

Compléments de la version imprimée

Pour des raisons de place, les paragraphes 6, 7, 9, 10 et les références bibliographiques n'apparaissent pas dans la version imprimée.

6. Conduite du traitement

Test d'efficacité – Test aux opioïdes

Un essai de traitement pour prouver son efficacité avant et si nécessaire pendant le traitement a tout son sens.

Dans ce contexte, il est recommandé de recourir à des substances à brève durée d'action (p.ex. 10 mg de morphine en sirop), car cela permet d'adapter rapidement la dose et de mettre rapidement fin au traitement si des effets indésirables apparaissent.

La répétition à des doses plus élevées en tenant compte de la demi-vie (ici: 4–6 h) permet une adaptation rapide. Dès que l'efficacité est prouvée et la dose définie, utiliser la galénique la plus avantageuse pour le patient.

7. Documentation du traitement

Evaluation et accompagnement d'une opiothérapie

Pour le traitement analgésique, en vue de mesurer aussi bien les conséquences de la maladie que le résultat du traitement, des techniques de mesure standardisées sont utilisées, telles que l'échelle graduée numérique ou des questionnaires structurés. En fonction du problème clinique, plusieurs dimensions de résultat sont importantes. L'évaluation de l'efficacité d'une opiothérapie par échelle visuelle analogique (EVA, p.ex. 0 = aucune douleur, 10 = douleur maximale) est incontestée et s'est imposée. Les questionnaires suivants sont utilisés dans le monde entier et validés:

Lorsque l'évaluation doit se faire particulièrement souvent, de brefs questionnaires tels que le «Brief Pain Inventory» (BPI) sont très utiles surtout du fait qu'ils ne se heurtent pas à un refus après plusieurs présentations. Le «SF-36» traite de la santé physique et psychique, mais il n'est pas très spécifique. En médecine palliative, c'est l'«Edmonton Symptom Assessment System» (ESAS) qui est utilisé, l'EVA qui s'intéresse aux douleurs et à d'autres symptômes fréquents ou à d'éventuels effets indésirables des opioïdes, mesurés par EVA.

En fonction du problème de l'opiothérapie, d'autres questionnaires plus spécifiques, plus sensibles peuvent être utilisés. Le «Multiple Pain Inventory» (MPI) mesure le vécu de la douleur, les réactions de l'environnement social à la douleur et l'activité, l'«Hospital Anxiety Depression Score» (HADS) le degré de dépression et d'anxiété, le «Coping Strategy Questionnaire» (CSQ) enfin permet l'évaluation des ressources de maîtrise de la situation [21–23].

9. Toxicomanie

Evaluation du potentiel de toxicomanie lors de l'analgésie par opioïdes

La confusion entre accoutumance et dépendance a donné lieu à une «opiophobie» chez de nombreux médecins, ce qui fait que des états algiques persistants ont été insuffisamment traités. Cette attitude est partagée par de nombreux soignants, patients et proches et doit être corrigée par un teaching conséquent [25, 26].

La dépendance de substances psychotropes est définie dans les systèmes diagnostiques en vigueur (ICD-10 de l'Organisation mondiale de la santé, DSM-IV de l'American Psychiatric Association) par des critères comportant des réactions aussi bien physiques (accoutumance, syndrome de sevrage) que psychiques, de même que des caractéristiques comportementales et leurs répercussions (envie irrésistible, désir d'augmenter la consommation, perte du contrôle de la quantité et du moment de la prise, négligence d'autres intérêts).

Les rapports datant des années 1990 sur les comportements suggérant une toxicomanie chez des patients souffrant de douleurs chroniques ou aiguës ne sont pas du tout confirmés dans des collectifs de plus de 10000 patients (cancéreux, grands brûlés) [27].

Tolérance pharmacologique

Les patients qui reçoivent régulièrement des opioïdes développent une pseudodépendance ou dépendance partielle, qui se manifeste par la demande accrue d'analgésiques lorsque leur dose est insuffisante. Cette dépendance s'explique par le développement d'une tolérance (efficacité réduite des opioïdes à dose égale). Elle s'accompagne de symptômes de sevrage lorsque l'effet des opioïdes s'estompe. La demande est accentuée par une analgésie insuffisante. Lorsque le syndrome douloureux s'atténue, l'on peut réduire le traitement en diminuant progressivement la dose d'opioïdes.

Situations à risque

Les risques d'un traitement par opioïdes peuvent être prévenus, en partie tout au moins, en ne prescrivant pas d'opioïdes dans certaines situations. Les syndromes algiques non ou insuffisamment explicables par des arguments somatiques ne sont pas des indications à une opiothérapie [28, 29], de même que lorsque des facteurs psychosociaux sont manifestement dominants (p.ex. trouble somatoforme douloureux persistant selon l'ICD-10).

Les risques de déclenchement d'une dépendance sont en outre plus grands pour les substances entrant en action rapidement et diffusant dans le liquide céphalorachidien. C'est pourquoi leur administration parentérale à long terme, de même qu'un traitement chronique par péthidine, diacétylmorphine et nicomorphine, doivent être évités. Il faut donner la préférence à l'administration de substances à longue demi-vie par voie orale ou transdermique, donnant des concentrations aussi efficaces que stables.

10. Capacité de travail et aptitude à la conduite automobile

Une opiothérapie ne doit pas nécessairement provoquer une baisse des performances chez les patients souffrant de douleurs chroniques; elle peut même les améliorer par la suppression du «frein algique». Des études montrent qu'après deux à trois mois de traitement par opioïdes à dose stables (par voie orale ou transdermique), les réactions au simulateur de conduite ou dans des batteries de tests de performances psychomotrices ou cognitives n'ont pas plus été diminuées chez ces patients que chez des témoins. Des analyses de grandes statistiques d'accidents ne montrent pas non plus d'association entre consommation d'opioïdes (chronique et contrôlée) et accidents de la circulation [30–32].

L'appréciation de l'autorisation de conduire ne peut se faire qu'à titre individuel. L'autorisation de conduire se base sur: a) une explication détaillée et documentée sur les effets indésirables et risques d'un tel traitement, b) des contrôles médicaux rapprochés, c) une relation médecin-patient ouverte et de toute confiance et d) une auto-estimation critique du patient lui-même. L'aptitude à la conduite automobile n'est par contre pas donnée à la phase initiale ni lors de chaque augmentation de la dose de l'opioïde, du raccourcissement de l'intervalle posologique, du changement de mode d'administration, du changement d'opioïde, de l'introduction d'un traitement supplémentaire (surtout s'il s'agit de substances à effet central telles qu'antidépresseurs, antiépileptiques ou benzodiazépines), d'un changement de l'état général, de doute sur la confiance accordée au patient et de toxicomanie (p.ex. alcoolisme). En cas de doute, il faut mesurer les performances psychomotrices et cognitives dans des conditions adéquates.

Traduction Dr G.-A. Berger

Références

- 1 Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. In: Merskey H, Bogduk N, eds. IASP Task Force on Taxonomy. 2nd edition. Seattle: IASP Press; 1994. p. 209–14.
- 2 Moulin DE, Iezzi A, Amireh R, Sharpe WK, Boyd D, Merskey H. Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet* 1996;347:143–7.
- 3 Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK, Eriksen J. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Denmark. In: Dostrovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, eds. Proceedings of the 10th World Congress on Pain. Seattle: IASP Press; 2003. p. 551–62.
- 4 Crombie IK, Croff PR, Linton SJ, Le Resche L, von Korff M, eds. Epidemiology of pain. Seattle: IASP Press; 1999.
- 5 Gehling M, Tryba M. Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz. In: Zenz M, Jurna I, Hrsg. Lehrbuch der Schmerztherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2001. p. 565–76.
- 6 Mense S. Neurobiologische Grundlagen von Muskelschmerz. *Schmerz* 1999;13:3–17.
- 7 Schaible H-G, Schmidt RF. Time course of mechanosensitive changes in articular afferents during a developing experimental arthritis. *J Neurophysiol* 1998; 60:2180–95.
- 8 Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity. Increasing the gain in pain. *Science* 2000;288:1765–9.
- 9 Schaible H-G, Hope PJ, Lang CW, Duggan AW. Calcitonin gene related peptide causes intraspinal spreading of substance P released by peripheral stimulation. *Eur J Neurosci*, 1992;4:750–7.
- 10 Bolay H, Moskowitz MA. Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes. *Neurology* 2002;59 (Suppl 2): S2–7.
- 11 Orstavik K, Weidner C, Schmidt R, Schmelz M, Hilliges M, Jorum B, et al. Pathological C-fibres in patients with a chronic painful condition. *Brain* 1996;126:567–78.
- 12 Zenz M, Strumpf M, Tryba M. Long-term opioid therapy in patients with chronic nonmalignant pain. *J Pain Symptom Manage* 1992;7:69–77.
- 13 Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain. A review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:203.
- 14 Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: A 10-year prospective study. *Pain* 1995;63:65–76.
- 15 Breivik H. Opioids in cancer and chronic non-cancer pain therapy. Indications and controversies. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1059–66.
- 16 Collett BJ. Chronic opioid therapy for non-cancer pain. *Br J Anaesth* 2001;87:133–43.
- 17 Dertwinkel R, Wiebalck A, Zenz M, Strumpf M. Orale Opiode zur Langzeittherapie chronischer Nicht-Tumorschmerzen. *Anaesthesist* 1996;45:495.
- 18 Verbunt JA, Seelen HA, Vlaeyen JW, van de Heijden GJ, Heuts PH, Pons K, et al. Disuse and deconditioning in chronic low back pain. Concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *Eur J Pain* 2003;7: 9–21.
- 19 Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M. Organising care for chronic illness. *BMJ* 2002;325:92–4.
- 20 Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Psychological approaches to pain management. A practitioners handbook. New York: Guilford Press; 1996.
- 21 Sangha O, Stucki G. Patientenzentrierte Evaluation der Krankheitsauswirkungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Übersicht über die wichtigsten Outcome-Instrumente. *Z Rheumatol* 1997;56: 322–33.
- 22 Angst F, Aeschlimann A, Steiner W, Stucki G. Responsiveness of the WOMAC osteoarthritis index as compared with the SF-36 in patients with osteoarthritis of the legs undergoing a comprehensive rehabilitation intervention. *Annals Rheum Dis* 2001;60:834–40.
- 23 Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. 2nd edition. Lincoln, RI: Quality Metric Inc; 2000.
- 24 Documed. Compendium Suisse des Médicaments. Bâle: Documed SA; 2005. Site web: www.documed.ch/franz/index.html
- 25 Joranson DE, Ryan KM, Gilson AM, Dahl JL Trends in medical use and abuse of opioid analgesics. *JAMA* 2000;283:1710–4.
- 26 Piguët V, Desmeules J, Allaz A-F, Constantin C, Kondo-Oestreicher M, Dayer P. Douleurs chroniques et dépendance aux opioïdes. Expérience d'une consultation spécialisée. *Médecine et Hygiène* 1997;55: 806–9.
- 27 Maruta T, Swanson DW, Finlayson RE. Drug abuse and dependency in patients with chronic pain. *Mayo Clin Proc* 1979;54:241–4.
- 28 Allaz A-F, Piguët V, Desmeules J, Cedraschi C, Dayer P. Qu'exprime une plainte douloureuse chronique d'intensité extrême? *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130:S115.
- 29 Allaz A-F, Desmeules J. Douleurs chroniques et dépression. In: Lemperrière T, Consoli S, Cabane P, eds. Dépression et comorbidités organiques. Paris: Masson; 2001.
- 30 Fishbain DA, Cutler RB, Cole B, Lewis J, Rosomoff RS, Rosomoff HL. Medico-legal rounds, medico-legal issues and alleged breaches of "standards of medical care" in opioid rotation to methadone. A case report. *Pain Med* 2003;4:195–201.
- 31 Sabatowski R, Schwalen S, Rettig K, Herberg KP, Kasper SM, Radbruch L. Driving ability under long-term treatment with transdermal fentanyl. *J Pain Symptom Manage* 2003;25:38–47.
- 32 Lenne MG, Dietze P, Rumbold GR, Redman JR, Triggs TJ. The effects of the opioid pharmacotherapies methadone, LAAM, and buprenorphine, alone or in combination with alcohol, on simulated driving. *Drug Alcohol Depend* 2003;72:271–8.

- 33 de Stoutz ND, Bruera E, Suarez-Almazor M. Opioid rotation for toxicity reduction in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 1995;10:378–83.
- 34 Davis A, Inturrisi C. d-Methadone blocks morphine tolerance and N-methyl-D-aspartate-induced hyperalgesia. *J Pharmacol Exp Ther* 1999;289:1048–53.
- 35 Simpson RK, Edmondson EA, Constant CF, Collier C. Transdermal fentanyl as treatment for chronic low back pain. *J Pain Symptom Manage* 1997;14:218–24.
- 36 Raja, SN, Haythornthwaite JA, Pappagallo M, Clark MR, Trivison TG, Sabeen S, et al. Opioids versus antidepressants in postherpetic neuralgia. A randomised, placebo-controlled trial. *Neurology* 2002; 59:1015–21.
- 37 Harati Y, Gooch C, Swenson M, et al., Double-blind randomised trial of tramadol for the treatment of the pain of diabetic neuropathy. *Neurology* 1998;50: 1842–6.
- 38 Watson CP, Babul N. Efficacy of oxycodone in neuropathic pain. A randomised trial in postherpetic neuralgia. *Neurology* 1998;50:1837–41.
- 39 Sindrup S, Jensen TS. Pharmacologic treatment of pain in polyneuropathy. *Neurology* 2000;55: 915–20.
- 40 Attal N, Guirimand F, Brasseur L, Gaude V, Chauvin M, Bouhassira D. Effects of IV morphine in central pain. A randomised placebo-controlled study. *Neurology* 2002;58:554–63.
- 41 Silberstein SD, Lipton RB. Overview of diagnosis and treatment of migraine. *Neurology* 1994;44:6–16.
- 42 Ziegler DK. Opiate and opioid use in patients with refractory headache. *Cephalalgia* 1994;14:5–10.
- 43 Swift JQ, Roszkowski MT. The use of opioid drugs in management of chronic orofacial pain. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:1081–5.
- 44 Gebhart GF, Su X, Josh S, Ozaki N, Sengupta JN. Peripheral opioid modulation of visceral pain. *Ann NY Acad Sci* 2000;909:41–50.
- 45 Portenoy RK. Cancer pain. Pathophysiology and syndromes. *Lancet* 1992;339:1026–31.
- 46 Johanson GA. Symptom character and prevalence during cancer patient's last days of life. *Am J Hosp Palliat Care* 1991;8:6–8.
- 47 Robieux I, Koren G, Vandenberg H, Schneiderman J. Morphine excretion in breast milk and resultant exposure of a nursing infant. *J Toxicol Clin Toxicol* 1990;28:365–70.
- 48 Wittels B, Scott DT, Sinatra RS. Exogenous opioids in human breast milk and acute neonatal behaviour. A preliminary study. *Anaesth* 1990;73:864–9.
- 49 American Pain Society. Guideline for the Management of Pain in Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Juvenile Arthritis. Glenview, IL: American Pain Society; 2002.
- 50 Liniger P, Stucki F, Schwander P, Wüthrich C, Ridolfi Lüthi A. Akute Schmerzen im Kindesalter. Erfassung, Therapie und Prävention. *Schweiz Med Forum* 2002;2:400–6.
- 51 Samer CF, Pigué V, Dayer P, Desmeules JA. Analgésie, l'importance du polymorphisme génétique du cytochrome P450 2D6 dans l'individualisation thérapeutique. *Doul et Analg* 2004;2:63–6.
- 52 Kalso E. Oxycodone. *J Pain Symptom Manage* 2005;29(5 Suppl):S47–56.
- 53 Micromedex. Narcotic analgesics. Equianalgesic doses and pharmacokinetic comparison. Most recent revision: March 1996 (based on comparisons with single-doses).
- 54 Ferrante FM. Opioids. In: Ferrante FM, Vadeboncoeur TR, eds. Postoperative pain management. New York: Churchill Livingstone; 1993. p. 145–209 (based on single-dose studies in which an IM dose of each listed drug was compared with morphine).
- 55 Gutstein HB, Akil H. Opioid analgesics. In: Goodman, Gilman, eds. The pharmacological basis of therapeutics. 10th edition. New York: Mc Graw-Hill; 2001. p. 569–620.
- 56 IASP. Alternate routes for home opioid therapy. Pain Clinical Updates. Vol. 1. Issue 2. Seattle: IASP Press; 1993 (IASP. Opioid and adjuvant analgesics. An updated review. Pain 1999).
- 57 Patt RB. Cancer pain. Philadelphia: Lippincot; 1993.
- 58 Foley KM. Opioid analgesics in clinical pain management. In: Herz A, ed. Opioids II. Berlin: Springer-Verlag; 1993. p. 697–743.
- 58 Bruera E. Opioid rotation in patients with cancer pain. A retrospective comparison of dose ratios between methadone, hydromorphone and morphine. *Cancer* 1996;78:852–7.

Sélection des sites web et guidelines importants

www.bag.admin.ch/betm/d/bericht.pdf

www.efic.org

www.epocrates.com

www.ampainsoc.org/advocacy/opioids.htm