Indication des FAR

Le fentanyl d'action rapide (FAR) constitue le traitement de référence des accès douloureux paroxystiques (ADP).

Il s'agit du seul opioïde à avoir l'AMM dans cette indication.

Ses caractéristiques :
- délai d'action rapide
- absence de métabolites actifs
- biodisponibilité importante
- forte liposolubilité

- *RCP des spécialités de Fentanyl d'Action Rapide (Abstral, Actiq, Breakyl, Effentora, Instanyl, Pecfent, Recivit)*
- *Fentanyl intranasal : données cliniques dans le traitement des accès douloureux paroxystiques (ADP) en cancérologie. Labreze et al. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement - Avril 2011*
- *HAS 2022 - Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses - mars 2022*

Support conçu et réalisé par :

ofda Observatoire Français de la Douleur et des Antalgiques

www.ofda.fr

et

Analgesia

Fondation de Recherche sur la Douleur

www.fondation-analgesia.org

Prescription d'un Fentanyl d'Action Rapide

Voie d'administration

VOIE ORALE

à privilégier en cas de :
- congestion nasale traitée
- obstruction nasale sévère
- épistaxis chronique
- suite à radiothérapie faciale

VOIE NASALE

à privilégier en cas de :
- troubles de la déglutition
- troubles de la vigilance

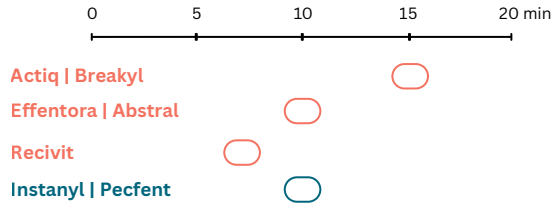
Spécialités et dosages disponibles

Formes buccales	Actiq	200 | 400 | 600 | 800 | 1200 | 1600 µg
	Breakyl	200 | 400 µg
	Effentora	100 | 200 | 400 | 600 | 800 µg
Formes sublinguales	Abstral	100 | 200 | 300 | 400 | 600 | 800 µg
	Recivit	133 | 267 | 400 | 533 | 800 µg
Formes nasales	Instanyl	50 | 100 | 200 µg
	Pecfent	100 | 400 µg

Les spécialités ne sont pas interchangeables dose pour dose, en raison de profils d'absorption différents.

Rapidité d'action des spécialités

Premier signal clinique significatif (*cf. rubrique 5.1 des RCP*) :



Initiation et titration du FAR

1. **Commencer par la plus faible dose** de la spécialité **et attendre :**

15 à 30 min VOIE ORALE — **10 à 30 min** VOIE NASALE

2. **Evaluer le soulagement de la douleur**

soulagement satisfaisant ?

OUI — NON

Administrer une dose supplémentaire (sauf Breakyl et Instanyl)

Envisager la dose supérieure pour l'ADP suivant

3. **Attendre 4h avant réadministration** si nouvel ADP (2h pour Instanyl)

4. **Revoir le traitement de fond opioïde** en présence de plus de 4 ADP par jour

RDV sur le site OFDA pour plus d'informations sur le bon usage et le repérage d'un mésusage (échelles ORT + POMI)

PRISE EN CHARGE DES **ADP**

Accès Douloureux Paroxystiques

chez les patients atteints de cancer



PRESCRIPTION D'UN **FAR**

Fentanyl d'Action Rapide

ofda Observatoire Français de la Douleur et des Antalgiques

Comprendre les Accès Douloureux Paroxystiques - ADP

Définition des ADP

= **Exacerbations douloureuses transitoires :**

+ de **courte durée** (15 à 30 min en moyenne),

+ d'**intensité modérée à sévère** (pic de douleur atteint en quelques minutes),

+ survenant **sur une douleur de fond déjà stabilisée** par un traitement opioïde.

Un ADP peut être neuropathique, nociceptif ou mixte.

Typologies d'ADP

1 **Les ADP prévisibles**

- **induits par de simples actes du quotidien :** **mouvements volontaires** (changement de position, marche, effort, alimentation…) ou **involontaires** (toux, déglutition, miction, défécation…).
- **ou induits par des soins ou thérapeutiques**

↳ ***Pertinence de la prescription d'un FAR pour prévenir la survenue de ces ADP prévisibles.***

2 **Les ADP non prévisibles**

- **Le patient s'y confronte seul,** du fait de leur fugacité.

↳ ***Importance de l'interrogatoire patient pour identifier leur survenue et la pertinence de la prescription d'un FAR.***

Prévalence des ADP

93 % des patients atteints de cancer **présentent des ADP**

33 % d'entre eux ne reçoivent **pas de traitement adapté**

Ne pas confondre les ADP avec

1 **Les douleurs dites de "fin de dose"**

liées à la fin prématurée de l'action de l'opioïde en traitement de fond, souvent en fin de journée ou en fin de nuit.

2 **Les exacerbations douloureuses progressives**

pouvant durer quelques heures, qui justifient le recours à une **interdose** (opioïde à libération immédiate) ou à une **augmentation des doses de fond** (opioïde à libération prolongée).

3 **Les douleurs intermittentes sans douleur de fond ni traitement de fond opioïde.**

- *Morere JF, Poulain P, Filbet M, Krakowski I, Serrie A, Delorme C, et al. Caractéristiques et traitements des accès douloureux paroxystiques (ADPc) chez les patients cancéreux : résultats de l'enquête ADEPI. Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement. 2012;13(3):133-142.*
- *Deandrea S, Corli O, Consonni D, et al. Prevalence of break through cancer pain: a systematic review and a pooled analysis of published literature. J Pain Symptom Manage 2014;47:57–76*
- *HAS 2022 - Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses - mars 2022*

Conduite à tenir face à une douleur non contrôlée

Le patient a déjà un traitement opioïde de fond

NON → **Instaurer un traitement de fond avec un opioïde à libération prolongée ou faire une titration avec une libération immédiate**

OUI → **Adapter le traitement opioïde de fond**

et/ou

- **Ajouter un opioïde à libération immédiate** (1/6ème à 1/10ème de la dose des 24h) et **éduquer le patient à sa prise**
- **Majorer le traitement opioïde de fond** (augmentation de 30 % de la dose des 24h)

La douleur de fond du patient est stabilisée par le traitement opioïde

=
- douleur de fond d'intensité faible ou absente
- activités habituelles et sommeil peu perturbés
- effets indésirables mineurs ou absents

Le patient présente des exacerbations douloureuses de courte durée *

< 4 exacerbations par jour

⩾ 4 exacerbations par jour

Si vous identifiez un ADP, une prescription de fentanyl d'action rapide (FAR) peut être faite

Voir au dos les modalités de prescription des FAR

! * Ne pas oublier les possibles douleurs de "fin de dose" en cas d'exacerbations survenant en fin de journée ou en fin de nuit.