiémétique**

2°) PROGRAMMATION DE LA POMPE (IDE, Médecin)

3°) DEBUTER LE TRAITEMENT IV avec la PCA

4°) ADMINISTRATION DE BOLUS SUPPLEMENTAIRES si nécessaire

(IDE + Médecin)

- Douleur aiguë inopinée
- Douleur prévisible (toilette, pansement)

5°) SURVEILLANCE DU TRAITEMENT : (IDE+ Médecin)

Efficacité, tolérance, surdosage

6°) NOTER DANS LE DOSSIER DU PATIENT (IDE) :

- Nombre de bolus demandés et injectés, nombre de bolus infirmiers supplémentaires, dose totale de morphine, efficacité, effets secondaires

7 REEVALUATION DE LA POSOLOGIE NECESSAIRE en fonction de l'historique

(Médecin +IDE)