

MORPHINE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE INITIATION D'UN TRAITEMENT CHEZ L'ADULTE

HORS situations suivantes :

chez l'insuffisant rénal sévère (clairance à la créatinine < 30 ml/min), le sujet en EHPAD ou dans la douleur aiguë

INDICATIONS

→ Douleurs par excès de nociception de forte intensité ou résistantes à un traitement de palier II (opium, tramadol, codéïne,...) bien conduit

INITIATION DU TRAITEMENT

VOIE ORALE

Posologie usuelle : en moyenne 60 mg/j *per os* pour 1 adulte en relais d'un palier 2. Si douleur très intense, on peut initier le traitement morphinique d'emblée. Dans ce cas des doses plus faibles peuvent être utilisées au début.

On peut débiter par :

◆ Sulfate de morphine à libération immédiate LI

(Actiskénan® gélule 5, 10, 20 et 30 mg - Sévrédol® cp 10, 20 mg (sécable) - Oramorph® solution buvable unidose 10 mg/5 ml, 30 mg/5 ml, 100 mg/5 ml ou flacon cpte-goutte 1 goutte= 1,25 mg de sulfate de morphine)

- **10 mg toutes les 4 h**. Si la douleur n'est pas contrôlée, augmenter la dose de la prise suivante de 30 à 50 %
- Permet une adaptation rapide de la posologie
- Lorsque la douleur est contrôlée, prendre le relais par la forme LP à la même dose journalière en 2 prises

◆ Sulfate de morphine à libération prolongée LP (Skénan® Moscontin®) (1 prise toutes les 12 heures)

- 30 mg x 2 le premier jour
- prescrire des interdoses : 1/10^{ème} à 1/6^{ème} de la dose journalière en fonction des besoins
- en pratique, on peut proposer des interdoses à **libération immédiate, toutes les heures** si nécessaire (respecter un délai d'une heure entre les prises)
Ne pas dépasser 6 interdoses par jour (maximum), quel que soit l'intervalle. Si le patient nécessite plus de 6 interdoses, refaire l'évaluation avec le médecin
- comptabiliser les interdoses nécessaires pendant 24 heures et augmenter le lendemain d'autant la dose de morphine en LP

Note : Chez l'insuffisant rénal (CLcr = 30-60 ml/min), il n'y a pas de titration par la forme LP.

Exemple : pour un patient sous 2 x 30 mg de forme à libération prolongée qui aura pris 4 interdoses de 10 mg de forme à libération immédiate, passer à 100 mg par jour, soit 2 fois 50 mg de forme à libération prolongée le lendemain.

VOIE SOUS-CUTANEE

→ En bolus ou à la seringue électrique par un site d'injection, qui doit être changé toutes les 72 heures.

Utiliser cette voie seulement si d'autres ne sont pas possibles car la morphine en SC est douloureuse.

Faire 5 mg en SC toutes les 4 h. Augmenter la dose de la prise suivante de 30 à 50 % si la douleur n'est pas contrôlée.

Lorsque la douleur est contrôlée, prendre le relais en PSE (pousse seringue électrique) à débit continu aux mêmes doses (= 6 fois la dose du bolus efficace).

VOIE INTRAVEINEUSE

→ **Si autres voies non utilisables. A utiliser avec précaution dans le cadre d'une initiation.**

Prendre contact, si nécessaire, avec la consultation anti-douleur.

Posologie par voie IV : 20mg/24h avec bolus de 2mg (1/10^{ème}) en PSE

MODIFICATION DE LA VOIE D'ADMINISTRATION

- Passage de la voie orale à la voie parentérale, si :
 - effets indésirables trop importants (dépression respiratoire, somnolence),
 - tube digestif non fonctionnel

Appliquer la règle des équivalences :

Voie Orale	Sous-Cutanée	Intraveineuse
1	1/2	1/3

Inversement pour le passage de la voie parentérale à la voie orale

L'administration simultanée de morphine par deux voies d'administration différentes est à éviter car elle expose à un risque de surdosage en raison des différences cinétiques entre les différentes voies d'administration.

EFFETS INDÉSIRABLES (VOIR FICHE DES EFFETS INDÉSIRABLES MORPHINIQUES)

Antidote en urgence : Naloxone (Narcan® et génériques) si pronostic vital en jeu (fréquence respiratoire ≤ 8 , coma vigile):
cf Fiche de Bon Usage de la « Naloxone Chlorhydrate » / cf Fiche « Effets indésirables des morphiniques »²

Prévention de la constipation dès la première prise du morphinique quel que soit la voie d'administration

INFORMATIONS AU PATIENT

Informez le patient :

- de l'absence de risque de toxicomanie et de dépendance,
- de la nécessité de signaler la douleur dès sa réapparition,
- sur les modalités d'évaluation de l'intensité douloureuse (échelles numérique, visuelle ou verbale simple),
- de la nécessité de l'observance du traitement antalgique sur la gestion des éventuels effets secondaires (nausées, vomissements, constipation, confusion, somnolence...).

SOURCES DOCUMENTAIRES

Fiche réalisée par les experts de la Commission régionale DOULEUR de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire.

¹Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) sur <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

²Pour en savoir plus, d'autres documents sont disponibles sur www.omedit-centre.fr (Médicaments > ATC N01-N02 et M02 : Analgésie – Douleur) :

- Fiches BP&BU : « Table pratique d'équianalgésie des morphiniques forts » (V08/2017), « Effets indésirables des morphiniques » (V09/2017), « NALOXONE Chlorhydrate chez l'adulte et l'enfant de plus de 3 ans » (V03/2015)
- PTMI (protocole thérapeutique médicamenteux infirmier) « Naloxone injectable » (V09/2017)