



Opioides et addiction en douleur chronique: les liaisons dangereuses

Dr Ai Thu NGUYEN TANG LEVEQUE
CETD REIMS
Colloque Pharmacopsy
17/10/2025





Quelques cas cliniques...

Mail du 17 octobre 2025

J'ai bien reçu votre réponse et je confirme ma demande auprès de votre centre .

Depuis Avril je prends 7 tramadol 50mg ainsi que 7 izalgy par 24 heures et depuis Aout on a rajouté 1800 de gabapantine et 6 jgouttes de rivotril par jour . Je vous joints le dernier compte rendu de mon chirurgien.

Patiente 40 ans opérée hernie discale début 2025. Lombosciatique gauche séquellaire....

Mme S. 55 ans

Douleurs du membre inférieur gauche : douleurs du membre fantôme liées à une amputation du membre inférieur droit.

NEURONTIN 900.1200.1200

LAROXYL 18 gtes le soir

OXYCONTIN LP 20 mg 1.0.1 (diminution pdt l'hospit de 30 à 20 mg)

ABSTRAL 800 µg 7 prises (toutes les 3 h la journée) (avant toutes les 2 h à domicile) depuis 2019 ...

CYMBALTA 30 mg 1.0.0 (introduit aux Bleuets depuis 1 mois)

ZOPICLONE 1 cp au coucher

DIAZEPAM 10 mg toutes les 4 h

PARACÉTAMOL 1 g 1.1.1.1

Pas de Versatis

A eu 3 applications de QUTENZA réalisées = 4 ème application prévue demain

Patient: C [REDACTED]
D.N.: 22/05/1961

Reims, le 28 février 2017

Cher Confrère,

Je vous remercie de revoir Madame CH [REDACTED] que vous connaissez au centre antidouleur.

Madame CH [REDACTED] est suivie dans notre structure addictologique depuis le mois de Juillet 2015, où elle a demandé une prise en charge dans notre CSAPA suite à votre départ en retraite.

Cette prise en charge avait été effectuée en partenariat avec le Docteur G [REDACTED], addictologue joignable au 01. [REDACTED] 2 ou au 06. [REDACTED] 5 (voir courrier ci-joint).

Lorsque Madame CH [REDACTED] lui avait rendu visite une première fois, il lui avait installé un traitement METHADONE à 40 mg, 2 fois/jour dans le but de diminuer l'OXYCONTIN.

Il avait été décidé qu'elle verrait le Docteur G [REDACTED] une fois par trimestre et que je ferai les ordonnances de relai.

Il s'est avéré que le traitement METHADONE a été peu efficace pour elle.

Elle revoit cependant le Docteur G [REDACTED] le 26 Février 2016, qui propose d'augmenter l'OXYCONTIN à 1000 mg, 2 fois / jour si nécessaire. Elle ne l'a pas revu depuis.

Actuellement sa prescription est de 10 cp/jour d'OXYCONTIN à 120 mg, 10 cp/jour de 80 mg et 3 cp/jour de TRAMADOL.

Il est à noter que Madame CH [REDACTED] a diminué les chevauchements et les injections.

Cependant, j'ai essayé de mettre en place un suivi biologique et médical avec gastro-entérologue notamment au vue de son hépatite C.

Elle a perdu du poids ces derniers temps et je m'inquiète de sa santé, mais je n'arrive pas à avoir d'informations claires sur celle-ci. Madame CH [REDACTED] ne faisant pas les examens biologiques demandés.

J'effectue une ordonnance de relai jusqu'au rendez-vous du 18 Avril 2017 au centre antidouleur.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Bien confraternellement.

Éviter cette situation !

Mr D . 37 ans

**Ordonnance
FENTANYL
transdermique®
150micg /3j
FENTANYL
transmuqueux
800 micg 8 /j**

Cher confrère,

Je vous adresse Mon

1987 pour son suivi de la douleur. Depuis vendredi, douleur plus importante après un trajet en voiture, radiculaglie irradiant dans les bourses. Ce jour je ne sais pas quoi lui prescrire devant son suivi actuel et les doses déjà prescrites.

Apparemment, le suivi à Charleville au CSAPA devrait se faire à partir de demain par téléphone. Le patient n'est pas prêt pour une hospitalisation pour le moment.

Pouvez-vous faire le point sur son suivi et adapter le cas échéant son traitement?

Ses antécédents se résument à :

Médicaux : hernie hiatale + Ulcère gastrique, hypoglycémie, arthrite mandibulaire droite

Chirurgicaux : Hernie L4/L5 L5/S1 multi opéré , stimulateur , Arthrodèse compliqué car vis cassé

Allergies : mosconstine , matrifen

Voici son traitement actuels : voir ordonnance du patient.

Je vous prie de croire, mon cher confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Mme V. 48 ans

Fev 2024 Patiente vue lors de son hospitalisation à l'USCAR

Sd EHLERS-DANLOS-Polyalgies

PREGABALINE 100mg : 2/j,

FENTANYL transmuqueux 200 Microg prescrit 6/j par jour mais elle peut en prendre 8 à 10/j

Elle me rapporte prendre ce traitement parfois à visée également anxiolytique.

Mme L. 28 ans

Je vous remercie de voir en hospitalisation Mme L. 28 ans pour suivi de la douleur dans un **contexte fibromyalgique**. Elle est sous TRAMADOL LP 200 matin et soir depuis plusieurs années. Actuellement, ce traitement n'est plus efficace. Nous avons tenté un relais par MORPHINE an qui lui occasionné une majoration d'un fond céphalalgique.

Nous avons donc essayé L'OXYCODONE qu'elle a bien toléré mais elle est obligée de prendre des doses très importantes pour être soulagée.

Actuellement son traitement quotidien comporte =

- le matin : **TRAMADOL LP 200 mg- OXYCODONE LP 10mg**
- dans la journée : **OXYCODONE 5 mg x4-5 +/-TRAMADOL LP 200mg**
- le soir : **TRAMADOL LP 200 mg - OXYCODONE LP 10mg**

Actuellement, elle se plaint de douleurs musculaires et articulaires diffuses et d'une fatigue intense

Les délais au niveau du centre anti douleur sont très très longs mais actuellement il est impossible de la soulager avec des doses convenables d'antalgiques voila pourquoi je vous la confie .

Elle avait eu il y a plusieurs années duloxetine et laroxyll qui n'ont rien changé.

Melle N.

Multi opérations digestives/ sd POIC
Sclérodermie

2022

- 30 à 40 flacons de fentanyl transmuqueux voie nasale
 - 3 patchs de FENTANYL transdermique 100 µg/h toutes les 48 heures
- Anxiolytiques

Jan 2023 :

Hospitalisation sevrage USCAR
Sortie au bout de 24h

Actuellement **Oxycodone LP 120/j + oxycodone LI 30mg 6/j + Nefopam**

Délais
longs

Médecin traitant

Patient douloureux chronique avec
consommation d'analgésiques
« Comment soulager le patient?
Mésusage ? .. »
À qui adresser le patient ?

Délais plus
courts
Réticence du
patient ?

Structure douleur chronique

Médecin algologue

Craintes / réticences / préjugés /
expériences

« est-ce que le patient me dit
tout ce qu'il prend ? »
« comment peut-il prendre des
posologies si élevées ? »
« est-ce que le patient va être
observant ? »

....

Patient

crainte / réticence / méfiance
sevrage
« Est-ce que le médecin va croire que j'ai
mal » ?
Peur de majoration des douleurs
Méfiance, comment ça va se passer ? ...
Expériences passées de sevrage, de cs
médicales ...
Se sent « baladé de cs en cs .. »

Structure addictologie

Médecin addictologue

« Comment diminuer
les antalgiques pris dans
le cadre d'un mésusage
alors que le patient dit
qu'il a mal ? »

Pharmacien

Craintes / réticences / .. Délivrance du ttt

Douleur chronique, de quoi parle-t-on ?

Différents types de pathologies

- Douleur neuropathique périphérique : zona, neuropathie alcoolique, post chimiothérapie, VIH, lombosciatique, névralgie cervicobrachiale, amputation, lésion plexus ...
- Douleur neuropathique centrale : SEP, lésion moelle, AVC
- Douleur chronique postopératoire : post thoracotomie,
- Douleur orofaciale (glossodynie, stomatodynie...)
- Céphalée, Migraine, AVF, névralgie V...
- Douleur ostéoarticulaire : SDRC, arthrose, scoliose...
- Fibromyalgie
- Douleur associée à la Covid
- Douleur abdomino+/-pelvienne /endométriose

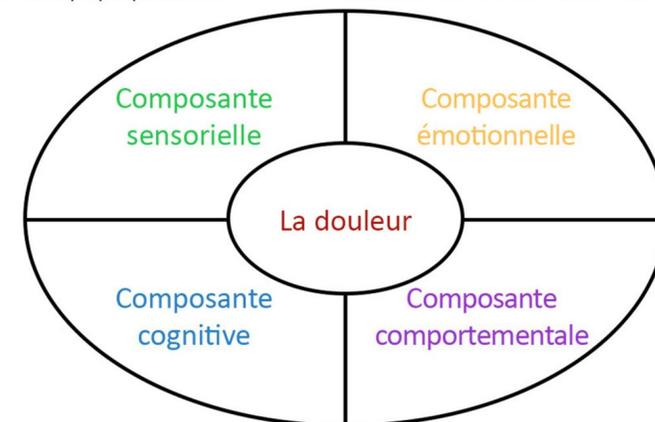
.....déjà multi explorées et bilantées.

Douleur nociceptives
Douleur neuropathiques
Douleur mixtes
Douleurs nociplastiques

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

Sensorielle : ce que le malade ressent physiquement

Affective, émotionnelle : ce que le malade ressent moralement



Cognitive : ce que le malade pense, le sens qu'il lui donne

Comportementale : la manière dont le malade exprime sa douleur



Patient sous opioïdes au long cours

👉 **Hyperalgésie liées aux opioïdes**

- 👉 Sensibilisation du système nerveux central
- 👉 Hyperalgésie allodynie

👉 **Tolérance opioïdes**

+ penser aux troubles endocriniens induits par les opioïdes au long cours:
hypogonadisme, insuffisance surrénale

dosage TSH ,T3, T4, FSH , LH , testostérone totale , cortisol 8h ACTH 8h

Echelle POMI : dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes

- thromboembolique (score CHA2 DS2 - VASc)
- EVS
- Face pain scale
- Fagerstrom
- Fagerstrom simplifié
- Fiche Echelle de KATZ
- Fiche Echelle Pomi**
- FLACC
- Get UPnGO
- GIRERD
- Glasgow
- CISS

Fiche Echelle Pomi - PATIENT TEST EASILY Prescription Homme né WKMX 01/01/1975

Echelle POMI : Dépistage du mésusage des antalgiques opioïdes

Date	01/02/2023	Intervenant	NGUYEN TANG LEVEQ
<i>Antalgique(s) opioïde(s) concerné(s) par ces questions :</i> <i>Codéine, Tramadol, poudre d'Opium, Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Hydromorphone</i>		<i>Oui / Non</i>	
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en QUANTITE PLUS IMPORTANTE, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS SOUVENT QUE PRESCRIT(S) sur votre ordonnance, c'est-à-dire réduit le délai entre deux prises ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu besoin de faire RENOUELER VOTRE ORDONNANCE de ce/ces médicament(s) anti-douleur PLUS TOT QUE PREVU ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu la SENSATION DE PLANER OU RESSENTI UJN EFFET STIMULANT après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur parce que vous étiez contrarié(e), c'est-à-dire pour SOULAGER OU SUPPORTER DES PROBLEMES AUTRES QUE LA DOULEUR ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà CONSULTE PLUSIEURS MEDECINS, y compris aux urgences, pour obtenir plus de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Score :			0

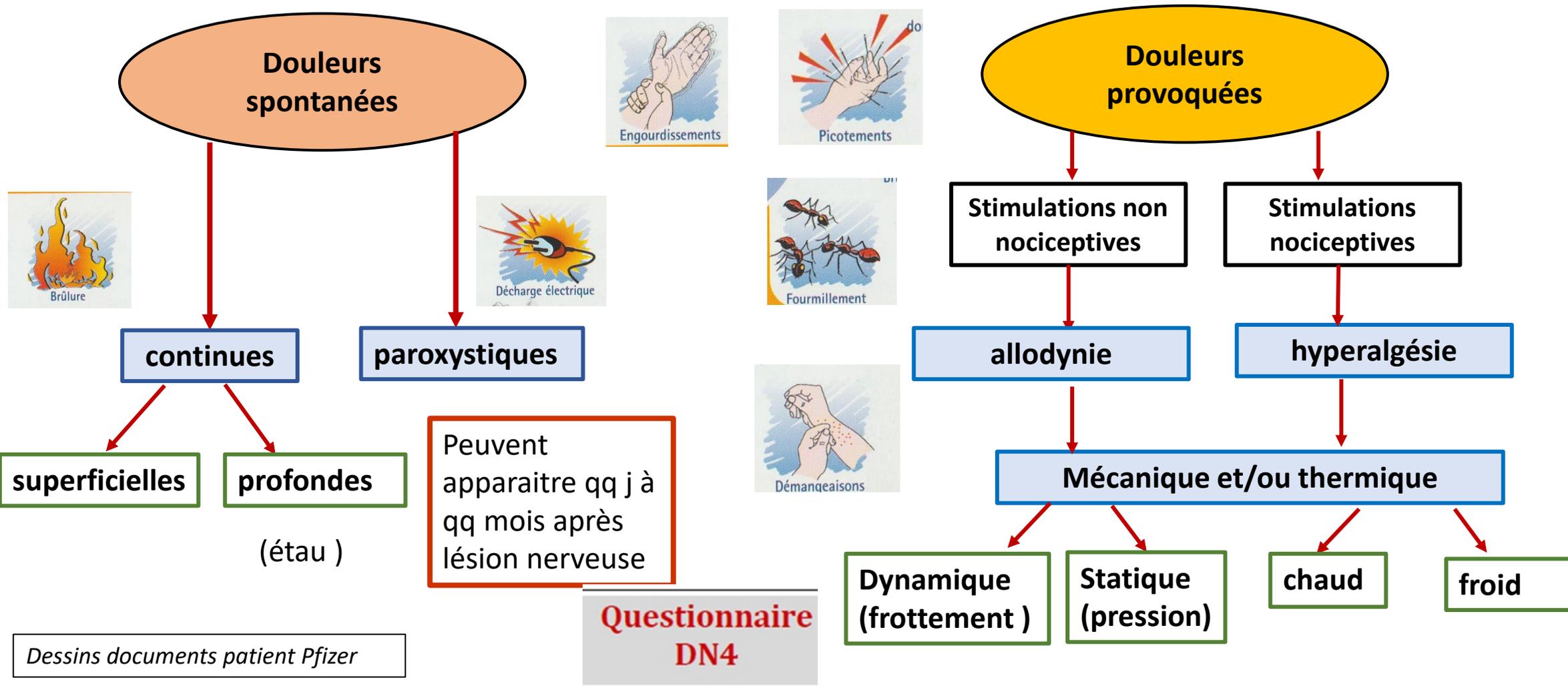
Compter 1 point par réponse positive. Faire la somme des réponses positives. Si le score est ≥ 2 , il est possible que vous présentiez un usage à risque de ce traitement antalgique. Il est recommandé d'en parler avec votre médecin traitant ou votre pharmacien en cas d'automédication.

Douleur chronique , de quoi parle- t-on ?

Différents types de pathologies

- **Douleur neuropathique périphérique** : zona, neuropathie alcoolique, post chimiothérapie, VIH , lombosciatique Lombosciatique , névralgie cervicobrachiale , amputation , lésion plexus ...
 - **Douleur neuropathique centrale** : SEP, lésion moelle, AVC
 - **Douleur chronique postopératoire** : post thoracotomie,
 - Douleur orofaciale (glossodynie, stomatodynie,,
 - Céphalée, Migraine, AVF, **névralgie V...**
 - Douleur ostéoarticulaire : SDRC, arthrose , scoliose...
 - Fibromyalgie
 - Douleur associée à la Covid
 - Douleur abdomino+/-pelvienne /endométriose
-déjà multi explorées et bilantées.**

Les douleurs neuropathiques : diagnostic



Les douleurs neuropathiques : diagnostic

Mode d'emploi :

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire ; à chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- à la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non » la somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à **4/10**, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Bourreau F, Brochet B, Bruxelle J et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 ;114 :29-36.dn4

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

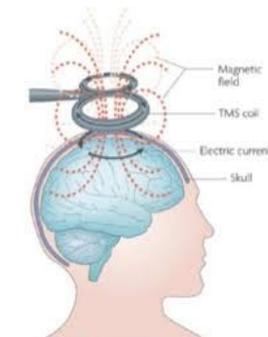
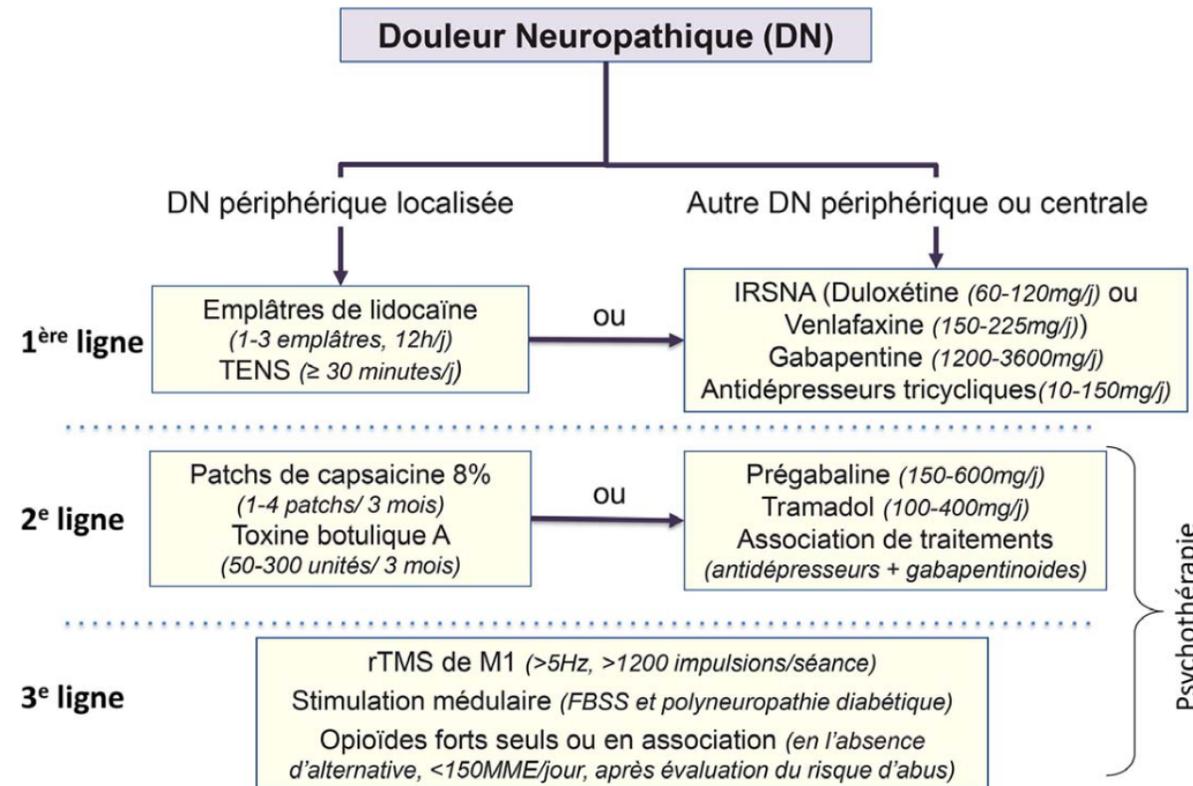


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : transcutaneous electrical nerve stimulation ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : repetitive transcranial magnetic stimulation

Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

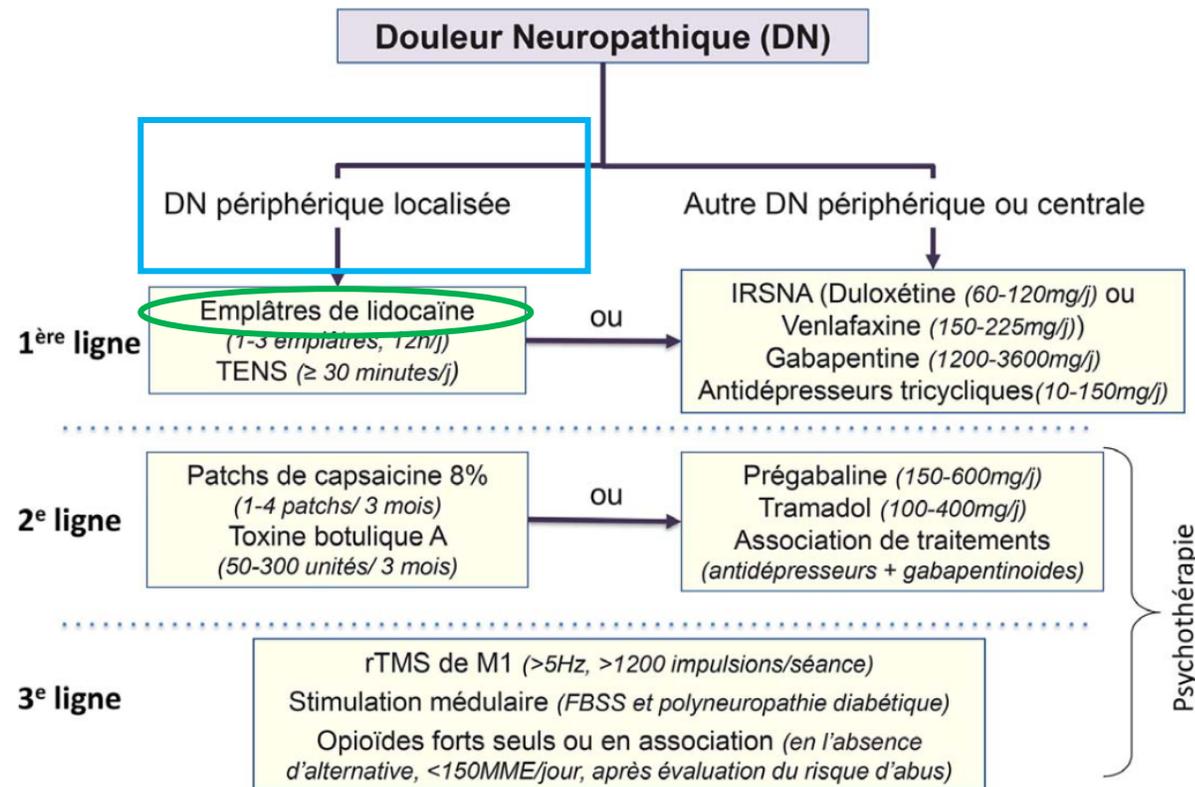


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Emplâtres de lidocaïne 5%

- **Douleur neuropathiques localisées** : cicatrice , zona, amputation ,
- Emplâtre environ 10 x15 cm
- Posologie : **1 à 3** maximum patchs/j
- Application **12h/24h** sur une même zone
- Sur peau saine ++
- Tous les jours
- **EI: réactions cutanées**
- Pb remboursement AMM douleur post zostérienne
- « *Emplâtres de lidocaïne 5% : 1 / jour à appliquer sur peau saine non lésée à laisser 12h sur 24h QSP 1 mois - à renouveler 1 fois* »

Env 70€/ boîte- Cadre de prescription compassionnel



Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

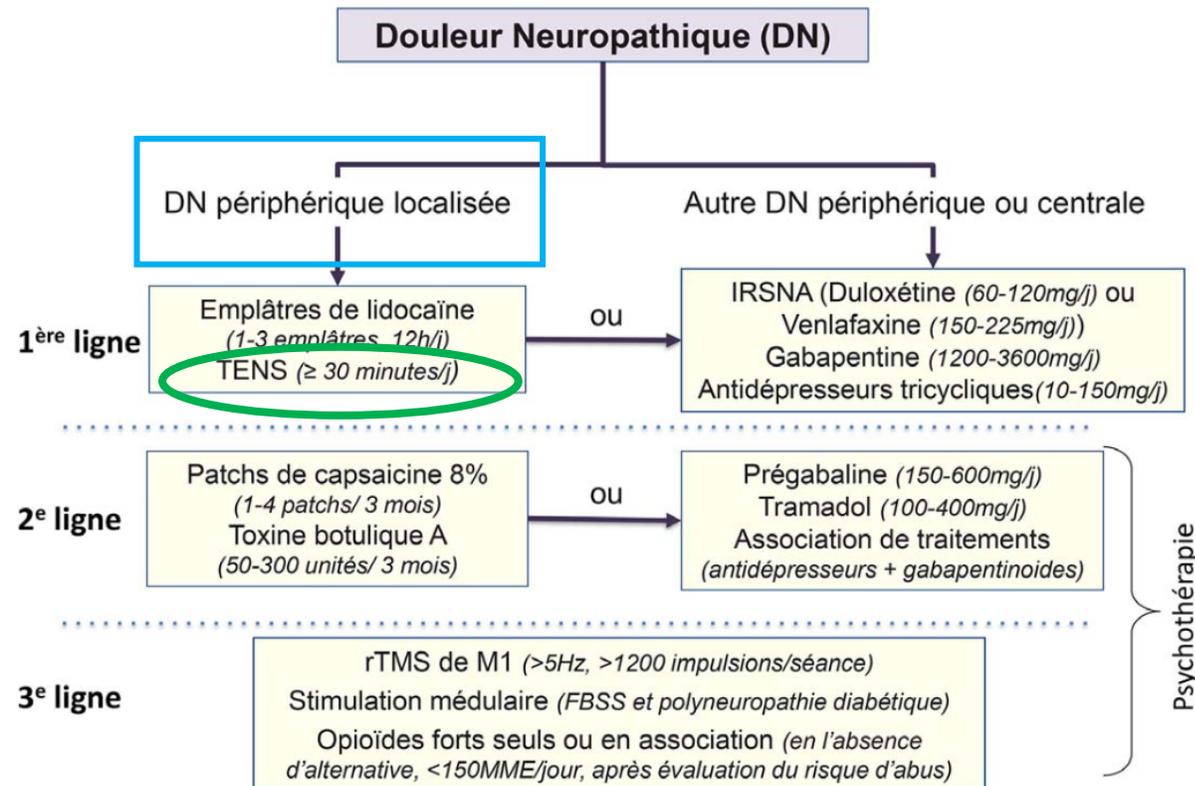


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Neuromodulation électrique transcutanée (TENS)



<https://www.sfetd-douleur.org/tens-en-pratique/>

Très nombreuses indications

Douleurs musculaires
Articulaires
neuropathiques
Céphalées/ migraines
Nausées
Douleur abdo/
endométriose ...
Stim nerf vague ...

- Mode *Gate control*
- Mode *endorphinique*

En pratique :

Location remboursée pour 6 mois puis achat appareil

⇒ Prescription réservée **aux médecins titulaires d'un diplôme de la douleur**

⇒ Nécessite un **apprentissage du patient par IDE douleur**



Douleurs irradiantes (sciatique, hernie discale)



Poignet



Douleurs muscle grand dorsal



Douleurs muscles trapèzes



Douleurs paravertébrales



Douleurs lombaires

CI pacemaker, défibrillateur implanté
épilepsie non équilibrée ..

Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

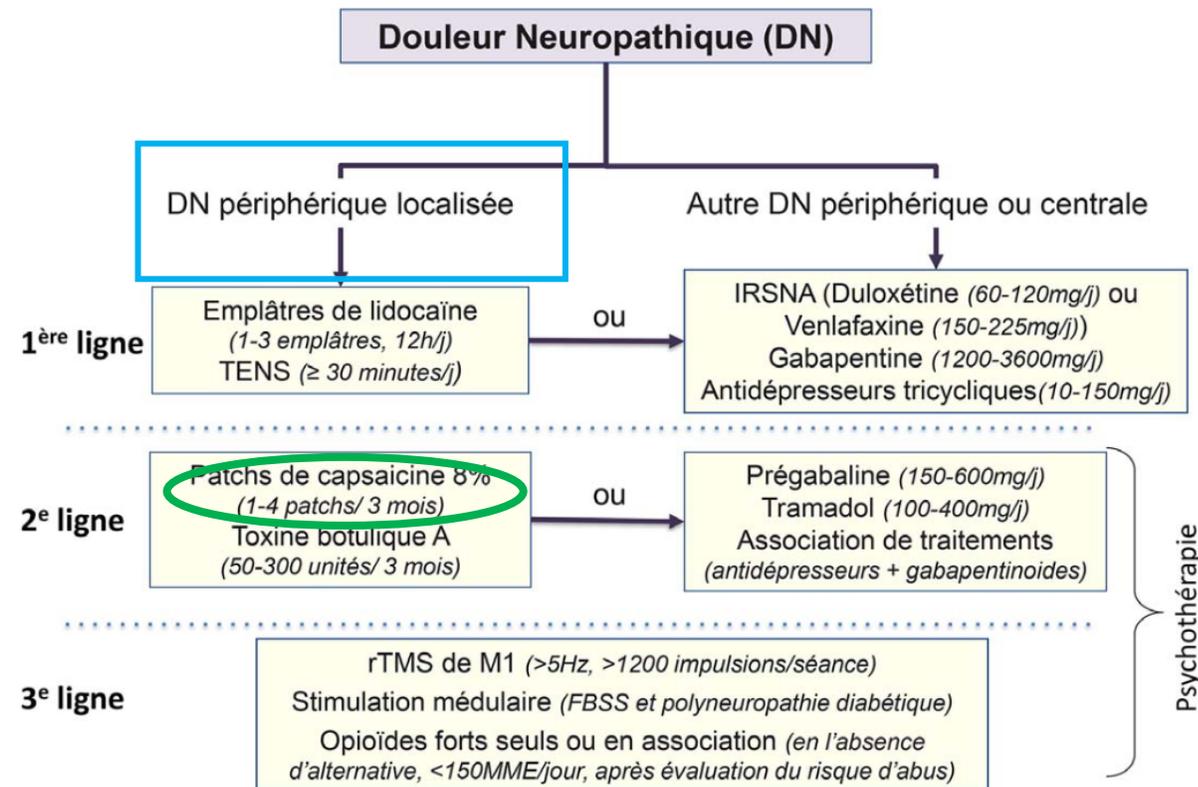


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Patch de capsaïcine 8% QUTENZA[®]



Douleur neuropathique localisée

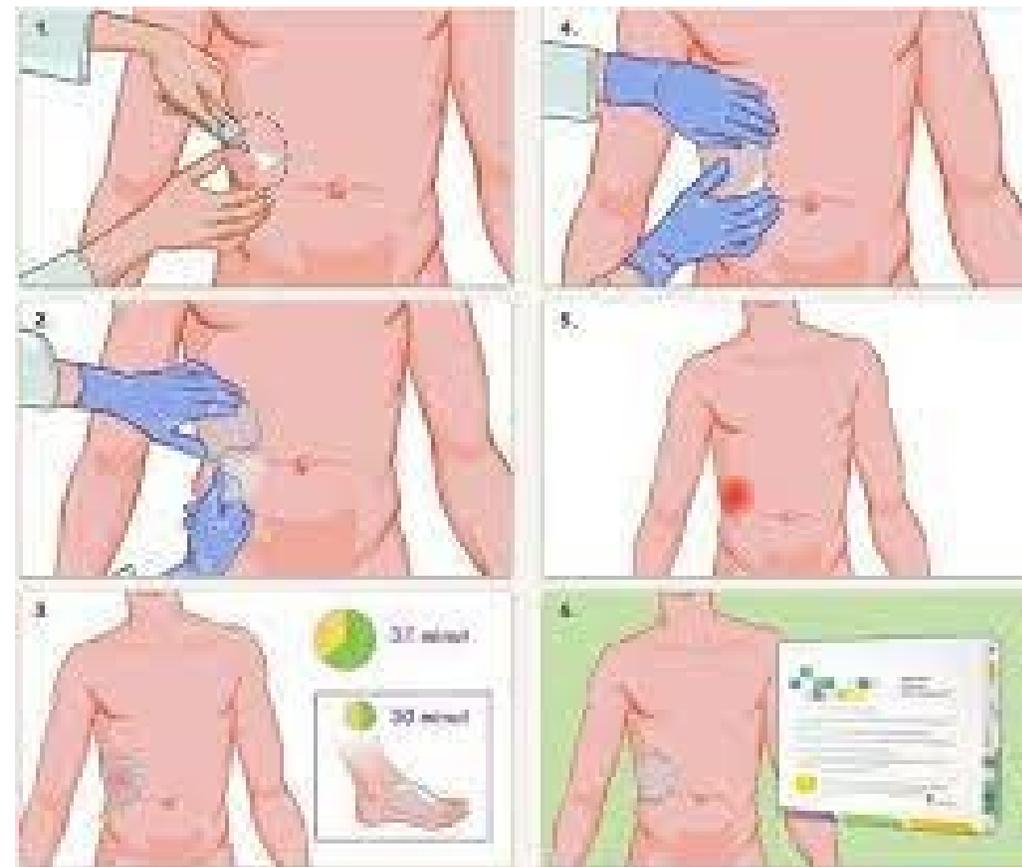
Prescription réservée médecin de la douleur

Réserve hospitalière

- Application en HDJ uniquement par IDE formées
- Maximum efficacité 8 à 15 j après application du patch
- Durée 2- 3 mois
- *Prix : 235e le patch*



Qutenza[™]
patch de capsaïcine à 8%



Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

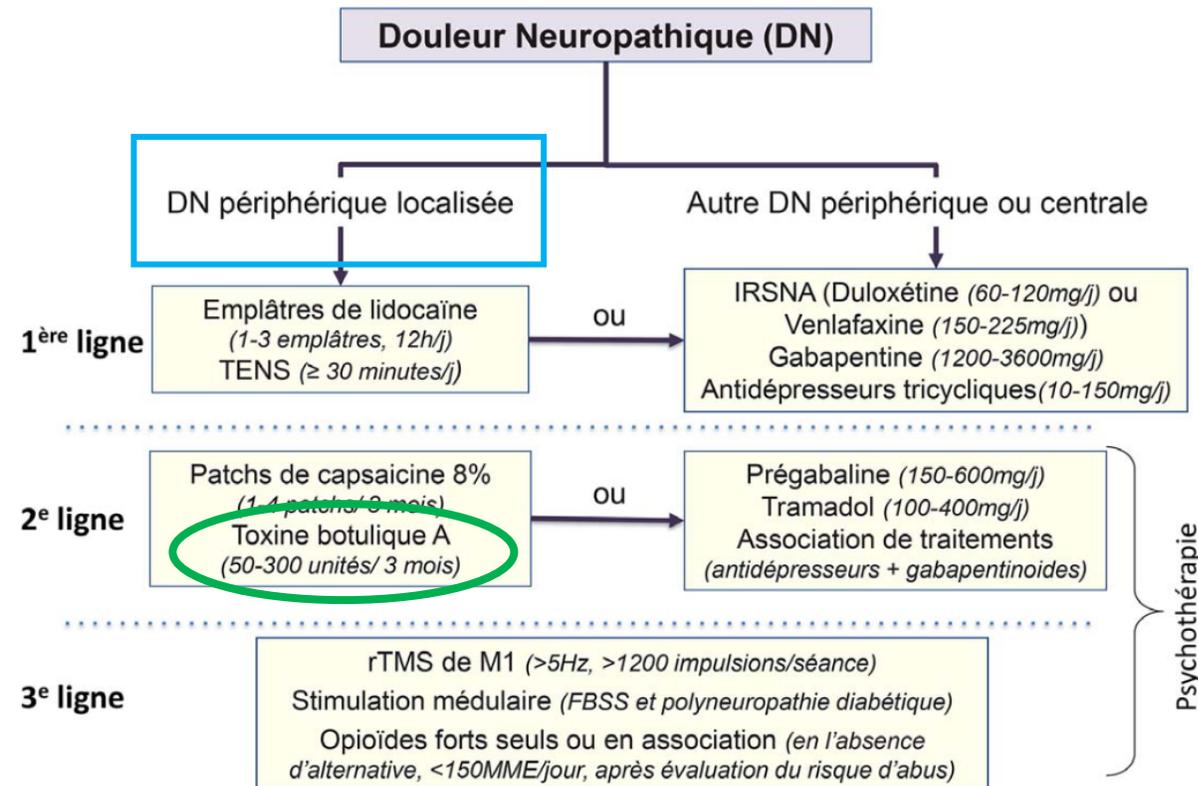


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Toxine botulinique A



Décision du 25/04/2024 - Cadre de prescription compassionnelle de Botox 50, 100 et 200 unités Allergan, poudre pour solution injectable



Indications et conditions d'utilisation du CPC :

Traitement de la douleur neuropathique chronique (depuis au moins 6 mois) périphérique bien localisée (surface $\leq 240 \text{ cm}^2$) en tant que traitement adjuvant chez les patients adultes insuffisamment soulagés ou réfractaires aux autres traitements.

Les patients doivent présenter les 3 conditions suivantes :

- des douleurs attribuées à une lésion nerveuse périphérique depuis au moins 6 mois,
- des douleurs quotidiennes avec un score d'au moins 4/10 sur l'échelle numérique
- et un score d'au moins 4/10 sur le DN4

Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

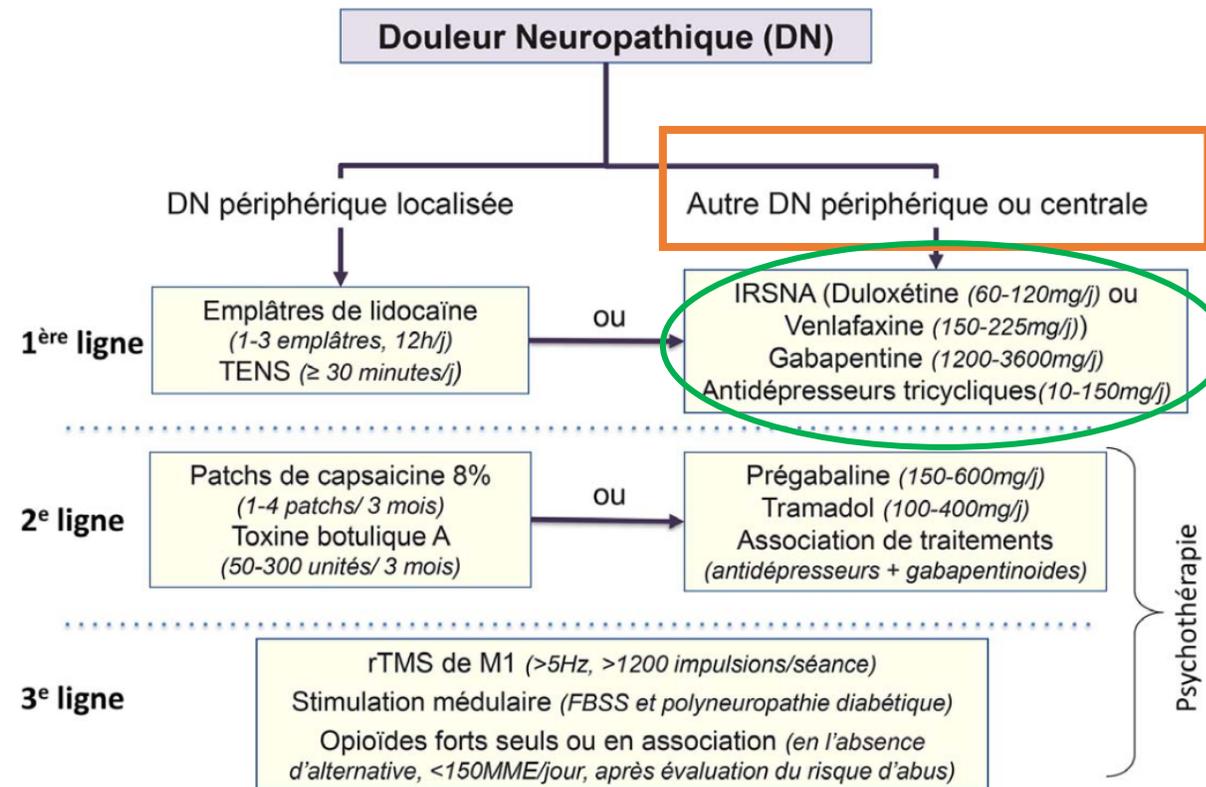


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

B- Toute douleur neuropathique, périphérique ou centrale, focale ou diffuse

Première intention

~~Antidépresseurs IRSNA par voie orale~~ : duloxétine (60–120 mg/j en 1 ou 2 prises) ou venlafaxine (150–225 mg/j en 2 ou 3 prises) avec une préférence pour la duloxétine (plus d'études de grande qualité positives). Les effets indésirables principaux incluent nausées, anorexie, constipation et troubles sexuels. De rares cas d'HTA ont été rapportés avec la venlafaxine à haute dose (≥ 150 mg/j). Une levée d'inhibition avec risque suicidaire est rare mais possible lors de l'initiation de tout traitement antidépresseur (AMM : douleurs neuropathiques diabétique périphérique pour la duloxétine, pas d'AMM pour la venlafaxine)

• Gabapentine orale (1 200–3 600 mg/j en 3 prises). Les effets indésirables principaux incluent somnolence, vertiges, prise de poids et œdèmes périphériques. Les facteurs de risque de mésusage doivent être recherchés avant la prescription, et un mésusage ou un abus potentiel doivent être évalués à chaque renouvellement du fait du risque de mésusage avec ce traitement (AMM : douleurs neuropathiques périphériques telles que la neuropathie diabétique et la névralgie postzostérienne chez l'adulte)

~~Antidépresseurs tricycliques par voie orale~~ (amitriptyline, clomipramine, imipramine), 10–150 mg/j en 1 ou 2 prises. Des doses faibles (< 75 mg/j) sont généralement efficaces. Les effets indésirables principaux incluent somnolence et prise de poids. Une levée d'inhibition avec risque suicidaire est rare mais possible lors de l'initiation de tout traitement antidépresseur. Ces traitements doivent être surveillés en raison de leur risque cardiaque, anticholinergique ou d'hypotension orthostatique, en particulier pour les patients présentant des comédications multiples ou des comorbidités et à des doses > 75 mg/j. Chez les personnes âgées (> 70 ans), polymédiquées ou avec de multiples comorbidités, la posologie ne doit pas excéder 75 mg/j (AMM : douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte pour l'amitriptyline : douleurs neuropathiques de l'adulte pour la clomipramine et l'imipramine)

Il est toujours important de débiter à faibles posologies et d'augmenter lentement les doses pour tous les traitements oraux afin de minimiser le risque d'effets indésirables. Les patients doivent être informés du risque de ces traitements pour la conduite automobile, en particulier lors de leur initiation

Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

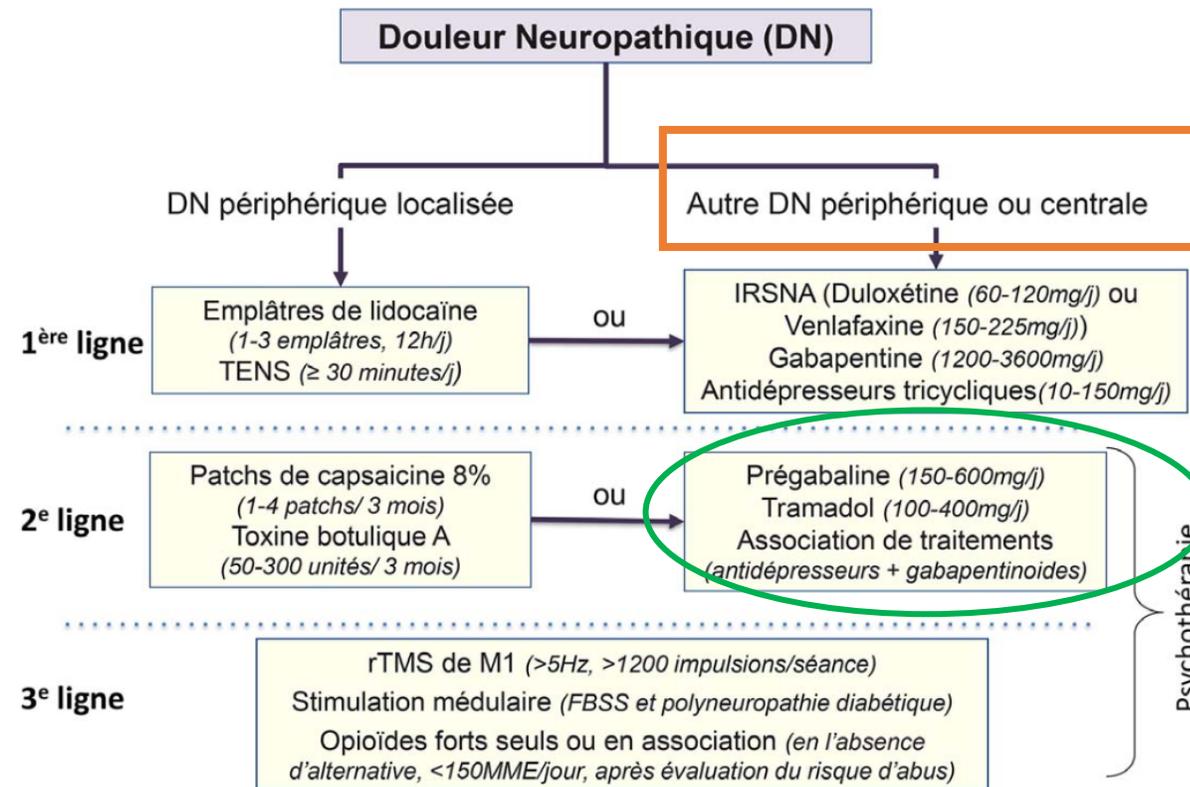


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Deuxième intention

- **Prégabaline orale** (150–600 mg/j, en 2 ou 3 prises, comme alternative à la gabapentine en cas de problème de tolérance ou d'efficacité). Les effets indésirables principaux incluent somnolence, vertiges, prise de poids et œdèmes périphériques. Les facteurs de risque de mésusage doivent être recherchés avant la prescription, et un mésusage ou un abus potentiel doivent être évalués à chaque renouvellement du fait du risque de mésusage avec ce traitement (plus fréquents qu'avec la gabapentine) [AMM : douleurs neuropathiques périphériques et centrales chez l'adulte]

- **Tramadol à libération prolongée par voie orale** (100–400 mg/j en 1 ou 2 prises par jour. Le tramadol a les mêmes effets indésirables et le même risque potentiel d'abus que les opioïdes forts, bien que ces risques soient moins fréquents, la dose maximum de tramadol (400 mg/j) correspondant à 40 à 68 mg en équivalent morphine (evidence.nhs.uk). Le tramadol peut être associé avec des antiépileptiques (consensus d'experts) mais doit être utilisé avec prudence en association à des antidépresseurs à forte posologie (risque potentiel de syndrome sérotoninergique) [AMM : douleurs modérées à sévères]

- **Association d'antidépresseurs** (tricycliques entre 25 et 75 mg/j ou duloxétine 60 mg/j) et de gabapentinoïdes (prégabaline 150–300 mg/j ou gabapentine 1 200–1 800 mg/j)

- Thérapie cognitivocomportementale et thérapie pleine conscience. Parmi les psychothérapies, ces techniques ont le meilleur niveau de preuve et sont recommandées en association avec d'autres traitements (les essais contrôlés montrant l'efficacité de ces techniques ayant été réalisées chez des patients recevant des traitements pharmacologiques)

Il est toujours important de débiter à faibles posologies et d'augmenter lentement les doses pour tous les traitements oraux afin de minimiser le risque d'effets indésirables. Les patients doivent être informés du risque de ces traitements pour la conduite automobile, en particulier lors de leur initiation.

Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

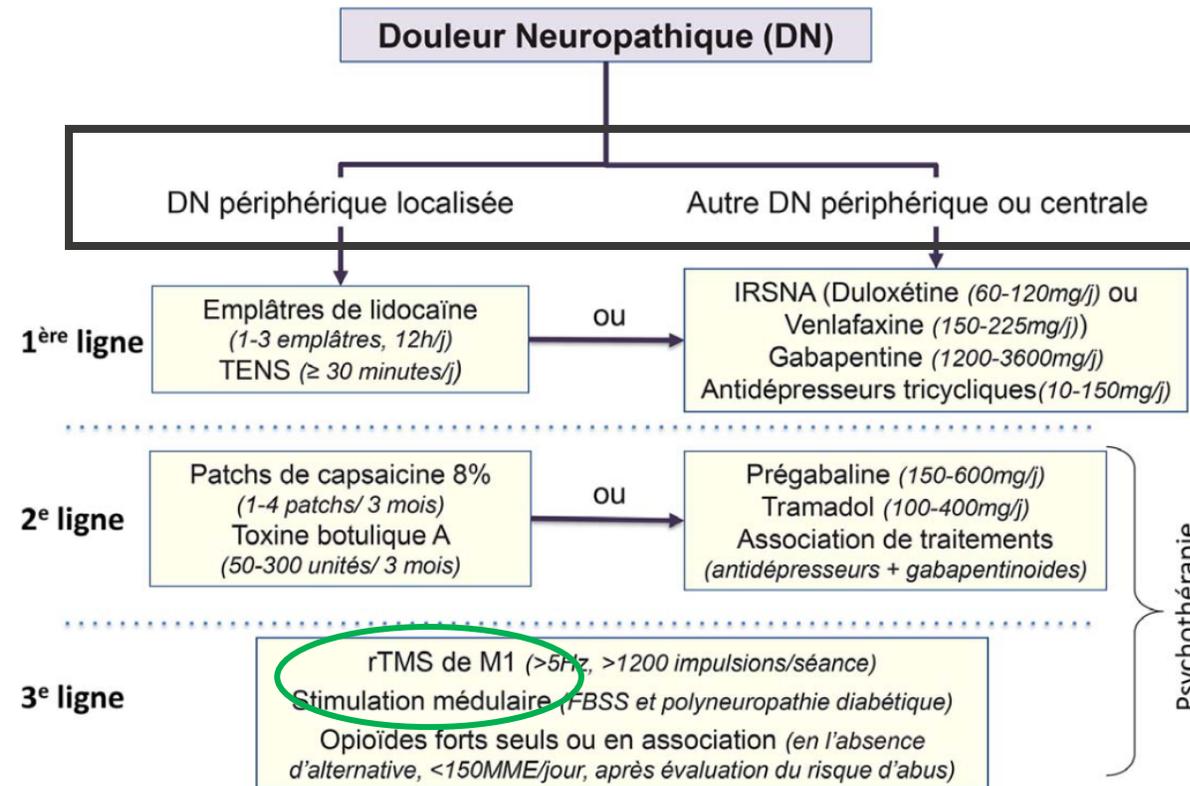


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Traitements des douleurs neuropathiques

Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)

Douleur analg. (2017) 30:192-198
DOI 10.1007/s11724-017-0532-1

MISE AU POINT / UPDATE

ACTUALITÉS DOULEUR 2017

Stimulations cérébrales non invasives : une nouvelle option thérapeutique pour la douleur chronique ?

Noninvasive Brain Stimulation: a New Therapeutic Option in Chronic Pain?

X. Moisset

Reçu le 18 septembre 2017; accepté le 26 septembre 2017
© Lavoisier SAS 2017

rTMS à haute fréquence du cortex moteur

Pb disponibilité des appareils ...



Neurostimulateur médullaire

- Par les neurochirurgiens
- Après évaluation pluridisciplinaire : algologue, neurochirurgien, psychiatre
- Centres spécialisés

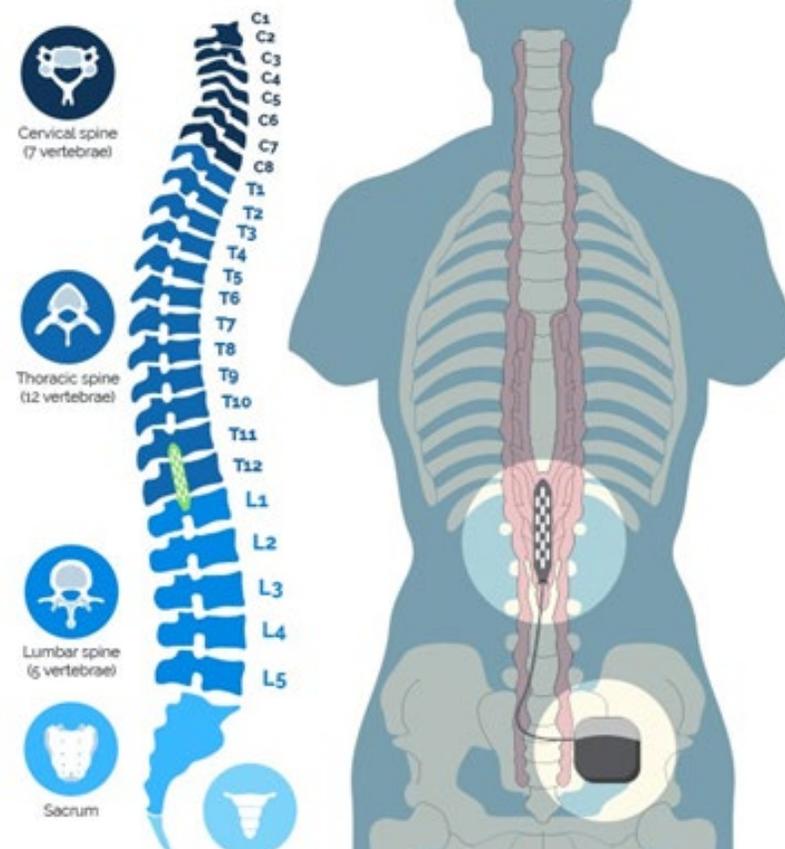
**Douleur et
Analgésie**

*For a Coordinated
Pathway of Care
for an Implantation
Neurostimulation:
proposals for
recommendations
of Guide-Based of
the Commission
Neuromodulation
of the SFETD*

RECOMMANDATIONS SFETD / SFETD RECOMMENDATIONS

**Pour un parcours
de soins coordonné en vue
d'une implantation
de neurostimulation à visée
antalgique : proposition
de recommandations
de Bonnes pratiques
de la Commission
neuromodulation de la SFETD**

C. Colomb¹, P. Rigourd²,
G. Brumauid de Montgazon³,
N. Naiditch⁴, K. Constans⁵,
M.-C. Djjan⁶, D. Fontaine⁷,
A. Rev-Moreau⁸, M. Rillot⁹



Les douleurs neuropathiques : quels traitements ?

Douleur analg.
DOI 10.3166/dea-2020-0113

RECOMMANDATIONS / RECOMMENDATIONS

Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises

Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment for Neuropathic Pain: Short Form French Guidelines

Douleur analg.

9

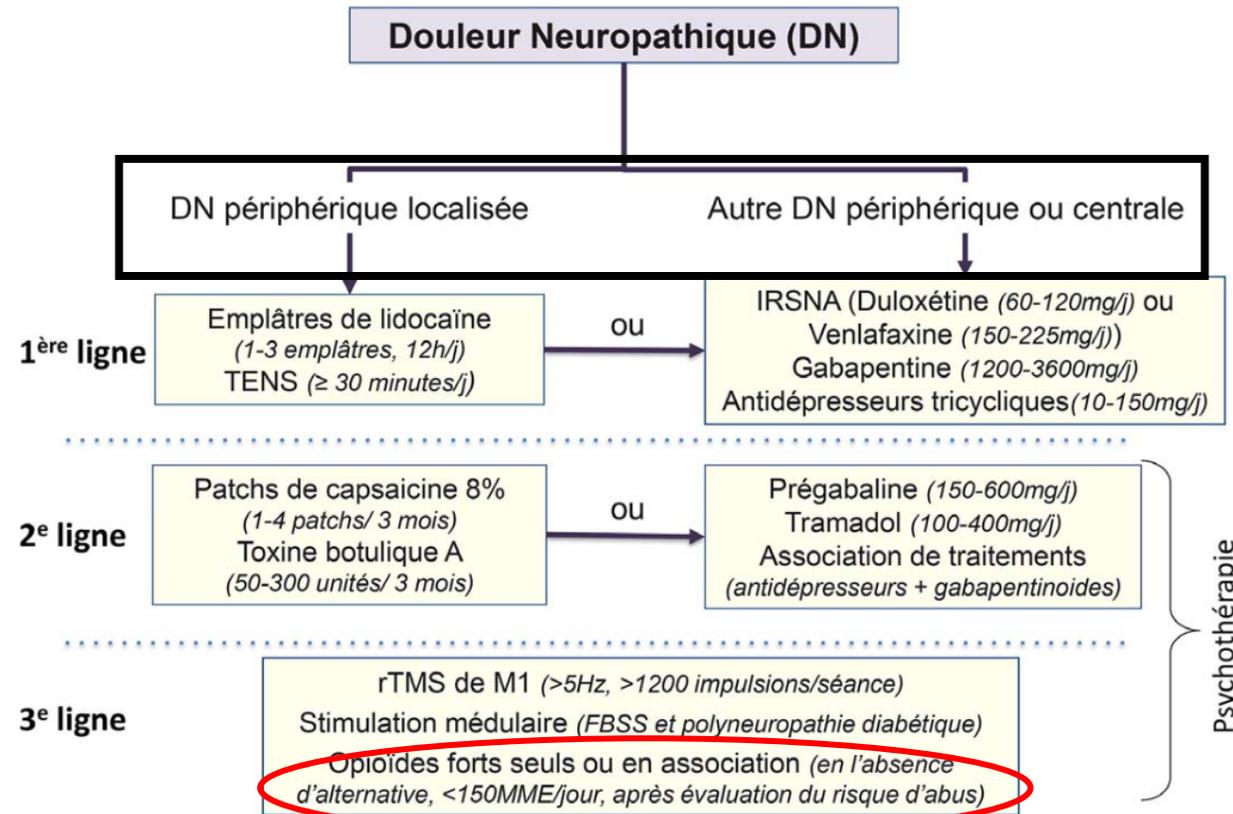


Fig. 1 Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. TENS : *transcutaneous electrical nerve stimulation* ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

Et la kétamine ?



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



FAITES LE POINT

Kétamine : quoi de neuf en France ?



Ketamine: What is new in France?

Isabelle Nègre

ViDAL Hoptimal

Médicament, parapharmacie, Indication, VIDAL Reco, etc...



Médicaments

Dispositifs médicaux, parapharmacie

Interactions, équivalences

Accueil > Recherche > KETAMINE RENAUDIN 50 mg/ml sol inj

MONOGRAPHIE

Chercher dans la page 🔍

Formes et présentations

Composition

Indications

Posologie et mode d'administration

Contre-indications

Douleur aiguë :

• Douleur en peropératoire : comme adjuvant lors d'une chirurgie à risque de douleur aiguë intense ou pourvoyeuse de douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) ou chez les patients vulnérables à la douleur (en particulier, patients sous opioïdes au long cours ou présentant une addiction aux opiacés).

• Douleur aiguë en médecine d'urgence en cas d'inefficacité de la morphine ou si elle est non souhaitable.

• Analgésie pour des soins douloureux en soins intensifs ou en situation palliative : épisode de douleur aiguë nécessitant une analgésie de courte durée et rapidement réversible après échec des thérapeutiques habituelles (opioïdes, MEOPA), et si une anesthésie générale dans un bloc opératoire ne peut être organisée.

dans un bloc opératoire ne peut être organisée.

Douleur chronique :

- Douleurs neuropathiques réfractaires sévères, après échec des traitements recommandés.
- Douleurs rebelles en situation palliative avancée en association à un traitement opioïde, lorsque celui-ci est insuffisant ou mal toléré.

temps de 2 minutes.

Douleur neuropathique chronique

En douleur chronique, de faibles doses de kétamine de 0,5 à 1,5 mg/kg/jour sont recommandées.

La dose totale administrée varie de 0,15 mg/kg (en perfusion sur une heure) à 5 mg/kg sur plusieurs jours (en perfusion continue ou en perfusions répétées sur plusieurs jours pour les doses élevées).

En cas de vitesse d'administration > 0,5 mg/kg/h, une surveillance continue par cardioscope est recommandée.

En cas de dose > 1,5 mg/kg/jour, une prémédication par une benzodiazépine est recommandée afin de réduire l'incidence des effets indésirables psychodysléptiques (perturbations des sensations visuelles, auditives, de l'humeur). Ces effets sont rares avec de faibles doses de kétamine (0,5 à 1,5 mg/kg/jour).

L'efficacité est évaluée pendant toute la durée de la perfusion, puis 1 mois après la perfusion. L'indication de poursuivre une prise en charge par kétamine doit reposer sur une amélioration de la douleur et/ou de la qualité de vie du patient d'au moins 30 %.



Douleur chronique, de quoi parle-t-on ?

Différents types de pathologies

- Douleur neuropathique périphérique : zona, neuropathie alcoolique, post chimiothérapie, VIH, lombosciatique, névralgie cervicobrachiale, amputation, lésion plexus ...
 - Douleur neuropathique centrale : SEP, lésion moelle, AVC
 - Douleur chronique postopératoire : post thoracotomie,
 - Douleur orofaciale (glossodynie, stomatodynie)
 - **Céphalée, Migraine, AVF, névralgie V...**
 - Douleur ostéoarticulaire : SDRC, arthrose, scoliose...
 - Fibromyalgie
 - Douleur associée à la Covid
 - Douleur abdomino+/-pelvienne /endométriose
-déjà multi explorées et bilantées.

Migraines et céphalées recos HAS



Antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés, même en deuxième intention, dans la crise migraineuse, quelle que soit l'intensité de la douleur.

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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

Douleur chronique , de quoi parle- t-on ?

Différents types de pathologies

- Douleur neuropathique périphérique : zona, neuropathie alcoolique, post chimiothérapie, VIH , lombosciatique Lombosciatique , névralgie cervicobrachiale , amputation , lésion plexus ...
 - Douleur neuropathique centrale : SEP, lésion moelle, AVC
 - Douleur chronique postopératoire : post thoracotomie,
 - Douleur orofaciale (glossodynie, stomatodynie)
 - Céphalée, Migraine, AVF, névralgie V...
 - Douleur ostéoarticulaire : SDRC, arthrose , scoliose...
 - **Fibromyalgie**
 - Douleur associée à la Covid
 - Douleur abdomino+/-pelvienne /endométriose
-déjà multi explorées et bilantées.

Fibromyalgie recos



Fibromyalgie Comprendre la maladie pour mieux vivre avec ses symptômes

Si cela ne suffit pas, des traitements médicamenteux et d'autres approches à envisager

Si les actions que vous avez mises en œuvre ne soulagent pas assez vos douleurs, votre médecin peut vous prescrire des médicaments antalgiques. D'autres médicaments à faible dose (antidépresseurs ou antiépileptiques) peuvent également être proposés en traitement de fond pour soulager les douleurs.

Bon à savoir

- Les médicaments antalgiques ont des bénéfices modestes sur les douleurs de la fibromyalgie et leur usage ne doit pas être prolongé.
- Certains médicaments opioïdes ou anesthésiques peuvent entraîner des effets indésirables graves, une addiction.
- Si vous prenez des médicaments ou des compléments alimentaires, parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien, pour éviter des effets indésirables (allergies, interactions médicamenteuses, etc.).



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

Fibromyalgie de l'adulte : conduite diagnostique et stratégie thérapeutique

Validé par le Collège le 19 juin 2025

..... En deuxième ligne en complément des inter

Traitements médicamenteux :
effet modeste sur les douleurs

- Identifier systématiquement mésusage et risques associés des médicaments.
- Réévaluer tolérance, efficacité ressentie, effets indésirables.
- Douleurs continues : traitement de fond par antidépresseurs et antiépileptiques à faibles doses.
- Douleurs incidentes : traitement ponctuel, jamais au long cours (paracétamol voire AINS²).
- Recours prudent au tramadol en traitement ponctuel des douleurs aiguës incidentes.
- Prescription exceptionnelle du tramadol au long cours et après avis (consultation douleur).
- Autres opioïdes non recommandés.

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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

Indications douleur aiguës EN >6/10

SAUF douleurs dentaires, lombalgie aiguë, traumatismes simples du rachis (contractures musculaires, syndrome du whiplash cervical—i.e. «coup du lapin») et distaux des membres (entorses ou blessures mineures sans signes de lésions tissulaires) colique néphrétique.
Sauf 2nde intention si douleur malgré les antalgiques non opioïdes .

OPIOID RISK TOOL

Echelle ORT - PATIENT TEST EASILY Prescription Femme née WKM 01/01/1975

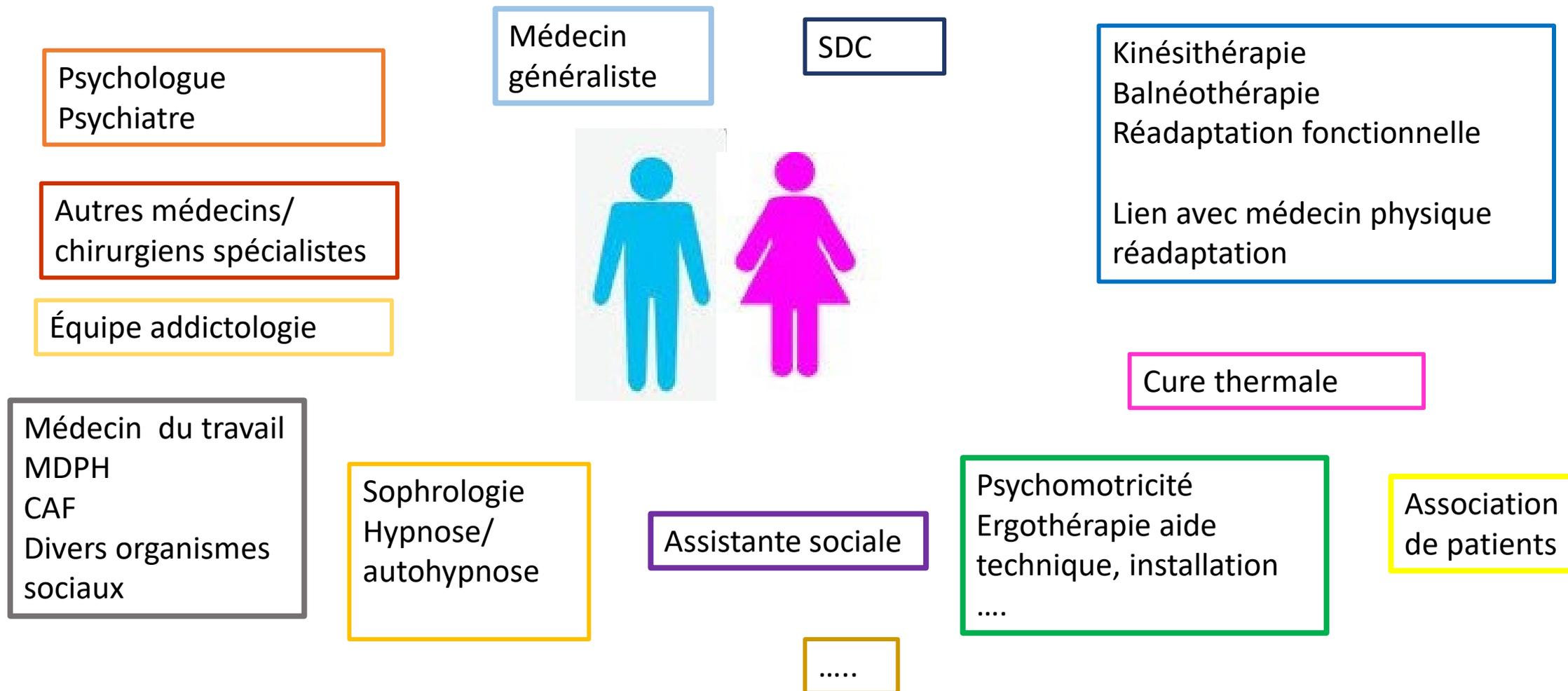
Echelle ORT : Evaluation du risque de mésusage avant prescription d'un antalgique opioïde

Antécédent familial d'abus d'une substance		Antécédent personnel d'abus d'une substance	
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Drogues illicites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drogues illicites	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Médicaments d'ordonnance	<input type="checkbox"/>
Age (sujet de 16 ans à 45 ans)	<input type="text" value="0"/>	TROUBLE PSYCHOLOGIQUE	
<input type="checkbox"/> Antécédents de violence sexuelle durant l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble : de l'attention, bipolaire, obsessionnel compulsif, schizophrénie	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/>
Score :	<input type="text" value="0"/>	Score :	<input type="text" value="0"/>

SCORE TOTAL **Le risque est faible**

Faire la somme des points pour les 5 questions. Si le score est compris entre 0 et 3, le risque est faible; si le score est compris entre 4 et 7, le risque est modéré; si le score est > 7, le risque est élevé.
Un score modéré à élevé n'est pas une contre-indication à la prescription d'un antalgique opioïde si celui-ci est indiqué dans cette douleur modéré à sévère. En revanche, une surveillance régulière à chaque consultation est recommandée avec, par exemple, l'échelle POMS.

Prise en charge multidisciplinaire



Mme S. 55 ans

Douleurs du membre inférieur gauche : douleurs du membre fantôme liées à une amputation du membre inférieur droit.

NEURONTIN 900.1200.1200

LAROXYL 18 gtes le soir

OXYCONTIN LP 20 mg 1.0.1 (diminution pdt l'hospit de 30 à 20 mg)

ABSTRAL 800 µg 7 prises (toutes les 3 h la journée) (avant toutes les 2 h à domicile) depuis 2019 ...

CYMBALTA 30 mg 1.0.0 (introduit aux Bleuets depuis 1 mois)

ZOPICLONE 1 cp au coucher

DIAZEPAM 10 mg toutes les 4 h

PARACÉTAMOL 1 g 1.1.1.1

Pas de Versatis

A eu 3 applications de QUTENZA réalisées = 4 ème application prévue demain

Propositions: (patiente hospitalisé en SSR)

- poursuite diminution progressive des opioïdes - La patiente pourra prendre RDV en addictologie si le souhaite.
- augmentation CYMBALTA à 60mg
- utilisation TENS pour le moignon
- bloc anesthésique mais la patiente ne le souhaite pas
- Cs Dr Nguyen Tang Lévègue dans 3 mois (RDV à prendre par la patiente si le souhaite)
- récupérer CR neurologue

- **Mme V. 45 ans**
- **Douleurs des membres inférieurs**
- **SD Jambes ss repos**

DICODIN LP 60mg un le soir

RIVOTRIL

Auparavant elle précise avoir pris du LYRICA, TETRAZEPAM, TOPALGIC mais mal tolérés

Essai TENS inefficace

Cs addictologie 1 seule cs

Va mieux mais prend toujours du DICODIN

Mr D . 37 ans

2004 (18 ans) : lombosciatiques intermittentes
2010 : intensification douleur
2011 : 1ere chir L4L5 (mars) juillet 2ieme chir
2012 : 3ieme chir majoration des douleurs
2012 SDC hors Reims : pose neurostim
médullaire
Amélioration transitoire
2015 ulcère – cure hernie hiatale
2016 changement de neurostim
2016 CETD Reims : perf KETAMINE
2017 perf KETAMINE
Perf ANAFRANIL
2018 cSDC HIRSON perf LIDOCAINE -----
questionnement path autoimmune PLAQUENIL
2019 perf ANAFRANIL
2020 perf ANAFRANIL
2021 perf ANAFRANIL

Ordonnance

FENTANYL transdermique ® 150micg /3j
FENTANYL transmuqueux 800 micg 8 /j

Invalidité 2019 (travaillait
dans les espaces verts
Tabac sevré 2018
OH occasionnel pas de
cannabis

Évènements de vie
+++

Plainte lombosciatique
Patch de capsaïcine x4

CETD REIMS

Adressé à pls reprise en addictologie près de son
domicile
Cs médecin / psychiatre

Adressé CSAPA Charleville Hospitalisé
Remplacement du fentanyl par morphine ..mal toléré
Sorti sous FENTANYL transdermique ® 137micg /3j
FENTANYL transmuqueux 800 micg 5 /j

SDC Charleville 30/09/24
FENTANYL transdermique ® 137micg /3j
FENTANYL transmuqueux 600 micg 5 /j
Mésothérapie – adressé en MPR

Mme V. 48 ans

Fev 2024 Patiente vue lors de son hospitalisation à l'USCAR

PREGABALINE 100mg : 2/j,

FENTANYL transmuqueux 200 Microg prescrit 6/j par jour mais elle peut en prendre 8 à 10/j

Elle me rapporte prendre ce traitement parfois à visée également anxiolytique.

CETD

TENS

Séances de case de VR

Mai 2024 : pas de reprise des opioïdes

Suivi psychiatre et CAMP

Septembre 2024 Cs Médecine Interne : Sevrage en morphinique réussi grâce à un séjour de 2 mois au printemps dans le service du Dr BENZEROUK. Pas de recrudescence des douleurs., se sent mieux et est contente d'avoir réussi le sevrage médicamenteux.

Melle N.

- Multi opérations digestives/ sd POIC
- Sclérodémie

- 2022
 - - 30 à 40 flacons d'INSTANYL
 - - 3 patchs de FENTANYL transdermique 100 µg/h toutes les 48 heures
 - Anxiolytiques

- Jan 2023 :
 - Hospitalisation sevrage USCAR
 - Sortie au bout de 24h

oct 2024 : appel du MT - Actuellement Oxycodone LP 120/j + oxycodone LI 30mg 6/j + Nefopam diffultés à ne pas réaugemtné les opioïdes ...

 **Cs conjointe algologue + addictologue en Nov 24**

Antécédents

- Syndrome de Wolff-Parkinson-White,
- HTA

Son traitement

- METHADONE,
- XANAX,
- IBESARTAN,
- PANTOPRAZOLE

- A eu gabapentine, pregabaline etc ..

Enfance /
adolescence..
Difficiles
Légion
française

Mr M.

douleurs neuropathiques (DN4 à 5 /10)
paresthésies ,allodynie, picotements et
hypoesthésie dans le territoire du nerf ulnaire
droit avec une hypoesthésie + allodynie au
niveau de la cicatrice au-dessus de l'index
droit.



Territoire sensitif du nerf ulnaire



ttt proposés

- Emplâtres de lidocaïne 5%
- TENS
- QUTENZA
- Bloc anesthésique
- psychologue

Jamais venu à aucun RDV

HDM

« en 2019, assiste à un accident de
voiture, extrait la victime,
mais entraînant une lésion de
l'extenseur de l'index droit pour lequel il
aurait été opéré
18 à 24 mois après, réopéré du canal
carpien droit et du nerf ulnaire droit. »

Prise opiacées au
début des douleurs

*« rupture sentimentale
compliquée »
« pas amis relations/ drogues »
« je force je n'ai pas d'autre
solution »
« jamais pris el temps de prendre
soin de moi »
"demander de l'aide a tjrs été
compliqué »*



Conclusion

Patient douloureux chronique dépendant des antalgiques en SDC

- ✓ Charge multidisciplinaire et globale
- ✓ Thérapeutique et cadre de prise en charge hors « addictologie »
- ✓ Nécessité de collaborer avec les équipes spécialisées en addictologie
- ✓ Prévention - formation des acteurs de santé

La solution? Algologue addictologue ? Addictologue algologue ?



Prise en charge multidisciplinaire

Exemple HDJ « addictologie au CETD du CHU de REIMS »

½ journée 2 patients

2 mardi après-midi / mois

- **IDE douleur** : échelles évaluation douleur et QdV
- **Pharmacien** : analyse pharmaceutique – proposition de modification thérapeutiques
- **Équipe de liaison en addictologie 2 IDE** : 1ere évaluation addictologique – orientation
- **Médecin algologue**

The screenshot shows the 'Accueil' (Home) screen of the OPIOCONVERT application. At the top, there is a teal header with a home icon and the word 'Accueil'. Below this is a large teal logo consisting of a square with a stylized 'O' and 'C' inside. Underneath the logo, the text 'OPIOCONVERT' is displayed in a bold, black, sans-serif font. A line of text states: 'L'application est éditée par les trois sociétés savantes :'. Below this text are three logos: SFAP (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), AFSOS (Association Française pour les Soins Ostéopiques de Support), and SFETD (Société Française d'Évaluation Thérapeutique des Médicaments). A large grey rectangular box contains two paragraphs of text. The first paragraph reads: 'Un groupe de travail issu de ces Sociétés a établi des recommandations concernant les ratios de changement d'opioïdes ou de voie d'administration des opioïdes.' The second paragraph reads: 'N'oublions pas que les modalités d'administration du nouvel opioïde doivent prendre en compte le motif du changement (inefficacité ou intolérance), la pharmacocinétique de la molécule en question, la cinétique de libération de la forme galénique utilisée, l'état métabolique du patient et les éventuelles interactions médicamenteuses.' At the bottom of the screen is a navigation bar with four icons and their corresponding labels: a house icon for 'Accueil', a warning triangle icon for 'Avertissements', a calculator icon for 'Calculatrice', and an information icon for 'Infos'.

Accueil



OPIOCONVERT

L'application est éditée par les trois sociétés savantes :



Un groupe de travail issu de ces Sociétés a établi des recommandations concernant les ratios de changement d'opioïdes ou de voie d'administration des opioïdes.

N'oublions pas que les modalités d'administration du nouvel opioïde doivent prendre en compte le motif du changement (inefficacité ou intolérance), la pharmacocinétique de la molécule en question, la cinétique de libération de la forme galénique utilisée, l'état métabolique du patient et les éventuelles interactions médicamenteuses.

Accueil Avertissements Calculatrice Infos

<https://opioconvert.fr/>

- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3634512/fr/fibromyalgie-de-l-adulte-conduite-diagnostique-et-strategie-therapeutique
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses

RECOMMANDER

LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

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

10 mars 2022

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses

Objectifs de la recommandation

Afin de diminuer les cas de surdoses et de dépendance physique aux opioïdes, les objectifs de cette recommandation sont de :

- rappeler les principes généraux d'utilisation des médicaments opioïdes ;
- promouvoir le bon usage des médicaments antalgiques opioïdes dans la douleur aiguë et chronique, liée au cancer ou non, chez les patients de plus de 15 ans ;
- promouvoir le bon usage des médicaments de substitution aux opioïdes et de la naloxone dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses des opioïdes.

Patients concernés

Ces recommandations concernent les patients âgés de plus de 15 ans, traités par antalgiques opioïdes pour une douleur aiguë ou chronique, liée à un cancer ou non, les patients âgés de plus de 15 ans traités par un médicament de la dépendance physique (« pharmacodépendance ») aux opioïdes et ceux présentant un usage problématique (dont une dépendance physique) des opioïdes prescrits ou illicites.

<https://youtu.be/1N3I-FnLuPY>

Prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes en douleur aiguë

1^{er} but = Soulager
la douleur >
maintenir une
abstinence en
opiacés illicites

Eviter les
morphiniques ne
veut pas dire
s'en passer si
nécessaire

En soulageant la
douleur aiguë,
on peut éviter le
recours à une
automédication
ou majoration de
la consommation
de drogues



Tableau III. Règles complémentaires (16, 17, 19 20).

- ① Éviter les opioïdes faibles (codéine, tramadol, dihydrocodéine, poudre d'opium ou dextropropoxyphène) de plus faible affinité pour le récepteur opiacé μ donc moins efficaces en cas de substitution.
- ② Ne pas prescrire d'agonistes partiels (buprénorphine) ni d'agonistes/antagonistes (nalbuphine) pouvant provoquer un syndrome de sevrage physique.
- ③ Ne pas prescrire de formes injectables (sauf néfopam).
- ④ Penser aux co-analgésiques (douleur chronique) : antidépresseurs (amitryptiline, duloxétine), anti-épileptiques (gabapentine, prégabaline), corticoïdes, myorelaxants, antispasmodiques.
- ⑤ Hospitalisation de courte durée pour équilibrer un traitement, notamment en cas de rotation d'opioïde.
- ⑥ Penser aux approches non pharmacologiques : écoute, empathie ; neurostimulation transcutanée (TENS) ; relaxation/sophrologie ; kinésithérapie/massage ; hypnose ; psychothérapie cognitivo-comportementale ; acupuncture.
- ⑦ Un seul prescripteur/un seul pharmacien.
- ⑧ Consultations plus fréquentes pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la stratégie antalgique mise en œuvre.

Privilégier la
voie orale
autant que
possible

Mialou M., Richard B, Llorca PM et al.
*Stratégies antalgiques et médicaments de
substitution aux opiacés.* Le courrier des
addictions 2012; 2: 24-26

Prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes en douleur aiguë

Tableau II. Deuxième étape : stratégies pharmacologiques (15, 17-20).

DOULEUR AIGUË (DURÉE < 3 MOIS)

EVA ≤ 3	Douleur légère
Stratégie 1	Paracétamol (3-4 g/jour) ou AINS (kétoprofène 50 mg x 3/jour)
Stratégie 2	Meopa (N ₂ O/O ₂ , 50/50) ou lidocaïne crème/patch en prévention de la douleur liée aux soins
EVA = 4-6	Douleur modérée
Stratégie 1	Néfopam (60 à 120 mg/j) per os ± paracétamol ou AINS
Stratégie 2	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine (4 prises/jour) ± augmenter la dose totale
Stratégie 3	Fractionner la dose de méthadone/buprénorphine en associant à chaque prise paracétamol (/6 h) ou AINS (/12 h) ou néfopam (/6 h)
EVA ≥ 7	Douleur sévère
Stratégie 1 (méthadone)	Augmenter progressivement et fractionner (/6 h) la dose de méthadone
Stratégie 2 (méthadone)	Idem + associer des interdoses de morphine (10 mg) ou fentanyl (100 µg) à libération immédiate sur une courte durée
Stratégie 3 (buprénorphine)	Arrêter la buprénorphine/initier de la morphine à libération immédiate (/4 h) pour titration, à convertir rapidement en forme libération prolongée (/12 h)

Règle n°1 : Maintien du traitement de substitution méthadone ou Subutex® en place

Règle n°2 : Contre-indication des antagonistes μ nalbuphine ou naloxone,
▲ sd de sevrage !



Prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes en douleur aiguë

- **Patient substitué par la méthadone:**

- ↳ Antalgiques morphiniques et non morphinique en évitant les paliers II

- **Patient substitué par le Subutex® 1/2**

- ↳ douleur modérée $4 < \text{EVA} < 6$: possibilité d'augmenter les doses de buprénorphine en fractionnant les prises en 3 à 4 fois/jour

- ↳ Solution simple à appliquer mais limitation par l'effet plafond et le retour au niveau antérieur de substitution peut être difficile



Prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes en douleur aiguë

- **Patient substitué par le Subutex® 2/2**

↳ Douleur sévère EVA > 7 : arrêt buprénorphine et relais morphine mais changement avec prudence :

Buprénorphine  morphine : attendre sevrage de la buprénorphine, soulagement médiocre au début

CI buprénorphine +morphine : inefficacité, les doses de morphine nécessaire pour entrer en compétition avec la buprénorphine sera très élevée

Morphine  buprénorphine : attendre le « wash out » de morphine

Prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes en péri opératoire

Règles générales pour le patient toxicomane d'héroïne actif ou substitué :

On apporte la dose d'opioïde fort correspondant à la dose évitant le sevrage (dose dite de « substitution ») en ajoutant une dose correspondant au traitement de la douleur si besoin



Contre-indication des antagonistes et des agonistes antagonistes μ

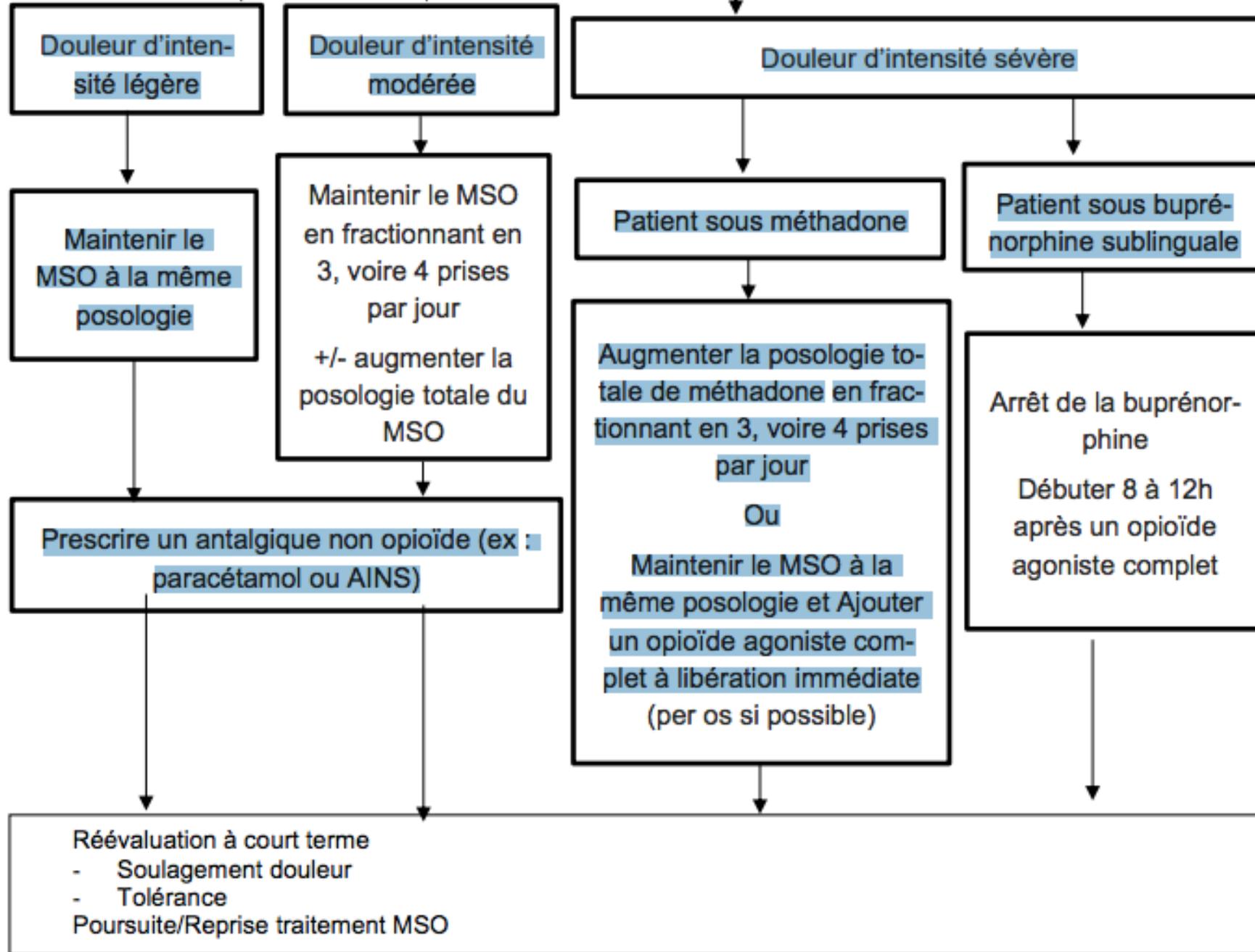


Figure 2 : Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde chez les patients traités par médicament de substitution aux opioïdes.