

**FICHE**

# Traitement antalgique opioïde de la douleur aiguë chez les patients sans 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

## Indications

Les médicaments antalgiques opioïdes sont indiqués (AMM) pour le traitement des douleurs aiguës et sévères (score à l'échelle numérique  $\geq 6/10$ ). Ils doivent, dans la mesure du possible et le plus souvent, être utilisés en association avec d'autres antalgiques non opioïdes et des mesures non médicamenteuses afin d'atteindre une antalgie satisfaisante.

Toutefois, dans certaines situations cliniques, même en cas de douleur aiguë sévère, les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés en première intention (à titre non exhaustif) : 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. Ils peuvent être alors prescrits lorsque le soulagement de la douleur n'est pas atteint avec les antalgiques non opioïdes (ex. : paracétamol, AINS).

De plus, les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés, même en deuxième intention, dans la crise migraineuse, quelle que soit l'intensité de la douleur.

Pour les douleurs périopératoires, une analgésie multimodale associant mesures antalgiques non médicamenteuses, médicaments non opioïdes et médicaments opioïdes est recommandée, plutôt que des médicaments antalgiques opioïdes en monothérapie.

Il n'est pas recommandé de prescrire des médicaments antalgiques opioïdes pour le traitement de douleur aiguë non sévère en première intention. Ils pourront être proposés, en seconde intention dans le cadre de douleurs modérées ( $4 \leq EN < 6$ ), en l'absence d'amélioration avec les médicaments antalgiques non opioïdes. La douleur devra être réévaluée rapidement afin de déterminer si une antalgie satisfaisante a été obtenue, et le cas échéant d'arrêter ou de continuer le traitement.

Le fentanyl transmuqueux, d'action rapide, n'est ni indiqué (pas d'AMM) ni recommandé pour le traitement de la douleur aiguë, en raison du risque important de dépression respiratoire ou de trouble de l'usage.

Il est recommandé d'évaluer systématiquement 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

### En médecine ambulatoire

Quand il est indiqué et que la balance bénéfices/risques est jugée favorable pour le patient, il est recommandé de prescrire un opioïde :

- à la dose efficace la plus faible ;
- à libération immédiate uniquement ;
- et pour la durée la plus courte possible (maximale de 14 jours).

Une réévaluation rapide est recommandée afin de s'assurer du soulagement de la douleur et d'une bonne tolérance. Si un traitement antalgique opioïde est toujours nécessaire, une forme à libération prolongée pourra être discutée en cas de douleur continue, et à l'inverse un traitement par médicament opioïde qui n'est plus justifié sera arrêté.

### En médecine d'urgence

Dans des circonstances où un opioïde est indiqué avec une balance bénéfices/risques jugée favorable pour le patient, il est recommandé de prescrire un opioïde par la voie intraveineuse (IV), voie la plus efficace et la plus sûre, en titration selon un protocole adapté. Ainsi, la morphine est administrée en titration IV avec des bolus de 2 mg (patient < 60 kg) à 3 mg (patient ≥ 60 kg) toutes les 5 à 7 minutes, applicable à toutes les situations d'urgence, y compris chez les sujets âgés sous réserve de critères de fragilité particuliers. Dans certaines conditions de surveillance renforcée ou dans certaines typologies de douleur (ex. : drépanocytaire, etc.), un bolus initial de 0,1 mg/kg est nécessaire et recommandé avant de poursuivre une titration selon ces modalités pour éviter des délais d'antalgie trop longs.

En cas d'insuffisance rénale aiguë ou chronique, la titration morphinique intraveineuse sera adaptée (intervalle interdose rallongé et/ou posologie réduite des bolus), comme chez les sujets âgés fragiles.

Quand la voie orale est utilisée, seuls les opioïdes à libération immédiate sont recommandés.

Une réévaluation rapide (sous 2 heures) est recommandée pour adapter la prescription en fonction de l'antalgie obtenue.

La voie sous-cutanée n'a pas d'intérêt, que ce soit aux urgences ou en hospitalisation, sauf en cas d'impossibilité d'utiliser la voie orale et la voie IV.

Pour la réalisation de gestes douloureux, la titration de la morphine intraveineuse ne permet pas des conditions de sécurité, d'efficacité et de maniabilité satisfaisantes pour une sédation procédurale. D'autres modalités analgésiques et/ou sédatives lui sont préférables (protoxyde d'azote, MEOPA, anesthésie locale par xylocaïne, kétamine, etc.) en fonction du geste envisagé.

### En établissement de soins

Il est recommandé de limiter l'utilisation des antalgiques opioïdes aux patients atteints :

- de douleurs sévères ;
- de douleurs modérées ;
- qui n'ont pas répondu au traitement par antalgiques non opioïdes,
- lorsque le traitement par antalgiques non opioïdes est non indiqué ou contre-indiqué.

S'ils sont utilisés, il est recommandé d'utiliser des opioïdes à libération immédiate pour la titration puis d'utiliser la dose d'opioïde efficace la plus faible possible pendant la durée la plus courte possible. Il est préférable d'utiliser la voie d'administration orale.

## **Lors de la sortie des urgences ou de l'hôpital**

Il est recommandé de prescrire des antalgiques opioïdes seulement dans le cadre des indications de leurs AMM et si l'intensité de la douleur reste modérée à sévère, soit parce que le traitement étiologique est différé, soit parce que son délai d'action est long.

À la sortie des urgences ou d'un séjour court à l'hôpital, seuls les opioïdes à libération immédiate sont recommandés, à la dose la plus faible possible et pour la durée la plus courte (2 à 3 jours).

À la sortie d'une hospitalisation plus longue, au cours de laquelle le patient a été équilibré avec un antalgique opioïde à libération prolongée, la poursuite de ce traitement peut être envisagée quand la prise en charge de la cause de la douleur n'est pas terminée.

Il est recommandé d'informer le patient de la nécessité de prendre rendez-vous à la sortie des urgences ou du service d'hospitalisation avec son médecin habituel en vue d'une réévaluation de l'efficacité et la tolérance du traitement dans un délai maximal de 7 jours. La réévaluation devra être précoce et répétée chez le sujet âgé.

L'évaluation par le médecin de la pertinence du renouvellement de la prescription de médicament antalgique opioïde est recommandée en fonction de la situation clinique et de la balance bénéfiques/risques pour le patient, et, le cas échéant, le traitement sera prescrit sur une courte durée. À terme, la diminution ou l'arrêt du traitement doivent être anticipés.

Une coopération pluriprofessionnelle entre les médecins hospitaliers et les acteurs de soins de santé primaires (médecins et pharmacien) est indispensable.

La figure (p. 4) présente l'algorithme de prise en charge d'un patient sans consommation d'opioïdes en cours, ayant une douleur aiguë, chez qui un traitement par antalgique opioïde est envisagé.

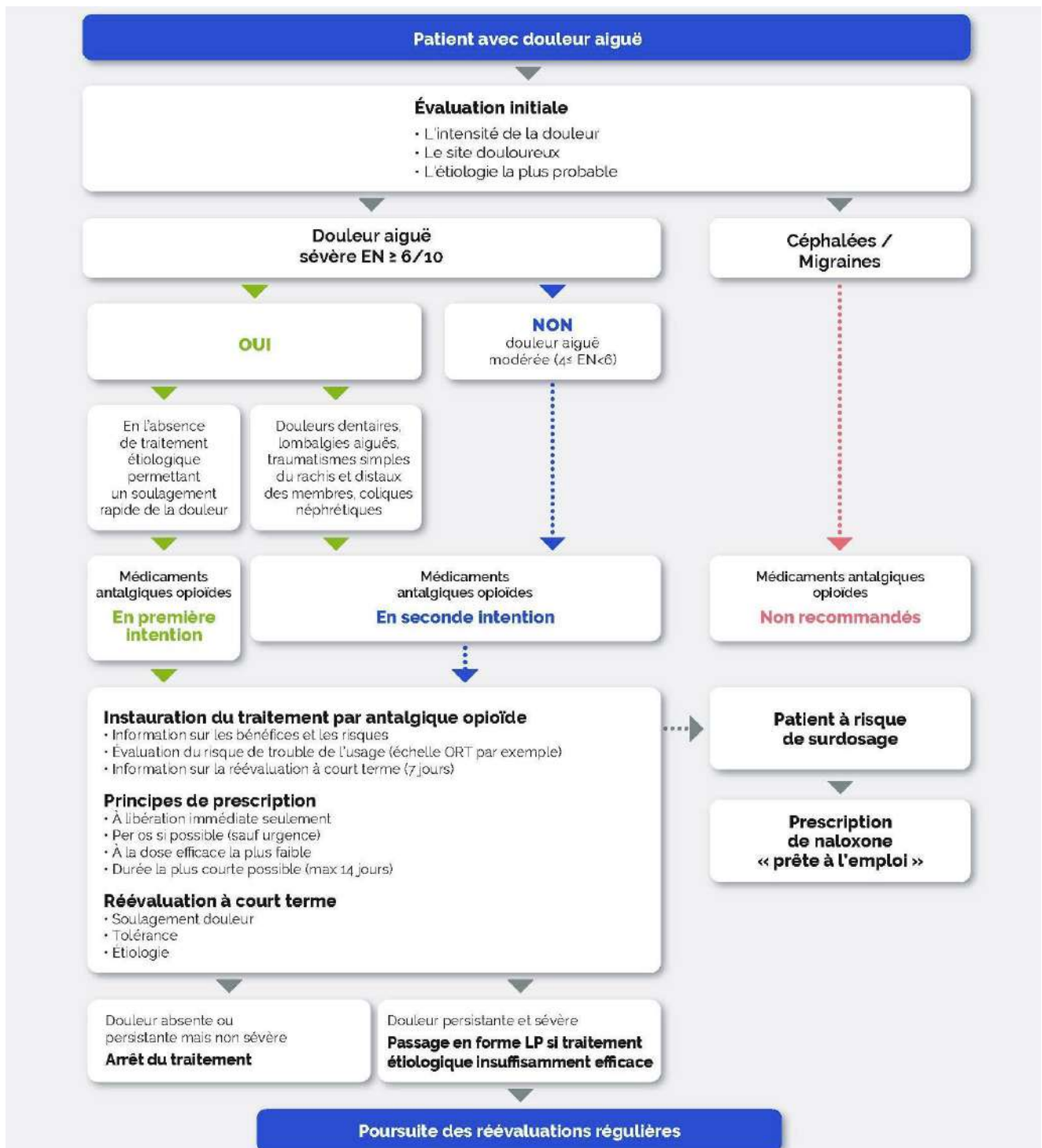


Figure : Prise en charge d'une douleur aiguë par traitement antalgique opioïde

# Douleur aiguë post-opératoire

## Précautions spécifiques à la prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire

Il est recommandé d'identifier de façon précoce les patients à risque de développer une douleur post-opératoire sévère et/ou une chronicisation de la douleur post-chirurgicale, en recherchant :

- les facteurs de risque pré-opératoires : une douleur y compris en dehors du site opératoire, la consommation d'opioïdes au long cours, des troubles psychiques tels que les troubles anxieux et les troubles dépressifs ;
- les facteurs de risque de chronicisation de la douleur post-opératoire : une douleur postopératoire immédiate intense dont le niveau est recueilli à l'aide d'une échelle numérique, une prolongation inhabituelle de la douleur, une douleur neuropathique précoce dépistée au moyen du questionnaire DN4.

Il est également recommandé de rechercher une hyperalgésie pré-opératoire, situation de vigilance à traiter avant la chirurgie.

Les facteurs chirurgicaux de risque de chronicisation de la douleur post-opératoire sont : le type de chirurgie (ex. : thoracotomie, chirurgie mammaire, sternotomie et prélèvement de crête iliaque), les reprises chirurgicales, la présence de douleurs pré-opératoires sur site plus fréquente, une durée de la chirurgie supérieure à 3 h.

Il est recommandé :

- d'informer de façon individualisée le patient sur les risques et les bénéfices attendus des médicaments ainsi que des procédures utilisées afin d'optimiser leur efficacité ;
- d'utiliser des outils d'évaluation de la douleur (adaptés aux capacités cognitives des patients) afin d'ajuster les prescriptions en fonction du niveau de l'antalgie obtenue ;
- d'assurer une surveillance appropriée de la sédation, de la dépression respiratoire et des autres effets indésirables et de prescrire d'éventuels traitements symptomatiques en cas de nausées, vomissements ;
- de repérer précocement les patients qui continuent de consommer des opioïdes plus de deux semaines en post-opératoire.

## Modalités du traitement opioïde

Pour le traitement de la douleur, il est recommandé :

- d'utiliser une analgésie multimodale, c.à.d. l'utilisation de médicaments à mécanismes d'action différents et de techniques analgésiques combinés à des interventions non pharmacologiques permettant de limiter les doses de médicament antalgique opioïde (ex. : opioïdes associés au paracétamol et aux AINS ou aux corticoïdes et à des techniques analgésiques loco-régionales [ALR et anesthésiques locaux directement en peropératoire]) ;
- de ne pas systématiquement intégrer des antalgiques opioïdes aux protocoles d'analgésie multimodale (en fonction de l'intensité de la douleur post-opératoire), au risque de majorer d'éventuels effets indésirables.
- de surveiller l'apparition d'une douleur non attendue, inhabituelle, pouvant conduire à la mise en évidence d'une hyperalgésie post-opératoire, possiblement induite par un opioïde malgré une prévention par analgésie multimodale ;

## En service d'hospitalisation

Il est recommandé :

- de privilégier la voie orale plutôt qu'intraveineuse si possible pour l'administration d'opioïdes ;
- dans tous les cas, le relais de la voie intraveineuse vers la voie orale sera fait le plus précocement possible, après la chirurgie pour tous les médicaments utilisés dans l'analgésie multimodale ;
- si les opioïdes doivent être administrés par voie intraveineuse, privilégier une administration par pompe d'analgésie contrôlée par le patient (« PCA » ou ACP) en limitant la prescription de débits continus ;
- pour les personnes âgées, la dose minimale effective d'opioïdes sera réduite de 1/3 à 2/3, l'analgésie autocontrôlée est sûre chez les patients sans déficit cognitif ;
- de prévenir la constipation, potentiellement majorée par l'association d'un alitement post-opératoire et d'un traitement par opioïde.

## À la sortie de l'hôpital

Il est recommandé :

- d'informer sur la diminution progressive des traitements après la sortie de l'hôpital ;
- de prescrire des antalgiques opioïdes pour une durée de 15 jours maximum et de réévaluer cliniquement le patient à ce moment-là ;
- de travailler en coopération pluriprofessionnelle entre le chirurgien, le médecin traitant et le pharmacien.