

① DANS QUELLES SITUATIONS UTILISER LES OPIOÏDES FORTS ?

INDICATIONS : En 2^{ème} intention, dans le cadre de la prise en charge globale de la **douleur chronique non cancéreuse (DCNC)** du patient (informé des avantages et des risques d'usage) dans les indications suivantes :

- Arthroses des membres inférieurs
- Lombalgie chronique réfractaire

② SITUATIONS NON RECOMMANDÉES

Efficacité modérée des opioïdes forts dans le soulagement des DCNC dans les étiologies suivantes :

- Douleurs arthrosiques des membres inférieurs
- Lombalgies chroniques réfractaires (discopathie dégénérative, spondylolisthésis, hernie discale ou canal lombaire étroit)
- Douleurs neuropathiques périphériques ou centrales

→ Les opioïdes forts peuvent être utilisés dans ces 3 situations sous réserve de **respecter les recommandations**.

Il n'est pas recommandé d'utiliser les opioïdes forts dans le traitement des :

- Maladies dites dysfonctionnelles notamment dans la fibromyalgie
- Céphalées

③ DECISION D'INSTAURATION

Il est recommandé d'instaurer un traitement par opioïdes forts en cas DCNC chez l'adulte **uniquement** si :

- 1. Diagnostic précis** de l'étiologie de la douleur par excès de nociception
- 2. Echec** des traitements médicamenteux recommandés en 1^{ère} intention* donnés aux doses maximums efficaces tolérées
- 3. Prise en charge globale** comprenant **au minimum** :
 - prise en charge psychologique si comorbidité dépressive ou anxieuse
 - prise en charge sociale, professionnelle et rééducative si douleurs arthrosiques ou lombalgies chroniques
- 4. Décision** et **objectifs partagés avec le patient** qui est **informé** des bénéfices attendus et des effets indésirables encourus, et devant s'intégrer dans un **contrat de soin** entre le prescripteur et le patient

④ AVANT LA PRESCRIPTION

1- Evaluation de la douleur et de la fonction

2- Recherche des facteurs de risque de mésusage : **Avant toute prescription** d'opioïdes forts, car c'est 1 critère d'exclusion de prise en charge par morphinique.

Les **facteurs de risque de mésusage** sont :

- Age jeune
- Sexe masculin
- Maladie psychiatrique présente au moment de la prescription
- Problèmes légaux et comportementaux chez les hommes
- Antécédents de mésusage de substance
- Antécédents d'addiction à l'alcool
- Tabagisme actif
- Consommation de produits illicites
- Prescription d'opioïdes faibles >1DDD/j avant les opioïdes forts (DDD : Defined Daily Dose, posologie quotidienne indiquée définie par l'OMS)

L'outil « **Opioid Risk Tool** » est un outil de dépistage simple et rapide qui permet de dépister le risque potentiel d'addiction.

Appréciation du risque relié aux analgésiques opiacés		Femme	Homme
1. Antécédents familial d'abus d'une substance	Alcool	/1	/3
	Drogues illicites	/2	/3
	Autre	/4	/4
2. Antécédents personnel d'abus d'une substance	Alcool	/3	/3
	Drogues illicites	/4	/4
	Médicaments d'ordonnance	/5	/5
3. Age : sujets de 16 à 45 ans		/1	/1
4. Antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance		/3	/0
5. Troubles psychologiques	Troubles de l'attention, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, schizophrénie	/2	/2
	Dépression	/1	/1
Cotation du risque : Faible (0 à 3), Modéré (4 à 7), Elevé (8 +)		Total /26	Total /26

3- Information à donner au patient avant l'initiation d'1 traitement par opioïdes forts

Bénéfices attendus = Soulagement conséquent de la douleur à long terme (1 patient/4).

Effets indésirables (EI) = EI non souhaités sont principalement : la constipation++, les nausées, les vomissements et la somnolence gênante. La constipation doit être systématiquement prévenue par l'utilisation d'un laxatif et de mesures hygiéno-diététiques. Un traitement contre les nausées doit être utilisé en cas de besoin.

Risques les plus redoutés = Mésusage (non-respect de la prescription du médecin) et addiction

Poursuite du traitement = Si amélioration de la douleur et/ou de la qualité de vie quotidienne est plus importante que les inconvénients. Le traitement sera stoppé en cas d'addiction, de mésusage, de manque d'efficacité ou d'EI difficiles à contrôler.

➔ **Objectifs du traitement à déterminer avec le patient** (contrat avec le patient, dose max. qui ne sera pas dépassée (100mg d'éq./jour),...)

⑤ LA PRESCRIPTION

Dose : Dose minimum efficace déterminée à la suite d'une titration bien conduite

L'efficacité au long cours est obtenue avec des doses modérées, **inférieure à 100 mg d'équivalent morphine/j**.

La majoration de la posologie ne semble pas apporter de bénéfice supplémentaire.

Tableau équivalent-morphine et dose au-delà de laquelle il est recommandé de demander un avis spécialisé :

Molécules	Dose équivalente moyenne quotidienne	Dose au-delà de laquelle il est recommandé de prendre un avis spécialisé
Morphine*	60 mg/jour	150 mg/jour
Oxycodone*	40 mg/jour	1000 mg/jour
Fentanyl base* (non remboursé)	25 µg/HEURE	62,5 µg/HEURE

Choix de la molécule : Efficacité similaire des molécules quelle que soit l'étiologie. Il n'y a donc **pas de recommandation** d'utilisation d'une molécule mais le choix doit prendre en compte la facilité de titration antérieure, **la tolérance du patient**, les AMM*, le remboursement du médicament ainsi que le coût.

Choix de la forme : Formes à **libération prolongée privilégiée** (libération immédiate utilisée en cas de titration, notamment chez la personne âgée ou en cas d'insuffisance rénale ou respiratoire).

⑥ PRISE EN CHARGE DES EFFETS INDESIRABLES (EI)

EI digestifs

- **constipation, nausées, vomissements** : très fréquents (arrêt pour EI > arrêt pour inefficacité)
→ Prévention **systématiquement** par un **traitement symptomatique anticipé (a minima : prescription de laxatif)**

/!\ **ANTI-EMETIQUES** : prescription uniquement **si besoin** et de **courte durée** : **METOPIMAZINE ++** (Vogalène®, meilleur profil de tolérance)

⑦ RENOUELEMENT

Il est recommandé d'**évaluer à chaque renouvellement** d'ordonnance les **bénéfices** et les **risques** de la poursuite du traitement par opioïdes forts. La prescription doit être réalisée par le même médecin et la délivrance par le même pharmacien.

Éléments à considérer :

BENEFICES : EST-CE QUE MON PATIENT PRESENTE :	RISQUES : EST-CE QUE MON PATIENT PRESENTE :
- un soulagement de la douleur au minimum modéré ? - et/ou une amélioration de sa mobilité ? - et/ou une amélioration de sa qualité de vie (sommeil, relation, humeur...) ?	- des EI gênants non soulagés par un traitement symptomatique ? - des facteurs de risque de mésusage ? - des comportements déviants et répétitifs en rapport avec la prescription d'opioïdes ?

Cette évaluation conditionne la poursuite du traitement. Cela a été spécifié au patient lors de l'initiation du traitement.

Arrêt du traitement par opioïde fort **après 3 mois si absence de bénéfice** sur **≥ 1** des critères précédents (cf tableau ci-dessus)

→ A titre indicatif, le seuil de 30 % d'amélioration ou une réduction de 2 points sur une échelle de 10 points sont considérés comme une amélioration modérée, mais cliniquement significative.

⑧ QUAND DEMANDER UN AVIS SPECIALISE ?

AVANT la prescription :

- en l'**absence d'étiologie précise** expliquant les douleurs chroniques
- en cas de **comorbidité psychiatrique** associée
- devant la présence de **facteurs de risque de mésusage**

PENDANT la prescription :

- face à une **douleur qui persiste** malgré une augmentation de la consommation d'opioïde
- si **> 3 mois** de traitement
- si **> 150 mg/j** d'équivalent morphine

Synthèse des situations pour lesquelles un avis spécialisé est nécessaire

SITUATIONS	SPECIALISTE
Présence de facteurs de risque de mésusage avant mise en route d'un traitement par opioïde fort	Avis multidisciplinaire
Augmentation régulière des doses sans soulagement	Consultation spécialisée douleur
Dose > 150 mg/j d'équivalent morphine	Consultation spécialisée douleur
Balance bénéfique/risque difficile à évaluer	Consultation spécialisée douleur
Poursuite d'un traitement par opioïdes fort au-delà de 3 mois	Consultation spécialisée douleur
Présence d'éléments évocateurs d' addiction sous traitement	Addictologue
Impossibilité d'arrêt de traitement malgré l'absence d'amélioration de la douleur, de la fonction ou de la qualité de vie	Addictologue
Comorbidité psychiatrique sévère associée	Psychiatre

SOURCES DOCUMENTAIRES

¹ Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte : recommandations de bonne pratique clinique – SFETD – Janvier 2016