



Révision : 1er août 2018

Recommandations pour la réanimation des victimes de surdose d'opioïdes illicites

Soins préhospitaliers et hospitaliers

La plupart des opioïdes pharmaceutiques, comme l'héroïne et le fentanyl, devraient répondre aux doses habituelles de naloxone. La réponse souhaitée consiste en un retour à une respiration adéquate, en une saturation en oxygène > 90 % et en une $p\text{CO}_2 < 45$ mmHg. Il n'est pas nécessaire que le patient soit entièrement éveillé et alerte. Pour augmenter le confort du patient et prévenir le syndrome de sevrage des opioïdes chez les personnes aux prises avec une dépendance, les professionnels de la santé reçoivent habituellement l'instruction de commencer par une petite dose de naloxone, puis de l'augmenter lentement et progressivement. Le sevrage des opioïdes est douloureux : il est caractérisé par des crampes abdominales, un hérissément des poils, des bâillements, une tachycardie et une hypertension causée par la douleur. Bien qu'il soit désagréable, le sevrage des opioïdes ne met habituellement PAS la vie en danger.

On a signalé la présence de certains des analogues les plus puissants du fentanyl aux États-Unis et en Colombie-Britannique. On signale également que ces opioïdes pourraient nécessiter des doses plus importantes de naloxone afin de rétablir la respiration et l'état d'éveil. Dans certains cas, on rapporte que des doses de 12 mg de naloxone ont été nécessaires pour traiter une surdose, alors que la dose moyenne de naloxone ne dépasse pas 3 mg.

Protocole à suivre chez les patients inconscients qui ont un pouls, mais NE RESPIRENT PAS :

1. Tenter de rétablir la respiration.
2. Procéder à une assistance respiratoire à l'aide d'un masque et ballon d'anesthésie.
3. Si le patient ne réagit pas à l'assistance respiratoire, administrer 0,4 mg de naloxone IV/IM.
4. Si le patient NE RÉAGIT PAS après 3 minutes, administrer 2 mg de naloxone IV/IM.
5. Si le patient NE RÉAGIT TOUJOURS PAS après une autre période de 3 minutes, administrer 4 mg de naloxone IV/IM.
6. Augmenter les doses de naloxone au besoin, jusqu'à l'atteinte d'une dose cumulative de 12 mg. Si le patient ne réagit toujours pas, il sera nécessaire de procéder à l'intubation et à la ventilation.
7. Certains analogues du fentanyl ont une demi-vie supérieure à celle du fentanyl ou de l'héroïne. L'administration répétée de doses de naloxone peut donc s'avérer nécessaire. On peut également instaurer une perfusion continue pour administrer à l'heure les deux tiers de la dose ayant été nécessaire initialement pour éveiller le patient, puis ajuster la dose selon sa réponse.
8. Vous devez surveiller le patient jusqu'à ce qu'il rencontre les exigences suivantes:
 - a. pendant une période minimale de 6 heures après l'administration de la dernière dose de naloxone;
 - b. jusqu'à ce que les signes vitaux soient revenus aux niveaux de référence;
 - c. jusqu'à l'atteinte d'un score normal sur l'échelle GCS;
 - d. pendant une période minimale de 24 heures après la surdose initiale.
9. Appeler le CAO pour obtenir des recommandations supplémentaires.



Protocole à suivre chez les PATIENTS EN ARRÊT CARDIAQUE potentiellement causé par une surdose d'opioïdes :

1. Travailleurs des SMU : suivre les protocoles locaux correspondants et les procédures pour aviser l'hôpital par radio.
2. Procéder aux compressions et à l'assistance respiratoire à l'aide d'un masque et ballon d'anesthésie; suivre les protocoles habituels de l'ACLS pour les victimes n'ayant pas de pouls.
3. Après avoir mis en place des mesures adéquates de réanimation, administrer une dose de 2 mg de naloxone IM/IV.
4. Augmenter les doses de naloxone au besoin : si le patient n'offre aucune réponse, la dose peut être doublée toutes les trois minutes, jusqu'à l'atteinte d'une dose cumulative de 12 mg. Continuer les protocoles habituels de l'ACLS.
5. Appeler le CAO pour obtenir des recommandations supplémentaires.