

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovation thérapeutiques – région Centre

- OMÉDIT -

COMMISSION DOULEUR	Fiche Bon Usage	Date de rédaction : Septembre 2013
	Prise en charge en URGENCE de la douleur nociceptive chez le patient sous Méthadone®	Date de réactualisation : 4 décembre 2013

Généralités

Cette fiche concerne la prise en charge de la douleur aiguë **en urgence** de patients traités par Méthadone®. Hors de ce cadre, le traitement de la douleur doit être discuté avec la structure de prise en charge dont dépend le patient pour la substitution de sa pharmaco-dépendance aux opiacées.

Le traitement de substitution de la pharmaco-dépendance aux opiacées est une prise en charge sur le long terme qui peut être effectuée par la méthadone, agoniste morphinique qui se fixe sur les récepteurs μ .

Le traitement de la douleur chez les patients sous méthadone, idées reçues versus réalité

- Idées reçues : « Ces patients ne connaissent pas la douleur mais la simulent pour obtenir plus de traitement », « L'analgésie est suffisante par la méthadone », « Risque de déséquilibrer la substitution », « Risques cumulés de dépression respiratoire/SNC »...

- Réalité : Les patients sous méthadone connaissent à la fois la tolérance aux opiacés et l'hyperalgie, leur douleur peut nécessiter l'utilisation de morphiniques, à de plus fortes doses et avec une fréquence et une durée d'administration plus élevée.

Attention :

Chez un patient déjà traité par un agoniste morphinique, il est contre indiqué de prescrire un agoniste-antagoniste morphinique (nalbuphine NUBAIN® ou buprénorphine TEMGESIC®) ou un antagoniste morphinique (naltrexone REVIA® pour la dépendance à l'alcool et NALOREX® pour la dépendance à l'héroïne ou naloxone NARCAN®), car cela risque d'entraîner un syndrome de manque.

Principe de prise en charge

3 points clés :

- Priorité au soulagement de la douleur
- Pas de risque d'aggraver la dépendance : le risque est plus grand si la prise en charge médicale est insuffisante et que le patient se tourne vers l'automédication.
- Importance de l'éducation thérapeutique du patient qui améliore l'observance du traitement.

1. Identifier la cause de la douleur

2. Évaluer : détermination du palier de la douleur (Échelle Visuelle Analogique, Échelle Numérique...)

3. Traiter :

- **Palier I** : Les antalgiques de palier I peuvent être utilisés sans nécessité d'adaptation (paracétamol ou AINS).

- **Palier II** : L'utilisation de tous les antalgiques agonistes morphiniques de palier II est possible.

Cela concerne les médicaments contenant de l'opium (LAMALINE®), du tramadol (CONTRAMAL®, ZAMUDOL®, TOPALGIC®, IXPRIIM®, ZALDIAR®), de la codéine (DAFALGAN CODEINE®, CODOLIPRANE®), ou de la dihydrocodéine (DICODIN LP®).

- **Palier III** : Il est possible d'associer les morphiniques de palier III à la méthadone. Une adaptation est parfois nécessaire.

Plan de prise en charge	
Palier I EVA < 4	ASSOCIER A LA MÉTHADONE paracétamol ou AINS
Palier II EVA 4 à 7	ASSOCIER A LA MÉTHADONE Néfopam ACUPAN® OU les autres antalgiques morphiniques de niveau II
Palier III EVA > 7	Mise en place du traitement (titration : douleur aigue et début de douleur chronique) On maintient le traitement par méthadone à la même posologie ET On associe un morphinique à libération immédiate à visée antalgique à la même posologie que pour un patient non soumis à un Traitement Substitutif aux Opiacés (TSO)
	Traitement de la douleur chronique sur le long terme Il est possible de poursuivre au long cours un traitement par Méthadone et par Antalgique morphinique (relayer la forme à libération immédiate par une forme à libération prolongée).