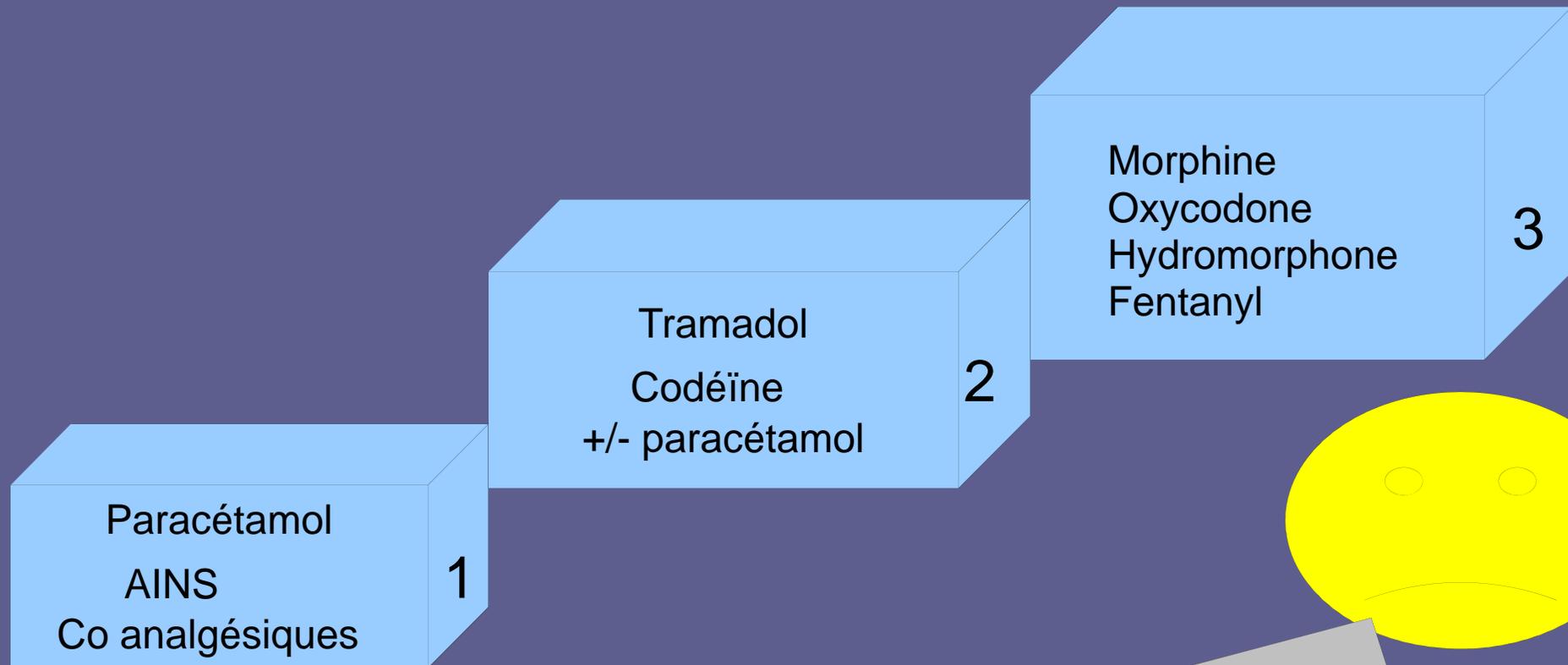


Une nouvelle classification
d'antalgiques pour une
meilleure efficacité.

Les paliers de l'OMS (1986)



Trop restrictive, n'intègre pas les traitements des douleurs neuropathiques,
Ne répondent pas aux mécanismes physiopathologiques **des** douleurs,
Source d'erreur dans l'idée qu'à chaque palier correspond une intensité de douleur

Une nouvelle classification qui:

- ➔ Intègre tous les médicaments, y compris ceux initialement développés pour d'autres indications
- ➔ Évite une corrélation entre intensité de douleur et une classe d'antalgique
- ➔ Classe les médicaments en fonction de leur mécanisme d'action, optimisant leur prescription après analyse du mécanisme de chaque douleur
- ➔ Puisse être évolutive, permettant d'intégrer de nouvelles molécules;

<p>« ANTINOCICEPTIFS » pour les douleurs nociceptives</p>	<p>Non opioïdes : paracétamol, AINS</p> <p>Opioïdes : morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl</p>
<p>« ANTIHYPERALGESIQUES » Pour les douleurs neuropathiques centrales ou les autres situations avec hyperalgésie (exple hyperalgésie aux opioïdes)</p>	<p>Antagoniste NMDA (kétamine)</p> <p>Antiépileptiques : gabapentine, prégabaline, lamotrigine</p> <p>néfopam</p>
<p>« MODULATEURS DES CONTROLES DESCENDANTS INHIBITEURS » Pour les douleurs neuropathiques</p>	<p>Antidépresseurs tricycliques</p> <p>Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline(IRSNA)</p>
<p>« MODULATEURS DE LA TRANSMISSION ET DE LA SENSIBILISATION PERIPHERIQUE » Pour les douleurs neuropathiques périphériques</p>	<p>Anesthésiques locaux</p> <p>Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate</p> <p>capsaïcine</p>
<p>Pour les douleurs mixtes, nociceptives et neuropathiques</p>	<p>Tramadol (tapentadol)</p>

D'après D.Lussier et P.Beaulieu (IASP Press, Pharmacology of Pain, 2010)

« ANTINOCICEPTIFS »
pour les douleurs nociceptives

Non opioïdes : paracétamol, AINS
codéïne?
Opioïdes : morphine, oxycodone,
hydromorphone,

et périphériques : plexiques, tronculaires, radiculaires

« ANTIHYPERALGESIQUES »
Pour les douleurs neuropathiques centrales
ou les autres situations avec hyperalgésie
(exple hyperalgésie aux opioïdes)

Antagoniste NMDA (kétamine)
Antiépileptiques : gabapentine, prégabaline,
lamotrigine ↔ **pas d'AMM**
néfopam ↔ **pas pour dlr chronique**

« MODULATEURS DES CONTROLES
DESCENDANTS INHIBITEURS »
Pour les douleurs neuropathiques

Antidépresseurs tricycliques
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et
de la noradrénaline(IRSNA)

« MODULATEURS DE LA TRANSMISSION
ET DE LA SENSIBILISATION
PERIPHERIQUE »
Pour les douleurs neuropathiques
périphériques

Anesthésiques locaux
Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate
capsaïcine

Pour les douleurs mixtes, nociceptives et
neuropathiques

Tramadol
(tapentadol)

Application en rhumatologie

- Douleurs chroniques (plus de 3 mois)
- Souvent plurifactorielles:
 - mécanique/neuropathique
 - inflammatoire/émotionnelle, ...
- Touchent des patients en activités professionnelles >>>> attention aux EI neuropsychiques
- mais aussi des patients polymédicamentés >>>>> attention à l'escalade thérapeutique et aux EI cumulés

Quelques règles de base

- Initier un traitement à petite dose et monter progressive « Start slow et go slow » surtout pour les patients « fragiles »
- Débuter par des formes LI si besoin, mais relayer par des formes LP si douleurs constantes (nocturnes)
- Adapter le traitement d'emblée au mécanisme de la douleur
- Prudence avec les opioïdes

Opioides en rhumatologie, recommandations de Limoges

- Sélection de patients : diagnostic posé, prudence chez les patients « fragiles » psychiatriquement, évaluation précise de l'histoire de la maladie, des traitements essayés antérieurement, des mécanismes de la douleurs,
- Initiation du traitement : informer le patient, définir les objectifs avec lui, débuter par des petites doses en LP, prévenir les EI

Opioïdes en rhumatologie, recommandations de Limoges

- Suivi du traitement : ajuster les doses en augmentant de 50 % la dose journalière, surveillance régulière (J14, J28), compléter par des interdoses opioïdes ou non
- Arrêt du traitement : si mésusage, si augmentation trop rapide des doses (risque d'accoutumance), effets indésirables majeurs, une fois l'épisode critique passé
- en diminuant progressivement les doses, en évitant les signes de sevrage

Opioides en rhumatologie, autres recommandations

Non recommandé dans les pathologies avec forte composante émotionnelle, type algodystrophie et fibromyalgie.

Traiter les douleurs neuropathiques associées

Prendre en compte la composante émotionnelle

Utiliser les méthodes non médicamenteuses

Utiliser les méthodes non médicamenteuses

Utiliser les méthodes non médicamenteuses

Utiliser les méthodes non médicamenteuses...

Merci de votre attention.