

Bonnes pratiques de perfusion de la morphine

*Pompe - Analgésie Contrôlée par le Patient
(PCA)*

ou

Pousse Seringue Electrique (PSE)



14 Bonnes pratiques de perfusion de la morphine

Prescription

1 Pour les PCA : La prescription doit préciser la programmation complète de la pompe

L'ordonnance doit comporter :

- le nom du médicament (en DCI), son dosage (en mg) voie d'administration (SC,IV), sa concentration en mg/mL
- la dose de perfusion continue de morphine par 24h (débit continu de base en mg/h)
- dose que reçoit le patient quand il appuie sur le bouton-poussoir (si la posologie du bolus est en mg) ;
- l'intervalle de sécurité ou période réfractaire entre 2 bolus= intervalle de temps minimal entre 2 inter doses (en minutes)
- le nombre maximal de bolus par heure = dose limite autorisée (en mg) par heure
- l'heure de début (notamment si relais d'un traitement par voie orale ou par patch
- la durée du traitement, date de réévaluation

2 Pour les PSE : Standardiser les pratiques

Prescription à débit constant : permet de remplacer la seringue toutes les 24h à heure fixe
ou
Prescription à concentration constante.

3 Prescrire à l'aide de « protocoles thérapeutiques médicamenteux standardisés »

Ces protocoles sont paramétrés dans le logiciel de prescription et formalisés dans un document facilement accessible à tous.

- protocoles d'administration
- protocoles de dilution/reconstitution des spécialités injectables
- protocoles d'hygiène

4 Abandonner la prescription d'unités fractionnées

Hors néonatalogie et pédiatrie : Abandonner les chiffres à virgule afin d'éviter une mauvaise interprétation ou une mauvaise localisation de la décimale lors de l'entrée des paramètres (comme le débit par exemple)

5 Disposer d'une table d'équi analgésie

Préparation

6 Utiliser un nombre limité de référence de concentration standard

7 Exiger une double vérification indépendante pour le calcul de dose et la programmation PCA

Surveillance

8 Renseigner une fiche de surveillance de PCA de la morphine

Surveiller les patients plus fréquemment pendant les premières 24 heures et la nuit, lorsqu'une hypoventilation et une hypoxie nocturne peuvent survenir.
Utiliser des dispositifs d'alerte précoce tels que des alarmes d'apnée la nuit et une oxymétrie de pouls ou une capnographie, qui peuvent alerter les praticiens en cas d'insuffisance respiratoire.

Gestion des surdosages

9 Disposer de naloxone

En l'absence de protocole validé dans la littérature, le protocole "naloxone" suivant est recommandé :

- Préparation d'une ampoule de naloxone (Narcan® ou Nalone® à 1 ml soit 0,4 mg ramené à 10ml avec du sérum physiologique ou NaCl à 0,9 %.
- Injection intraveineuse de 1 ml toutes les 2 minutes jusqu'à récupération d'une fréquence respiratoire à 10/minute. Cette titration vise à faire disparaître la dépression respiratoire mais pas l'antalgie.
- Puis perfusion de la dose de titration de naloxone dans 250 ml sur 3 à 4 heures : qui sera renouvelée selon la fréquence respiratoire et la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.
- Dans l'impossibilité d'accès à une voie veineuse, la naloxone peut être administrée par voie sous cutanée en débutant par une demi ampoule soit 0,2 mg qui sera renouvelée si nécessaire

Référencement

10 Limiter le nombre de modèles de dispositifs, avec un minimum de 2 modèles différents par dispositifs

11 Uniformiser les modèles de dispositifs au sein d'un service et/ou au sein d'un même pôle 1 service = 1 modèle

12 Impliquer les professionnels dans l'achat d'une nouvelle pompe

Information, formation, sensibilisation

13 Former les professionnels à l'usage des pompes et PSE

Disposer d'un programme de formation formalisé.
Sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses liées aux dispositifs d'administration et proposer des outils pour mieux les connaître.
Evaluer les connaissances des professionnels.

14 Avoir accès aux notices d'utilisation des dispositifs

Les fiches synthèse peuvent être accrochées par une chaînette à chaque dispositif.



Bibliographie

ANSM, Précautions d'emploi et recommandations d'utilisation concernant les pompes à perfusion et les pousse-seringues en pédiatrie et en néonatalogie, Décembre 2009.

Centre Hospitalier de Toulouse, Protocole d'utilisation de la morphine injectable à la seringue électrique, Octobre 2007.

HAS, Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, Mai 2013.

HAS, Flash Sécurité Patient : Dispositifs Médicaux, Bien s'en servir... pour éviter le pire, Novembre 2021.

ISMP, Problèmes de sécurité avec PCA Partie II - Comment éviter les erreurs, Juillet 2003.

ISMP, Une mauvaise programmation de la concentration de PCA entraîne des erreurs de dosage, Août 2008.

ISMP, Méfiez-vous des perfusions basales d'opioïdes avec la thérapie par PCA, Mars 2009.

MHRA, Infusion systems, Décembre 2013.

OMéDIT Bretagne, E-learning : Prévenir les erreurs de préparation et d'administration d'un médicament en seringue électrique, Juin 2015.

OMéDIT Centre-Val de Loire, E-learning : Bonnes pratiques de perfusion : module analgésie contrôlée par le patient (pompe PCA), Décembre 2013.

OMéDIT Centre -Val de loire, Protocole thérapeutique médicamenteux infirmier : Morphine en IV continue par PSE à 2mL/h dans la prise en charge de la douleur chez l'adulte hors post opératoire, Décembre 2017.

SFAP, Recommandations pour l'indication et l'utilisation de PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs, Février 2006.

SFAP, Fiche de surveillance de PCA de morphine, Février 2006.

SFAP, Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception, Octobre 2016.

SPES & NEPALE, Recommandation pour la prescription de morphine en perfusion continue mode PCA, Décembre 2013.