

## CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE

Analgésique Opioïde

### ACTIONS ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE

L'oxycodone est un analgésique opioïde semi-synthétique qui exerce un effet agoniste au niveau de certains récepteurs opioïdés saturables spécifiques dans le SNC et dans d'autres tissus. Chez l'homme, l'oxycodone produit divers effets, notamment l'analgésie, la constipation liée à une baisse de motilité gastro-intestinale, la suppression du réflexe de la toux, la dépression respiratoire liée à une baisse de l'aptitude du centre respiratoire à répondre au CO<sub>2</sub>, les nausées et les vomissements par stimulation de la zone gâchettes chémorécepteurs, les saou<sup>2</sup>d'humour, y compris l'euphorie et la dysphorie, la sédation, l'obscureissement des capacités mentales et des altérations des systèmes endocrinien et nerveux autonome.

L'oxycodone conserve au moins la moitié de son activité analgésique quand elle est administrée par voie orale et, administrée en traitement aigu, est environ deux fois plus puissante que la morphine administrée par voie orale.

Des études menées avec des comprimés de chlorhydrate d'oxycodone chez des volontaires en santé et chez des patients établissent l'existence d'un rapport constant entre la posologie d'oxycodone et les concentrations d'oxycodone dans le plasma, ainsi qu'entre la concentration dans le plasma et les effets pharmacodynamiques.

Il n'y a pas de limite intrinsèque à l'effet analgésique de l'oxycodone. Comme la morphine, des doses adéquates soulageront les douleurs même les plus intenses. Au point de vue clinique toutefois, des limites posologiques sont imposées par les réactions indésirables, essentiellement la dépression respi-ratoire, les nausées et les vomissements, qui peuvent être associées aux doses élevées.

#### Pharmacocinétique

Après une administration orale, l'oxycodone est absorbée à partir des voies gastro-intestinales et a une biodisponibilité relativement élevée d'environ 60 à 87%. Au contraire de la morphine, l'oxycodone ne subit pas une première transformation élvée, probablement en raison de l'effet protecteur du groupement méthoxy en 3<sup>e</sup> position, un site de glycoconjugaison de la morphine. L'oxycodone est métabolisée dans le foie, par déméthylation, en noroxycodone et en oxymorphone (par l'entremise des CYP2D6) et, par conjugaison, en divers métabolites glycoconjugués. On sait que l'oxymorphone possède une activité analgésique, mais les concentrations dans le plasma sont très faibles et moins étroitement liées aux effets opioïdes que celles de l'oxycodone. Bien que le rapport de l'ASC entre la noroxycodone et l'oxycodone soit d'environ 0,6 après administration orale, on a observé que la noroxy-codone est un analgésique considérablement plus faible que l'oxycodone et qu'elle ne contribue probablement pas de façon significative à l'effet analgésique de l'oxycodone. On ignore le profil d'acti-vité analgésique des autres métabolites. La demi-vie d'élimination terminale après la prise de comprimés à libération immédiate est d'environ 4 heures. La majorité des métabolites et le médicament sous forme inchangée (2,2% sous forme conjuguée et 5,5% sous forme non conjuguée) sont excrétés dans l'urine.

Une étude de biodisponibilité a été menée avec la formulation orale chez des volonaires en santé. Le taux et l'importance de l'absorption après l'administration orale d'une dose unique de OXY-IR (Purdue Pharma, Canada) et SUPEUDOL 20 (chlorhydrate d'oxycodone, Sabex Inc., Canada) furent mesurés et comparés. Les résultats peuvent se résumer ainsi :

TABLEAU 1 – TABLEU DES DONNÉES COMPARATIVES DE BIODISPONIBILITÉ CHLORHYDRATE D' OXYCODONE (1 x 20 mg)				
À partir de données mesurées				
Moyenne géométrique				
Moyenne arithmétique (CV %)				
Paramètre	Test Supeudol 20	Référence OXY-IR†	Rapport de moyennes géométriques en %	Intervalle de confiance à 90 %
AUC <sub>T</sub> (ng•h/mL)	203,04	220,45	92 %	87 % à 97 %
AUC <sub>C</sub> (ng•h/mL)	206,12	223,90	92 %	87 % à 97 %
C <sub>max</sub> (ng/mL)	31,96	33,91	80 %	72 % à 88 %
T <sub>max</sub> <sup>*</sup> (h)	1,55 (84 %)	1,31 (86 %)		
T <sub>1/2</sub> <sup>*</sup> (h)	3,78 (13 %)	3,82 (13 %)		

† Oxy-IR est fabriqué par Purdue Pharma Inc. et a été acheté au Canada.

<sup>\*</sup> exprimés en moyenne arithmétique (CV %) seulement.

#### INDICATIONS

Les comprimés de SUPEUDOL (chlorhydrate d'oxycodone) sont indiqués pour le soulagement des douleurs modérées à intenses.

#### CONTRE-INDICATIONS

Les comprimés de chlorhydrate d'oxycodone ne devraient pas être administrés à des patients présentant : hypersensibilité aux analgésiques opioïdes; crise d'asthme ou d'autres troubles obstructifs des voies aériennes et dépression respiratoire aiguë; cœur pulmonaire; alcoolisme aigu; delirium tremens; dépression grave du SNC; troubles convulsifs; augmentation de la pression céphalorachidienne ou intracrânienne; traumatisme crânien; abdomen aigu soupçonné; prise concomitante d'inhibiteurs de la MAO (ou dans les 14 jours du traitement).

#### MISES EN GARDE

**Dépendance médicamenteuse**

Comme avec les autres opioïdes, la tolérance et la dépendance physique peuvent se développer à la suite de l'administration répétée d'oxycodone; son emploi accompagne également un risque de dépendance psychologique. Les comprimés de SUPEUDOL (chlorhydrate d'oxycodone) devraient donc être prescrits et utilisés avec la prudence requise pour les médicaments présentant un potentiel d'abus. Le risque d'abus ne constitue pas un problème chez les patients présentant des douleurs et chez qui l'oxycodone est convenablement indiquée. Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'ar-rêt brusque du traitement ou l'administration d'un antagoniste des opioïdes. Le patient recevant un traitement prolongé devrait donc être sevré progressivement si le médicament n'est plus requis pour la maîtrise de la douleur.

#### Dépression du SNC

On devrait administrer l'oxycodone avec prudence et à des doses réduites en cas d'administration concomitante d'autres analgésiques opioïdes, d'anesthésiques généraux, des phénothiazines et autres tranquillisants, d'hyposédatifs, d'antidépresseurs tricycliques et autres dépresseurs du SNC, y compris l'alcool. La dépression respiratoire, l'hypotension et la sédation profonde ou le coma pourraient en résulter.

La douleur intense a un effet antagoniste sur les effets dépresseurs subjectifs et respiratoires des anal-gésiques opioïdes. Si la douleur disparaît soudainement, ces effets peuvent se manifester rapidement. Les patients qui doivent subir une cordonotomie ou une autre interruption des voies de transmission de la douleur ne devraient pas recevoir SUPEUDOL dans les 24 heures précédant l'intervention.

#### Administration pendant la grossesse

Bien que les études animales réalisées n'aient pas indiqué d'effet nocif pour le fœtus qui serait dû à l'oxycodone, on n'a pas établi que l'utilisation de l'agent est sûre en cas de grossesse. SUPEUDOL ne devrait être prescrit aux femmes enceintes que lorsque les avantages anticipés sont supérieurs aux risques potentiels pour le fœtus.

#### PRÉCAUTIONS

**Précautions d'ordre général**

Les effets dépresseurs de l'oxycodone sur la respiration et sa capacité à augmenter la pression du liquide céphalorachidien peuvent grandement augmenter en présence d'une hausse préexistante de la pression intracrânienne due à un traumatisme. De plus, l'oxycodone peut entraîner une confusion mentale, un myosis, des vomissements et d'autres effets secondaires qui masquent l'évolution clinique de l'état du patient dans le cas de traumatisme crânien. Chez ces patients, l'oxycodone ne doit être utilisée qu'avec une extrême prudence et uniquement si son administration est jugée essentielle.

On devrait utiliser l'oxycodone avec une extrême prudence chez les patients ayant une réserve respi-ratoire nettement réduite ou souffrant de dépression respiratoire préexistante, d'hypoxie ou d'hypercap-nie. Ces patients sont souvent moins sensibles à l'action stimulante du monoxyde de carbone sur le centre respiratoire, et les effets dépresseurs de l'oxycodone sur la respiration peuvent réduire la fonction respiratoire jusqu'à l'apnée.

L'administration d'oxycodone pourrait entraîner une grave hypotension chez les patients dont la capa-cité de maintenir une tension artérielle adéquate est compromise par une baisse de la volémie ou par l'administration concomitante de médicaments comme les phénothiazines ou certains anesthésiques.

#### Conditions abdominales

L'oxycodone et les autres opioïdes du type morphine réduisent la motilité intestinale. L'oxycodone peut masquer le diagnostic ou l'évolution clinique des patients ayant des souffrances aiguës à l'abdomen.

#### Groupe vulnérables

On devrait administrer l'oxycodone avec prudence et à des doses réduites aux patients affaiblis, aux patients dont la fonction hépatique ou rénale est très réduite et à ceux qui sont atteints de la maladie d'Addison, d'hypothyroïdie, d'hypertrophie prostatique ou de rétrécissement urétral.

#### Utilisation pendant le travail ou l'accouchement et chez la femme allaitante

Étant donné que les opioïdes risquent de traverser la barrière placentaire et d'être excrétés dans le lait maternel, l'oxycodone devrait être utilisée avec prudence chez les femmes allaitantes. L'administra-tion d'opioïdes pendant le travail peut entraîner une dépendance physique ou une dépression respiratoire chez le nouveau-né.

#### Conduite automobile et opération de machines dangereuses

L'oxycodone peut altérer les capacités physiques et/ou mentales requises pour exécuter des tâches pou-vant être dangereuses, comme la conduite d'un véhicule ou l'opération de machines. Les patients devraient en être avertis. On devrait également avertir les patients des effets combinés de l'oxycodone et des autres dépresseurs du SNC utilisés de façon concomitante, comme les autres opioïdes, les phénothiazines, les hyposédatifs et l'alcool.

#### Interactions médicamenteuses

Les dépresseurs du SNC, comme les autres opioïdes, les anesthésiques, les sédatifs, les hypnotiques, les barbituriques, les phénothiazines, l'hydrate de chloral et le glutéthimide peuvent renforcer les effets dépresseurs de l'oxycodone. Les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (y compris le chlorhydrate de procarbazine), les antihistaminiques à base de pyrazolidone, les bêta-bloquants et l'alcool peuvent aussi augmenter les effets dépresseurs de l'oxycodone.

Les analgésiques opioïdes agonistes-antagonistes tels que butorphanol, buprenorphine, nalbuphine et pentazocine doivent être utilisés avec précaution chez les patients qui prennent des analgésiques opioïdes agonistes purs tels que l'oxycodone. Chez eux, les analgésiques agonistes-antagonistes peuvent amoind-rir l'effet analgésique de l'oxycodone et/ou déclencher des symptômes de sevrage.

#### RÉACTIONS INDÉSIRABLES

Les effets secondaires de SUPEUDOL (chlorhydrate d'oxycodone) en comprimés sont similaires à ceux des autres analgésiques opioïdes et représentent une extension des effets pharmacologiques de la classe de médicaments. Les plus grands risques associés aux opioïdes incluent la dépression respi-roire et la dépression du système nerveux central et, à un moindre degré, la dépression circulatoire, l'arrêt respiratoire, le choc et l'arrêt cardiaque.

Les effets secondaires les plus fréquemment observés avec SUPEUDOL sont la constipation, les nausées, la somnolence, les étourdissements, les vomissements, le prurit, les maux de tête, la sèche-resse de la bouche, l'asthénie et la transpiration.

#### Sédation

La sédation est un effet secondaire fréquent des analgésiques opioïdes, spécialement chez les sujets qui n'en ont jamais reçu auparavant. La sédation peut également se produire en partie parce que le soulage-ment de la douleur persistante permet souvent aux patients de récupérer d'une fatigue prolongée. La plu-part des patients développent une tolérance aux effets sédatifs des opioïdes en trois à cinq jours et, si la sédation n'est pas trop marquée, ne nécessiteront pas de traitement autre que des paroles rassu-rantes. Si une sédation excessive persiste au-delà de quelques jours, on devrait réduire la posologie de l'opioïde et envisager les autres causes possibles. Par exemple : administration concomitante d'un autre agent déprimant le SNC, insuffisance hépatique ou rénale, métabasess au cerveau, hypercalcémie ou insuffisance respiratoire. S'il est nécessaire de réduire la dose, on peut l'augmenter de nouveau avec prudence après trois ou quatre jours s'il est évident que la douleur n'est pas bien maîtrisée. Des étour-dissements et un manque de stabilité pourraient être dus à une hypotension orthostatique, en particu-lier chez les sujets âgés ou débilités, et peuvent être soulagés si le patient s'allonge.

#### Nausées et vomissements

Les nausées sont un effet secondaire habituel au début d'un traitement par analgésiques opioïdes et on pense qu'elles sont provoquées par l'activation de la zone gâchette des chémorécepteurs, la stimulation du système vestibulaire et le ralentissement de la vidange gastrique. La prévalence des nausées diminue

quand on maintient le traitement par analgésiques opioïdes. Quand on instaure un traitement par opioïde en cas de douleur chronique, on devrait envisager de prescrire systématiquement un antiémé-tique. Chez le patient atteint de cancer, la recherche des causes de nausées devrait inclure la constipa-tion, l'occlusion intestinale, l'urémie, l'hypercalcémie, l'hépatomégalie, l'invasion tumorale du plexus œsôlaque et l'utilisation concomitante de médicaments aux propriétés émetogènes. Des nausées persis-tantes qui ne répondent pas à une réduction de posologie peuvent être dues à une stase gastrique liée aux opioïdes et peuvent être accompagnées d'autres symptômes, y compris l'anorexie, la satiété rapide, les vomissements et la sensation de plénitude abdominale. Ces symptômes répondent au traitement chronique par agents de motilité digestive.

#### Constipation

Pratiquement tous les patients qui prennent des opioïdes de façon régulière deviennent constipés. Dans certains cas, spécialement chez les personnes âgées et les sujets confusés au lit, un fécalome peut se développer. Il est essentiel d'avertir le patient de cette possibilité et d'instaurer un régime approprié d'hygiène intestinale au début d'un traitement prolongé par opioïdes. Des laxatifs stimulants ou émoullents d'autres mesures appropriées devraient être utilisés selon les besoins.

Les effets secondaires suivants sont observés moins fréquemment avec les analgésiques opioïdes et incluent les effets signalés lors des essais cliniques menés sur l'oxycodone, qu'ils aient été ou non liés à l'oxycodone.

**Effets généraux et sur le SNC :** dysphorie, euphorie, anxiété, dépression, dépersonnalisation, nervosité, agitation, hyperkinésie, hypotonie, rigidité musculaire, crises, secousses musculaires, tremblements, troubles de la parole, troubles visuels, hypoesthésie, paresthésie, amnésie, anomalies de la pensée, rêves inhabituels, hallucinations, confusion, délire, démarche normale, insomnie, vertige, maux de tête, myosis, et tinnitus.

**Cardiovasculaires :** tachycardie, palpitations, faiblesse, syncope, vasodilatation, hypoten-sion orthostatique, douleurs thoraciques, dépression du segment ST, et migraine.

**Respiratoires :** bronchospasme, pharyngite, bronchite, toux, pneumonie, dyspnée, sinusite, et bâillements.

**Digestifs :** dysphagie, anorexie, altérations du goût, douleurs abdominales, diarrhée, dyspepsie, éructations, flatulence, hoquet, gastrite, augmentation de l'appétit, spasme biliaire, iléus, et stomatite.

**Génilo-urinaires :** rétention urinaire ou retard de miction, dysurie, polyurie, hématurie, effets antidiurétiques, et impuissance.

**Dermatologiques :** urticaire, érythrodermie, autres éruptions cutanées et œdème.

**Autres :** réactions allergiques, asthénie, lymphadénopathie, malaise, frissons, fièvre, déshydratation, hypoglycémie, perte de poids et soif.

#### Syndrome de sevrage

Une dépendance physique, accompagnée ou non de dépendance psychologique, a tendance à appa-raître en cas d'administration chronique. Un syndrome de sevrage peut être provoqué par l'arrêt du traitement par opioïdes ou l'administration d'un antagoniste des opioïdes. Après l'interruption du traite-ment, les symptômes de sevrage suivants peuvent se manifester : douleur physique, diarrhée, chair de poule, perte d'appétit, nervosité ou agitation, rhinorrhée, éternuements, tremblements ou frissons, crampes d'estomac, nausées, troubles du sommeil, augmentation inhabituelle de la transpiration et des bâillements, faiblesse, tachycardie et fièvre inexplicite. Ces symptômes sont généralement légers si l'emploi médical des analgésiques opioïdes est justifié et si le sevrage est progressif.

#### SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE

##### Symptômes

Un surdosage grave à l'oxycodone peut être caractérisé par une dépression respiratoire (diminution du taux et/ou du volume respiratoire, respiration de Cheyne-Stokes, cyanose), une somnolence extrême évoluant en stupeur ou en coma, une faccidité des muscles squelettiques, une froideur ou une moiteur de l'épiderme et, quelquefois, une bradycardie et une hypotension. Un surdosage grave peut provoquer l'apnée, le collapsus circulatoire, l'arrêt cardiaque et la mort.

#### Traitement

On devrait voir d'abord à établir un échange respiratoire adéquat en assurant la perméabilité des voies respiratoires et la ventilation contrôlée ou assistée. Le chlorhydrate de naloxone, un antagoniste des opioïdes, est un antidote spécifique contre la dépression respiratoire due à un surdosage ou résultant d'une sensibilité inhabituelle à l'oxycodone. On devrait donc administrer une dose appropriée de l'antago-niste, de préférence par voie intraveineuse. La dose IV initiale habituelle de naloxone chez l'adulte est de 0,4 mg ou plus. On devrait procéder en même temps à la réanimation respiratoire. Comme la durée d'action de l'oxycodone, surtout la formulation à libération prolongée, peut excéder celle de l'antago-niste, le patient devrait rester sous surveillance constante et les doses d'antagoniste devraient être répétées au besoin pour maintenir une bonne respiration.

On ne devrait pas administrer d'antagoniste en l'absence de dépression respiratoire ou cardiovasculaire cliniquement significative. L'oxygène, les solutés intraveineux, les vasopresseurs et autres mesures de soutien devraient être utilisés si besoin est.

On ne devrait pas administrer d'antagoniste en l'absence de dépression respiratoire ou cardiovasculaire cliniquement significative. L'oxygène, les solutés intraveineux, les vasopresseurs et autres mesures de soutien devraient être utilisés si besoin est.

On ne devrait pas administrer d'antagoniste en l'absence de dépression respiratoire ou cardiovasculaire cliniquement significative. L'oxygène, les solutés intraveineux, les vasopresseurs et autres mesures de soutien devraient être utilisés si besoin est.

#### POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

##### Adultes

Les besoins varient considérablement d'un patient à l'autre en fonction de l'âge, du poids, de l'intensité et de la cause de la douleur et des antécédents médicaux et analgésiques.

La dose adulte initiale usuelle de SUPEUDOL pour les patients qui n'ont pas déjà pris d'analgésiques opioïdes est de 5 à 10 mg, p.o., aux 6 heures.

Pour les patients qui reçoivent un autre opioïde, on devrait calculer « la dose équivalente en oxycodone orale » de l'analgésique utilisé. Après avoir déterminé la dose quotidienne totale de l'analgésique utilisé, on peut utiliser le TABLEU 2 pour calculer la posologie quotidienne approximative d'oxycodone orale.

qui devrait procurer une analgésie équivalente. En général, on traite un patient avec un seul opioïde à la fois.

Si le patient reçoit déjà un analgésique non opioïde, on peut continuer à l'administrer. Si on l'arrête touts-fois, on devrait envisager d'augmenter la dose d'opioïde pour compenser. On peut utiliser SUPEUDOL en toute sécurité de façon concomitante avec les posologies habituelles d'analgésiques non opioïdes.

#### Individualisation de la posologie

L'individualisation de la posologie est la clé du succès du traitement par analgésiques opioïdes. **La recherche des doses optimales pour soulager la douleur du sujet devrait viser à obtenir l'adminis-tration régulière de la dose la plus faible qui maintiendra le patient sans douleur de façon constante. Les ajustements de posologie devraient être basés sur la réponse clinique du patient. L'apparition répétée de percée de douleur à la fin de l'intervalle entre les doses indique généralement qu'il faut augmenter la posologie plutôt que la fréquence des doses.**

#### Ajustement ou baisse de la posologie

Une fois qu'on a obtenu un soulagement satisfaisant de la douleur, on peut tenter de façon régulière de réévaluer les besoins en analgésique opioïde. Si on doit arrêter le traitement, on pourra réduire la dose de l'opioïde selon la procédure suivante : la moitié de la dose quotidienne antérieure q6h (SUPEUDOL) pendant les deux premiers jours, puis une réduction de 25 % tous les deux jours.

Les analgésiques opioïdes ne soulagent pas toujours totalement la douleur dysthésique, la névralgie post-zostérienne, la douleur lancinante, la douleur liée à l'activité et certaines formes de céphalées. On ne devrait pas en conclure qu'il ne faut pas essayer un traitement analgésique opioïde adéquat chez les patients atteints de ces types de douleurs, mais il peut être nécessaire d'envisager d'autres formes de soulagement de la douleur assez rapidement chez ces sujets.

TABLEAU 2 – ANALGÉSQUES OPIOÏDES <span> </span> : ÉQUIVALENCES ANALGÉSQUES APPROXIMATIVES <sup>(1)</sup>				
MÉDICAMENT	Dose équivalente (mg) <sup>(2)</sup> (par comparaison avec 10 mg de morphine IM)		Durée d'action (heures)	
	Parentérale	Orale		
<b>Agonistes puissants des opioïdes<span> </span>:</b>				
Morphine	10	60 <sup>(3)</sup>	3–4	
Oxycodone <sup>(4)</sup>	15	30	2–4	
Hydromorphone	1,5	7,5	2–4	
Anilridine	25	75	2–3	
Lévorphanol	2	4	4–8	
Mépidrine <sup>(6)</sup>	75	300	1–3	
Oxymorphone	1,5	5 (rectale)	3–4	
Méthadone <sup>(5)</sup>	–	–	–	
Héroïne	5–8	10–15	3–4	
<b>Agonistes faibles des opioïdes<span> </span>:</b>				
Codéine	120	200	3–4	
Propoxyphène	50	100	2–4	
<b>Agonistes-antagonistes mixtes<sup>(7)</sup><span> </span>:</b>				
Pentazocine <sup>(6)</sup>	60	180	3–4	
Nalbuphine	10	–	3–6	
Butorphanol	2	–	3–4	

- Références :
  - Douleurs cancéreuses : Une monographie sur la conduite à tenir vis-à-vis des douleurs cancé-reuses. Santé et Bien-être social Canada, 1984.
  - Foley KM New Engl. J. Med., 1985;313:84-95.
  - Aronoff GM, Evans WO. Dans : Evaluation and Treatment of Chronic Pain, 2<sup>e</sup> édition, sous la direction de GM Aronoff (éd.), William and Wilkins, Baltimore, 1992:359-368.
  - Cherny NI, Portenoy RK. Dans : Textbook of Pain, 3<sup>e</sup> édition, sous la direction de P.D. Wall et R. Melzack, Churchill Livingstone, Londres, 1994:1437-1467.
- La plupart de ces données sont dérivées d'études sur la douleur aiguë traitée par dose unique et devraient être considérées comme une simple approximation lors du processus de sélection des doses à prescrire pour traiter les douleurs chroniques.
- Pour la douleur aiguë, la dose orale ou rectale de morphine est six fois la dose injectable. En cas d'usage chronique toutefois, l'expérience indique que ce rapport est 2-3 :1 (c'est-à-dire que 20-30 mg de morphine orale ou rectale sont équivalents à 10 mg de morphine parentérale).
- Basé sur l'oxycodone orale en simple entité dans la douleur aiguë.
- Dose équianalgésique extrêmement variable. On devrait calculer de façon individuelle la dose requise par le patient en commençant avec l'équivalent de 1/10<sup>e</sup> de la dose de morphine.
- Ces agents ne sont pas recommandés pour le traitement de la douleur chronique.
- Les agonistes-antagonistes mixtes peuvent précipiter le sevrage chez les patients recevant des agonistes des opioïdes purs.

##### FORMES POSOLOGIQUES

Les comprimés SUPEUDOL de 20 mg sont des comprimés blancs, de forme ovale, à rainure simple d'un côté, portant l'empreinte «20» dans «V» de l'autre côté. Chaque comprimé contient : Chlorhydrate d'oxycodone 20 mg. Ingrédients non médicinaux : phosphate de calcium dibasique, stéarate de magné-sium, cellulose microcristalline et sodium de croscarmellose.

Ils sont disponibles en flacons en polyéthylène de 50 comprimés.

**Conserver entre 15 et 30°C. Protéger de la lumière. Protéger de l'humidité.**

®Marque déposée de Sandoz Canada Inc.

Décembre 2004

Révisé : novembre 2005



**SANDOZ**  
QC, Canada J4B 7K3  
medinfo@sandoz.com



**1-800-361-3062**