

Algorithme d'utilisation de la naloxone pour renverser la dépression respiratoire induite par les opiacés en gériatrie ou en soins palliatifs

Cet algorithme se veut une aide décisionnelle dans la gestion d'un des effets secondaires les plus fréquents d'une intoxication —accidentelle ou intentionnelle— d'opiacés, c'est-à-dire la dépression respiratoire.

Les opiacés diminuent la réponse des centres bulbaires à l'hypoxie et l'hypercapnie ainsi que ceux impliqués dans la régulation de la fréquence respiratoire. Cela peut engendrer de l'apnée, soit d'origine centrale par dépression bulbaire, soit obstructive par asynchronisme des muscles laryngés. Ainsi, l'action des opiacés est quadruple: bradypnée, hypopnée, bronchoconstriction et obstruction. Pour des raisons métaboliques, la population gériatrique est la plus vulnérable à ces effets, de même que les individus avec fonction hépatique altérée.

Dans certaines occasions (insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique, erreur de posologie, déshydratation, etc.), les conséquences d'un surdosage d'opiacés ne peuvent être contrecarrées uniquement par de simples mesures de soutien telles qu'une assistance respiratoire ou l'administration d'oxygène. C'est ici que la naloxone devient nécessaire en tant qu'antidote aux opiacés. Son utilisation au département d'urgence ou aux soins intensifs est répandue et bien maîtrisée, ce qui n'est toutefois pas le cas en contexte gériatrique ou palliatif.

L'algorithme présenté ici ne correspond pas aux visées des maisons de soins palliatifs, mais plutôt aux unités de soins palliatifs intrahospitalières et aux centres d'hébergement de longue durée pour les patients ayant un niveau de soins 3 ou supérieur (voir ci-bas).

L'algorithme a été divisé en périodes « De jour » et « De soir et de nuit » afin de prendre en considération la capacité d'application des procédures recommandées durant ces diverses périodes, étant donné le nombre restreint du personnel infirmier et de médecins sur place en soirée et durant la nuit. Ainsi, durant le jour, des rythmes respiratoires plus lents sont tolérés.

Andrea Coderre Porras, R1 en médecine familiale

Pour Dre Claude Castonguay et l'équipe de soins palliatifs du CHUS, adapté de la 4^e édition du Guide pratique des soins palliatifs, du protocole du CHUS et avec l'expertise de Robert Thiffault, pharmacien.

Références :

- Le Guide pratique des soins palliatifs, 4e édition (2008), Collectif, A.P.E.S.
- Rang and Dale's pharmacology, 7e édition (2012), Edinburgh, Elsevier/Churchill Livingstone.
- Code indicatif du degré d'intensité des mesures thérapeutiques du CHUS
 - **CODE V** : Soins de niveau optimal avec réanimation cardio-respiratoire (RCR) ;
 - **CODE IV** : Soins de niveau optimal sans RCR ;
 - **CODE III** : Soins de niveau usuel (exclusion du transfert aux soins intensifs et de la RCR);
 - **CODE II** : Soins de niveau palliatif (exclusion de l'usage de solutés ou de gavage) ;
 - **CODE I** : Soins de niveau terminal.
- Protocole du CHUS pour la dilution de la naloxone donnée par voie intra-veineuse
 - Naloxone 5mg dilué dans 500mL de NaCl 0,9% ou 500 mL de Dextrosé 5%; [0,01 mg/mL].