

SOINS PALLIATIFS & ROTATION D'OPIOÏDES

C'est une stratégie visant au remplacement d'un opiacé par un autre, d'un même palier, dans le but d'arriver à un meilleur équilibre entre analgésie et effets secondaires.

Ce remplacement s'effectue soit en changeant de produit soit en changeant de voie d'administration

Quand envisager une rotation d'opioïde ?

Lorsque le 1^{er} opioïde prescrit n'est pas efficace après un traitement de 7 à 10 jours

Nécessite de changer de molécule

Ou

Nécessité de changer le mode d'administration :

- **Compliance inadéquate :**
Difficulté à avaler les comprimés/capsules
Difficultés de prise liées à un trouble de la vue ou de la préhension
Représentations du patient
- **Effets indésirables intolérables** que la douleur soit soulagée ou pas
(Intolérance au morphinique par ex : troubles des fonctions cognitives, nausées, constipation)

Se questionner avant le changement sur les autres causes possible d'inefficacité du traitement :

- **Mauvaise observance du traitement :**
Horaire des prises, doses inter-doses respectées ?
Confusion de forme galénique LI/LP ?
Effets secondaires traités ?
- **Caractéristique de la douleur**
Douleur neuropathique associée ? justifiant un traitement spécifique (antidépresseur et/ou antiépileptique)
Douleurs paroxystiques mécaniques (par ex méta osseuse) type ADP justifiant de supplément morphinique ou d'un traitement adjuvant spécifiques)
- **Facteurs psychologiques associés**
Réticence psychologique ?
Anxiété ou dépression ?
- **Autres cause d'effets indésirables**
Troubles métaboliques (ex : hypercalcémie donnant des vomissements)
Métastases cérébrales
Dysphagie ? Vomissements ? Dysperméabilité de sonde gastrique ?
Etc...

Ne pas hésiter à faire appel à un spécialiste en cas de doute ou de difficulté

Afin de faciliter la surveillance, prévoir si possible la rotation le jour.

Informez le patient des bénéfices et des risques attendus de la rotation

Les étapes de la rotation d'un opioïde A vers un opioïde B ?

1. Evaluer la dose journalière de l'opioïde A et utiliser la table d'équianalgésie pour convertir cette dose en équivalent morphine orale et en déduire la dose journalière théorique de l'opioïde B (cf table équianalgésie)
Etre vigilant lorsque la rotation implique un changement de voie d'administration (surtout si passage IV)
2. **Après correction de la dose théorique par un coefficient de réduction de 25 à 50% selon la situation clinique** (soulagé pas soulagé, changement de voie, effets indésirables), initier le traitement par l'opioïde B à la dose finale ainsi obtenue
3. Prescrire des Bolus/interdoses d'un opioïde à libération immédiate en complément jusqu'à la fin de la titration de l'opioïde B
4. Surveiller la survenue de symptômes de surdosage (nausées, somnolence) ou de sevrage (diarrhées, douleurs diffuses..)
5. Réévaluer l'intensité de la douleur pour déterminer s'il convient d'ajuster la dose totale quotidienne

EN PRATIQUE

Morphine PO Dose/24H	Morphine SC Dose /24H	Morphine IV Dose /24H	Oxycodone PO Dose /24H	Oxycodone SC ou IV	Hydro-morphine PO	Fentanyl Trans-dermique
	½ dose Morphine PO	1/3 dose Morphine PO	½ dose Morphine PO	1 dose Morphine IV		
60 mg	30 mg	20 mg	30 mg	20 mg	8 mg	25 µg/h/72h
120 mg	60 mg	40 mg	60 mg	40 mg	6 mg	50 µg/h/72H
240 mg	120 mg	80 mg	120 mg	80 mg	32 mg	100µg/h/72H

Consulter :

La table pratique d'équianalgésie:

sur site internet COMPAS

ou

L'application OPIOCONVERT :

<https://opioconvert.fr>

- **Passage d'une forme orale LP 12h à une autre forme orale LP 12h : pas de changement**
Ex : Remplacer la prise de Skénan® 120mg à 20h par la prise de Sophidone® 16mg à 20h ou par la prise d'Oxycontin® 60mg à la même heure.
- **Passage d'une forme LP 12h à une forme transdermique (patch)** délai d'action moyen du patch de Fentanyl environ 12h)
Prendre la dernière prise orale LP en même temps que l'application du 1^{er} patch
- **Passage d'une forme parentérale en continue sur 24h à une forme transdermique (patch) :**
Maintenir la PCA ou PSE de morphine pendant au moins 8h après la pose du 1^{er} patch (durée d'action morphine IV = 4H)
- **Passage d'une forme parentérale continue (PCA ou PSE) à une forme orale LP :**
Arrêter la PCA ou PSE en même temps que la 1^{ère} prise de la forme orale LP.
- **Passage d'un patch à une forme orale ou parentérale d'opioïde**
 - o Tenir compte de la lente élimination du Fentanyl patch après son retrait/monter progressivement l'opioïde de remplacement sur 12 à 36 h.
 - o Pendant 12h premières heures après le retrait du patch: Pas d'administration de morphine en continu mais uniquement des bolus et à la demande. Bolus selon les règles habituelles (1/6^{ème} à 1/10^{ème} de la dose totale des 24h, après calcul de l'équivalence Duro/morphine orale)
 - o Au bout de 12h, introduire un traitement en continu au 2/3 de la dose théorique équianalgique.
 - o Au bout de 24h : pleine dose à ajuster selon l'évaluation à la fois de la douleur et des effets secondaires.

Contactes utiles	Références bibliographiques
<p>COMPAS 02.40.16.59.90 Site hospitalier Laënnec- Bd Jacques Monod 44093 Nantes Cedex 1</p> <p>UNITE DE SOINS PALLIATIFS 02.53.48.27.33 CHU Nantes Site hospitalier Laënnec</p>	<p>Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée – 6^{ème} édition- Sauramps médical 2017</p> <p>Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception. CHU GRENOBLE/ SFAP version 7, sept 2014</p>