

NALOXONE (Narcan^{md})

La consultation de la monographie du Guide canadien des antidotes en toxicologie d'urgence est suggérée pour l'utilisation de ce médicament à titre d'antidote, en complément d'information. Elle est disponible sur le site Web suivant : <https://www.ciusss-capitalemationale.gouv.qc.ca/antidotes/naloxone-en-centre-hospitalier>

Le Guide canadien des antidotes est également disponible sous forme d'application mobile.

Classification : Antagoniste des opiacés (morphine, Démérol^{md}, Dilaudid^{md}, etc.)

Mécanisme d'action :

Antagonise les effets des opioïdes par compétition aux mêmes sites récepteurs.

Profil d'action : Début d'action : 1-2 minutes
Pic d'action : 5 minutes
Durée d'action (après une dose): 20-60 minutes

Indications :

- Prurit secondaire aux opiacés.
- Intoxication aux opiacés.

Posologie:

- Prurit secondaire aux opiacés:
0,08 mg I.V. suivi d'une perfusion I.V. continue 0,04 - 0,08 mg/h.
- Intoxication aux opiacés :
0,1 - 0,4 mg I.V. direct non dilué. La dose peut être répétée aux 2 à 3 minutes au besoin.

Si suspicion de dépendance aux opioïdes ou si contre-indication à l'annulation de l'analgésie, réduire la dose initiale à 0,04 - 0,05 mg I.V. direct non dilué.

Si absence de réponse avec une dose totale de 10 mg, considérer un autre diagnostic.

Alternative si aucune voie I.V. n'est disponible : administration S.C.

Une **perfusion I.V. continue** peut être débutée.

Dose initiale : 0,2 - 0,4 mg/h ou administrer une dose équivalente à 2/3 de la dose cumulative en bolus requise pour renverser les symptômes par heure.

Par exemple, si la dose cumulative en bolus a été de 1,2 mg, alors débuter la perfusion à 0,8 mg/h.

Dose d'entretien : 0,2 - 2 mg/h (jusqu'à 10 mg/h).

Si apparition de signes et symptômes de toxicité aux opioïdes durant la perfusion, donner une dose de charge équivalente à 50% de la dose initiale efficace et augmenter le débit de perfusion de 50%.

Cesser la perfusion lorsque le patient ne présente plus de signes et symptômes de toxicité aux opioïdes.

Si la perfusion doit être recommencée, administrer une dose de charge équivalente à 50% de la dose initiale efficace et débuter la perfusion au débit précédent.

Si des signes et symptômes de sevrage se manifestent chez un patient dépendant aux opioïdes, cesser la perfusion et continuer de surveiller pour la récurrence de signes et symptômes de toxicité aux opioïdes.

La durée totale dépend du type d'opiacé, de la formulation et de la dose.

Présentation :

Ampoule de 0,4 mg/1 mL

Préparation suggérée pour la perfusion I.V. :

Prurit :

Ajouter 0,8 mg (2 mL) dans 100 mL de NaCl 0,9 % ou D5 %

Vol. total = 100 mL Conc. finale = 0,008 mg/mL

Intoxication aux opiacés :

Retirer 5 mL d'un soluté de 100 mL de NaCl 0,9 % ou D5 %

Prélever 2 mg (5 mL) de naloxone avec une aiguille filtrante

Ajouter 2 mg (5 mL) de naloxone dans le soluté avec une aiguille régulière

Vol. total = 100 mL Conc. finale = 0,02 mg/mL

Stabilité et compatibilité :

Les compatibilités présentées sont une interprétation des données publiées en fonction des concentrations des médicaments étudiés et peuvent ne pas correspondre aux concentrations utilisées dans un établissement. Vérifier avec le pharmacien au besoin. La liste n'est pas exhaustive.

- Stable dans le D5% ou NaCl 0,9% pendant 24 heures.
- Compatible en dérivation avec : acétylcystéine, acide valproïque, amikacine, amiodarone, anidulafongine, argatroban, atropine, azithromycine, bivalirudine, calcium (chlorure et gluconate), caspofongine, céfidérol, céfotaxime, céfoxitine, ceftazidime, ceftolozane-tazobactam, ceftriaxone, céfuroxime, ciprofloxacine, clindamycine, cloxacilline, daptomycine, desmopressine, dexaméthasone, dexmédétomidine, digoxine, diltiazem, dimenhydrinate, diphenhydramine, dobutamine, dopamine, énalapril, éphédrine, épinéphrine, eptifibatide, ertapénem, érythromycine, esmolol, famotidine, fentanyl, fluconazole, fosfomycine, furosémide, ganciclovir, gentamicine, glycopyrrolate, granisétron, héparine, hydrocortisone, hydromorphone, hydroxyzine, imipénem-cilastatine, insuline régulière, isavuconazole, isoprotérénol, kétamine, kétorolac, labétalol, lévofloxacine, lidocaïne, linézolide, mannitol, mépéridine, méropénem, méropénem-vaborbactam, méthylprednisolone, métoclopramide, métoprolol, métronidazole, midazolam, milrinone, morphine, moxifloxacine, multivitamines intraveineuses, mycophénolate mofétil, nitroprussiate de sodium, norépinéphrine, octroétide, ondansétron, pamidronate, pénicilline G (sodium et potassium), pentamidine, phénobarbital, phentolamine, phényléphrine, phytonadione, phosphate (potassium), pipéracilline-tazobactam, potassium chlorure, procainamide, propofol, propranolol, protamine, ranitidine, rocuronium, sodium (bicarbonate de), succinylcholine, sufentanil, tacrolimus, thiamine, ticarcilline-clavulanate, tigécycline, tobramycine, vancomycine, vasopressine, vérapamil, voriconazole et zolédronique acide.
- Incompatible avec : amphotéricine B liposomale, dantrolène, diazépam, pantoprazole, phénytoïne.

Surveillance :

Bolus :

- Surveillance TA, FC, FR, amplitude respiratoire, ronflements et intensité de la douleur et échelle de sédation : q 2 à 3 min. et PRN.
- Surveillance de la SpO₂ en permanence.
- Stimuler l'usager et guider la respiration q 15 min. à chaque administration de bolus.
- Poursuivre la surveillance q 15 min. x 2 h puis q 30 min. x 2 h puis q 4 h x 24 heures si opioïde courte action ou q 4 h x 48 heures si opioïde longue action.
-

Perfusion :

- Surveillance continue de la TA, FC, FR, rythme respiratoire, amplitude respiratoire, ronflements et SpO₂ en permanence, intensité de la douleur, échelle de sédation.

Précautions :

- Peut précipiter un sevrage chez un patient dépendant aux opiacés : fièvre, tremblements, écoulement nasal, irritabilité, faiblesse, tachycardie, etc.
- Nausées et vomissements à fortes doses.