



Palliative Info

Newsletter
N° 2, juin 2014

Soins palliatifs
Membres du groupe
de travail

Changement d'un opioïde pour un autre opioïde ou rotation: Pourquoi ? Comment ?

Rédaction PD, Dr Claudia Mazzocato
Relecture : Dr Klaus Bally

Introduction

Certains patients sous traitement opioïde présentent une réponse antalgique insuffisante malgré une augmentation des doses ou des effets secondaires intolérables. Le changement de l'opioïde pour un autre ou rotation est une stratégie, parmi d'autres, visant à obtenir le meilleur équilibre possible entre analgésie et effets secondaires. Cette approche, bien qu'encore insuffisamment validée par les études, est utilisée quotidiennement par les cliniciens.

Définition et indications de la rotation opioïde

La rotation opioïde consiste à remplacer un opioïde par un autre opioïde appartenant au même palier antalgique, à doses équianalgésiques. Le rationnel de cette pratique repose sur une tolérance croisée incomplète entre opioïdes et des variations individuelles, probablement génétiques, en termes d'analgésie et d'effets secondaires. Ses indications sont :

- Survenue d'effets indésirables intolérables pendant une phase de titration (augmentation) des doses ;
- efficacité analgésique insuffisante malgré une titration des doses ;
- interactions médicamenteuses problématiques ;
- préférence ou nécessité d'une route d'administration différente ;
- modification de l'état clinique, telle qu'une insuffisance rénale, ou de l'environnement de soins motivant l'utilisation d'un opioïde avec d'autres propriétés pharmacocinétiques ;
- considérations financières ou accès problématiques aux différents opioïdes.

Quel nouvel opioïde choisir ?

Des facteurs médicaux président notamment au choix du nouvel opioïde, tels que l'affection dont souffre le patient, ses comorbidités, les autres médicaments et les propriétés pharmacocinétiques des opioïdes. La morphine et l'hydromorphone, dépourvus d'interactions avec le cytochrome P450, sont indiqués chez les patients polymédiqués mais s'accumulent lors d'insuffisance rénale. Le fentanyl et la

Comité éditorial :

– PD, Dr Sophie Pautex (SP)

Contact :

sophie.pautex@hcuge.ch

– Dr Christoph Cina (CC)

– Dr Klaus Bally (KB)

– Dr Roland Kunz (RK)

– Dr Vanni Manzocchi (VM)

– PD, Dr Claudia Mazzocato (CM)

Design/Production :

Mirjam Wicki, Lukas Zemp,

Esther Slooter, SSMI

Numéros 2014 :

1. Introduction- informati-
on-lien avec stratégie
nationale de développe-
ment des soins palliatifs
(SP-CC)

2. Rotation d'opiacés (CM-KB)

3. Travailler en interprofessi-
onalité, trouver un con-
sensus en soins palliatifs
(CC-RK)

méthadone présentent moins de risque d'accumulation lors d'insuffisance rénale mais leurs interactions avec le cytochrome P450 sont nombreuses.

Le choix du nouvel opioïde est également déterminé par l'âge et la race du patient, le lieu où il séjourne et son environnement familial. Une forme retard ou un opioïde transdermique est plus facile d'utilisation à domicile et chez les personnes âgées. Des douleurs intenses requièrent par contre l'utilisation d'un opioïde à action rapide.

Modalités de rotation des opioïdes

La rotation nécessite de connaître les équivalences analgésiques des opioïdes. La dose équianalgésique d'un opioïde est la dose qui produit une analgésie équivalente par rapport à un opioïde de référence (**Tableau 1**) (1). Ces équivalences sont dérivées d'études, pour la plupart menées sur un court terme et auprès de patients faiblement dosés. Elles ne peuvent pas s'appliquer sans ajustement chez des patients sous hautes doses et chez les patients non cancéreux (2). La rotation se fait en trois ou quatre étapes selon les experts (**Tableau 2**) (3).

- **L'étape 1** consiste à calculer la dose équianalgésique par jour du nouvel opioïde.
- **L'étape 2** consiste à effectuer une réduction automatique de dose de 25-50 %, selon l'âge, l'appartenance à une race non caucasienne, les comorbidités et le dosage opioïde actuel. Cette seconde étape se justifie par le fait que les doses équianalgésiques sous-estiment la puissance réelle du nouvel opioïde, en raison de variations individuelles et de l'impact d'une tolérance croisée incomplète. Lors de rotation d'un opioïde à la méthadone une réduction de 75 à 90 % est recommandée. Enfin, lors d'utilisation de fentanyl transdermique, les équivalences analgésiques données par l'industrie pharmaceutique intègrent d'emblé un facteur de sécurité ne nécessitant pas de réduction.
- Certains experts américains suggèrent une **étape 3** (3), affinant la dose calculée dans l'étape 2, en proposant une modification vers le haut ou le bas de 15-30 %, en fonction notamment de l'intensité des douleurs, de l'âge du patient, de la présence ou non d'une polymédication et d'un état confusionnel aigu.
- Ces recommandations sont destinées à réduire le risque de surdosage associé à une rotation opioïde. Elles ne fournissent pas la garantie que la dose initiale du nouvel opioïde est appropriée. En conséquence, il est essentiel de considérer une **étape 4**, correspondant à une évaluation quotidienne des douleurs et des effets secondaires jusqu'à obtention d'une antalgie satisfaisante. La prescription de doses de réserve, de courte durée d'action équivalentes au 5 -15 % de la dose quotidienne, à l'exception de fentanyl transmuqueux dont le plus petit dosage doit être initialement choisi (100 microg) indépendamment de la dose de fond, permettent au besoin de palier à un dosage insuffisant. La somme des doses de réserve utilisées sur 24 heures et du traitement de base donnent le nouveau dosage quotidien.

Bibliographie

1. Mercadante S, Caraceni A. Conversion ratios for opioid switching in the treatment of cancer pain: a systematic review. *Palliat Med* 2011 ; 25 : 504-515.
2. Knotkova H, Fine PG, Portenoy RK. Opioid rotation: The science and the limitations of the equianalgesic dose table. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 : 426-439.
3. Fine PG, Portenoy RK : For the ad hoc expert panel on evidence review and guidelines for opioid rotation. Establishing « Best practices » for opioid rotation: Conclusions of an expert panel. *J Pain Symptom Manage* 2009 ; 38 : 418-424.
4. Roulet L, Luthy C, Garin N, Di Pollina de Gold L, Zoccatelli D, Escher Imhof M, Desmeules J, Pigué V. Opioid rotation: from theory to practice. Interdisciplinary recommendations from the Geneva University Hospitals pain network]. *Rev Med Suisse*. 2011 Jun 29;7(301):1400-4,

Tableau 1
Equivalences analgésiques relatives des opioïdes forts courants (1,2)

		Equidoses		Doses maximales
		PO	SC/IV	
Ratio morphine PO : opioïdes faibles PO				
Codéine, dihydrocodéine	1 : 10	100 mg	-	PO 360 mg
Tramadol	1 : 10	100 mg	50 mg	PO 400 mg
Buprénorphine SL	60-75 : 1	0.15 mg	-	?
Buprénorphine TD			Voir notice du fabricant	
Ratio morphine PO : autres opioïdes forts PO				
Morphine		10 mg	5 mg	
Hydromorphone	5 : 1	2 mg	1 mg	
Oxycodone	1-2 : 1	5 - 7.5 mg	-	
Méthadone	Variable selon les doses			
Fentanyl TD			Voir notice du fabricant	
Fentanyl	200 : 1	-	50 µg	

Tableau 2
Lignes directrices pour la rotation opioïde (3)

Etape 1

Calculer la dose équianalgésique du nouvel opioïde sur la base des équivalences analgésiques.

Par exemple, patient sous morphine 100mg/24h.
Rotation à l'oxycodone :
- Ratio entre morphine et oxycodone : 2:1
- Morphine 100 mg/24h = oxycodone 50 mg/24h

Etape 2

Diminuer la dose calculée de 25-50%, si rotation à un opioïde autre que la méthadone ou le fentanyl

Réduction proche de 25 %:
- Patient jeune, race caucasienne.
- Doses d'opioïde initiales faibles.
Réduction proche de 50 %:
- Patient âgé.
- Insuffisance rénale, nombreuses comorbidités.
- Doses d'opioïde initiales élevées.

«Palliative Info» est une publication conjointe de



Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine



gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza