

La douleur somatique chez la personne sous TSO : idées reçues, idées fausses, solutions pratiques

A 14 TDO et rapport au corps

pascal courty Psychiatre des Hôpitaux,
Docteur ès sciences de l'éducation sAtis,
Pôle de Psychiatrie, CHU, Clermont ferrand

—

Introduction

- **Prévalence de la douleur (population générale)** évaluée à **22%** (*Gureje et coll, 1998*).
- Explosion 25 prochaines années: 40% (*Congrès mondial Douleur 2010*)
- Liens de causalité douleur-addictions opiacés: complexes et bidirectionnels.

- Population de 248 patients issus de trois centres méthadone: **61,3%** plaintes douloureuses (*Jamison et coll, 2000*)

- Conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur du sujet dépendant aux opiacés:
 - >utilisation de produits illicites, automédication antalgiques
 - >déséquilibre traitement substitutif en cours
 - >conséquences médicales et psychosociales (recherche de drogue)

Introduction(suite)

- **Roseblum et coll, 2003:** Comparaison de deux groupes de patients
 - dépendants aux opiacés (n=390)
 - à l'alcool et/ou à la cocaïne (n=531)

=> **prévalence** de la douleur (80%),

intensité (38% douleurs sévères) **supérieure** pour le groupe opiacé

durée (61% supérieur 6 mois)

Prévalence des douleurs chroniques sévères: **significativement supérieure** pour ce même groupe avec 37% (versus 24%) des patients concernés.

=> **Durée du traitement** semble être le facteur le plus corrélé à cette douleur chronique (OR=2,23).

- **Peles et coll, 2005:** Sur 170 patients sous méthadone: **55,3%** de douleurs chroniques (> 6 mois)

Hypothèses

- Deux hypothèses pour expliquer une **plus forte prévalence des phénomènes douloureux** chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés:

=> fréquence plus élevée de la prévalence des manifestations douloureuses.

=> processus d'hyperalgésie induite par les opiacés

Hypothèses mécaniques des récepteurs aux opiacés

- Solomon (1980) action des opiacés
 - effet immédiat hédonique positif**
 - un effet négatif (hyperalgésie) au fur et à mesure des administrations retardé dans le temps et d'intensité croissante.**
- Activation simultanée des systèmes inhibiteurs (antinociceptifs) et excitateurs (pronociceptifs)
 - > **effet antalgique à court terme**
 - > **hypersensibilité à long terme/tolérance /chronicisation de cette douleur.** (Simonnet et coll, 2009)
- Hypersensibilisation/acides aminés excitateurs NMDA
- Circuit de la récompense/processus de dépendance/phénomènes de douleur (aversif) et d'analgésie (plaisir), implication du système opioïde endogène et des régions cérébrales communes (substance grise péri-acqueducale, noyau accumbens, cortex cingulaire antérieur, amygdale,...).
- Addictions aux opiacés(y compris substituées)/ altération de l'intégration des informations liées à des stimuli douloureux/ potentialisation à terme des perceptions douloureuses/amplification d'une addiction aux opiacés (Borsook et coll, 2007).

Douleur et addiction aux opiacés

- Peut être vue comme la résultante de
 1. Sous traitement de la douleur
 2. Augmentation de la disponibilité des opiacés
 3. Augmentation de leur prescription
- => Nécessité de compétences croisées dans le domaine du traitement de la douleur et de la dépendance aux opiacés

Compétences croisées

- Nécessité de prise en compte
 1. Les douleurs sont sous (ou mal) évaluées
 2. Les traitements inappropriés ont des effets secondaires rédhibitoires
 3. Les « petites » et les « fortes » doses sont tout aussi néfastes
 4. Chacun a « ses » propres recettes de cuisine mais peu de références « Evidence Based » existent
- => Quelles peuvent être les bonnes pratiques en sachant que ceux qui voient les patients les plus « douloureux » sont les addictologues ?

Les opiacés: Janus thérapeutique

De l'apaisement de la douleur à l'addiction

- Soulage la douleur
- Soulage la douleur et la souffrance
- Soulage la souffrance et la détresse
- Vous font sentir mieux
- Vous font sentir bien
- Vous font sentir « vraiment » bien

Objectifs d'un traitement opiacé de la douleur

- Sélectionner les bons produit, dose, voie d'administration, intervalles entre les prises et durée du traitement
- Effectuer une titration pour obtenir l'effet maximum
- Prévenir les moments de réapparition de la douleur
- Utiliser des co- analgésiques non-opiacés
- Minimiser et traiter les effets secondaires

Traiter la douleur avec des opiacés

- Faire mal à la douleur (pain on pain)
- Le traitement idéal:
 1. Effet rapide
 2. Durée courte
 3. Sûr
 4. Convient au patient
 5. Effets secondaires acceptables

Idées reçues sur les patients dépendants des opiacés

La douleur aiguë est une menace pour l'équilibre souvent précaire du patient dépendant substitué augmentée par les idées reçues sur la douleur

- *Ces patients ne connaissent pas la douleur*
- *Ils n'ont pas besoin d'opiacés car ils ont déjà des doses importantes de morphiniques*
- *Les traitements antidouleurs ne fonctionnent pas chez les patients substitués*
- *On ne peut pas prescrire légalement plus de traitement*
- *Les traitements de la douleur entraînent immanquablement des rechutes.*

La douleur chez les patients dépendants des opiacés

En réalité,

- **Les patients sous TSO font l'expérience de la douleur**
- **Ils connaissent à la fois la tolérance aux opiacés et l'hyperalgésie comme le prouvent des scores plus élevés concernant la douleur**
- **Leur douleur répond aux traitements opiacés**
- **Ils ont besoin d'opiacés de base (dette en opiacés)**
- **Ils nécessitent de plus fortes doses, une fréquence et une durée d'administration plus élevée**

Prise en charge de la douleur sous TSO

- PRIORITE AU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR
- PAS DE RISQUE D'AGGRAVER UNE DEPENDANCE
- +++ EDUCATION THERAPEUTIQUE pour bonne observance des adaptations thérapeutiques

AVANT TOUTE CHOSE: CROIRE LE PATIENT

→ 1. Identifier la cause et traiter +++

→ 2. Association au TSO : (sauf contre-indication)

- Antalgiques de niveau I (paracétamol, aspirine, AINS)

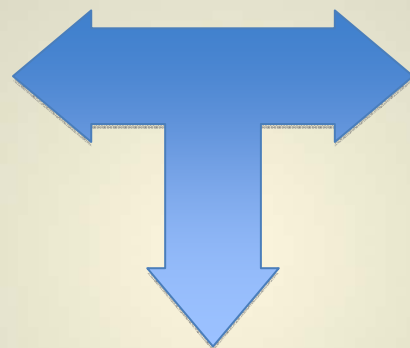
- Antalgique de niveau II (néfopam)

... pour des douleurs légères à modérées (EVA < 7)

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SOUS TSO

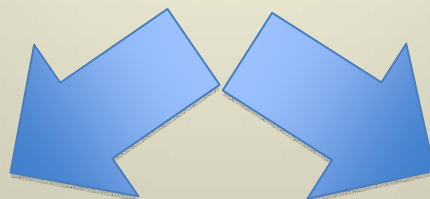
→ 3. Adaptation, association et rotation des opiacés :
D'emblée si EVA ≥ 7 (douleur sévère)

FRACTIONNER
temporairement les
prises du M.S.O. toutes
les 6 à 8h



**FRACTIONNER et
AUGMENTER**
temporairement la dose du
M.S.O. (à éviter avec la
méthadone)

ASSOCIER
temporairement à un
morphinique (niveau III) à
demi-vie courte et libération
immédiate (titration)



REMPLENER (Hôpital)
temporairement par un
morphinique (niveau III) à courte
durée d'action par titration +/-
relayer par une forme LP (si
chronicisation)

Patients traités par Méthadone

- Continuer la MET répartissant la dose sur la journée en 3 à 4 prises
- Utiliser d'autres opiacés pour la douleur plutôt que d'ajouter une dose supplémentaire de MET
- Se souvenir que ces patients ont une hyperalgésie et ont besoin de doses plus fortes d'opiacés
- Utiliser la rotation des opiacés
- Adjoindre autres antalgiques
- Utiliser des moyens non pharmacologiques
- Travailler en équipe et poursuivre le traitement de l'addiction

Patients sous BUP

- Continuer BUP en la fractionnant toutes les 6 à 8 h
 - Ajouter de la BUP ou un opiacé d'action rapide et forte pour traiter la douleur aigue
 - Changer pour un autre agoniste opiacé y compris la MET pendant la douleur aigue
 - Revenir à la BUP une fois que la douleur aigue est traitée
-
- Ne pas oublier les autres antalgiques et les traitements non-médicaux

Se souvenir que...

- Chaque cas est différent et que chaque prescription se négocie et s'adapte=> Il n'y a pas et il n'y aura jamais de recette universelle

Most things work for something; nothing works for everything; a lot doesn't work for anything. (Walter Ling)

- Il faut fractionner les doses (passer de la substitution à l'antalgie)
- Il faut augmenter les doses (hyperalgésie)
- L'approche multidisciplinaire est nécessaire

En clair et en résumé

- La BHD est un excellent produit qui a deux types d'action suivant son dosage et surtout sa fréquence d'administration

1) En prise unique et à dose suffisante, c'est un produit de substitution sur avec effet plafond et longue durée d'action

2) En prises fractionnées et doses adaptées c'est un antalgique efficace

Ce qui rend les choses complexes c'est le profil particulier de nos patients (hyperalgésie)

Conclusions très provisoires

- Liens complexes et bidirectionnels
- Patients sous MET et sous BUP n'ont pas les mêmes réactions (Authier, Courty en cours) et donc le traitement de leur douleurs et de leur anesthésie sont différents
- Les patients doivent être **IMPERATIVEMENT** associés à l'élaboration des protocoles qui doivent être souples et adaptés
- Le rôle de l'Education Thérapeutique du Patient
- **Les plus grandes réticences et idées reçues viennent des PRESCRIPTEURS**