

SOULAGER LA DOULEUR, UN COMBAT ENCORE NÉCESSAIRE

Morphiniques forts dans les douleurs chroniques non cancéreuses
Éduquer et informer, une priorité nationale

Pour que tout patient relevant d'un traitement antalgique par opioïde fort puisse continuer à en bénéficier, il convient de respecter les recommandations, promouvoir le bon usage, informer et éduquer la population. À cette fin, un Observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA) s'est constitué en 2017. Explications.

● Les recommandations 2016 sur l'usage des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse de l'adulte émises par la Société Française d'étude et de traitement de la douleur apportent une aide pratique à la prescription.

Quels messages retenir ? Les opioïdes forts peuvent avoir une efficacité modérée dans les douleurs chroniques non cancéreuses de l'adulte liées à l'arthrose des membres

inférieurs, la lombalgie chronique réfractaire, les douleurs neuropathiques. « Un opioïde fort n'est pas un médicament miracle. Il existe des indications pour lesquelles il est certain qu'il ne doit pas être utilisé : les céphalées primaires et les maladies dysfonctionnelles (fibromyalgie, troubles fonctionnels intestinaux) », rappelle le Dr Anne Priscille Trouvin, rhumatologue algologue à l'hôpital Cochin. Il est prescrit en cas d'échec des traitements médicamenteux de 1^{re} intention aux doses maximales efficaces tolérées, après un diagnostic étiologique précis des douleurs et leur prise en charge globale, chez un patient informé des avantages et des risques.

Savoir prescrire et déprescrire
Avant toute prescription ou renouvellement, prendre le temps d'évaluer le risque potentiel de mésusage en utilisant les échelles dis-

ponibles sur www.ofma.fr. Ne pas prescrire au-delà de 3 mois si la douleur, la fonction ou la qualité de vie ne s'améliore pas. « Oser demander au patient à chaque renouvellement, le bénéfice qu'il tire de l'opioïde ! recommande le Dr Trouvin. Si c'est dormir, planer ou être euphorique, un avis spécialisé en centre de la douleur, ou en service d'addictologie semble indiqué ». Éviter de dépasser 150 mg d'équivalent morphine/j, l'analyse des cohortes montre que l'efficacité au long cours dans les douleurs chroniques non cancéreuses est obtenue avec des doses inférieures à 150 mg/j. « Au-delà de 100 à 150 mg d'équivalent morphine/j, demander un avis spécialisé auprès d'un centre de la douleur », conseille le Dr Trouvin.

Quelles autres recommandations ? Privilégier les formes à libération prolongée, prescrire le fentanyl transmuqueux à libération immé-

diate, toujours associer la prescription à celle de laxatifs (et si besoin, d'antiémétiques) et se méfier de la iatrogénie chez le sujet âgé (chute, fécalome, confusion...).

Stopper le signal émergent d'augmentation des overdoses

L'observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA) créé par l'équipe Inserm 1107 NeuroDol et le CHU de Clermont Ferrand a pour objectifs de participer à la pharmacovigilance des antalgiques et de promouvoir leur bon usage par les prescripteurs, les pharmaciens et les usagers. Le site www.ofma.fr propose de l'information, des échelles de repérage de mésusage, des résultats d'études... Chaque année, 11 millions de français ont une prescription d'antalgiques opioïdes, avec une augmentation de +74 % depuis 2005 pour les opioïdes forts (morphine,

oxycodone, fentanyl). Parallèlement les hospitalisations pour overdose d'opioïdes ont augmenté de +128 % depuis 2000. Le savez-vous ? La population la plus concernée par ces overdoses est plutôt féminine et d'âge moyen 60 ans. En valeur absolue, le nombre d'hospitalisations en France pour overdose (16/jour) reste très inférieur à celui aux USA avec 150 décès par jour. « Mais ce signal émerge et nous sommes en mesure, contrairement aux USA, de prévenir une potentielle crise des opioïdes. L'une des priorités est de promouvoir un usage à moindre risque auprès des patients, en évitant l'automédication familiale. L'opioïde au fond du tiroir, c'est à eux qu'il a été prescrit, pas à la famille, ni aux collègues, ni aux amis... et pour traiter uniquement une douleur ! », conclut le Pr Authier, pharmacologue et directeur de l'OFMA.

Dr Sophie Parienté

Paliers de l'OMS
Intérêt et limites

Les « paliers de l'OMS », ou approche étape par étape selon l'intensité de la douleur, ont permis de promouvoir la prise en charge de la douleur, de la standardiser en cancérologie et de sensibiliser les professionnels de santé. Mais elle a ses limites. Le point de vue du Pr Alain Eschaler, pharmacologue au CHU de Clermont-Ferrand.

● En 1986, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a établi les 3 recommandations pour la prise en charge de la douleur cancéreuse. Fondées sur les niveaux de douleur définis par l'OMS, elles constituaient une approche par étape, pour l'utilisation d'antalgiques de plus en plus efficaces selon l'intensité de la douleur (1). Trois paliers ont été définis. Le palier I des douleurs dites faibles à modérées, soulagées par des antalgiques non opioïdes, le palier II des douleurs modérées à sévères nécessitant des opioïdes faibles, et le palier III des douleurs sévères relevant des opioïdes forts. L'anxiété était traitée par des médicaments adjuvants. L'échelle de l'OMS (modifiée en 1997) et les principes qui l'accompagnent ont l'intérêt historique de servir de référence internationale pour promouvoir la prise en charge de la douleur, et la standardiser en cancérologie. Elle permet peut-être également d'établir une hiérarchie d'efficacité des antalgiques dans les douleurs nociceptives usuelles post-traumatiques, post-chirurgicales et crises hyperalgiques.

Ses limites tiennent à sa généralisation excessive. Ainsi, supposer qu'une molécule d'un palier est systématiquement plus efficace que celle d'un palier inférieur dans toute douleur liée au cancer est discutable, comme une prise en considération systématique de la nécessaire progressivité des paliers ; d'autre part elle a trop été utilisée comme référence pour les douleurs non-cancéreuses et comme classification d'efficacité des antalgiques.

Dans les douleurs aiguës, l'intensité justifie parfois d'emblée un traitement par un opioïde fort pour réduire rapidement la douleur et en cas d'apaisement, employer un antalgique non-

opioïde (en utilisant l'échelle en sens inverse). Enfin, l'échelle est inadaptée aux douleurs neuropathiques, y compris en cancérologie et dans les douleurs chroniques non cancéreuses en général.

Vers une classification thérapeutique

Aussi cette classification est objet de débats. Le choix thérapeutique médicamenteux est guidé par l'intensité de la douleur mais aussi par le mécanisme physiopathologique de la douleur et le patient lui-même. Prescrire des opioïdes forts sans tenir compte de la nature de la douleur a conduit les prescripteurs à des utilisations souvent inappropriées et en tout cas excessives dans les douleurs chroniques non cancéreuses où le risque de mésusage peut être élevé. La communauté scientifique a suggéré d'autres classifications. D. Lussier et P. Beaulieu ont proposé une classification très pharmacologique des antalgiques, sur leur mécanisme d'action avéré ou supposé (2), fondée souvent sur des éléments précliniques. Elle intègre des produits a priori proches (AINS et coxibs ou différents anti-épileptiques, par exemple) dans des groupes différents. Si la justification moléculaire d'un tel classement peut exister, le lien avec la thérapeutique paraît plus lointain.

Il semble, dans l'état actuel de la pharmacopée des antalgiques plus pragmatique de proposer une classification thérapeutique qui pourrait regrouper les produits ayant des profils similaires en termes de ratio bénéfice/risque. Les opioïdes, les autres antalgiques utilisés dans les douleurs nociceptives qui pourraient être différenciés selon qu'ils ont ou non une activité anti-inflammatoire, les médicaments des douleurs neuropathiques, les anti-migraineux constituant une classe à part... Une telle classification, certes simple, serait ouverte vers l'innovation faisant la place à tout nouveau concept pharmacologique ou aux traitements potentiels des douleurs nociceptives.

Dr Gérard Boret

(1) Jadad AR, et al. *Jama* 1995; 274(23): 1870-3.
(2) Lussier D et al. : *Pharmacology of pain*. Ed IASP Press 2010: 27-42.

Grossesse et post-partum
Traiter la douleur, éviter sous-traitements et abus

Ne laissons pas la femme enceinte seule avec sa douleur. Entre principe de précaution appliqué à l'excès, et automédication ou abus médicamenteux, la prise en charge de la douleur pendant et au décours de la grossesse doit s'améliorer.

● Risques abortifs ou tératogènes au 1^{er} trimestre de la grossesse, fœtotoxicité au 2^e et 3^e trimestre, imprégnation du bébé à naître avant l'accouchement, passage de molécules dans le lait maternel... Le site internet du Centre de référence sur les agents tératogènes www.lecrat.fr, facilite la prescription. Le connaître permet de s'y référer.

Comment traiter une douleur aigüe liée à une inflammation ? Privilégier quel que soit le terme de la grossesse le paracétamol (antalgique de palier 1), la codéine ou si elle est inefficace le tramadol (palier 2), la morphine (palier 3) ou les corticoïdes. Tous les AINS sont des anti-prostaglandines ! Jusqu'à 5e mois, ne les prescrire que s'ils sont indispensables, à dose et durée les plus faibles et courtes possibles (à l'exception des inhibiteurs de cox-2, contre-indiqués pendant toute la grossesse). À partir du début du 6e mois de grossesse (24 e semaine d'aménorrhée), tous les AINS sont formellement contre-indiqués (1), y compris l'aspirine au-delà de 100 mg/jour.

La migraine peut apparaître pendant la grossesse

La migraine est réputée s'améliorer pendant la grossesse. « Cependant selon Julia Defforge (2), un tiers des migraines s'aggrave ou se déclenche pendant la grossesse », indique le Dr Virginie Piano, algologue, généraliste au CH de Draguignan et Secrétaire général adjoint de la SFETD. Comment traiter la crise ? Les AINS sont contre-indiqués dès le début du 6e mois. Le centre de référence sur les agents tératogènes préconise les triptans, mais pas la Société française d'étude des migraines et céphalées malgré des données de pharmacovigilance rassurantes (3). Les dérivés de l'ergot

Pas d'AINS après le 5^e mois de grossesse

de seigle sont à éviter. En traitement de fond, amitriptyline ou propranolol peuvent être prescrits en prévenant anesthésistes et obstétriciens (syndromes de sevrage du nourrisson sous amitriptyline, hypoglycémies du nourrisson sous propranolol).

Douleurs chroniques, entre sous-traitement et abus

« Pendant la grossesse, la douleur chronique doit être prise en charge afin d'éviter d'une part les sous-traitements (le principe de précaution est pertinent, mais des traitements de la douleur ont fait la preuve de leur innocuité), et d'autre part les automédications ou abus qui peuvent être dangereux (4, 5, 6) », note le Dr Piano. Si les douleurs chroniques pré-existantes s'améliorent souvent, le mémoire (7) de Sage-femme de Maryse Batonade, fait état de lombalgies déclenchées par la grossesse chez 45% des parturientes.

Les douleurs neuropathiques, peuvent céder sous antidépresseurs (anafranil, laroxyl, voire duloxétine), antiépileptiques (gabapentine, prégabaline, lidocaïne en emplâtre), ou par des thérapies complémentaires : électrostimulation transcutanée (sauf sur le ventre), kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, sophrologie. Une prise en charge psychologique doit être proposée. Prévoir un rendez-vous 2 mois après l'accouchement pour faire

le point sur les douleurs, le moral, la sexualité. « Les femmes souffrant de douleurs chroniques hésitent en post-partum à reprendre le traitement de fond (peur d'effets secondaires sur la vigilance), ne consultent pas et traitent la douleur au coup par coup. Elles sont à haut risque d'abus médicamenteux en codéine, dangereux pour elles (et leur nourrisson si elles allaitent) », souligne le Dr Piano. Environ 15% des femmes ayant accouché par césarienne présentent des douleurs neuropathiques séquentielles à 6 mois au niveau de leur cicatrice (8) qui peuvent être dépistées par le questionnaire DN4 (douleur neuropathique en 4 questions, téléchargeable sur www.sfetd-douleur.org). Si les douleurs résistent aux traitements, un patch de capsaïcine posé en hôpital de jour en vient à bout s'il est pris à temps (dans les 6 premiers mois).

Dr S. P.

(1) <http://ansm.sante.fr/content/download/6122/59405/version/8/file/QR-AINS-pro.pdf>
(2) *Vocation Sage-Femme*, 2015, vol 14 n 113 pp. 31-34
(3) Lanteri-Minet M et al. *Rev. Neurol.*, 2013 vol 169(1) pp. 14-29
(4) Coluzzi F et al. *Minerva Anestesiologica*, 2014 vol 80(2) pp. 211-21
(5) Pritham UA et al. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2014 vol. 43(5) pp. 554-67
(6) Saffley RR et al. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2017 vol. 31(2) pp. 118-125
(7) <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00558463/document>
(8) Duale C, et al. *J Pain* 2014 vol 15(1) pp. 24.e1-24.e20