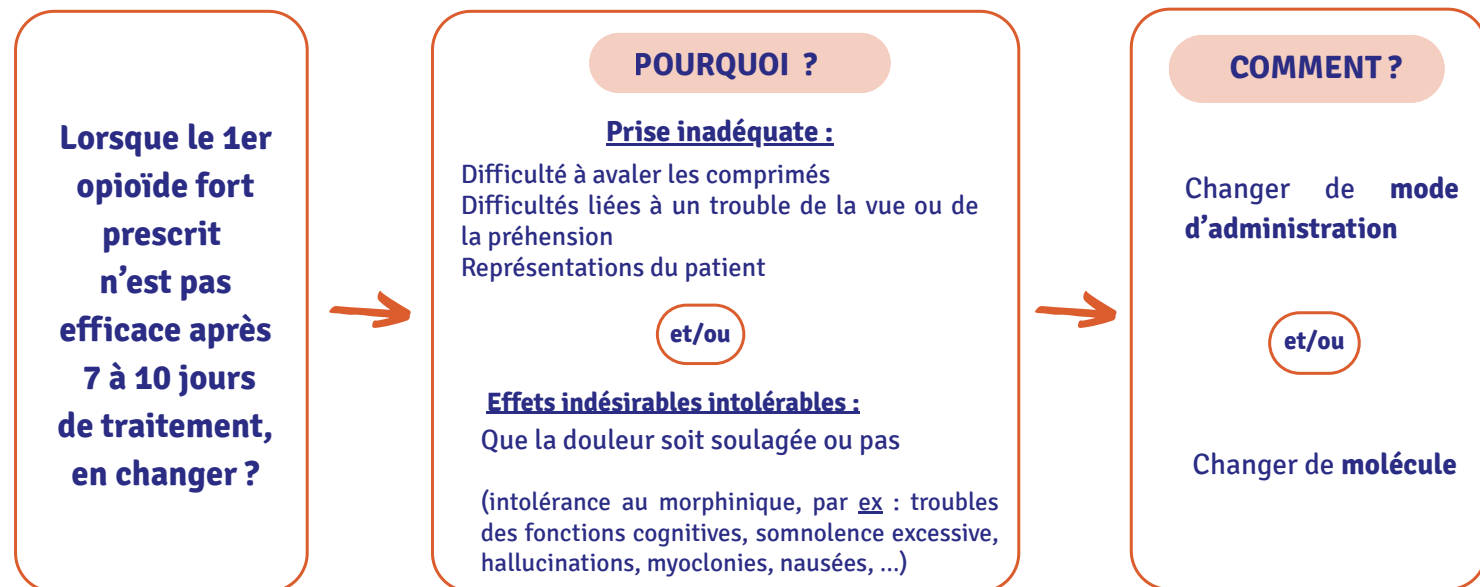


Soins palliatifs

Changement (rotation) d'opioïdes forts

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

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



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

Mauvaise observance du traitement ?

- Horaire des prises, des interdosages, respect des doses ?
- Confusion entre les formes galéniques Libération Immédiate (LI) / Libération Prolongée (LP) ?
- Effets secondaires non ou mal traités ?

Caractéristiques de la douleur :

- Douleur neuropathique associée ? Peut justifier un traitement spécifique (cf. fiche Douleur neuropathique)
- Douleurs paroxystiques mécaniques (par ex métastase osseuse) type ADP. (cf. fiche ADP)

Facteurs psychologiques associés ?

- Réticence psychologique ?
- Anxiété ou dépression ?

Autres causes d'inefficacité :

- Troubles métaboliques (ex : hypercalcémie vomissements)
- Métastases cérébrales
- Dysphagie ? Vomissements ? Sonde digestive bouchée ? 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 en journée.
Si besoin, penser à augmenter la fréquence des passages IDE pour surveillance.
Informez le patient des bénéfices et des risques attendus de la rotation

Contact utiles

COMPAS 02.40.16.59.90
www.compas-soinspalliatifs.org

Références bibliographiques

- Manuel de soins palliatifs- P 337- 5ème Edition Dunod – Paris 2020
- Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée – 6^{ème} édition- Sauramps médical 2017
- Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception. CHU GRENOBLE/ SFAP version 8, oct 2016 : [Lien](#)
- Site Opiconvert : [Lien](#)

Les étapes du changement d'un opioïde fort A vers un nouvel opioïde fort B

- **1 /** Calculer la **dose totale journalière** prise de l'opioïde A (formes à Libération Prolongée et à Libération Immédiate)
- **2/** utiliser la **table d'équianalgésie (lien)** ou **Opioconvert (lien)** pour convertir cette dose en équivalent morphine orale puis calculer la dose journalière recommandée de l'opioïde B (cf. équivalences dans le tableau ci-dessous).
Etre vigilant lorsque la rotation implique un changement de voie d'administration (surtout si passage IV).

Morphine PO Dose/24 h	Morphine S/C Dose/24 h	Morphine IV Dose/24 h	Oxycodone PO Dose/24 h	Oxycodone S/C ou IV Dose/24 h	Hydromorphone PO Dose/24 h	Fentanyl Transdermique Dose/h
60 mg	30 mg	20 mg	30 mg	20 mg	8 mg	25 µg/h
120 mg	60 mg	40 mg	60 mg	40 mg	16 mg	50 µg/h
240 mg	120 mg	80 mg	120 mg	80 mg	32 mg	100 µg/h

- **3 /** Pour le traitement de fond: Cf. ci-dessous: comment relayer un opioïde vers un autre ?
- **4 /** Concernant le ratio de changement et compte tenu de l'existence de variations individuelles, il est recommandé de privilégier la sécurité en utilisant les fourchettes basses de conversion avec l'outil de calcul des équianalgésies Opiocconvert (ex: Oxycodone ↔ Morphine) .
- **5 /** Poursuivre les Bolus/interdoses d'un opioïde à libération immédiate même pendant la période de titration.
- **6 /** Surveiller la survenue de symptômes de surdosage (bradypnées, somnolence) ou de sevrage (transpirations profuses, tremblements, diarrhées, douleurs diffuses..)
- **7 /** Réévaluer l'intensité de la douleur pour déterminer s'il convient d'ajuster la dose totale quotidienne.

Comment relayer un opioïde vers un autre ?

(Pour éviter le chevauchement d'action des 2 opioïdes ou l'interruption de cette action)

→ Passage d'une forme orale LP à une autre forme orale LP : pas de changement d'horaire de prise

Ex : Remplacer la prise de SKENAN® 120mg (Morphine) à 20h par la prise de SOPHIDONE® 16mg (Hydromorphone) à 20h ou par la prise d'OXYCONTIN® 60mg (Oxycodone) à la même heure.

→ Passage d'une forme LP à une forme transdermique (patch) :

Ex: Prendre la dernière prise orale LP à 8h en même temps que la pose du 1er patch à 8h. (délai d'action moyen du patch: environ 12h)

→ Passage d'une forme IV ou S/C en continu sur 24h à une forme transdermique (patch)

Maintenir la PCA ou PSE de morphine pendant au moins 8h après la pose du 1er patch (durée d'action morphine IV = 4H)

→ Passage d'une forme IV ou S/C continue (PCA ou PSE) à une forme orale LP :

Arrêter la PCA ou PSE au moment de la 1ère prise de la forme orale LP.

→ Passage d'un patch à une forme orale ou IV ou S/C d'opioïde (à choisir en fonction de la situation):

o Tenir compte de la lente élimination du Fentanyl patch après son retrait : Monter progressivement l'opioïde fort de remplacement sur 12 à 36 h.

o Pendant les 12 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 (1/10ème à 1/6ème de la dose totale des 24h, après calcul de l'équivalence Fentanyl/morphine PO).

o Au bout de 12h : introduire un traitement en continu aux 2/3 de la dose théorique équianalgique.

o Au bout de 24h : pleine dose à ajuster selon l'évaluation de la douleur et la présence des effets secondaires.

→ Passage d'une forme orale LP à une forme IV ou S/C :

o Débuter la PCA ou PSE à l'heure de la prise orale prévue.

Ex: Prise de SKENAN® 60 mg à 8h et à 20H, soit 120 mg/24h. Relais par morphine IV: 120 mg/3, soit 20 mg/24h IV.

Dernière prise de SKENAN® à 20h, débuter l'IVSE à 8h.

Surveiller le patient car risque accru de surdosage en passant à la voie IV.