

Gestion de l'analgésie pour la douleur aiguë chez un patient sous traitement par agoniste opioïde (TAO)

Document à l'intention des professionnels de la santé

Principes généraux

- Le TAO soulage les symptômes de sevrage d'opioïdes, mais n'offre pas d'effet analgésique adéquat en cas de douleur surajoutée.
- **Les patients sous TAO développent une tolérance importante à la médication opioïde. Il est donc attendu qu'ils nécessitent une dose plus importante d'opioïdes pour obtenir une analgésie adéquate.**
- La douleur mal contrôlée est un facteur de risque de reprise de la consommation d'opioïdes chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage sous TAO.

L'équipe de la clinique TAO et le médecin de garde sont disponibles pour répondre aux questions du lundi au vendredi sur les heures ouvrables, en composant le **1 833 825-0462**, et en dehors des heures ouvrables **via la téléphoniste**.

Analgésie pour les patients sous méthadone

La méthadone est un opioïde synthétique, agoniste complet des récepteurs μ impliqués dans l'effet analgésique des opioïdes. Sa demi-vie est d'environ 24 à 48 heures.

En cas de douleur aiguë chez un patient sous méthadone,

- Maintenir la dose usuelle de méthadone.
- Optimiser l'analgésie non opioïde : acétaminophène, AINS, anticonvulsivants pour la douleur neuropathique.
- Ajouter des doses d'opioïdes courte action.
 - Les patients sous méthadone développent une tolérance importante à la médication opioïde. Il est donc attendu qu'ils nécessitent une **dose plus importante** d'opioïdes pour obtenir une analgésie adéquate.
- **Après consultation avec un médecin de la clinique TAO**, augmenter la dose de méthadone usuelle ou la diviser en prise bid ou tid.

Analgésie pour les patients sous buprénorphine-naloxone (Suboxone®)

La buprénorphine est un opioïde synthétique, agoniste **partiel** des récepteurs μ . Son affinité pour le récepteur est supérieure à la plupart des autres opioïdes, et des doses d'opioïdes plus importantes peuvent être requises pour occuper les récepteurs et produire un effet analgésique. Sa demi-vie oscille entre 24 et 72 heures selon la dose.

L'ajout de naloxone a pour but d'empêcher la diversion du médicament par voie intraveineuse, et ne contribue pas à l'effet thérapeutique lorsque le traitement est pris par voie orale.

En cas de douleur aiguë chez un patient sous buprénorphine-naloxone,

- Maintenir la dose usuelle de buprénorphine-naloxone.
- Optimiser l'analgésie non opioïde : acétaminophène, AINS, anticonvulsivants pour la douleur neuropathique.
- Ajouter des doses d'opioïdes courte action. Privilégier l'hydromorphone ou le fentanyl IV.
 - Les patients sous buprénorphine-naloxone développent une tolérance importante à la médication opioïde. Il est donc attendu qu'ils nécessitent une **dose plus importante** d'opioïdes pour obtenir une analgésie adéquate.
- Si le patient n'est pas soulagé, et **idéalement après consultation avec un médecin de la clinique TAO**,
 - Diminuer la buprénorphine-naloxone à une dose inférieure ou égale à 8 mg die ou cesser la molécule afin d'augmenter la disponibilité des récepteurs μ .
 - Titrer les opioïdes courte action, en gardant en tête que des doses plus importantes pourraient être nécessaires durant les premières 72 heures, le temps que le médicament soit éliminé.
- **En cas d'arrêt de la buprénorphine-naloxone**, il est important de consulter un médecin de la clinique TAO avant de réintroduire la molécule.