	PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES DOULEURS FAIBLES A MODEREES ET DES DOULEURS FORTES DE PATIENTS SUBSTITUES PAR BUPRENORPHINE OU METHADONE POUR UNE PHARMACODEPENDANCE MAJEURE AUX OPIACES	Référence : CLUD 39 Version 3 Date de diffusion Intranet : 02/01/13
--	--	--

Objet

Ce protocole a pour objet la 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.

Personnes autorisées (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires

A prescrire : Médecins **OU** **A entreprendre** IADE, IDE, Sages femmes, Manipulateurs en électroradiologie, Masseurs kinésithérapeutes

A administrer :

Médecins, IADE, IDE, Sages femmes, Manipulateurs en électroradiologie, Masseurs kinésithérapeutes

Documents associés

Acute pain Management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. Ann Intern Med 2006 January 17 ;144(2) :127-134

www.sfar.org référentiels-> Conférences d'experts/RFE -> Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux (RFE 2009) -> Douleur chronique toxicomane p 34-67

Comparison of pain associated with nervous somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Bouhassira D, attal N, Alchaar H et al.. Pain 2005 Mar;114(1-2):29-36

Echelle HAD : www.echelles-psychiatrie.com/pdf/echelle-had.pdf

Questionnaire concis de la douleur : www.douleur-online.fr/pi/fr_FR/pdf/echelles/13.pdf

Protocole CLUD 03 : MEOPA - Protocole CLUD 29 Kétamine

Tableau des antalgiques du CHU : CLUD 10

Tableau pratique de conversion des opioïdes palier II et III : CLUD 12

Références réglementaires

Article L.1110-5 du code de la santé publique (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)

Décret N° 2004- 802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code)

Article R4311-5 du Code de la Santé Publique (rôle propre infirmier)

Article R4311-7 du Code de la Santé Publique (rôle infirmier sur prescription médicale)

Article R4311- 8 du Code de la Santé Publique (prise en charge de la douleur)

Article R. 4311-12 du Code de la Santé Publique (IADE)

Article R. 4311-14 du Code de la Santé Publique (protocoles de soins d'urgence)

Article R4321-9 du Code de la Santé Publique (masseurs kinésithérapeutes)

Article R4351-3 du Code de la Santé Publique (manipulateurs en électroradiologie)

Circulaire n° 98/94 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales

Plan de lutte contre la douleur en vigueur

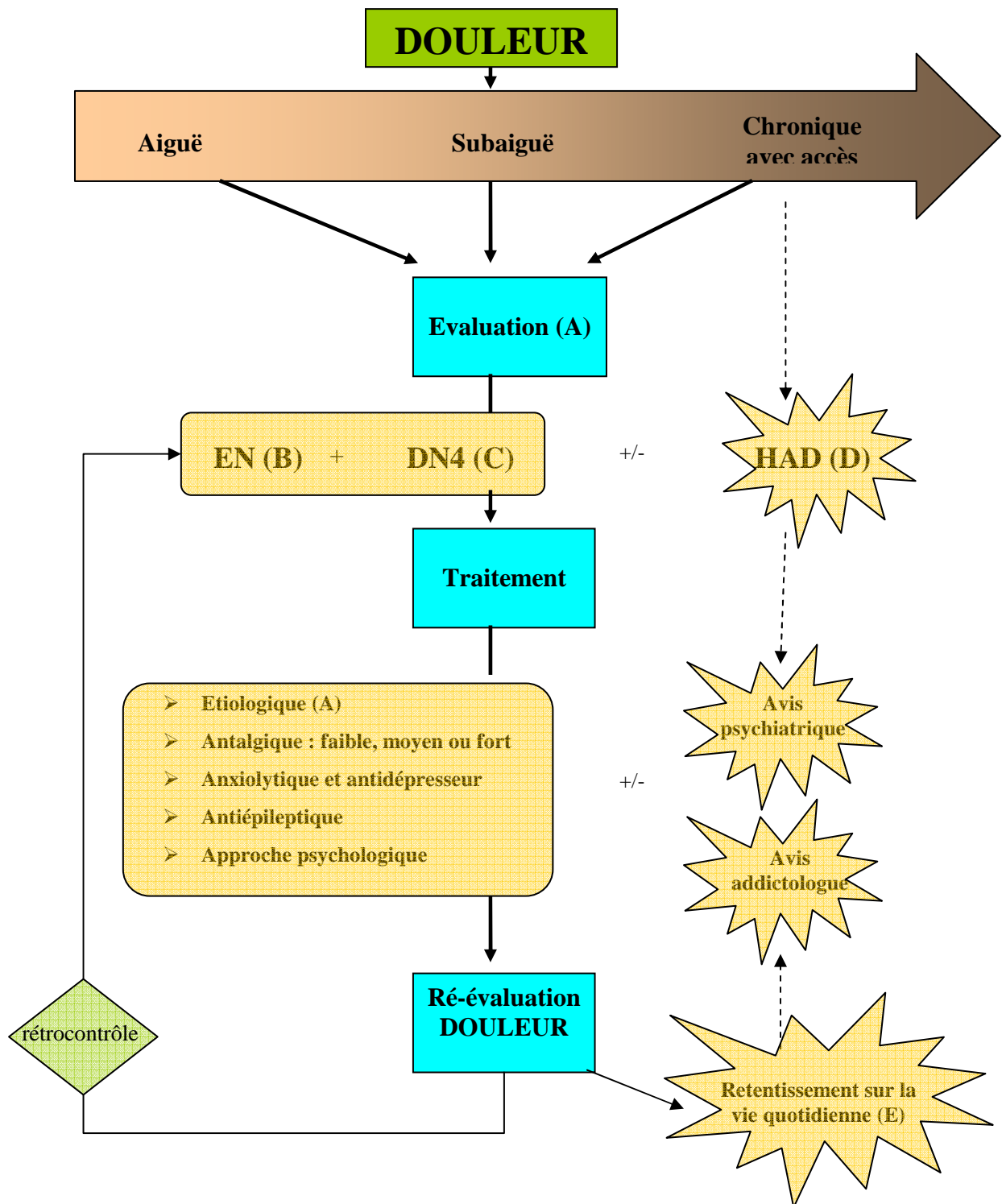
Rédaction, vérification et approbation		
	Fonction	Nom
Rédigé par	Médecin Pharmacologue et groupe toxicomanie CLUD CHU Toulouse et CHS Gérard Marchant Toulouse	OLIVIER Michel ROUSSIN Anne Bayle P, Bergia JM, Berthelot AL, Cantagrel N, Chaix C, Crequy M, Deshuillers MA, Haoui R, Lagarrigue A, Laurencin G, Mallebay M, Riera H
Vérifié par	CLUD groupe protocoles Direction des Soins	Thiercelin-Legrand MF, Vié M Zimmermann JF
Diffusé par le CLUD : 2 janvier 2013		Olivier M, Bergia JM
Autorisation pour application et diffusion aux soignants médicaux et paramédicaux de la structure de soins		
Date :	Responsable médical de la structure de soins :	Nom et signature :

Numéros utiles :

- **Unité de Douleur Aiguë de Purpan** : 05 61 77 97 12 D.E.C.T. : 47834 9h à 17h
jours ouvrables
- **Equipe Mobile de Douleur Aiguë de Rangueil et Larrey** : 05 61 32 27 98 Bip :
44982 9h à 17h jours ouvrables
- **Equipe de liaison d'addictologie** Centre de soin aux dépendances Maurice Dide de La
grave : 05 61 77 80 81 ou 05 61 77 80 82 9h à 17h jours ouvrables

DEMARCHE TYPE DE PRISE EN CHARGE

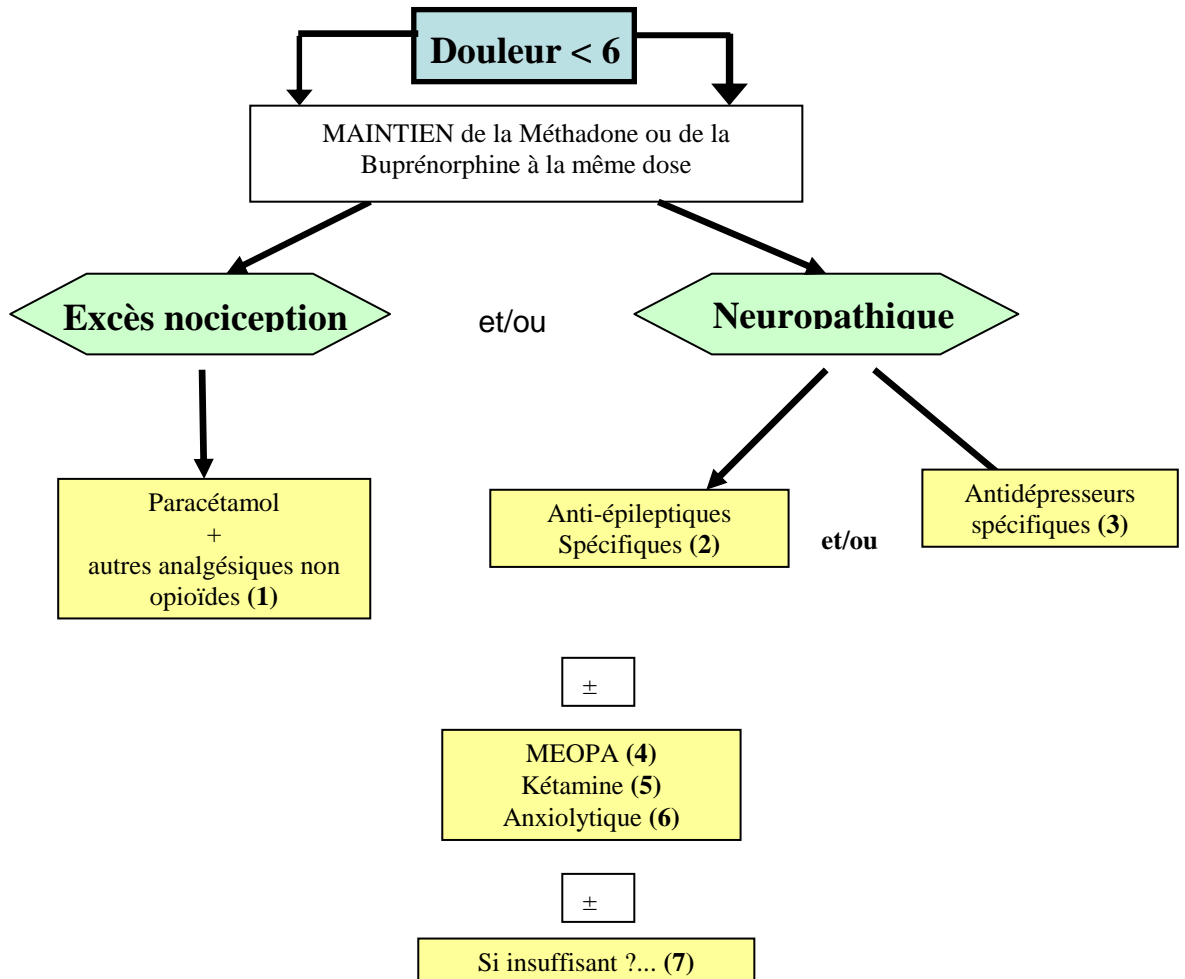
Devant tout patient toxicomane aux opiacés substitué douloureux quels que soient sa substitution et son niveau douloureux, adopter l'attitude diagnostique et d'évaluation suivante :



- A.** Rechercher l'étiologie pour mettre en place un traitement étiologique ET s'assurer de la réalité de la substitution et de la dose quotidienne réellement prise.
- B.** Echelle pour évaluer l'intensité de la douleur (réglette EVA, Echelle Numérique, Echelle Verbale Simple).
- C.** différencier les composantes neuropathique et nociceptive au besoin à l'aide de test validé comme le DN4 (Ref : cf. documents associés)
- D.** évaluer l'anxiété cliniquement sur une douleur aiguë ou si besoin différencier anxiété et dépression par un test comme l'HAD afin d'envisager avec l'avis du psychiatre de modifier un traitement psychiatrique. HAD : Echelle du retentissement émotionnel (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) (Ref : cf. documents associés)
- E.** évaluer le retentissement sur la vie quotidienne par des échelles appropriées (ex : QCD : Questionnaire Concis sur les Douleurs) ainsi que l'efficacité des traitements pour les douleurs chroniques ; le but étant alors de réaliser un rétrocontrôle sur les traitements antalgiques utilisés. (Ref : cf. documents associés)

TRAITEMENT ANTALGIQUE POUR DES *DOULEURS FAIBLES A MODEREES*

Sur le plan thérapeutique, en plus du traitement étiologique et de la prise en charge psychologique il faut mettre en place un traitement proprement antalgique PER OS préférentiellement :



(1) Autres analgésiques selon le contexte et dans le cadre d'une analgésie multimodale :

- les AINS
- les myorelaxants périphériques
- les spasmolytiques
- les corticoïdes
- le néfopam (per os) si analgésie insuffisante et absence de contexte étiologique
- Anesthésie Loco Régionale à privilégier en périopératoire

(2) Gabapentine (NEURONTIN®) Prégabaline (LYRICA®)

(3) Amitriptyline (LAROXYL®) Clomipramine (ANAFRANIL®), Imipramine (TOFRANIL®) voire un antidépresseur spécifique plus récent la Duloxétine (CYMBALTA®) AMM partielle pour douleurs neuropathiques diabétiques

(4) MEOPA : *cf protocole CLUD n°03*

(5) Kétamine : *cf protocole CLUD n°29*

(6) **Le contexte anxieux** peut accompagner la douleur aiguë (peur du diagnostic, terrain, contact médical...) et doit être traité parallèlement à la douleur. Une bonne anxiolyse, lorsqu'elle est nécessaire, peut éviter une forte douleur ressentie par le patient amenant à une analgésie puissante pas toujours nécessaire. L'anxiolyse envisagée sur le court terme se fait avec un anxiolytique de courte demi-vie type oxazepam (SERESTA® 10 mg) ou alprazolam (XANAX® 0.25 mg ou 0.5 mg).

(7) **Si insuffisant : CONTINUER le traitement instauré et discuter :**

- Envisager composante psychologique et le concours de l'équipe d'addictologues.
- Si cela est possible augmentation des doses jusqu'à 25% de méthadone ou de buprénorphine *avec des prises fractionnées toutes les 6 à 8h* permettant une réponse sur le nyctémère aux accès douloureux. (dose maximum de buprénorphine 16 mg/j pas de dose maximum pour la méthadone).
- En cas d'échec, revenir à une prise quotidienne de substitution à la dose antérieure **ET** rajouter un analgésique de palier 3 (cf organigramme douleurs fortes)

<p>Tous les antalgiques opioïdes de palier 2 sont déconseillés car inutiles en addition au traitement de substitution.</p>

TRAITEMENT ANTALGIQUE POUR DES *DOULEURS FORTES*

➤ 4 vérités

- Le traitement substitutif n'est pas antalgique à la dose habituelle.
- La plainte douloureuse n'est pas forcément une manipulation pour obtenir plus d'opioïdes afin de satisfaire une toxicomanie, mais l'expression d'une hyperalgésie acquise.
- L'utilisation d'opioïdes pour une analgésie ne relance pas la toxicomanie
- L'ajout d'opioïdes à un traitement substitutif entraîne peu de risque de dépression respiratoire ou du système nerveux central du fait de la tolérance aux opiacés développée par ces patients.

➤ 5 principes de base

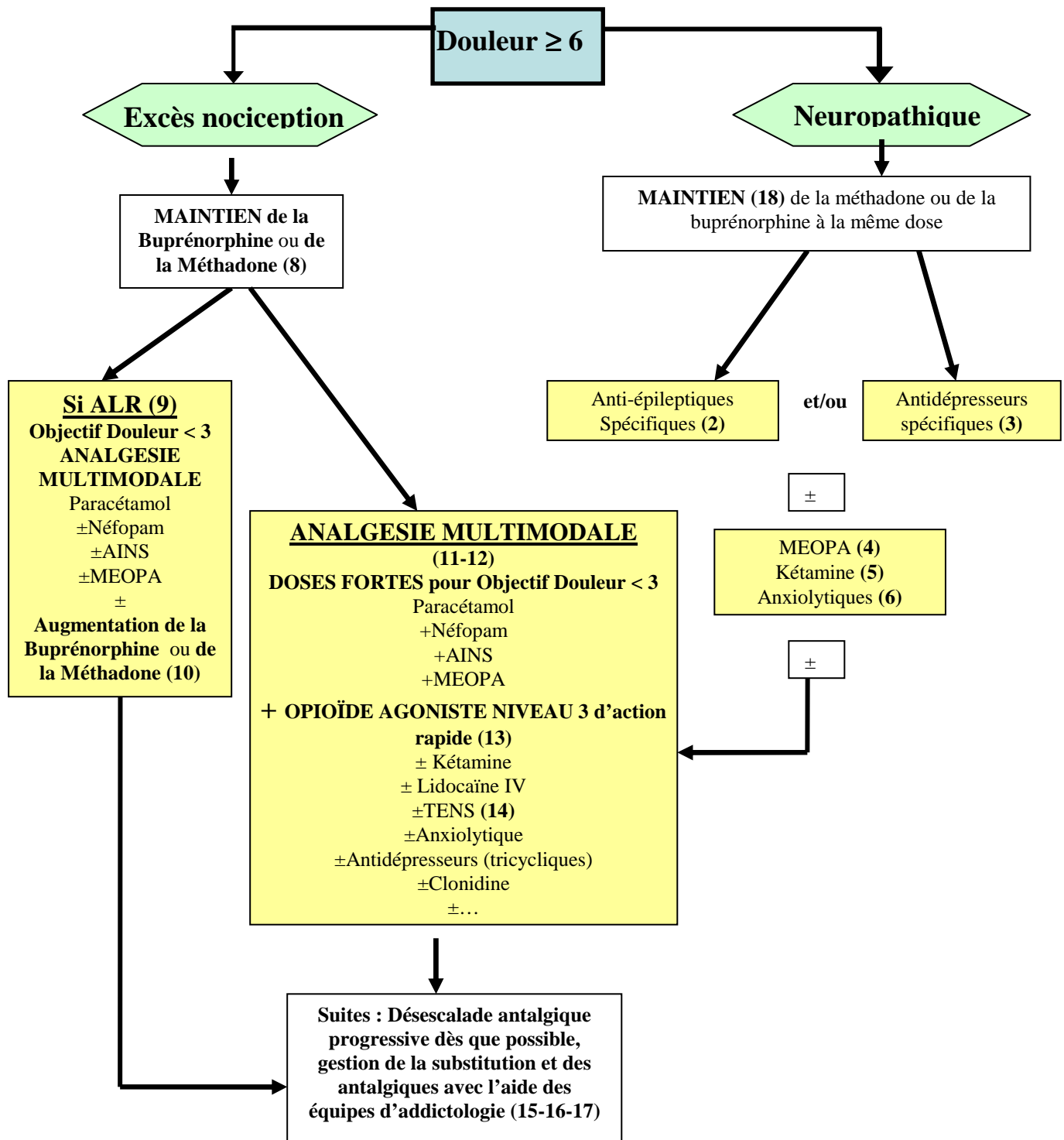
- Eviter le syndrome de sevrage, en respectant au maximum les posologies de substitution prescrites et en conservant si possible le médicament de substitution
- Etablir un contrat de soin entre le patient toxicomane et la totalité de l'équipe soignante
- Contacter l'équipe médicale ou du moins le médecin qui est en charge de la substitution du patient, en accord avec ce dernier
- Evaluation du type de douleur : nociception ? neuropathique ? psychogène ? multiple ? pour un traitement antalgique adapté
- Assurer une analgésie correcte avec objectif EN < 3

➤ Véracité de la substitution ?

- Y a-t-il réelle substitution ou une attitude de toxicomanie à la buprénorphine?
Le recours à l'équipe d'addictologues est fortement conseillé pour :
 - Authentifier la dépendance à la buprénorphine,
 - dépister le mésusage
 - recadrer la place de la substitution
 - faire le lien avec les médecins prescripteurs
 - dépister les autres dépendances
- Est ce que cela change quelque chose ?
 - **Non** : dans la prise en charge antalgique car il n'y a pas d'objectif de sevrage au cours d'une hospitalisation
 - **Oui** pour la gestion de l'addiction (cf plus haut)
- Rechercher la dose réelle quotidienne ? auprès du patient et du prescripteur

➤ Pourquoi le maintien de la substitution

- **Concept :** tous les récepteurs μ et κ ne sont pas saturés par la buprénorphine ou la méthadone, l'opioïde agoniste ira sur d'autres récepteurs et assurera quand même une analgésie de qualité. La substitution est considérée comme **le traitement de base du patient** que l'on ne modifie pas. L'analgésie a pour objectif de traiter la forte douleur aiguë pour laquelle le patient consulte.
- **Risque théorique :**
 - Interférence entre la buprénorphine et l'agoniste opioïde sur récepteurs μ et κ
 - Donc, probablement, nécessité d'une **dose supérieure aux doses habituelles d'opioïdes** lors de l'induction de l'analgésie (et d'une analgésie multimodale +++)
- **Avantages :**
 - Pas d'à-coup analgésique à l'arrêt ou à la reprise de la substitution, donc pas d'à-coup d'immunomodulation induite par les opioïdes.
 - Pas de problème de reprise d'une substitution qui n'a pas été arrêtée.
- **Faut-il fragmenter la dose quotidienne ?** *Non* sur les bases ci-dessus, nous ne voyons pas l'intérêt d'un fractionnement puisque l'objectif « substitution = traitement de fond » n'est pas le même que celui « analgésie efficace » qui elle peut être répartie sur le nyctémère. Si le patient pratique déjà les doses fractionnées (ce qui est souvent un mésusage), ce mode d'administration sera poursuivi.



(8) MAINTIEN de la Buprénorphine ou de la Méthadone

- **Si la douleur aiguë est prévue de courte durée** : il est conseillé de laisser Buprénorphine ou Méthadone à la dose habituelle antérieure et d'ajouter un Opioïde agoniste de niveau 3 en plus
- **Quand envisager une analgésie de courte durée ?**
 - Pour le postopératoire non compliqué (traumatologie, viscéral),
 - Ou pour une douleur aiguë simple avec résolution prévisible de moins de 7 jours (crise drépanocytaire, colique néphrétique, abcès dentaire, traumatologie non opérée, ischémie aiguë...)
- **Si la voie entérale est impossible** : remplacer la dose de Buprénorphine ou de Méthadone quotidienne par la Morphine IV et rajouter la dose quotidienne nécessaire pour couvrir les besoins douloureux (postopératoire par exemple). A titre indicatif :
 - **1 mg de Méthadone ≈ 3 mg de Morphine orale soit ≈ 1 mg de morphine IV**
 - **1 mg de buprénorphine orale ≈ 30 à 50 mg de Morphine orale soit ≈ 10 à 16 mg de Morphine IV**

(9) **Anesthésie locorégionale** : à privilégier si réalisable et territoire douloureux accessible à la technique

(10) Faut-il augmenter les doses de substitution ?

- **Non** car on ne modifie pas un traitement de fond, seules les doses d'analgésiques de niveau 3 seront à augmenter en cas d'analgésie insuffisante.
- **Oui** en cas d'ALR si les opioïdes de niveau 3 ne sont pas utilisés, l'augmentation de la substitution étant alors considérée comme analgésique. Si cela est possible augmentation des doses jusqu'à 25% de méthadone ou de buprénorphine **avec des prises fractionnées toutes les 6 à 8h** permettant une réponse sur le nyctémère aux accès douloureux. (dose maximum de buprénorphine 16 mg/j, pas de dose maximum pour la méthadone).

(11) **Analgésie multimodale** : indispensable pour mettre en œuvre de nombreux mécanismes antalgiques permettant d'être plus efficace, d'entraîner moins d'hyperalgésie, de réduire les doses utiles d'opioïdes agonistes de niveau 3 et peut être de réduire certains effets indésirables des opioïdes. Les **Unités Mobiles de Douleur Aiguë** peuvent être sollicitées pour aider à gérer les problèmes complexes.

(12) Médicaments à adapter en fonction du terrain et des contre-indications respectives

(13) **Opioides de demi-vie brève** : Oxycodone LI, Sulfate de morphine LI, Chlorhydrate de Morphine, Sufentanil, Rémifentanyl, Citrate de Fentanyl cf. CLUD 12

(14) **Neurostimulation transcutanée** : en mode « gate control » (fréquence rapide de stimulation) en première intention.

(15) **L'aide des équipes d'addictologie** peut être précieuse, en particulier pour la gestion des changements thérapeutiques, pour la gestion des patients difficiles, et pour assurer le lien avec les médecins prescripteurs.

(16) Une attention particulière est portée sur **l'arrêt des opioïdes, le retour aux doses antérieures du traitement substitutif** avant la sortie du patient. Les équipes d'addictologues peuvent être sollicitées en cas de difficulté.

(17) Une réévaluation pluridisciplinaire doit être envisagée en cas d'échec de retour à l'état antérieur.

(18) Douleurs neuropathiques : les opioïdes ne sont pas toujours nécessaires et la question de l'arrêt de la substitution ne se pose pas.