



Rédacteur(s)	Valideur(s)
✓ Dr François JEDRYKA - PH CETD ✓ Laure SEGURA - IDE Coordinatrice du CLuD	✓ Pr Eric VIEL - chef de service CETD et Président du CLuD

## 1. Définition

Les douleurs nociceptives représentent les causes les plus fréquentes des douleurs, aiguës et chroniques. Elles sont particulièrement invalidantes et leur traitement doit s'accompagner d'une prise en charge du retentissement fonctionnel.

Elles représentent toutes les douleurs pour lesquelles un élément lésionnel vient activer le système nociceptif en périphérie.

La stratégie thérapeutique doit toujours associer :

1. Une approche étiologique par le traitement de la cause originelle de la douleur (immobilisation, antibiothérapie, anti-néoplasique, revascularisation,...)
2. Une approche symptomatique antalgique dont l'intérêt est de pallier aux douleurs le temps de mettre en place une stratégie thérapeutique définitive.

Toute situation où le maintien d'antalgique opiacés fort se fait à long cours est à proscrire et doit demander un avis spécialisé. *cf. recommandation LIMOGES*

## 2. Evaluation clinique des douleurs nociceptives : deux étapes essentielles

### a) Distinguer les douleurs inflammatoires des douleurs mécaniques afin d'adapter les thérapeutiques

- **Douleurs inflammatoires :**  
Horaire nocturne (fin de nuit), amélioration par le mouvement, dérouillage matinal (supérieur à 15 minutes)
- **Douleurs mécaniques :**  
Horaire diurne (fin de journée), aggravation par le mouvement

### b) Différencier 3 grandes situations selon l'évolution dans le temps

1. **Douleur aiguë :**  
Inflammatoire ou mécanique. Utiliser les échelles d'intensité de douleur.  
OBJECTIF : soulager les symptômes ET faire la démarche étiologique.
2. **Douleur chronique :**  
Evaluer les co-morbidités psychologiques et le retentissement fonctionnel (périmètre de marche, vie professionnelle, autonomie...). Eviter l'utilisation des échelles d'intensité, mais plutôt se centrer sur le retentissement fonctionnel, le contexte psychologique et professionnel.  
OBJECTIF : réadapter à l'effort et améliorer la qualité de vie. Le traitement médicamenteux est un des outils pour le reconditionnement physique.

### 3. **Douleur aiguë sur un fond chronique :**

Démarche diagnostique schématique de l'épisode douloureux aigu sur chronique :

- **Nouvelle plainte douloureuse = NOUVEAUX SYMPTÔMES** donc démarrer une démarche diagnostique nouvelle (= complications, nouvelles étiologies)
- **Plaintes douloureuses habituelles (INTENSITE RAPPORTEE AUGMENTEE sans cause retrouvée)** alors rechercher des déterminants psycho-sociaux responsables de l'exacerbation douloureuse dans le quotidien du patient. Si anxiété alors mettre en place anxiolyse ou antidépresseur ou accompagnement psychologique.

### 3. Examens complémentaires

Le recours à la paraclinique dans ce contexte doit apporter au minimum l'une des deux informations suivantes : cause de la douleur ou élimination d'un diagnostic différentiel. Sa prescription est donc guidée par la présentation clinique douloureuse du patient.

- En première intention, imagerie de la région suspecte de douleurs et biologie pour éliminer un syndrome inflammatoire (VS, CRP) ou une cause métabolique autre (TSH, Ca<sup>2+</sup>,...).
- Dans le cas d'un épanchement articulaire : ponctionner pour analyser le liquide articulaire (analyse biochimique et bactériologique).
- Pour la suite, une fois le diagnostic étiologique étayé par le diagnostic clinique, le recours au spécialiste s'entend afin d'apporter au maximum un traitement étiologique à la cause de la douleur, seul garant du non-maintien au long cours des traitements symptomatiques dérivés des opiacés.

### 4. Traitement des douleurs nociceptives

#### 1. Traitements médicamenteux (confère procédure SCLU027)

Le traitement antalgique anti nociceptif s'inscrit dans une stratégie d'autonomisation du patient. C'est un des outils à utiliser pour diminuer l'impact fonctionnel des douleurs.

En aucun cas, il ne dispense d'une thérapeutique étiologique. Leurs modalités d'utilisation respectives sont rappelés dans le chapitre : « Aide à la prescription / posologies et précautions d'emploi des antalgiques. »

*Rem : Les paliers de l'OMS ne sont pas valables dans ces situations ! Un AINS sera souvent plus efficace qu'un opioïde de palier 3 dans une poussée inflammatoire.*

#### Quelques principes spécifiques aux affections ostéo-articulaires :

- **Ne pas prescrire d'AINS au long cours, seulement pour 1 à 2 semaines.**
- Aucune indication à prescrire des AINS par voie IV, sauf si administration orale impossible : l'administration IV ne réduit pas le risque digestif et n'augmente pas l'efficacité.
- Eviter la corticothérapie générale à visée antalgique (indiquée principalement dans le cancer).

**Modalités particulières d'utilisation des AINS dans les douleurs inflammatoires hors infection active :**

Molécule	Spécialités	Posologie habituelle	antalgique	Indications	Principaux secondaires	effets
AINS classiques *	Voltarène® Profénid® Apranax®	50 à 150 mg / jour per os		• Douleurs inflammatoires • Pousée d'arthrose • Lombosciatique aiguë	• HTA • Insuffisance rénale • Ulcère gastro-duodénal • Risque vasculaire • Insuffisance cardiaque non contrôlée	
	Bi Profenid®	200 mg / jour				
Inhibiteurs COX-2	Célébrex® **	200 à 400 mg / jour per os		• idem, avec antécédents d'ulcère	• idem • Risque digestif ↓	

\* piroxicam (Feldène®, Cycladol®, Brexin®...) à prescrire en 2ème intention, car rapport bénéfice/risque défavorable

\*\* mise en garde Afssaps : contre-indiqué si maladies cardiaques ou maladies cérébro-vasculaires

**2. Traitements non médicamenteux : (confère procédure SCLU021)**

- Traitements visant à conserver l'autonomie des patients et réduire l'impact fonctionnel des douleurs
  - o rééducation précoce
  - o éviter le repos au lit
  - o prévenir les douleurs induites par la mobilisation
- Prise en charge des litiges professionnels fréquents
- Abord psychothérapique si co-morbidités psychologiques
- Applications d'agents physiques : chaud, froid, massages...

**3. Stratégie d'utilisation des opioïdes forts per os pour une douleur chronique non cancéreuse (DCNC) synthèse des recommandations de l'Afssaps et de Limoges****Le recours aux opioïdes forts est un traitement de seconde intention :**

Evaluer préalablement le rapport bénéfice /risque notamment de dépendance physique ou psychique ou d'effets indésirables délétères,

- Privilégier les associations thérapeutiques synergiques
- Privilégier un seul prescripteur et un suivi régulier,
- Un contrat d'objectif et de moyen entre le prescripteur et le patient s'impose,
- Un avis complémentaire d'une équipe entraînée peut être nécessaire,
- Le mécanisme physiopathologique et la cause de la douleur doivent être identifiés,
- Pas d'indication des opioïdes dans les migraines ou les douleurs psychogènes et dans toute douleur dont le mécanisme n'est pas clairement établie.

Morphine : AMM pour DCNC intenses non soulagées par les paliers I ou II (Voie IV à proscrire)

<b>Mise en route du traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Morphine LP (si douleur permanente)</b> 10 à 30 mg 1 à 2 fois / 24 h Selon les horaires de la douleur (diurne et/ou nocturne).</li> <li>• <b>Morphine LI (si douleur intermittente)</b> <b>ou chez le sujet très âgé : 2,5 à 5 mg 2 à 6 fois / 24 h</b> <b>↑ 1/3 (au maximum) de la dose / 24h de la veille</b></li> </ul>
<b>Titration et adaptation des posologies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En fin de titration chez le sujet très âgé : conversion dose quotidienne en forme LP</b></li> <li>• <b>En fin de titration : évaluer bénéfice/risque pour poursuivre ou arrêter le traitement</b></li> </ul>
<b>Surveillance /Evaluation</b>	<p><b>1 fois / semaine le premier mois</b> Adaptation des doses + évaluation du rapport bénéfice /risque <b>Puis tous les 28 jours</b></p>
<b>Remise en cause de l'intérêt des opioïdes forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si douleur insuffisamment soulagée avec <u>morphine 120 mg/24h</u></li> <li>• Pas d'efficacité sur l'intensité de la douleur</li> <li>• Epuisement de l'effet (hors aggravation de la pathologie responsable de la douleur)</li> <li>• Effets indésirables non contrôlés</li> <li>• Non observance, mésusage, impossibilité de suivi régulier par le même prescripteur</li> <li>• Développement d'une dépendance psychique</li> </ul>
<b>Arrêt du traitement</b>	<p>Progressif : ↓ 1/3 dose précédente / jour (ou par semaine si traitement prolongé)</p>

OPIOIDES DANS LES DOULEURS NON CANCEREUSES				
Sulfate de morphine	LP : Skenan®, Moscontin® LI : Actiskenan®, Sevredol®, Oramorph®	60 à 200 mg / jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pousée douloureuse</li> <li>• Pousée aigue sur une douleur chronique</li> </ul>	Nausées, vomissements, somnolence, vertiges, constipation...
Fentanyl patch	Patch : Durogésic®	12 à 100 mcg / heure, patchs tous les 3 jours	Douleurs stables	• idem
Oxycodone	LP : Oxycontin® LI : Oxynorm®	10 à 100 mg / jour	idem morphine	• idem