

Quelques rappels

Envisager un antalgique opioïde en dernière intention dans les douleurs chroniques telles que l'arthrose des membres inférieurs, lombalgies, lomboradiculalgies et autre maladies évolutives

Prescription des antalgiques opioïdes **non recommandée** dans les douleurs nociplastiques, les céphalées primaires, les douleurs chroniques pelviennes, et les douleurs musculo-squelettiques (autres que les lombalgies, lomboradiculalgies, arthrose) et douleurs neuropathiques.

Ne pas prescrire les antalgiques opioïdes seuls. Penser à les associer à d'autres traitements non opioïdes et thérapeutiques non médicamenteuses (acupuncture, ostéopathe, qi-gong, psychologue...).

Trouble de l'usage des opioïdes : selon DSM V, définition qui englobe les définitions d'abus et addiction ainsi que les conséquences personnelles, sociales et professionnelles qui en découlent.

Connaître les signes de **surdosage** en opioïdes et du **syndrome de sevrage** aux opioïdes.

Connaître la **différence** entre la pharmacodépendance et la tolérance.

Hyperalgésie induite par les opioïdes : augmentation de l'intensité des douleurs, extension de la douleur au-delà de la zone de stimulation nociceptive, sensibilité accrue à la douleur

Une petite note sur l'antidote en cas de surdosage : Naloxone

Face à un patient présentant un fort risque de surdose en opioïde, il est recommandé de prescrire la Naloxone et d'expliquer au patient et surtout à l'entourage les modalités d'utilisation.

La naloxone est disponible sous deux formes en France et est commercialisée sous forme de "kit prêt à l'emploi" :

- Nyxoid en pulvérisation nasale
- Prenoxad en IM avec une seringue pré-remplie,

En résumé :

Pour la prescription d'opioïdes devant une douleur chronique, faire attention à certains points :

- Bonne indication à la prescription d'opioïdes
- Évaluation de la douleur régulièrement
- Limiter la durée de prescription d'opioïde surtout s'il n'y a pas de soulagement
- Évaluer les facteurs de risque au trouble de l'usage des opioïdes et les risques de mésusage
- Penser aux traitements non médicamenteux

La douleur chronique est très complexe à prendre en charge. Il ne suffit pas juste de soulager la douleur par des antalgiques. Nous devons voir le patient dans sa globalité avec son environnement socio-professionnel, son histoire, ses souffrances passées, ses craintes et ses croyances.

Travail de thèse
Auteur : Iman CHAN - 2023

MÉMO DES BONNES PRATIQUES À destination des professionnels de santé



Prescription des antalgiques opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte

Objectif : Prévention du trouble de l'usage des opioïdes

Un guide plus détaillé est disponible avec ce dépliant



AVANT

la prescription d'opioïdes

- S'assurer que toutes formes de traitements non opioïdes et non médicamenteux ont été envisagées
- Ne pas oublier les traitements non médicamenteux : kinésithérapie, ostéopathie, psychothérapie, balnéothérapie, TENS, yoga, sophrologie, méditation...
- Attention aux co-prescriptions à risque (benzodiazépines, gabapentinoïdes)
- Établir un contrat avec le patient : objectif de soulagement de la douleur ou d'amélioration fonctionnelle peut être fixé à 30%
- Recherche de facteurs de risques de trouble de l'usage des opioïdes, en s'aidant de **l'échelle ORT - OUD :**

Antécédents familiaux d'abus de substance		
Alcool	OUI	NON
Produits illicites	OUI	NON
Médicaments prescrits	OUI	NON
Antécédents personnels d'abus de substance		
Alcool	OUI	NON
Produits illicites	OUI	NON
Médicaments prescrits	OUI	NON
Âge entre 16 et 45 ans	OUI	NON
Pathologies psychiatriques		
Schizophrénie, bipolarité, trouble obsessionnel	OUI	NON
Dépression	OUI	NON

Une réponse OUI = 1 point, une réponse NON = 0 point

Score ≤ 2 : risque faible - Score ≥ 3 : risque élevé

Si le risque est élevé, cela ne contre-indique pas la prescription d'opioïdes.



PENDANT

la prescription d'opioïdes

- Réévaluer la douleur régulièrement tous les 1 à 2 mois
- Privilégier les antalgiques à libération prolongée après une titration orale de 48 à 72h
- L'objectif de soulagement est-il atteint ? Quel est le pourcentage de soulagement ?
- Ne pas dépasser 120mg EMO (équivalent morphine orale)
- À chaque renouvellement d'ordonnance, évaluer le risque de mésusage des opioïdes **à l'aide de l'échelle POMI-5F**

Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) antidouleur en quantité PLUS importante c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	Oui	Non
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) antidouleur plus SOUVENT que prescrit(s) sur votre ordonnance, c'est-à-dire de réduire le délai entre deux prises ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ce/ces médicament(s) antidouleur plus tôt que prévu ?	Oui	Non
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous preniez trop de ce/ces médicament(s)	Oui	Non
Avez-vous déjà eu la sensation de planer ou ressenti un effet stimulant après avoir pris ce/ces médicament(s) antidouleur ?	Oui	Non

Une réponse OUI = 1 point, une réponse NON = 0 point

Score ≥ 2 : rechercher potentiel mauvais usage

- Si un changement d'opioïde est envisagé : il est recommandé de diminuer de 25% à 50% de la dose d'équianalgésie proposée par le tableau de conversion pour le nouvel opioïde
- Ne pas oublier de dépister l'hyperalgésie induite par les opioïdes. La différencier de la tolérance
- Si présence de dépendance sans douleur résiduelle, initier une diminution progressive du traitement opioïde

Prescription d'opioïdes chez les patients sous TSO

Patient sous méthadone :

- Possibilité d'augmenter la dose de méthadone et la fractionner en 3 à 4 prises
- Possibilité de rajouter de la morphine orale avec équilibration progressive par titration
Attention : Éviter l'oxycodone

Patient sous buprénorphine :

- Arrêt de la buprénorphine
- Après 8 à 12h d'arrêt, introduction de la morphine orale avec équilibration progressive par titration

Quand demander un avis spécialisé ?

- Présence d'un trouble de l'usage des opioïdes, ou dépendance physique avec syndrome de sevrage difficile à suivre en cabinet (addictologue)
- Impossibilité d'arrêt d'un traitement opioïde malgré l'inefficacité du traitement et non soulagement de la douleur (addictologue)
- Posologie supérieure à 120mg EMO, dans les situations ci-dessous :
 - Situations douloureuses complexes
 - Comorbidités psychiatriques
 - Après 3 à 6 mois de traitement, absence de bénéfice clinique
 - Patient ayant un trouble de l'usage