

PROCOLES DE SOINS

EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA)



MISE À JOUR JUIN 2018

Objet

Les patients dépendants aux opiacés du fait de leur tolérance mais aussi de l'hyperalgésie induite ont une douleur plus rapide et plus intense lors de pathologies lambda.

La prise en soin de la douleur va permettre une meilleure acceptation et donc un meilleur accès aux soins d'urgences dont ils relèvent.

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Les médecins des services d'accueil d'urgences

Informations patient et/ou entourage

Références / Documents liés

- CEIP-A Nantes

❖ Gestion de la douleur chez le sujet consommateur d'opiacés :

- Evaluer la douleur de manière systématique et adaptée
- Eviter les analgésiques morphiniques de palier II (codéine, tramadol)
- Mettre en place une analgésie multimodale (paracétamol, AINS, néfopam, MEOPA selon indication)
- Poursuivre le traitement de substitution aux opiacés (TSO) lorsqu'il existe
- Si besoin en plus :

Patient traité par Méthadone

- Maintenir le TSO
- Ajouter des antalgiques non morphiniques + morphiniques si besoin, adaptés à l'intensité de la douleur
- Eviter les antagonistes ou agonistes partiels des récepteurs μ , qui, en présence d'agonistes, se comportent comme des antagonistes, entraînant l'apparition d'un syndrome de sevrage

Patient traité par Buprénorphine

- Si $4 < \text{EVA} < 6$: possibilité d'augmenter les doses quotidiennes de buprénorphine et de fractionner les prises (3 à 44/j) : solution limitée par l'effet plafond et un retour au niveau antérieur de substitution difficile
- Si $\text{EVA} > 7$: arrêter la buprénorphine et remplacer par de la morphine par titration en respectant un délai (désaturation des récepteurs μ) => En pratique : attendre les premiers signes de sevrage
- Si chirurgie douloureuse programmée ou douleur chronique sévère : substituer la buprénorphine par de la méthadone, plus maniable avec la morphine => En pratique : consultation d'addictologie

Patient dépendant aux opiacés non substitué

- Compenser les apports en opiacés illicites par des équivalents morphiniques : titration de morphine par incréments de 4 à 8 mg / 5 min, jusqu'à disparition de la plainte (signes de manque et douleur), sous surveillance stricte
- Puis administrer cette dose toutes les 4h avec surveillance et réévaluation régulières

Patient sevré non substitué

- Utilisation des morphiniques envisageable en dernier recours, aux doses usuelles

❖ Particularités liées à l'anesthésie chez le sujet consommateur d'opiacés :

- Privilégier l'ALR (per et postopératoire) avec un anesthésique local de longue durée d'action
- Mettre en place une analgésie multimodale (paracétamol, kétoprofène, néfopam)
- Débuter l'induction par l'hypnotique avant le morphinique (pour éviter la sensation de shoot)

Patient traité par Méthadone

- Maintenir le TSO à dose et heures fixes

Patient traité par Buprénorphine

Si score prévu d'EVA, EN<4 ou si ALR : Poursuite de la buprénorphine en pré et postopératoire

- Maintien de la buprénorphine en postopératoire
- Possibilité d'augmenter les doses de buprénorphine et de fractionner les prises selon l'intensité de la douleur, avec utilisation éventuelle de buprénorphine en SC (Temgésic)

Si score prévu d'EVA, EN>4 : Poursuite de la buprénorphine en pré-opératoire

- Déplacement de la buprénorphine des récepteurs u par le sufentanil peropératoire
- Titrer en morphine IV au réveil jusqu'à disparition de la plainte
- Administrer cette dose toutes les 4h
- Surveillance stricte pendant la phase de réveil
- Reprise du traitement de substitution en collaboration avec les addictologues

Dans le cadre d'une chirurgie douloureuse programmée à distance :

- Possibilité de remplacement temporairement la buprénorphine par de la méthadone (plus maniable en péri-opératoire)
- En pratique => Prendre un rendez-vous de consultation pour le patient dans le service d'addictologie

Patient consommateur actif d'héroïne

=> Substitution indispensable de la dose d'héroïne quotidienne en morphine PO ou SC

En cas de chirurgie programmée :

- Attendre la plainte douloureuse et/ou les 1ers signes de sevrage
- Titrer de la morphine par incréments de 4 à 8 mg / 5 min, jusqu'à disparition de la plainte (signes de sevrage et douleur) sous surveillance clinique et instrumentale
- Administrer cette dose toutes les 4h
- Surveillance et réévaluation régulières

En cas de chirurgie en urgence :

- Prise en charge des signes de sevrage et de la douleur en SSPI
- Administrer PO ou en SC toutes les 4h la dose de titration en morphine nécessaire pour obtenir le soulagement
- Patient à considérer systématiquement comme estomac plein

Patient consommateur actif de médicaments opiacés

En cas de chirurgie programmée :

- En préopératoire : administrer la dose habituelle de morphinique ou une dose équianalgésique d'un autre opioïde
- En postopératoire : poursuivre la même dose en cad de chirurgie mineure ou privilégier la voie parentérale en cas de chirurgie invasive (PCS : débit continu et bolus)

En cas de chirurgie en urgence :

- Si le patient est sous l'effet des opiacés : reprise de la dose habituelle en postopératoire
- Si le patient présente des signes de sevrage : administrer PO ou en SC toutes les 4h la dose de titration en morphine nécessaire pour obtenir le soulagement, puis reprise de la dose habituelle