

**FICHE**

# Traitement antalgique opioïde de la douleur aiguë chez les patients avec consommation d'opioïdes en cours

**Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses**

Validée par le Collège le 10 mars 2022

Il s'agit des patients traités par un antalgique opioïde pour une douleur chronique ou par un médicament de substitution aux opioïdes, ou bien des patients sujets à un trouble de l'usage : consommation de médicaments opioïdes hors traitement médical ou de substances opioïdes illicites.

Il est recommandé d'évaluer la pertinence d'une prescription et d'une dispensation de naloxone « prête à l'emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital et, le cas échéant, d'informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

## Modalités d'utilisation hors chirurgie

Les principes généraux pour traiter une douleur aiguë chez ce type de patients en service d'hospitalisation et en médecine ambulatoire dépendent de l'intensité de cette douleur ainsi que du contexte de la consommation chronique d'opioïdes.

La prise en charge de la douleur sera identique pour une femme enceinte consommatrice d'opioïdes – hormis pour les AINS qui sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse à partir de 24 semaines d'aménorrhée.

## Douleur aiguë légère à modérée

Pour les patients traités par MSO, le médicament de substitution aux opioïdes doit être maintenu.

En cas de douleur légère, quel que soit le type de patient, il est recommandé de prescrire un antalgique non opioïde (paracétamol ou un AINS).

En cas de douleur modérée :

- pour les patients traités par un antalgique opioïde pour une douleur chronique, il est recommandé d'adapter la posologie du traitement médicamenteux ;
- pour les patients sous MSO, il est recommandé de fractionner la dose de méthadone ou buprénorphine en 3 à 4 prises par jour, en l'augmentant éventuellement. Il est également possible d'y associer à chaque prise un antalgique non opioïde (AINS ou paracétamol).

## **Douleur aiguë sévère ou résistante (aux antalgiques non opioïdes et aux opioïdes les moins puissants)**

Les antalgiques opioïdes les moins puissants, les agonistes partiels et les opioïdes sous forme injectable ne sont pas recommandés, sauf situations particulières.

### **Chez un patient avec traitement antalgique opioïde pour une douleur chronique**

En cas de douleur aiguë surajoutée sévère ou résistante chez un patient traité par opioïde à libération prolongée pour une douleur chronique, une nouvelle titration avec un opioïde à libération immédiate est recommandée, associée au traitement en cours. Cela peut nécessiter secondairement un ajustement temporaire de la dose d'opioïde de fond (à libération prolongée), tant que la cause de la douleur aiguë subsiste. Cette situation nécessite une évaluation clinique répétée et une surveillance rapprochée pour ajuster si nécessaire rapidement le traitement opioïde.

### **Chez un patient avec traitement substitutif aux opioïdes**

#### **→ Pour les patients avec méthadone**

Il est recommandé de maintenir la méthadone de substitution :

- soit en majorant la dose totale de méthadone quotidienne et en la fractionnant en trois, voire quatre prises ;
- soit en ajoutant de la morphine à libération immédiate – l'association oxycodone-méthadone étant à éviter en raison des interactions potentielles via le cytochrome P450 –, selon les mêmes règles que celles utilisées pour équilibrer une douleur aiguë chez un patient non substitué :
  - les formes à libération prolongée seront prescrites lorsque l'équilibre antalgique sera obtenu, et tant que la cause de la douleur aiguë n'est pas traitée,
  - la voie orale est privilégiée autant que possible, mais la voie parentérale peut être nécessaire pour obtenir une antalgie plus rapide.

#### **→ Pour les patients avec buprénorphine**

Il est recommandé d'arrêter la buprénorphine et de 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), avec équilibration progressive par titration, comme pour un patient non substitué.

La figure (p. 3) présente l'algorithme de prise en charge d'une douleur aiguë chez un patient traité par médicament de substitution aux opioïdes.

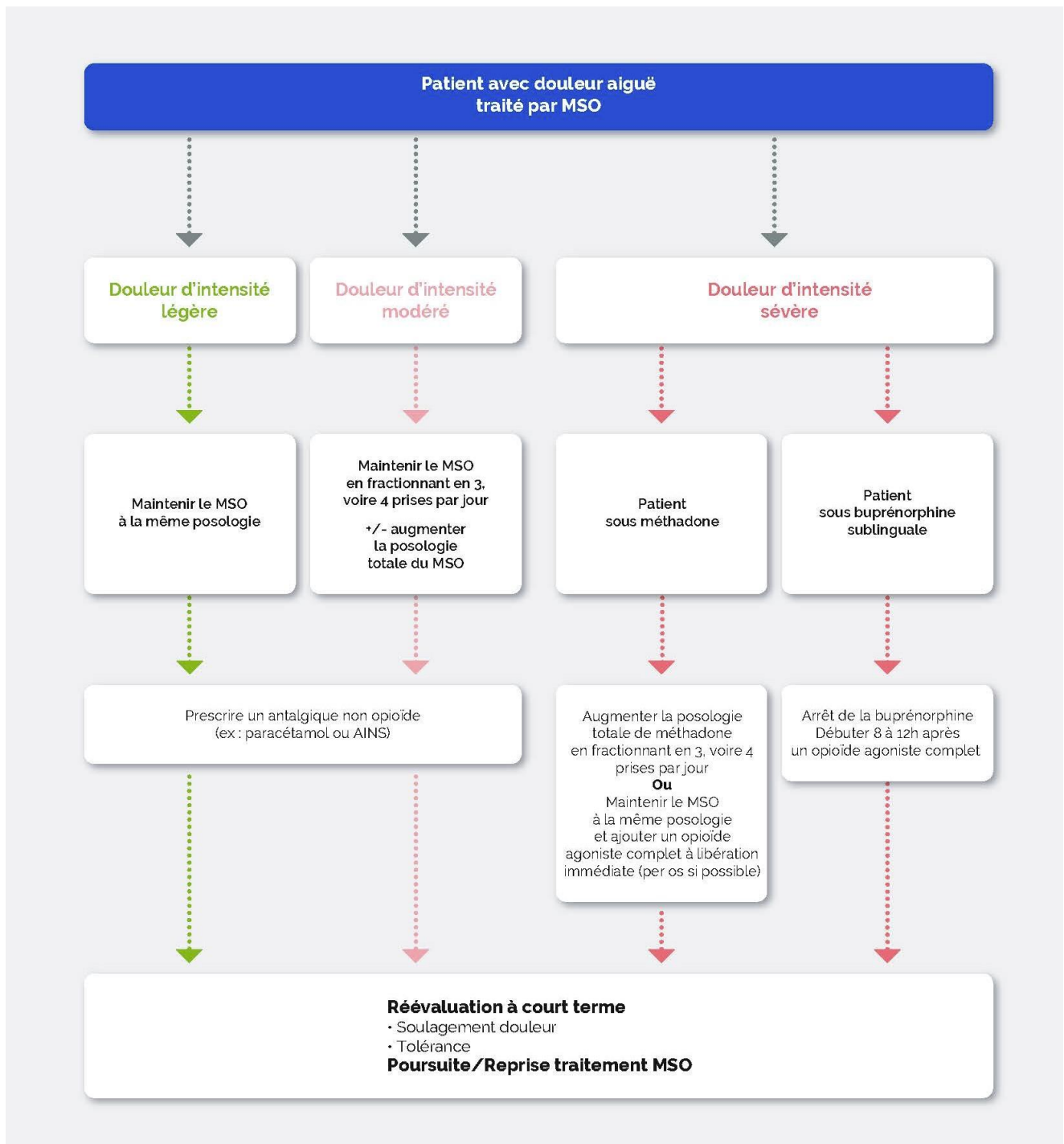


Figure : Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde chez les patients traités par médicament de substitution aux opioïdes.

# Douleur aiguë post-opératoire

## Modalités générales

Après une blessure ou lors de la période péri-opératoire, il est recommandé d'interroger le patient pour identifier une consommation d'opioïdes licites ou illicites en cours, afin d'éviter une douleur aiguë non contrôlée.

De façon générale, il est recommandé :

- d'identifier les patients utilisateurs chroniques d'opioïdes licites ou illicites, d'évaluer l'usage et les doses d'opioïdes ;
- de ne pas réduire, pour des traitements médicamenteux, les doses quotidiennes d'opioïdes ;
- de reconnaître que les besoins post-opératoires en opioïdes seront plus importants que d'habitude et que la douleur pourrait être plus difficile à contrôler ;
- d'utiliser des protocoles d'analgésie multimodale avec analgésie autocontrôlée de morphine, AINS (en l'absence de contre-indication), paracétamol, procédures d'anesthésie locale et loco régionale, neurostimulation électrique transcutanée (TENS), hypnose, relaxation, massage, auto-massage ;
- en cas de chirurgie à risque de douleur aiguë intense ou à risque de chronicisation de la douleur, d'y associer durant l'anesthésie la kétamine à faible dose comme co-antalgique et pour la réduction de l'hyperalgésie ;
- de programmer un relais par voie orale dans les jours suivant la chirurgie.

Il est recommandé d'évaluer la pertinence d'une prescription de naloxone « prête à l'emploi » qui est utile en cas de risque de surdose avec risque vital et, le cas échéant, d'informer le patient et son entourage sur les modalités de son utilisation.

## Patients déjà traités par un antalgique opioïde

Pour les patients traités de façon continue par médicament antalgique opioïde devant avoir une chirurgie programmée, il est recommandé de poursuivre le traitement de fond le matin de la chirurgie et jusqu'à la période post-opératoire. Si le traitement de fond est le fentanyl transdermique, il est recommandé de l'arrêter en pré-opératoire 12 heures avant le relais et d'effectuer un changement vers de la morphine IV à dose équivalente.

Dans tous les cas, pour la chirurgie, il est recommandé de titrer un antalgique opioïde à courte durée d'action pour un contrôle efficace de la douleur. Lorsque l'administration de médicaments par voie orale est impossible, une dose sûre de morphine sur 24 heures doit être utilisée en IV jusqu'à de nouveau possibilité d'administration par voie orale.

## Patients avec traitement de substitution par méthadone

Dans le cas d'un patient avec un traitement de substitution par méthadone, il est recommandé de continuer la dose habituelle de méthadone pendant toute la période périopératoire incluant le matin de l'opération.

Si la prise de médicaments par voie orale n'est plus possible, il est alors recommandé de convertir la dose orale sur 24 heures à de la méthadone IV (en accès compassionnel [ex-ATU] en France) ou de titrer avec de la morphine IV.

Il est recommandé d'associer un agoniste à courte durée d'action pour les douleurs périopératoires supplémentaires. Après la période périopératoire, il est nécessaire de mener une surveillance respiratoire étroite et d'anticiper avec le patient un arrêt rapide des opioïdes rajoutés temporairement.

## Patients avec traitement de substitution par buprénorphine

En cas de chirurgie programmée entraînant une douleur légère à modérée, il est recommandé en post-opératoire d'augmenter et de fractionner temporairement les doses de buprénorphine.

En cas de chirurgie programmée entraînant une douleur modérée à forte, si la situation clinique le nécessite, il est recommandé :

- d'arrêter la buprénorphine 24 heures avant l'opération ;
- de prescrire une analgésie post-opératoire par un opioïde agoniste complet de courte durée d'action ;
- de débiter avec des doses analgésiques plus élevées que celles généralement prescrites pour le type de procédure et de titrer jusqu'à l'obtention de l'effet analgésique ;
- de réévaluer l'analgésie quotidiennement pour adapter les doses et décider de l'arrêt de l'opioïde agoniste complet lorsque l'analgésie post-opératoire n'est plus nécessaire.

En cas de présentation traumatique aiguë, si la situation clinique le nécessite, il est possible de réaliser une analgésie post-opératoire par un opioïde agoniste complet avec une surveillance rapprochée du patient et l'assistance de soignants expérimentés de la douleur et des troubles de l'usage de substances. Il est alors recommandé :

- de ne pas poursuivre la buprénorphine ;
- de prescrire une analgésie post-opératoire par un opioïde agoniste complet de courte durée d'action ;
- de débiter avec des doses analgésiques plus élevées que celles généralement prescrites pour le type de procédure et de titrer jusqu'à l'obtention de l'effet analgésique ;
- de réévaluer l'analgésie quotidiennement pour adapter les doses et décider de l'arrêt de l'opioïde agoniste complet lorsque l'analgésie post-opératoire n'est plus nécessaire.

Après disparition de la douleur aiguë post-opératoire, il est recommandé de reprendre le traitement de substitution par buprénorphine suivi avant l'opération si celui-ci convenait. Le patient doit reprendre la buprénorphine à distance de la dernière prise d'opioïde, lors de l'apparition des signes de sevrage marqués, généralement au bout de 24 heures afin d'éviter un syndrome de sevrage brutal provoqué.

À l'occasion de cet épisode de douleur aiguë, une nouvelle évaluation addictologique peut être proposée.