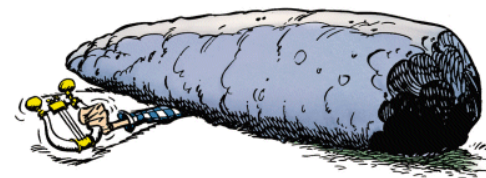




**Cas clinique
30.11.18:**

**ADDICTION
&
DOULEUR**





CAS CLINIQUE



- **Monsieur O.** vous consulte pour la première fois, vous l'aviez déjà croisé plusieurs fois en salle d'attente puisque vous suivez sa compagne depuis de nombreuses années. Il est âgé de **41 ans, chauffeur poids lourds**, PACSE et père de deux enfants.
- Il souhaite avoir votre avis : il y a **quelques semaines**, suite à un **traumatisme sportif** (course à pieds bi-hebdomadaires) est apparu une **douleur importante** à la **cuisse droite**, son médecin traitant lui a alors conseillé du repos et prescrit **TOPALGIC® LP 100 deux fois par jour pour 28 jours**.
- **Il n'a pas souhaité interrompre son activité professionnelle** car craint que cela joue négativement sur l'obtention d'un CDI qui ne saurait tardé mais la douleur est toujours là, jour et nuit. Hier, il a repris rendez vous avec son médecin traitant mais c'est son jeune remplaçant qui l'a reçu et qui suite à un examen clinique lui a **renouvelé la prescription de tramadol et a ajouté du STILNOX® devant les difficultés d'endormissement** .
- M. O ne lui fait pas vraiment confiance et c'est pour cela qu'il vient vous voir.
- Il n'a **pas d'antécédent notable hormis une toxicomanie à l'héroïne, substituée depuis plus de 10 ans par SUBUTEX® 6 mg/jr**.



Vous êtes accompagné lors de la consultation par un étudiant en formation, pouvez-vous lui expliquer les grandes lignes des particularités de la douleur chez un patient dépendant aux opiacés?





OIH: Opioid-Induced Hyperalgesia = Hyperalgésie induite par les opioïdes (Système glutaminergique)

- Processus adaptatif incluant : une sensibilisation des neurones afférents primaires et une augmentation du relargage de glutamate par ces derniers, une hyperexcitabilité des neurones secondaires relarguant des neurotransmetteurs, et une régulation positive des neuromodulateurs nociceptifs grâce à des contrôles descendants de la douleur.
- Plus récemment, il n’y aurait pas seulement les neurones mais aussi les cellules gliales qui participeraient au OIH en s’activant de manière concomittante et en jouant sur différents cibles et récepteurs de la microglie et des astrocytes.



Opioid-induced hyperalgesia: cellular and Molecular mechanisms, Laurie-Anne Roeckel et al, Neuroscience 338 (2016) 160–182

acute injury pain

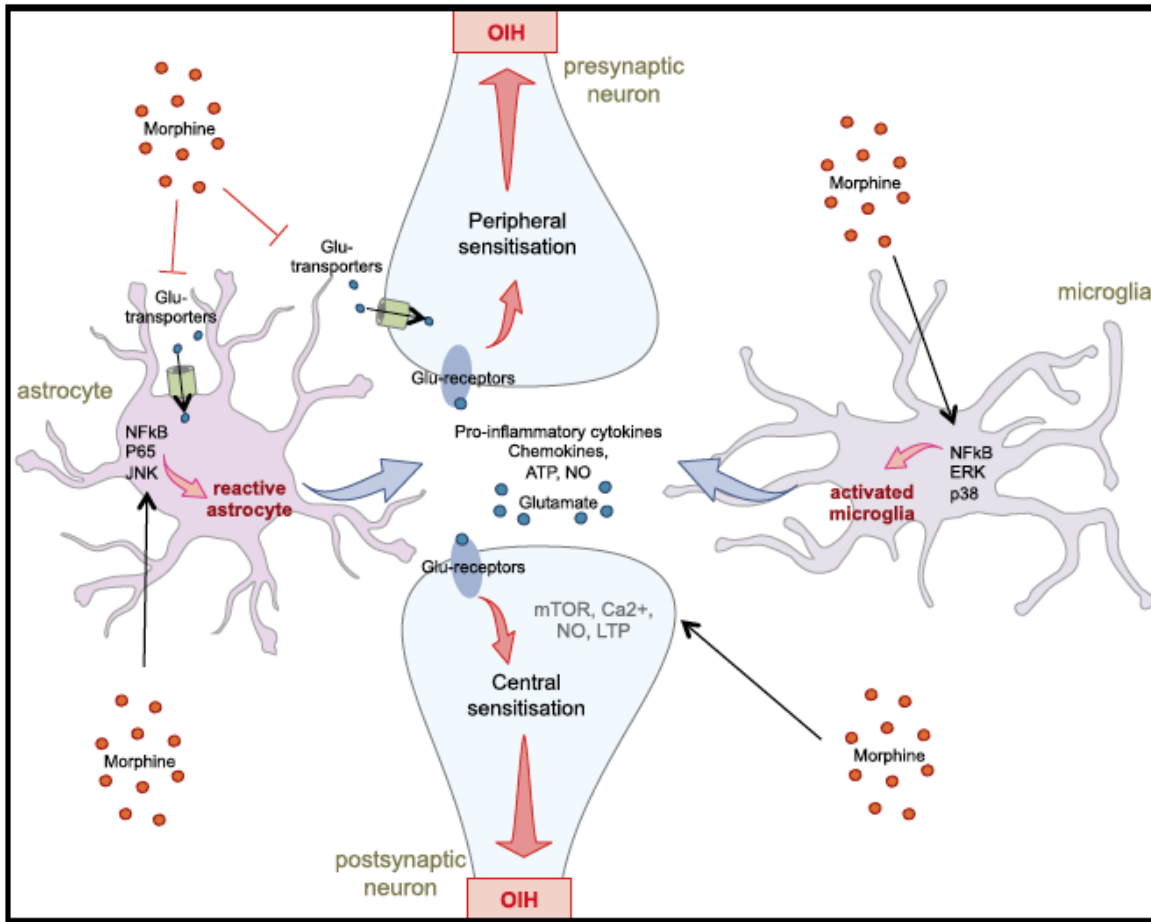


Fig. 1. Tetrasynapse activation contributes to OIH. Morphine activates neurons, astrocytes and microglia by inhibiting glutamate recapture and inducing production of pro-inflammatory molecules. In response to its activation, each cell will produce more excitatory substances such as pro-inflammatory chemokines, cytokines, ATP or NO contributing to the establishment and the maintenance of OIH. ERK, Extracellular signal-regulated kinase; mTOR, mammalian target of rapamycin; NFkB, nuclear factor kappa B; NO, nitric oxide; LTP, long-term potentiation.

chronic pain

SUBUTEX® = BUPRENORPHINE
= agoniste-antagoniste morphinique des récepteurs Mu et Kappa, incompatibles avec pallier III

METHADONE =
agoniste fort des récepteurs Mu

agonistes forts des récepteurs Mu (MOR)

agonistes modérés des récepteurs Mu (MOR)

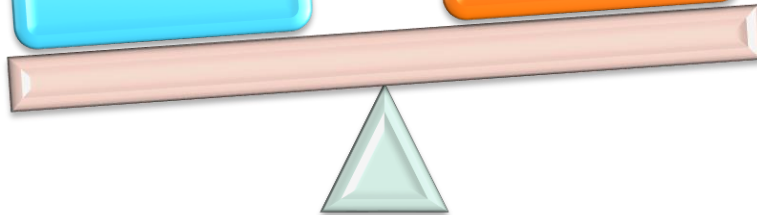
Méthadone

Fentanyl

Morphine

Oxycodone

Codéine

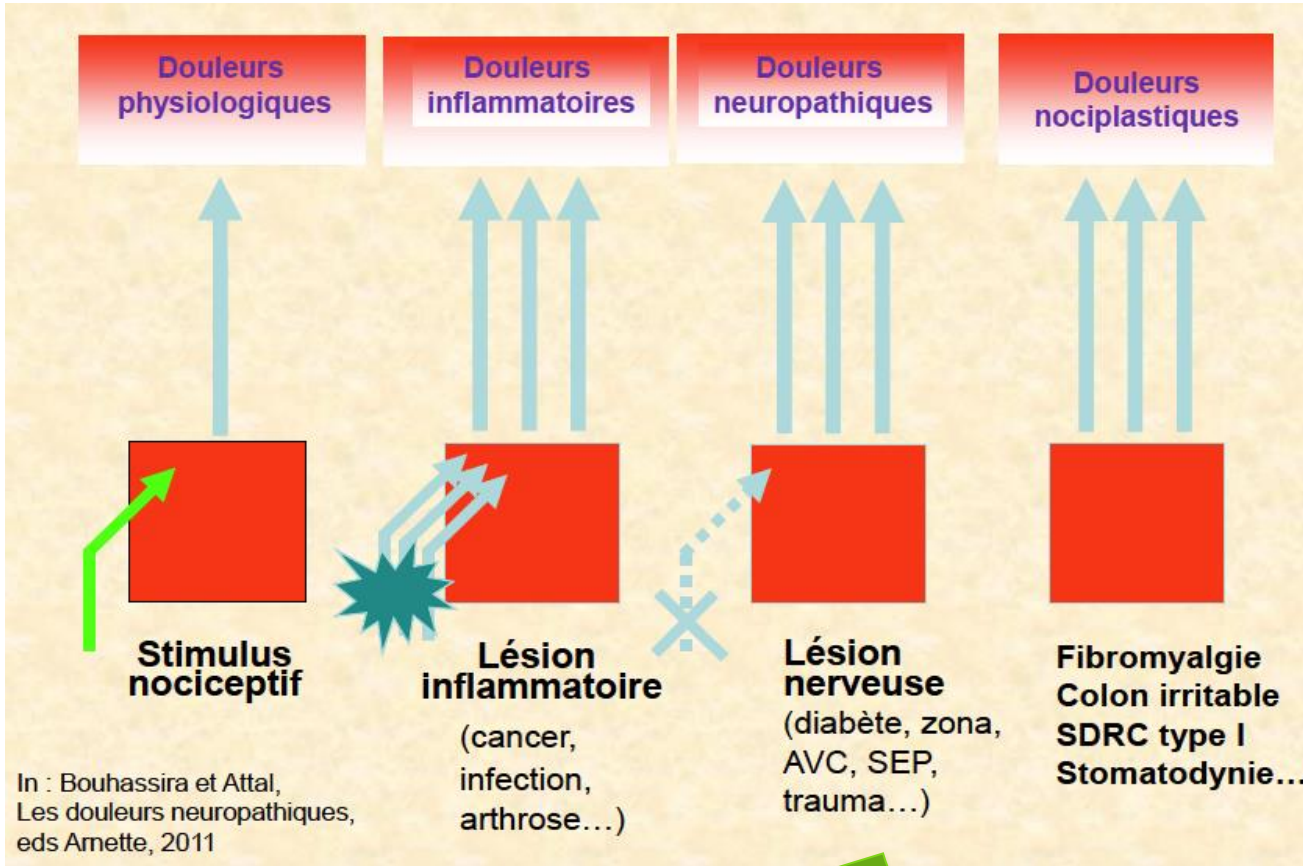


- **Recommandation de changer des agonistes modérés vers les forts en pratique pour réduire l'OIH**
- **Blocage par KÉTAMINE (antagoniste récepteurs au glutamate)**
- **Utilisation PROPOFOL, PRÉGABALINE, AINS type Cox2 en alternative**

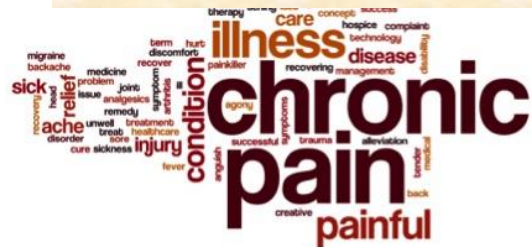
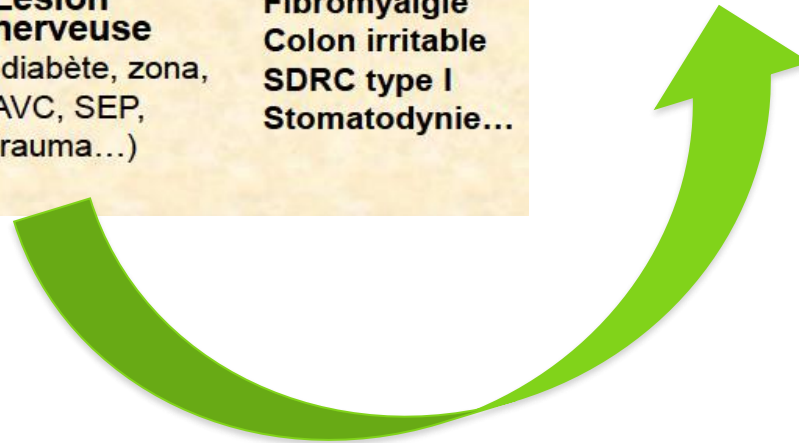


Opioid-induced hyperalgesia: cellular and Molecular mechanisms, Laurie-Anne Roeckel et al, Neuroscience 338 (2016) 160–182
Mise au point sur l'utilisation pratique de la méthadone dans le cadre des douleurs en oncologie, Philippe Poulain et al, Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2014) 15, 146—159

DOULEURS LES DIFFERENTS TYPES



**lésion
ou
maladie
affectant
le système
somato-sensoriel**





LES ÉCHELLES EN RESUME



1- Echelles unidimensionnelles d' auto-évaluation

- EVS: Echelle Verbale Simple
- EN: Echelle numérique
- EVA: Echelle Visuelle Analogiques (en pédiatrie: Échelle des visages)

2- Echelles multidimensionnelles d' auto-évaluation:

- HAS +++ (QDSA)
- HAD
- Mac Gill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory (BPI)
- DN4, NPSI

3- Echelles comportementales d'hétéro-évaluation

- Envahissement du langage par la plainte (cancérologie)
- Jeune enfant (Barrier-Amiel-Tison, CHEOPS, DEGR)
- Personne âgée (ECPA, DOLOPLUS 2, ALGOPLUS)

Polyhandicapé (San Salvador pour l' enfant)





A la suite de la consultation, votre étudiant vous questionne sur les recommandations de bonnes pratiques chez le patient dépendant aux opiacés en pré-opératoire, en post-opératoire, lorsque la douleur devient chronique ou lors de douleur cancéreuse, pouvez vous lui résumer les grandes lignes?

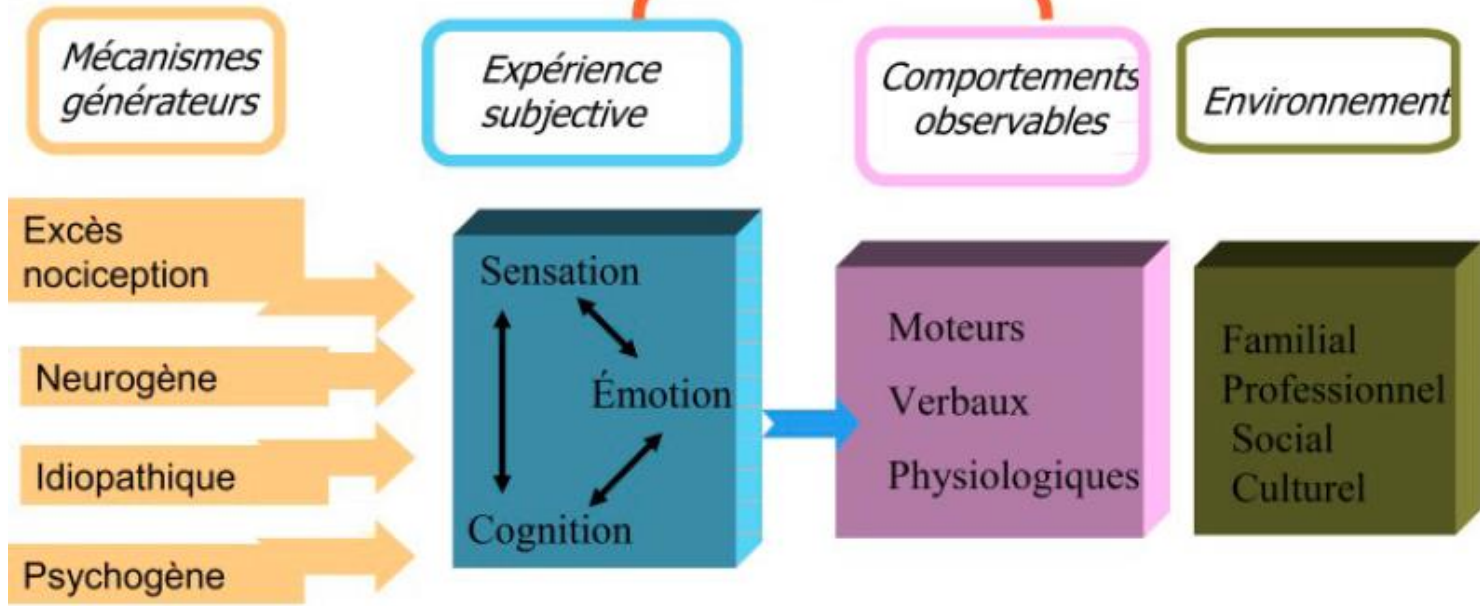


**DOULEUR :
PEC**



Modèle
Bio Psycho Social
d'après François Boureau

**Douleur
chronique**



Déficiences

Incapacité

Handicap



**DOULEUR :
PEC**



CIBLER LES OBJECTIFS

- Précis, réalistes, évaluables
- Accent porté sur le changement
- Centrés sur qualité vie et non douleur
- Mobiliser les ressources du patient
- Solutions du patient...et non soignant



**DOULEUR :
PEC**

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE PRESCRIPTION DANS LES DOUEURS NEUROPATHIQUES



Recommendations for individual drugs or drug classes based on the GRADE classification and for first-, second-, and third-line drugs for neuropathic pain. Drugs pertaining to the same drug class are presented in alphabetical order.

GRADE classification	Drugs	Daily dosages and dose regime	Recommendations
STRONG FOR	<ul style="list-style-type: none"> Gapabentin Gabapentin ER/enacarbil Pregabalin SNRIs duloxetine/venlafaxine TCA's 	<ul style="list-style-type: none"> 1200–3600 mg TID 1200–3600 mg BID 300–600 mg BID 60–120 mg QD (duloxetine);150–225 mg QD (venlafaxine ER) 25–150 mg qd or BID 	<ul style="list-style-type: none"> First-line First-line First-line First-line First-line ¹
WEAK FOR	<ul style="list-style-type: none"> Capsaicin 8% patches Lidocaine patches Tramadol BTX- A (SC) Strong opioids 	<ul style="list-style-type: none"> 1–4 patches to the painful area for 30–60 min every 3 months 1–3 patches to the painful area for up to 12 hours 200–400 mg BID (tramadol ER) or TID 50–200 units to the painful area every 3 months Individual titration 	<ul style="list-style-type: none"> Second-line (PNP) ² Second-line (PNP) Second-line Third-line ; specialist use (PNP) Third line³
INCONCLUSIVE	<ul style="list-style-type: none"> Combination therapy Capsaicin cream Carbamazepine Clonidine topical Lacosamide Lamotrigine NMDA antagonists Oxcarbazepine SSRI antidepressants Tapentadol Topiramate Zonisamide 		
WEAK AGAINST	<ul style="list-style-type: none"> Cannabinoids Valproate 		
STRONG AGAINST	<ul style="list-style-type: none"> Levetiracetam Mexiletine 		

Abbreviations: SNRIs=serotonin noradrenaline reuptake inhibitors. TCA's=tricyclic antidepressants. ER= extended release; BID : twice daily; QD : once daily. PNP=peripheral neuropathic pain.

N-B Finnerup *et al.* *Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: systematic review, meta-analysis and updated NNT/PSIG recommendations.* Lancet Neurol.2015 February



DOULEUR :
PEC



TRAITEMENTS DOULEURS NEUROPATHIQUES : TOPIQUES LOCAUX



PEC FONCTIONNELLE



I. Symptomatique

Toujours possible, mais insuffisante !!

- Massages
- Physiothérapie au chaud/froid
- TENS +++; orthèses
- Acupuncture, ostéopathie



II. Rééducation active +++: pas à la phase aiguë!

- Réentraînement à l'effort +++++++
- Ergothérapie-Hygiène rachis, tendineuse

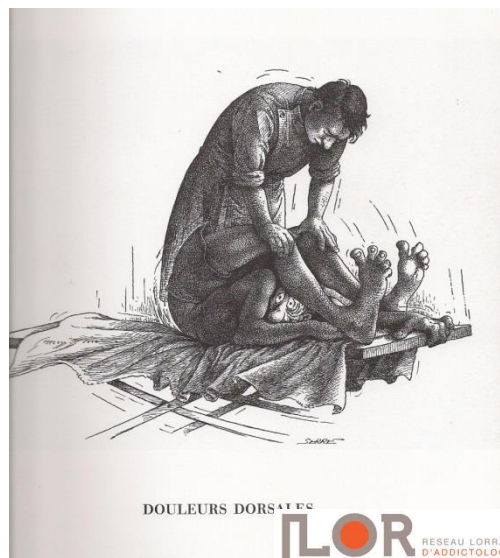


KINÉSITHÉRAPIE

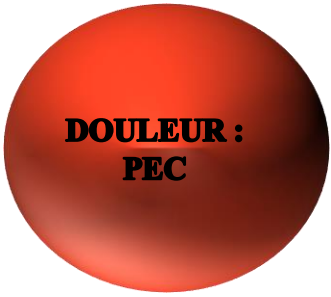


- Massages = détente musculaire = traitement de confort
=> Intérêt dans le soulagement de la douleur « sur le moment » mais ne participent pas à l'amélioration de la douleur chronique
- La meilleure rééducation = active avec exercices pour assouplir et renforcer les muscles de manière Adaptée et progressive
=> Exercices d'étirement et de renforcement +++
- Le but = « auto rééducation » avec pratique des exercices à domicile

➔ ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE = APA



	type	Douleur
Approche psychanalytique	Psychothérapie	Construire un sens et permettre au patient de se reconstruire
Thérapie comportementale et cognitive	Psychothérapie / thérapie selon la cible	A destination des troubles associés ou sur la douleur elle-même considérée comme étant devenu un comportement appris
Relaxation	Thérapie psychocorporelle / psychothérapie selon l'intention	Découverte d'une nouvelle écoute du corps / contrer la douleur par le bien être / renforcer le sentiment d'auto-efficacité
Hypnose	Thérapie psycho-corpo / psychothérapie selon l'intention	Accéder à de nouvelles ressources ou retrouver



SOPHROLOGIE HYPNOSE



■ Sophrologie

Elle vise à la reconquête et le renfort de l'équilibre entre nos émotions, nos pensées et nos comportements

Au croisement entre la relaxation occidentale et la méditation orientale, elle permet à chacun de trouver des ressources en lui-même et d'améliorer sa qualité de vie.

■ Hypnose

Etat transitoire de conscience modifiée

Permettant de faire appel aux ressources « internes » de l'individu



**DOULEUR :
PEC**

PEC SOCIO- PROFESSIONNELLE EN LIEN AVEC MÉDECIN DU TRAVAIL



I. Prise en charge socio-familiale

- Favoriser activités hors soins/plaisir
- Éclairer et impliquer la famille

II. Prise en charge professionnelle

- Dossier MDPH: obtention RQTH
- Adaptations qualitatives du poste
- Adaptations quantitatives: Temps partiel, (thérapeutique ou non); Rarement: Invalidité
- Formation professionnelle





PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT



PHILIPPE TASTET

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

DEVENEZ MEMBRE DE LA SFETD

- Formation :DIU Douleur, ouvert aux médecins, psychologues, et aux professionnels paramédicaux, concernant la douleur de l'adulte et de l'enfant.
- Associations de patients



