

# Comment bien prescrire un opioïde fort dans les douleurs sévères ? N°3

Après avoir traité les différentes thématiques de l'évaluation de la douleur sévère et de l'initiation d'un traitement par opioïde fort, ce dernier volet de la trilogie sur la prescription d'opioïdes forts en médecine générale conclut sur le **suivi de ce traitement**.



## ETAPE CLEF : la réévaluation du patient

Comme l'évaluation initiale, le suivi doit reprendre les différentes dimensions de la douleur, ainsi que leur évolution depuis la consultation précédente. Lorsque le traitement est satisfaisant, il est recommandé d'effectuer des consultations de suivi, à rythme régulier et adapté à votre pathologie. Fixez à l'avance avec le patient les dates des prochaines consultations.<sup>[1]</sup>

**Au cours des visites de suivi, les points suivants devraient être régulièrement évalués et notés au dossier :**<sup>[2]</sup>

- Le niveau de douleur du patient, en utilisant toujours le même outil
- Son niveau fonctionnel
- Les effets indésirables des médicaments
- Son humeur
- La qualité de son sommeil
- Les résultats des interventions non médicamenteuses et médicamenteuses
- Les comportements pouvant laisser suspecter un usage inapproprié des médicaments

S'il y a lieu, les résultats pertinents de toute nouvelle investigation et des consultations qui en résultent, doivent être notés dans le dossier du patient ainsi, que tout changement de dose ou de médicament.<sup>[2]</sup>

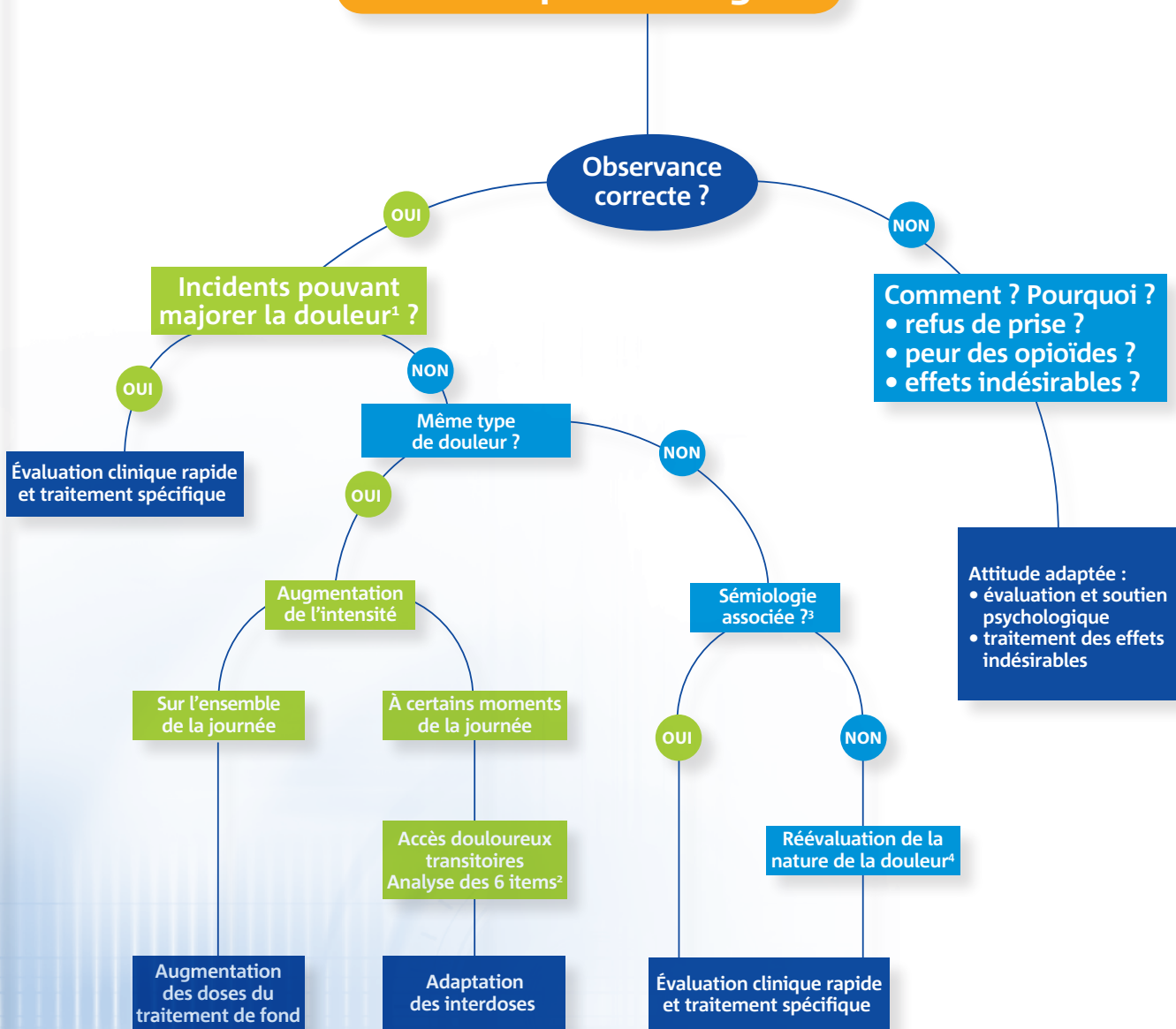
**A la fin de votre réévaluation votre patient est soulagé ou non. Que faire dans ces deux cas précis ?**

Ce document a été conçu pour répondre à vos questions. Nous mettons également à votre disposition une brochure patient. Son objectif est de faciliter la compréhension de la prescription d'opioïdes forts par le patient et son entourage.

A. Trouver les causes de non soulagement et réadapter le traitement de votre patient

Votre patient est sous opioïdes forts

Il n'est pas soulagé



A noter

Penser à l'évaluation psychologique du patient.

1. Incidents pouvant majorer la douleur : conflit, traumatisme, chute, association médicamenteuse, évolution de la pathologie...  
 2. Définition des accès douloureux transitoires, analyse de 6 items : rapidité d'installation, durée, fréquence, intensité, caractère prévisible, mécanismes physiopathologiques.  
 3. Rechercher une sémiologie associée : douleurs thoraciques, vomissements, fièvre, arrêt du transit, dyspnée...  
 4. Redéfinition de la douleur : penser à la douleur neuropathique.

La posologie est adaptée en fonction de la pathologie en cause et de la présence d'effets indésirables importants et/ou non contrôlés. L'augmentation de la posologie est réalisée selon la procédure utilisée lors de la titration.<sup>[3]</sup> L'augmentation des doses doit se faire de manière progressive, sans dépasser 50 % de la dose précédente.

Sous l'association LP+LI, particulièrement dans les douleurs cancéreuses, on augmente la dose quotidienne de LP lorsque le patient prend régulièrement plus de 4 interdoses supplémentaires LI réparties dans la journée, avec une réévaluation tous les 2 ou 3 jours.<sup>[4]</sup>

**Dose quotidienne d'opioïde fort LP + Somme des interdoses LI quotidiennes  
= Nouvelle dose quotidienne de forme LP + éventuellement nouvelles interdoses LI recalculées**

Pour les modalités d'adaptation, se référer au RCP de chaque produit.

## B. Changer d'opioïde fort : quand et comment ?

### 1• Quand changer d'opioïde fort ?

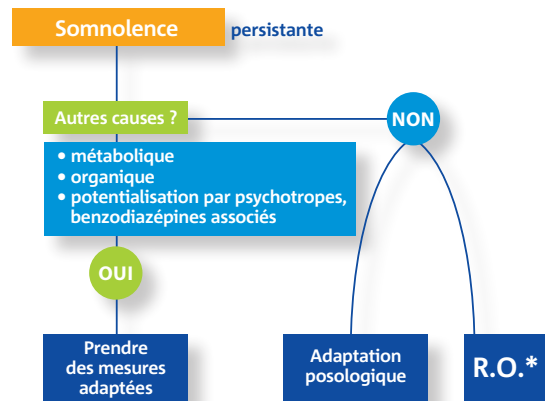
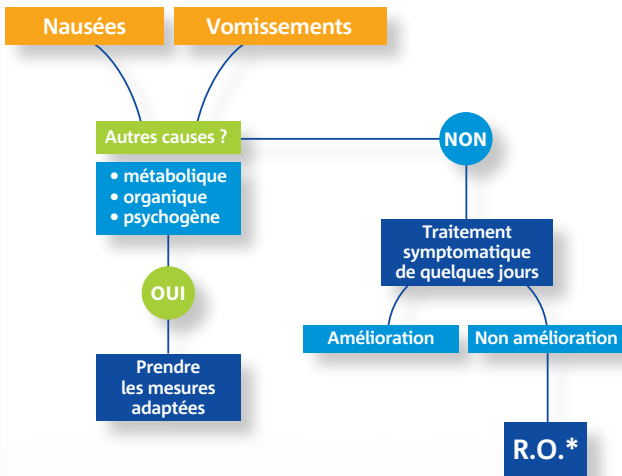
La rotation d'opioïde se définit par le remplacement d'un opioïde par un autre et se justifie lorsque survient une diminution du ratio bénéfice/risque.<sup>[4]</sup>



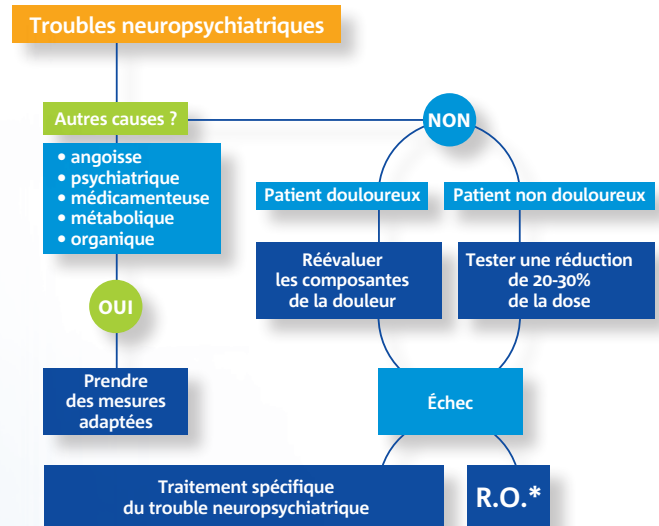
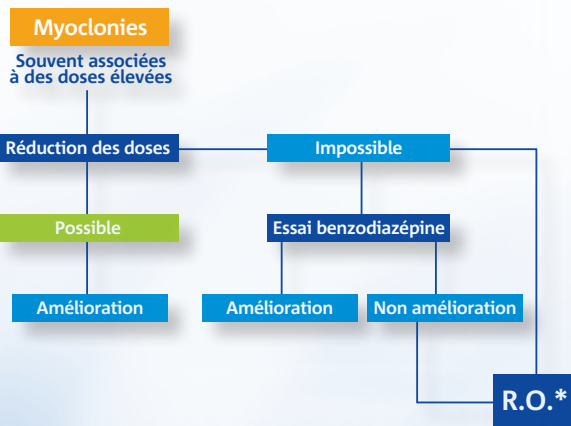
**La rotation d'opioïde est ainsi indiquée dans les situations suivantes :<sup>[4]</sup>**

- **Intolérance aux opioïdes** : l'intolérance se définit par la survenue d'effets indésirables rebelles (le plus souvent lors de fortes doses d'opioïde), en particulier des troubles des fonctions cognitives, des hallucinations, des myoclonies et des nausées, malgré un traitement symptomatique adéquat.
- **Résistance aux opioïdes** : la résistance se définit non seulement par une absence d'efficacité de l'opioïde, mais également par une absence d'effet indésirable, malgré une augmentation massive et rapide des doses de l'opioïde (cas exceptionnel).
- **Tolérance aux opioïdes** : la tolérance ou accoutumance se définit par la nécessité d'augmenter les doses pour avoir le même effet, avec pour conséquence possible l'apparition ou l'aggravation de certains effets indésirables, en s'adaptant à la situation clinique.

# Que faire en cas d'intolérance ?



NB : Une somnolence persistante et croissante autre que la dette de sommeil est un signe de surdosage (SOR 2002).



La constipation ne régresse pas spontanément et doit donc être prise en charge. En revanche, somnolence, nausées et vomissements sont en général transitoires et leur persistance doit faire rechercher une cause associée.

\*R.O. : Rotation des Opioïdes  
Schémas réalisés d'après les SOR 2002.<sup>[4]</sup>

## 2• Rotation des opioïdes forts : comment faire ?

Pour réaliser une rotation, il n'existe pas de critères de choix validés permettant de privilégier l'ordre ou le choix des opioïdes, en dehors des précautions d'emploi et contre-indications de chacun. La rotation doit tenir compte des doses équiantalgiques qui sont données à titre indicatif <sup>[4]</sup>, et doit toujours être adaptée à la clinique.

## C. Accompagner la prise en charge de la douleur de vos patients grâce à des techniques non médicamenteuses complémentaires

La prise en charge globale du patient peut également reposer, en complément du traitement, sur des techniques non médicamenteuses, en particulier dans le cas de douleurs chroniques.

### Kinésithérapie

**Les massages sont des manœuvres externes réalisées dans un but thérapeutique, manuellement ou par l'intermédiaire d'appareils distincts des appareils de neurostimulation.**

Les soins de kinésithérapie sont recommandés par la HAS dans de nombreuses indications concernant les syndromes algiques (lombalgies chroniques, cancers).<sup>[5,6]</sup>

Les études durent 3 ans et se déroulent à temps complet dans des écoles publiques ou privées, agréées par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.



### Ostéopathie

**L'ostéopathie est une méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain.<sup>[7]</sup>**

Selon l'avis de la HAS du 17 janvier 2007 sur deux projets de décrets relatifs à l'ostéopathie, l'absence de disponibilité de données objectives sur l'ensemble des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, rend très difficile l'abond de recommandations.<sup>[8]</sup>

La formation peut être universitaire (DU) ou bien suivie dans des écoles privées. Il est recommandé de s'adresser à un ostéopathe qui soit également docteur en médecine.

### TENS (neurostimulation électrique transcutanée)

**La TENS consiste à appliquer sur le territoire douloureux un courant électrique de faible intensité transmis aux nerfs par des électrodes placées sur la peau. Les stimulations électriques permettent de soulager la douleur en produisant une analgésie.<sup>[9]</sup>**

Celle-ci peut-être pratiquée par un professionnel de santé, qui ajustera les paramètres de localisation des électrodes, d'intensité et de fréquence du courant.<sup>[10]</sup>

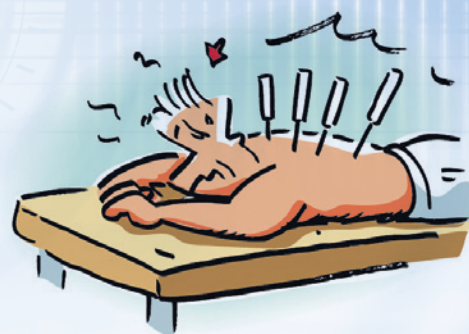
La Commission d'Évaluation des Produits et Prestations<sup>[9]</sup> s'est prononcée pour un service rendu suffisant des appareils de TENS et a retenu comme indication les douleurs chroniques, sans précision de l'étiologie, lorsqu'il y a insuffisance et/ou inadéquation des traitements médicamenteux sous certaines conditions.

Les appareils de TENS peuvent être prescrits soit par des médecins exerçant dans une structure douleur, soit par des médecins ayant validé un DU douleur.<sup>[9]</sup>

### Acupuncture

De nombreuses études ont été menées sur l'utilité potentielle de l'acupuncture. Des résultats ont montré son efficacité dans les douleurs dentaires postopératoires, les nausées et vomissements postopératoires, ou après chimiothérapie. Dans d'autres situations, comme les maux de tête, la douleur myofasciale, l'arthrose ou les douleurs lombaires, l'acupuncture peut être utile comme traitement d'appoint.<sup>[11]</sup>

La formation peut être universitaire (DU) ou bien suivie dans des écoles privées. Il est recommandé de s'adresser à un acupuncteur médecin.



## L'hypnose

**L'hypnose est une des nombreuses modalités de fonctionnement naturel et habituel du cerveau humain : ce fonctionnement implique une mise à distance plus ou moins fluctuante de la vigilance et ouvre des associations fonctionnelles singulières entre différentes aires corticales.**<sup>[12, 13]</sup> Les techniques d'imagerie cérébrale ont progressivement permis de montrer que l'activité corticale n'était pas localisée dans les mêmes régions du cerveau, lorsque qu'un sujet était en état de veille, en état de relaxation ou sous hypnose<sup>[13]</sup> et que dans ce mode opératoire, les perceptions de la douleur<sup>[14]</sup> et des autres sens<sup>[15]</sup> pouvaient être modifiées. L'hypnose est donc un état naturel qui peut être amplifié par le sujet lui-même ou un professionnel de santé formé à l'hypnose à des fins thérapeutiques.

L'efficacité des techniques hypnotiques dans la prise en charge de la douleur a été démontrée dans de nombreuses études cliniques.<sup>[16, 22]</sup>

La Haute Autorité de Santé inclut l'hypnose dans les recommandations professionnelles pour la prise en charge non médicamenteuse de la polyarthrite rhumatoïde en mars 2007<sup>[23]</sup> et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé recommande en juin 2009 l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge des migraines de l'enfant.<sup>[24]</sup>

L'hypnose médicale fait l'objet d'un enseignement universitaire spécifique, ou de la formation médicale continue des médecins.



## D. Quand passer la main à un spécialiste douleur ?

- Une consultation auprès d'un collègue spécialiste en traitement de la douleur peut, dans certains cas, être nécessaire et vous ne devrez pas hésiter à y recourir.
- Lorsque cela est indiqué, le patient pourrait aussi être dirigé vers des collègues spécialistes dans un domaine spécifique (neurologue, psychiatre, orthopédiste, etc.) ou d'autres intervenants (physiothérapeute, psychologue, etc.) dans l'attente d'une évaluation plus globale.<sup>[2]</sup>



**Il est recommandé de toujours évoquer avec le patient :**

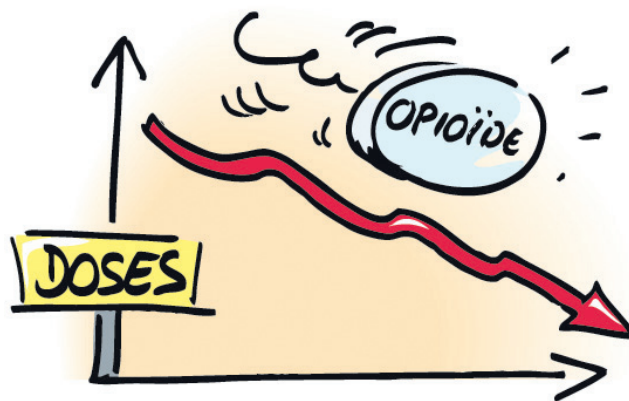
- La possibilité d'une **analgésie multimodale** associant plusieurs classes thérapeutiques (antalgiques, antidépresseurs, AINS, anxiolytiques)<sup>[2]</sup>
- Le recours à des **traitements non pharmacologiques** (physiothérapie, hypnose, technique de relaxation, rééducation).

### A. Le patient est stabilisé : poursuivre les consultations de réévaluation à un rythme adapté au type de douleur et à sa chronologie

Dans le cadre par exemple d'une douleur chronique, il est recommandé de revoir votre patient au moins tous les 28 jours.<sup>[3]</sup>

### B. La pathologie causale a été traitée avec disparition de la douleur : procéder à un arrêt progressif de l'opioïde fort

- Le traitement par opioïde ne doit jamais être arrêté brutalement. Une réduction trop rapide pourrait entraîner un syndrome de sevrage (anxiété, irritabilité, frissons, piloérection, bouffées de chaleur, sudation, larmoiement, rhinorrhée, bâillements, nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhées, arthralgies, mydriase...)<sup>[4]</sup>
- L'arrêt du traitement se fait par une diminution progressive de la posologie, par paliers de 30 à 50 % en se basant sur la clinique.<sup>[4]</sup> Certains recommandent un sevrage par réduction des doses de 10 % par jour.<sup>[25]</sup>
- Si un syndrome de sevrage devait arriver, une reprise du traitement à la dernière dose, discrètement majorée, est conseillée avant de reprendre le sevrage plus progressivement.<sup>[2]</sup>



## Références

1. ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.
2. Collège des Médecins du Québec. Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel. Collège des médecins du Québec, Montréal, mai 2009, 35p.
3. AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Septembre 2004.
4. Krakowski I et al. Standards, options et recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte ©FNCLCC.
5. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. Mai 2005.
6. HAS. Guide ALD n°30. Cancer du sein. Janvier 2010.
7. [www.osteofrance.com/osteopathie/definition](http://www.osteofrance.com/osteopathie/definition)
8. HAS. Avis du 17 janvier 2007 sur deux décrets relatifs à l'ostéopathie.
9. HAS. Evaluation des appareils de neustimulation électrique transcutanée. Septembre 2009.
10. Centre national de ressource de lutte contre la douleur. Livret « La douleur en question ». [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr).
11. Acupuncture. NIH Consensus Development Conference Statement November 3-5, 1997.
12. Stewart JH. Hypnose et médecine contemporaine. Mayo Clin. Proc 2005;80:511-24.
13. Rainville P et al. cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci 1999;11:110-25
14. Faymonville ME et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiol 2000;92:1257-67.
15. Kosslyn et al. hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. Am J Psychiatry 2000;157:1279-84
16. Gay MC et al. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erikson hypnosis and Jacobson relaxation. Eur J Pain 2002;6:1-16.
17. Haanen HC et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. J Rheumatol 1991;18:72-5.
18. Spinhoven P et al. Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache. Gen Hosp Psychiatry 1992;14:408-15.
19. Patterson DR et al. Hypnosis for the treatment of burn pain. J Consult Clin Psychol 1992;60:713-7.
20. Stoelb BL et al. The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature. Contemp Hypn 2009;26:24-39.
21. Cassileth BR et al. Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest 2007; 132(3 Suppl):340S-354S.
22. Kewekkeboom KL et al. Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer. J Pain Symptom Manage 2010;39:126-38.
23. HAS. Recommandations professionnelles : polyarthrite rhumatoïde. Mars 2007.
24. AFSSAPS. Recommandation de bonne pratique. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Juin 2009.
25. Aeschlimann A et al. Recommandations pour l'usage des opioïdes lors de douleurs chroniques. 1<sup>ère</sup> partie. Schweiz Med Forum 2005;5:1203-9.