

# Douleurs chez les patients souffrant d'addiction

Dre Laurence Clivaz Mariotti

Centre cantonal d'addictologie, RFSM

Dr Nicolas Mariotti

Centre de traitement de la douleur, Service d'anesthésiologie, HFR



***"Soyez gentil, Doc !...Ma tolérance à la douleur est très basse !"***

# Douleurs chez les patients sous Méthadone

55% de douleurs chroniques

Intensité :

Légère : 13%

Modérée : 40%

Sévère : 23%

Très sévère : 24%

Lien entre la durée de la symptomatologie douloureuse et son intensité + posologie élevée de Méthadone

*« Significantly higher methadone dose for methadone maintenance treatment patients with chronic pain » Pain 2005 (Peles E.)*

# Dépendance physique ≠ Addiction

# Opiïdes:

## Tolérance:

Nécessité d'augmenter la dose pour obtenir le même effet.

## Dépendance physique:

Syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou diminution brutale de la dose ou administration d'antagoniste.

## Addiction (dépendance psychologique):

Utilisation impulsive et incontrôlée d'une substance en dépit des effets toxiques.

## Substance addictive :

Drogue ou médicament entraînant un comportement de «recherche de substance»

# Définitions

## **Addiction :**

un désir irrésistible de consommer le produit.

des difficultés à contrôler la consommation.

l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.

une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).

un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.

une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

# Neurobiologie de l'addiction

Changements dans le cerveau font partie d'un processus médié par des facteurs génétiques et environnementaux, qui apparaissent suite à une exposition répétée à une substance, avec une perte de contrôle sur la consommation.

Modification au niveau du système dopaminergique, lui-même lié à la mémoire et donc au comportement.

Cortex pré-frontal modifie les signaux de plaisir/douleur



# Douleur chronique et addiction

Etudes : patients sous un traitement de substitution ont une diminution de la tolérance à la douleur à la stimulation thermique froide de 42 à 76% (cold pressor test) : phénomène **d'hyperalgésie induite** par la prise chronique d'opiacés

*«Hyperalgesia in heroin dependent patients and the effects of opioid substitution therapy» : Jpain, 2012, Compton and al*

# Tolérance/hyperalgésie

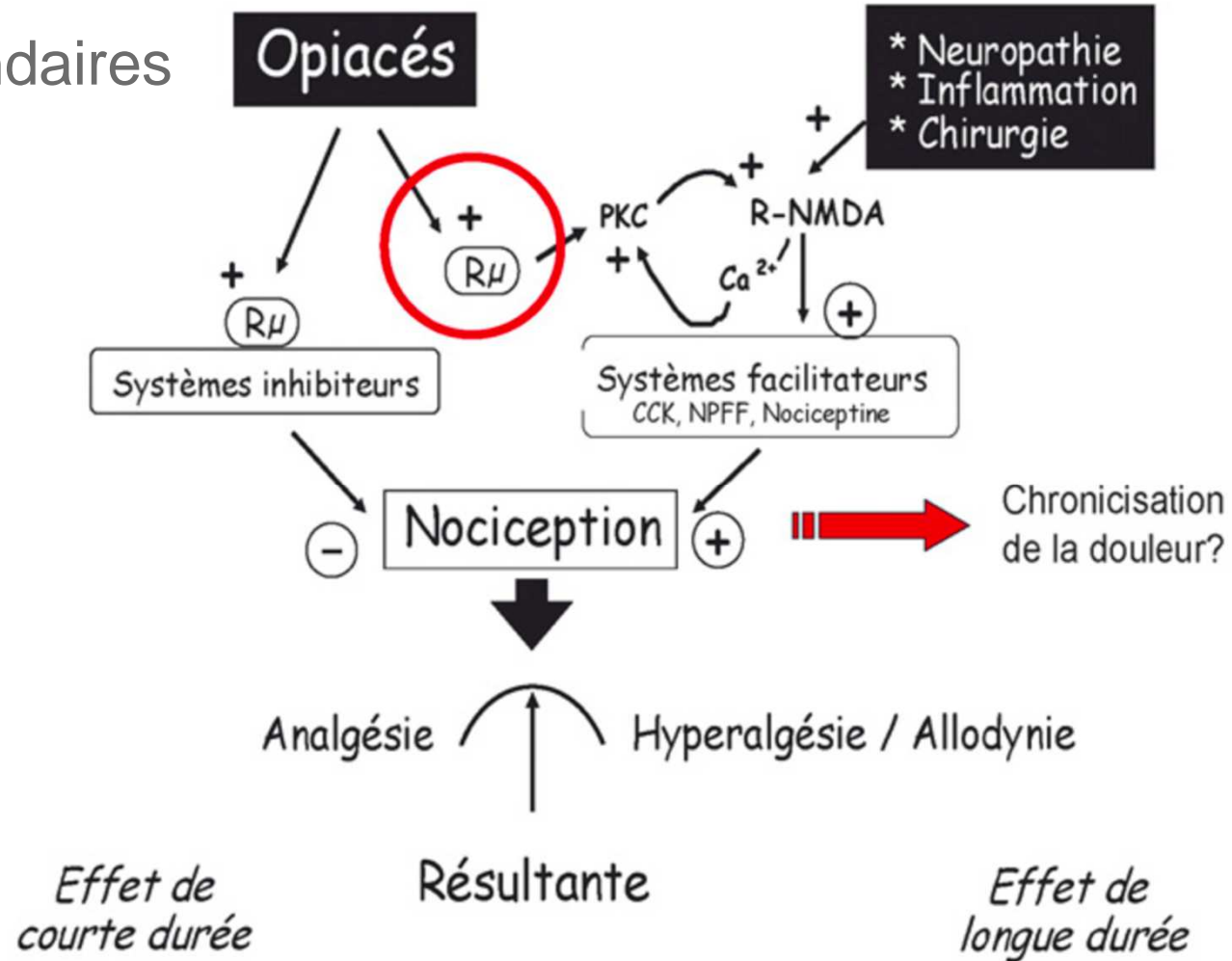
**Tolérance** : désensibilisation des processus antinociceptifs activés par les opioïdes

**Hyperalgésie** : sensibilisation des systèmes pronociceptifs

=> Augmentation des doses compense la tolérance et aggrave l'hyperalgésie induite

# Opioides:

Effets secondaires



# Douleur chronique et addiction

Les douleurs chroniques offrent un **renforcement positif** (euphorie liée à la prise d'héroïne) et **négatif** (diminution de la douleur liée à la prise d'héroïne, relaxation liée à la prise d'alcool) sur l'utilisation de substance.

En cas de dépendance physique à la substance : si absence de substance : la douleur augmente + symptômes de sevrage -> dépression -> risque de suicide -> augmentation des doses pour soulager les symptômes

# Avant la prescription

Evaluation globale avec recherche d'étiologie de la douleur

Echelle EVA, DN4

Palliers OMS

# Evaluation:

Evaluation globale et bilan étiologique

Rechercher:

Modifications des symptômes

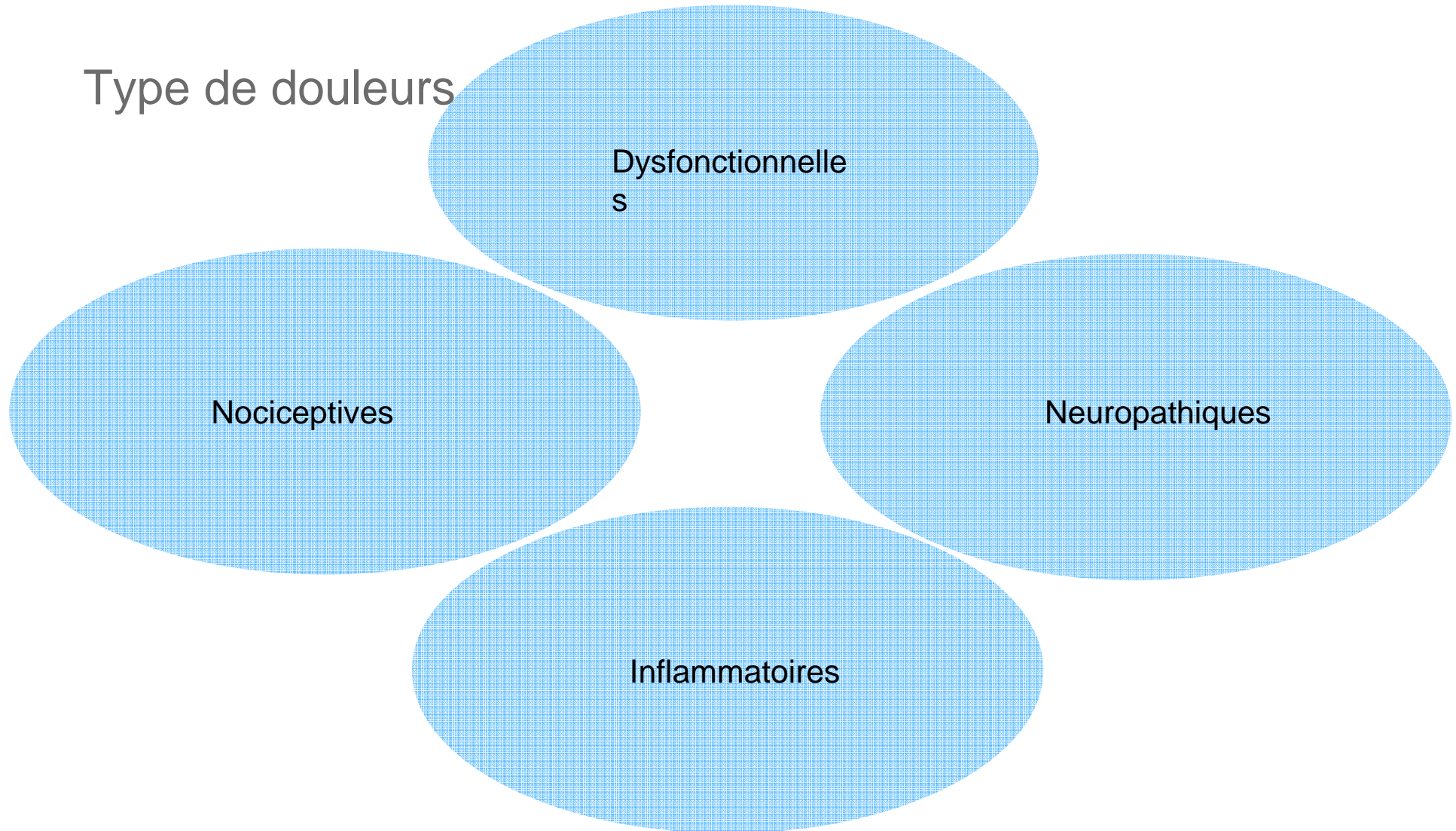
Événement déclenchant

Changement de traitement...

ATCD toxicomanie, dépendance, addiction

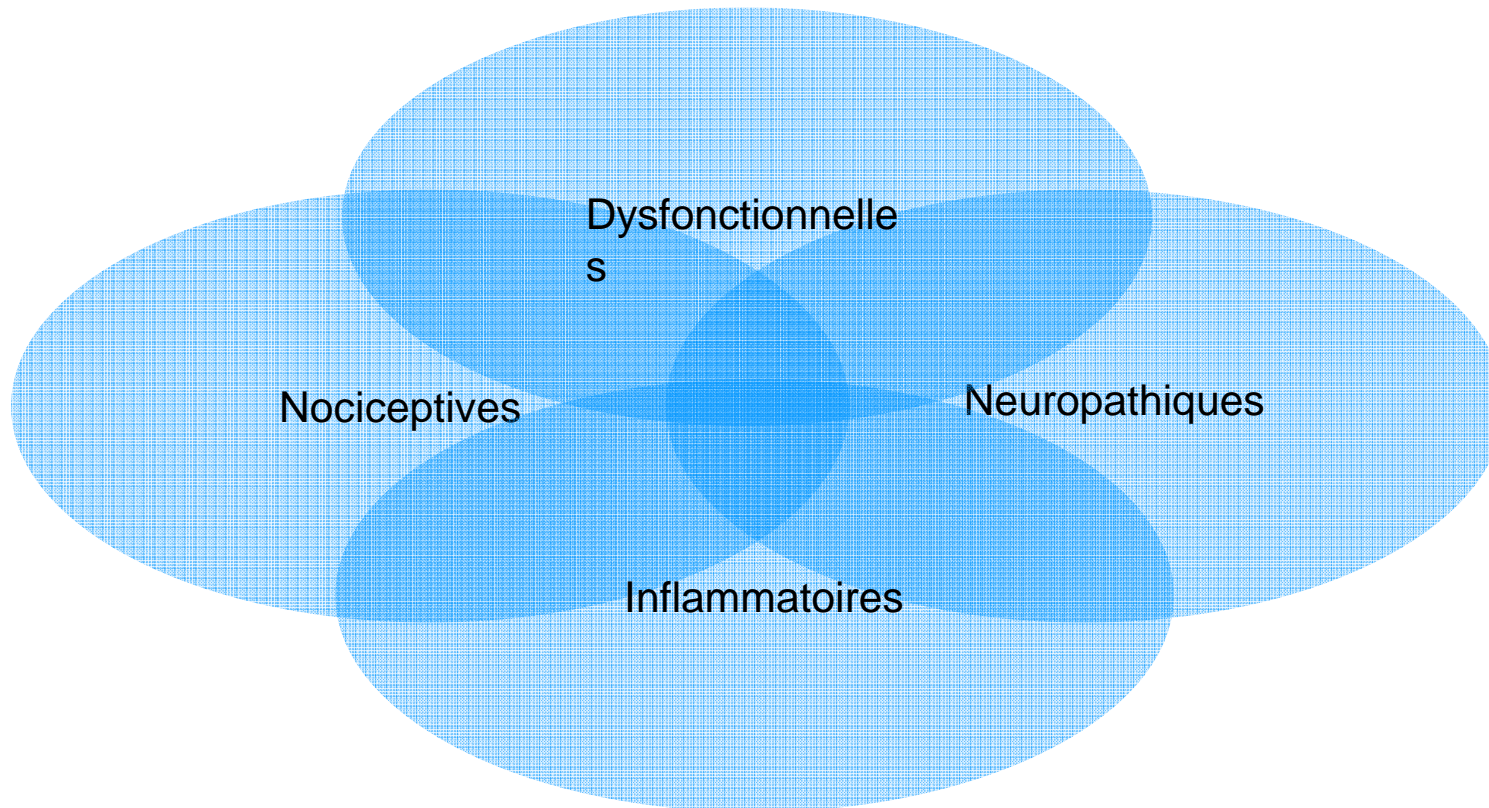
# Douleur:

Type de douleurs



# Douleur:

Type de douleurs





# Mesure de la douleur:

Intensité

Adaptée au patient

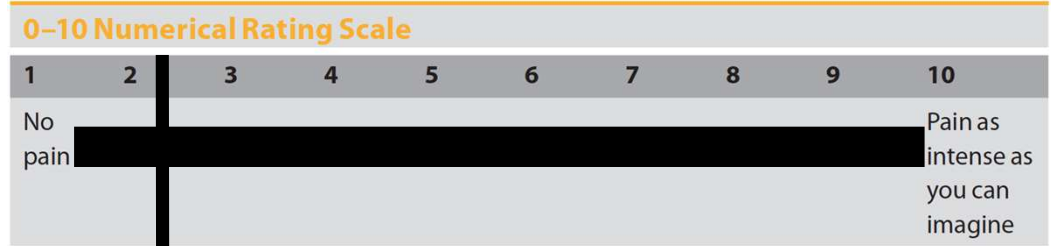


Figure 2.1 The 0-10 Numerical Rating Scale.

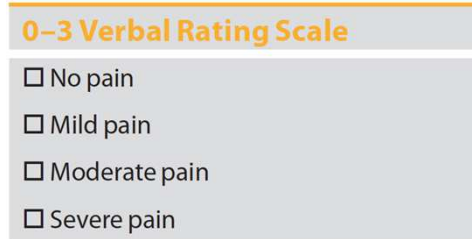


Figure 2.2 The 0-3 Verbal Rating Scale.

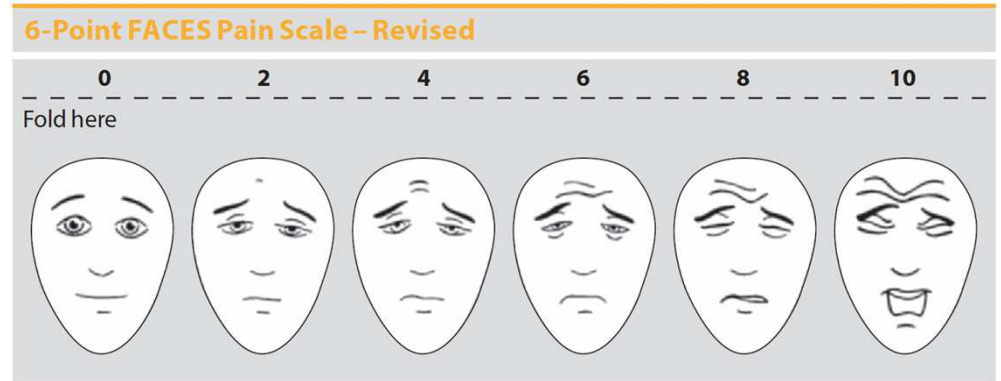


Figure 2.3 FACES Pain Scale - Revised.

# Mesure de la douleur:

Humeur

## Patient Health Questionnaire-2

Over the past two weeks, how often have you been bothered by the following problems?

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

**Figure 8.1 Patient Health Questionnaire-2.** Reproduced with permission from Kroenke et al.

# Mesure de la douleur:

## Impact au quotidien

**Pain Interference Subscale of the Brief Pain Inventory**

**Instructions:** Circle the one number that describes how, during the past week, pain has interfered with your...

**A. General activity**

Does not interfere            Completely interferes

**B. Mood**

Does not interfere            Completely interferes

**C. Walking ability**

Does not interfere            Completely interferes

**D. Normal work (Includes both work outside the home and housework)**

Does not interfere            Completely interferes

**E. Relations with other people**

Does not interfere            Completely interferes

**F. Sleep**

Does not interfere            Completely interferes

**G. Enjoyment of life**

Does not interfere            Completely interferes

# Caractérisation de la douleur:

Anamnèse

Facteurs déclenchants

Chirurgie /  
traumatisme...

Temporalité

Évolution

Facteurs aggravants

Facteurs soulageants

Durée

Examen clinique

Lésions...

Zone d'hyperalgésie

Zone d'allodynie

Irradiation

Examens

complémentaires:

- Radiologiques
- Neurologiques
- QST...

# Caractérisation de la douleur:

## Qualité

### Questionnaire DN4

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs caractéristiques suivantes?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

4. Fourmillements
5. Picotements
6. Engourdissements
7. Démangeaisons



Questionnaire d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques.

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen clinique met en évidence?

8. Hypoesthésie au tact
9. Hypoesthésie à la piqûre

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par?

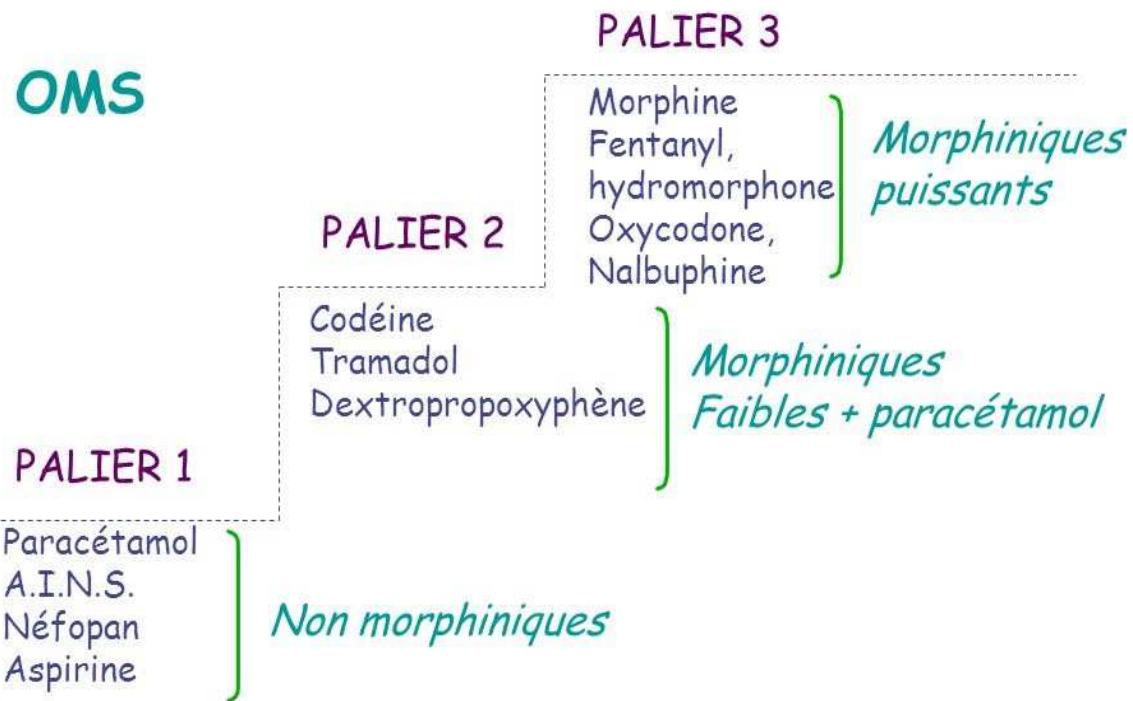
10. Le frottement

\_\_\_/10

# Palliers OMS

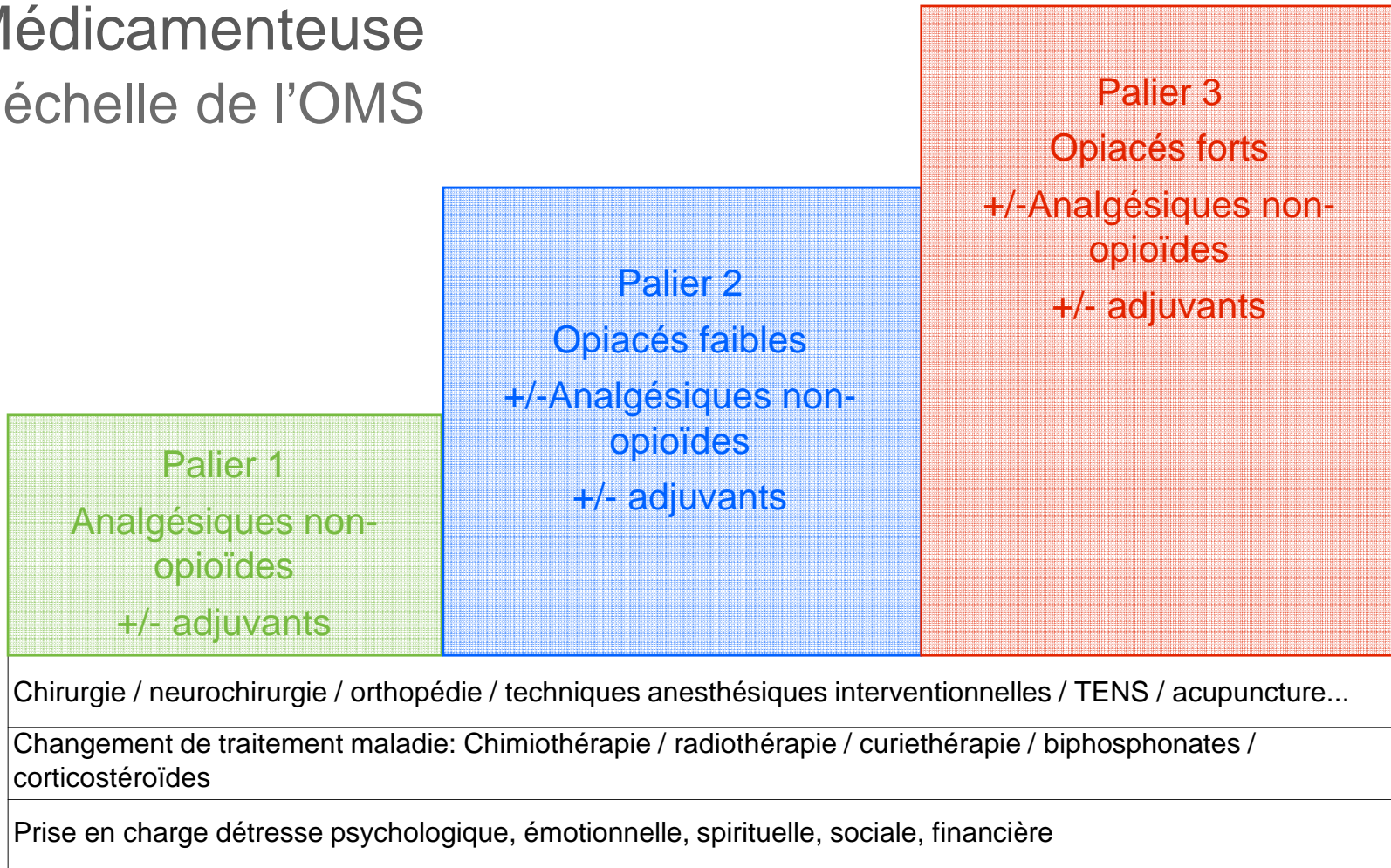
## TRAITEMENT DE LA DOULEUR

OMS



# Prise en charge de la douleur:

Médicamenteuse  
L'échelle de l'OMS



# 1. Traitement de la douleur chez les patients avec anamnèse d'ancienne dépendance



## Privilégier les substances non-opioïdes :

Analgésiques non-opioïdes : paracétamol, AINS, corticoïdes, anesthésiques locaux

Traitements adjuvants : **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** (migraine, fibromyalgie, lombalgies...), **anti-épileptiques** (fibromyalgie, migraine, douleurs neuropathiques), **antipsychotiques** (migraine, cluster headache)

Thérapies non-pharmacologiques : froid, chaud, physiothérapie, ostéopathie, activité sportive adaptée, TCC, médecines complémentaires

Traiter les co-morbidités psychiatriques (anxiété, dépression, PTSD, troubles somatoformes)

Evaluer les effets du traitement

Opiacés uniquement si bénéfices supérieurs aux risques (opiacés à longue demi-vie)

A éviter : myorelaxants, benzodiazépines, cannabis fumé

Traiter l'anxiété et les insomnies avec des antidépresseurs (mirtazapine, amitriptyline, doxépin) ou des anti-épileptiques, discuter CBD (cannabidiol, en vapotage, 3x/j, non remboursé)

# Opiacés

Sensibilité initiale normale mais installation d'une tolérance rapide

Diminution de l'efficacité avec le temps (tolérance)

Effets secondaires : nausées, sédation, constipation, syndrome sérotoninergique

Risque d'addiction ou de rechute

Hyperalgésie induite par les opiacés

Interactions médicamenteuses

La plupart des patients dépendants aux opiacés prescrits ont une anamnèse d'ancienne dépendance à une substance, en particulier si cette substance était un opiacé

# Avant l'initiation d'un traitement d'opiacés

Discuter avec le patient des options thérapeutiques et des bénéfices/inconvénients (effets secondaires, tolérance, dépendance) attendus

Rappeler la contre-indication à une consommation d'alcool/médicaments sédatifs concomitante

Expliquer les risques de sevrage en cas d'arrêt brutal

Pas de conduite automobile/utilisation de machines lourdes en début de traitement et jusqu'à stabilisation

Obtenir le consentement du patient

Etablir un plan de traitement

Initier la thérapie par un essai, puis réévaluer

# Quel opiacé?

Choisir un opiacé avec un minimum d'effet euphorisant (tramadol, codéine)

Eviter les doses suprathérapeutiques (sédation, léthargie, ralentissement)

Si opiacés plus puissants nécessaires, choisir un opiacé à longue durée d'action (traitement à courte durée d'action uniquement avant une activité causant des douleurs)

Eviter les formes injectables ou pouvant facilement être injectée, fumée ou sniffée. Eviter la Méthadone

# Quelle dose?

Souvent plus difficile à trouver, surtout si ancienne dépendance aux opiacés (tolérance rapide)

Si faible dose de départ : titration rapide

Si forte dose de départ : titration lente

Dès que la dose efficace est établie : augmentation éventuelle très lente

# Rechute

Si rechute de courte durée : poursuivre les opiacés après discussion avec le patient, contrôles fréquents, dispensation des médicaments à intervalles très courts, tests d'urines

Si rechute prolongée : discuter suivi conjoint dans un centre spécialisé dans les addictions (changement d'opiacés à discuter : buprénorphine (Subutex®)?

Si mise en danger du patient : stopper le traitement



## 2. Traitement de la douleur chez les patients sous traitement de substitution

# Traitement du patient sous TBS

Même principe que pour les patients sans TBS (paliers OMS, traitement des comorbidités, suivi régulier)

En raison de la tolérance : si opioïdes prescrits, dose supérieure nécessaire pour soulager la douleur

Buprénorphine : agoniste partiel mu et antagoniste k (inhibition des processus pronociceptifs) : diminution courbe dose-réponse si augmentation dose. Si utilisée pour analgésie : 3x/j. Diminution efficacité des agonistes mu donnés en même temps.

# Traitement du patient sous TBS

Méthadone : Effet analgésique de courte durée d'action (environ 6 heures, mais grandes variations possibles) : risque toxicité!

CAVE Naltrexone (Naltrexin®) : antagoniste mu à longue durée d'action. Déplace les agonistes opioïdes de leur liaison (inefficaces si prescrits en même temps)

# Opiacés : Tolérance

Tolérance rapide pour effet anxiolytique, effet euphorisant et sédation. Plus lente pour effet analgésique

Si tolérance à l'effet analgésique : soit augmenter les doses, rotation d'opiacé (pas si tolérance à l'effet anxiolytique ou sédatif!)

Rotation: Dose équi-analgésique moins 30 à 50%

# Opiïdes:

Puissance relative selon la molécule et la voie

diadministration 1:3  
Morphine IV-PO

Doses équi-analgésiques orales

Morphine po: codéine, dihydrocodéine po = 1:10

Morphine po: tramadol po = 1:10

Morphine po: buprénorphine s/ling = 60-75:1  
(10 morphine po = env 0.15 mg buprénorphine)

Morphine po: hydromorphone po = 5:1  
(10 morphine po = env 2 mg d'hydromorphone)

Morphine po: oxycodone po = 1-2:1  
(10mg de morphine = env 5 mg oxycodone)

Méthadone: **les rapports changent selon les doses !**

- 30-90 mg morphine po: rapport de 4 (2.5-8.8)

(30 mg de morphine = 7.5 mg de méthadone)

- 90-300 mg morphine po: rapport de 8 (4-10)

(100 mg de morphine = 12 mg de méthadone)

- > 300 mg morphine po: rapport de 12 (10-14)

(300 mg de morphine = 25 mg de méthadone)

Doses équi-analgésiques

Morphine sc ou iv: tramadol iv: rapport de 10:1  
(1 mg de morphine = env 10 mg tramadol)

Morphine sc ou iv: hydromorphone sc ou iv: rapport de 5:1  
(10mg de mo = env 2 mg hydromorphone)

Morphine sc ou iv: buprénorphine iv: rapport de 60-75:1  
(10 mg mo = env 0.10 mg buprénorphine)

Morphine sc ou iv: méthadone iv: rapport de 10:1 à 20:1  
(100 mg de mo = 5 mg ou 10 mg méthadone)

Morphine sc ou iv: fentanyl sc ou iv: rapport de 100:1  
(10 mg de morphine = env 100-150 µg de fentanyl)

# Opiacés: Hyperalgésie induite aux opiacés (OIH)

Diminution des doses (env. 50%)

Rotation d'opiacé (moins 25 à 50%)

Adjuvants (agoniste NMDA, méthadone ou kétamine)

# 3. Traitement du patient consommateur sans TBS

# Traitement du patient consommateur sans TBS

Prise en charge très difficile:

Stabilisation de la consommation illicite: Envisager TBS

Si refus TBS : discuter sevrage

Puis éventuellement prise en charge comme précédemment décrit



# Cas clinique : Monsieur F. 1972

CCA août 2015 : adressé par son médecin pour addiction au Targin®

AP :

ancienne dépendance à l'héroïne (19+20 ans) en fumée

2009 : prescription de Targin® pour cervicalgies et lombalgies (HD L5-S1)

2010 : arthrodeèse C4-C5-C6

2011 : décès papa, puis ami, rupture sentimentale : augmentation de la consommation de Targin®

# Cas clinique : suite

Anamnèse complémentaire : effet recherché du Targin® : détente, fuite de la réalité, euphorie

Pas d'autre plainte somatique

Traitement actuel : Targin® 85mg/j + Lyrica® 200mg/j

Début suivi août 2015 : diminution Targin® de 5mg/semaine, introduction de Demetrin® 2x10mg/j pour traiter l'anxiété

# Cas clinique : suite

Septembre 2015 :

Targin 65mg/j

Augmentation Lyrica de 200mg à 300mg/j

Après 2 semaines : Lyrica 200mg, ajout Citalopram 20mg/j

Octobre : Targin 60mg/j + AcuDetox

Novembre : Targin 55mg/j, augmentation Lyrica à 300mg/j + AcuDetox

Décembre : stop Targin, augmentation Lyrica à 400mg/j

Soutien 1x/semaine (médecin, infirmier, acu-Detox)

Février 2016 : diminution Lyrica 200mg/j

Avril 2016 : diminution Lyrica 100mg/j

Mai 2016 : stop Lyrica, diminution progressive du Citalopram

Juin 2016 : stop Citalopram, fin de suivi

# Risque d'addiction chez les patients traités par opiacés

Avant de débiter le traitement :

Poser un diagnostic

Etat psychique, antécédents d'abus

Evaluation de la douleur et de l'état fonctionnel

Décider l'intervalle des contrôles et de l'intervalle de distribution des médicaments (max. 3 mois, si plus d'une fois/semaine, discuter dispensation dans centre d'addiction)

Selon les cas : intégrer des tests d'urine dans le suivi (en particulier si dépassement des prescriptions par le patient)

**CAVE triangulation et prescriptions multiples!**

# Signes avant-coureurs d'abus de substance

Intérêt marqué pour les opiacés (surtout courte durée d'action)

Augmentation des doses sans avertir le médecin

Insistance sur le besoin croissant de doses plus élevées

Refus prise d'urine ou de transfert vers un spécialiste

Refus modifications de traitement

Perte de médicaments/ordonnances

Téléphones à répétition pour problèmes de prescription

Consultations sans rendez-vous, en dehors des heures

Sédaté

# Signes avant-coureurs d'abus de substance

(suite)

Abus OH ou drogue illicite

Détérioration du fonctionnement, problèmes à domicile/travail en lien avec le traitement

Injection/sniff préparations orales

Médication achetée au marché noir

Intimidation/menace

Absence d'opiacé dans le test d'urine

Absence d'adhésion à la partie non pharmacologique du traitement

# Arrêt du traitement d'opiacés : motifs

Si la douleur est résolue

Opiacés n'ayant plus d'effet analgésique suffisant, malgré augmentation des doses raisonnables

Pas d'amélioration de la fonction

Perte de contrôle sur la médication par le patient

Absence de compliance

Utilisation concomitante de drogues illicites, BZD

Effets secondaires trop importants

# Arrêt du traitement d'opiacés : symptômes de sevrage

Crampes abdominales, nausées, vomissements

Douleurs osseuses et musculaires

Anxiété

Insomnie

Augmentation de la douleur



# Opioïdes:

## Dépendance physique (sevrage):

### Symptômes

besoin irrépressible

Fébrilité

Irritabilité

Seuil douloureux augmenté

Nausées

Crampes abdominales

Myalgies

Dysphorie

Insomnie

Anxiété

### Signes

Dilatation pupilles

Transpiration

Piloérection

Tachycardie

Vomissements

Diarrhées

Hypertension

Bâillements

Fièvre

Rhinorrhée

# Arrêt du traitement d'opiacés : signes de sevrage

Tachycardie

Hypertension

Fièvre

Mydriase

Hyperréflexie

Sudations

Érection des poils

Yeux larmoyants

Rhinorrhée

Myoclonies

# Arrêt du traitement d'opiacés : symptômes prolongés de sevrage

N'apparaissent pas chez tous les patients

Peuvent durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois

Anxiété, dépression, troubles du sommeil, fatigue, irritabilité

Traitement : gabapentine, TCC

# Arrêt du traitement d'opiacés

Diminution de 25% par semaine

Si symptômes de sevrage persistent : ajouter clonidine ou gabapentine

Aides non pharmacologiques : soutien psychosocial, TCC, physiothérapie

Aides pharmacologiques : analgésique non opioïde, traiter l'insomnie, l'anxiété, la dépression

Poursuivre le suivi!

# Recommandations SSAM

Il est recommandé d'utiliser l'approche par paliers de l'OMS pour le traitement de la douleur chez les patients substitués (C).

En cas de besoin, et en particulier également sous méthadone, il est possible d'administrer des antalgiques de classe élevée (opioïdes) en progressant par paliers après le paracétamol ou les AINS jusqu'à la disparition de la douleur. L'antalgie requiert dans ce cas un dosage d'opioïde plus important et une prise plus fréquente (C).

## Recommandations SSAM-2

Le dosage du médicament de substitution doit être maintenu. Les symptômes de manque accentuent la sensibilité à la douleur (C).

En cas de douleurs chroniques, il est préférable d'employer des opioïdes de longue demi-vie. La méthadone à dosage fixe, fractionné et parfois très élevé, donne les meilleurs résultats. Il est possible de combiner les traitements de méthadone pour la substitution et de morphine pour la douleur (C).

# Recommandation SSAM-3

En raison de la compétition sur les ROM, il est préférable de renoncer aux antalgiques opioïdes en cas de TBS par la buprénorphine. Ils ne sont cependant pas contre-indiqués. Un changement pour un TBS par la méthadone est possible (C).

Il faut veiller à la toxicité hépatique du paracétamol en cas d'atteinte hépatique, ainsi qu'au risque d'ulcère sous AINS (B).

Les antidépresseurs et les antiépileptiques peuvent être considérés comme des traitements adjuvants (B).

# LES POINTS IMPORTANTES A RETENIR

*«Douleur aiguë» : Service de médecine de premier recours- HUG (2010)*



- Les patients sous traitement de substitution sont **déjà dépendants**, il n'y a donc pas de risque de créer une dépendance en administrant un traitant opiacé en vue d'une antalgie
- Une bonne compréhension entre patient et soignant conduit à un meilleur succès de l'antalgie ; écouter les demandes et les craintes et expliquer les stratégies choisies

## Erreurs à éviter chez les patients sous traitement de méthadone :

- penser que la dose de maintenance de méthadone suffit à l'antalgie
- doser de manière inadéquate les opiacés
- arrêter ou diminuer le traitement de méthadone pour introduire une antalgie

## Traiter la douleur chez un patient sous méthadone :

- Comme chez tout patient, démarrer par des antalgiques non opiacés en cas de douleurs modérées, utiliser les moyens non médicamenteux à disposition (glace, physio, ..)
- Évaluer la dépendance du patient
- Ne pas changer la dose de méthadone
- Ne pas prescrire d'antagonistes partiels qui vont précipiter des symptômes de sevrage (buprénorphine, pentazocine, nalbuphine)
- Si indiqué par la clinique, choisir un opiacé **par voie orale** si possible, qui sera dédié au traitement de la douleur, la méthadone restant dédiée à la dépendance.

- Se souvenir que les patients dépendants ont un seuil à la douleur moins grand et une tolérance induite et que les doses nécessaires risquent d'être plus élevées
- Pour les douleurs chroniques privilégier les opiacés à longue durée d'action
- Discuter cette différenciation des traitements au patient (sont souvent soulagés que l'on n'augmente pas la méthadone)
- Mettre le médecin prescripteur de la cure de méthadone au courant de l'introduction d'un traitement de la douleur

# Conséquences d'une mauvaise prise en charge

- Automédication à visée antalgique
- Déséquilibre du traitement de substitution
- Rechute dans opiacés illicites
- Complications sociales et médicales

# Références principales

- Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés : « Douleur analgésie (2012) 25:83-86

en ligne : [www.springerlink.com](http://www.springerlink.com)

- TIP 54: Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders: SAMHSA 2012