



Le médecin généraliste et la douleur

Lettre trimestrielle éditée par **l'Institut UPSA de la Douleur**

É d i t o

La morphine et les douleurs chroniques non cancéreuses

La morphine est un traitement qu'il faut savoir utiliser dans les indications codifiées car elle n'est pas la réponse pour toute douleur. Les indications les plus classiques de la morphine sont les douleurs intenses aiguës (aux urgences, douleur post opératoire par exemple) et chroniques cancéreuses (d'origine nociceptive). Pour les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC), la situation est moins claire car les mécanismes sont polymorphes et souvent associés. On peut toutefois admettre que dans les cas de douleurs chroniques, intenses d'origine nociceptive, l'indication est légitime (par parallélisme avec le cancer). C'est le cas des pathologies rhumatismales d'origine inflammatoire et mécanique, c'est-à-dire lorsque la cause nociceptive est bien documentée. Certaines situations sont moins consensuelles, notamment les DCNC d'origine neurogène, dont la réactivité à la morphine est variable et discutée. On s'accorde à dire que l'on peut traiter avec des morphiniques puissants, et de façon chronique, certains patients souffrant de DCNC. Le nombre de patients concernés n'est pas connu, mais probablement limité, et on a du mal à définir les critères décisionnels qui définissent clairement l'indication. Il ne faudrait pas que la banalisation de l'usage de la morphine conduise à sa prescription chez des patients souffrant de douleurs qui ne figurent pas parmi les indications reconnues et même qui présentent des contre-indications. On peut penser que la morphine n'a pas d'indication dans des douleurs idiopathiques (comme la fibromyalgie par exemple) et est contre indiquée lorsque la douleur est associée à des facteurs émotionnels majeurs (anxio-dépressifs), des bénéfices secondaires plus ou moins conscients, des antécédents d'abus de substances ou des troubles psychiatriques.

En France, seules les recommandations de Limoges sont disponibles. Ils nous paraît important de les rappeler pour la pratique quotidienne pour permettre d'encourager à traiter les malades qui en ont besoin mais aussi pour limiter les prescriptions inappropriées. Nous attirerons l'attention sur certains points. Dans la pratique la confrontation avec la morphine ne résulte pas toujours d'une décision raisonnée mais plus souvent lors d'une prescription en situation de crise en urgence ou une prescription fortuite à l'occasion d'une autre pathologie et parfois sur la demande du patient informé de l'existence d'un moyen antalgique très efficace que les médecins hésitent à utiliser... L'indication doit résulter d'une évaluation "globale", "exhaustive", idéalement pluridisciplinaire, pour vérifier l'absence d'alternatives thérapeutiques et de contre-indications psychiatriques. Cette évaluation réclame un savoir-faire. Il est important de rappeler qu'une prescription peut s'initier sous la forme d'un "test" qui permettra d'évaluer les avantages et inconvénients du traitement en appréciant les effets en termes de soulagement de douleur mais aussi en termes d'objectifs fonctionnels (reprise d'activités...). Ceci implique que les objectifs aient été clairement définis, clarifiés avec le patient. Une fois la prescription instaurée, il importe de savoir identifier le médecin qui devra assurer la responsabilité du suivi. S'il est facile d'initier un traitement morphinique, il est plus délicat d'en assurer le suivi régulier, rythmé par les renouvellements d'ordonnance et qui est indissociable de la prise en charge du malade. Dans ce suivi, il conviendra de s'assurer de l'absence de manifestations témoignant d'un mésusage ou d'une éventuelle addiction, et de garantir une prise en charge active qui répond à des attentes réalistes et permet l'adaptation du patient à une douleur mieux contrôlée.

Dr François BOUREAU

Dossier "Les recommandations de Limoges" en page 2





Les recommandations de Limoges

Recommandations pour l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses en rhumatologie

S. Perrot*, B. Bannwarth, P. Bertin, R-M. Javier, J. Glowinski, M. Le Bars, R. Treves

Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR), section douleur de la SFR

* Centre de la Douleur et Service de Rhumatologie A, Hôpital Cochin, Paris.

En rhumatologie où la douleur est un symptôme essentiel, de nombreux patients restent non soulagés par les traitements antalgiques classiques. La morphine, antalgique de référence en cancérologie, reste sous-utilisée dans les pathologies chroniques non cancéreuses, notamment rhumatologiques. La question du recours à la morphine se pose de plus en plus dans les pathologies ostéo-articulaires douloureuses chroniques mais les preuves scientifiques de son efficacité restent encore insuffisantes dans un usage prolongé, au contraire des situations aiguës. Malgré tout, face à la demande croissante des patients et à la dédramatisation de l'utilisation de la morphine, les prescriptions sont en pleine expansion, mais dans un nombre non négligeable de cas, inadaptées, dans leurs doses voire dans leurs indications. Il nous a semblé nécessaire, en attendant la publication de données valables et la mise en place de conférence de consensus, d'élaborer des recommandations pour l'utilisation de la morphine dans les douleurs non cancéreuses. Un groupe de rhumatologues de la Société Française de Rhumatologie (SFR), impliqués dans la réflexion sur la prise en charge de la douleur (le Cercle d'Étude de la Douleur en Rhumatologie (CEDR) a fait une revue bibliographique (Medline) et une analyse de la littérature. Confrontant la littérature à l'expérience clinique, ce groupe a travaillé pour aboutir au cours d'une journée d'étude, le 19 février 1999, à Limoges, à élaborer des recommandations sur l'utilisation de la morphine en rhumatologie

non cancéreuse : les recommandations de Limoges, publiées dans la Revue du Rhumatisme en 1999.

► Les recommandations de Limoges sont regroupées selon trois situations

La décision de traitement

La morphine est une des possibilités de prise en charge de la douleur pour des patients insuffisamment soulagés par les thérapeutiques usuelles de la pathologie en cause. Ces recommandations ne visent pas à promouvoir la morphine mais à mieux l'utiliser, dans les bonnes indications. La morphine doit être introduite après une évaluation initiale complète du patient, de son histoire et de sa douleur. Les douleurs dites idiopathiques ou les patients présentant des troubles caractériels et psycho-sociaux importants pouvant interférer avec l'évaluation du traitement ne seront pas traités par morphine.

La mise en route du traitement

Une information sera donnée au patient et à ses différents médecins. On préconisera de faibles doses de morphine à libération prolongée, administrée à horaires fixes, en réduisant les doses chez les sujets âgés, insuffisants rénaux ou hépatiques. La dose pourra être plus élevée le soir ou le matin selon l'horaire maximal des douleurs ou le renforcement des douleurs lors de l'activité. L'ajustement posologique se fera par paliers, avec une surveillance rapprochée pour apprécier les effets indésirables et l'efficacité de la morphine.

Un complément antalgique pourra être prescrit (association avec autres paliers antalgiques) et une prévention de la constipation sera réalisée systématiquement.

L'évaluation et le suivi du traitement

À chaque visite, on recherchera des signes orientant vers un mésusage, un abus ou une dépendance psychique. Il s'agit de dépister les patients qui utiliseraient plusieurs ordonnances de médecins différents en même temps, qui augmenteraient rapidement d'eux-mêmes leurs doses ou auraient un comportement de recherche compulsive du produit. En fait la dépendance à la morphine lors de traitements de la douleur est un phénomène rare si l'on respecte les précautions d'utilisation. La plupart des auteurs concluent qu'il faut en fait se poser la question de la mauvaise adaptation du traitement antalgique lorsque l'on note un syndrome addictif et rechercher un syndrome dit pseudo-addictif par sous-traitement des patients ou mauvaise évaluation de la douleur. En cas de décision d'arrêt, on diminuera progressivement et on recherchera les signes de sevrage (qui définissent la dépendance physique).

► Conclusion

Les recommandations de Limoges sont publiées depuis près de deux ans et l'on a pu assister parallèlement à une modification des prescriptions des praticiens, notamment rhumatologues. Les praticiens ont pu ainsi s'appuyer sur ce texte

pour étayer leur prescription de morphine et la mettre en place de façon pratique. Mais ces recommandations nécessitent de s'adapter à la demande croissante de recours

aux morphiniques, aux autres substances morphiniques disponibles, et devraient maintenant évoluer après une évaluation précise des besoins, toujours dans l'attente

d'études cliniques valables, permettant de valider scientifiquement le recours aux antalgiques de niveau 3 dans les douleurs chroniques non cancéreuses. ■

Les 16 recommandations de Limoges

- 1 - Il n'existe pas de recommandations sur l'utilisation de la morphine en rhumatologie.
- 2 - Le but n'est pas d'inciter à une utilisation imprudente de la morphine mais d'aider le clinicien à son bon usage quand il a décidé d'y recourir.
- 3 - La morphine n'est qu'une des possibilités, mais est une possibilité du traitement de la douleur non cancéreuse en rhumatologie.

Sélection des patients et évaluation initiale

- 4 - Pourront être traités par la morphine : les patients douloureux chroniques, non ou insuffisamment soulagés par les thérapeutiques usuelles de la pathologie antérieurement définie (dégénérative, inflammatoire...)
- 5 - L'évaluation initiale comprendra :
 - la synthèse de l'histoire de la maladie et des thérapeutiques entreprises,
 - un avis psychiatrique spécialisé dans le cas de pathologies mal définies, de sujet très jeune, d'abus médicamenteux, de suspicion de troubles psychiatriques,
 - une évaluation de la douleur et de son retentissement (échelles et indices appropriés).
- 6 - Ne seront pas traités par la morphine : les patients dont les symptômes ne sont pas médicalement expliqués (douleurs idiopathiques) ou atteints de troubles caractériels sévères ou psychosociaux prédominants.

Mise en route pratique du traitement

- 7 - Une information sera donnée au patient et à ses autres médecins sur les buts, les modalités et les effets indésirables du traitement.

- 8 - Les buts du traitement seront définis conjointement par le patient et son médecin, qui prendra la responsabilité de la prescription de morphine.
- 9 - Une surveillance rapprochée, au minimum à J14 et J28, sera instituée pour apprécier les effets indésirables et l'efficacité de la morphine jusqu'à obtention d'une posologie optimale.
- 10 - La dose initiale préconisée se situera entre 10 et 30 mg de sulfate de morphine à libération prolongée, administrée par voie orale, en tenant compte du terrain. Les posologies faibles seront instituées chez les sujets âgés, insuffisants rénaux ou hépatiques.
- 11 - Un ajustement posologique se fera par paliers (lors de chaque consultation prévue) en augmentant de 50% la dose journalière.
- 12 - Un complément antalgique sera prescrit dans le cas de douleurs fluctuantes (paracétamol...).
- 13 - Une prévention de la constipation sera réalisée systématiquement à l'instauration du traitement (mesures hygiéno-diététiques et laxatifs).

Évaluation et suivi du traitement

- 14 - À chaque visite, on recherchera des signes orientant vers un mésusage, un abus ou une dépendance physique.
- 15 - Toute augmentation trop rapide des doses doit faire reconsidérer l'indication du traitement.
- 16 - En cas de décision d'arrêt, on diminuera progressivement et on recherchera les signes de sevrage.

Références :

- American Academy of Pain Medicine and American Pain Society: *The use of opioids for the treatment of chronic pain. A consensus statement.* Clin J Pain 1997; 13: 6-8.
- Graziotti PJ, Goucke CR. *The use of oral opioids in patients with chronic non-cancer pain. Management strategies.* Med J Aust 1997; 167:30-4.
- Jamison RN, Raymond SA, Slawsby EA, Nedeljkovic SS, Katz NP. *Opioid therapy for chronic noncancer back pain.* Spine 1998; 23: 2591-2600.
- Moulin DE, Lezzi A, Amireh R et al. *Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain.* Lancet 1996; 347: 143-147.

- Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier R-M, Glowinski J, Le Bars M, Trèves R. *Utilisation de la morphine dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses : les recommandations de Limoges.* Rev Rhum 1999, 66, 651-657.
- Schofferman J. *Long-term use of opioid analgesics for the treatment of chronic pain of non malignant origin.* J Pain Symptom Manage 1993; 8: 279-88.
- Zenz M, Strumpf M, Tryba M. *Long-term oral opioid therapy in patients with chronic nonmalignant pain.* J Pain Symptom Manage 1992; 7: 69-77.

Dr Francine Hirszowski

Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique dite commune.

Recommandations anaes, déc 2000 (disponible sur le site ANAES www.anaes.fr)

La démarche diagnostique, basée sur une évaluation clinique soignée du patient, est rappelée. Des signes d'alerte permettent de suspecter les lombalgies symptomatiques (fracture, cancer, infection) qui seront identifiées grâce à des examens complémentaires (VS, électrophorèse des protéines). Des radios simples du rachis (Face et Profils) sont recommandées en première intention (accord professionnel fort). L'intensité de la douleur (EVA) sera appréciée pour mieux guider les traitements symptomatiques.

Traitements médicamenteux

Parmi les antalgiques sont recommandés : le paracétamol (4g en 4 prises systématiques), les AINS en cure courte, les antalgiques de niveau 2 après échec du niveau 1. L'utilisation des morphiniques de niveau 3 est à envisager au cas par cas, en respectant les contre-indications.

Les traitements par voie locale ne sont jamais proposés en première intention, les infiltrations épidurales de corticoïdes semblent avoir un effet antalgique à court terme.

Parmi les traitements non médicamenteux :

Le repos au lit n'est pas recommandé (accord professionnel fort pour cette notion nouvelle, insuffisamment connue +++).

L'exercice physique est efficace à court terme sur le plan antalgique et fonctionnel comparativement à l'absence de traitement ou à un placebo.

La neurostimulation transcutanée (TENS) peut être proposée de même que les

manipulations vertébrales réalisées de façon prudente et après bilan soigneux. Les prises en charge multidisciplinaires peuvent être proposées, elles montrent de l'intérêt dans la possibilité du retour au travail +++.

Il en est de même pour les prises en charge de type comportemental. La découverte, à l'imagerie, d'une hernie discale isolée sans signe radiculaire ne doit pas conduire à proposer un traitement chirurgical ou une nucléolyse +++.

Les modalités du suivi seront adaptées à chaque patient en fonction des objectifs fixés avec lui.

Risques rénaux des AINS COX 2 sélectifs,

PY Martin et J Desmeules

Douleur et Analgésie 3;2001, vol 14:163-167

Les AINS représentent 5% de la prescription médicale, à laquelle il s'ajoute une large utilisation sans ordonnance. Leur usage clinique est limité par leurs toxicités digestive, cardio vasculaire, rénale et plaquettaire.

Les inhibiteurs sélectifs de la COX 2 ont moins d'effets gastro intestinaux, mais ont les mêmes effets indésirables rénaux que les AINS classiques, à savoir l'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, la rétention hydrosodée et l'hyperkaliémie.

Les inhibiteurs sélectifs COX 2 représentent une réelle innovation thérapeutique avec une sécurité digestive accrue pour une efficacité comparable, toutefois leur sécurité rénale et cardiovasculaire reste à confirmer en particulier lors de co-morbidité ou de co-médication affectant la perfusion rénale

Il faut noter qu'il n'y a pas d'études cliniques COX 2 versus aspirine.

Il est également à remarquer que les anti COX 2 n'ont pas d'AMM pour leurs vertus antalgiques mais anti-inflammatoires.

Quelle est l'efficacité du placebo ?

Is the Placebo Powerless ? An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. Hrobjartsson A et al., *N Engl J Med*, 344 (2001): 1594-1602.

On tient pour admis, et particulièrement depuis l'article princeps de Beecher en 1955, que le placebo a un degré d'activité propre non nul de l'ordre de 35%. On estime cette activité en comparant, chez des patients inclus dans des études en double insu contre placebo, leur "état de base" et leur "état après traitement". Dans cette comparaison, il est impossible de distinguer l'activité propre du placebo de l'évolution naturelle de la pathologie (régression à la moyenne).

Les auteurs de cette revue ont repris toutes les études cliniques dans lesquelles les patients se sont vus attribuer de façon randomisée soit un placebo, soit une absence de traitement : 114 études ont été retenues, 40 pathologies différentes étaient étudiées. À noter que c'est essentiellement dans les 27 études concernant le traitement de la douleur qu'une efficacité significative du placebo est retrouvée, avec une réduction moyenne de 0,65 unités sur l'EVA.

Les auteurs en déduisent un faible niveau de preuve de l'efficacité du placebo. Notre commentaire : cette étude qui a fait couler beaucoup d'encre a le mérite de bousculer une notion qui paraissait bien acquise : l'efficacité du placebo. Cette étude connaît toutefois des limites méthodologiques, mais il est fort probable que des études ultérieures vont chercher à mieux documenter l'action propre du placebo (forme d'analgésie d'origine psychologique) que les praticiens reconnaissent être une composante non négligeable de toute thérapeutique.

Réunions

- 15 juin 2002, Deauville, Casino, Journée Réseaux Douleur, Tél : 02 31 27 19 18 / Fax : 02 31 27 19 17 / Email : JP-com@wanadoo.fr
- 27- 29 juin 2002, Lille, Grand Palais, 8^e Congrès national de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Tél : 05 57 97 19 19 / Fax : 05 57 97 19 15 / Email : comm.sante@wanadoo.fr
- 21-23 novembre 2002, Lyon, Palais des Congrès, 2^e congrès de la Société d'Étude et de Traitement de la Douleur, "Consultations de la douleur, bilan et perspectives", Tél : 01 44 64 15 15 / Fax : 01 44 64 15 16 / Email : douleur@colloquium.fr

Réseau LCD

- Réunions mensuelles de discussion de dossiers : le 2^e vendredi du mois à 12h30, CETD St-Antoine.
- Algovigilance : ligne téléphonique à la disposition des praticiens libéraux pour tout renseignement concernant une situation antalgique, Tél : 01 49 28 23 08

INSTITUT UPSA
DE LA DOULEUR



Directeur de la Publication

Dr Jacques Wrobel

Responsable de la Rédaction

Dr Francine Hirszowski

Conseil Scientifique

Pr J.M. Besson, Dr D. Annequin,
Dr E. Boccard, Dr F. Boureau, Dr F. Chast,
Dr C. Delorme, Pr A. Eschaliér,
Dr I. Krakowski, Pr B. Laurent, Pr Y. Lazorthes,
Dr N. Memran, Dr J. Meynadier,
Dr M. Salamagne, Dr J. Wrobel

Conception-réalisation

A CONSEIL Paris - Tél. : 01 42 40 23 00
N° ISSN : 1622-3195
Dépôt légal : 2^e trim. 2002

Institut UPSA de la Douleur

Association loi 1901 à but non lucratif,
La Grande Arche Nord
92044 Paris la Défense Cedex.
Tél. : 01 47 16 89 94
Fax : 01 47 16 89 01
E-mail : institut.upsa@bms.com
Site internet : institut-upsa-douleur.org