

PROTOCOLE CLUD 39-V1
Prise en charge
des douleurs faibles à modérées
et des douleurs fortes
de patients substitués par Buprénorphine ou
Méthadone
pour une pharmacodépendance majeure aux
opiacés

Olivier.m@chu-toulouse.fr

Roussin A, Bayle P, Bergia JM, Berthelot AL,
Cantagrel N, Chaix C, Crequy M, Deshuillers MA,
Haoui R, Lagarrigue A, Laurencin G, Mallebay M,
Riera H



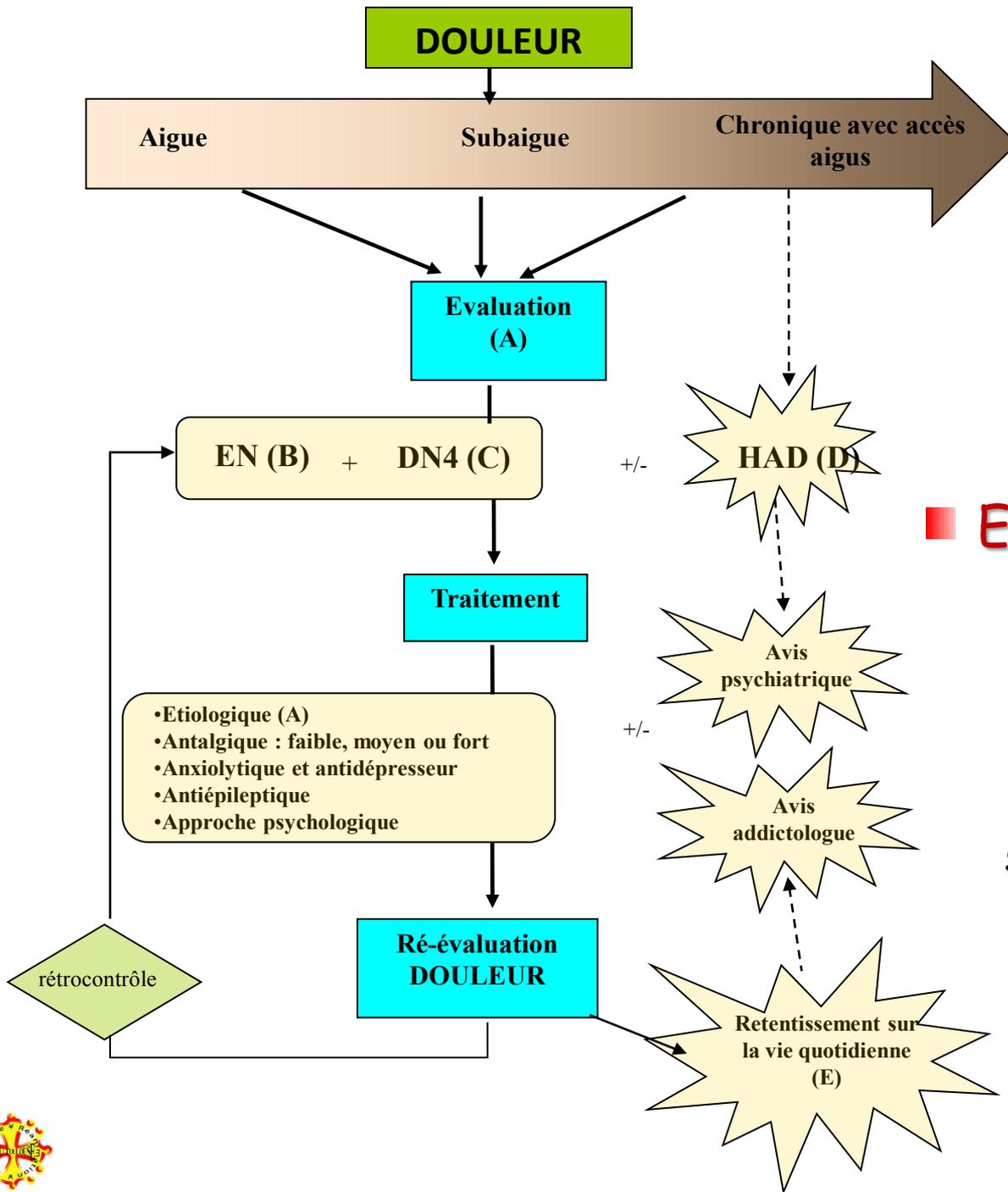
Journée du CLUD 2010

Comité de Lutte contre la Douleur

CLUD

Hôpitaux de Toulouse

Démarche type de prise en charge



■ Evaluation

- EN
- DN4
- Hospital Anxiety and Depression scale
- Questionnaire Concis sur les Douleurs

■ Avis spécialisés

- Psychiatre
- Addictologue

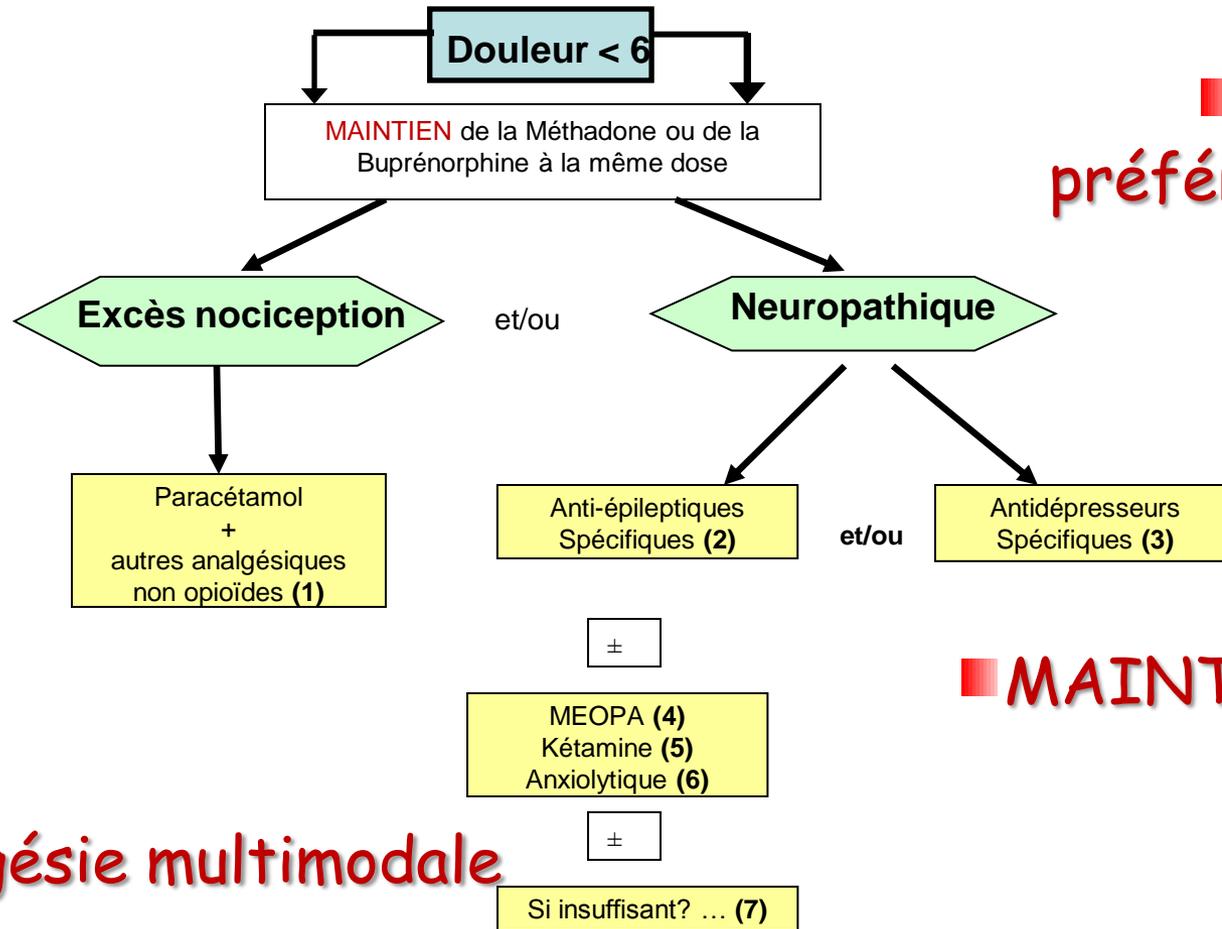


Remarques initiales

- Rechercher l'étiologie **ET** la réalité de la substitution
- Evaluations
 - EN (ou EVA, EVS, algoplus, doloplus...)
 - Douleur neuropathique : échelle DN4
 - Anxiété et dépression : échelle HAD (Hospital anxiety and dépression scale)
www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-had.pdf
 - Retentissement sur la vie quotidienne : échelle QCD (Questionnaire concis sur les douleurs)
www.douleur-online.fr/pi/fr_FR/pdf/echelles/13.pdf



Douleurs faibles à modérées



■ PER OS
 préférentiellement

■ MAINTIEN B ou M

■ Analgésie multimodale

TOUS les antalgiques opioïdes de Palier II sont déconseillés



Remarques pour douleurs faibles à modérées (1)

- (1) Analgésie multimodale
 - AINS, Myorelaxants périphériques, Spasmolytiques, corticoïdes, néfopam (per os) ALR si périopératoire
- (2) Gabapentine (Neurontin®) Prégabaline (Lyrica®)
- (3) Amitriptyline (Laroxyl®) Clomipramine (Anafranil®) imipramine (Tofranil®), antidépresseurs plus récents duloxetine (Cymbalta®) AMM partielle
- (4) Protocole CLUD MEOPA n° 03
- (5) Protocole CLUD Kétamine n° 29



Remarques pour douleurs faibles à modérées (2)

- (6) **Contexte anxieux** (peur diagnostic, terrain, contact médical...) traité en // évite souvent escalade thérapeutique . $\frac{1}{2}$ vie courte : oxazepam (Seresta®) 10 alprazolam (Xanax ® 0.25 ou 0.5 mg)

- (7) Si insuffisant? **CONTINUER** le traitement et :
 - Composante psychologique? -> addictologues
 - ↗ dose **25%** B ou M si possible? doses fractionnées **toutes les 6 à 8 h** (répond aux accès douloureux sur le nycthémère), dose Max B = 16 mg, pas de dose max M
 - Si échec : revenir à dose substitution quotidienne, **ET RAJOUTER Palier III**



Préalable Douleurs fortes (1)

■ 4 vérités :

- TT substitution n'est pas antalgique à dose habituelle
- La plainte douloureuse n'est pas forcément une manipulation mais expressions **HYPERALGESIE** acquise
- Les opioïdes ne relancent pas la toxicomanie
- Ajouter des opioïdes n'➔ pas le risque de dépression respiratoire ou du SNC (tolérance aux opiacés)



Préalable douleurs fortes (2)

■ 5 principes de base

- Éviter SEVRAGE : maintien substitution, respect des posologies prescrites
- Etablir contact de soin Equipe Soignants/patient toxicom.
- Contacter médecin qui gère la substitution (avec accord patient)
- Evaluation type douleur : Noc, Neurop, Psych, multiple
- Assurer une analgésie correcte OBJECTIF EN < 3



Véracité de la substitution?

- Substitution OU attitude toxicomane à B?
- Recours à ADDICTOLOGUES +++
 - Authentifie dépendance à B
 - Dépiste mésusages
 - Recadre place substitution
 - Lien avec médecin(s) prescripteur(s)
 - Dépiste autres dépendances
- Est-ce que cela change quelque chose?
 - NON : dans la prise en charge antalgique, pas d'objectif de sevrage au cours de l'hospitalisation
 - OUI : pour la gestion de l'addiction
- Rechercher la dose quotidienne réelle (médecin ou patient)



Pourquoi maintenir la substitution?

■ Concept :

- Tous les récepteurs μ et κ ne sont pas bloqués par B ou M
- Opioïde agoniste ira sur d'autres récepteurs = analgésie de qualité
- **Substitution = TT de base du patient, ne se modifie pas!**
- Analgésie supplémentaire = tt de la douleur forte du patient

■ Risque théorique ?

- Interférence B et agoniste opioïde sur récepteurs μ et κ
- => probablement doses supérieures d'opioïde III et analgésie multimodale +++

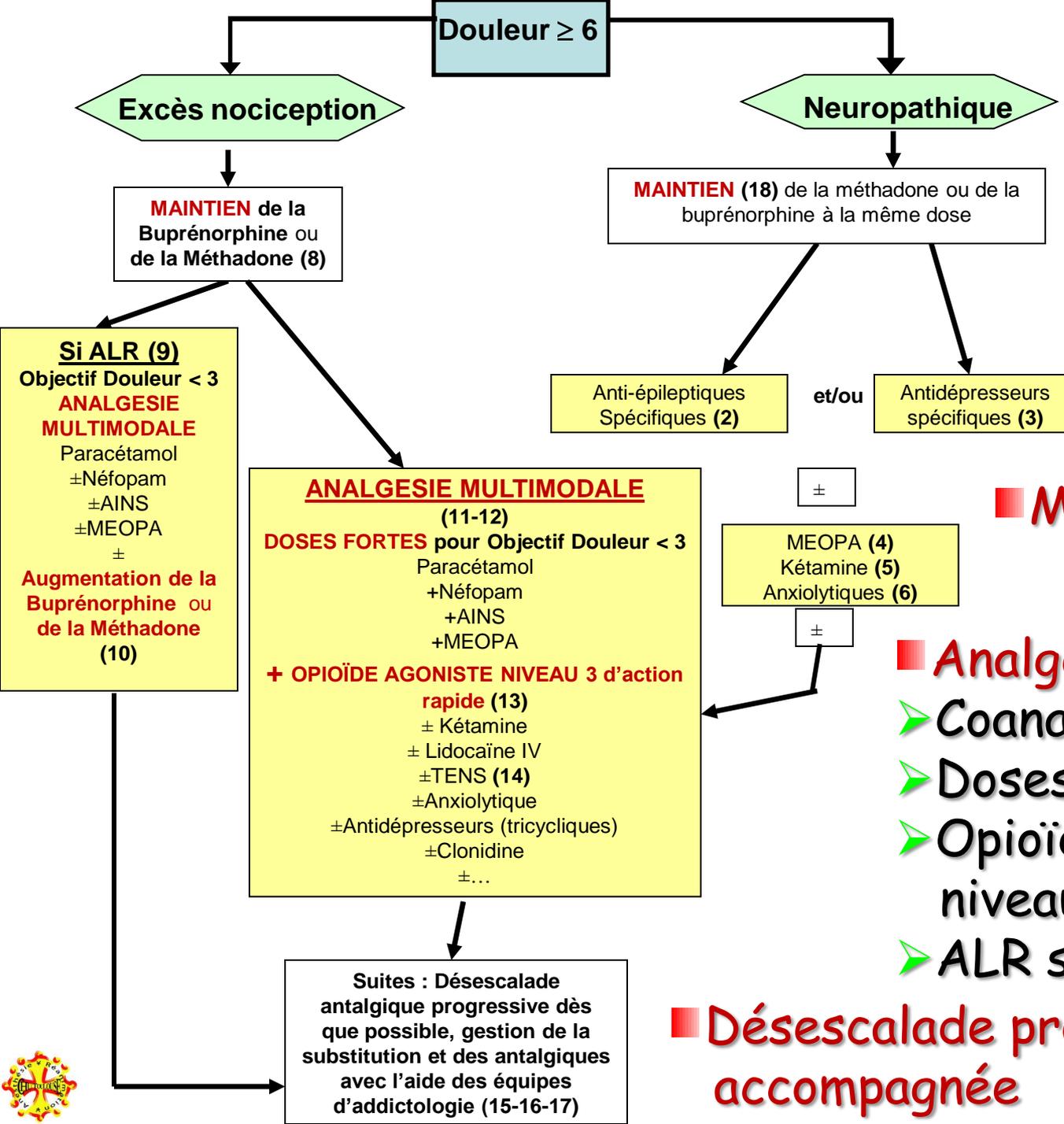
■ Avantages

- Pas d'à-coup analgésique à arrêt ou reprise substitution = pas d'à-coup d'immunomodulation
- Pas de problème de reprise d'une substitution pas arrêtée!

■ Faut-il fragmenter la dose quotidienne? NON

- Substitution = traitement de fond, ne se touche pas
- Si dose déjà fragmentée (mésusage) laisser idem

Douleurs fortes



■ MAINTIEN B ou M

- Analgésie Multimodale
 - Coanalgésiques
 - Doses Fortes
 - Opioides agonistes niveau III
 - ALR si possible

■ Désescalade progressive accompagnée



Remarques pour les douleurs fortes (1)

■ (8) MAINTEN B ou M

- Si douleur aiguë prévue de courte durée : et rajouter opioïdes III
- Quand analgésie de courte durée ?
 - ✱ Postop non compliqué (viscéral, traumatologique)
 - ✱ Douleur aiguë simple avec résolution prévisible en 7j : crise drépanocytaire, colique néphrétique, abcès dentaire, traumatologie non opérée, ischémie aiguë...

■ (9) ALR : à privilégier +++ si territoire douloureux accessible

■ (10) Faut-il ↗ dose substitution?

- NON : car on ne modifie pas un traitement de fond, seuls opioïdes III seront ↗ si analgésie insuffisante
- OUI si ALR et pas d'opioïde III, l'↗ de substitution est considérée comme analgésique. ↗ jusqu'à 25% dose et fractionnement pour répondre aux besoins antalgiques sur le nycthémère. (B max 16 mg)

■ (11) Analgésie multimodale :

- + efficace, - d'hyperalgésie, - de dose opioïde III,
- Unités mobiles Douleur Aiguë +++ (Purpan : 46354, Rangueil : 44982)



Remarques pour les douleurs fortes (2)

- (12) Médicaments à adapter en fonction terrain et CI°
- (13) Opioides de $\frac{1}{2}$ vie brève : Oxycodone LI, Sulfate de Morphine LI, Chlorhydrate de Morphine, Sufentanil, Rémifentanyl, Citrate de Fentanyl (Protocole CLUD n° 12)
- (14) TENS : en mode « gate control » 80/100 Hz au début
- (15) Aide des addictologues : pour gestion changements thérapeutiques, gestion patients difficiles, lien avec médecin prescripteur, désescalade thérapeutique
(0561778081 ou 8082)
- (16) Attention+++ arrêt opioïdes et retour aux doses antérieures de substitution, addictologues
- (17) Réévaluation pluridisciplinaire si échec désescalade
- (18) Douleurs neuropathiques : opioïdes rarement nécessaires, pas d'arrêt de la substitution





Je vous remercie...



Et si nous en parlions !....

