

Objet

Ce protocole a pour objet de décrire les modalités d'utilisation de la morphine injectable en PCA, en traitement symptomatique d'une douleur, après investigation étiologique et atteinte du seuil d'efficacité antalgique par dose de charge ou titration initiale.

Domaine d'application

Ce protocole s'applique aux patients adultes présentant des douleurs de type nociceptif nécessitant un traitement prolongé de palier III par voie injectable en l'absence de problèmes cognitifs. Doit être la méthode parentérale préférée lorsque le matériel (pompe) est disponible, à la place des seringues électriques.

Personnes autorisées (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires

A prescrire : Médecins **OU** **A entreprendre** : IADE, IDE, Sages femmes, Manipulateurs en électroradiologie, Masseurs kinésithérapeutes

A administrer :

Médecins, IADE, IDE, Sages femmes, Manipulateurs en électroradiologie, Masseurs kinésithérapeutes

Documents associés

Fiche d'utilisation des morphiniques : indications, contre-indications, précautions d'emploi, interactions médicamenteuses, réglementation. CLUD 11

Table pratique de conversion des morphiniques (paliers II et III). CLUD 12

Modalités de relais entre morphiniques. CLUD 13

Fiche de préparation et de mise en place de la morphine par voie injectable. CLUD 14

Fiche d'information aux patients sous traitement morphinique. CLUD 15

Protocole de titration de la morphine chez l'adulte naïf de morphiniques en cas de douleur aiguë (dose initiale et entretien) : voie orale (ou sous-cutanée si voies orale et intraveineuse impossibles) et voie intraveineuse. CLUD 16

Protocole de prise en charge des effets indésirables des morphiniques chez l'adulte. CLUD 19

Fiche de surveillance d'un patient sous traitement morphinique. CLUD 21

Protocole d'utilisation de la naloxone. CLUD 07

Références réglementaires

Article L.1110-5 du code de la santé publique (loi n° 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 R4311-5 du Code de la Santé Publique (rôle propre infirmier)

Article R4311-7 du Code de la Santé Publique (rôle infirmier sur prescription médicale)

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

Article R. 4311-12 du Code de la Santé Publique (IADE)

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

Article R4321-9 du Code de la Santé Publique (masseurs kinésithérapeutes)

Article R4351-3 du Code de la Santé Publique (manipulateurs en électroradiologie)

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

Plan de lutte contre la douleur en vigueur

Recommandations Formalisées d'Experts Douleur 2008 www.sfar.org

Rédaction, vérification et autorisation		
	Fonction	Nom
Rédigé par	Médecin	Olivier M.
Vérifié le 30/01/12	CLUD groupe protocoles Direction des soins	Sallerin B, Cantagrel N.
Diffusé par le CLUD le : 10-02-12		Olivier N, Sallerin B
Autorisation pour application et diffusion aux soignants médicaux et paramédicaux de la structure de soins		
Date :	Responsable médical de la structure de soins	Nom et signature :

MODALITES D'UTILISATION DE LA MORPHINE INJECTABLE

EN PCA (Pompe Auto-Contrôlée)

hors utilisation en postopératoire

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 ou l'IADE (Protocole CLUD 16)
- La programmation initiale de la pompe est réalisée par l'IDE, l'IDE douleur, l'IADE, sur prescription ou par le médecin prescripteur.
- La poursuite du traitement, la surveillance clinique, la surveillance de la pompe et la tenue du dossier sont réalisées par l'infirmière du service.

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 (Protocole CLUD 16), ou relais de morphinique au long cours.

PREPARATION ET MISE EN PLACE (Fiche CLUD 14)

En particulier :

- **pour la dilution, la morphine s'utilise 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)

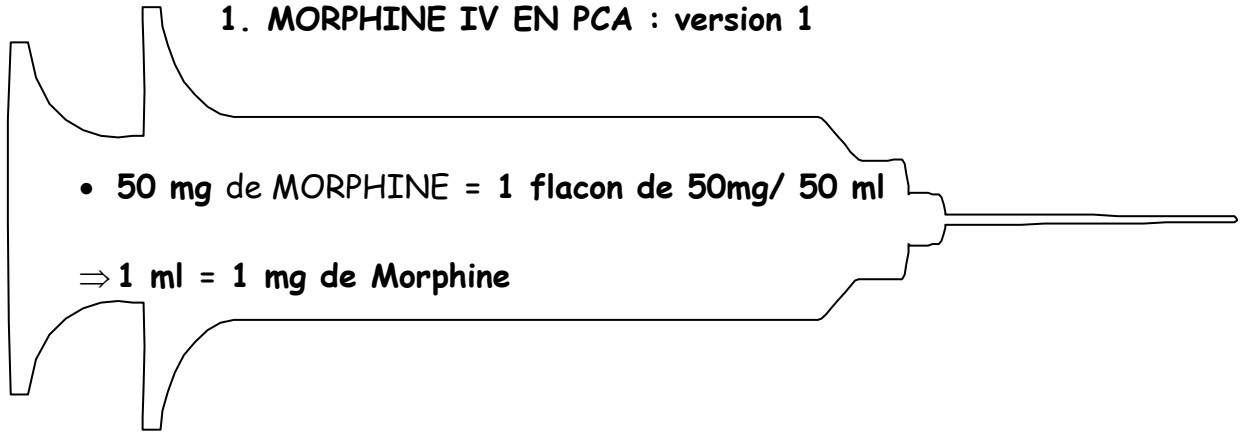
(hors carcinologie avancée ou la concentration peut être supérieure)

± dropéridol (DROLEPTAN®) 2.5 mg/50 mg de morphine (antiémétique)

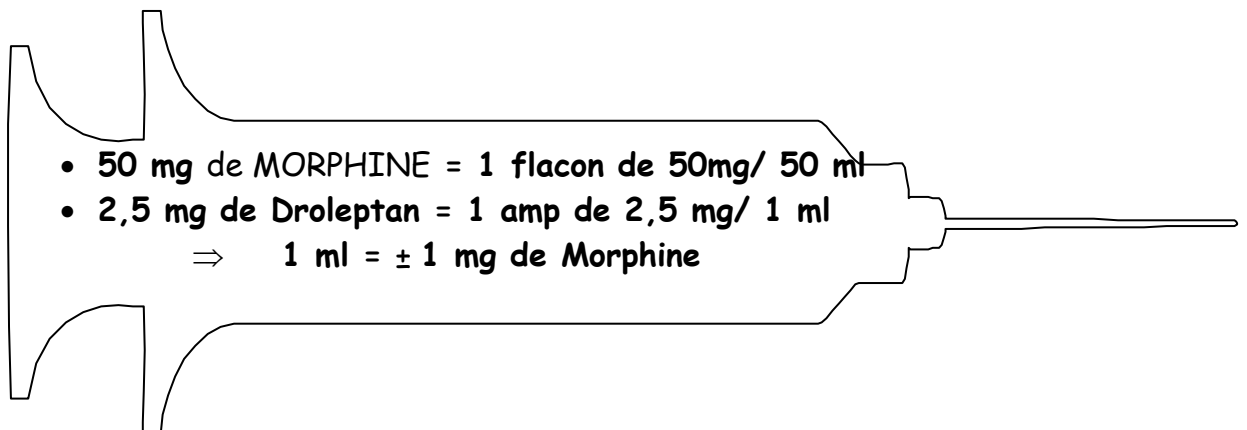
- pour le branchement :
La tubulure de PCA, branchée directement sur le cathéter périphérique sans robinet mais toujours avec une valve antiretour, ne nécessite pas de voie dédiée .

SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES DE LA MORPHINE EN PCA

1. MORPHINE IV EN PCA : version 1



2 alternative MORPHINE IV EN PCA version 2 (antiémétique)



Remarque : Si la **Kétamine®** est prescrite à visée antihyperalgésique, **elle ne doit pas être ajoutée dans la seringue de PCA**, en raison de posologie variable dépendant des bolus demandés par le patient et de l'augmentation possible des effets psychodysléptiques à chaque bolus **MAIS** perfusée en seringue électrique à la posologie initiale de 50 mg / 24h seule ou associée au Néfopam par exemple.

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 ou douloureux chronique

- **Débit continu de base = 0.5 à 2 mg/h** (calculé sur la base du traitement habituel de morphine orale du patient *)
- **Bolus = 1 mg** (pour la prise en charge des paroxysmes douloureux)
- **Période réfractaire = 5 mn**
- **Dose maximum sur 4 heures : démarrer par 24 mg chez le douloureux chronique non cancéreux déjà sous opioïdes de niveau 3. La dose maximum sur 4h est optionnelle en cancérologie.**

*Ex : patient prenant quotidiennement 120 mg de morphine orale. La dose de perfusion continue sera réduite de 2/3 soit $120 \text{ mg} / 3 = 40 \text{ mg} \div 24\text{h} = 1,66 \text{ ml/h}$ (utiliser la table de conversion CLUD 12)

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 (cf. Protocole CLUD 16)

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® (protocole CLUD 05), le MEOPA (protocole CLUD 03) et les autres antalgiques de niveau inférieur pourront être associés avant et pendant le soin (protocole CLUD 33).

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

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

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.

SURVEILLANCE :

- pression artérielle
- pouls
- fréquence respiratoire
- pupilles
- EVA de 0 à 100 ou EN de 0 à 10
- Echelle de sédation de 0 à 3, conscience
- température
- Effets indésirables de la morphine
- diurèse (si prescrit)

- **Echelle de sédation**
0 : patient éveillé
1 : patient somnolent répondant aux stimulations verbales
2 : patient somnolent répondant aux stimulations tactiles
3 : patient non stimuable

- **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

Conduite à tenir lors de l'apparition d'effets indésirables : protocoles CLUD 19 et 20

**PENDANT TOUTE LA DUREE DU TRAITEMENT → DISPONIBILITE IMMEDIATE DE :
KIT NALOXONE (PROTOCOLE CLUD 07) + LA CLE DE LA PCA (HORS DE PORTEE
DU MALADE)**

Badge patient	Date :	Badge UA
---------------	--------	----------

RESUME : MODALITES D'UTILISATION DE LA MORPHINE INJECTABLE en PCA hors postopératoire

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 (CLUD 16), morphinique oral au long cours (CLUD 13), c'est-à-dire = EVA < 30 ou EN < 3

La mise en place (dilution et branchement) se fait selon les modalités de la fiche CLUD 14

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 au début (sauf carcinologie)

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

2 PROGRAMMATION DE LA POMPE (IDE, IADE, 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 : 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)

**PENDANT TOUTE LA DUREE DU TRAITEMENT → DISPONIBILITE IMMEDIATE DE :
KIT NALOXONE (CLUD 07) + LA CLE DE LA PCA (HORS DE PORTEE DU
MALADE)**