

Prise en charge des douleurs pendant le sevrage et comment rééquilibrer le traitement après le sevrage

12ème journée paramédicale Auvergne-Rhône-Alpes

BERTIN Célian

PHU de Pharmacologie médicale
Psychiatre - Addictologue
Structure Douleur Chronique – CHU de Clermont-Fd
INSERM 1107 Neuro-Dol – Université Clermont Auvergne
@ : cbertin@chu-clermontferrand.fr

DELAGE Noémie

PA-PH de médecine de la douleur
Anesthésiste-Algologue
Centre Evaluation et traitement de la Douleur - CHU de Clermont-Fd
INSERM 1107 Neuro-Dol - Université Clermont Auvergne

Liens d'intérêts en rapport avec cette communication : aucun

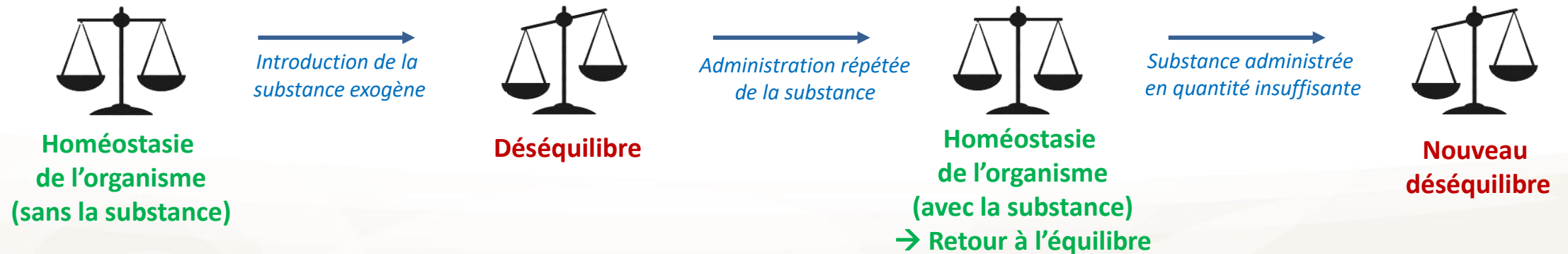
20/01/2023

Clarification sémiologique

- **Coexistence**
 - Terminologie clinique « courante » : mésusage, abus, addiction
 - Nosographie validée : **Trouble de l'usage de substance**
 - Tous les cas où l'usage de la substance n'est pas conforme aux données validées
 - RCP, recommandations...
- **Trouble de l'usage de substance** → rassemble les notions suivantes :
 - Comportements de **mésusage et abus**
 - Modalités d'utilisation du médicament autres que celles pour lesquels son usage a été validé ou prescrit : indication et/ou quantité différente de la prescription
 - Origine du mésusage
 - Patient : non respect des règles de bon usage du médicament
 - Professionnel de santé : non respect des règles de juste prescription
 - **Addiction** à la substance
 - Compulsion, perte de contrôle, craving, persistance de l'usage en dépit des conséquences
- **Trouble de l'usage d'opioïde** → **pathologique**

Sémiologie – Dépendance physique

- Dépendance physique
 - Exclue du diagnostic de Trouble de l'usage → **physiologique**
 - Adaptation de l'organisme face à l'administration répétée d'une substance exogène



- Si la substance se trouve en quantité insuffisante dans l'organisme : syndrome de sevrage
 - Diminution trop rapide / Arrêt brutal / Avant la prise suivante (pharmaco-tolérance)
 - Parfois asymptomatique
 - **Sensation physique et psychique désagréable : peut favoriser la persistance des consommations**

Sevrage en opioïdes

- Indications d'un sevrage
 - Dépendance physique
 - Trouble de l'usage
 - POMI-5F : <http://www.ofma.fr/echelles/echelle-pomi/>
 - Absence d'indication
 - Souhait du patient
 - Autres ?

Sevrage en opioïdes

- Modalités de sevrage
 - JAMAIS BRUTAL
 - Progressif sur plusieurs mois
 - 50 % sur 3 mois, puis 50 % sur les 3 mois suivants
 - Environ 17 % par mois, sur 6 mois
 - Avec un opioïde à demi-vie prolongée
 - Buprénorphine
 - Méthadone

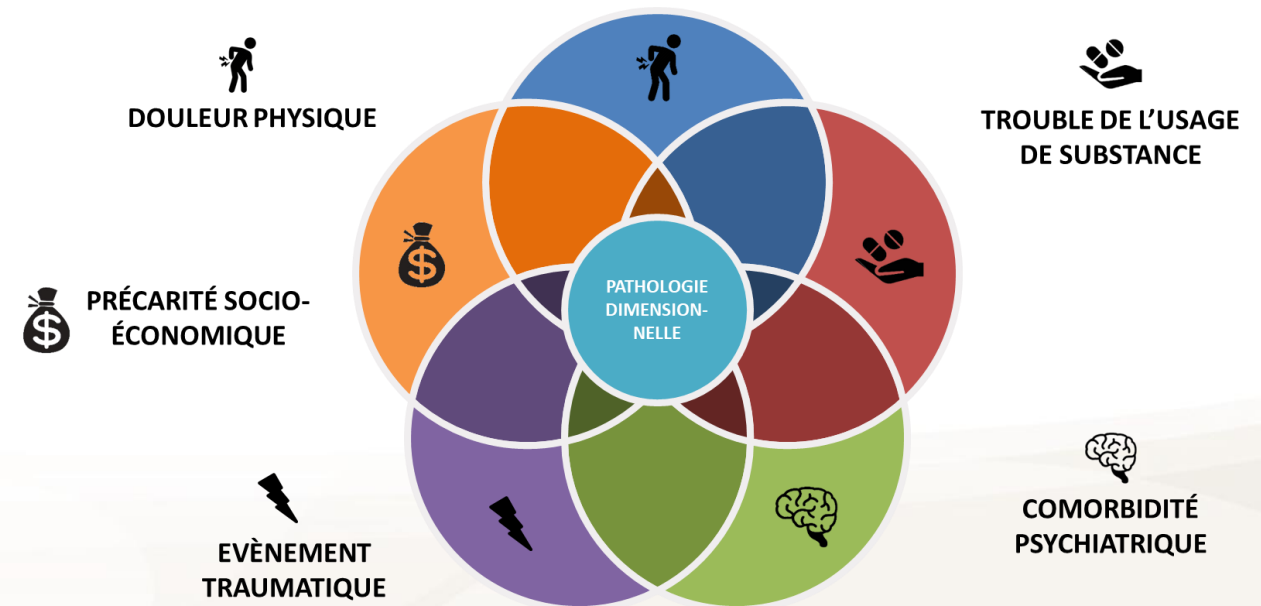
Gestion des douleurs

- Avant le sevrage :
 - Stratégie de prise en charge en douleur chronique
 - Réadaptative
 - Deuil de la disparition complète des douleurs, acceptation, réhabilitation
 - » Kinésithérapie, psychothérapie, ergothérapie, etc.
 - Modèle holistique « biopsychosocial »
 - Prise en charge de l'individu dans sa globalité → qualité de vie ++
 - Equipe de soins pluridisciplinaire
 - » Intérêt de la coordination entre intervenants
 - Algologue et addictologue
 - +/- autres spécialités
 - Entretien motivationnel sur le sevrage



Pathologie dimensionnelle

- Chevauchement des différents syndromes
 - Symptômes pouvant appartenir à différentes pathologies
 - Brouillage des différents tableaux cliniques
- Résultat → Prise en charge holistique
 - Voir l'individu dans son ensemble
 - Prise en compte des dimensions de symptômes
 - Indépendamment du syndrome auxquels ils sont reliés
- Exemple
 - Troubles du sommeil
 - Douleurs chroniques
 - Syndrome dépressif
 - Trouble anxieux
 - Effets indésirables de certains médicaments
 - Etc.



Recherche de leviers parmi les dimensions impactées par la douleur

Objectif thérapeutique : Qualité de vie +++

Gestion des douleurs

- Pendant le sevrage :
 - Antalgiques non opioïdes
 - Thérapeutiques non médicamenteuses
 - Efficacité antalgique des opioïdes de substitution
 - Prise en charge de la qualité de vie globale de l'individu
 - Poursuite de travail motivationnel

Classification de Lussier et Beaulieu¹

Antinociceptifs	Non opioïdes
	Opioïdes faibles
	Codéine
	Opioïdes forts
	Cannabinoïdes
Antihyperalgésiques	Antagonistes N-méthyl-D-aspartate (NMDA)
	Gabapentinoïdes
	Lévétiracétam
	Lamotrigine
	Néfopam
	Protoxyde d'azote (N2O)
	Coxibs
Modulateurs des voies descendantes	Antidépresseurs tricycliques (AD3)
	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRSS)
	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
	Agonistes α
Modulateurs de transmission périphérique et sensibilisation	Anesthésiques locaux (AL)
	Carbamazépiniques
	Topiramate
	Capsaïcine
Mixtes : antinociceptifs et modulateurs	Tramadol
	Tapentadol
Autres	Calcitonine
	Biphosphonates

1. IASP, 2010 et la Revue du praticien, 2020 <https://www.larevuedupraticien.fr/outil/classification-des-medicaments-antalgiques-classification-de-lussier-et-beaulieu>

Vignette clinique 1

- Mme A. – 50 ans
 - Suivi CETD
 - Rhumatisme psoriasique
 - Douleurs de spasticité et neuropathiques de SEP (bras et jambes ++)
 - Vague antécédent de syndrome dépressif / Burnout
 - Traitements
 - Clonazepam 3 mg au coucher (myorelaxant ? Sédatif ?)
 - Mirtazapine 30 mg au coucher (thymoanaleptique ? Sédatif ?)
 - Tramadol LP 200 mg – 0 – 150 mg (antalgique - ne l'aide pas)
 - Topiramate 50 mg : 1 – 0 – 1 (antalgique ?)
 - Baclofène 10 mg : 2 – 0 – 2 (myorelaxant)
 - Seropram 20 mg : 1 – 0 – 0 (thymoanaleptique ?)
 - Sulfarlem S 25 mg : 1 – 1 – 1 (sécheresse buccale)

Vignette clinique 1

- Cliniquement
 - Euthymique, ne savait même pas qu'elle était sous ADP
 - Pas d'anxiété
 - Appétit conservé
 - Pas de conduite addictive
 - Troubles du sommeil
 - Sommeil peu réparateur, asthénie dès le matin, sédation diurne
 - Syndrome de sevrage typique à l'espacement de l'intervalle inter-dose + peu d'efficacité des opioïdes sur les douleurs

Vignette clinique 1

- Conduite à tenir
 - Sédation diurne
 - Arrêt de la Mirtazapine et du Seropram qui ne paraissent pas utiles dans le contexte
 - Introduction de Venlafaxine
 - Une idée du pourquoi ?
 - Prévision d'un sevrage progressif
 - Réassurance ++

Vignette clinique 1

- Suivi M1
 - Moins de sédation diurne, plus d'énergie
 - Sommeil plus réparateur
 - Reprise d'une activité « physique »
 - Début du sevrage progressif
 - Bilan sanguin
- Suivi M2 puis M3
 - Hyperthyroïdie
 - MT : stop Levothyrox, depuis symptômes d'hypothyroïdie
 - Sevrage se passe bien (233 mg/jr)
 - Douleurs majorées les 4-5 premiers jours post-décroissance
 - Ne souhaite pas d'antalgique, arrive à gérer
- Bilan
 - Sevrage facilité par la réduction de la iatrogénie (nettoyage de l'ordonnance) et adaptation des thérapeutiques, rendant l'auto gestion des douleurs possibles

Vignette clinique 2

- M. X, 30 ans
 - Douleurs nociplastiques, type fibromyalgie, ancien
 - TMD 500 mg/jr
 - Efficacité partielle, en diminution
 - Syndrome de manque inter-dose
 - Anxiété de fond invalidante
 - PEC :
 - Sevrage progressif (Protocole de recherche clinique)
 - Essai Venlafaxine

Vignette clinique 2

- M1 :
 - Décroissance bien passée, mais Sd sevrage ++
 - Venlafaxine non initiée, car se trouve mieux sur le plan anxio-thymique depuis la baisse du TMD
- M3 :
 - Majoration des douleurs, bilan en cours (mastocytose)
 - A monté la dose de TMD → sortie de protocole
 - Début BHD 4 mg +/- 2 mg (selon Sd de sevrage)
- M4 :
 - Switch BDH bien passé → 4 mg
 - Description des douleurs
 - Majoration légère des douleurs qui l'ont amené dans les soins
 - Nette diminution des douleurs musculaires et articulaires qu'il impute en réalité au Sd de sevrage
 - Se trouve nettement mieux cliniquement depuis le meilleur contrôle des douleurs du sevrage
- M5 :
 - Poursuite de la décroissance de la BHD, se passe bien (3 mg)

Vignette clinique 3

- Monsieur B. 60 ans: : Séquelles douloureuses d'accident de moto de 2001
 - **Douleur neuropathique MI G**
 - Territoire sciatique : allodynie, coups de couteau, paresthésies
 - **Douleur nociceptive** : tendinopathie épaule droite
 - Brûlures, blocages
- Motifs CS CETD : 03/2022: Sevrage opioïdes et douleur

Vignette clinique 3

Histoire des traitements :

✓ Fév 2006 : 1^{ère} cs CETD :

Début Fentanyl TM 600 µg x 1 pour crises D neuropathiques, tenir au travail. Après échecs infiltrations et nombreux traitements : Gabapentine , tegretol, laroxyll, clonazepam, TENS

✓ Octobre 2008 : **Hyperalgésie aux morphiniques et phénomènes de tolérance dépistés x 6 doses : Fentanyl TM 800 x 3 + 1200 x 1**

= > tentative de sevrage avec une perf de kétamine et relais par Rivotril, Tramadol LP 24h

✓ Nov 2008 : **Tramadol 300 mg LP 24h, Clonazepam 4-6-4-6, Fentanyl patch TD 50** (échec sevrage)

=> Propositions: Prégabaline 300x 2, Tramadol LP 24h 300, fentanyl patch 25 puis stop + BZD (lexomil)

✓ Après nov 2008 : patient perdu de vu

✓ 2017 : 3 cs en addictologie sans suites

Vignette clinique 1

- Traitements en mars 2022 (retour, 16 ans après ...):
 - Fentanyl patch : 75 tous les 2 jours
 - Abstral 200 x 6
 - Abstral 300 x 1
 - Abstral 400 x 10 = 32 prises (total 11 800 gamma)
 - Abstral 600 x 6
 - Paracétamol 3gr /j
- Conséquences actuelles du manque et des douleurs:
 - ✓ Activités : Entretien maison bricolage mais limité par manque et douleurs
 - ✓ Sommeil : Interrompu par les épisodes de manques nombreux
 - ✓ Désinvestissement vie sociale et voyages
 - ✓ Anxiété : conscient de la dépendance
 - ✓ Asthénie physique et psychique
- Bénéfice sevrage ? : Regain d'énergie psychique

Vignette clinique 3

- Conduite à tenir 03/2022
 - Horloge des prises sur 24h : mieux identifier les prises pour la douleur et pour le manque
 - Quantification du manque : SOWS
 - Traitements antalgiques :
 - Douleur neuropathique : Capsaïcine 8% x 2
 - Douleur nociceptive: AINS ponctuels, gère les blocages
 - Staff Addictologue = > Préviation d'un sevrage : Réassurance ++
- HJ Mai 2022 : Capsaïcine 1
 - Motivation au sevrage augmente
 - > 50 % des prises sont pour le manque

Vignette clinique 3

- Cs conjointe Algologue + Addictologue (juillet 2022:)
 - Plus d'indication aux opioïdes:
 - douleurs MI mieux après capsaïcine : 2eme prévu en octobre 22
 - épaule OK
 - Travail de l'alliance et de la balance motivationnelle
 - Evaluation de l'adhésion au suivi ++
- 2^e Cs avec addicto seul (début août)
 - Bilan psy/addicto/pharmaco précis
 - Détermination d'objectifs précis, de la date du switch, de la posologie, et du rythme des prises
 - Toxicologie urinaire
 - Explications +++ sur les enjeux, objectifs, principes pharmacologiques
 - « Perdre du temps pour en gagner »

Vignette clinique 3

- Initiation de la méthadone (fin août 2022, lundi matin)
 - « Start low, go slow »
 - Prescription
 - Méthadone gélule : 5 mg matin, midi, soir
 - Méthadone gélule SI BESOIN : 5 mg matin, midi, soir
 - QSP 3 jours
 - Switch
 - Dernière prise de fentanyl à 14h
 - Première prise de méthadone à 15h
 - Protocole de soin CPAM
 - Suivi rapproché : rdv téléphonique le lendemain

Vignette clinique 3

- Rdv téléphonique 1 (mardi)
 - Quelques symptômes de sevrage la veille aprem + nuit
 - Horaires des prises (5 mg par occurrence)
 - 15h30
 - 19h00
 - 22h00
 - 00h15
 - 4h00
 - 7h45
 - Total : 30 mg
 - Pas de symptômes de sevrage lors de l'appel
 - Proposition
 - 10 mg midi, 5 mg soir, 10 mg coucher, 5 +/- 5 mg matin
 - Rappel téléphonique le lendemain

Vignette clinique 3

- Rdv téléphonique 2 (mercredi)
 - Mieux
 - Horaires des prises
 - 10 mg midi / 5 mg à 18h / 10 mg à 22h (pas de S. de sevrage nocturnes)
 - 5 mg matin (quelques S. de sevrage) → prendre 5mg en plus
- Rdv (vendredi)
 - Quasi plus de S. de sevrage
 - Quelques crampes abdominales → Phloroglucinol
 - Douleurs habituelles augmentées, mais gérables
 - Horaires des prises
 - 10 mg matin
 - 10 mg midi
 - 5 +/- 5 mg soir
 - 10 mg coucher
 - Proposition d'essayer de réduire à 3 prises par jour
 - 10 mg matin
 - 15 mg midi
 - 5 mg SI BESOIN soir
 - 10 mg coucher

Vignette clinique 3

- Rdv J14
 - Prise du soir en systématique
 - Doute sur un éventuel surdosage 1h après prise du matin et du midi
 - Sédation, sueurs
 - Pas de S. de sevrage bien identifiés
 - Sevrage progressif du patch de Durogesic 75 microg
 - (que j'avais totalement oublié...)
- Suite de la PEC
 - Suivi tous les 28 jours
 - Diminution jusqu'à l'arrêt du Durogesic (50-25-12,5-0)
 - Passage à 3 prises de méthadone/jour (retrait le soir)
 - Stabilisation jusqu'en décembre
 - Retrait de 5 mg le midi (1 jours/2, puis complètement)
 - Mi-janvier : retrait de 5 mg supplémentaire le midi

Take Home Message : Prise en charge des douleurs et des ttt antalgiques pendant et après le sevrage ?

Collaboration Algologue Psychiatre Addictologue

3 étapes :

- **1. Identifier**
 - Douleur : 3N
 - Facteurs de vulnérabilités à la douleur
 - Comorbidités dysfonctionnelles : Sommeil, SJSR ...
 - Comorbidités psychosociales : Catastrophisme, Algophobie, Kinésiophobies, Score Epice et statut
 - => *Optimiser les traitements antalgiques non opioïdes et PEC non médicamenteuses (Kiné , TENS, PsychoTh, autres thérapies validées)*
 - TUO : Trouble de l'usage à l'opioïde : mésusage, abus, addiction ?
 - Motivation et préparation au sevrage : Leviers, Education, MACTAR (ou PRO)
- **2. Sevrer**
- **3. Maintenir**
 - ± TSO
 - *Traitements antalgiques (opioïdes ou non) et PEC non médicamenteuses (Kiné , TENS, PsychoTh, autres thérapies validées)*

Merci pour votre attention

Echelle SOWS patient

Subjective Opiate Withdrawal Scale

Sevrage modéré à sévère ≥ 16

Sevrage léger = 8-15

Quelques ou aucun symptômes de sevrage < 8

Échelle SOWS		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	Je me sens anxieux	0	1	2	3	4
2	Je baille	0	1	2	3	4
3	Je transpire	0	1	2	3	4
4	J'ai les larmes aux yeux	0	1	2	3	4
5	J'ai le nez qui coule	0	1	2	3	4
6	J'ai la chair de poule	0	1	2	3	4
7	Je tremble	0	1	2	3	4
8	J'ai des bouffées de chaleur	0	1	2	3	4
9	J'ai des frissons	0	1	2	3	4
10	J'ai mal aux articulations et aux muscles	0	1	2	3	4
11	Je suis agité	0	1	2	3	4
12	J'ai des nausées	0	1	2	3	4
13	J'ai envie de vomir	0	1	2	3	4
14	J'ai des crampes musculaires	0	1	2	3	4
15	J'ai mal à l'estomac	0	1	2	3	4
16	J'ai envie d'utiliser mon antalgiques opioïdes tout de suite	0	1	2	3	4

Informations Droit d'Auteur

- L'ensemble de cette œuvre produite par les **Drs BERTIN et DELAGE, Service de Pharmacologie médicale - CETD**, est protégé par les règles relatives au droit d'auteur et à la propriété intellectuelle, littéraire et artistique.
- Cette œuvre est **interdite à la vente ou à la location**.
- Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public (sous quelques formes que se soit), mise en réseau, partielles ou totales, par tout autre personne que l'auteur sont **strictement interdites**.