

Médicament	Particularités pharmacocinétiques pour la voie TMB	Doses TMB proposées	Particularités d'administration
Médicaments dont l'administration par voie TMB est bien documentée (enfants et adultes)			
Fentanyl	<ul style="list-style-type: none"> - Début d'action : à partir de 5 min - Tmax : entre 25 et 30 min - BioD : 50% (basée sur la forme sublinguale commercialement disponible au Canada et la forme bucco-gingivale commercialement disponible aux États-Unis) - Durée d'action prolongée par rapport à voie IV (contribution possible d'une portion avalée) 	Doses proposées pour la voie TMB : les mêmes que les doses IV	Utiliser la forme injectable
Midazolam	<ul style="list-style-type: none"> - Début d'action : 5 à 10 min - Tmax : environ 30 min - BioD : 75% 	Doses proposées pour la voie TMB : les mêmes que les doses IV	Utiliser la forme injectable (1 mg/mL ou 5 mg/mL)
Médicaments dont l'administration par voie TMB est moins documentée ou reste controversée (enfants et adultes)			
Morphine	<ul style="list-style-type: none"> - Propriétés physicochimiques peu favorables à une absorption significative par la voie sublinguale ou TMB (faible puissance, peu hydrophobe, 90% ionisé au pH de la bouche chez l'adulte) - Données pharmacocinétiques laissent penser que le médicament administré par voie sublinguale ou buccale est probablement surtout absorbé dans le tractus digestif intestinal - Début d'action et biodisponibilité avec la voie sublinguale ou buccale comparables à la voie entérale - BioD : très variable, généralement comparable à la voie entérale - Expérience favorable avec la voie TMB dans certains milieux en pédiatrie ou néonatalogie - Le protocole de soins palliatifs à l'unité des naissances (FOPRI 1124) et le protocole de soins de confort et soins de fin de vie en néonatalogie (FOPRI 1493) privilégient l'utilisation de la voie TMB pour la morphine pour éviter d'instrumenter l'enfant. Il faut néanmoins rester conscient des limites potentielles de cette voie par rapport à l'administration parentérale 	Doses proposées pour la voie TMB : débiter avec les mêmes que les doses IV; néanmoins, en cas de réponse sous-optimale, il est possible d'augmenter graduellement les doses jusqu'à les rapprocher des doses orales usuelles	<p>En néonatalogie : utiliser la forme injectable (2 mg/mL ou 10 mg/mL)</p> <p>En néonatalogie, dans le cadre du protocole FOPRI 1493 : utiliser la formulation injectable 2 mg/mL ou 10 mg/mL selon la dose à administrer (voir FOPRI); à l'unité des naissances et aux unités mère-enfant, dans le cadre du protocole FOPRI 1124 : utiliser la formulation injectable reconditionnée en bouteille orale par la pharmacie (au commun à l'unité des naissances, et à servir au nom du patient sur les autres unités mère-enfant)</p>
Lorazépam	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de données et propriétés physicochimiques moins favorables que le midazolam pour l'utilisation par voie TMB - Données pharmacocinétiques et cliniques laissent penser que la voie SL ou buccale pourrait être associée à un délai d'action plus rapide que la voie entérale, mais données encore conflictuelles - Début d'action : entre 10 et 30 min - Tmax : environ 2,5 h 	Doses proposées pour la voie TMB : les mêmes que les doses orales ou IV	Utiliser la forme injectable
Glycopyrrolate	<ul style="list-style-type: none"> - Pourrait ne pas être efficace par voie TMB en raison du pH de la solution, mais certains cliniciens l'utilisent apparemment avec succès. 	Doses proposées pour la voie TMB : les mêmes que les doses IV	Utiliser la forme injectable