

	Réseau Mayennais de Lutte contre la Douleur	REMALDO www.remaldo.org	Page 1/14
<i>Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë des patients sous traitement de substitution (Méthadone, Buprénorphine)</i>			N°version 1.0 Mars 2018

1. OBJET et CHAMP D'APPLICATION

Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë chez le patient traité par médicament de substitution aux opiacés : méthadone ou buprénorphine.

Cette procédure s'applique à tous les patients adultes algiques traités par méthadone ou buprénorphine.

- Le bon usage des antalgiques nécessite la stabilisation du patient sous traitement de substitution.
- La prise en charge est multidisciplinaire : médecins, pharmaciens, addictologues, psychologues,...
- Le cas des patients traités par Revia®/Naltrexone, (médicaments antagoniste des morphiniques), n'est pas abordé dans cette procédure.

2. REFERENCES

- Protocole de prise en charge des douleurs faibles à modérées et des douleurs fortes de patients substitués par buprénorphine ou méthadone pour une pharmacodépendance majeure aux opiacés, CLUD du CHU de Toulouse, 2013.
- Stratégies antalgiques et médicaments de substitution aux opiacés, Le Courrier des addictions (12), n °2, avril-mai-juin 2010
- Protocole de gestion des antalgiques sous médicaments de substitution aux opiacés, Le courrier des addictions(16) Hors-série médecin, juin 2014
- Prise en charge de la douleur pour les patients recevant un MSO (Médicament de Substitution Opiacée), Dr Philippe POULAIN, Tarbes (65), Dr Xavier AKNINE, Paris (75), Adresse URL : https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/548/2655.pdf

3. MOTS CLES

Méthadone, Buprénorphine, Analgésie, Douleur, Addiction

4. ABREVIATIONS

EVA : Echelle Visuelle Analogique

MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacés

5. DEFINITIONS

En 2015, les MSO comprennent :

- La méthadone commercialisée en sirop ou gélule sous le nom de chlorhydrate de Méthadone®.
- La buprénorphine seule par voie sublinguale commercialisée sous le nom de Subutex® et ses génériques
- La buprénorphine associée à la naloxone par voie sublinguale commercialisée sous le nom de Suboxone®.



***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

Equianalgésie **approximative** des MSO avec la morphine

Ces équivalences sont données à titre indicatif, en effet

- il existe des variations d'un patient à l'autre,
- les pics plasmatiques sont décalés,
- les durées d'action sont différentes.

o 1 mg de méthadone ≈ 3 mg de morphine orale ≈ 1 mg de morphine IV

o 1 mg de buprénorphine ≈ 30 à 50 mg de morphine orale ≈ 10 à 16 mg de morphine IV

6. ANNEXE

- Récapitulatif sous forme de logigrammes
- Liste exhaustive de tous les intervenants départementaux



***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

CONDUITE A TENIR

1. Principes

- Chaque prise en charge est spécifique
- Etablir un contrat de soin entre le patient dépendant aux opiacés et la totalité de l'équipe soignante
- Evaluer le type de douleur : nociceptive, neuropathique, psychogène, mixte.

Physiologie

- **Les patients sous MSO sont plus sensibles à la douleur.**
- **Il faut toujours maintenir un traitement MSO.**
- **le MSO n'est pas antalgique s'il est pris correctement à la dose de substitution.**

Buts du traitement

- Assurer une analgésie correcte avec pour objectif EVA <3
- Traiter la cause de la douleur
- **Eviter le syndrome de sevrage,**
- Eviter un risque de rechute dans la consommation illicite des opiacés entraîné par une douleur mal prise en charge

Traitements à éviter

- Voie orale à privilégier au maximum : éviter la voie injectable.
- Eviter les prescriptions de type « si besoin »
- Contre indication des opioïdes de palier II : tramadol, codéine, poudre d'opium (Lamaline[®], Izalgi[®])
- Contre indication absolue de la Nalbuphine (Nubain[®]) et de la buprénorphine (Temgesic[®]) à dosage antalgique en raison du risque de surdosage,
- la naloxone (Narcan[®]) par voie injectable est à éviter au maximum en cas de surdosage, en raison du risque de sevrage aigu de la dépendance aux opiacés. En cas de surdosage, favoriser au maximum la stimulation du patient, l'oxygène...
- Les opioïdes bien utilisés ne déséquilibrent pas le traitement de substitution

Recours à l'équipe d'addictologie

Le recours à l'équipe d'addictologie est fortement conseillé si le patient prend des opiacés et des traitements de substitution non prescrits.

Le recours est également recommandé pour :

- authentifier la dépendance,
- dépister le mésusage
- recadrer la place de la substitution
- faire le lien avec les médecins prescripteurs
- dépister les autres dépendances



***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

2. Bilan avant traitement

- Décrire précisément la douleur : utiliser une échelle habituelle comme l'EVA de 0 à 10.
- Estimer, si possible, la durée probable de la douleur
- Rechercher une étiologie à traiter et, si besoin, solliciter un avis de spécialiste.
- Faire une évaluation psychologique, y compris l'impact de la douleur.
- Eliminer un syndrome de manque en opiacés ou un sous dosage du MSO.
- Rechercher un mésusage du MSO en lien ou non avec la douleur.
- Rechercher une automédication par des morphiniques illicites ou médicamenteux : tramadol, codéine, poudre d'opium, morphine,...
- Rechercher les contre-indications à certaines prescriptions telles qu'insuffisance rénale, insuffisance hépatique, gastrites,...



***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

3. Douleur neuropathique

Les traitements habituels des douleurs neuropathiques peuvent être utilisés avec les MSO :

- Les antiépileptiques : gabapentine (Neurontin®), prégabaline (Lyrica®),
- Les antidépresseurs : amitriptyline (Laroxyl®), clomipramine (Anafranil®), imipramine (Tofranil®)...
- Voire un antidépresseur plus récent tel que la duloxétine (Cymbalta®) qui a une AMM pour les douleurs neuropathiques diabétiques périphériques.

Selon le contexte, possibilité d'associer :

- du MEOPA (Kalinox®, Entonox®, Antasol®, Oxynox®),
- de la kétamine sur avis de spécialiste.



***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

4. Douleur nociceptive légère / modérée en première intention : 3 < EVA < 6

En conservant le MSO, le traitement concerne les antalgiques du palier I :

- Paracétamol, à favoriser
- Les antalgiques non opioïdes et co-antalgiques tels que :
 - les AINS
 - les myorelaxants
 - les antispasmodiques
 - les corticoïdes
 - le néfopam (Acupan®) : utilisation per os (hors AMM) si analgésie insuffisante et absence de contexte étiologique

On peut également utiliser, en analgésie multimodale, toujours en association avec le MSO :

- L'anesthésie loco-régionale : à privilégier en péri-opératoire
- Des traitements non médicamenteux : chaleur, froid, massage, étirements...
- Ajout du méthoxyflurane (Penthrox[®]) dans le respect de son AMM (« prise en charge en urgence de douleurs post-traumatiques de l'adulte conscient »)

5. Douleur nociceptive modérée en seconde intention : 3 < EVA < 6

- Evaluation de la composante psychologique : traitement par anxiolytique possible
- 1^{ère} stratégie :
 - augmentation des doses (jusqu'à 25% de plus) du MSO (méthadone ou buprénorphine) avec **des prises fractionnées toutes les 6 à 8h** (pour provoquer artificiellement un effet antalgique au moment des pics plasmatiques)
 - Le fractionnement des doses est instauré au maximum pour quelques jours (revenir dès que possible à 1 seule prise par jour).
 - la dose maximale de buprénorphine est de 16mg/j.
 - il n'y a pas de dose maximale pour la méthadone.
 - Si échec, revenir à une seule prise quotidienne de substitution
- 2^{ème} stratégie :
 - association paracétamol et/ou AINS et/ou nefopam
- Ajout de kétamine possible sur avis spécialisé
- Ajout du méthoxyflurane (Penthrox[®]) dans le respect de son AMM (« prise en charge en urgence de douleurs post-traumatiques de l'adulte conscient »)



***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

6. Douleur nociceptive forte : EVA \geq 6

6a/ Pour tous les patients :

Hospitalisation si besoin pour le plan de titration.

Hors hospitalisation, le MSO est délivré par une pharmacie choisie par le patient et l'addictologue.

Le nom de la pharmacie doit être indiqué sur l'ordonnance.

Contactez le médecin et le pharmacien référents de la substitution aux opiacés afin qu'ils ne soient pas surpris par des changements de traitement du type association méthadone/ morphine ou de l'arrêt de la buprénorphine pour la mise en place d'un traitement morphinique.

	Réseau Mayennais de Lutte contre la Douleur	REMALDO www.remaldo.org	Page 8/14
<i>Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë des patients sous traitement de substitution (Méthadone, Buprénorphine)</i>			N°version 1.0 Mars 2018

6. Douleur nociceptive forte : EVA \geq 6 (suite)

6b/ Patient sous buprénorphine (Subutex® ou Suboxone® ou génériques) :

La morphine associée à la buprénorphine est inefficace ; De plus, le risque de surdosage est majoré. Cette association est une contre-indication absolue.

o 1ère stratégie :

- **Arrêt** de la buprénorphine pour l'utilisation de morphiniques (palier 3 de l'OMS).
- Titration morphine à libération immédiate par voie orale : *débuter** par 10 mg par prise.
(**délai 24 à 48H* : attendre le début d'apparition des 1ers signes de sevrage tels que *larmes, nez qui coule, diarrhée, bâillements, douleurs musculaires, insomnie, anorexie, ...*)
- Pour les douleurs de longue durée, convertir en morphine LP (/12h) dès la fin de la titration.
- Favoriser au maximum la voie orale et éviter la voie IV.
- Contre-indication absolue de la PCA.

o 2ème stratégie :

- En cas de chirurgie réglée par exemple, programmer par un addictologue un switch buprénorphine \Leftrightarrow méthadone pour la substitution (puis Cf chapitre « patient sous méthadone »)

o Dans tous les cas :

- Possibilité d'une analgésie multimodale en associant les antalgiques du palier I (paracétamol, AINS), les co-antalgiques non opioïdes, les techniques non médicamenteuses : (Cf chapitre 4)
- Ajout du méthoxyflurane (Penthrox[®]) dans le respect de son AMM (« *prise en charge en urgence de douleurs post-traumatiques de l'adulte conscient* »)

	Réseau Mayennais de Lutte contre la Douleur	REMALDO www.remaldo.org	Page 9/14
<i>Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë des patients sous traitement de substitution (Méthadone, Buprénorphine)</i>			N°version 1.0 Mars 2018

6. Douleur nociceptive forte : EVA \geq 6 (suite)

6c/ Patient sous méthadone :

- 1ère stratégie :
 - Maintenir la posologie usuelle de méthadone efficace dans la dépendance aux opiacés (prise quotidienne unique).
 - **Titration morphine à libération immédiate par voie orale** (un antalgique d'action lente risque d'entraîner un phénomène d'accumulation) avec une adaptation de la posologie classique basée sur l'évaluation clinique : *débuter** par 10 mg par prise.
(**délai* : absence de délai)
 - Favoriser au maximum la voie orale et éviter la voie IV.
 - Contre-indication absolue de la PCA.

- 2ème stratégie :
 - Fractionner la prise de méthadone selon un schéma similaire à son utilisation dans le cadre de la douleur (2 à 3 prises par jour) avec une augmentation progressive des posologies si nécessaire (en limitant ce fractionnement à quelques jours maximum).

- Dans tous les cas :
 - Possibilité d'une analgésie multimodale en associant les antalgiques du palier I (Paracétamol, AINS), les co-antalgiques non opioïdes, les techniques non médicamenteuses : (Cf chapitre 4)
 - Ajout du méthoxyflurane (Penthrox[®]) dans le respect de son AMM (« *prise en charge en urgence de douleurs post-traumatiques de l'adulte conscient* »)

	Réseau Mayennais de Lutte contre la Douleur	REMALDO www.remaldo.org	Page 10/14
<i>Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë des patients sous traitement de substitution (Méthadone, Buprénorphine)</i>			N°version 1.0 Mars 2018

1. A l'arrêt de la douleur

- Le syndrome de manque est aussi inconfortable que la douleur pour les patients sous MSO. La reprise du MSO est donc une étape importante dans la prise en charge du patient.
- Déterminer le moment de la prise du MSO après la dernière prise de morphinique, de telle sorte que la fin de l'action du morphinique corresponde au début d'action du MSO.
- Si le patient était sous buprénorphine, reprendre la posologie antérieure.
- Si le patient était sous méthadone, reprendre la posologie antérieure et reprendre une dose unique par jour.
- Surveiller la période de l'arrêt du morphinique et de la reprise du MSO en raison des possibilités de symptômes de sevrage.



***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

2. ANNEXES

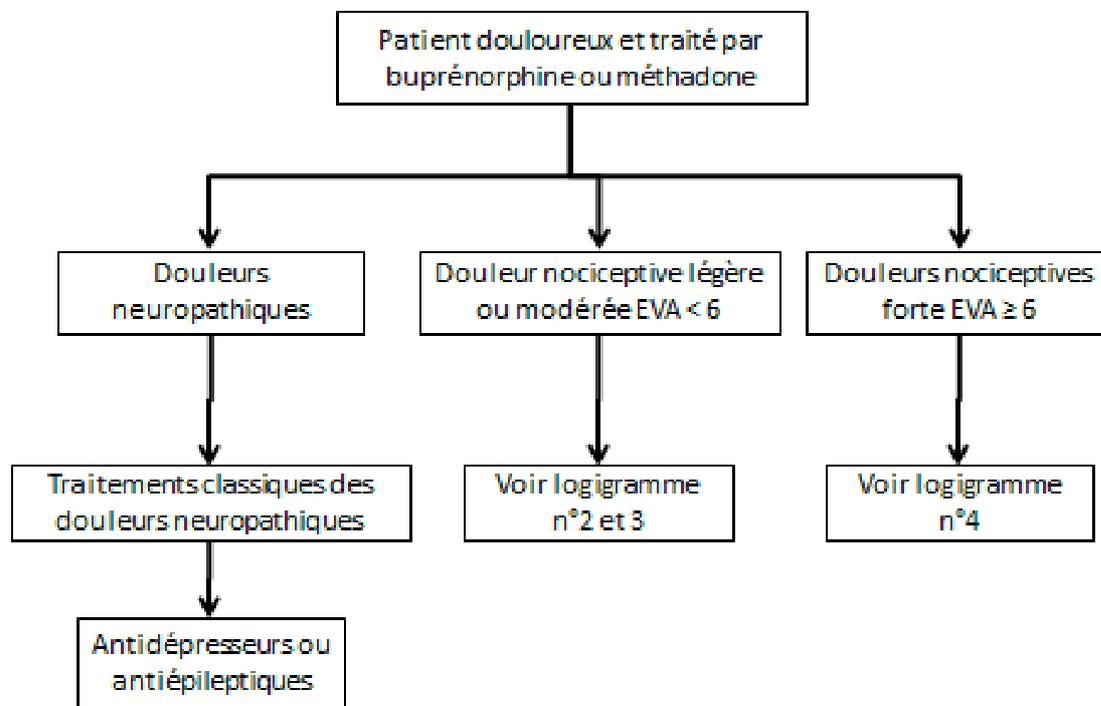
- Récapitulatif sous forme de logigrammes



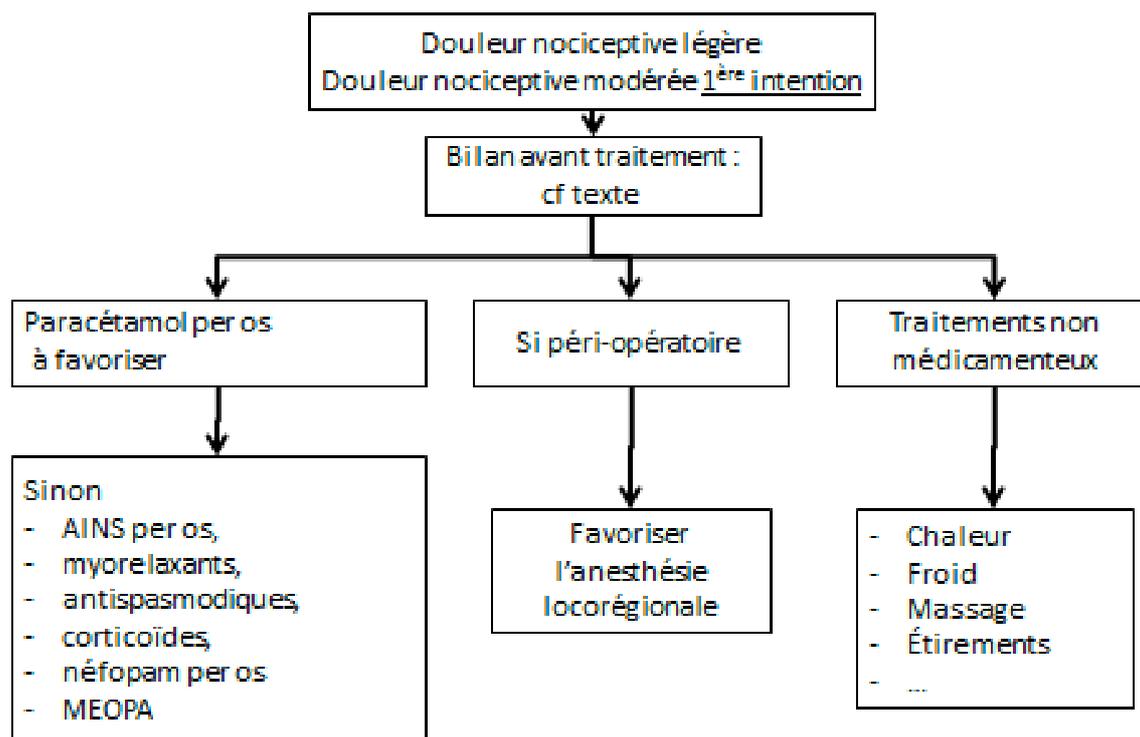
**Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)**

N°version 1.0
Mars 2018

Logigramme n°1



Logigramme n°2

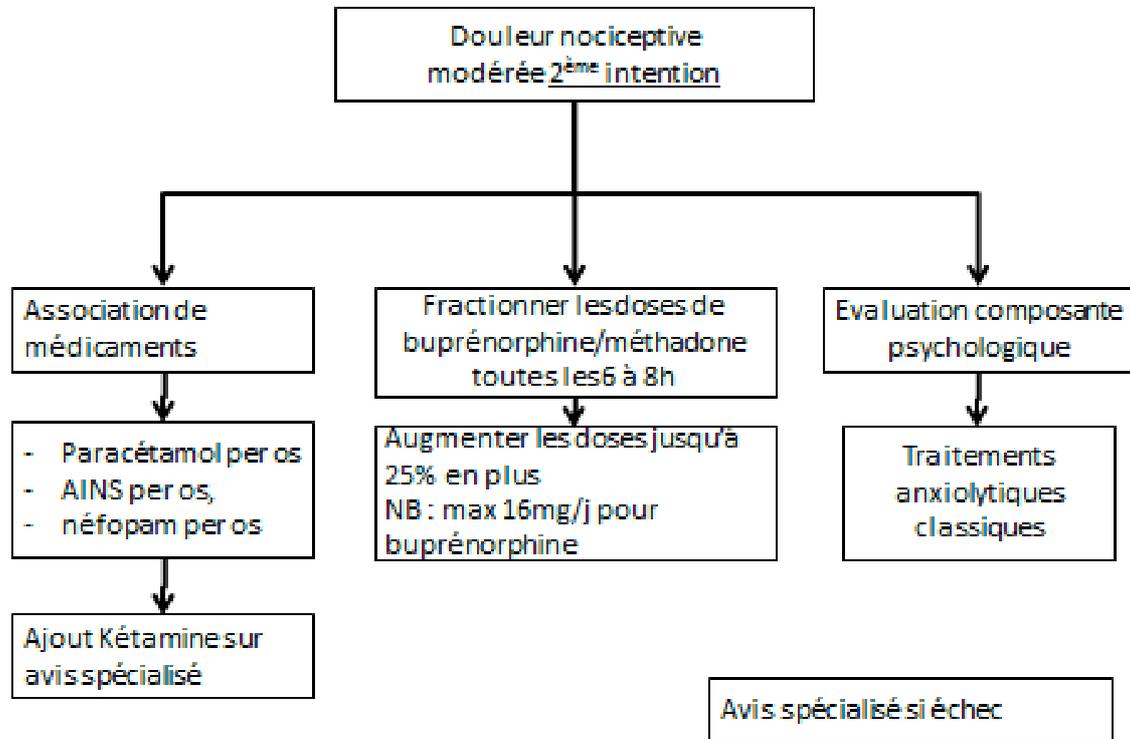




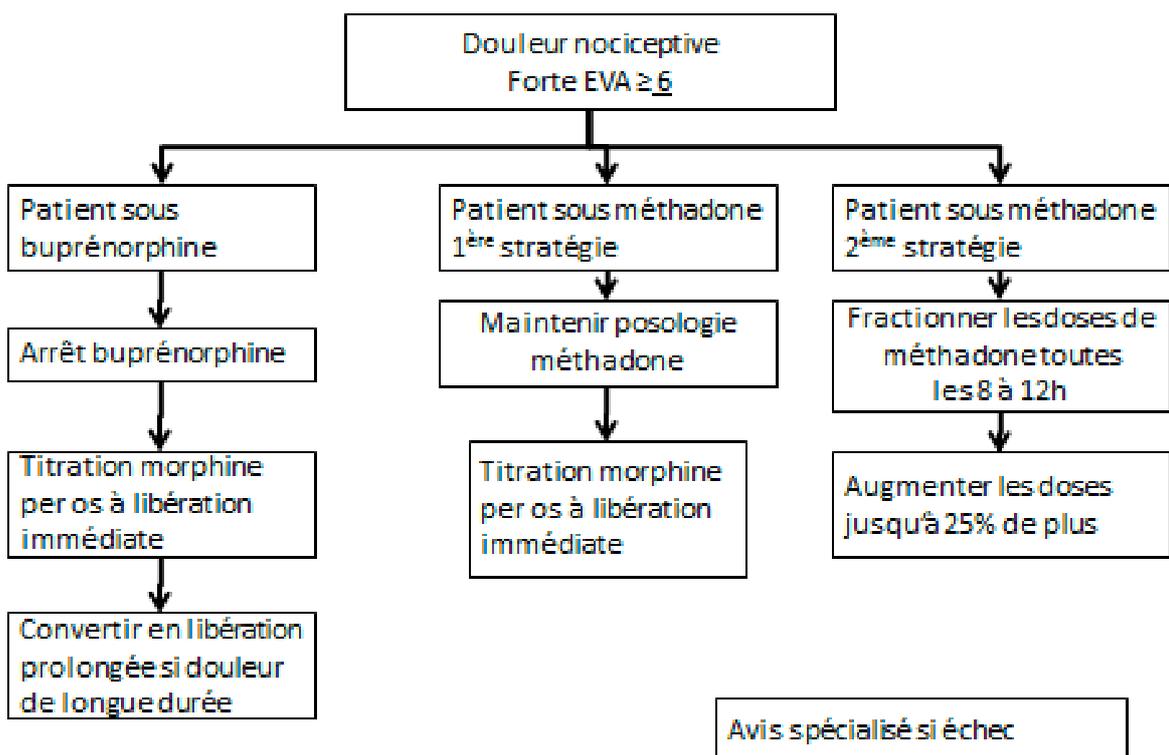
**Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)**

N°version 1.0
Mars 2018

Logigramme n°3



Logigramme n°4





***Protocole départemental de prise en charge de la douleur aiguë
des patients sous traitement de substitution
(Méthadone, Buprénorphine)***

N°version 1.0
Mars 2018

- Liste exhaustive de tous les participants départementaux

Equipe de rédaction :

- Escofier Nicolas, Pharmacien CH Laval
- Geny Paméla, Externe en Pharmacie, CH Laval

Relecture :

- CH Laval

- Dr D Haraf, addictologie,
- TP Nguyen, psychiatrie,
- MN Gautier, IDE ressource douleur,
- Dr MV Le Nair, Urgences,
- P Rihet, pharmacien,
- Internes des urgences

- CH Nord Mayenne :

- V Besnard, pharmacien,
- Dr Liguine,
- Dr Z Abou,

- CH Haut Anjou :

- J Abi Khalil, pharmacien
- Dr D Leboulanger, addictologie
- Dr C Besnard, urgentiste

- Centre de soins La Bréhonnière :

- Dr Y Le Blevec

- REMALDO (www.remaldo.org)

Expert(s) :

- Dr M Nouri, algologue CHHA