



Gestion de la Douleur Post- Opératoire chez les toxicomanes

Y.RAFFRAY M.BRAGEOT

Hôpital Tenon PARIS

2017

Conflit d'intérêt

- Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt

Définitions actuelles

Le Méusage d'un médicament opioïde: correspond à tout usage en dehors des conditions fixées par l'AMM

L'Addiction aux opioïdes est redéfinie par le DSM5

- un classement du niveau d'addiction
- l'introduction de la notion de « Craving »:envie irrépressible de consommer malgré les conséquences délétères somatiques , psychologiques et sociales.....

DSM5 critères diagnostiques de l'addiction

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

- Quantités plus importantes ou une durée plus prolongée que prévue
- Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation
- Augmentation du temps passé pour des activités nécessaires à se procurer les opioïdes , les utiliser ou récupérer de leurs effets
- Craving ou envie intense de consommer

DSM5 critères diagnostiques de l'addiction (2)

- Incapacité de remplir des obligations majeures au travail ,à l'école ou à la maison
- Utilisation malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents , causés ou exacerbés par les effets
- Abandon ou réduction d'activités sociales ,occupationnelles ou récréatives importantes du fait de la consommation
- Utilisation répétée dans des situations où cela est physiquement dangereux
- Utilisation poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

DSM5 critères diagnostiques de l'addiction (3)

- **Tolérance** :
 - besoin de quantité plus fortes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'opioïdes

DSM5 critères diagnostiques de l'addiction (4)

- **Sevrage** caractérisé par l'une ou l'autre manifestation :
 - Syndrome de sevrage caractérisé
 - Prise d'opioïdes (ou substance proche) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

DSM5 critères diagnostiques de l'addiction (5)

- <2 = pas d'addiction
- 2 à 3 critères = addiction légère
- 4 à 5 critères = addiction modérée
- Plus de 6 critères = addiction sévère

Les Addictions induites par prescriptions médicales

- Dans certains pays industrialisés :
50 % des overdoses et 50% des états de manque reçus aux urgences ont une prescription initiale faite par un médecin pour « douleur »
- Des campagnes publicitaires sont dénoncées dans des pays à moindre niveau de vie car elles favoriseraient une surutilisation de certains opioïdes surtout dans les Douleurs chroniques non cancéreuses

Trois situations rencontrées

- Toxicomanie active
C'est très complexe!
- Toxicomanie substituée
C'est plus simple !
- Toxicomanie antérieure ancienne
C'est simple!

Deux Circonstances Post-opératoires

- Chirurgie Réglée Prévus :
L'anticipation est possible
- Chirurgie en Urgence

L'anticipation est impossible

Profils Des Patients

- Extrêmement variés : Pathologies psychiatriques diverses des Psychoses aux Syndromes post-traumatiques, troubles de personnalité...
- Tous les patients présentent une anxiété majeure, de la méfiance par rapport au discours des soignants qui a pu être stigmatisant et régulièrement moralisateur .
- Tous les patients sont angoissés à l'idée d'un état de manque souvent déjà vécu ou relayé par des compagnons d'infortune (situation policière ou carcérales)

Troubles Psychiatriques Préexistants

- Troubles de la personnalité :
psychopathique, limite,
dépendante
- État de stress post-traumatique
complexe
- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux
- Troubles psychotiques

La solution devient le problème!

Le patient cherche par la prise des toxiques à réduire l'intensité, à « anesthésier » ses troubles : angoisses, cauchemars, reviviscences, délire...mais les toxiques amplifient les troubles qu'ils ont dans un premier temps apaisés:

- **Alcool**: augmente les angoisses quelques heures après la consommation
- **Cannabis**: réduit la symptomatologie négative de la schizophrénie puis amplifie les troubles délirants
- **Héroïne**: réduit l'anxiété et la fatigue
- **Tabac** : diminution de l'anxiété ou augmentation selon les doses

Troubles psychiatriques induits par les toxiques :

Tous induisent des troubles anxio-dépressifs :

- Attaques de panique...
- Dépressions avec risque suicidaire
- Troubles cognitifs : cannabis...
- Troubles délirants : cannabis, cocaïne, ...

Comorbidités

Elles sont multiples :

- Infectieuses avec les risques de septicémies et d'endocardites, dégradations bucco-dentaires , cutanées, VIH, Hépatites
- Psychiatriques : tentative de suicide, dépression, mise en danger, trouble anxieux, trouble délirant
- Obstétricales :décollement placentaire...placenta prævia, syndrome de sevrage de l'enfant , prématurité , petit poids..
- Neurologique: neuropathies
- Veineuses : mauvais capital veineux

Association de toxiques

Consommation de plusieurs substances addictogènes de façon concomitante:

- Tabac +/- cannabis
- Alcool
- Benzodiazépines (prescrites ou non)
- IRS
- Autres (connues ou non)

=> le risque d'état de manque en cas de sevrage est donc polymorphe

L'hyperalgésie chez le patient toxicomane

- La prévalence de la douleur est chez les patients dépendants aux opiacés et chez les patients substitués est 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale (Jamison et coll ,2000)
- L'**hyperalgésie** est liée à un phénomène de sensibilisation liées à l'exposition aux opiacés (sensibilisation des phénomènes pronocceptifs) (Victori-vigneau et coll 2012)

Elle perdure de façon inchangée chez les patients héroïnomanes après substitution par Buprénorphine ou Méthadone (Compton et coll 2012)

La tolérance chez le patient toxicomane

- Il existe un **phénomène de tolérance** nécessite de doses plus élevées pour obtenir un résultat antalgique lié à la désensibilisation des phénomènes anti nociceptifs
- ce n'est pas uniquement une induction enzymatique

L'hyperalgésie chez le patient toxicomane

- Hyperalgésie et tolérance ont pour conséquence une analgésie médiocre car, si l'augmentation de la dose peut palier à la tolérance, elle augmente l'hyperalgésie
- Le phénomène d'hyperalgésie implique le système d'AA excitateurs glutaminergiques via les récepteurs NMDA, même chez les patients substitués par méthadone ou buprénorphine alors que la méthadone a une activité anti NMDA et la buprénorphine une action antagoniste Kappa;

Objectifs de la Prise en Charge Post- opératoire

➤ **L'Objectif n'est jamais le sevrage:**

Le sevrage est une démarche **volontaire**, réfléchi et organisée, qui doit se faire en milieu spécialisé avec un contrat de soin entre le patient et l'équipe thérapeutique spécialisée

➤ **L'Objectif post-opératoire est une optimisation des suites opératoires et sont prioritaires:**

- la douleur,
- l'anxiété et son corollaire fréquent ,
- l'agitation psychomotrice
- L'agressivité
- La poursuite des consommations diverse pouvant interférer avec les traitements en cours

Toxicomanies actives en Chirurgie réglée

- Il n'est pas possible de déterminer réellement les produits consommés , leur composition , la quantité réellement ingérée pour des profanes :
- Le médecin addictologue détient le savoir faire pour cette détermination , la quelle reste cependant imprécise .
- Le médecin addictologue est aidé dans la démarche par le contact avec les centres spécialisés en addictologie de l'origine géographique du patient

Toxicomanies actives en Chirurgie réglée (2)

- Il est donc indispensable de prendre contact avec l'addictologue référent de l'établissement dès la consultation d'Anesthésie et d'organiser une consultation avec ce médecin avant date de la chirurgie et de s'articuler avec le médecin de la douleur
- De programmer la Chirurgie en début de semaine pour permettre un séjour prolongé en SPPI et/ou en Réanimation, en bénéficiant de l'appui de toutes les équipes (ELSA, Centre de prise en charge de la douleur)

Les toxicomanies actives en Chirurgie réglée (3)

- L' Analgésie multimodale reste la règle en utilisant au maximum les Anesthésies Locales et Locorégionales.
- La surveillance en salle de réveil doit être **prévue et prolongée** par rapport à celle des patients de la population générale
- Les conseils de l'addictologue permettent d'utiliser des traitements anxiolytiques adaptés au patient , de reprendre immédiatement les traitements en cours en particuliers ceux susceptibles d'entraîner des troubles de sevrage (en particulier les benzodiazepines, les IRS)
- Les substituts nicotiques doivent être mis systématiquement en post-opératoire immédiat et au dosage adapté++

Les toxicomanies actives en Chirurgie réglée (4)

- La PCA ,si elle est utilisée en post-opératoire va justifier d'une titration par rapport aux besoins antalgiques : du fait de la tolérance aux opiacés, les doses nécessaires à l'antalgie sont plus élevées que pour les patients naïfs et il est conseillé de prescrire un nombre rapproché de bolus , plutôt que d'augmenter la dose du bolus pour éviter l'effet « shoot »
- La surveillance doit être rigoureuse et faite sur les échelles validées sur la prise en charge de la douleur , elle doit impérativement comporter la surveillance des signes d'état de manque et du risque de surdosage en cas de cumul de 2 produits dont les agonistes antagonistes (Buprénorphine).

Les toxicomanies actives en Chirurgie réglée (5)

Ne pas négliger les douleurs
neuropathiques!

- Fréquence de neuropathies préexistantes asymptomatiques qui vont majorer les douleurs neuropathiques usuelles post-opératoire : exemple les douleurs post thoracotomie

Les toxicomanies actives en Chirurgie réglée (6)

- Le relai des traitements morphiniques par voie orale doit être le plus rapide possible
- Le patient doit être revu régulièrement par l'addictologue pour permettre d'optimiser le sevrage et donc les décompensations psychiques associés
- Le recours à la clonidine n'est pas le choix le plus logique et les addictologues ont recours aux anxiolytiques à fortes doses et aux neuroleptiques

Les toxicomanies actives en Chirurgie réglée (6)

- En pratique ,il est impératif de précéder la chirurgie réglée par une consultation avec un addictologue et chaque fois que cela est possible d'organiser une prise en charge conjointe entre le MAR , l'addictologue et le médecin de la Douleur .

Les toxicomanies actives en Chirurgie d'urgence

- L'urgence ne permet pas d'anticiper la prise en charge par la consultation d'addictologie
- Le MAR va se trouver seul pour évaluer le risque et la consommation supposée:
- Le patient peut soit minorer les quantités utilisées, soit les majorer dans l'objectif d'éviter l'état de manque redouté
- Le patient, si il en a eu le temps, s'est souvent « chargé » avant l'hospitalisation

Les toxicomanies actives en Chirurgie d'urgence (2)

- Cette consultation doit donc être réalisée le plus rapidement possible pour adapter le traitement à la situation du patient et chaque fois que c'est possible l'ELSA doit être appelé ou si le patient est suivi par un centre spécialisé il doit être contacté
- Si il s'agit d'une petite chirurgie , le patient est rapidement sortant et reprend son utilisation habituelle à la sortie ,il est important de prendre en compte les risques inhérents aux traitements mis en place en cours d'hospitalisation .

Les toxicomanies actives en Chirurgie d'urgence (2)

- Toutes les particularités inhérentes à la toxicomanie doivent être prises en compte comme pour la chirurgie réglée
- La surveillance prolongée en SSPI est impérative
- Elle comporte la surveillance de la douleur comme celle de la survenue d'un état de manque et celle des **troubles** **psychiatriques** qui peuvent survenir

Les patients substitués

- En 2009 environ 130.000 personnes ont bénéficié d'une substitution aux opiacés dont 80 % par la Buprénorphine haute dose (Subutex®) agoniste partiel –antagoniste: agoniste partiel μ , antagoniste Kappa
- 20% des patients sont substitués par la Méthadone

Les deux produits ont une demi-vie extrêmement longue

Buprénorphine >20-25 heures

Méthadone 35 heures

Les patients substitués (2)

- Malgré une demie vie très longue ,l'effet strictement analgésique de ces deux produits est très court (4 à 8 heures)[Doverly , 2001]
- Equivalences :
 - Buprénorphine :
Temgesic ®1 cp à 0,2 mg = 6 mg de morphine (x30),
Subutex ®1cp à 0,4 mg, 2 mg et **8 mg (=240 mg de MO!)**
 - Méthadone :entre 10 et 90 mg le coefficient de correction est de x 3-4 , au-dessus de 90 mg le coefficient est de x10 (**100mg/24 heures = 1000 mg de MO**)

Les patients substitués

Conduites à tenir

- Principe : **maintenir coûte que coûte la substitution** et selon le produit et le type de chirurgie prévoir la prise en charge post-opératoire:
 - La chirurgie est peu invasive et la sortie rapide : privilégier les ALR, et les co-antalgiques usuels et si les opioïdes sont indispensables pour la douleur post-opératoire , adapter la posologie à la dose connue d'opioïdes utilisés

Les patients substitués (3)

- La prise en charge de la douleur chez ces patients doit être indépendante de la substitution qui doit être maintenue chaque fois que cela est possible
- Dans tous les cas ,il est déconseillé d'utiliser le opioïdes de palier 2 (Codéine , Tramadol) qui ont une plus faible affinité pour le récepteur μ donc sont moins efficaces chez ces patients.

Les patients substitués (4)

- Les agoniste-antagonistes (nalbuphine) et les antagonistes des récepteurs μ (naloxone) sont formellement contre-indiqués en raison du risque de déclenchement d'un état de manque.
- Nécessité d 'expliquer au patient le traitement prévu: Les patients ont souvent des fausses croyances qui majorent leur anxiété telles que l'antagonisme méthadone morphine.

Méthadone

- Demie-vie : 35 heures..
- Effet antalgique ? Variable 4 heures à 8 heures (Victori-Vigneau C et coll 2012)
- **Maintien de la substitution**
- Utilisation de morphine autorisée et conseillée au maximum per os et dans le cadre d'une analgésie multi modale
- Si la PCA est indispensable du fait de la chirurgie, penser à calculer les bolus de la PCA en fonction de la quantité d'équivalent Morphine Orale (MO) prise quotidiennement et utiliser des bolus multiples plutôt que des bolus de doses élevées
- Surveillance prolongée en SSPI impérative

Buprénorphine (1)

- Agoniste partiel mu et antagoniste kappa
- Elle est difficilement déplaçable de ses récepteurs par les agonistes du fait de sa grande affinité
- En situation d'Anesthésie, elle est déplacée au prix d'une importante augmentation des doses administrées mais la situation est délicate à surveiller du fait de la très longue durée d'action susceptible d'interferer sur l'effet antalgique (Demi vie > à 24 heures) et de provoquer un surdosage

Buprénorphine (2)

- Si on veut passer à la Morphine, il faudrait logiquement attendre l'apparition des premiers signes de manque pour pouvoir introduire la morphine de façon efficace et donc passer par un stade d'antalgie très médiocre
- Pour les **chirurgies douloureuses programmées**, une autre stratégie consiste à demander à un addictologue de substituer la Buprénorphine par la méthadone

Buprénorphine (3)

- Le risque d'utilisation concomitante de morphine et de Buprénorphine est donc triple:
 - Mauvaise analgésie (Nécessité de doses très élevées de morphine)
 - Etat de manque si arrêt buprémorphine
 - Risque majeur d'overdose important avec la coexistence de hautes doses de buprénorphine et de morphine

Les patients substitués

par des médicaments antalgiques usuels

- Cas particulier des patients substitués par des morphiniques conventionnels type Sulfate de morphine (Skenan®), Oxycodone (Oxycontin®)..
- Utiliser les Règles d'équivalence utilisées pour les traitements opioïdes en cancérologie pour prévoir les doses d'antalgiques post-opératoires

La Clonidine

Agoniste partiel des récepteurs α_2 centraux qui trouve une indication lors de l'hospitalisation des toxicomanes en cas de sevrage non contournable:

- Elle réduit les **symptômes de manque** et l'inconfort du sevrage
- Elle prévient la survenue d'un delirium tremens
- Elle peut être utilisée en **prémédication**, en **per** et en **post-opératoire**
- Elle **potentialise** les effets des agents anesthésiques, **diminue** le risque d'HTA et possède une **action antalgique et sédatif**.
- En pratique, on recommandera son utilisation en cas **d'échec des différentes stratégies thérapeutiques** précitées, afin de ne pas aggraver le problème de pluri-interférences médicamenteuses

Toxicomanie antérieure ancienne non substituée

- La terreur du patient est de redevenir « consommateur »
- Donc la meilleure protection est l'utilisation des voies orales en libération prolongée qui limite l'effet « Shoot »
- Les patients ont souvent des polypathologies liées au passé de toxicomanie
- On rencontre une persistance des phénomènes de tolérance chez ces patients

Cannabis

- Les patients qui utilisent des grosses doses de cannabis manifestent des états de manque
- En dehors des particularités sociales ou psychologiques qu'ils peuvent présenter ,l'état de manque provoque anxiété , agitation , agressivité et troubles majeurs du sommeil