

Ebauche des recommandations 2017 relatives à l'utilisation d'opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse

Editeur principal

Jason W. Busse (Chair)

Informations Sur La Publication

v4.1 published on 30.01.2017



National pain center

Membres du Panel pour les Lignes Directrices:

Jason W. Busse (Chair), McMaster University, Canada
Gordon H. Guyatt, McMaster University, Canada
Alonso Carrasco, American Dental Association, USA
Elie Akl, American University of Beirut, Lebanon
Thomas Agoritsas, University Hospitals of Geneva, Switzerland
Bruno da Costa, Florida International University, USA
Per Olav Vandvik, Innlandet Hospital Trust-Division Gjøvik, Norway
Peter Tugwell, University of Ottawa, Canada
Sol Stern, private practice, Canada
Lynn Cooper, Canadian Pain Coalition, Canada
Chris Cull, Inspire by Example, Canada
Gus Grant, College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia, Canada
Alfonso Iorio, McMaster University, Canada
Nav Persaud, University of Toronto, Canada
Joseph Frank, VA Eastern Colorado Health Care System, USA

Contact

Jason W. Busse, DC, PhD ,
Associate Professor, Department of Anesthesia,
Associate Professor, Department of Health Research Methods, Evidence and Impact
McMaster University, HSC-2V9,
1280 Main St. West,
Hamilton, Ontario, Canada, L8S 4K1
bussejw@mcmaster.ca

Langue

fr

Date De Début

30.01.2017

Last Edit

30.01.2017

Avertissement

Les recommandations préliminaires des présentes lignes directrices sont présentées pour inviter le public à en prendre connaissance et à les commenter. La position ('en faveur' ou 'contre') et la force ('faible' ou 'forte') de chaque recommandation ont été établies par un groupe de travail formé de 15 membres (cliniciens, spécialistes de la méthodologie et patients) et ne seront modifiées qu'en cas d'émergence d'une évidence incontestable n'ayant pas été étudiée par le groupe de travail. Tous les commentaires reçus concernant la formulation des recommandations et des textes associés, ou d'autres considérations importantes (voir le formulaire de commentaire), seront attentivement étudiés par le comité directeur des lignes directrices et guideront la rédaction du document définitif.

L'élaboration des présentes lignes directrices découle d'une étude menée à l'initiative des chercheurs et financée par des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada et de Santé Canada. Les bailleurs de fonds ne sont aucunement intervenus dans la conception ni dans la réalisation de l'étude; ni dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données; ni dans la préparation, la révision et l'approbation des lignes directrices. Le personnel de Santé Canada a fourni des commentaires non contraignants pendant l'étude. Les décisions relatives au protocole et aux problèmes qui se sont posés pendant le processus d'élaboration étaient du ressort du comité directeur des lignes directrices.

1 - Initiation et Dosage des Opiïdes chez les Patients Souffrant de Douleur Chronique Non Cancéreuse

Recommandation #1

Pour le traitement de première intention des patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse

Recommandation Forte

Nous recommandons l'optimisation de la pharmacothérapie non opioïde et un traitement non pharmacologique, plutôt qu'un essai d'opioïdes

Raison

Lorsqu'ils sont ajoutés à des non-opioïdes, les opioïdes procurent, en moyenne, une diminution modeste de la douleur et une amélioration modeste de la fonction très fréquemment au prix d'une dépendance physique, fréquemment d'une addiction et, plus rarement, d'un surdosage accidentelle non mortelle ou mortelle. Divers traitements non opioïdes utilisés comme traitement de première intention pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse procurent une diminution de la douleur et une amélioration de la fonction semblables, mais sans les problèmes de dépendance physique, de dépendance et de surdosage non mortelle

Recommandation #2

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse, sans dépendance aux opioïdes, présente ou passée, ni trouble psychiatrique sévère actuel, dont la douleur persiste malgré un traitement non opioïde optimisé

Recommandation Faible

Nous suggérons un essai d'opioïdes plutôt que la poursuite du traitement non opioïde

Par essai d'opioïdes, nous entendons l'initiation, le titrage, et la surveillance étroite de la réponse, avec interruption des opioïdes en l'absence de diminution importante de la douleur ou d'amélioration notable de la fonction

Raison

Lorsqu'ils sont ajoutés à des non-opioïdes, les opioïdes procurent, en moyenne, une diminution modeste de la douleur et une amélioration modeste de la fonction. Parmi les effets indésirables relativement fréquents, citons la constipation, la nausée et les vomissements, les changements cognitifs, la dépendance physique et l'addiction, et rarement la mort et la surdose accidentelle non mortelle

Recommandation#3

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse et de dépendance active aux opioïdes

Recommandation Forte

CONTRE

Nous recommandons de ne pas utiliser d'opioïde

Les cliniciens devraient, si ce n'est déjà fait, faciliter le traitement des dépendances aux drogues sous-jacentes

Raison

Le niveau de certitude de l'évidence bas laisse entrevoir une possible augmentation importante des effets indésirables sévère de surdose accidentelle non mortelle et mortelle chez les patients ayant une dépendance active à des drogues et prenant des opioïdes

Recommandation #4

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse et d'un trouble psychiatrique sévère dont le traitement non opioïde a été optimisé et dont la douleur persiste

Recommandation Faible

Nous suggérons de stabiliser le trouble psychiatrique avant d'envisager un essai d'opioïdes

Raison

Le niveau de certitude de l'évidence bas laisse entrevoir une possible augmentation importante des effets indésirables sévères de surdosage accidentelle non mortelle et mortelle chez les patients ayant un trouble psychiatrique sévère prenant des opioïdes

Recommandation #5

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse avec antécédent de dépendance aux opioïdes, dont le traitement sans opioïde a été optimisé et dont la douleur persiste

Recommandation Faible

Nous suggérons de poursuivre ce traitement plutôt que d'envisager un essai d'opioïdes

Raison

Le niveau de certitude de l'évidence bas laisse entrevoir une possible augmentation appréciable des effets indésirables sévères de surdosage accidentelle non mortelle et mortelle chez les patients prenant des opioïdes

Recommandation #6

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse qui entament un traitement à long terme aux opioïdes

Recommandation Faible

Nous suggérons de limiter la dose prescrite à moins de 50 mg d'équivalent morphine par jour, plutôt qu'une dose entre 50 et 90mg

La recommandation faible de limiter la dose prescrite à moins de 50 mg d'équivalent morphine par jour tient compte de l'éventualité que certains patients soient prêts à accepter les risques accrus associés à une dose supérieure à 50 mg dans l'espoir d'améliorer le contrôle de leur douleur

Raison

Les résultats d'études observationnelles fournissent un niveau de certitude de l'évidence modéré d'une augmentation progressive de la probabilité de surdosage accidentelle non mortelle ou mortelle à mesure que la dose prescrite d'opioïdes augmente. Ces effets indésirables sévères sont très rares chez les patients à qui l'on prescrit moins de 50 mg d'équivalent morphine par jour, mais augmentent chez ceux à qui l'on prescrit des doses de 50 à 90 mg, et, bien que toujours rares, sont très inquiétantes quand on prescrit des doses supérieures à 90 mg

Recommandation #7

Recommandation Forte

Nous recommandons de limiter la dose prescrite à moins de 90 mg d'équivalent morphine par jour plutôt que de ne pas établir de plafond ou d'en établir un plus élevé

Il se peut que certains patients bénéficient d'une amélioration importante de leur douleur à une dose de plus de 90 mg d'équivalent morphine par jour, contrairement à des doses moindres. Il peut être judicieux d'orienter le patient vers un collègue pour obtenir un second avis médical sur la possibilité de lui prescrire plus de 90 mg d'équivalent morphine par jour

Raison

Les résultats d'études observationnelles fournissent un niveau de certitude de l'évidence modéré d'une augmentation progressive de la probabilité de surdosage accidentelle non mortelle ou mortelle à mesure que la dose prescrite d'opioïdes augmente. Ces effets indésirables sévères sont très rares chez les patients à qui l'on prescrit moins de 50 mg d'équivalent morphine par jour, mais augmentent chez ceux à qui l'on prescrit des doses de 50 à 90 mg, et, bien que toujours rares, sont très inquiétantes quand on prescrit des doses supérieures à 90 mg

2 - Rotation et Sevrage des Opiïdes chez les Patients Souffrant de Douleur Chronique Non Cancéreuse

Recommandation #8

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse prenant 90 mg ou plus d'équivalent morphine d'opioïdes par jour, dont la douleur persiste ou qui présentent des effets secondaires problématiques

Recommandation Faible

Nous suggérons une rotation à d'autres opioïdes plutôt que de poursuivre le même traitement

La rotation d'opioïdes chez ces patients peut se faire parallèlement à une réduction de la dose, de manière à faciliter celle-ci

Raison

Le niveau de certitude de l'évidence bas laisse supposer que la rotation d'opioïdes peut diminuer la douleur et les effets indésirables chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse prenant des opioïdes

Recommandation #9

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse prenant 90 mg ou plus d'équivalent morphine d'opioïdes par jour, dont la douleur persiste ou qui présentent des effets secondaires problématiques

Recommandation Faible

Nous suggérons un sevrage progressif des opioïdes à la dose la plus faible possible, voire à interrompre le traitement, plutôt que de poursuivre le traitement aux opioïdes tel quel

Certains patients sont susceptibles de présenter une aggravation considérable et prolongée de leur douleur ou une diminution de leur fonction, persistant plus d'un mois après une réduction minimale de la dose; l'arrêt temporaire ou l'abandon du sevrage progressif peut s'imposer pour ces patients

Raison

La réduction de la dose d'opioïdes peut diminuer les effets indésirables, notamment les troubles cognitifs et la probabilité d'un surdosage accidentelle mortelle ou non. La réduction, particulièrement si elle se fait très lentement, peut entraîner une augmentation de la douleur, une diminution de la fonction ou des symptômes hautement inconfortables de sevrage opioïde

Recommandation #10

Pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse sous traitement d'opioïdes et qui présentent de grandes difficultés au sevrage progressif des doses

Recommandation Forte

Nous recommandons un programme multidisciplinaire en bonne et due forme

Compte tenu du coût des programmes multidisciplinaires de réduction des opioïdes et de leur disponibilité et capacité limitées, on peut opter pour une collaboration multidisciplinaire coordonnée de plusieurs professionnels de la santé (y compris, sans s'y limiter, un médecin de premier recours, un pharmacien, un physiothérapeute, un spécialiste en kinésiologie, un psychiatre et un psychologue)

Raison

Les études fournissent un niveau d'évidence modéré que, chez les patients cherchant à réduire ou à arrêter le traitement opioïde, mais éprouvant beaucoup de difficultés avec le sevrage ou l'arrêt du traitement, les programmes multidisciplinaires peuvent augmenter considérablement la probabilité de réussir le sevrage ou l'arrêt