

Le patient Toxicomane substitué peut-il se permettre d'avoir mal ?

Ou la prise en charge de la douleur modérée à forte
chez le patient substitué par buprénorphine ou
méthadone

Préambule à la prise en charge de la douleur chez le patient substitué

- Evaluer la douleur à l'aide de l'Echelle Numérique EN
- Différencier les composantes nociceptives et neuropathiques à l'aide du DN4 dans la douleur chronique
- S'assurer de l'équilibre de la substitution
- Rassurer le Patient
- VAINCRE LES RETICENCES A PRESCRIRE les analgésiques de palier 3

5 Vérités

- Le traitement substitutif n'est pas antalgique à la dose habituelle
- Toute plainte douloureuse doit être prise en considération
- Les antalgiques opioïdes ne « relancent » pas la toxicomanie
- Le traitement substitutif ne majore pas le risque de dépression respiratoire ou du système nerveux central
- « Syndrome d'accentuation de la douleur »

Pourquoi maintenir la substitution ?

- **Concept :**

- ✓ Tous les récepteurs μ et κ du SNC ne sont pas saturés par la buprénorphine ou la méthadone
- ✓ L'opioïde ira sur d'autres récepteurs et assurera quand même une analgésie de qualité
- ✓ La substitution est considérée comme le traitement de base que l'on ne modifie pas

Douleur aiguë : modérée à forte

- **Douleur de moins de 3 mois**
- Les antalgiques de niveau 1 sont inefficaces
- Les antalgiques de palier 2 sont inutiles car inefficaces surtout chez le patient sous buprénorphine

Principes du traitement (1)

- EVALUER les composantes nociceptives et neuropathiques
- Traiter les composantes inflammatoires, infectieuses et anxieuses par les AINS (sauf contre-indication), les antibiotiques, éventuellement un anxiolytique léger

Principes du traitement (2)

- Traiter la composante nociceptive :
 - ✓ EN PREMIERE INTENTION :néfopam (Acupan®) per os, jusqu'à 6 ampoules de 20 mg par jour
- En cas de contre-indication ou d'efficacité insuffisante
 - ✓ passer au palier 3, morphine per os, en LP avec éventuellement des inter-doses

Principes du traitement (3)

- Les récepteurs μ sont ceux principalement responsables des effets analgésiques
- La buprénorphine a une haute affinité pour les récepteurs μ . Donc nécessité de commencer par de plus fortes doses de morphine (30 mg LP x 2)
- La méthadone, la compétition avec la morphine est moindre, ce qui permet de débiter par des doses habituelles de morphine (10 mg LP x 2)

Douleur chronique : modérée à forte

- **Douleur de plus de 3 mois**

Par exemple : CERTAINES douleurs rhumatologiques, DOULEURS cancéreuses.

Principes du traitement (1)

- Bien évaluer la douleur à l'aide de l'EN
- Rechercher les composantes nociceptives et neuropathiques
- Traiter la composante neuropathique par les antiépileptiques (pregabaline) ou les antidépresseurs (amitriptyline)
- Traiter une éventuelle composante inflammatoire par les AINS ou corticoïdes

Principes du traitement (2)

Patient substitué par la méthadone

- paracétamol 4 gr/jour
- néfopam 20 mg x 6
- Si inefficace, arrêter néfopam et :
 - Augmenter la dose de méthadone de 25 %
fractionner en 3 prises
- Si antalgie insuffisante (persistance douleur $\geq 3/10$)
 - Introduire la morphine : 30 mg LP x 2

Principes du traitement (3) Patient substitué par buprénorphine

- paracétamol 4 gr/jour
- néfopam 20 mg x 6
- Si inefficace, switcher la buprénorphine par la méthadone, 8 mg de buprénorphine = 60 mg de méthadone
- ET augmenter la dose de méthadone de 25 % et fractionner en 3 prises

Principes de traitement (4)

- Si insuffisant : introduire la morphine à la dose de 30 mg LP x 2
- Augmenter la posologie progressivement jusqu'à obtenir une douleur $\leq 3/10$
- A partir d'une certaine posologie de morphine la méthadone peut être arrêtée

CONCLUSION

- **Ne pas hésiter à passer au palier 3** même chez le patient substitué
- A cause d'une **augmentation de la sensibilité à la douleur** de ces patients et d'un certain degré de **tolérance aux analgésiques opioïdes**, ceux-ci sont moins efficaces et de **fortes doses** doivent être utilisées
- **Rassurer le patient** en poursuivant son traitement substitutif, traiter efficacement sa douleur fait **diminuer son anxiété** et améliore les chances d'un traitement efficace contre la douleur

BIBLIOGRAPHIE

- Acute pain Management for patients receiving maintenance methadone ou buprenorphine therapy. Ann Inter Med 2006 January 17 ;144(2) : 127-134
- Protocole CLUD 39 version 3 CHU Toulouse, Protocole de prise en charge des douleurs faibles à modérées et des douleurs fortes de patients substitués par buprénorphine ou methadone pour une pharmacodépendance majeure aux opiacés.
- www.esculape.com/generale/douleur_neuropat_DN4.pdf