



Douleurs et opioïdes

A l'occasion de la sortie de nouvelles recommandations HAS - mars 2022 - sur l'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la douleur, voici un récap (j'aurais aimé dire petit récap, mais j'ai été disert...) pour les urgentistes.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf

RAPPELS

Opioïdes

- Substances illicites : héroïne, nouveaux opioïdes de synthèse...
- Substances médicamenteuses :
 - o Opioïdes forts (palier 3) : morphine, fentanyl, oxycodone, méthadone, buprénorphine
 - o Opioïdes faibles (palier 2) : tramadol, codéine
 - o Traitement de substitution aux opioïdes : buprénorphine, méthadone

Prise en charge de la douleur : priorité de santé publique en France

Mais potentiel abus, dépendance physique, addiction caractérisée, surdosage avec risque vital → Sécuriser l'usage

Prise en charge de la douleur - généralités

Quelle qu'elle soit : approche multimodale, médicamenteuse et non médicamenteuse

Situations douloureuses pour lesquelles l'usage d'opioïdes n'est pas recommandé en 1ère intention :

douleurs dentaires, lombalgies aiguës, traumatisme simple du rachis et distaux des membres, colique néphrétique, migraine (y compris en 2ème intention)

Avant l'initiation d'un traitement par opioïdes il faut définir l'objectif du traitement, les modalités d'arrêt, les modalités de réévaluation du traitement, en fonction de la balance bénéfice/risque expliquée au patient.

Il est recommandé de procéder à une évaluation du risque de trouble de l'usage d'opioïdes (TUO)

- Avant 1^{ère} prescription: opioid risk tool – ORT
- Avant renouvellement : prescription opioid misus index – POMI

Il est aussi recommandé d'évaluer la pertinence d'une prescription de Naloxone prête à l'emploi en cas de mésusage, pour permettre par à tiers de traiter, le cas échéant, un surdosage avec risque vital. (*Même idée que le glucagon chez les diabétiques par exemple*)

Risques liés à l'utilisation des opioïdes

Effets indésirables : troubles digestifs, rétention d'urine, prurit, tremblements, clonies, confusion, troubles de la vigilance, troubles dysleptiques, convulsions, dépression respiratoire

En cas de prise chronique : effets endocriniens, troubles cognitifs et thymiques, troubles de la libido, troubles du sommeil, hyperalgésie

Mésusage : utilisation non conforme à la prescription

Addiction : impossibilité d'arrêter la consommation malgré ses conséquences négatives pour l'individu et/ou son entourage associé à un besoin impérieux de consommer la substance (craving)
Le traitement antalgique au long cours aboutit fréquemment à une dépendance physique, due à la tolérance pharmacologique, entraînant un risque de symptômes de sevrage en cas d'arrêt brutal.

Interactions médicamenteuses/ associations :

- Dépresseurs du SNC : dont benzo et apparentés
- Pregabaline et gabapentine : augmentation du risque de dépression respiratoire
- Pour le tramadol : son effet sérotoninergique est majoré en association avec les triptans et les ISRS
- L'association d'antalgiques opioïdes n'est pas recommandée sauf particularités dans les douleurs cancéreuses.
- L'association opioïde et paracétamol doit induire une vigilance sur la toxicité hépatique
- L'association opioïdes et alcool majore le risque de coma et de dépression respiratoire

Surdosage : somnolence, dépression respiratoire

FR < 10/min → réduction voire arrêt de l'opioïde

+/- antidote : NALOXONE à faire si FR < 8/min et/ou trouble de la vigilance

Le myosis est un signe d'imprégnation en morphine, pas de surdosage.

Prévention du trouble de l'usage

Facteurs de risque :

- Existence de comorbidités psychiatriques
- Existence d'antécédents de trouble de l'usage de substances
- Recours à une dose moyenne quotidienne d'opioïde supérieure à 120mg équivalent morphine orale
- Sexe masculin
- Age du patient jeune

Les médicaments substitutifs des opioïdes (MSO) ne sont ni indiqués ni recommandés pour traiter le trouble de l'usage d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, ...)

Concernant la prise en charge des troubles de l'usage des opioïdes (TUO) : voir la recommandation détaillée (page 40)

DOULEUR AIGUË

Douleur aiguë chez un patient ne consommant pas d'opioïdes au long cours

Si douleur intense et indication des opioïdes (cf ci-dessus) : analgésie multimodale

NB : Le fentanyl transmuqueux n'est pas indiqué dans la PEC des douleurs aiguës

Règles de prescription : à la dose efficace la plus faible, à libération immédiate uniquement, pour la durée la plus courte possible (max 14 jours). Une réévaluation rapide est recommandée.

En urgence : titration de morphine IV

- Par bolus de 2 mg (poids <60kg) ou 3mg (> 60kg) toutes les 5 à 7 minutes, y compris chez les sujets âgés.
- Certaines douleurs nécessiteront un bolus initial de 0.1 mg/kg pour éviter des délais d'antalgie trop longs, notamment les CVO chez les patients drépanocytaires
- En cas d'insuffisance rénale il faudra adapter les posologies et allonger l'intervalle d'interdose
- Réévaluation rapide
- La voie sous cutanée n'a pas d'intérêt sauf en cas d'impossibilité d'utiliser la voie IV et la voie orale
- La titration de morphine ne permet pas de sédation procédurale (préférer MEOPA, ALR, kétamine, ... selon contexte)

A la sortie des urgences ou d'une hospitalisation courte : s'il y a une indication à poursuivre les opioïdes car traitement étiologique différé ou délai d'action long : prescrire des formes à libération immédiate, à la plus faible posologie possible pendant une durée brève de 2 ou 3 jours.

Cas particulier de la femme enceinte ou allaitante :

- Peu de données sur la tératogénicité
- Utilisation prudente à l'approche du terme en raison du risque de dépression respiratoire maternelle et/ou syndrome de sevrage maternel avec risque pour le fœtus.
- Il est préférable d'utiliser la morphine, aux autres opioïdes, quel que soit le terme
- Le tramadol est possible chez la femme allaitante pendant quelques jours
- La codéine est possible chez la femme allaitante sauf les 2 premières semaines du post partum, pendant une durée brève
- Un certain nombre d'antalgiques opioïdes imposent la suspension de l'allaitement

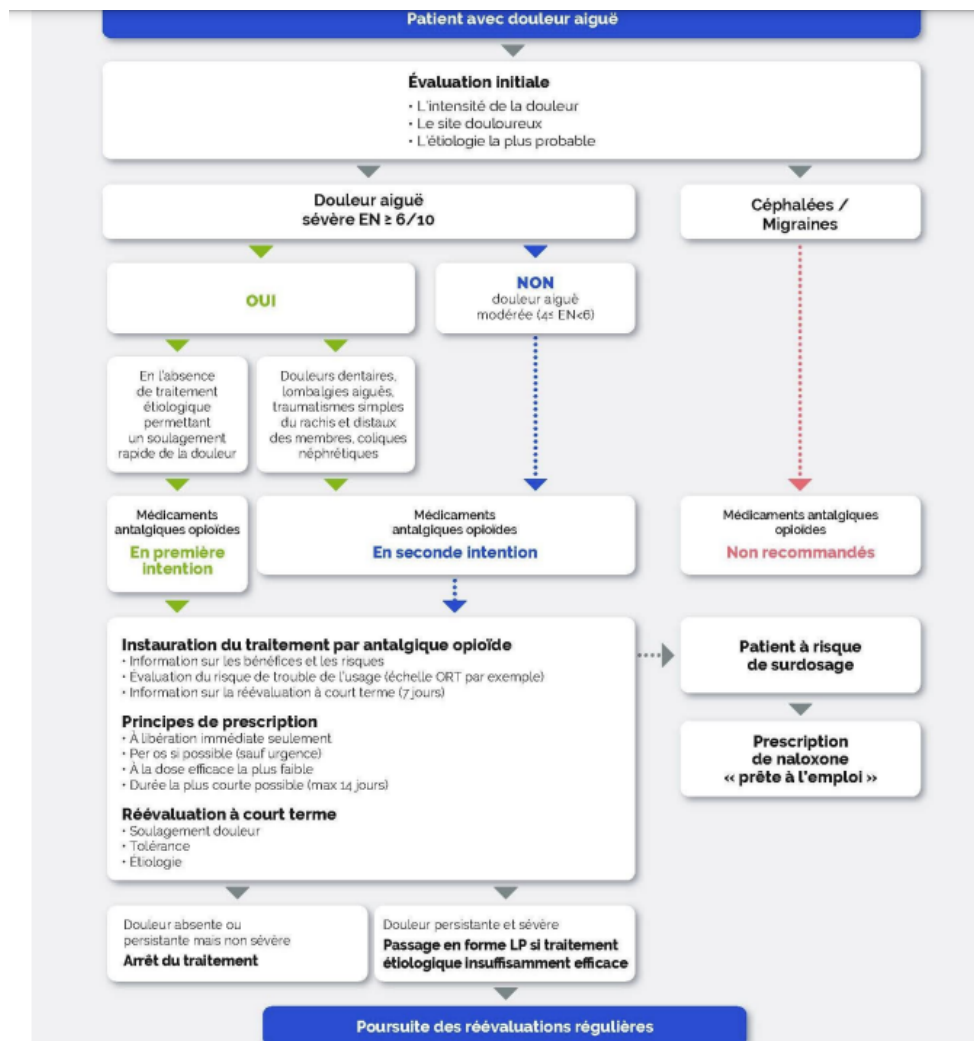


Figure 1. Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde

Douleur aiguë chez un patient déjà sous opioïdes

- Ne pas stigmatiser, même si mésusage. Considérer leur douleur avec le même crédit qu'accordé à tout patient.
- Évaluer leur prise actuelle (prescrite ou non), posologie, voies d'administration... et les autres substances consommées afin d'évaluer les risques d'interactions.
- Rechercher l'existence d'un TUO
 - o Ce trouble de l'usage ne contre indique PAS la prescription d'un antalgique si celui -ci est recommandé. Le soulagement de la douleur reste une priorité et prévient un risque d'exacerbation de trouble de l'usage.
- Prendre en compte l'existence d'une tolérance aux opioïdes chez ces patients qui nécessitent souvent des posologies plus importantes

En cas de douleur légère : analgésie par un antalgique palier 1

En cas de douleur modérée : adapter les doses d'opioïdes délivrées de manière chronique pendant le temps nécessaire

En cas de douleur sévère : les antalgiques opioïdes les moins puissants, les agonistes partiels et les opioïdes injectables ne sont pas recommandés

- Il faut réaliser une titration avec un opioïde LI, en association avec le traitement en cours
- Le traitement LP chronique peut nécessiter un ajustement temporaire, avec surveillance rapprochée

Douleur chez un patient sous traitement substitutif aux opioïdes (TSO)

Il faut savoir que le traitement substitutif à la dose habituelle n'a pas d'effet antalgique pour le patient substitué douloureux.

- Il faut s'assurer de l'équilibre de la substitution, et vérifier les doses réellement prises
- Privilégier les associations thérapeutiques : AINS, paracétamol, corticoïdes, néfopam, MEOPA, ...
- Évaluer et prendre en charge un trouble psychique ou trouble du sommeil

Si douleur légère ou modérée : poursuite du traitement substitutif et analgésie par traitement non opioïdes (paracétamol, AINS). Il est conseillé de fractionner la dose de TSO en 3 ou 4 prises par jour et d'associer chaque prise à celle de paracétamol.

En cas de douleur intense :

- Patient sous méthadone : **Maintenir la méthadone** de substitution :
 - o Soit en la majorant et en la fractionnant en 3 voire 4 prises
 - o Soit en ajoutant de la morphine LI selon les mêmes modalités qu'un patient non substitué
 - o Il est possible d'ajouter une forme LP
 - o Éviter l'association oxycodone - méthadone
- Patient sous buprénorphine : **Arrêter la buprénorphine**
 - o Et débiter un traitement par un opioïde agoniste complet après 8 à 12 heures (compte tenu de la forte fixation de la buprénorphine sur les récepteurs opioïdes), selon les mêmes modalités que pour un patient non substitué

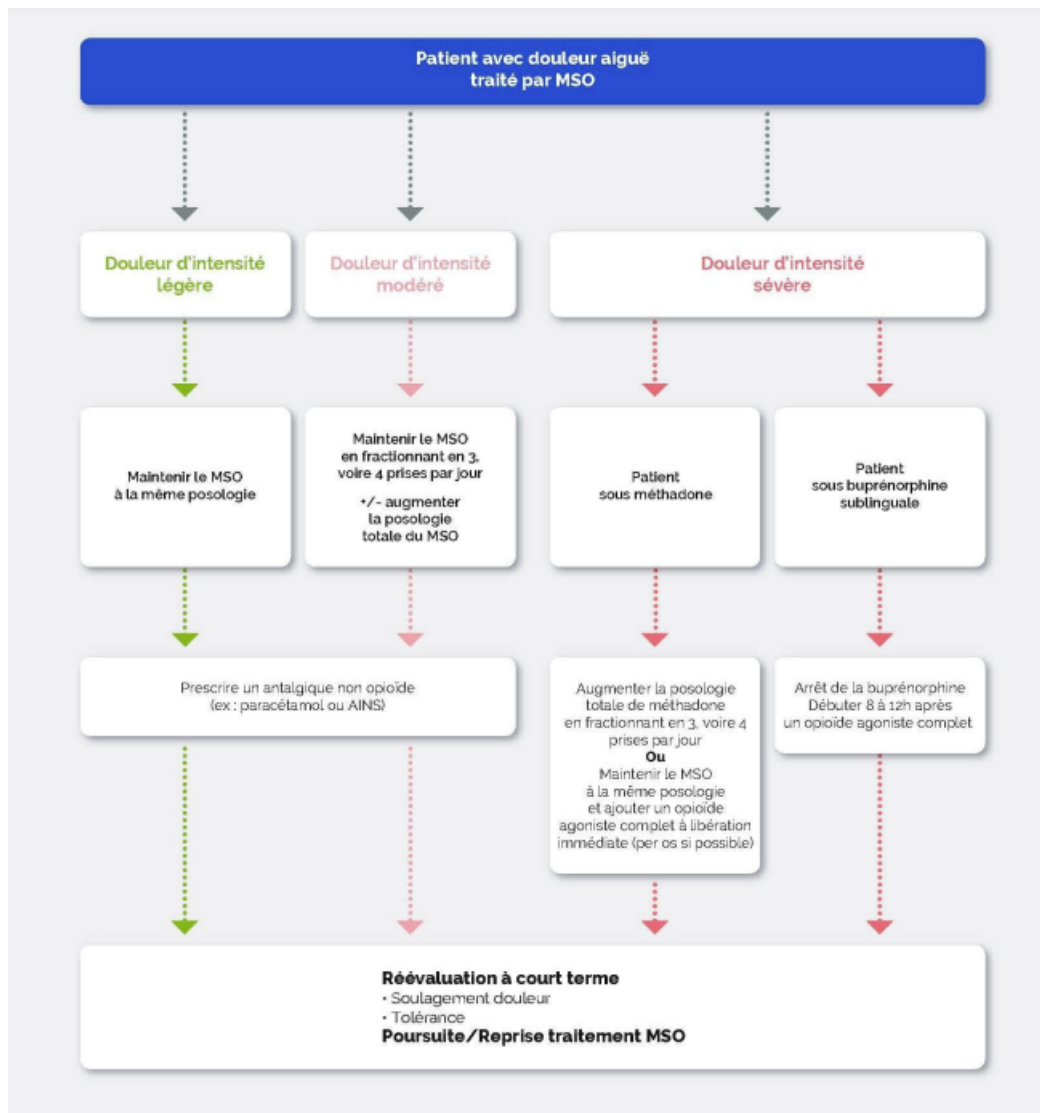


Figure 2. Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde chez les patients traités par médicament de substitution aux opioïdes

DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE

Sans entrer dans le détail quelques règles de bonnes pratiques :

Les antalgiques opioïdes ne doivent être envisagés dans la prise en charge des douleurs chroniques non cancéreuses que lorsque l'ensemble des autres propositions thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ont été essayés.

Avant d'instaurer un traitement antalgique opioïde pour une douleur chronique non cancéreuse, il est recommandé de réaliser une évaluation biopsychosociale du patient.

Cette prescription doit s'inscrire dans une prise en charge multimodale de la douleur du patient.

Le suivi doit être régulier, et évaluer le risque de mésusage.

Prendre des avis spécialisés - médecin de la douleur, addictologue, psychiatre - si besoin.

DOULEUR CHRONIQUE CANCÉREUSE

L'utilisation de faibles doses d'opioïdes puissants peut être préférée d'emblée à l'utilisation de fortes doses d'opioïdes moins puissants.

Les modalités plus précises de traitement sont décrites dans la recommandation. Vous pouvez vous y référer directement (*page 27*).

PRISE EN CHARGE DES SURDOSAGES EN OPIOÏDES

Cliniquement : triade myosis + inconscience + dépression respiratoire

Soit par intoxication volontaire, mésusage, soit par intoxication involontaire notamment dans des erreurs de prescription ou délivrance.

Prise en charge premiers secours

- **Naloxone**, y compris chez la femme enceinte
- Si possible par l'entourage, avant l'arrivée des secours, dans des kits prêts à l'emploi (Naloxone intra nasale)
- NB : la dose de naloxone présente dans ces kits sera insuffisante pour traiter complètement le surdosage : la prise en charge médicalisée reste nécessaire au décours
- Gestes de premiers secours : PLS si respiration ou massage cardiaque externe sinon

Prise en charge médicale

Titration de Naloxone IV puis dose d'entretien IVSE pour lever la dépression respiratoire. Doit permettre d'éviter l'intubation sauf si d'autres complications s'ajoutent.

Il n'est pas recommandé d'utiliser la Naloxone chez un patient déjà intubé

Posologie :

- On trouve des données très variées dans les différents protocoles, des doses allant de 0,04 à 0,4mg à chaque bolus.
- La dose de 0,04mg est une approche sécurisante pour éviter le risque de sevrage brutal notamment chez les patients utilisateurs chroniques d'opioïdes.
- Chez les autres patients il semble licite de titrer de 0,1mg par bolus.
- Concrètement : une ampoule de Naloxone (Narcane) fait 0,4mg/1mL : à diluer avec 9mL de sérum physiologique dans une seringue de 10cc. Titrer de 1 ou 2 mL à chaque fois.

En cas d'abord veineux difficile, la Naloxone est administrable SC ou IM, voire en intra nasale en solution de 1mg/mL.

Délai d'action : IV 30 sec à 2 minutes, durée d'action 20-45 minutes / IM ou SC délai d'action en 2-3 minutes, durée d'action 2 à 3 heures.

Le diagnostic doit être repensé devant l'absence d'amélioration clinique après 10mg.

Une fois le patient ayant récupéré une oxygénation satisfaisante (FR > 10) :

- Soit poursuite du traitement en IVSE : la dose horaire correspond à 2/3 de la dose nécessaire pour obtenir l'amélioration clinique, et peut être augmentée si nécessaire
- L'utilisation d'un traitement IVSE ne doit pas se substituer à une surveillance
- Soit : surveillance et renouvellement des boli si besoin

La surveillance est minimum de 2 heures après la dernière dose de Naloxone, à adapter selon la pharmacologie (demi-vie) de la molécule imputable. Penser à rechercher la présence de patch cutané qui pourrait poursuivre une délivrance d'opiacé

Prise en charge des potentielles conséquences du coma :

- Inhalation : œdème pulmonaire, pneumopathie
- Station au sol prolongée : hypothermie, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë

Évaluer le risque de co intoxications

Effets indésirables de la Naloxone :

- Vomissements, frissons, hyperventilation, agitation, anxiété
- Chez les patients cardiovasculaires : risque de tachycardie, hypertension artérielle, OAP
- Risque de sevrage aigu chez les sujets dépendants aux opiacés
- Possibilité de remorphinisation en raison de la demi-vie courte de la Naloxone

La seule contre-indication à l'utilisation de Naloxone est une allergie connue à la Naloxone.

Devant tout coma calme en myosis et bradypnéique, il est légitime de s'interroger sur une cause toxique aux opioïdes. Un test diagnostic et thérapeutique consiste en l'injection de Naloxone : la réversibilité des symptômes sous Naloxone confirmera le diagnostic.