

Mise au point

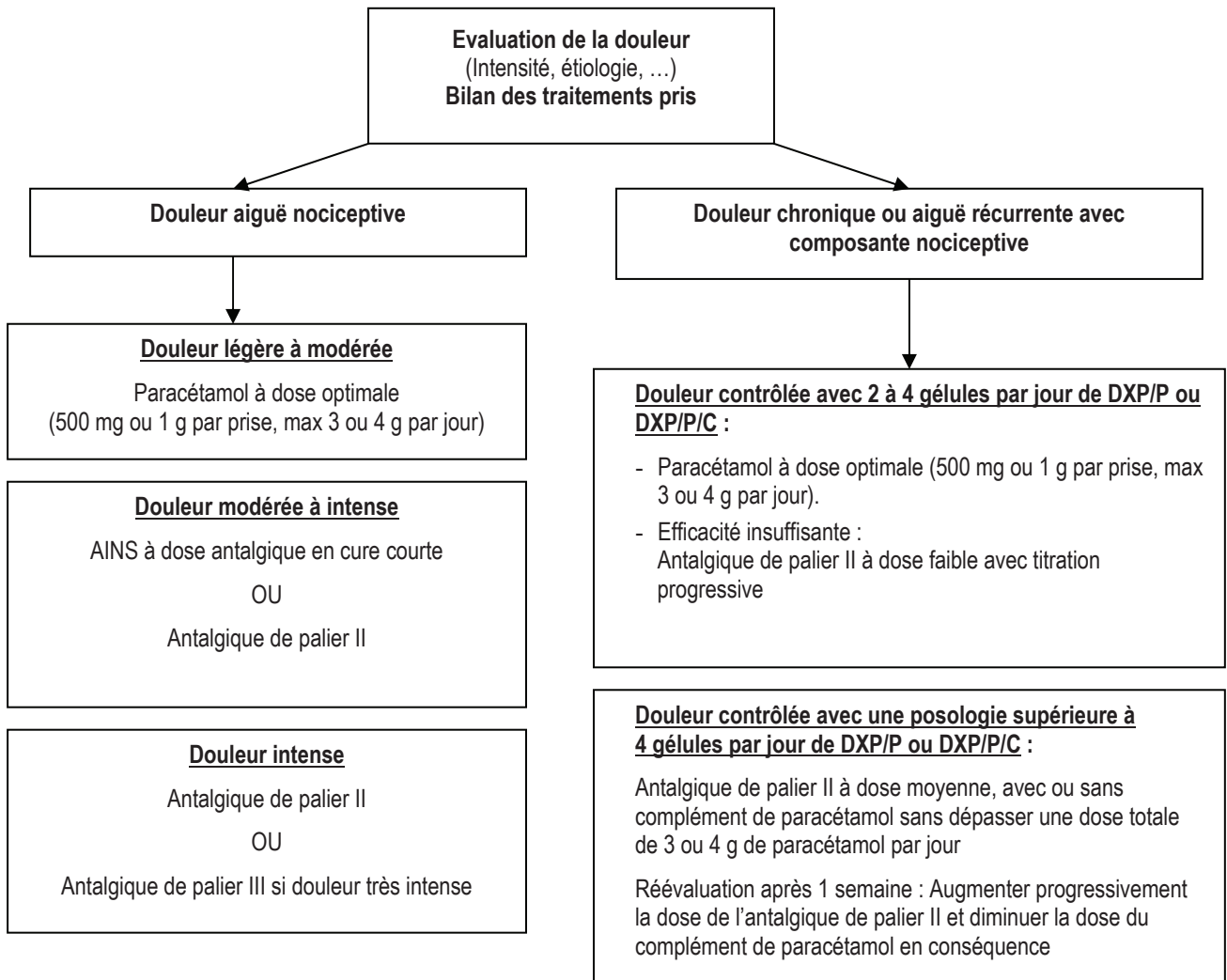
Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses

Recommandations après le retrait des associations dextropropoxyphène/paracétamol et dextropropoxyphène/paracétamol/caféine

M E S S A G E S - C L E S

- L'évaluation globale de la douleur ressentie par le patient ainsi que le bilan des traitements pris, qu'ils soient prescrits ou l'objet d'une automédication, sont les démarches préalables indispensables à la prise en charge de la douleur.
- Le choix du traitement des douleurs nociceptives est guidé par l'intensité de la douleur et le caractère aigu ou chronique de celle-ci. Il prend en compte l'efficacité et le profil de risque du traitement antalgique au regard du terrain, de l'âge du patient et des traitements concomitants, afin d'anticiper et de prévenir les risques d'effets indésirables.
- **Douleurs aiguës nociceptives :**
 - Douleur légère à modérée :
Paracétamol à dose optimale (dose minimale efficace).
 - Douleur modérée à intense :
Anti-inflammatoire non stéroïdien à dose antalgique en cure courte, en l'absence de contre-indication
OU
Traitement antalgique de palier II.
 - Douleur intense :
Traitement antalgique de palier II, ou de palier III dans les douleurs très intenses, selon l'urgence à obtenir un soulagement et le contexte clinique.
- **Douleurs chroniques avec composante nociceptive :**
 - L'arrêt du traitement par l'association dextropropoxyphène/paracétamol (DXP/P) ou dextropropoxyphène/paracétamol/caféine (DXP/P/C) doit être l'opportunité de réévaluer la douleur, les attentes du patient et la prise en charge médicamenteuse.
 - Douleur contrôlée avec 2 et 4 gélules par jour de DXP/P ou DXP/P/C :
 - Paracétamol à dose optimale (dose minimale efficace).
 - En cas d'efficacité insuffisante : Traitement antalgique de palier II à dose faible et titration progressive.
 - Douleur contrôlée avec une posologie supérieure à 4 gélules par jour DXP/P ou DXP/P/C :
Traitement antalgique de palier II à dose moyenne, avec ou sans complément de paracétamol sans dépasser une dose totale de 3 ou 4 g de paracétamol par jour.
Le traitement doit être réévalué après une semaine : la dose du traitement antalgique de palier II peut être augmentée progressivement et la dose du complément de paracétamol diminuée en conséquence.
- Il est indispensable de rappeler au patient de se conformer à la prescription médicale et de ne pas prendre d'autres antalgiques sans avis médical, pour éviter notamment le risque de surdosage lorsqu'une même substance active, telle que le paracétamol, le tramadol, la codéine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien, est présente dans plusieurs spécialités.

Prise en charge des douleurs nociceptives non cancéreuses de l'adulte :



3.d. Grossesse et allaitement

Grossesse :

- Premier trimestre :

Paracétamol

Le paracétamol peut être utilisé de façon ponctuelle au cours de la grossesse aux doses recommandées*.

Acide acétylsalicylique et autres AINS

Sauf nécessité absolue, les AINS ne doivent pas être prescrits au cours des 24 premières semaines d'aménorrhée (5 premiers mois de grossesse révolus).

Aux doses antalgiques, l'inhibition de la synthèse des prostaglandines peut affecter le déroulement de la grossesse et/ou le développement de l'embryon ou du fœtus. Le risque augmenterait en fonction de la dose et de la durée du traitement. Des données épidémiologiques suggèrent une augmentation du risque de fausse-couche, de malformations cardiaques et de gastroschisis après traitement avec un inhibiteur de la synthèse des prostaglandines en début de grossesse.

Si un AINS doit être administré chez une femme souhaitant être enceinte ou enceinte de moins de 5 mois révolus, la dose devra être la plus faible possible et la durée du traitement la plus courte possible.

Opiïdes faibles

Parmi les opioïdes faibles, la codéine en utilisation ponctuelle est envisageable, mais son utilisation chronique doit être évitée. En raison du manque de données disponibles, il est préférable de ne pas utiliser la dihydrocodéine et le tramadol pendant le 1^{er} trimestre de grossesse.

La poudre d'opium (Lamaline®) est contre-indiquée.

- Deuxième et troisième trimestres :

Paracétamol

Le paracétamol peut être utilisé de façon ponctuelle au cours de la grossesse aux doses recommandées*.

Acide acétylsalicylique et autres AINS

Les AINS sont contre-indiqués à partir de 5 mois de grossesse révolus, quelle que soit la voie d'administration.

En effet, au delà de 24 semaines d'aménorrhée (5 mois révolus), tous les inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines sont responsables d'une toxicité fœtale et néonatale grave, voire fatale : mort fœtale *in utero*, mort néonatale, atteintes rénales et/ou cardio-pulmonaires néonatales.

La toxicité fœtale induite par la prise maternelle d'AINS, en particulier à partir de 24 semaines d'aménorrhée, consiste essentiellement en une vasoconstriction cardio-pulmonaire et rénale fœtale :

- Constriction du canal artériel *in utero* pouvant provoquer :
 - une mort fœtale *in utero* liée à la constriction complète et brutale du canal artériel, même lors de prises très brèves, voire en prise unique, à posologie usuelle. Le risque est d'autant plus important que la prise est proche du terme. En effet, le canal artériel est maintenu ouvert pendant toute la vie fœtale grâce à une prostaglandine vasodilatatrice dont la sécrétion augmente en fin de grossesse.
 - une insuffisance cardiaque droite fœtale avec hypertension artérielle pulmonaire liée à la constriction partielle du canal artériel dont l'évolution peut être mortelle chez le nouveau-né.
- Toxicité rénale parfois irréversible se traduisant par une diminution du liquide amniotique chez le fœtus (oligoamnios ou un anamnios) et une insuffisance rénale chez le nouveau-né.

En fin de grossesse, la mère et le nouveau-né peuvent en outre présenter :

- un allongement du temps de saignement du fait d'une action antiagrégante pouvant survenir même après administration de très faibles doses ;
- une inhibition des contractions utérines entraînant un retard de terme ou un accouchement prolongé.

* Les données d'une étude pharmaco-épidémiologique publiée récemment (Kristensen et al. Human Reprod, 2010) suggèrent que la prise prolongée d'antalgiques au cours de la grossesse pourrait entraîner une augmentation du risque de cryptorchidie chez les enfants exposés *in utero*, notamment au cours du 2^{ème} trimestre. Ces données sont en cours d'évaluation par l'Afssaps.

Opiïdes faibles

L'utilisation chronique des opioïdes durant le dernier trimestre de la grossesse peut induire un syndrome de sevrage chez le nouveau-né quelle que soit la dose utilisée. En fin de grossesse, des doses élevées peuvent entraîner une dépression respiratoire chez le nouveau-né, même pour un traitement de courte durée. Une utilisation ponctuelle de la codéine ou du tramadol est envisageable, à partir du deuxième trimestre. Cependant l'utilisation de la poudre d'opium (Lamaline®) demeure contre-indiquée.

Allaitement :

Le paracétamol peut être utilisé au cours de l'allaitement aux doses recommandées.

Les AINS passent dans le lait maternel. Par mesure de précaution il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite.

Parmi les opioïdes faibles, deux substances peuvent être ponctuellement utilisées : la codéine et le tramadol ; elles sont contre-indiquées en utilisation chronique. La dihydrocodéine (en raison notamment du manque d'information sur le passage dans le lait maternel) et la poudre d'opium (Lamaline®) sont toujours contre-indiquées au cours de l'allaitement.