



Articles publiés  
sous la direction de

#### MARC R. SUTER

Centre d'antalgie  
Service  
d'anesthésiologie

Centre hospitalier  
universitaire vaudois  
1011 Lausanne

#### ANNE-FRANÇOISE ALLAZ

Spécialiste douleur  
SPS, Genève

#### SOPHIE PAUTEX

Service de médecine  
palliative

Hôpitaux  
Universitaires de  
Genève, Hôpital  
de Bellerive  
Collonge-Bellerive

# Douleur et soins palliatifs: comment manier les opioïdes?

Dr MARC R. SUTER et Pr SOPHIE PAUTEX

Rev Med Suisse 2022; 18: 1235-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.787.1235

Nous avons le plaisir cette année de partager l'édition douleur de la *Revue Médicale Suisse* avec la médecine palliative. La fin de vie est traitée comme un événement aigu en Suisse alors qu'environ 70% des décès sont prévisibles et pourraient être anticipés. La plupart d'entre eux sont précédés d'une période plus ou moins longue marquée par la maladie ou une fragilité croissante. Ce constat encourage depuis de nombreuses années l'intégration d'une approche palliative précoce. Cette dernière concerne bien sûr les patients atteints d'une maladie oncologique, mais aussi, par exemple, ceux atteints d'une maladie cardiovasculaire, pulmonaire ou d'une démence avancée.

Le nombre de patients qui nécessiteront une approche palliative au cours des dix prochaines années va croître d'environ 30%. Presque toutes les spécialités médicales sont concernées et la prise en charge doit par définition être interprofessionnelle pour répondre aux besoins biopsychosocio-spirituels des patients. Pour assurer cette prise en charge de qualité, le traitement de la douleur reste une priorité en parallèle à l'amélioration de la prise en charge des maladies comme, par exemple, le cancer. L'épidémie d'opioïdes (opioid epidemic), décrite dans les années 2010 aux États-Unis et au Canada,<sup>1</sup> nous a permis de renforcer certains principes (prescripteur unique, prudence chez les patients avec dépendance connue, etc.) et encouragés à développer et proposer toutes les approches possibles de manière intégrative. Certains principes ont été rappelés précédemment dans la *Revue Médicale Suisse*.<sup>2</sup> Néanmoins, nous devons continuer à bien manier les opioïdes, à connaître leurs caractéristiques et choisir le plus adéquat pour chaque patient (voir Singovsky et coll.).

L'intégration précoce des soins palliatifs, mais également la stabilisation de la maladie pendant plusieurs mois signifie que certains patients vont vivre activement avec leur traitement; ils vont continuer de vaquer à leurs activités comme la conduite automobile pendant plusieurs semaines ou plusieurs années et nous allons nous trouver confrontés à des questions que nous ne nous étions pas posées (voir Junod et coll.).

Au-delà de ces aspects pratiques, la question de la pertinence du traitement par opioïdes chez les survivants de cancer peut être discutée.<sup>3</sup> Une étude rétrospective sur 82471 patients survivants de cancer et qui n'avaient pas de traitement d'opioïdes lors du diagnostic a montré que 4,4% avaient ensuite été traités au long cours avec des opioïdes, ce qui est probablement sous-estimé en raison de certains biais. Parmi ces patients, 8% recevaient plus de 90 mg d'équivalents morphine par jour, 24%

avaient une coprescription de gabapentinoïdes et 25% de benzodiazépines, ce qui les rend vulnérables aux effets secondaires et aux complications. Les patients survivants de cancer sont déjà prédisposés à une diminution de capacité fonctionnelle, aux douleurs chroniques, à l'incapacité de travail, à la dépression, la fatigue ou aux troubles du système immunitaire, de manière similaire à ce que pourrait provoquer la prise chronique d'opioïdes.<sup>4</sup> Des recommandations ont été proposées par les sociétés savantes<sup>5,6</sup> mais cet aspect reste sous-traité.

La «déprescription» des opioïdes devrait faire partie des recommandations, d'ailleurs celles souvent citées par les CDC (Centers for Disease Control and Prevention) sont en train d'être révisées. Néanmoins, il faut

## Bibliographie

- Suter MR, Allaz AF. De la prescription des opiacés : d'un extrême à l'autre. *Rev Med Suisse* 2017;13:1275-6.
- Ruchat D, Suter MR, Rodondi PY, et al. Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015 : chiffres suisses et mise en perspective internationale. *Rev Med Suisse* 2018;14:1262-6.
- Jones KF, Merlin JS. Approaches to opioid prescribing in cancer survivors: Lessons learned from the general literature. *Cancer* 2022;128:449-55.
- Salz T, Mishra A, Gennarelli RL, et al. Safety of opioid prescribing among older cancer survivors. *Cancer* 2022;128:570-8.
- Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, et al. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* 2016;34:3325-45.
- Swarm RA, Paice JA, Angheliescu DL, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17:977-1007.

rappeler que la réduction forcée a été condamnée par beaucoup d'experts et qu'il est nécessaire d'obtenir l'engagement et la conviction du patient pour prendre ce chemin.<sup>7</sup>

Outre les recommandations des CDC par rapport à la prescription et surtout dans un cadre oncologique, il existe l'échelle analgésique de l'OMS. Cette dernière est aussi remise en question sur 2 points, le premier est la différenciation entre opioïdes faibles et forts, pour lequel elle a d'ailleurs été révisée.<sup>8</sup> Sa publication, en 1986, dans le cadre d'une volonté d'amélioration de la prise en charge de la douleur oncologique aussi dans les pays à revenus moyens et faibles a été interprétée de manière inadéquate dans les autres. Utiliser les opioïdes faibles permettait de ne pas être limité par des questions légales dans des pays où les opioïdes forts étaient légalement limités, donc difficilement disponibles. De cette échelle a aussi découlé le traitement de douleurs aiguës avec une utilisation en premier lieu d'opioïdes faibles. Mais quel est le rationnel? Et sont-ils vraiment faibles? On parle chez nous souvent de tramadol et de codéine dans cette classe. La classification de certains opioïdes comme faibles a donné un faux sentiment de sécurité, avec peut-être un suivi moins strict, alors qu'ils méritent une réflexion tout aussi rigoureuse avant d'être prescrits. Ils présentent un risque de tolérance, d'utilisation au long cours après une prise temporaire et d'effets indésirables, aussi élevé que les opioïdes forts.<sup>8,9</sup> La seconde modification que l'on peut proposer à l'échelle de l'OMS est l'introduction de l'antalgie

interventionnelle soit comme palier supplémentaire ou, encore mieux, en parallèle aux paliers selon les indications.<sup>10</sup> Nous proposons ici quelques pistes avec la description des pompes intrathécales (voir Perruchoud et coll.) ainsi que des approches interventionnelles dans la douleur oncologique intégrative (voir Maseri et coll.).

Nous vivons une époque de migration et de globalisation, qui doit nous faire réfléchir à nos prescriptions et notre prise en charge de la douleur. Plus globalement, une meilleure connaissance des aspects culturels, ou spirituels ou quelque fois religieux, peut nous aider à mieux comprendre les représentations (concernant la douleur et le regard sur les opioïdes) ou les choix de nos patients et ainsi mieux appréhender des situations complexes ou conflictuelles (voir Arango et coll.).

Finalement, l'entrée en vigueur, début 2022, de la CIM-11 (classification internationale des maladies)<sup>11</sup> marque un tournant pour la douleur chronique, avec un chapitre dédié. La douleur chronique, du fait de son impact fonctionnel et socio-économique, est maintenant reconnue comme une maladie. Nous profiterons au cours de ces prochaines années de présenter cette classification de manière globale mais, dans cette édition conjointe avec les soins palliatifs, nous débutons par une partie spécifique liée à la douleur chronique cancéreuse (voir Chams et coll.).

**LA DOULEUR  
CHRONIQUE EST  
MAINTENANT  
RECONNUE  
COMME UNE  
MALADIE**

## Bibliographie

7

Sullivan MD. Opioid deprescribing guidelines and consumer preferences: betwixt and between. *Pain* 2021;162:2625-6.

8

Crush J, Levy N, Knaggs RD, et al. Misappropriation of the 1986 WHO analgesic ladder: the pitfalls of labelling opioids as weak or strong. *Br J Anaesth* 2022;S0007-0912(22)00126-X. DOI: 10.1016/j.bja.2022.03.004.

9

Thiels CA, Habermann EB, Hooten WM, et al. Chronic use of tramadol after acute pain episode: cohort study. *BMJ* 2019;365:11849.

10

Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician* 2010;56:514-7, e202-5.

11

www.who.int/classifications/classification-of-diseases