



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

Introduction

- **1986** : Première classification des antalgiques par l'OMS
- **1996 : Réactualisation** le but mettre en parallèle une intensité douloureuse /puissance antalgiques, afin de promouvoir l'utilisation des opioïdes forts dans les douleurs cancéreuses lorsque celles-ci le nécessitent. Trop restrictive, cette classification n'intègre pas les traitements des douleurs neuropathiques, ne répondent pas aux mécanismes physiopathologiques des douleurs.
- **2010 : Nouvelle classification des antalgiques LUSSIER BEAULIEU (IASP) (voir tableau ci-dessous)**

Classification qui prends en compte les différents mécanismes de douleur (nociceptives, neuropathiques, nociplastique, mixtes) pour proposer une adéquation entre les médicaments antalgiques et la physiopathologie de la douleur.

- Intérêt de la classification :

- Précision des mécanismes physiopathologiques
- Approche synergique avec multiplication des associations thérapeutiques possibles
- Approche ouverte pour d'éventuelles innovations

- Désavantage de la classification :

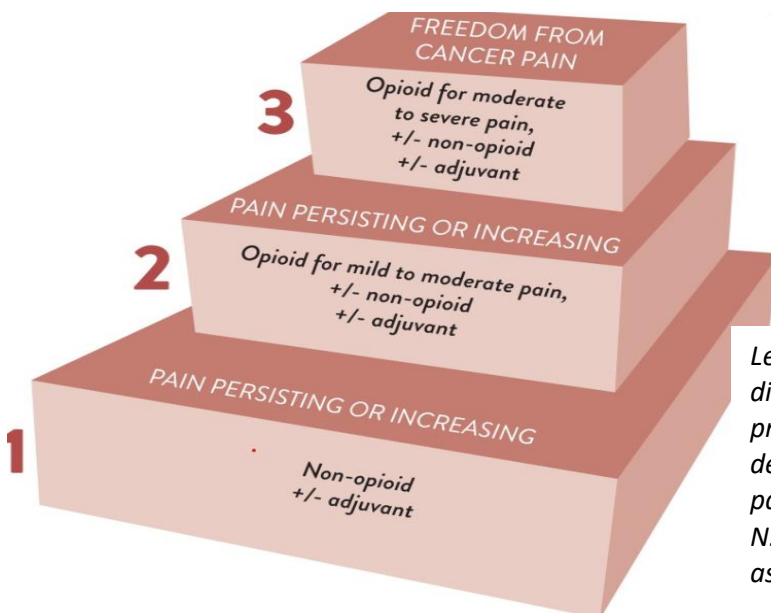
- Connaissance physiopathologique nécessaire au préalable sur le système somatosensoriel de la douleur.
- Utilisation après phase diagnostique des mécanismes de la douleur
- Ne fait pas encore consensus, difficultés didactiques.

Cette classification intègre tous les médicaments, y compris ceux initialement développés pour d'autres indications. Les médicaments sont classés en fonction de leur mécanisme d'action, optimisant leur prescription après analyse du mécanisme de chaque douleur.

Tableau de Classification de Beaulieu :

CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES D'APRES LUSSIER ET BEAULIEU (IASP 2010)	
<p>ANTINOCICEPTIFS Douleurs nociceptives</p>	<p>NON OPIOIDES : PARACETAMOL et AINS OPIOIDES FAIBLES : Codéine OPIOIDES FORT : Morphine, Oxycodone, hydromorphone, fentanyl</p>
<p>ANTIHYPERALGESIQUES Douleurs neuropathiques centrale ou hyperalgésie</p>	<p>ANTAGONISTE NMDA : KETAMINE ANTIPILEPTIQUES : Gabapentine, Prégabaline, Lamotrigine NON MORPHINIQUE D'ACTION CENTRALE nefopam</p>
<p>MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS Douleurs neuropathiques ou nociplastiques</p>	<p>ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES : Amitriptyline Clomipramine INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE ET DE LA NORADRENALINE(IRSNA) Duloxetine, Venlafaxine</p>
<p>MODULATEURS DE LA TRANSMISSION ET DE LA SENSIBILISATION PERIPHERIQUE Douleurs neuropathiques périphériques</p>	<p>ANESTHESIQUES LOCAUX : Lidocaïne ANTIPILEPTIQUE : Carbamazépine, oxcarbazépine, topiramate TOPIQUE DESENSIBILISANT : Capsaïcine topique</p>
<p>MIXTES ANTINOCICEPTIFS ET MODULATEURS DES CONTROLES INHIBITEURS DESCENDANTS.</p>	<p>OPIOIDE FAIBLE : Tramadol OPIOIDE FORT : Tapentadol</p>

- **2020 Modification des « paliers OMS »**. Intégration dans la stratégie des choix thérapeutiques antalgiques d'une réflexion étiologique pour garantir une intégration des mécanismes responsables de la douleur dans le choix des médicaments analgésiques.



Le concept d'échelle repose sur la nécessité d'un diagnostic des mécanismes de la douleur et d'une prise en charge appropriée de ceux-ci en fonction de leur responsabilité dans l'expression clinique du patient douloureux.

N.B : l'approche est également multimodale par association des thérapeutiques