

DOULEUR AIGUË

Auteur. ices : Dre Claudia Rei Pereira, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Dr Yann Donzé, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

Expertes :
Pharmacologie Pre Marie Besson, Pharmacologie et toxicologie cliniques, HUG
Médecine de famille Dre Isabelle Gérard, Maison de Santé Meinier
Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGe

Superviseur : Prof Yves Jackson, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

Comité éditorial : Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG &
Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGe
Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGe

2024

POINTS À RETENIR :

- La prise en charge de la douleur aiguë commence par une écoute attentive associée à une évaluation détaillée.
- L'information rapide du patient sur l'origine possible de la douleur, la nature de l'antalgie et leurs effets et délais escomptés est cruciale.
- Une prise en charge antalgique doit être introduite avant ou en même temps que les investigations et la prise en charge de l'étiologie de la douleur aiguë.
- L'introduction d'un antalgique doit être individualisée, les effets secondaires doivent être monitorés régulièrement.
- Il est particulièrement important de fréquemment réévaluer l'indication aux opiacés pour éviter son utilisation plus longue que nécessaire, ses mésusages et les risques d'overdose.

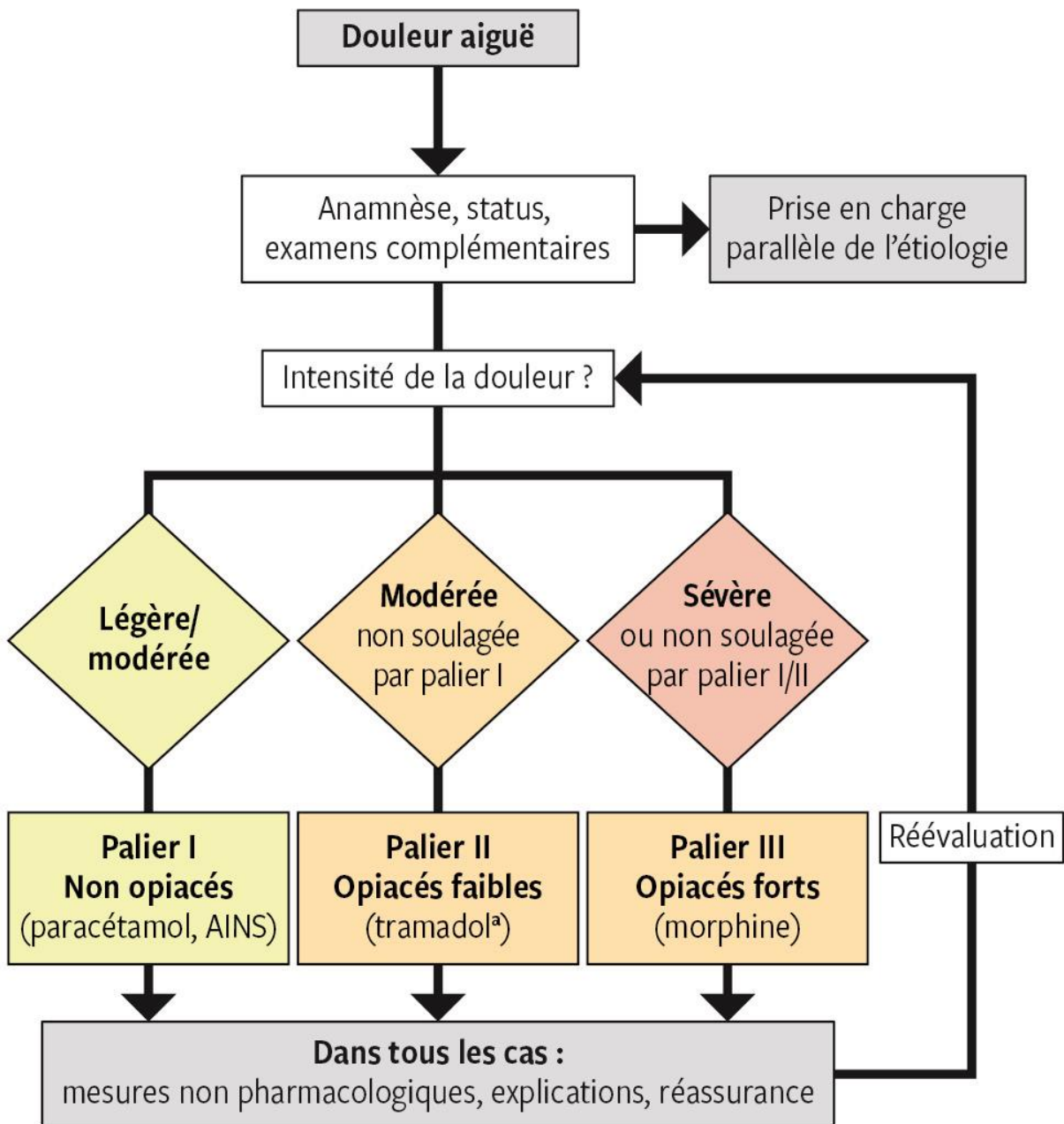
[Article résumant les nouveautés de la stratégie](#)

DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.888.1699

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UNE DOULEUR AIGUË

FIG 1	Algorithme de la gestion de la douleur aiguë
--------------	---

^aDe nouvelles combinaisons peuvent être proposées comme par exemple le célécoxib et tramadol.



(Reprise de la stratégie du Service de médecine de premier recours: Douleur aiguë).²²

LA DOULEUR AIGUE

1. INTRODUCTION

La douleur aiguë est un signal d'alarme d'une atteinte organique ou physiopathologique sous-jacente. C'est le motif de consultation le plus fréquent dans les centres d'urgences, mais aussi au cabinet. Dans la majorité des situations, si une cause physique à l'origine de la douleur est identifiée et traitée, sa suppression aura un effet antalgique.

Cependant, la douleur doit être considérée comme une entité coexistant à toute maladie ou traumatisme nécessitant une évaluation et une prise en charge parallèles.

L'expression de la douleur et la réponse au traitement sont très variables d'un individu à l'autre et dépendent en grande partie de la perception par le patient de l'effet que la maladie ou le traumatisme aura sur sa vie ainsi que de facteurs environnementaux et psychosociaux.

Cette stratégie se concentre sur les principes généraux de la gestion d'antalgie dans la douleur aiguë. Pour la prise en charge de douleurs spécifiques ([douleurs abdominales](#), [lombalgie](#), [céphalées](#), etc.) se référer aux stratégies SMPR correspondantes.

2. DEFINITION/CLASSIFICATION

La douleur aiguë représente une sensation sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des dommages tissulaires possibles ou réels. On parle de douleur aiguë lorsqu'elle dure moins de 12 semaines.¹

La douleur résulte d'une combinaison de facteurs physiologiques, pathologiques, émotionnels, psychologiques, cognitifs, environnementaux et sociaux. Du point de vue somatosensoriel et dans l'idée du choix d'un traitement, il est nécessaire de distinguer :

- **La douleur nociceptive** survient lorsqu'un processus pathologique active au niveau périphérique le système physiologique de transmission des messages nociceptifs. Cet excès de stimulations nociceptives correspond au mécanisme le plus usuel de la douleur aiguë.
 - Exemples cliniques : traumatisme, inflammation, infection.
 - Description sémiologique : douleur pulsatile, en coup de couteau, etc...
- **La douleur neurogène** est générée par une lésion du système nerveux central ou périphérique en l'absence de stimulation de nocicepteurs périphériques.
 - Exemples cliniques : radiculopathie, douleurs post-zostériennes, polyneuropathies, névralgie, douleur post-AVC.
 - Description sémiologique : brûlures, décharges électriques, fourmillements, hypoesthésie/anesthésie, allodynie/hyperalgie souvent sur un dermatome ou trajet radiculaire.
- **La douleur nociplastique** est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme "une douleur résultant d'une nociception altérée, sans preuve de lésion tissulaire réelle ou menaçante qui entraîne l'activation des nocicepteurs périphériques, et sans preuve de maladie ou de lésion causant la douleur." On parle également de sensibilisation centrale. Ce mécanisme peut contribuer à la transformation d'une douleur aiguë en chronique et joue un rôle central dans certaines pathologies douloureuses chroniques telles que la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, les pancréatites chroniques, les céphalées de tension et plusieurs pathologies musculosquelettiques et rhumatismales (p.ex. arthrose).²
 - Exemple sémiologique : douleurs chroniques après une fracture de la cheville. Alors que la blessure initiale est totalement guérie, le patient continue de ressentir une douleur intense et persistante de la cheville.

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Comme il n'existe pas de mesure objective de la douleur, l'évaluation de la douleur passe par le questionnement du patient sur son expérience subjective.

L'évaluation de la douleur doit comporter :

- Mesure de l'intensité de la douleur : Celle-ci doit être mesurée avec un outil d'évaluation comme l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), l'échelle numérique, l'échelle verbale ou l'échelle faciale.
- La localisation et l'irradiation.
- Temporalité : circonstances de début (traumatisme ? Faux mouvement ?), évolution, cinétique au cours de la journée.
- Récidive : douleur similaire déjà présente par le passé ?
- Caractéristiques de la douleur : par ex. brûlure, piqûre, étai, ... (utiliser si nécessaire le questionnaire de St Antoine²⁹ pour apprécier le caractère de la douleur ou le score DN4²⁸ en cas de suspicion de douleur neurogène).
- Facteurs soulageant (par ex. médicaments, chaud, froid, mobilisation), et facteurs aggravants (par ex. mobilisation, position, repas)
- Les facteurs associés : par ex. perte appétit, nausées, dépression, anxiété.
- Les répercussions sur la vie quotidienne et professionnelle.

Des outils d'évaluation sont disponibles sur le site du réseau de la douleur des HUG :

<https://www.hug.ch/reseau-douleur/choisir-bon-outil>

4. PRISE EN CHARGE

En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé a proposé une prise en charge simplifiée en trois paliers de la gestion des douleurs d'origine cancéreuse.³ Ces principes ont depuis été largement adoptés pour la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques.

Ces paliers comportent :

- Palier 1 – Douleur faible (Exemple : EVA < 4/10, douleur supportable) : antalgiques non opiacés telle que paracétamol et/ou anti-inflammatoires non-stéroïdiens
- Palier 2 – Douleur modérée persistante (Exemple : EVA > 4/10, douleur difficilement supportable) : antalgie par opiacé faible tel que tramadol
- Palier 3 – Douleur modérée ou forte persistante ou d'emblée sévère (Exemple : EVA > 8/10) : antalgie par opiacé fort tel que sulfate de morphine

Il est à noter que l'évaluation de la douleur étant une mesure subjective, la catégorisation de son intensité en faible, modérée, forte ou sévère l'est tout autant et varie d'un patient à l'autre. Les exemples de valeur d'EVA sont ici à titre indicatifs et ne doivent pas dicter strictement la prise en charge. Il convient de prendre en compte d'autres éléments attestant de l'intensité de la douleur tels que l'impact fonctionnel ou si la douleur est supportable par exemple.

Service de médecine de premier recours

Indépendamment de la douleur, des recommandations générales s'appliquent :

- Informer le patient sur l'origine de la douleur, la nature de l'antalgie et les effets escomptés.
- Dans le choix thérapeutique, s'inspirer des traitements qui se sont révélés efficaces antérieurement chez le patient.
- Privilégier une prise en charge multimodale dans les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques selon le type de douleur
- Privilégier les formes orales, mais selon les attentes et les représentations du patient, d'autres modes d'administration peuvent se justifier.
- Rechercher les allergies et les contre-indications aux groupes de médicaments avant leur administration (être attentif à la fonction rénale et hépatique).
- Tenir compte d'éventuelles interactions médicamenteuses, en particulier pour les traitements prescrits pour plusieurs jours.
- Réévaluer la douleur à intervalles régulières et selon les interventions à but antalgique.
- Prendre en compte le traitement causal de la douleur (par exemple : drainage d'abcès, immobilisation de fracture)
- A la fin de la consultation, donner un plan d'action pour la poursuite de la prise en charge antalgique à domicile (posologies et horaires des médicaments, réserves, contact médical).

4.1. ANTALGIE PALIER I

Les antalgiques de palier I se donnent généralement pour les douleurs faibles à modérées. Lorsque l'inflammation est au premier plan les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) doivent être privilégiés. Une association paracétamol et AINS peut être utilisée si nécessaire ⁴

	Sélectivité	Voie administration	Délais d'action après prise p.o.	Demi-vie	Posologie équipotente
Diclofénac	AINS non sélectif (effet inhibiteur COX-1 et inhibiteur COX-2)	p.o. / i.m.	30 min	1.5 h	50-150 mg
Ibuprofène	AINS non sélectif	p.o. / supp.	90 min	2 h	1200-1800 mg
Acide méfénamique	AINS non sélectif	p.o. / supp.	120 min	2 h	1000-1500 mg
Célécoxibe	AINS sélectif (inhibiteur COX-2)	p.o.	160 min	11 h	100-400 mg
Kétorolac	AINS non sélectif	p.o. / i.m. / i.v.	35 min	5.5 h	10-40 mg
Paracétamol	-	p.o. / i.v.	50 min	2 h	2-4 g

*AINS : anti-inflammatoires non-stéroïdiens / P.O : per os / I.M : intramusculaire / I.V. : intraveineux
inhibiteur COX : inhibiteurs de la cyclooxygénase 1 ou 2

Tableau 1 : antalgiques de palier I

Service de médecine de premier recours

4.1.1 Paracétamol (Acétaminophène)**Mécanisme :**

Le mécanisme d'action du paracétamol n'est pas clairement identifié mais pourrait inclure l'activation des systèmes sérotoninergique et cannabinoïde, ce qui explique un effet analgésique et antipyrétique d'action centrale dépourvu d'effet anti-inflammatoire périphérique, contrairement aux AINS.

Effets indésirables :

Le paracétamol est largement utilisé pour les douleurs aiguës et représente généralement le traitement antalgique le plus sûr. Il faut tout de même être attentif à certains risques. Le surdosage de paracétamol reste une cause fréquente d'hépatite fulminante.¹ Une hépatotoxicité potentiellement mortelle liée au paracétamol a été observée avec des doses dépassant 4 g par jour. Il est préférable d'opter pour une dose plus faible, par exemple 2 g par jour, voire d'éviter complètement ce traitement chez les patients présentant des facteurs de risque d'hépatotoxicité, tels qu'une forte consommation d'alcool, une malnutrition, un BMI bas, un âge avancé ou des maladies hépatiques.⁵

Les patients souffrant d'une insuffisance rénale sévère peuvent recevoir les doses habituelles.¹

Interactions :²¹

Malgré son administration concomitante fréquente et sa large utilisation, très peu d'interactions médicamenteuses cliniquement significatives ont été documentées avec le paracétamol, d'autant plus en cas d'utilisation thérapeutique. L'interaction probablement la plus significative cliniquement est celle du paracétamol avec l'alcool. En effet, la consommation chronique d'alcool induit l'isoforme CYP-2E1 du cytochrome P-450, provoquant ainsi la formation de métabolite toxique. Les consommateurs excessifs d'alcool ont donc un risque important de développer une hépatotoxicité, même à dose thérapeutique de paracétamol.²³

4.1.2 Anti-inflammatoires non stéroïdiens ⁶

Type de douleur : les AINS sont plus efficaces que le paracétamol pour certains types de douleurs, notamment les douleurs inflammatoires (p.ex. crise de goutte), les dysménorrhées, les coliques néphrétiques, les douleurs post-opératoires, les lombalgies aiguës et les migraines, mais comportent plus de risque d'effets indésirables.¹

Effets indésirables :

Les AINS (principalement non-sélectifs) présentent des effets secondaires gastro-intestinaux (dyspepsie, hémorragie, ulcération), en particulier chez les patients âgés et avec des dosages élevés ou prolongés.¹ L'usage d'inhibiteurs COX-2 sélectifs diminue le risque d'une lésion iatrogène de la muqueuse gastro-intestinale, mais ne l'exclut en aucun cas, car il s'agit d'un effet indésirable dépendant de la dose, de l'âge et des traitements concomitants. En raison de leur long délai d'action, les inhibiteurs COX-2 sélectifs ne sont pas un 1^{er} choix pour le traitement des douleurs aiguës.

Tous les AINS, y compris les inhibiteurs COX-2 sélectifs, favorisent l'apparition d'une insuffisance rénale chez les sujets à risque. L'âge >65-70 ans, l'association à un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou un diurétique, la déshydratation et une néphropathie ou une insuffisance cardiaque constituent des facteurs de risque majeurs fréquemment rencontrés. En inhibant les prostaglandines rénales, les AINS entraînent également une rétention hydrosodée et favorisent la survenue d'une hypertension artérielle.²⁴

Les AINS sont associés à un risque d'événements thrombotiques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et sont à éviter, même à court terme, chez les patients à haut risque de maladie cardio-vasculaire.

Chez le patient âgé et/ou polymorbide (en particulier si hypertension artérielle, cardiopathie, diabète), si nécessaire, un AINS de courte durée d'action (p.ex. Ibuprofène) devrait être prescrit à but anti-inflammatoire (arthrite p.ex.) pour un temps limité avec un contrôle de la tension artérielle et de la fonction rénale.

L'emploi du Métamizole (Novalgine[®]), qui présente un mécanisme d'action complexe dont une action inhibitrice sur les COX-1 et COX-2, est susceptible de provoquer des chocs anaphylactiques et des troubles hématologiques très rares mais graves, ainsi son emploi n'est pas recommandé ⁷.

Les AINS topiques ont été démontrés efficaces chez les patients avec des lésions de tissus mous ou dans le cadre d'arthrites inflammatoires (p.ex. diclofénac ; Flector patch[®]) des petites articulations et du genou.

Service de médecine de premier recours

4.2. ANTALGIE PALIERS II ET III : LES OPIACÉS

Généralités : Les opiacés sont très efficaces pour le traitement de la douleur mais ils sont à manier avec prudence.

Il est recommandé d'utiliser les opiacés en cas de douleur sévère ou de douleur n'ayant pas répondu aux traitements non-opiacés, par exemple : palier II (opiacé faible tel que tramadol...) en cas de douleur modérée persistante ; palier III (opiacé fort tel que morphine...) en cas de douleur forte persistante.

De manière générale, il convient de débiter avec un opiacé à courte durée d'action avec la dose effective la plus basse à titrer jusqu'à tolérance raisonnable de la douleur et de poursuivre les mesures non pharmacologiques.⁹

Il est essentiel de fréquemment réévaluer l'indication aux opiacés pour éviter leur utilisation plus longue que nécessaire, leur mésusage et le risque d'overdose.¹⁰

En cas de prescription d'opiacés en ambulatoire, il faut expliquer les précautions et les effets indésirables au patient et prévoir une date de fin à réévaluer au besoin car en général 2 à 3 jours sont suffisants pour la plupart des douleurs aiguës.¹¹ Il faut également être attentif et prudent à la prescription d'opiacés chez les patients connus pour un trouble de la personnalité et/ou une dépendance à l'alcool ou aux benzodiazépines.

Mécanismes d'action : L'action antalgique est principalement médiée par les récepteurs μ alors que les effets psychomimétiques (hallucinations, euphorie) le sont par les récepteurs κ .¹²

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs μ , mais se lie de façon plus puissante que la morphine (affinité pour les récepteurs μ 20 à 30x supérieure) et pouvant ainsi la déplacer du récepteur. Il n'est pas recommandé d'associer la buprénorphine à d'autres opiacés.

Métabolisme : La morphine est glucurono-conjuguée en deux métabolites principaux dont un seul (M-6-G) est actif. La plupart des autres opiacés sont métabolisés au niveau du foie par les cytochromes P450 : il convient d'être attentif aux interactions médicamenteuses lors de prescription simultanée d'un inhibiteur ou d'un inducteur. Il est également important d'être attentif au fait que la codéine, le tramadol et l'oxycodone ont besoin d'une bioactivation par le CYP2D6 pour avoir leur pleine efficacité opiacée et sont donc dès lors inefficace en présence d'un bloqueur de ces cytochromes (ex : paroxétine, fluoxétine, etc...).

Voir carte interactions médicamenteuses et cytochromes P450,

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/images/carte_des_cyt_ochromes_2020.pdf

Effets indésirables : tous les opiacés, en raison de leurs actions sur les récepteurs opioïdiques, provoquent des effets indésirables que l'on peut anticiper et prévenir dans la mesure du possible :

- Constipation qui est constante (prévoir des laxatifs de contact, par ex. bisacodyl (Prontolax®) et/ou des laxatifs osmotiques, par ex. lactulose (Duphalac®) ou macrogol (Movicol®)),
- Nausées-vomissements (en principe disparaissent après 3-4 jours d'administration) donc prescrire des antiémétiques en réserve, p.ex. métoclopramide (Primperan®).
- On peut également titrer les doses ou pratiquer une rotation d'opiacés en cas de somnolence marquée, prurit, rétention urinaire, myoclonies ou hallucinations (cf. table de conversion – **Tableau 5**).
- En cas de dépression respiratoire, l'administration d'un antagoniste, la naloxone (Narcan®), s'avère efficace.

Formes galéniques : il est recommandé de favoriser la forme orale par comprimés rapide ou retard ou sirop et de tenir compte du délai d'action.

Il n'est pas recommandé d'utiliser une forme orale et parentérale en simultanée.⁹

Service de médecine de premier recours

		Délai action	Durée action	Demi-vie
Codéine	PO	30-60 min	4-6 h	3 h
Tramadol	PO	45 min	2.30 h	6 h
Buprénorphine	SL	30-90 min	6-8 h	5 h
	patch	11-21 h	72-96 h	26 h
	IV	15 min	4-8 h	2-3 h
	SC	30-60 min	6-8 h	-
Morphine	PO-LI	30-90 min	4-7 h	2-3 h
	PO-LP	1-3 h	12-24 h	4-15 h
	IV	10-20 min	env 4 h	env 2 h
	SC	30-60 min	env 4 h	1-5 h
Hydromorphone	PO-LI	30-60 min	3-4 h	2-3 h
	PO-LP	3 h	12-24 h	8-15 h
	IV	15 min	4-5 h	-
	SC	15 min	4-6 h	-
Fentanyl	patch	12-24 h	72 h	20-27 h

PO : per os / IV : intraveineux / SC : sous-cutané / LI : libération immédiate / LP : libération prolongée

Tableau 2 : Cinétique des opiacés (correspond à une dose unique hors insuffisance rénale ou hépatique).

Modalités pratiques lors de l'introduction d'opiacés :
Donner des réserves (10% de la dose totale de 24 h à disposition 3x/jour)
Augmentation par paliers de 30% de la dose de 24 h toutes les 4 demi-vies (8 h)
Pour la morphine et l'hydromorphone lors du passage PO à SC : diviser par 3 la dose orale de 24 h
Pour la morphine et l'hydromorphone lors du passage PO à SC ou IV : diviser par 3 la dose orale de 24 h

PO : per os / IV : intraveineux / SC : sous-cutané

Tableau 3: Doses initiales des principaux opiacés.

Service de médecine de premier recours

	Dose initiale			Dose max	Notes
	Jeune BEG	Âgé BEG	MEG		
Codéine p.o	3x 30mg				Cave : effet analgésique diminué ou absent chez les métaboliseurs lents du CYP2D6 ou en cas d'interactions médicamenteuses
Tramadol p.o	4x 50 mg	3-4x 25 mg	3-4x 25 mg	400 mg (200 mg si âgé et MEG)	Cave : Effet sérotoninergique et noradrénergique Interaction avec les antidépresseurs Cave : effet opiacé diminué ou absent chez les métaboliseurs lents du CYP2D6 ou en cas d'interactions médicamenteuses
Tapentadol	4x 50 mg	3-4x 25 mg	3-4x 25 mg	600 mg (attention si âgé et MEG)	Effet noradrénergique
Buprénorphine p.o	3x 0.2 mg	3x 0.2 mg	3x 0.1 mg		Indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère (CL créat calc <30 ml/min)
Morphine p.o	6x 10 mg	6x 5 mg	6x 2.5 mg		
Hydromorphone p.o	6x 2 mg	6x 1 mg	6x 0.5 mg		
Oxycodone p.o.	6x 5 mg	6x 2.5 mg	6x 1 mg		Cave : effet opiacé diminué ou absent chez les métaboliseurs lents du CYP2D6 ou en cas d'interactions médicamenteuses
Fentanyl patch	Ne pas commencer chez un patient opiacé-naïf. Délai de l'action après l'introduction du patch (environ 12h) et de la persistance de l'action à l'arrêt du patch (environ 24 heures).				

PO : per os / BEG : bon état général / MEG : mauvais état général (fonction rénale ou hépatique altérée ; nombreuses co-morbidités)

Tableau 4 : Principaux opiacés à disposition.

10mg de morphine orale équivaut à				
100 mg de codéine (x10)	100 mg de tramadol (x10)	0.15 mg de buprénorphine (divisé par 60-70)	2 mg de hydromorphone (divisé par 5)	5 mg d'oxycodone (divisé par 2)

Tableau 5 : Table de conversion des opiacés par voie orale.

Les tables de conversion ne tiennent pas compte des variations interindividuelles et de la tolérance croisée incomplète. Lorsqu'on change d'opiacés, il peut être nécessaire de diminuer de 30% à 50% la dose calculée à partir de la table et d'adapter la posologie selon la réponse antalgique et la tolérance du patient concerné (toutes les quatre ½ vies).⁷

Service de médecine de premier recours

4.3 MÉDICATION ADJUVANTE

Selon l'origine de la douleur, des traitements adjuvants à évaluer au cas par cas peuvent être proposés en plus de l'antalgie pour participer à soulager la douleur (par exemple : traitement myorelaxant en cas de contracture musculaire, caféine en cas de migraine ou céphalée de tension ¹, inhalation de MEOPA avant suture ²², etc...)

D'autres médicaments adjuvants avec peu d'évidence de bénéfice sur la douleur aigue sont les suivants : benzodiazépine, corticostéroïdes, antidépresseurs, cannabis.

4.4. TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

Les traitements non pharmacologiques sont un ajout précieux dans la prise en charge multimodale de la douleur et ils peuvent être utilisés entre autres pour réduire la médiation de l'inflammation causant la douleur, distraire le système nerveux pour diminuer la perception douloureuse et promouvoir une reprise d'activité. ¹¹

Ils comportent notamment l'application locale de chaud ou de froid, la physiothérapie, la stimulation électrique via TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), la médecine manuelle, l'ostéopathie, les massages, l'acupuncture, la relaxation, l'hypnose, la balnéothérapie.

5. SITUATIONS PARTICULIERES

5.1. TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHEZ LES PATIENTS DÉPENDANTS DES OPIACES

Les patients au bénéfice d'un traitement chronique d'opiacés (justifié ou non) en présence de douleurs aiguës ou péjoration de douleurs chroniques devraient poursuivre leur traitement d'opiacés à même dosage avec adjonction d'antalgie non-opiacé et en cas de besoin un opiacé à courte durée d'action en supplément. ¹

Chez les patients usagers de drogues, si l'exposition aux opiacés peut parfois faire renaître une appétence pour les opiacés, la non-reconnaissance et la mauvaise prise en charge de la douleur peut également précipiter l'augmentation de la consommation ou les rechutes. Les patients sous traitement de substitution sont déjà dépendants, il n'y a donc pas de risque de créer une dépendance en administrant un traitement opiacé en vue d'une antalgie. ⁸

Une bonne compréhension entre patient et soignant conduit à un meilleur succès de l'antalgie : écouter les demandes et les plaintes et expliquer les stratégies choisies.

Traiter la douleur chez un patient sous méthadone :

- **Ne pas arrêter ou changer la dose de méthadone.**
- Ne pas assumer que le traitement de méthadone suffit à l'antalgie.
- Comme chez tout patient, démarrer par des antalgiques non opiacés en cas de douleurs modérées.
- Évaluer la dépendance du patient.
- Ne pas prescrire d'agonistes partiels qui vont précipiter des symptômes de sevrage (buprénorphine, pentazocine, nalbuphine).
- Si indiqué par la clinique, choisir un opiacé par voie orale qui sera dédié au traitement de la douleur, la méthadone restant dédiée à la dépendance.
- Se souvenir que les patients dépendants ont un seuil à la douleur moins grand et une tolérance induite et que les doses nécessaires risquent d'être plus élevées.
- Discuter cette différenciation des traitements au patient (sont souvent soulagés que l'on n'augmente pas la méthadone).
- Mettre le médecin prescripteur de la cure de méthadone au courant de l'introduction d'un traitement de la douleur.

Service de médecine de premier recours

5.2 DOULEURS CHRONIQUES EXACERBÉES

Dans les situations d'exacerbation de douleurs chroniques (inexpliquées par un substrat organique), l'aspect relationnel de la prise en charge prend une dimension particulièrement importante ¹³. Cette prise en charge comprend :

- L'écoute active et bienveillante de la plainte
- La recherche de facteurs de déstabilisation psycho-sociaux
- L'examen physique
- La légitimation de la souffrance
- Rassurer le patient
- La vérification de la concordance des objectifs du patient et du soignant
- La définition des objectifs thérapeutiques réalistes en termes d'intensité de la douleur et de son impact sur la vie quotidienne (distinguer clairement l'intensité de la douleur et le bénéfice fonctionnelles ou sociales, par exemple).
- Le rappel qu'il n'y a pas de médicament « miracle » ; éventuellement apporter une modification mineure au traitement préexistant (p.ex. modifier un dosage) mais se garder de changements importants
- Le contact avec le médecin traitant et la référence du patient à son réseau habituel
- Privilégier les approches non-médicamenteuses : physiothérapie, froid-chaud, hypnose, relaxation, balnéothérapie, etc.
- Mettre en place une prise en charge multimodale (physique, psychologique, pharmacologique, sociale)
- Informer le patient des avantages modérés des traitements médicamenteux et des risques à liés à la prise d'antalgie au long cours (pour toute classe médicamenteuse)
- Évaluer régulièrement le dosage des traitements, l'automédication concomitante, et l'efficacité/tolérance des traitements

5.3 DOULEURS NEUROGÈNES

Le questionnaire DN4²⁸ comporte 10 questions concernant les caractéristiques de la douleur et aide à déterminer si celle-ci est suggestive d'une douleur neurogène en cas de score égal ou supérieur à 4 (sensibilité à 82.9% et spécificité à 89.9%) ²⁸, ainsi un traitement spécifique devra alors être envisagé.¹⁴

Les traitements de première intention comprennent l'introduction d'un antidépresseur tricyclique (amitriptyline) ou mixte (venlafaxine) ou duloxétine) ou anti-épileptique (p . e x gabapentine ou prégabaline).

Les patches de lidocaïne topiques sont efficaces chez les patients avec des douleurs neuropathiques et localisées telles que les douleurs post-zostériennes ou une neuropathie diabétique (Neurodol tissugel®).

Les opiacés devraient être considérés en deuxième ou troisième intention.¹⁵

Le questionnaire DN4 est disponible sur le site des HUG :

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/questionnaire_dn4_outils.pdf

Service de médecine de premier recours

5.4. DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE :

Plusieurs études ont montré que la douleur est souvent insuffisamment contrôlée chez les personnes âgées parce qu'elles ont tendance à banaliser la douleur, l'exprimer de manière atypique (confusion, etc.) mais aussi parce que le personnel soignant peut sous-estimer leur douleur pensant à tort qu'elle s'inscrit dans le processus "normal" du vieillissement.¹⁶ Le retentissement des douleurs peut être catastrophique pour le malade âgé, qui ne peut potentiellement plus effectuer seul les actes de la vie quotidienne, et qui peut présenter des troubles du sommeil, de l'appétit, des chutes, des difficultés de mobilisation, des difficultés à sociabiliser et une dépression.

A noter qu'un surtraitement des douleurs par opiacés peut également avoir des répercussions telles que les états confusionnels ainsi que les chutes. Il faut donc prendre en compte les changements physiologiques liés à l'âge (changement de la fonction rénale et hépatique, etc.) et la possible polymédication.¹⁷

Vu les troubles mnésiques et la désorientation temporo-spatiale, l'évaluation de la douleur est plus difficile chez les patients atteints de démence. Différentes échelles d'hétéroévaluation de la douleur ont été validées chez les patients atteints de démence : Algoplus pour la douleur aiguë, Doloplus et ECPA pour les douleurs chroniques. Néanmoins, il faut se rappeler que ces échelles doivent être réservées aux patients atteints de démence sévère ne pouvant pas communiquer.

Les outils sont à disposition dans la section du réseau douleur du site des HUG :

<https://www.hug.ch/reseau-douleur/choisir-bon-outil> .

5.5 DOULEUR CHEZ LA FEMME ENCEINTE ^{5, 6}

Avant la prescription d'une antalgie chez la femme enceinte, il faut envisager un traitement non-pharmacologique. Le traitement doit être prescrit à la dose efficace la plus faible. En cas d'effet antalgique insuffisant, il est préférable d'augmenter progressivement le traitement jusqu'à la dose maximale possible, plutôt que d'introduire une nouvelle classe d'antalgie.

Le paracétamol est le traitement antalgique le plus sûr chez les femmes enceintes et peut être donné tout au long de la grossesse.

Les AINS peuvent être utilisés au cours du deuxième trimestre. Cependant, ils sont à éviter au cours du troisième trimestre (risque de canal artériel persistant, d'oligohydramnios, de saignement utérin et d'hémorragie intracrânienne néonatale). Les patientes enceintes ou planifiant une grossesse doivent être informées du risque augmenté de fausse couche lié aux AINS au cours du premier trimestre. Durant cette période, les AINS peuvent être pris ponctuellement.

Les opiacés peuvent être utilisés tout au long de la grossesse s'ils sont considérés comme nécessaires pour traiter la douleur. L'utilisation des opiacés doit se limiter à la durée la plus courte possible.

Durant l'allaitement, le paracétamol et les AINS (principalement l'ibuprofène) sont en général sans risque. En cas de nécessité, des opiacés peuvent être donnés, mais le prescripteur doit évaluer les risques et bénéfices pour la patiente et son nourrisson. Les opiacés doivent être utilisés au dosage le plus faible et à la durée la plus courte possible.

Pour l'antalgie durant la grossesse et l'allaitement, nous recommandons de consulter le site du centre de référence sur les agents tératogènes : <http://lecrat.fr/>.

6. PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE DURABLE ²⁰

Les services de santé ont une empreinte carbone importante sur l'environnement dont environ 20% sont liés aux médicaments. Bien qu'ils soient essentiels pour traiter de nombreuses pathologies, les médicaments sont également des micropolluants qui nécessitent une utilisation appropriée, surtout dans le système ambulatoire qui est le plus important prescripteur de médicaments. Certains médicaments comme le paracétamol (le plus utilisé dans le monde) ou le diclofénac sont détectables dans l'environnement (les rivières, les lacs et les nappes phréatiques).

Service de médecine de premier recours

Voici donc quelques actions que les médecins peuvent appliquer pour une prescription durable :

- Prescrire selon les recommandations de la médecine basée sur les preuves
- Prescrire pour une durée donnée
- S'intéresser aux médicaments que le patient a déjà à domicile pour éviter d'en prescrire plus
- Limiter les changements thérapeutiques fréquents
- S'intéresser aux perceptions du patient pour encourager sa compliance
- Limiter la polypharmacie
- Initier une déprescription quand un médicament n'est plus indiqué
- Prescrire des médicaments avec un bon profil métabolique (diminue l'excrétion dans les eaux)

7. APPLICATION À LA MÉDECINE DE CABINET :

La douleur, aiguë ou chronique, est un motif de consultation fréquent en cabinet de médecine générale mais peu d'études récentes ont été conduites pour évaluer la prévalence de ce symptôme ; Les douleurs liées au système musculosquelettique prédominent.^{25, 26} Il est à noter qu'il est relativement fréquent que l'étiologie de la douleur n'ait pas de diagnostic précis.²⁷

Cependant, le challenge initial du médecin traitant reste le diagnostic de présomption sous-jacent afin d'orienter les patients avec un risque vital ou ayant besoin d'une intervention spécifique vers un établissement hospitalier.

Pour les douleurs aiguës traitées en cabinet, l'intensité du symptôme ayant été évaluée, l'algorithme des traitements antalgiques suit les recommandations des paliers de l'OMS. Le choix ou les combinaisons de molécules sont, quel que soit le palier, principalement limitées aux formes orales ou suppositoires.

Le monitoring de l'antalgie est plus complexe en médecine non-hospitalière. Un suivi en consultation ou par téléphone est nécessaire afin d'ajuster les doses du traitement choisi ou de changer de molécules si l'effet obtenu est inadapté. La prévention et la détection des effets secondaires liés au médicament administré sont aussi indispensables. La question de l'abus ou du mauvais usage d'opiacés est très présente lors de chaque prescription et/ou renouvellement. Concernant ces derniers points, l'interprofessionnalité occupe une place de choix (soins infirmiers à domicile, pharmaciens et médecins prescripteurs) pour un traitement approprié pour chaque situation.

Enfin, en médecine de ville, l'accès aux méthodes non pharmacologiques est assez vaste et complémentaire d'un traitement médicamenteux bien mené.

REFERENCES

1. Amaechi O, Huffman MM, Featherstone K. Pharmacologic Therapy for Acute Pain. *Am Fam Physician*. 2021 Jul 1;104(1):63–72.
2. Kosek E, Cohen M, Baron R, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *PAIN*. juill 2016;157(7):1382.
3. Ventafridda, V., et al. "WHO Guidelines for the Use of Analgesics in Cancer Pain." *International Journal of Tissue Reactions*, vol. 7, no. 1, 1985, pp. 93–96.
4. Mariano ER, Dickerson DM, Szokol JW, et al. A multisociety organizational consensus process to define guiding principles for acute perioperative pain management. *Reg Anesth Pain Med*. 1 févr 2022;47(2):118-27.
5. Bauerlein DK, Williams AP, John PR. Optimizing Acetaminophen Use in Patients with Risk Factors for Hepatotoxicity: Reviewing Dosing Recommendations in Adults. *Pain Med*. 1 juill 2021;22(7):1469-72.
6. Rains SA. Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: findings from the health information national trends survey. *J Health Commun* 2007;12:667-80.
7. Roulet L, Luthy C, Garin N, et al. [Opioid rotation: from theory to practice. Interdisciplinary recommendations from the Geneva University Hospitals pain network]. *Rev Med Suisse* 2011;7:1400-4, 6.
8. Scimeca MM, Savage SR, Portenoy R, et al. Treatment of pain in methadone-maintained patients. *Mt Sinai J Med* 2000;67:412-22.
9. Herzig SJ, Calcaterra SL, Mosher HJ, et al. Safe Opioid Prescribing for Acute Noncancer Pain in Hospitalized Adults: A Systematic Review of Existing Guidelines. *Journal of Hospital Medicine*. 2018 Apr;13(4):256–62.
10. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, et al. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022 Nov 4;71(3):1–95.
11. Rech MA, Griggs C, Lovett S, et al. Acute pain management in the Emergency Department: Use of multimodal and non-opioid analgesic treatment strategies. *The American Journal of Emergency Medicine [Internet]*. 2022 [cited 2024 Feb 15];58:57–65.
12. Stein, Christoph. "Opioid Receptors." *Annual Review of Medicine*, vol. 67, no. 1, Jan. 2016, pp. 433–51,
13. Réseau douleur : <http://reseaudouleur.hug-ge.ch/> (tableaux des doses équivalentes des opiacés)
14. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology* 2015;14:162-73.
15. Attal N. Pharmacological treatments of neuropathic pain: The latest recommendations. *Rev Neurol (Paris)*. 1 janv 2019;175(1):46-50.
16. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, et al. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA*. 2014;312:825-36.
17. Hosseini F, Mullins S, Gibson W, et al. Acute pain management for older adults. *Clin Med (Lond)*. 2022 Jul;22(4):302–6.
18. Black E, Khor KE, Kennedy D, et al. Medication Use and Pain Management in Pregnancy: A Critical Review. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. nov 2019;19(8):875-99.
19. Montgomery A, Hale and TA of BM Thomas W. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother, Revised 2012. *Breastfeed Med*. déc 2012;7(6):547-53.
20. Schneider MP, Sommer J, Senn N. Prescription médicamenteuse durable : réflexions croisées entre médecins et pharmaciens. *Rev Med Suisse*. 8 mai 2019;650:942-6.
21. Toes MJ, Jones AL, Prescott L. Drug interactions with paracetamol. *Am J Ther*. 2005;12(1):56-66.
22. Jebali, Chawki, et al. "Inhaled Nitrous Oxide during the Make Stitches : Randomized Double Blind Prospective Study." *La Tunisie Medicale*, vol. 95, no. 6, June 2017, pp. 406–10.
23. Seirafi M, Iten A, Hadengue A. Paracétamol: toxicité hépatique aux doses thérapeutiques et populations à risque. *Rev Med Suisse*. 17 oct 2007;129:2345-9.
24. Bourdon F, Buchard PA, Rodrigues B, Gobin N. Anti-inflammatoires non stéroïdiens : mise au point pour le praticien. *Rev Med Suisse*. 9 févr 2022;768:235-40.

Service de médecine de premier recours

25. bfs.admin.ch, Etat de santé général, statistiques 2022
26. Hasselström J, et al. Prevalence of pain in general practice. Eur J pain . 2002; 6(5):375-85
27. Rosendal M, et al. Symptoms as the main problem in primary care: A cross sectional study of frequency and characteristics. Scand J Prim Health Care. 2015; 33:91-99
28. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. 2005 Mar;114(1):29–36.
29. Boureau F, Luu M, Doubrere JF, Gay C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs : comparaison avec le Mac Gill pain questionnaire de Melzack. Thérapie, 1984, 39 :119-129