

Traitement de la douleur et maniement des opiacés

Sophie Pautex



Mme Daisy
73 ans



Veuve, 1 fille

Diabète II IR

HTA contrôlée

Ostéoporose fracturaire

Troubles cognitifs débutant

Pour exacerbations des douleurs

- lombaires
- genou G
- Jambes mal systématisées

Elle prend du paracétamol et occ du tramadol

QUESTION RÉPONSE



Douleur difficile à soulager

Dépendance aux opiacés

Attentes de la patiente

Expériences précédentes avec les traitements

Edmonton Classification System for Cancer Pain

Patient Name: _____

Patient ID No: _____

For each of the following features, circle the response that is most appropriate, based on your clinical assessment of the patient.

1. Mechanism of Pain

- No No pain syndrome
- Nc Any nociceptive combination of visceral and/or bone or soft tissue pain
- Ne Neuropathic pain syndrome with or without any combination of nociceptive pain
- Nx Insufficient information to classify

2. Incident Pain

- lo No incident pain
- li Incident pain present
- lx Insufficient information to classify

3. Psychological Distress

- Po No psychological distress
- Pp Psychological distress present
- Px Insufficient information to classify

4. Addictive Behavior

- Ao No addictive behavior
- Aa Addictive behavior present
- Ax Insufficient information to classify

5. Cognitive Function

- Co No impairment. Patient able to provide accurate present and past pain history unimpaired
- Ci Partial impairment. Sufficient impairment to affect patient's ability to provide accurate present and/or past pain history
- Cu Total impairment. Patient unresponsive, delirious or demented to the stage of being unable to provide any present and past pain history
- Cx Insufficient information to classify.

ECS-CP profile: **N I P A C** (combination of the five responses, one for each category)

Assessed by: _____ Date: _____

DOULEUR DIFFICILE
À SOULAGER

DÉPENDANCE AUX
OPIACÉS

ATTENTES DE LA
PATIENTE

EXPÉRIENCES
PRÉCÉDENTES AVEC
LES TRAITEMENTS



Troubles cognitifs
Douleur neuropathique
Douleur incidente
Dépendance

Lawlor PG., Expert Rev Qual Life in Cancer Care 2018; 3:47–64

>= 2/10

>= 5/10

Troubles cognitifs

Echelle ALGOPLUS : observation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée non communicante

Nom - Prénom :

Date de l'évaluation de la douleur												
Heure												
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
1 Visage												
Frontement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total oui	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5	/5



ECHELLE DOLOPLUS 2 OBSERVATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE NON COMMUNICANTE

Nom, Prénom :

Mois / Année :

Jours :

RENTENTISSEMENT SOMATIQUE												
PLAINTES SOMATIQUES												
> Pas de plainte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Plaintes spontanées continues	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
POSITIONS ANTALGIGUES AU REPOS												
> Pas de position antalgique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES												
> Pas de protection	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
MIMIQUE												
> Mimique habituelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SOMMEIL												
> Sommeil habituel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Difficultés d'endormissement	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENTENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR												
TOILETTE ET/OU HABILLAGE												
> Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
MOUVEMENTS												
> Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RENTENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL												
COMMUNICATION												
> Inchangée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
VIE SOCIALE												
> Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Refus de toute vie sociale	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
TROUBLES DU COMPORTEMENT												
> Comportement habituel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
												Score

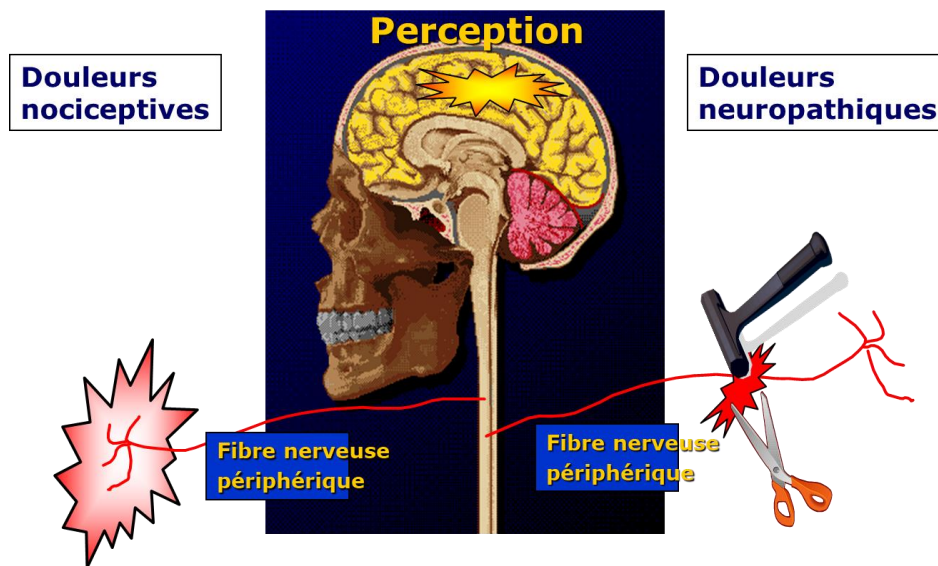
Douleur nociceptive-neuropathique

Questionnaire DN4 Douleur neuropathique

Date :

Nom – Prénom :

>= 4/10

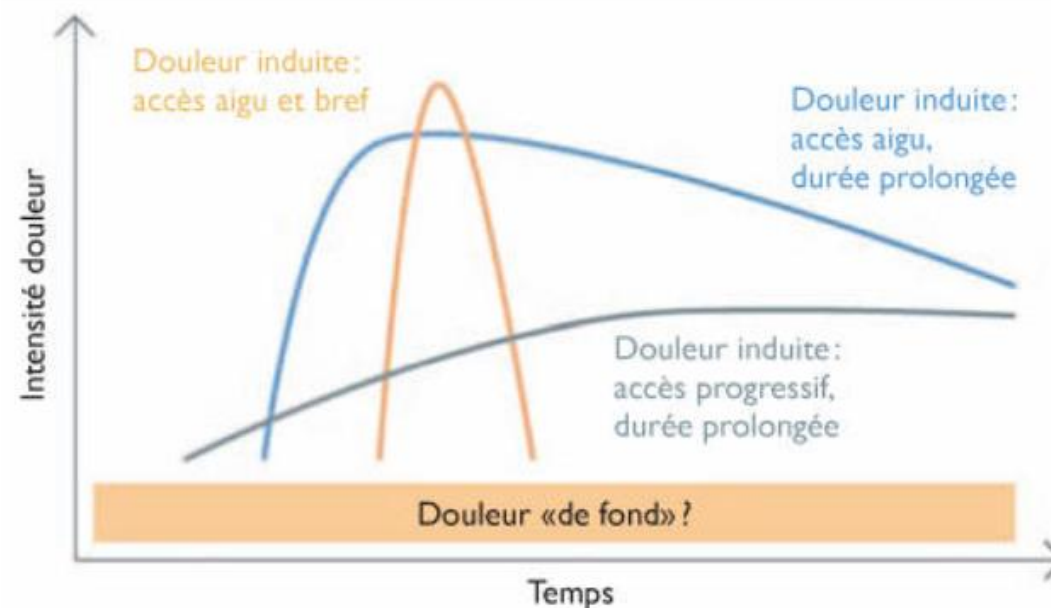


Question 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
	Oui	Non
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		
Question 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
	Oui	Non
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissements		
7. Démangeaisons		
Question 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :		
	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqûre		
Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :		
	Oui	Non
10. Le frottement		

Douleur incidente

- Exacerbation transitoire de la douleur qui se manifeste soit spontanément, soit en lien avec une stimulation qui est prédictable, ou non , malgré une douleur basale bien contrôlée.
- Elle peut être spontanée ou induite (marche; physiothérapie, les soins, les examens....)
- Dure environ 15 min, maximum 60 minutes

Figure 1
Représentation schématique de différents types de douleurs incidentes



Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. *Pain*.1999;81:129–34

Berna, C., et al., *Rev Med Suisse*, 2013; 392: 1360–1365

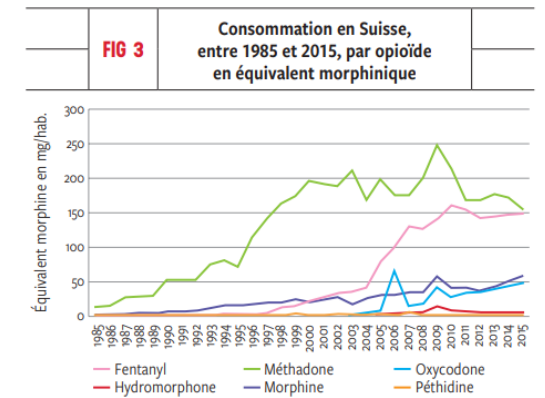
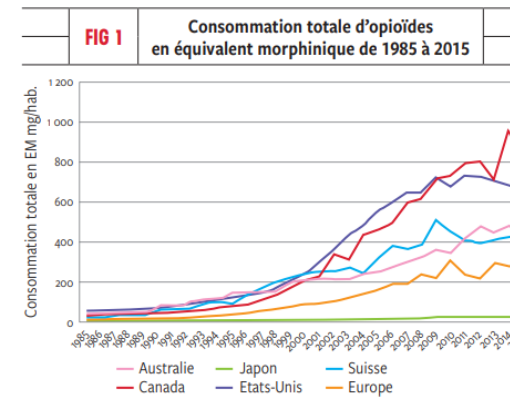


dépendance

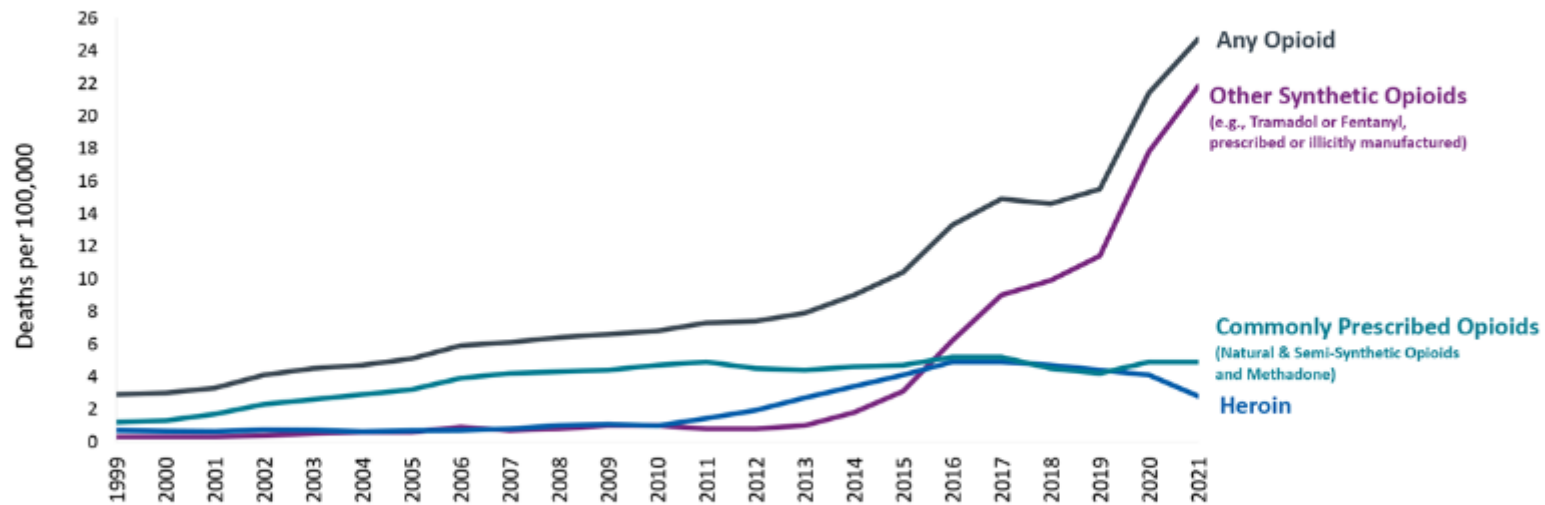
Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015: chiffres suisses et mise en perspective internationale

DAVID RUCHAT^a, Dr MARC R. SUTER^b, Pr PIERRE-YVES RODONDI^c et Dr CHANTAL BERNA^b

Rev Med Suisse 2018; 14: 1262-6



Three Waves of Opioid Overdose Deaths



↑
Wave 1: Rise in Prescription Opioid Overdose Deaths Started in the 1990s

↑
Wave 2: Rise in Heroin Overdose Deaths Started in 2010

↑
Wave 3: Rise in Synthetic Opioid Overdose Deaths Started in 2013

SOURCE: National Vital Statistics System Mortality File.

ECHELLE ORT : EVALUATION DU RISQUE DE MÉSUSAGE
AVANT PRESCRIPTION D'UN ANTALGIQUE OPIOÏDE

Antécédent familial d'abus d'une substance :			Antécédent personnel d'abus d'une substance :		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Alcool	1	3	Alcool	3	3
Drogues illicites	2	3	Drogues illicites	4	4
Autre	4	4	Médicaments d'ordonnance	5	5
Âge (sujet de 16 ans à 45 ans)	1	1	TROUBLE PSYCHOLOGIQUE		
	Femme	Homme		Femme	Homme
Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance	3	0	Trouble de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	2	2
			Dépression	1	1
Score : <input type="text"/>			Score : <input type="text"/>		

Faire la somme des points pour les 5 questions selon le genre du patient. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible ; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré ; si le score est > 7, le risque est élevé.

Prescription des opioïdes chez les patients vulnérables: les enfants et les personnes âgées

Recommandations pratiques

Drs FRÉDÉRIQUE RODIEUX*, CÉLIA LLORET-LINARES*, VALÉRIE FIGUET* et JULES DESMEULES*

Rev Med Suisse 2018; 14: 1268-78



(Pixabay (<https://pixabay.com/fr/>) images gratuites, aucune attribution requise).

Prescription des opiacés en médecine de premier recours: le cas des douleurs chroniques non cancéreuses

Dr SIMON SINGOVSKI¹, Prs SOPHIE PAUTEX² et Prs MONICA ESCHER³

Rev Med Suisse 2022; 18: 1238-41 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.787.1238

Service de médecine
Département de réadaptat

TABLEAU 1

Recommandations pour la prescription des opiacés dans les DCNC

Synthèse des recommandations internationales.
DCNC: douleurs chroniques non cancéreuses.

Étiologie

- Investiguer l'étiologie des douleurs chroniques, leur impact global
- Privilégier les traitements non médicamenteux (physiothérapie, psychothérapie, réhabilitation) ou ciblés sur l'étiologie

Traitement de première ligne

- Privilégier l'utilisation d'analgiques faibles (AINS, paracétamol) aux doses maximales tolérées

Opiacés

- Évaluer les risques/bénéfices du traitement
- Évaluer les risques de mésusage/addiction
- Définir les objectifs du traitement
- Aborder la possibilité de non-efficacité, la nécessité de diminuer les opiacés dans ce cas
- Choisir l'opiacé en fonction des comorbidités du patient
- Privilégier les opiacés à action prolongée (forme retard)
- Débuter avec les doses minimales, puis augmenter lentement en fonction de l'effet recherché

Suivi

- Réévaluer périodiquement l'effet, interrompre le traitement si l'effet n'est pas atteint à 3 mois
- Évaluer l'apparition d'effets secondaires

Prévention

- Prescription systématique de laxatifs (souvent > 1 type nécessaire), éventuellement d'antiémétiques

À éviter

- Comédication: benzodiazépines
- Utilisation d'opiacés dans la fibromyalgie et pour les céphalées
- Prescription de fortes doses d'opiacés: > 90 à 150 mg/j d'équivalent de morphine

Paracétamol

Douleur faible à modérée

Attention toxicité hépatique en particulier
si dénutrition- jeûne ou si médicaments
composés

*Mian P, Drugs Aging. 2018;35(7):603–24.
Pickering G, Clin Pharmacol Ther. 2011;90(5):707–11.
Graham GG. Inflammopharmacology. 2013;21(3):201–32*



AINS

- Liés à hospitalisation chez 1/4 patients âgés
- Douleurs inflammatoires
- 3 jours
- Attention e.i rénaux, GI et cardiaque
- Attention interactions avec AC, aspirine, SSRI-
risque hémorragique
- Topiques (synovie): efficace pour arthrose genou

da Costa BR, Lancet. 2017;390(10090):e21–33.

Trelle S, BMJ. 2011;342:c7086.

Wegman A, J Rheumatol. 2004;31(2):344–54.

Tugwell PS, J Rheumatol. 2004;31(10):2002–12



Douleurs neuropathiques

- Gabapentine-prégabaline:
 - Vertiges, sedation, OMI
 - Risque de chute
- Autres anti-épileptique dans cette population??
- SNRIs: venlafaxine- duloxétine
- Evt: opiacés faibles
- Cannabinoïdes?

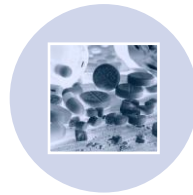
*Pickering G, Clin Interv Aging. 2008;3(1):111–20.
Wiffen PJ, Cochrane Database Syst Rev. 2013;(11):CD010567.
Goldstein DJ, Pain. 2005;116(1–2):109–18.
Finnerup NB, Lancet Neurol. 2015;14(2):162–73.
Pisani S, McGoohan K, 2021 Oct;38(10):887-910*



Choix des opiacés



La fonction rénale



Interactions
médicamenteuses



Expériences
précédentes-effets
indésirables



Autres symptômes:
dyspnée...



Voie administration

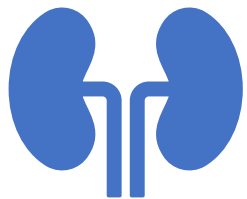
	Prevalence of pain (n = 9234)				Prevalence of prescription opioid use among those who reported pain (n = 3350)			
	N (%) ^a	Prevalence	95% CI	p-value ^b	N (%) ^a	Prevalence	95% CI	p-value ^b
(Continued from previous page)								
Intensity of pain^c								
Mild	-	-	-	-	428 (13.7)	12.1	[7.0-20.1]	<0.0001
Moderate	-	-	-	-	1754 (50.5)	26.3	[18.1-36.5]	
Severe	-	-	-	-	1168 (35.8)	42.1	[34.2-50.5]	
Total	9234	36.9	[32.6-41.4]		3350	30.0	[23.1-38.0]	

^aN represents the unadjusted number of participants in each category and % represents the proportion after adjusting for survey weights. ^bFrom Chi-square Pearson tests comparing subgroups for each variable. ^cAmong those who reported pain (n = 3350).

Table 1: Prevalence of pain and use of prescription opioids according to sociodemographic characteristics and health-related exposures, ELSI-Brazil, 2019–2020.

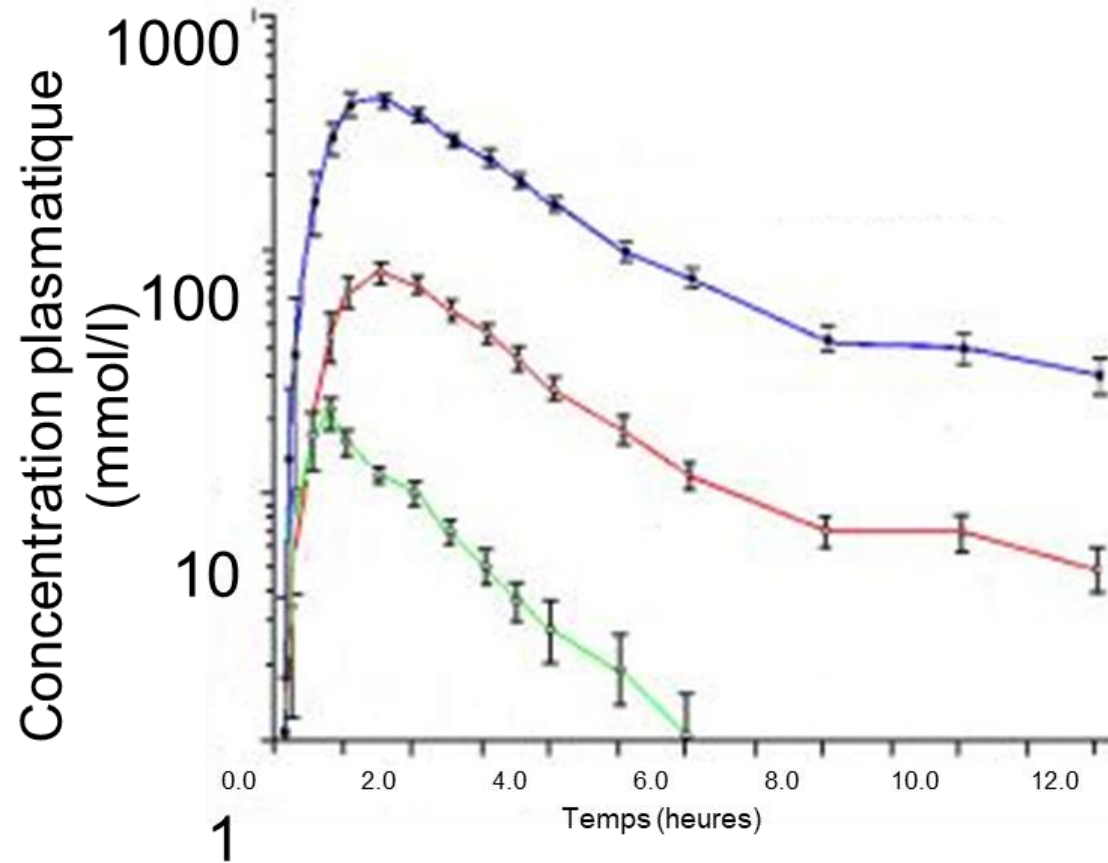
Mullachery, P. H *The Lancet Regional Health – Americas*; 2023 20: 100459.

FONCTION RENALE



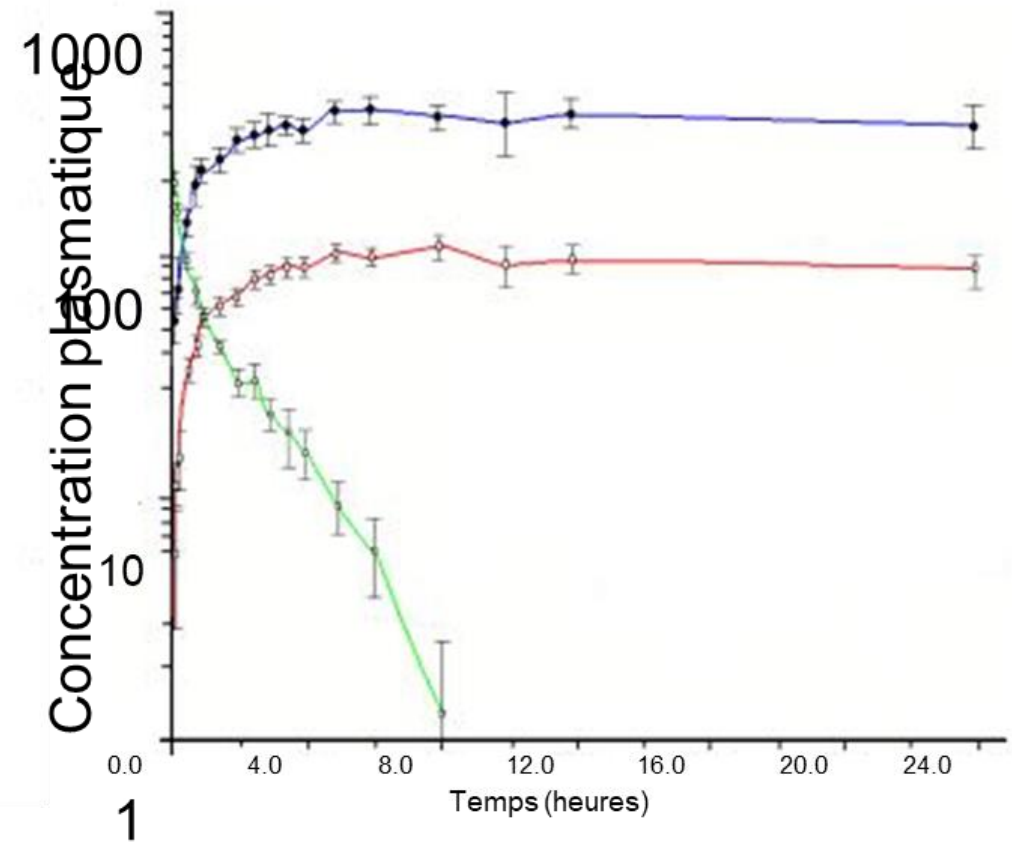
Opioïde	Insuffisance rénale
Tramadol	Accumulation
Buprénorphine	
Tapentadol	Accumulation
Morphine	Accumulation
Hydromorphone	Accumulation
Oxycodone	Accumulation
Fentanyl	
Méthadone	

Sujets sains Morphine PO



Morphine Morphine-6-G Morphine-3-G

Insuffisants rénaux Morphine IV



Osborne R et al. Clin Pharmacol Ther 1993

Osborne R et al. Clin Pharmacol Ther 1993

interactions

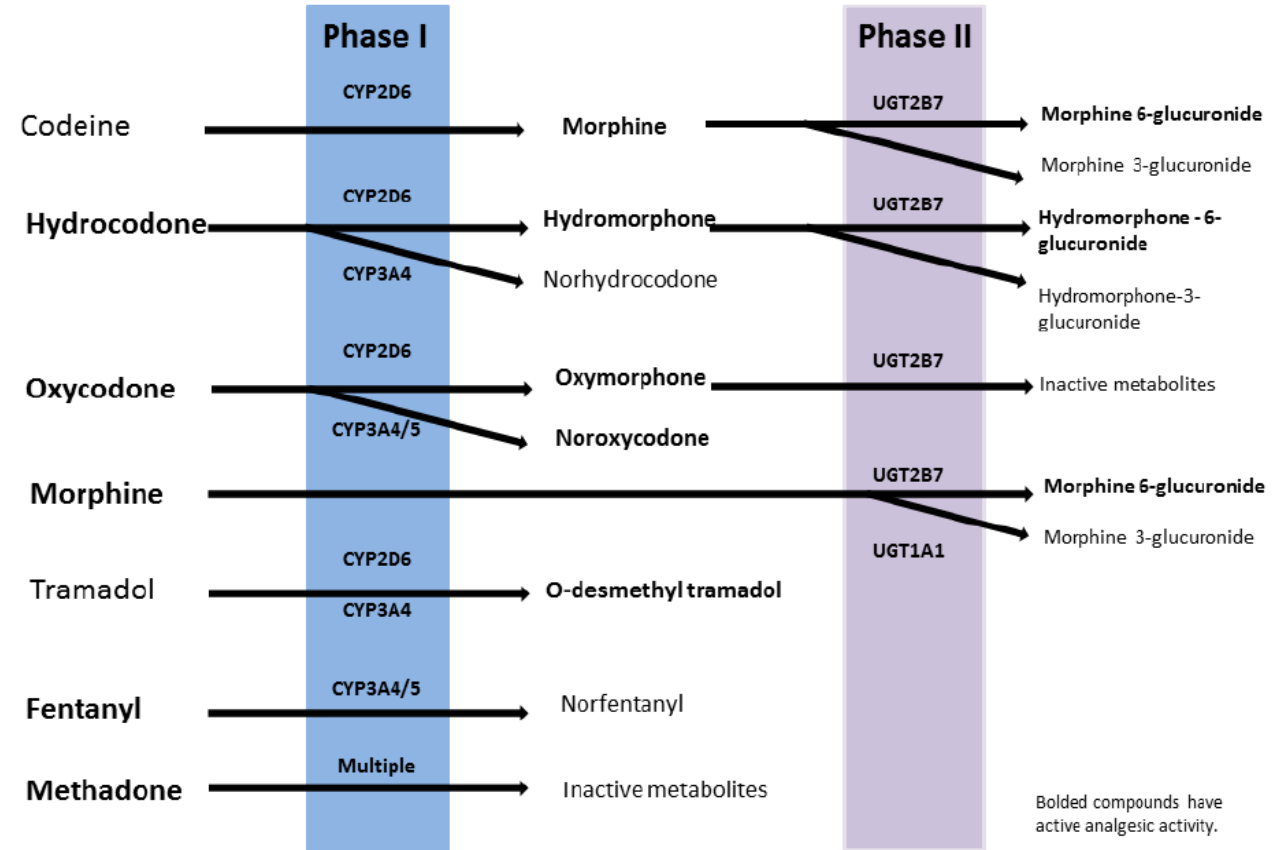
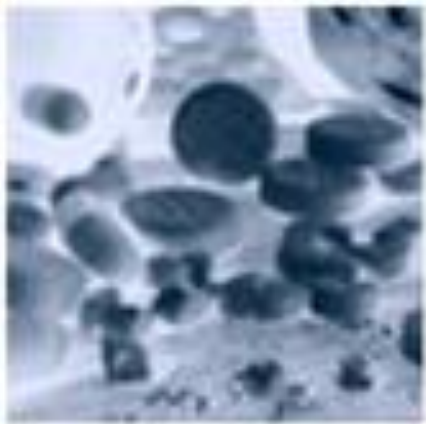


Figure 1. Metabolic pathways of opioid analgesics in the liver. CYP = cytochrome P450; UGT = uridine diphosphoglucuronosyltransferase.

Opioïde

Interactions médicamenteuses

Tramadol	IMAO, sérotoninergiques, 2D6,3A4	inducteurs/inhibiteurs CYP2B6,
Buprénorphine	μ opioid antagonist	Inducteurs/inhibiteurs CYP3A4
Tapentadol	IMAO	
Morphine		
Hydromorphone		
Oxycodone	Inducteurs/inhibiteurs CYP3A4 (2D6)	
Fentanyl	Inducteurs/inhibiteurs CYP3A4	
Méthadone	Inducteurs/inhibiteurs CYT3A4 (2D6, 1A2)	

Effets indésirables

19 patients atteints d'un cancer / 20 qui ont des opiacés prescrits et les tolèrent vont avoir leur douleur soulagée (modérée à 0) en 14 jours
 La plupart vont être atteints de constipation ± nausées
 1-2 /10 vont nécessiter un changement de traitement en raison d'effets indésirables intolérables
 La morphine reste l'opiacé de référence pour les patients avec douleurs modérées à sévères

Effet secondaire	%	Dose dépendant	Tolérance	Traitement
Constipation	40 - 70	Oui	Non	Prophylaxie systématique
Nausées, vomissements	15 - 30	Oui	Oui	Métoclopramide, halopéridol, rotation
	20 - 60	Oui	Oui	Palier prolongé, rotation, psychostimulant
	?	?	Non	Rotation, hydratation
	?	?	Non	Halopéridol si delirium
Myoclonies Sédation sévère				
Dépression respiratoire		Oui	Oui	Naloxone si sévère

Cochrane 2017

Opiacés



Cochrane Database of Systematic Reviews

Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness (Review)

Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R

Background

People with lung disease may experience breathlessness. Initial treatments should focus on the underlying causes of breathlessness. However, as the disease progresses, it may be better to focus on treating the symptoms. As well as standard care, opioids (e.g. morphine, given either by mouth, by nebuliser, or injected) may help relieve these symptoms. However, opioids also have side effects, such as drowsiness, constipation, nausea (feeling sick), and vomiting.

Review question

We wanted to know if opioid drugs reduced breathlessness in people with lung disease. We also looked at whether opioids improved their ability to exercise, and what side effects people had. We also wanted to know if opioid drugs improved their quality of life.

Study characteristics

We searched for studies up to 19 October 2015, and we included 26 studies with 526 people. These people had breathlessness from different types of lung disease. Some were given opioid drugs and some were given other drugs or a placebo, and studies compared the reporting of breathlessness to see if there was any difference. Some studies also looked at the amount of time people could exercise to see if there were any differences. Some people came from home, and some came from the hospital setting.

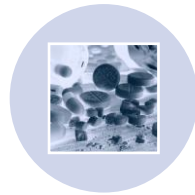
Key findings

There was some low quality evidence that showed a benefit of using oral or injectable opioid drugs for the treatment of the symptoms of breathlessness. There was no evidence for opioids by nebuliser. Some people experienced drowsiness, nausea, and vomiting. More research is needed using more people, and looking at effects on quality of life.

Choix des opiacés



La fonction rénale



Interactions
médicamenteuses



Expériences
précédentes-effets
indésirables



Autres symptômes:
dyspnée...



Voie administration

OPIACES A DISPOSITION

Cinétique des opiacés (correspond à une dose unique hors insuffisance rénale ou hépatique)				
		Délai action	Durée action	Demi-vie
Codéine	PO	30-60 min	4-6h	3h
Tramadol	PO-LI	45 min	2.30h	6h
Tapentadol	PO-LI	45 min	4-6h	4h
	PO-LR		12h	4-6h
Buprénorphine	PO	30-90 min	6-8h	5h
	patch	11-21h	72-96h	26h
	iv	15 min	4-8h	2-3h
	scut	30-60 min	6-8h	-
Morphine	PO-LI+	30-90 min	4-7h	2-3h
	PO-LP	1-3h	12-24h	4-15h
	iv	10-20 min	Env 4h	Env 2h
	scut	30-60 min	Env 4h	1-5h
Hydromorphone	PO-LI	30-60 min	3-4h	2-3h
	PO-LP	3h	12-24h	8-15h
	iv	15 min	4-5h	-
	scut	15 min	4-6h	-
Fentanyl	patch	12-24h	72h	20-27h

Prescription des opioïdes chez les patients vulnérables: les enfants et les personnes âgées

Recommandations pratiques

Drs FRÉDÉRIQUE RODIEUX*, CÉLIA LLORET-LINARES*, VALÉRIE PIGUET* et JULES DESMEULES*

Rev Med Suisse 2018; 14: 1268-78

TABLEAU 1

Données pharmacocinétiques principales des différents opioïdes

CYP: Cytochrome P450; UGT: uridine-glucuronosyltransferases; *Précautions chez l'insuffisant rénal du fait de l'excrétion rénale de métabolites actifs;
**Recommandations de posologies existantes en fonction de l'activité du CYP2D6.

	Biodisponibilité (%)	Métabolisme hépatique (voies principales)	Métabolites actifs	Excrétion (voie principale)	Demi-vie (h)
Opioïdes faibles					
Codéine	40-70	CYP3A4, UGT CYP2D6**	Morphine (via CYP2D6)	Rénale*	3 (métabolite: 2-3)
Tramadol	Forme orale rapide: 75 Forme orale retard: 85-95	CYP2D6** CYP3A4	O-desmethyiltramadol (M1) (via CYP2D6)	Rénale*	6-7 (métabolite: 6-7)
Opioïdes forts					
Buprénorphine	Forme sublinguale: 46-65 Forme transdermique: 15	UGT, CYP3A4	Non	Fécale	5
Fentanyl	Formes transmuqueuses/ buccales: 65 Forme transdermique: 92	CYP3A4	Non	Rénale	4
Hydromorphone	Forme orale: < 40	UGT	Non	Rénale	2-4
Morphine	Forme orale: < 40	UGT	Morphine-6-glucuronide	Rénale*	1-4 (métabolite: 2)
Tapentadol	Forme orale: 32	UGT	Non	Rénale	4-5
Oxycodone	Forme orale: 60-87	CYP3A4, CYP2D6**	Oxymorphone (via CYP2D6) lui-même métabolisé par le CYP3A4	Rénale*	4-5 (métabolite: 7-9)

(D'après Swissmedicinfo, Lexicomp et Micromedex).

Prescription des opiacés en médecine de premier recours: le cas des douleurs chroniques non cancéreuses

Dr SIMON SINGOVSKI¹, Pre SOPHIE PAUTEX¹ et Pre MONICA ESCHER¹

Rev Med Suisse 2022; 18: 1238-41 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.787.1238

.....U 2 Opiacés à action prolongée (forme retard) disponibles en Suisse

Le tableau indique aussi leur équivalence de dose en morphine.

^aTargin contient de l'oxycodone (1^{re} valeur) et de la naloxone (2^e valeur).

^bPossibilité de couper le patch en deux, mais la partie du milieu, non collante, doit être fixée à l'aide d'une bande adhésive afin qu'elle adhère à la peau et que la substance active puisse diffuser.

PO: per os; TD: transdermique.

Opiacés (noms commerciaux)	Administration	Dosage minimal par comprimé/patch	Équivalent en mg de morphine PO	Administration	Délai avant installation de l'effet
Dihydrocodéine • Codicontin	PO	60 mg	10 mg	2 x/j	1-2 heures
Tramadol • Tramal/Tramadol retard	PO	50 mg	5 mg	2 x/j	1-3 heures
Morphine • MST Continus • M Retard • Sevre-long • Kapanol retard	PO PO PO PO	10 mg 10 mg 30 mg 20 mg	- - - -	2-3 x/j 2 x/j 1 x/j 1-2 x/j	1-3 heures Non disponible 3,5 heures Non disponible
Hydromorphone • Palladon retard • Jurnista retard	PO PO	4 mg 4 mg	20 mg 20 mg	2 x/j 1 x/j	3 heures Non disponible
Oxycodone • Oxycontin • Targin	PO PO	5 mg 5/2,5 mg ^a	10 mg 10 mg	2 x/j 2 x/j	3-4 heures 3-4 heures
Tapentadol • Palexia retard	PO	25 mg	8 mg	2 x/j	2-5 heures
Fentanyl • Fentanyl/Durogesic patch	TD	12 µg/h	30 mg/24 heures	1 x/72-96 heures	12-17 heures
Buprénorphine • Transtec	TD	35 µg/h ^b	75 mg/24 heures	1 x/72-96 heures	12-17 heures

(Source: Swissmedicinfo.ch, nhs.uk, réf.28).

Service de médecine palliative
Département de réadaptation et gériatrie

Rotation des opioïdes: de la théorie à la pratique

Recommandations interdisciplinaires
du réseau douleur des HUG



Rev Med Suisse 2011; 7: 1400-6

Les opioïdes sont largement utilisés pour traiter les douleurs modérées à sévères d'origine cancéreuse ou non cancéreuse. Si leur emploi permet d'obtenir une antalgie adéquate chez de nombreux patients, une inefficacité et/ou des effets indésirables intolérables limitent parfois leur utilisation. La rotation des opioïdes est une stratégie proposée pour pallier ces limitations. Cet article revoit le concept de rotation des opioïdes, du rationnel pharmacologique aux modalités pratiques.

Tableau 2. Situations cliniques justifiant le recours à la rotation d'opioïdes

(Adapté de réf.^[1]).

Survenue d'effets indésirables intolérables (que la douleur soit contrôlée ou non)

- Effets neurologiques (somnolence, vertiges, euphorie, agressivité, tolérance, dépendance, hyperalgésie)
- Effets respiratoires (bradypnée, dépression respiratoire)
- Effets gastro-intestinaux (constipation, nausées, vomissements)

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

Difficultés pharmacologiques ou galéniques

- Introduction d'un nouveau traitement à l'origine d'une interaction médicamenteuse
- Apparition d'un syndrome de malabsorption
- Pose d'une sonde nasogastrique à but de nutrition

Approches non-médicamenteuses

- Acupuncture
- Hypnose: visualisation-musique
- Réflexologie
- Tai-chi
- Mobilisation



Tang SK, BMC Public Health. 2019; 19(1):1488
Ardigo S, BMC Geriatr. 2016;16:14.



Take home message

A VOUS!!!

Questions???

sophie.pautex@hcuge.ch