

Ce tableau présente les posologies calculées à partir d'études prospectives d'instauration de méthadone. (Dr E.TREILLET 2022)

Dose d'Equivalent
Morphine Orale EMO
quotidienne (mg)

240

Méthadone	CHANGEMENT RAPIDE (stop and go)						CHANGEMENT PROGRESSIF (3DS)		Modèle mathématique			
	Dose Fixe et Interdose- Ratio Progressif			Dose A la demande Ratio Fixe			Dose Fixe et Interdose- Ratio Progressif		Calcul de dose par formule mathématique			
Auteurs	Porta Sales 2016	Mercadante 2001	Cubero 2010	Auteurs	Tse 2003	Poulain 2016	Auteurs	Ripamonti 1998	Poulain 2016	BJR	Plonck	
Dose Totale max	60	45	70	Dose Totale max	120	144	Dose Totale max	52	60	dose total avec 3 interdoses de 1/3	77	62
Dose fixe	13,33	10,00	20,00	Doses à la demande	20,00	24,00	Dose Fixe	13,33333333	13,33333333	dose total avec 3 interdoses de 1/6	57,74	46,50
Nombre de doses fixes par jour	3	3	2				Nombre de doses fixes par jour	3	3	Dose sans interdose	38,49	31,00
Interdose	6,67	5,00	10,00	Fréquence Interdoses /j	6	6	Interdoses	4	6,66666667			
Fréquence Interdoses /j	3	3	3				Fréquence Interdoses /j	3	3			
Remarques	Dose Fixe (mg) =1/3 de la dose totale journalière pas d'écart minimum entre chaque prise décrit. Interdoses (mg) 1/6ème de la dose quotidienne. Si toutes les doses de méthadone utilisées, prise d'interdose de l'opioïde initial	Dose Fixe (mg) =1/3 de la dose totale journalière pas d'écart minimum entre chaque prise décrit. Interdoses (mg) 1/6ème de la dose quotidienne.	Dose Fixe (mg) =1/2 de la dose totale journalière, Interdoses (mg) 1/4ème de la dose quotidienne	Remarques	Modèle chinois: 3 heures entre chaque prise	Modèle proposé par l'AFSAPS et le laboratoire Bouchara: 1 heure entre chaque prise	Remarques	Modèle de Milan: Conversion progressive avec décroissance de 30% de l'opioïde initial chaque jour jusqu'à arrêt. pas d'écart minimum entre chaque prise décrit. Dose Fixe =1/3 de la dose totale journalière. Interdoses (mg) 1/10ème de la dose journalière	Modèle proposé par l'AFSAPS et le laboratoire Bouchara: Conversion progressive avec décroissance de 50% de l'opioïde initial puis 25% jusqu'à arrêt. pas d'écart minimum entre chaque prise décrit. Dose Fixe =1/3 de la dose totale journalière. Interdoses (mg) 1/6ème de la dose journalière	Les modèles mathématiques ne proposent pas de mode d'instauration (rapide ou progressif), ni de mode d'administration des doses (fixes ou à la demande). Ils ne proposent qu'un calcul de dose quotidienne. Par extrapolation aux autres protocoles, les doses proposées dans cet outil incluent des interdoses de 1/3 et 1/6,		
DETAILS	1:4 pour EMO 30-90mg/j 0	1:4 EMO< 90 mg/j 0	1:4 EMO <90 mg/j 0	DETAILS	ratio fixe (1:12) max 30mg 20	ratio fixe (1:10) max 30mg 24	DETAILS	1:4 pour EMO 30-90mg/j 0	1:4 pour EMO 30-90mg/j 0			
	1:6 EMO 91-300mg/j 40	1:8 EMO de 90 à 300mg/j 30	1:6 EMO 900 à 300 mg/j 40					1:6 EMO 91-300mg/j 40	1:6 EMO 91-300mg/j 40			

	1:8 EMO >300mg/0 j	1:12 EMO >300 mg/j.	1 :8 EMO 301 à 1000 mg/j				1:8 EMO >300mg/j	0	1:8 EMO >300mg/j	0		
	MTD/j en mg pour toutes les doses fixes	40,00	MTD/j en mg pour toutes les doses fixes	30,00	MTD/j en mg pour toutes les doses fixes	40,00	MTD/j en mg pour toutes les doses fixes	40	MTD/j en mg pour toutes les doses fixes	40		
Méthodologie	Prospective ouverte Monocentrique, 145 patients ambulatoire	Prospective Open Multicentric Clinical Trial 50 patients	Prospective Randomized Monocentric Clinical Trial 50 patients	Méthodologie	Prospective ouverte Multicentrique 37 patients.	Prospective Randomized Multicentric Clinical Trial 73 patients /144	Méthodologie	Prospective ouverte Monocentrique	Prospective Randomized Multicentric Clinical Trial 73 patients /144	Méthodologie	case report	
Référence	<p>BJR: J Pharmacol Pharmacother. 2016 Apr-Jun; 7(2): 93–95. A new mathematical approach to methadone conversion. Steven J. Baumrucker, Manar Jbara,1 and Richard Marc Rogers2</p> <p>Plonk: J Palliat Med. 2005 Jun;8(3):478-9. Simplified methadone conversion. Plonk WM.</p> <p>Porta-Sales J, Garzon-Rodriguez C, Villavicencio-Chavez C, Llorens-Torrone S, Gonzalez-Barboto J. Efficacy and Safety of Methadone as a Second-Line Opioid for Cancer Pain in an Outpatient Clinic: A Prospective Open-Label Study. Oncologist 2016;21(8):981-7.</p> <p>Mercadante S, Casuccio A, Fulfaro F, Groff L, Boffi R, Villari P, et al. Switching from morphine to methadone to improve analgesia and tolerability in cancer patients: a prospective study. J Clin Oncol 2001;19(11):2898-904.</p> <p>Cubero DIG, del Giglio A. Early switching from morphine to methadone is not improved by acetaminophen in the analgesia of oncologic patients: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Support Care Cancer. févr 2010;18(2):235-42.</p> <p>Tse DM, Sham MM, Ng DK, Ma HM. An ad libitum schedule for conversion of morphine to methadone in advanced cancer patients: an open uncontrolled prospective study in a Chinese population. Palliat Med 2003;17(2): Efficacy and Safety of Two Methadone Titration Methods for the Treatment of Cancer-Related Pain: The EQUI METH2 Trial (Methadone for Cancer-Related Pain). Poulain P, Berleur MP, Lefki S, Lefebvre D, Chvetzoff G, Ripamonti C, Groff L, Brunelli C, Polastri D, Stavrakis A, De Conno F. Switching from morphine to oral methadone in treating cancer pain: what is the equianalgesic dose ratio? J Clin Oncol 1998;16(10):3216-21.</p>											