

Les opiacés et la douleur chronique :

comment amorcer le traitement

par Aline Boulanger

3

- Un meilleur traitement implique-t-il la prescription plus fréquente d'opiacés ?
- Si oui, quelles sont les règles à suivre ?
- Comment devons-nous les prescrire ?

UN RÉCENT SONDAGE TÉLÉPHONIQUE, auprès de 2012 adultes, a révélé que 29 % de la population canadienne souffre de douleurs chroniques¹. De ce nombre, seulement 58 % recevaient un analgésique. Les analgésiques prescrits étaient dans 66,1 % des cas des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des coxibs, dans 18,3 % des cas des co-analgésiques, dans 15,2 % des cas de la codéine et seulement dans 7 % des cas des opiacés plus puissants. Considérant que les échelles de douleur de ces patients étaient en moyenne à 6,3/10, les auteurs concluaient que la douleur chronique a une prévalence élevée et qu'elle est insuffisamment soulagée.

Comment traiter mieux avec les opiacés ?

L'usage des opiacés est à la base du traitement des douleurs aiguës et cancéreuses, mais pour le soulagement de la douleur chronique, bien peu de patients en bénéficient¹. Est-ce que la prescription plus fréquente d'opiacés améliorerait leur état ? Vingt études randomisées² rapportent des résultats favorables à l'usage des opiacés. Toutefois, la majorité de ces études comparaient des opiacés dits « faibles », administrés pendant de courtes périodes de temps (codéine). Les données les plus probantes proviennent de plusieurs séries de cas³, observant diverses populations de patients souffrant de douleurs chroniques pendant un laps de temps prolongé (de plusieurs mois jusqu'à plus de six ans). Ces séries confirment que l'usage prolongé des opiacés peut

être bénéfique pour certains de ces patients.

Quel degré de soulagement les patients souffrant de douleurs chroniques peuvent-ils espérer lorsqu'on ajoute des opiacés à leur traitement de base ? Selon les études³, le soulagement est qualifié de « bon » dans 34 à 100 % des cas, pour une moyenne estimée à 63 %. Toutefois, ces études ne permettent pas de reconnaître les patients qui répondront aux opiacés.

Pourquoi les opiacés pris à long terme ne sont-ils pas prescrits plus souvent chez les patients souffrant de douleurs chroniques ? Les raisons sont multiples : de nombreux médecins sont convaincus qu'il est « normal » pour un patient de souffrir de lombalgie ou d'arthrose, certains craignent d'engendrer une toxicomanie (ce risque grandement exagéré sera discuté dans le prochain article : « La dépendance aux opiacés... mythe ou réalité ? »), alors que d'autres ont peur des réprimandes des Collèges médicaux. Pourtant, plusieurs guides thérapeutiques réalisés par différentes associations médicales⁴⁻⁶ ou par des organismes veillant à la qualité de la pratique médicale (collèges médicaux, par exemple)⁷⁻¹¹, ont bien établi la place des opiacés dans le traitement de la douleur chronique. Ces médicaments doivent être prescrits lorsqu'une douleur non soulagée contribue à diminuer la qualité de vie du patient souffrant de douleur chronique et que des essais raisonnables avec d'autres traitements ne se sont pas avérés efficaces pour atténuer la douleur.

Quelles sont les règles à suivre ?

Il ne fait pas de doute qu'il est justifié de prescrire un traitement de long cours par des opiacés à un patient ayant un

La D^{re} Aline Boulanger, anesthésiste, est directrice de la Clinique anti-douleur de l'Hôtel-Dieu du CHUM et de la Clinique de la douleur de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

63

diagnostic clairement établi et chez lequel les essais raisonnables avec d'autres traitements ne se sont pas avérés efficaces pour diminuer la douleur. Il sera aussi acceptable de prescrire des opiacés, ne serait-ce que temporairement, pendant une investigation visant à préciser le diagnostic. Le consensus est moins clair si aucun diagnostic précis n'explique la douleur. Amorcer un traitement par des opiacés dans ces cas relève du jugement clinique du médecin traitant. De même, leur usage reste controversé dans le traitement de certaines entités cliniques, telles que la fibromyalgie et les migraines. Sans être des contre-indications absolues, les antécédents de toxicomanie, les troubles de la personnalité et le fait de vivre dans un environnement chaotique exigent de notre part une surveillance plus serrée. Des consultations préalables en psychologie, dans une clinique de la douleur et (ou) une clinique de désintoxication peuvent être utiles pour évaluer certains de ces cas.

Lorsqu'on prescrit des opiacés, il est important d'établir des objectifs réalistes avec le patient. Pour certains, on verra un meilleur sommeil, pour d'autres un soulagement plus adéquat de la douleur au repos ou encore une meilleure tolérance à l'effort. Le patient pourra s'attendre à une amélioration de sa qualité de vie tout en sachant qu'il y aura des bonnes et des mauvaises journées. On recommandera au patient de noter quotidiennement l'intensité de ses douleurs sur une échelle de 1 à 10 (voir l'article intitulé « Évaluation d'une douleur », des D^{res} Dominique Dion et Geneviève Dechêne, *Le Médecin du Québec*, décembre 2002, vol. 37, n° 12, p. 42) afin de constater ses progrès. Ce calendrier pourra aussi être utile au médecin traitant pour ajuster la médication.

Tous ces éléments devront être soigneusement consignés au dossier médical du patient.

Les opiacés ne constituent pas un traitement de première ligne et sont rarement utilisés seuls pour les patients souffrant de douleurs chroniques. Ils sont plutôt ajoutés à la médication leur ayant apporté un certain soulagement. Les opiacés n'entraînent pas un soulagement marqué chez tous

les patients. Un essai de quelques semaines avec des doses progressives nous aidera à évaluer l'issue possible. Si aucun soulagement n'est noté ou si le patient présente des effets indésirables dépassant les bienfaits escomptés, on remplacera l'opiacé par un autre ou le patient en sera progressivement sevré, puis l'administration de l'agent en question sera arrêtée.

La prescription d'opiacés à long terme à un patient souffrant de douleur chronique se distingue quelque peu de la prescription de ces agents à un patient cancéreux ou à celui souffrant d'une douleur aiguë :

- on prescrira moins librement des entre-doses et on priorisera les médicaments à libération lente ;
- chez la majorité des patients, on ne peut espérer un soulagement complet des douleurs, même avec l'ajout d'opiacés. On doit informer le patient de cette réalité, en lui expliquant que l'on vise une amélioration globale de sa qualité de vie ;

- on établira une entente verbale, documentée au dossier, ou un contrat écrit et signé par le patient (*boîte à outils 1*).

Cette entente permet d'instruire le patient des effets secondaires, des risques de sevrage et du potentiel d'abus des opiacés. Elle l'informe des responsabilités qu'il doit assumer pour assurer le maintien de l'alliance thérapeutique, le renseigne sur les comportements inappropriés (*encadré dans la boîte à outils 1*) et précise les conséquences du non-respect des engagements pris. On ne connaît pas l'efficacité d'un contrat écrit comparativement à celle d'une entente verbale en ce qui concerne le respect des engagements pris par rapport à la prescription d'opiacés¹². De plus, le contrat écrit risque de stigmatiser le patient en l'identifiant comme un toxicomane potentiel.

Lorsque l'on prescrit des opiacés à long terme à un patient souffrant de douleurs chroniques, il est primordial de documenter adéquatement son dossier, car c'est le reflet de la qualité de notre travail. On devrait y retrouver les éléments suivants :

- les antécédents médicaux complets du patient (incluant

Les opiacés doivent être prescrits lorsqu'une douleur non soulagée contribue à diminuer la qualité de vie du patient et que des essais raisonnables avec d'autres traitements n'ont pas été efficaces pour atténuer la douleur.

Il est primordial de documenter adéquatement le dossier du patient. C'est le reflet de la qualité de notre travail.

Entente prise avec votre médecin en vue de la prescription à long terme des opiacés

On vous a prescrit des opiacés dans le but de réduire vos douleurs, d'améliorer votre sommeil et votre qualité de vie et d'augmenter, dans la mesure du possible, votre tolérance à l'effort ou au travail.

Cette médication peut vous occasionner les effets secondaires suivants : constipation, nausées, somnolence, démangeaisons, transpiration et difficultés urinaires, problèmes qui peuvent être résolus, au moins en partie, grâce à d'autres médicaments que votre médecin pourra vous proposer. Tous ces effets, sauf la constipation, peuvent disparaître avec le temps.

Il existe aussi un faible risque de tolérance (besoin d'augmenter la dose pour maintenir le même degré de soulagement) et de toxicomanie (perte de contrôle sur la consommation d'opiacés à la recherche de leurs effets euphorisants). La dépendance physique est une réaction normale et se manifeste par des symptômes de sevrage lors de l'arrêt brutal de la prise de l'opiacé (p. ex., diarrhée, coliques, frissons, etc.). N'arrêtez pas de prendre votre opiacé sans l'aide de votre médecin.

Si les effets secondaires dépassent les bienfaits escomptés, votre opiacé sera peut-être remplacé par un autre ou, encore, il sera abandonné progressivement et on vous proposera d'autres types de traitements.

Au début du traitement et à chaque augmentation de la dose, il y a risque de somnolence. Il ne faudrait pas conduire ni manipuler des objets dangereux tant que la somnolence n'aura pas disparu. La prise concomitante d'alcool ou de tranquillisants (p. ex., Ativan®) est déconseillée, car cette association peut augmenter grandement la somnolence et réduire vos capacités de conduire.

Puisqu'il s'agit de médicaments puissants et que les effets secondaires peuvent être graves, il est impératif de respecter la posologie et la voie d'administration prescrites par le médecin. Si la douleur augmente d'une façon inexpliquée et que la médication aux doses prescrites ne suffit pas à la soulager, appelez votre médecin.

Afin de vous assurer que votre traitement ne vous nuit pas, il sera important d'informer votre médecin de toute nouvelle maladie diagnostiquée et de tout nouveau médicament prescrit par un autre médecin. Il est également essentiel de l'informer si vous devenez enceinte.

Vous être responsable de vos opiacés. Ils doivent être rangés dans un endroit sûr, hors de la portée des enfants ; il ne faut en aucun cas en donner ou en vendre à d'autres personnes.

Il n'y aura qu'un seul prescripteur (D' _____), et on vous demandera de choisir une seule pharmacie distributrice. Puisque les opiacés ne vous seront prescrits que pour un nombre limité de jours à la fois, il sera important de respecter vos rendez-vous.

Votre médecin ne sera pas tenu de renouveler votre ordonnance avant terme parce que vous avez augmenté la dose vous-même ou que vous avez perdu votre ordonnance ou vos flacons de médicaments. La répétition de ces comportements inappropriés ou une violation mineure (voir liste) peut conduire à la cessation du traitement. Une violation majeure (voir liste) rendra caduque la présente entente. Votre médecin procédera alors à un sevrage de vos opiacés ou vous adressera à un centre de désintoxication et vous proposera des analgésiques non opiacés.

Signature du patient : _____ Date : _____

Signature du médecin : _____ Date : _____

Liste des comportements inappropriés et des violations de l'entente pouvant mener à l'arrêt de votre traitement par des opiacés

Comportements inappropriés

1. Réclamer agressivement l'augmentation des doses d'opiacés.
2. Accumuler les opiacés durant les périodes où les symptômes sont plus supportables.
3. Refuser des préparations génériques.
4. Augmenter à une ou à deux reprises la posologie sans autorisation.
5. Utiliser les opiacés pour soulager d'autres symptômes (l'anxiété, par exemple).

Violations mineures

1. Augmenter régulièrement et sans autorisation la posologie.
2. Donner ses opiacés à une autre personne.
3. Perdre à répétition ses ordonnances ou ses comprimés.
4. Recevoir des ordonnances de plus d'un médecin ou aller chercher ses opiacés à plusieurs pharmacies.

Violations majeures

1. Vendre ses opiacés.
2. Forger une prescription.
3. Consommer parallèlement des drogues illicites.
4. Voler des opiacés.
5. S'injecter en intraveineuse les préparations posologiques par voie orale.

Partiellement inspirée de Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: A review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage* 1996 ; 11 : 203-17 ; et de Pappagallo M. Aggressive pharmacologic treatment of pain. *Rheum Dis Clin North Am* 1999 ; 25 (1) : 193-213.

Cette lettre d'entente peut être copiée et utilisée pour chaque patient souffrant de douleurs chroniques sous traitement de long cours par des opiacés.

T A B L E A U I

Doses de départ des opiacés en fonction de l'âge des patients

Âge (ans)	Dose de morphine (mg par voie orale toutes les 4 heures)
< 39	de 5 à 12,5
40-59	de 5 à 10
60-69	de 2,5 à 7,5
70-85	de 2,5 à 5
> 85	de 1 à 3

- Les doses proposées dans ce tableau sont des suggestions de départ ; il faut les adapter à l'état du patient et à sa réponse clinique antérieure aux opiacés.
- Pour déterminer la dose de départ pour les autres opiacés de première ligne, voir le *tableau II*: Équivalences, opiacés contre morphine.
- Pour obtenir des doses inférieures à 5 mg, on peut couper les comprimés en deux ou administrer un élixir.

66

les antécédents de douleurs, les traitements actuels et ceux déjà tentés, les antécédents d'abus d'alcool et de drogue) ;

- les antécédents familiaux, sociaux et professionnels ;
- un examen physique orienté incluant l'évaluation du niveau fonctionnel avant le début du traitement par les opiacés ;
- une revue des investigations récentes, des consultations et des dossiers médicaux pertinents (si ces données n'ont pas été consignées au dossier, on devrait faire des démarches pour les obtenir) ;
- le diagnostic posé ou la démarche médicale en cours pour le déterminer.

Deux outils vous sont proposés pour faciliter votre tâche :

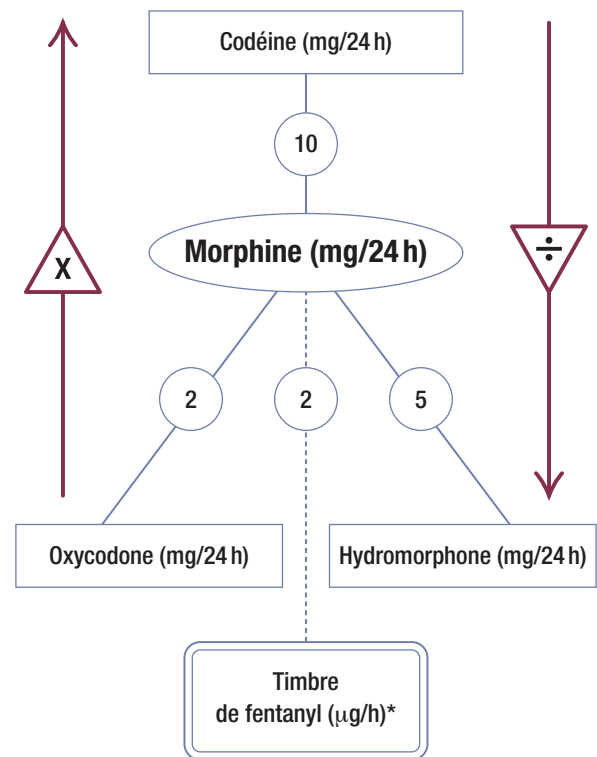
- un résumé de l'évaluation initiale, du suivi et de l'établissement de l'entente thérapeutique (*boîte à outils 2*). Cette feuille peut être placée au début du dossier. Elle contient l'ensemble des éléments qui devraient être consignés au dossier médical ;
- une feuille standardisée de suivi du patient (*boîte à outils 3*), qui résume l'ensemble des points à noter au dossier lors de chaque visite médicale.

Comment amorcer le traitement ?

L'amorce d'un traitement à base d'opiacés chez le pa-

T A B L E A U II

Opiacés : doses équivalentes (PO, IR, SC)¹⁴⁻¹⁶ (patients recevant déjà un opiacé régulièrement)



* À noter qu'il s'agit de doses en mg/24 h de morphine orale et en µg/h de fentanyl.

- 100 mg de codéine/24 h = 10 mg de morphine/24 h = 5 mg d'oxycodone/24 h = 2 mg d'hydromorphone/24 h
- 100 mg de morphine/24 h po = 50 µg/h de fentanyl transdermique.

Conception : D^{res} Geneviève Dechêne, omnipraticienne, et Aline Boulanger, anesthésiste.

tient souffrant de douleurs chroniques est calquée sur celle que l'on utilise chez le patient cancéreux (article de la D^{re} Geneviève Dechêne: Le traitement sécuritaire et efficace avec des opiacés, *Le Médecin du Québec*, décembre 2002, vol. 37 n° 12, p. 49). En général, on débute par un agent à action rapide et lorsque l'on a déterminé les besoins du patient, on le remplace par un agent à libération progressive. On choisira l'opiacé, la dose et la présentation selon l'intensité de la douleur, l'âge du patient, son état clinique et les essais thérapeutiques antérieurs. Les formes orales et transdermiques sont les seules recommandées

Résumé de l'évaluation initiale, du suivi et de l'établissement de l'entente thérapeutique d'un patient sous traitement de long cours par des opiacés

Nom du patient : _____ N° de dossier : _____

Évaluation initiale	Cocher si elle est consignée au dossier	Commentaires
Antécédents de la douleur		
Antécédents médicaux		
Traitements essayés dans le passé		
Médication actuelle		
Niveau fonctionnel avant la prise des opiacés		
Antécédents familiaux/sociaux/professionnels		
Abus d'alcool dans le présent ou par le passé		
Consommation de drogues illicites dans le présent ou par le passé		
Risque de toxicomanie		
Examen physique		
Examens de laboratoire et investigations récentes		
Consultations et dossiers médicaux pertinents		

Diagnostiques et types de douleur	1. _____	
	2. _____	
	3. _____	
Autres médecins traitants	1. _____	
	2. _____	
	3. _____	

Assureurs/CSST/SAAQ Conflit : _____
 Pharmacie : _____ Numéro de téléphone : _____

Entente initiale	Date de l'entretien	Commentaires
Exposé des bienfaits, des effets secondaires et des risques associés à la prise des opiacés		
Discussion des comportements inappropriés et des conséquences du non-respect de l'entente		

Suivi médical	Date
Demandes de consultation	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
Demandes d'examen	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Formation continue

Feuille standardisée de suivi du patient souffrant de douleurs chroniques sous traitement de long cours par des opiacés

Nom du patient : _____ N° de dossier : _____

Date :

Échelle de douleur

/ 10

Amélioration

Oui

Non

du soulagement de la douleur

du niveau fonctionnel

Comportements inappropriés par rapport à la prise des médicaments

Effets secondaires

Médicaments prescrits : nom, posologie, quantité _____

Date du prochain rendez-vous :

Notes :

Signature :

Date :

Échelle de douleur

/ 10

Amélioration

Oui

Non

du soulagement de la douleur

du niveau fonctionnel

Comportements inappropriés par rapport à la prise des médicaments

Effets secondaires

Médicaments prescrits : nom, posologie, quantité _____

Date du prochain rendez-vous

Notes :

Signature :

Ce tableau peut être copié et utilisé pour les notes médicales de chaque patient souffrant de douleurs chroniques sous traitement de long cours par des opiacés.

pour un traitement à long terme.

Aucun opiacé ne s'est avéré supérieur aux autres sur le plan du soulagement des douleurs chroniques. Toutefois, la mépéridine et le propoxyphène ne sont pas recommandés à long terme, à cause de la toxicité de leurs métabolites sur le système nerveux central. Les agonistes-antagonistes et les agonistes partiels (pentazocine, butorphanol, buprénorphine et nalbuphine, par exemple) sont rarement prescrits à cause du risque de sevrage lorsque les patients prennent déjà des agonistes purs, des hallucinations que certains produisent et d'un effet analgésique qui plafonne malgré l'augmentation des doses.

Lorsqu'il rédige son ordonnance, le médecin devra faire l'effort d'y inscrire la quantité exacte (en chiffres et en lettres) de comprimés nécessaires jusqu'au rendez-vous suivant, par exemple, # 30co (trente).

Initialement, les patients seront vus souvent, à une fréquence de une à deux semaines puis, une fois que leur réponse au médicament sera connue, les visites pourront être espacées. Ils pourront alors prendre rendez-vous tous les mois, tous les deux mois et même tous les trois mois. On inscrira alors sur l'ordonnance la quantité totale de comprimés, en demandant au pharmacien de remettre au patient une quantité de comprimés suffisante pour un mois à la fois (par exemple, # 180co (cent quatre-vingt) pour trois mois, donner # 60co (soixante) à la fois).

LES OPIACÉS sont actuellement la pierre angulaire du traitement de la douleur aiguë et cancéreuse. Leur usage pour la douleur chronique ne faisant plus l'objet de controverse, il devrait être plus répandu. Basés sur la littérature et l'expérience clinique de plusieurs années, plusieurs guides nous proposent des démarches pratiques entourant cette approche thérapeutique⁴⁻¹¹. Malgré tout, la douleur chronique est encore trop souvent insuffisamment soulagée. De nombreux cliniciens rejettent à tort l'usage des opiacés chez leurs patients souffrants en raison de leurs craintes, exagérées ou injustifiées, de compromettre les fonctions psychomotrices, ainsi que du risque de tolérance, de dépendance physique et de toxicomanie. Certains mé-

decins ont aussi peur d'être manipulés par des individus mal intentionnés à la recherche de drogue, ce qui est rarement le cas en pratique et ne devrait pas justifier le fait de laisser tous les autres patients souffrir. L'article qui suit nous aidera à repérer les risques de toxicomanie, à dépister les individus à la recherche de drogues et à circonscrire les conséquences des opiacés sur le fonctionnement psychomoteur des patients. ☞

Date de réception : 7 février 2003.

Date d'acceptation : le 25 mars 2003.

Mots clés : douleur chronique non cancéreuse, opiacés, contrat thérapeutique.

Bibliographie

1. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada – Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002; 7 (4) : 179-184.
2. Bannwarth B. Risk-benefit assessment of opioids in chronic non-cancer pain. *Drug Saf* 1999; 21 (4) : 283-96.
3. Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: A review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11 : 203-17.
4. Canadian Pain Society Task Force. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic non-cancer pain – A consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag* 1998; 3 (4) : 197-208.
5. Canadian Society of Addiction Medicine. Policy Statement on the Use of Opioids for the Treatment of Chronic Pain. *CSAM Bulletin* 2001; 6 (2) : 7-9.
6. Haddox JD, Joranson D, Angarola RT, Brady A, Carr DB, Blonsky ER, et al. The use of opioids for the treatment of chronic pain: A consensus statement from the American Academy of Pain Medicine and the American Pain Society. *Clin J Pain* 1997; 13 : 6-8.
7. Collège des médecins du Québec. *Traitement de la douleur : Le point sur l'utilisation des narcotiques*. Guide d'exercice, décembre 1998.
8. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Evidence-Based Recommendations for Medical Management of Chronic Non-Malignant Pain*, novembre 2000.
9. Federation of State Medical Boards. Pain Management and State Regulatory Workgroup: Model Guidelines on the Use of Controlled Substances for the Treatment of Pain. *Federation Bulletin* 1998; 85 : 84-87.
10. Australian National Health and Medical Research Council.

En général, on débute par un agent à action rapide et lorsque l'on a déterminé les besoins du patient on le remplace par un agent à libération progressive. On choisira l'opiacé, la dose et sa formulation selon l'intensité de la douleur, l'âge du patient, son état clinique et les essais thérapeutiques antérieurs.

S U M M A R Y

Opioids for chronic pain: initiating the treatment. Opioid analgesics have become the mainstay in the treatment of acute and cancer pain but their role in the management of non-malignant pain is the subject of debate. Chronic non-cancer pain is frequent and often treated inadequately. Could the increase in opioid use in this population be useful? If yes, what are the rules of practice? How to prescribe and monitor the treatment? This article will tell you how to initiate the opioids in this population and will give you some tools to help you follow them effectively.

Key word: chronic non-malignant pain, opioids, contract.

Management of Severe Pain. Report of the Working Party on Management of Severe Pain. Commonwealth of Australia, 1988.

11. Jones D, Shug S. Opioids in chronic pain of non-malignant origin: an interim consensus. *New Zealand Medical Journal* 1999; 492.
12. Fishman SM, Bandman TB, Edwards A, Borsook D. The opioid contract in the management of chronic pain. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18: 27-37.
13. Pappagallo M. Aggressive pharmacologic treatment of pain. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25 (1): 193-213.
14. Monographie des produits (*Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*).
15. Breitbart W, et al. An algorithm for dosing transdermal fentanyl for cancer-related pain. *Oncology* mai 2000; 14 (5): 695-705.
16. Foley KM. The management of cancer pain. Dans: *In De Vita VT*. Hellman S, Rosenberg SA, réd. *Cancer: Principles and practice of oncology*. 5^e ed. Philadelphie: JB Lippincott, 1997: 2807-41.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Septembre 2003

18, 19 **La santé des femmes**
Palais des congrès, Montréal

Octobre 2003

16, 17 **La gastro-entérologie**
Hôtel Radisson Québec

Novembre 2003

6, 7 **ORL et ophtalmologie**
Hôtel Radisson Québec

La FMOQ sous d'autres cieux
Riviera Maya, Mexique

Décembre 2003

4, 5 **L'appareil locomoteur**
Hôtel Delta Centre-ville, Montréal

Février 2004

12, 13 **La pneumologie**
Québec