

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles...prudence

Mardi 18 juin 2013

Hôpital cantonal de Genève

Antalgie en médecine de 1^{er} recours

Dre V. Piguet, Dre S. Pautex

Les HUGs ont un «réseau douleur»...qui fête ses 10 ans.

Si vous allez sur le site <http://reseaudouleur.hug-ge.ch/> vous y trouverez des tas de choses intéressantes .

C'est la Dre S. Pautex qui nous en parlera en 2e partie.

On nous donne l'exemple d'une patiente qui suite à une fracture du plateau tibia et un syndrome des loges reçoit aux HUGs 10mg de morphine s/c 6x/j. et de l'ibuprofen.

Elle va sortir et rentrer à la maison...

On nous rappelle que la morphine iv ou sc agit en 20 min alors que la morphine per os a besoin de 45 min.

On nous rappelle aussi que la biodisponibilité de la morphine per os est de 30% donc que cette patiente aura besoin de 30mg 6x/j avec une dose de réserve équivalent à 10% de la dose totale soit (pour faire simple) 20mg per os.

Un mot sur les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), bloqueurs des Cox 1 et 2 (cyclo-oxygénase 1 et 2 producteurs de prostaglandine), leur effet est aussi bien périphérique sur l'hyperalgésie primaire, en diminuant la sensibilité à la bradykinine et capsaïcine, que central...

Après une fracture, le rôle des prostaglandines dans la réaction inflammatoire puis dans les phénomènes de résorption/ néoformation osseuse est important. Différentes études se sont posées la question de l'administration des AINS comme antalgique dans ces situations.

On a remarqué que ce qui peut favoriser une NON consolidation c'est:

- le type de fracture (p.ex. fracture ouverte)
- l'instabilité ou une déhiscence post-op.
- le type de traumatisme
- l'infection
- l'âge, le BMI, le tabac, la prise d'alcool...
- le diabète
- certains médicaments comme les AINS, les corticoïdes et certains antibiotiques comme les quinolones
- et la malnutrition

Les AINS sont métabolisés par le CYP 2C9, il y a des métaboliseurs lents (je crois 20% de la population caucasienne...) donc attention aux surdosages...

Donc pour les fractures, les AINS oui, mais le moins longtemps possible, et à éviter chez les patients avec d'autres facteurs de risque cités ci-dessus.

Et pour une entorse?

La base du traitement c'est RICE pour Rest-Ice-Compression-Elevation

Les AINS sont supérieurs au placebo...

Pour les tendinopathies du coude (Tennis Elbow) les données à dispo ne permettent pas de tirer de conclusions à propos de l'utilisation d'AINS topiques, ou per os, mais on a vu le 28.5 avec le docteur Ziltener qu'il fallait mieux ne pas les infiltrer.

Donc pour revenir à notre patiente, la morphine est prescrite per os à raison de 10mg 6x/j et l'Ibuprofène stoppé.

Lorsque l'on passe de la morphine en solution (ou en cp) à la morphine retard il faut donner la 1^{ère} dose de morphine retard (MST) en même temps que la dernière dose de morphine rapide.

La patiente recevra 20mg de MST 3x/j et prendra donc 10mg de morphine rapide en même temps que le 1^{er} cp de MST.

Quel intérêt à donner de l'Oxycodone (Oxycontin®)?

Il existe un médicament qui combine Oxycodone à Naloxone (Targin) diminuant ainsi un des effets secondaires majeurs des opiacés, soit la constipation.

Attention car l'oxycodone a un métabolisme plus complexe que la morphine .

2 cytochromes entrent en jeu, le 2D6 et le 3A4 ce qui augmente le risque d'interactions médicamenteuses.

Les SSRI (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la Sérotonine) bloquent le 2D6, et les Macrolides bloquent le 3A4.

Ou encore, bloquer le 3A4 chez un métaboliseur lent du 2D6 et on a un double blocage...

Mais si on veut donner de l'Oxycodone vous trouvez sur le site des HUGs une page avec les équivalences

http://reseaudouleur.hug-ge.ch/_library/pdf/Morphineequianalgesiques.pdf

Vous voyez que 10mg de Morphine correspond à 5mg d'Oxycodone et vous passez la patiente sous Targin 20/10 2x1cp/j (pour faire simple...).

Et un patch?

Vous avez les patchs de Fentanyl et de Buprénorphine qui sont tous les 2 métabolisés par le CYP 3A4.

Il faut 1-2 jours pour atteindre le steady state et là aussi donner 1-2 doses de morphine rapide pendant les 1^{ères} 8-12 heures, au moment du passage de la forme orale à la forme percutanée.

Et le Tramal®? Le Tramadol est métabolisé par le CP 2D6.

Il est 10 fois moins efficace que la morphine.

Le Tramadol est un faible inhibiteur de la recapture de la sérotonine donc en association avec un SSRI il peut conduire à un syndrome sérotoninergique.

Le Tapentadol (Palexia®) a aussi un effet d'inhibition de la recapture de la noradrenaline et de la sérotonine,...Il est essentiellement glucuroconjugué...

Tout ce que je retiens c'est qu'il est cher....

Donc avant de changer d'opiacés pensons:

- efficacité
- sécurité
- compliance

Un mot sur le mauvais usage des opioïdes...

Les problèmes d'addiction et d'abus: probablement aux alentours de 9% des usagers

Les problèmes de sous utilisation: probablement 20% des usagers...

Ensuite pour les douleurs neurogènes il y a l'amytriptiline et la prégabaline...

On retiendra donc que les AINS, on essayera de les donner le moins longtemps possible, et pour les opiacés on ne foncera pas tête baissée vers les nouvelles molécules en cas de co-morbidités

Ensuite S. Pautex nous présente brièvement le réseau douleur...les projets transversaux....info au patient, recommandations thérapeutiques aux professionnels, outils de dépistage des douleurs, homogénéisation des dossiers médicaux et infirmiers...etc...

Je vous laisse aller regarder par vous même... <http://reseaudouleur.hug-ge.ch/>

Fait trop chaud...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch