

DOULEUR	
antalgiques palier 1	paracétamol, AINS
antalgiques palier 2*	tramadol, codéine
antalgiques palier 3	morphiniques
autres	métamizole (Novalgine®) (à partir de 15 ans) antidouleur, antipyrétique, spasmolytique formes: comprimés: 500 mg 1 à 2 comprimés 3-4 fois/j ampoules: (1000 mg/2 ml) max. 4 ml 3-4 fois/j
	corticoïdes: méthylprednisolone (Medrol®), dexaméthasone (Acidexam®) dosage: en fonction de la pathologie en cours, 5 mg de dexaméthasone = 30 mg de méthylprednisolone formes: comprimés méthylprednisolone 32 mg, dexamé- thasone (préparation magistrale remboursée) ampoules: dexaméthasone (Acidexam® 5 mg) sc méthylprednisolone sc, iv, im (dose max.: 125 mg)
	kétamine et catapressan: unités d'algologie et de soins palliatifs spécialisées
* en soins palliatifs: intérêt d'utiliser les molécules des différents paliers en co-analgésie	

MORPHINIQUES	
étalon	dose morphine po 1 fois/j
points d'attention	insuffisance rénale, constipation, globe vésical, confusion, sommolence, prévoir d'emblée laxatif (osmotique 1 ^{er} choix)
principes de titration	dose de fond/j et entredoses 1/4 h
si insuffisance rénale	penser à buprénorphine (ou fentanyl patch)

Start traitement morphinique et suivi

traitement de fond équivalent à 30 mg de morphine po 24 h sous forme retard
(Fentanyl® patch 12 microg., Oxycodone® retard 15 mg, hydromorphone 4 mg,
dihydrocodéine 300 mg, Tapentadol® 75 mg, buprénorphine 0,4 mg)

prévoir entredoses si nécessaire 1/4 h équivalents à 1/10 dose de fond ; tenir compte
du tramadol et/ou codéine prescrit et le rajouter à la dose morphine 24 h pour calcul
entredose (tramadol ou codéine 100 mg = 10 mg morphine po)

si nécessité de plus de 3 entredoses/j, majorer la dose de fond de 30-50 % et recalculer
la dose d'entredose en fonction

Rotation des opioïdes	
si nécessité de changement d'opioïdes (passage po vers sc, intolérance d'une forme, inefficacité, etc.)	
prudence requise: diminution de 25-50 % de la dose totale/j	
en fonction des molécules:	
• fentanyl patch 12,5 microg/h = 30 mg morphine po	
• oxycodone 10 mg = 20 mg morphine po	
• hydromorphone 10 mg = 75 mg morphine po (50-75 mg)	
• morphine sc 10 mg = 20 mg morphine po	
• buprénorphine patch 10 microg/h = 20 mg morphine po (17,14-24 mg)	
• buprénorphine po 10 mg = 750 mg morphine po	
• tramadol et codéine 10 mg = 1 mg morphine po	
application pour mobile: Orthodose (cf. page 6)	

OSSEUSE (penser CO-ANALGÉSIE)	
Possibilités thérapeutiques autres que morphiniques	
paracétamol	1 g 3-4 fois/j
AINS courte demi-vie	ibuprofène, diclofénac, etc.
corticoïdes	dexaméthasone 5 mg 1/j matin, méthylprednisolone 32 mg 1/j matin, jusqu'à atteindre dose minimale efficace
métamizole	cf. ante
dénosumab	120 mg sc 1 fois/mois (tumeurs solides et métas-osseuses, Bf spécialiste)

NEUROPATHIQUE (penser CO-ANALGÉSIE associée à la morphine)	
Possibilités thérapeutiques	
amitryptiline	• start 10 mg/j et majorer jusque 50 à 75 mg si besoin
gabapentine	• start 100 à 300 mg/j à augmenter si besoin par paliers tous les 2-3 jours • dose maximum: 3 600 mg/j en 3 prises
prégabaline	• start 25 à 75 mg 2/j à augmenter si besoin par paliers tous les 3-7 jours • dose maximum: 600 mg/j en 2 prises
autres molécules	• SSRI: duloxétine (débuter par 30 mg/j et max 60 mg/j) ; venlafaxine (débuter 37,5 mg et monter si besoin jusqu'à 150 mg/j) • clonazépam: gouttes (2,5 mg = 25 gouttes) comprimés (0,5 à 2 mg) débuter par 0,25 mg • traitements locaux: procaine sc, Emla® crème, Versatis® patch

DYSPNÉE	
DEUX MOLÉCULES IMPORTANTES : MORPHINE ET BENZODIAZÉPINE	
Morphiniques	
naïf opioïde	15 à 30 mg/j po
sous traitement morphinique	majorer de 25-50 % dose habituelle
privilégier la voie po	
Benzodiazépines	
dyspnée	• alprazolam 0,25 à 1 mg po • lorazépam 0,5 à 2 mg po • midazolam 1 à 5 mg sc
dyspnée + prise chronique de bzd	adaptation des prises de bzd (alprazolam, lorazépam, midazolam) en fonction de la réalité du/de la patient·e
privilégier demi-vie courte (temps demi-vie du midazolam inférieur à alprazolam ou lorazépam)	

AUTRES MOLÉCULES	
Corticoïdes	
si composante inflam- matoire, compression, lymphangite, BPCO, tumeurs	• dexaméthasone 5 à 10 mg/j po, sc, iv • méthylprednisolone 32 à 64 mg/j po, sc, iv
Traitements ciblés	
aérosols, antibiotiques...	en fonction de la clinique
diurétiques (décompensation cardio, œdèmes, etc.)	• furosémide 20 à 40 mg po, iv, sc • bumétanide (Burinex®) 1-5 mg po ou 2 mg iv (im référencé)

encombrement bronchique	• scopolamine (encombrement bronchique): 0,25 à 0,5 mg 3-4 fois/j sc (ou continu) • butylhyoscine (Buscopan®): 20 mg 3/j moins sédatif que Scopolamine® • Robinul® (encombrement bronchique et intolérance Scopolamine® ou essai préserver éveil €€€): 0,1 à 0,4 mg/4 h sc
Oxygénothérapie	
si hypoxémie et désaturation < 90 %	
faire un test de 72 h et réévaluer le bénéfice	
administration lunettes ou masque en fonction pathologie causale	
remboursement TPA soins palliatif	

SYNDROMES DIGESTIFS	
HOQUETS	
alizapride (Litican®)	50 mg 3 fois/j po ou sc
halopéridol (Haldol®)	0,5 à 1 mg 1-2 fois/j po
VOMISSEMENTS	
dompéridone (Motilium®)	10 mg 3 fois/j po
métoclopramide (Primperan®)	10 mg 3 fois/j po ou ampoules sc
alizapride (Litican®)	50 mg 3 fois/j po ou ampoules sc
halopéridol (Haldol®)	0,5 à 1 mg fois/j po 1-2/j (comprimés ou gouttes) ; 2,5 à 5 mg sc (dose maximum: 10 mg/j)
antagoniste 5-HT3, ondansetron (Zofran®)	(po, sc, iv) 4 à 8 mg 1-2/j; 8 à 16 mg/j continu max. 16 mg/j
hydroxyzine (Atarax®)	12,5 à 25 mg po 3-4 fois/j
olanzapine (Zyprexa®)	5 à 10 mg/j po ou sc
mise en garde: dans l'occlusion intestinale, ÉVITER procinétiques (dompéridone, alizapride, métoclopramide, etc.) et privilégier halopéridol!	

DOULEURS (EXCLURE constipation, globe vésical)	
morphine	cf. partie Douleur
buthylhyoscine (Buscopan®)	antispasmodique
corticoïdes	• méthylprednisolone: 32 mg à 64 mg po en fonction situation clinique; 40 mg à 80 mg sc à 125 mg (ds baby baxter) sc • dexaméthasone: 5 mg 1-3 fois/j sc
métamizole (Novalgine®)	cf. partie Douleur

OCCLUSION INTESTINALE	
morphine (douleur)	cf. ante
corticoïdes (douleur et inflammation)	• méthylprednisolone: 125 mg sc (baby baxter), im, iv • dexaméthasone: 15 mg sc
halopéridol (vomissements)	0,5 à 2 mg sc 1/8-12 h ou 2,5 à 5 mg/j sc ou iv continu
butylhyoscine	10 à 40 mg sc ou iv 1/4-8 h ou 40 à 120 mg/j sc ou iv continu
si persistance inconfort malgré le traitement ci-dessus, passer à l'octréotide (Sandostatine® €€€): 100 à 300 microg sc-iv 1/8 h ou 300 à 900 microg/j sc ou iv continu	
déstabilisation, passer à la forme retard 20 à 30 mg im/mois	

SYNDROMES NEUROLOGIQUES	
HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE	
Céphalées	
corticoïdes	dexaméthasone 5 à 10 mg/j po, sc ou iv ou méthyl- prednisolone 32 à 64 mg/j po ou iv (ne pas mélanger les 2 molécules avec d'autres si injection)
Nausées, vomissements	
métoclopramide (gastroprocinétique: po, sc, iv)	10 mg, 3-6 fois/j ou 30 à 60 mg/j en sc continu (dose maximum: 120 mg/j); réduction des doses en cas d'insuffisance rénale
dompéridone (gastroprocinétique: po)	10 mg, 3-4 fois/j (dose maximum: 60 mg/j)
alizapride (Litican®; gastro- procinétique: po, sc, iv)	50 mg, 3-4 fois/j ou 150 à 300 mg/j en continu (dose maximum: 300 mg/j)
halopéridol (antipsychotique: po, sc, iv)	0,5 à 1 mg, 1-2 fois/j ou 2,5 à 5 mg/j en sc continu (dose maximum: 10 mg/j)
ondansetron €€€ (antagoniste de la sérotonine [5ht3] po, ir, sc, iv)	8 à 16 mg/j; réduction des doses en cas d'insuffisance hépatique
olanzapine (antipsychotique po ou sc)	5 à 10 mg/j

AGITATION	
Protocole pour le contrôle de l'agitation	
halopéridol jusqu'à 5 mg sc + midazolam 5 mg sc	
30 minutes plus tard si l'agitation n'est pas contrôlée: halopéridol 2 mg sc + midazolam 5 mg sc, jusqu'à 2 doses chaque 30 minutes	
si l'agitation persiste, midazolam 5 mg sc chaque heure jusqu'à ce que la situation soit contrôlée; alors sédation palliative continue à envisager si le-la patient·e est en fin de vie	
Si l'agitation récidive	
moins de 2 heures plus tard: reprendre le protocole au point d'interruption	
plus de 2 heures plus tard: reprendre le protocole à son point de départ	

PROTOCOLE DE DÉTRESSE	
INDICATIONS	
détresse respiratoire majeure	
douleur intolérable	
hémorragie massive (orl, gastro, etc.)	
agitation terminale	
MODUS VIVENDI	
prescription ANTICIPÉE	
voie sc (iv possible mais sous la responsabilité du médecin qui fait lui-même l'injection)	
trois molécules: morphine, scopolamine, midazolam	

DOSAGE

morphine	- si prise habituelle < 15 mg/j sc (30 mg po) : 5-10 mg sc - si prise habituelle entre 15-50 mg sc (30-100 mg po) : 10-15 mg sc - si prise habituelle > 50 mg/j sc : 25 % de la dose/j
midazolam	- poids < 70 kg ou 1 prise de bzd/j : 5 mg sc - poids > 70 kg ou plusieurs prises de bzd/j : 10 mg sc - doses élevées de bzd ou tolérance suspectée : 15 mg sc
scopolamine	0,5 à 0,75 mg sc (surtout si encombrement)

MÉDICAMENTS SOUS-CUTANÉS

MÉTHODE

sc directe ou continue
0,5 à 2,5 ml en bolus
sites : face extérieure bras, face supérieure extérieure cuisse, région sus et sous épineuse omoplate, abdomen (sauf ascite)
changer régulièrement site d'injection (si butterfly en place, maximum 5 jours)
si association dans le pousse-seringue : max. 4 molécules dans le même pousse-seringue
effets secondaires : gonflement, rougeur, nécrose, abcès, etc.

MÉDICAMENTS POSSIBLES

Molécule	Niveau de preuve	S Cut directe O/N	S Cut continue O/N	Association O/N	Précautions
amikacine	A	O	N	N	risque de nécrose
atropine	A	O	N	N	
butylscopolamine		O	O	O	
calcitonine	A	O	N	N	réaction locale
ceftriaxone	A	O	O	N	dans baby baxter physio 50 ml, risque de nécrose
dexaméthasone		O	N	N	
dexchlorphéniramine	A	O	N	N	
furosémide	C	O	O	N	
glycopyronium		O	O	O	
halopéridol	C	O	O	O	
hydromorphone		O	O	N	
lanréotide	A	O	N	N	
lévétiracétam		N	O	N	500 mg dans 100 ml physio en 30 min
métamizole		O	N	N	
méthylnatrexone	A	O	N	N	
méthylprednisolone		O	O	N	max 80 mg sc, 125 mg en miniperfusion
métoclopramide	C	O	O	N	
midazolam		O	O	O	
morphine		O	O	O	
octréotide	A	O	O	N	
ondansétron	C	O	O	N	
oxycodone	A	O	O	N	
salbutamol		O	N	N	
scopolamine	A	O	O	O	
sufentanil		O	O	N	
tramadol	C	O	O	N	
bromure de butylthioscine		O			

S	Aux sources de l’instant : https://www.weyrich-edition.be/produit/sources-de-linstant-aux-5e-edition
E	Échelle Doloplus : https://www.doloplus.fr/lechelle-algoplus/
C	Équivalences morphiniques : https://www.cbip.be/fr/chapters/9?frag=6635
R	Guidelines de soins palliatifs : https://www.palliaguide.be/ https://palli-science.com/
O	Hôpitaux Universitaires Genève : https://www.hug.ch/pharmacie/recommandations/document/medic_voiesc https://www.hug.ch/soins-palliatifs-aide-memoire-destine-aux-soignants/voies-modalites-dadministration-sous-cutanee
S	Orthodose : https://orthodose.com/fr/
	SFETD (Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur) : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ok.pdf
	SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) : https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Entretiens_Semaine/2021/ateliers_molécules_fin_vie_DrDessard.pdf? t=1623062504

TABLEAU DES MÉDICAMENTS ET MOLÉCULES

Molécule	Nom commercial couramment utilisé
alizapride	Litican®
amikacine	Amukin®
amitriptyline	Redomex®
atropine	Atropine®
bromure de butylthioscine	Buscopan®, Scopolamine®
buprénorphine	Temgesic®, Transtec®
butylscopolamine	Buscopan®, Scopolamine®
calcitonine	Miacalcic®
ceftriaxone	Rocephine®
clonazépam	Rivotril®
dénosumab	X-Geva®
dexaméthasone	Aacidexam®
dompéridone	Motilium®
duloxétine	Cymbalta®, Duloxétine®
fentanyl	Durogesic®, Matrifen®, Fentanyl®
furosémide	Lasix®
gabapentine	Neurontin®
glycopyronium	Robinul®
halopéridol	Haldol®
hydromorphone	Palladone®
hydroxyzine	Atarax®
lanréotide	Somatuline®
lévétiracétam	Keppra®
métamizole	Novalgine®
méthylaltrexone	Relistor®
méthylprednisolone	Medrol®
métoclopramide	Primperan®
midazolam	Midazolam®
morphine	Morphine®
octréotide	Sandostatine®, Siroctid®
olanzapine	Olanzapine®, Zyprexa®, Zypadhera®
oméprazole	Oméprazole®
ondansétron	Ondansétron®, Zofran®
oxycodone	Oxycodone®, Oxynorm®
paracétamol	Paracétamol®, Algostase®, Dafalgan®...
prégabaline	Lyrica®
sufentanil	Sufenta®, Sufentanil®
tramadol	Tramadol®, Contramal®,
venlafaxine	Venlafaxine®, Efexor®

ABRÉVIATIONS	bzd	benzodiazépine
	im	intramusculaire
	iv	intraveineuse
	po	per os
	sc	sous-cutané

MÉDICAMENTS EN SOINS PALLIATIFS

Ce guide s’adresse uniquement à la prise en charge de patient·e·s adultes en soins palliatifs dans le cadre d’une pratique de médecine générale.

AUTEUR·E·S

- D^{re} Marie-Christine Berghezan, médecin généraliste, certificat inter-universitaire UCL-Lille soins palliatifs
- D^r Olivier Bernard, médecin généraliste, certificat inter-universitaire UCL-Lille soins palliatifs
- D^r Gilles-Louis Colemonts, médecin généraliste
- D^r Simon Guisset, médecin généraliste, certificat inter-universitaire UCL-Lille soins palliatifs
- D^r Vincent Haufroid, médecin généraliste
- D^{re} Sophie Kutzner, médecin généraliste
- D^r Vincent Momin, médecin généraliste, certificat inter-universitaire UCL-Lille soins palliatifs
- D^{re} Virginie Risse, médecin généraliste, formation EOL
- D^{re} Élodie Rousseau, médecin généraliste

Remerciements pour leur lecture attentive

- D^{re} Sarah Bailleux
- M. Alain Chaspierre, pharmacien, SSPF
- D^r Marc Decroly
- D^r Alain Dessard
- D^{re} Emmanuelle Thiry

TABLE DES MATIÈRES	DOULEUR	P. 1
	DYSPNÉE	P. 2
	SYNDROMES DIGESTIFS	P. 3
	SYNDROMES NEUROLOGIQUES	P. 4
	PROTOCOLE DE DÉTRESSE	P. 4
	MÉDICAMENTS SOUS-CUTANÉS	P. 5
	TABLEAU DES MÉDICAMENTS ET MOLÉCULES	P. 7

Éditrice responsable : D^{re} Aurore GIRARD – Présidente SSMG

