

PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR AIGUË Chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés

La dépendance aux opiacés est définie selon des critères précis (DSM 5), mais se manifeste surtout par une perte de contrôle des consommations d'opiacés, des conséquences négatives de ces consommations et un *craving* (besoin irrésistible et compulsif de consommer qui s'impose au sujet). Les opiacés en cause peuvent être des opiacés illicites (héroïne principalement), mais également des opiacés médicamenteux (opioïde fort, codéine, etc.). Les modes de consommation sont aussi très variés (sniffé, fumé, par voie intraveineuse ou *per os*).

Qu'est-ce qu'un traitement de substitution aux opiacés ?

Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) ont été mis sur le marché il y a plus de vingt ans et leur apport dans la prise en charge des patients est incontestable en termes de diminution de la mortalité par overdose, d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des transmissions virales. Les MSO ont pour objectif l'aide à l'arrêt des opiacés mais surtout le maintien de l'abstinence et la prévention des rechutes chez les patients dépendants aux opiacés. Il s'agit de traitements au long cours, parfois à vie pour certains patients qui peuvent ne plus présenter de conduites addictives mais garder le traitement pour prévenir la rechute.

Il existe en France deux molécules prescrites pour la dépendance aux opiacés : la buprénorphine (agoniste partiel μ) et la méthadone (agoniste pur μ). En 2013, le nombre de patients bénéficiant d'un MSO en France était estimé entre 160 000 et 180 000, dont un tiers sous méthadone et deux tiers sous buprénorphine.

Pourquoi cette attention particulière vis-à-vis des douleurs aiguës chez les patients sous MSO ?

Les phénomènes douloureux sont deux à trois fois plus fréquents chez les patients sous MSO que dans la population générale. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène :

1. Les patients dépendants aux opiacés présentent souvent de nombreuses pathologies associées, et un **état général fragilisé**, et ceci dans un contexte de vécu psychologique souvent difficile avec des événements de vie négatifs.
2. Des **phénomènes d'hyperalgésie** aux opioïdes s'installent chez les patients qui prennent des opiacés sur du long terme et se manifestent par une hypersensibilité à la douleur et une résistance à l'efficacité antalgique des opiacés.
3. Des **mécanismes de tolérance** peuvent aussi s'installer avec un épuisement de l'effet à posologie égale.

Comment faire face à une douleur aiguë chez un patient sous MSO ?

Un MSO prescrit dans le cadre du traitement de la dépendance aux opiacés **n'aura pas d'action antalgique** à la posologie habituelle et avec le mode de prise habituelle (une prise quotidienne). La pharmacocinétique des MSO explique leur faible

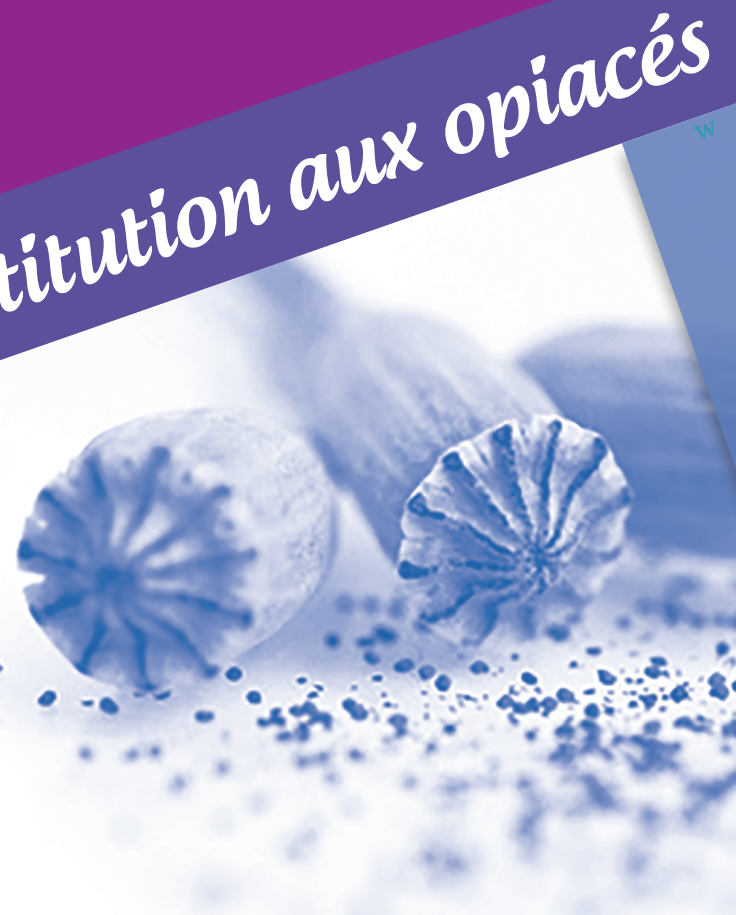
efficacité antalgique : leur demi-vie est très longue, point essentiel dans l'objectif de traitement de la dépendance, mais l'effet antalgique de la méthadone et de la buprénorphine **ne dure potentiellement que quatre à huit heures**. La période de relative analgésie chez les patients substitués est donc courte et immédiate après la prise.

Dans des situations de gestion de la douleur aiguë chez les patients sous MSO, il faut être attentif à 4 points :

1. **La déstabilisation des patients face à des symptômes douloureux** : les patients dépendants aux opiacés sont plus sensibles à la douleur physiologiquement, mais ont aussi un conditionnement négatif associé aux stimuli douloureux. Ils ont vécu des syndromes de sevrage aux opiacés, très douloureux, associant douleurs abdominales, troubles digestifs, douleurs musculaires, sueurs, etc. Ces symptômes généraux peuvent exister dans de nombreuses pathologies et déstabilisent, voire angoissent beaucoup les patients dépendants puisqu'ils les associent à des signes de sevrage.
2. **La représentation des patients sous MSO** : ils peuvent présenter des conduites addictives encore récentes mais, après vingt ans de prescription de MSO en France, beaucoup de patients ne prennent plus que leur traitement sans aucune consommation annexe d'opiacés. La représentation négative que les soignants peuvent parfois avoir, percevant les patients sous MSO comme des « toxicomanes », est un frein majeur à une relation thérapeutique de confiance. Il est important de se décaler de ce jugement moral, afin d'établir une relation de confiance avec les patients, et de pouvoir répondre de manière juste à leurs demandes concernant leurs douleurs.
3. **Le risque d'inefficacité antalgique** : selon le MSO prescrit et l'antalgique prescrit, un des risques est l'inefficacité antalgique. En cas de traitement par méthadone, par exemple, les paliers 2 seront totalement inefficaces, puisqu'il s'agit d'opioïdes faibles prescrits chez des patients ayant un opioïde fort (méthadone).
4. **Le risque de déclencher un syndrome de sevrage** : ce risque est principalement lié aux associations avec la buprénorphine, qui a un effet agoniste/antagoniste. L'association de paliers 2 ou 3 est contre-indiquée avec la buprénorphine.

Principes de prise en charge d'une douleur aiguë nociceptive.

1. **Il faut toujours privilégier le maintien du traitement par le MSO.**



Douleur aiguë, patient sous MSO*

MÉTHADONE

- ▶ Maintien de la méthadone
- ▶ Augmentation de la posologie (de 20 à 40 % de la posologie habituelle) en augmentant progressivement et fractionnant les prises en 3 à 4 fois par jour
- OU**
- Association possible avec antalgiques morphiniques avec augmentation progressive.
- ▶ Traitement par analgésiques non opioïdes en complément
- ▶ Évaluation rapprochée de l'efficacité du traitement et décision thérapeutique discutée en accord avec le patient : craintes parfois liées aux augmentations de MSO, mais retour à la posologie de départ dès qu'amélioration des douleurs.

BUPRÉNORPHINE

- ▶ Traitement par analgésiques non opioïdes
- ▶ Selon niveau de douleur et EVA
- Si EVA de 4 à 6**
- ▶ Maintien de la buprénorphine avec augmentation des posologies de la buprénorphine et fractionnement en 3 à 4 prises par jour
- Mais potentiel d'action limité car effet plafond**
- Si EVA supérieure à 7**
- ▶ Arrêt de la buprénorphine
- ▶ Prévention du risque de syndrome de sevrage : attente des premiers signes de sevrage correspondant à la désaturation des récepteurs μ : la première phase est donc difficile et inconfortable pour le patient (demi-vie > 24 heures).
- ▶ Lors de l'apparition des premiers signes de sevrage (sueurs, douleurs abdominales...) : instauration avec titration progressive d'un traitement par morphine
- ▶ Évaluation rapprochée de l'efficacité du traitement et décision thérapeutique discutée en accord avec le patient
- ▶ Quand amélioration des douleurs, retour à la buprénorphine, mêmes précautions : attendre le wash-out de morphine et apparition des premiers signes de sevrage pour administrer la buprénorphine et ne pas risquer de précipiter un syndrome de sevrage.

EN PRATIQUE

2. **Les posologies d'antalgiques nécessaires chez les patients dépendants aux opiacés sont plus élevées que chez les sujets naïfs.** Compte tenu des phénomènes de tolérance et d'hypersensibilité à la douleur, les doses d'antalgiques qu'il faudra administrer aux patients dépendants aux opiacés seront plus élevées que celles de sujets naïfs.

3. **Il faut éviter les analgésiques morphiniques de palier 2 (codéine, tramadol) de plus faible affinité pour le récepteur μ donc moins efficaces si le patient est sous méthadone et contre-indiqué s'il est sous buprénorphine.**

4. **Les opiacés aux propriétés agonistes μ (nalbuphine) et les antagonistes des récepteurs μ (naloxone) peuvent précipiter un syndrome de sevrage aigu et sont donc formellement contre-indiqués chez ces patients sous traitement oral substitutif.**

5. **Il est recommandé de choisir la voie orale pour l'administration d'opioïde fort dès que possible, mais si le niveau de douleur impose le recours à la voie parentérale, elle n'est pas contre-indiquée.**

Conclusion

Les patients dépendants aux opiacés présentent des comorbidités médicales et des phénomènes douloureux beaucoup plus fréquemment que la population « naïve » d'opiacés. De plus, les patients sous MSO vieillissent parfois en gardant une prescription de MSO ; ainsi, aux États-Unis, des patients sous méthadone vivent en maison de retraite.

La question de la gestion des douleurs aiguës des patients sous MSO est donc une question à laquelle de nombreux praticiens peuvent être confrontés. **Il est essentiel de considérer les patients sous MSO sans jugement, en entendant bien leurs douleurs et d'avoir connaissance des grands principes de prise en charge.** Mais il est aussi important de pouvoir s'appuyer sur les structures d'addictologie, qui peuvent intervenir et favoriser une prise en charge globale. •



* Proposition de l'auteur