

Prise en charge de la douleur postopératoire chez le toxicomane

M. Chandon¹, D. Péronnet², T. Prud'homme de la Boussinière³

¹ Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris ; ² unité de traitement de la douleur, département d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier de Mâcon, boulevard Louis-Escandre, 71018 Mâcon ; ³ unité méthadone, service départemental d'intervenants en toxicomanies, 7, quai de l'Hôpital, 71100 Châlon-sur-Saône, France

POINTS ESSENTIELS

- L'héroïne reste encore le produit de consommation principal des toxicomanes.
- Il existe très souvent une polytoxicomanie avec d'autres produits dont la consommation augmente proportionnellement à l'héroïne.
- On distingue les complications somatiques liées à la toxicité des produits, de celles provoquées par leur mode d'administration et par la situation de précarité et d'exclusion de nombreux toxicomanes.
- Depuis 1996, il existe deux modes de substitution principaux : une substitution institutionnelle par la méthadone dans les centres spécialisés et une substitution possible par tout médecin grâce à la buprénorphine à haut dosage.
- La buprénorphine en traitement de substitution interfère pharmacologiquement avec les antalgiques utilisés en postopératoire.
- Les patients sous héroïne ou méthadone présentent un état d'hyperalgésie et doivent recevoir une ration morphinique de base.
- L'évaluation de cette ration morphinique de base est rendue difficile par le degré de pureté variable de l'héroïne, ce qui nécessite un temps d'adaptation pour le patient et pour l'équipe soignante.
- L'ancien toxicomane est susceptible de retrouver une dépendance suite à l'utilisation de morphiniques en périopératoire.
- Ces particularités nécessitent un contrat de soins précis entre l'équipe soignante et le patient toxicomane, et une connaissance de la toxicomanie, du syndrome de sevrage et des

INTRODUCTION ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES [1]

L'héroïne reste le principal produit de consommation chez les toxicomanes. Elle interfère de façon importante avec la prise en charge de l'analgésie postopératoire.

L'héroïnomane est presque toujours un polytoxicomane : cocaïne parfois « sniffée » sous la forme de chlorhydrate ou de cocaïne base fumée (*crack*) ; drogues de synthèse : hallucinogènes (LSD), amphétamines et dérivés (*ecstasy*) consommées dans les *rave parties* ; enfin, benzodiazépines et barbituriques qui posent de graves syndromes de sevrage. Il y aurait entre 142 000 et 176 000 héroïno-dépendants en France [2] [3].

L'intoxication par l'héroïne est le plus souvent quotidienne, ce qui marginalise les sujets. Une forme d'intoxication par voie nasale ou par inhalation, occasionnelle et épisodique, émerge depuis deux ans. Il est possible de distinguer les complications dues à la toxicité propre des produits de celles provoquées par leur mode d'administration et de celles dépendant des conditions de précarité et d'exclusion vécues par de nombreux toxicomanes [4].

La politique de réduction des risques (disponibilité des seringues, substitution par méthadone, puis de bas niveau par Subutex[®]) mise en place ces dernières années a fait reculer les décès par surdosage (546 cas en 1993, 143 cas en 1998) et les contaminations virales.

Depuis 1996, il existe deux modes de substitution principaux :

- la substitution institutionnelle dite de « haut seuil » par la méthadone dans des centres agréés avec un suivi par un médecin référent et une prescription de 7 jours. Environ 7 500 patients sont inclus dans un programme méthadone ;

- une substitution dite de « bas seuil » qui peut être effectuée par tout médecin prescrivant de la buprénorphine, morphinique agoniste-antagoniste de haut dosage (Subutex[®]). On estime à 57 100 le nombre des patients qui bénéficient de la prescription de Subutex[®], dont la délivrance s'étend à 28 jours sur ordonnance sécurisée [2].

Le problème du patient toxicomane en milieu chirurgical est tout d'abord un sevrage obligé s'il est héroïnomane actif, avec parfois même une utilisation intempestive d'antidote (Naloxone[®]). Si le patient est substitué par le Subutex[®], l'utilisation de morphiniques agonistes va contrarier la substitution en cours.

Comme le montre la publication de Muller [5], les morphiniques appliqués sur des structures neuronales induisent des modifications de synthèses enzymatiques dans ces cellules, aboutissant soit à une désensibilisation des récepteurs, soit à une diminution du nombre des récepteurs fonctionnels, et en tout cas, des compensations adaptatives d'hyperexcitabilité potentielle. Cela est également valable pour les cannabinoïdes [6]. Certes, pour un organisme entier, et à plus forte raison pour un être humain pourvu d'une structure psychologique complexe, les mécanismes de désensibilisation ne sont pas aussi

simples, mais on peut comprendre, grâce à ces modèles cellulaires, que le patient toxicomane actif présente un état latent d'hyperalgésie chronique qu'un sevrage peut démasquer.

Dans la phase préopératoire, le rôle de l'anesthésiste est d'essayer de contrôler cet état d'hyperalgésie en restituant une dose de base d'opioïdes, voire en utilisant des médicaments α 2-agonistes ou des antagonistes N-méthyl-D-aspartate. Cet état d'hyperalgésie, aggravé par la douleur périopératoire, interdit tout sevrage du patient toxicomane, ainsi que l'utilisation intempestive d'antidote des opioïdes (Naloxone®).

Il n'existe ni conférence de consensus ni recommandation concernant la prise en charge du toxicomane. À part certains centres hospitaliers des régions Île-de-France [1], Nord et Provence-Côte-d'Azur [4], les établissements chirurgicaux des autres régions de l'hexagone n'accueillent des patients toxicomanes qu'occasionnellement. C'est donc l'expérience et la pratique de certains centres plus exposés qui ont amené à développer une stratégie d'accueil et de prise en charge du toxicomane pendant la période périopératoire.

INTERROGATOIRE ET EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES

Les circonstances de prise en charge d'un toxicomane dépendant [1] sont différentes selon que le patient se présente pour une chirurgie urgente ou pour une chirurgie réglée.

En urgence [7]

Vu le nombre d'intervenants rencontrés et le manque de confidentialité des lieux (bloc d'urgence, sas de déchocage, chambre à deux lits), la toxicomanie n'est que rarement avouée. Elle doit être suspectée devant une attitude instable, agitée, ou à l'examen, en découvrant des cicatrices de ponctions veineuses. Parfois, ce sont les abcès ou les thrombophlébites septiques sur site d'injection qui doivent faire évoquer la toxicomanie, surtout si le site est situé dans la région cervicale.

La manière d'aborder la question avec le patient doit être alors directe : « Êtes-vous héroïno-dépendant ? Êtes-vous en période de sevrage ? Quels moyens de substitution employez-vous ? ».

Si le patient est un toxicomane actif, il faut connaître les divers agents utilisés et essayer de déterminer une dose quotidienne moyenne en héroïne et produits associés, en lui expliquant que ces précisions serviront à le compléter en postopératoire pour éviter un syndrome de sevrage.

En chirurgie réglée

Le patient est examiné dans le cadre confidentiel d'un bureau de consultation auprès d'un médecin spécialiste. Il peut s'agir d'une affection chirurgicale intercurrente, d'un remplacement valvulaire après séquelles d'endocardite infectieuse ou d'une maladie intercurrente chez un toxicomane séropositif. La toxicomanie est en général la première information que le patient tient à délivrer en confiant son anxiété concernant un éventuel

syndrome de sevrage, une agitation per- ou postopératoire, ou une rechute, s'il s'agit d'un ancien toxicomane.

Le cas est parfois plus difficile s'il s'agit d'un mineur accompagné par un parent : dès qu'on perçoit la difficulté, il ne faut pas hésiter à faire sortir le ou les parent(s). Dans le cadre de la gynécologie-obstétrique, la toxicomanie est souvent dissimulée à l'occasion d'un avortement, d'une prématurité ou d'un diagnostic tardif de grossesse. C'est pourtant au cours de la consultation que doit s'établir un contrat de confiance mutuelle.

La toxicomanie étant avouée, il faut faire préciser les différents produits utilisés et leurs doses, les maladies associées à la toxicomanie et demander le consentement du patient pour réaliser les sérologies VIH, VHC. Après l'examen médical et l'interrogatoire préanesthésique habituel, les différentes possibilités de l'anesthésie sont expliquées au patient, en soulignant l'intérêt de l'anesthésie locorégionale qui pourra constituer l'essentiel de l'analgésie postopératoire.

En fonction du type de patient et du type d'intervention, on pourra expliquer les différentes possibilités d'analgésie postopératoire, informer sur les risques et les effets secondaires indésirables. Il est important qu'à ce stade, le patient sache qu'il sera suivi pendant son hospitalisation par un référent parfaitement au courant de sa toxicomanie.

Un véritable contrat de soins entre le patient et les soignants s'établit pendant cette consultation ([tableau I](#)).

PRISE EN CHARGE DU PATIENT SELON SON TYPE DE DÉPENDANCE

Schématiquement, trois situations sont possibles : le patient substitué, le toxicomane actif, l'ancien toxicomane sevré.

Patient substitué ([figure 1](#))

La substitution par la méthadone

Elle n'interfère pas avec le traitement antalgique.

La substitution par le Subutex®

Elle pose, en revanche, le problème des agonistes-antagonistes : en effet, le Subutex® n'est autre que de la buprénorphine (Temgésic®) à haut dosage.

Si on prévoit un score EVA de douleur inférieur à 4

Il faut continuer le Subutex® en postopératoire, en l'augmentant de 25 % et en utilisant du Temgésic® toutes les 6 heures en injection sous-cutanée. On peut augmenter les doses de Subutex® jusqu'à 12 mg en une prise par 24 heures. On associera en pré- ou postopératoire une technique d'infiltration ou une technique locorégionale avec un anesthésique local de durée moyenne (Naropeine® 7,5 à 10 mg · mL⁻¹) associé à de la clonidine.

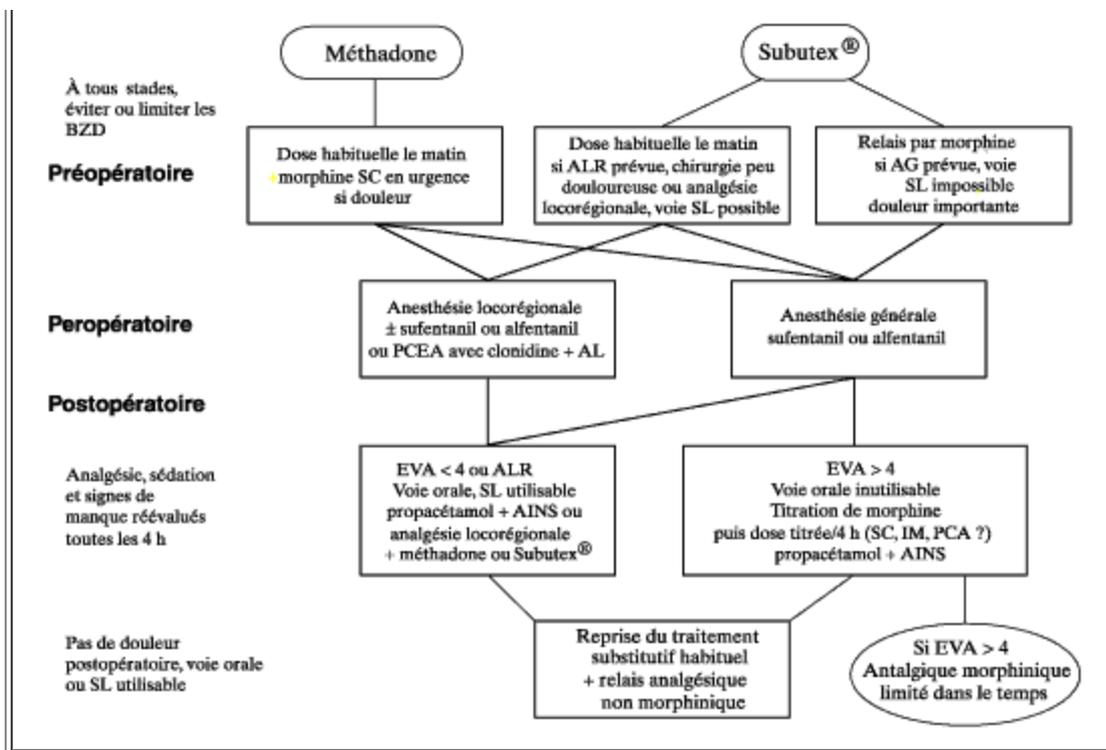
Tableau I. Le contrat de soins.

<i>Éléments du contrat</i>
<i>Cerner les objectifs de l'hospitalisation</i>
L'équipe soignante s'engage : <ul style="list-style-type: none">- à prévenir l'état de manque ;- à traiter la douleur et l'anxiété ;- à informer le patient (choix thérapeutiques, délais...).
Le patient s'engage : <ul style="list-style-type: none">- à la franchise lors de l'interrogatoire et des soins ;- à accepter un certain inconfort lors de la phase d'adaptation ;- à ne pas recourir à des substances non prescrites ;- à ne pas entrer dans une logique de chantage.

Figure 1. Conduite à tenir chez l'héroïnomanie actif.

**AG : anesthésie générale ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ;
AL : anesthésique local ; ALR : anesthésie locorégionale ; BZD :
benzodiazépine ; IM : intramusculaire ; PCA : *patient controlled
analgesia* (analgésie auto-contrôlée par le patient) ; PCEA : *patient
controlled epidural analgesia* ; SC : sous-cutanée ; SL : sublinguale.**





Si on prévoit un score EVA de douleur supérieur à 4

Il faut :

- soit arrêter le Subutex® durant l'anesthésie générale : la buprénorphine sera aisément déplacée de ses sites par les morphiniques utilisés pendant l'anesthésie (exemple : sufentanil). Puis on titre en morphine intraveineuse le patient au réveil jusqu'à l'obtention d'une analgésie. On déduit de la dose de titration la consommation journalière moyenne du patient par voie sous-cutanée, orale ou par voie intraveineuse continue (surveillance en soins intensifs en cas d'injection continue). Dans ce cas, la reprise du Subutex® nécessite quelques heures sans analgésie avec les risques d'un syndrome de sevrage, surtout évoqué par le patient. En réalité, en l'absence de substitution, le syndrome de sevrage n'apparaît qu'entre le troisième et le quatrième jour ;

- soit poursuivre le Subutex® et prévoir une technique d'analgésie locorégionale per- et postopératoire, avec un anesthésique local associé à la clonidine. L'analgésie contrôlée par le patient (PCEA) est établie en bolus et continu. On associera 8 à 16 mg maximum de Subutex® en une prise par 24 heures, en insistant bien auprès du patient et du personnel sur les dangers d'association des benzodiazépines à de fortes doses de Subutex® [8].

Ordonnance de sortie

Pour le patient substitué par méthadone

L'ordonnance de sortie doit comporter :

- la dose de méthadone habituelle, que seul le médecin référent d'un centre méthadone peut prescrire ;
- un antalgique de palier I avec un adjuvant type anti-inflammatoire ou antispasmodique.

Pour le patient substitué par Subutex®

L'ordonnance de sortie doit comporter :

- Subutex® 8 mg (maximum) : un comprimé sublingual par jour pendant 7 jours et revoir le médecin traitant à l'échéance de l'ordonnance ;
- un antalgique de palier I, associé ou non à un adjuvant.

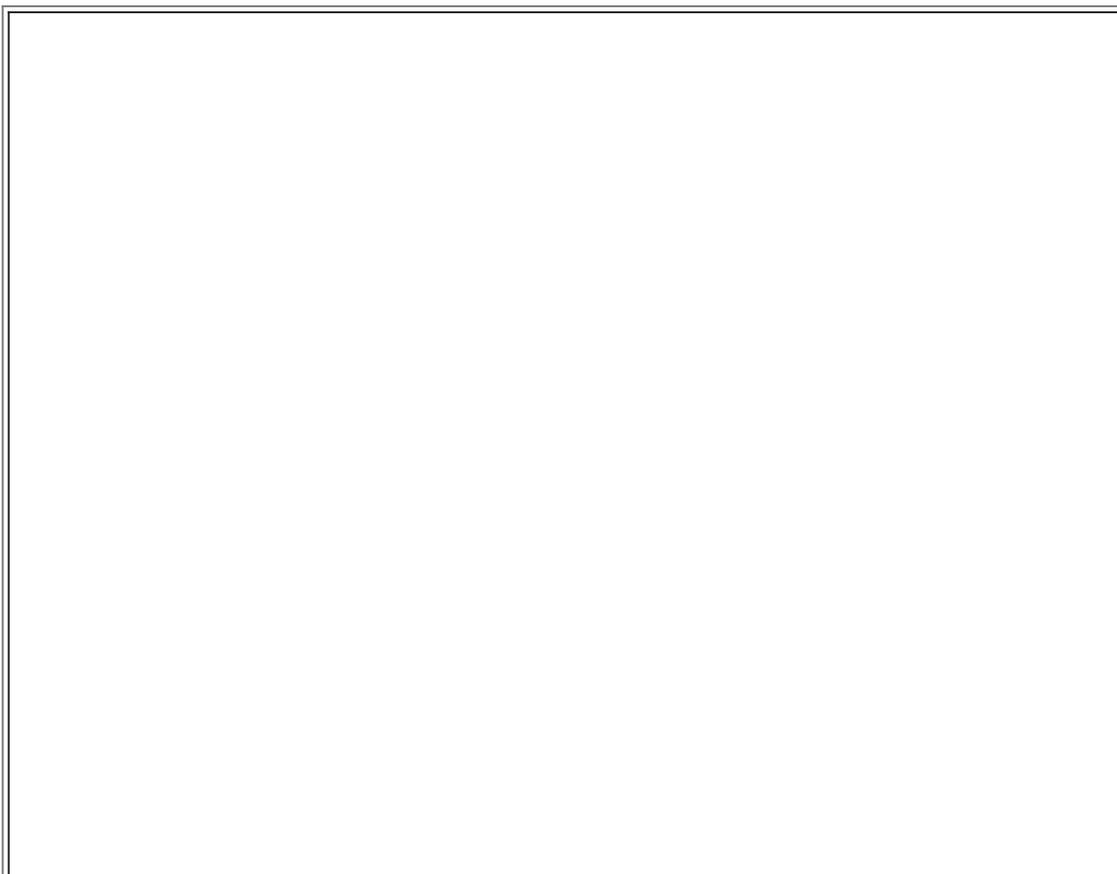
Pour le patient ambulatoire ou hyperalgique

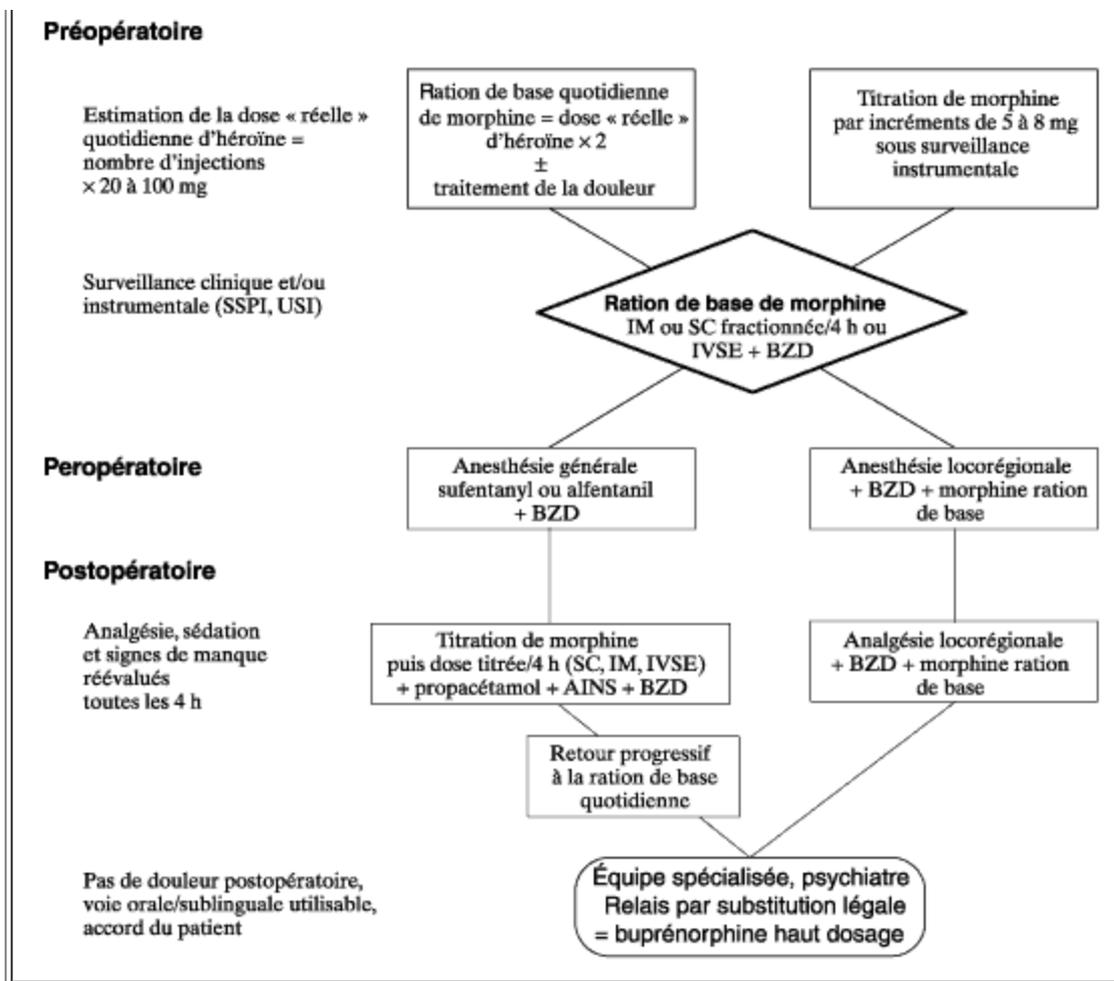
Si le patient doit sortir rapidement du service [9] [10], ou en cas d'hospitalisation ambulatoire, il faut éviter la prescription de Skenan®, Fortal®, Moscontin®. Néanmoins, si cette prescription s'impose, il faut la limiter dans le temps et, à échéance, renvoyer le patient à son médecin traitant pour une réinitialisation d'une substitution par Subutex® après quelques heures de « jeûne opiacé ». Dans le cas d'une substitution de haut niveau, le patient devra revoir le médecin référent du centre méthadone à l'échéance de son traitement antalgique.

Patient toxicomane actif non traité (*figure 2*)

Figure 2. Conduite à tenir chez l'héroïnomane substitué.

BZD : benzodiazépine ; IM : intramusculaire ; IVSE : intraveineux à la seringue électrique (débit continu) ; mg : milligramme ; SC : sous-cutanée ; SSPI : salle de soins postinterventionnelle ; USI : unité de soins intensifs.





En connaissant les différents produits utilisés et les doses quotidiennes, on peut anticiper l'apparition d'un syndrome de sevrage à l'héroïne (dès la quatrième heure d'abstinence : anxiété, blocage de la communication, agitation, quête compulsive ; puis, après 10 heures : sueurs, larmoiements, rhinorrhée, hyperthermie, douleurs abdominales, diarrhées, déshydratation) [10].

La difficulté réside dans l'appréciation de la dose de substitution en morphine [9] [11] car la pureté de l'héroïne sur le marché varie de 10 à 50 % [12]. On peut admettre, cependant, qu'en multipliant la dose quotidienne d'héroïne par un facteur de 0,5, on obtient une valeur approximative de la dose de substitution en morphine par jour. En effet, l'héroïne est deux fois plus active que la morphine, mais on estime sa pureté aux alentours de 25 % en moyenne.

En pré- et postopératoire, les besoins de base sont couverts, soit par voie sous-cutanée, soit par voie intramusculaire ou enfin, par une perfusion continue. On débute par une injection du sixième de la dose pour les quatre premières heures pendant lesquelles on évalue l'état du patient toutes les 30 minutes, puis toutes les heures [13].

L'analgésie postopératoire est effectuée soit par une technique d'anesthésie locorégionale, soit par un morphinique en bolus ou par voie sous-cutanée dont on détermine la dose par titration. Du fait de l'association de morphine en continu (représentant les besoins de base quotidiens) et de morphine en bolus (nécessaire à l'analgésie postopératoire), le patient est surveillé soit en salle de surveillance postinterventionnelle, soit en soins intensifs.

En aucun cas, la période périopératoire ne doit être mise à profit pour effectuer un sevrage [1].

Ancien toxicomane

Le risque de réinduire une dépendance chez l'ancien toxicomane est réel (20 %). Le médecin anesthésiste doit privilégier les techniques locorégionales en per- et postopératoire en utilisant des anesthésiques locaux et de la clonidine et en évitant les morphiniques de forte affinité (sufentanil perimédullaire) qui peuvent majorer le risque de rechute.

En cas de douleurs prévisibles supérieures à 4 sur l'échelle EVA

On peut proposer une analgésie postopératoire locorégionale, après une information du patient. En cas d'échec, ou relais, il faut utiliser la morphine aux doses habituelles de titration.

L'administration sous-cutanée doit être préférée à la PCEA. Un accompagnement psychologique doit être systématiquement proposé et on utilisera les benzodiazépines en pré- et postopératoire.

En cas de douleurs prévisibles inférieures à 4 sur l'échelle EVA

On peut proposer une analgésie locorégionale associée à un relais antalgique par des antalgiques de palier I ou II.

PRISE EN CHARGE GLOBALE ET PLURIDISCIPLINAIRE

Indépendamment des techniques de substitution et de prévention d'un syndrome de sevrage périopératoire, l'anesthésiste-réanimateur sera confronté aux complications somatiques liées à la toxicité propre aux produits et à celles liées aux risques sanitaires (modes d'administration et terrain propre aux toxicomanes). Enfin, les risques sociaux et psychosomatiques peuvent compliquer la prise en charge périopératoire, même si elle est techniquement au point.

Complications périopératoires liées à la toxicité des produits

Le risque inhérent à la prise de cocaïne, amphétamine ou cannabis est l'instabilité tensionnelle de la période de sevrage et la survenue de poussées hypertensives ou de troubles du rythme dans la période périopératoire [13]. Le risque vasculaire de la cocaïne doit faire redouter un infarctus du myocarde de symptomatologie atypique, une dissection aortique, un accident vasculaire cérébral se manifestant également de façon atypique, ainsi que des ischémies viscérales ou rénales dues à la vasoactivité du produit [4] [13]. Chez l'héroïnomanie, la fréquence des rhabdomyolyses non traumatiques semble largement sous-estimée [4].

Risques sanitaires

Ils sont à la fois bactériens et viraux, exposant le patient toxicomane à des infections opportunistes périopératoires. Il faut noter la vulnérabilité particulière des usagers réguliers de drogues aux pneumopathies et autres complications respiratoires, surtout lorsque ces patients sont séropositifs.

Risques sociaux et psychosomatiques

Le centre anti-douleur de Montpellier [14] a démontré, dans un groupe d'opérés non sélectionnés, qu'un accompagnement psychologique en phase d'agression périopératoire apportait une amélioration considérable. Les complications somatiques (58,1 % pour le groupe contrôle, contre 27,6 % pour le groupe suivi) et psychologiques (71 % pour le groupe contrôle, contre 27,6 % pour le groupe suivi) sont réduites de manière significative, ainsi que les durées moyennes de séjour. Une prise en charge globale est d'autant plus importante, dans le cas de patients toxicomanes, que ces patients ne sont presque jamais psychologiquement indemnes : faille narcissique, état limite, voire syndrome psychotique cohabitent souvent avec les conduites toxicomaniaques.

CONCLUSION

La notion de contrat entre le patient et l'équipe soignante multidisciplinaire est essentielle chez ces patients en état de dépendance physique et psychique, qu'ils soient ou non en cours de sevrage. Une évaluation régulière et chiffrée de la douleur postopératoire aide à maintenir le contrat initial, et si ce contrat doit être modifié, il doit l'être sur la base la plus objective possible, coupant court à toute manipulation dans un climat de dialogue et d'écoute.

RÉFÉRENCES

- 1 Chandon M, Beaussier M. Prise en charge anesthésique des usagers de drogues. *Prat Anesth Réanim* 1999 ; 3 : 39-47.
- 2 Site web de l'Office français des drogues et toxicomanies : <http://www.ofdt.fr>.
- 3 Site de l'Observatoire géopolitique des drogues (organisme français indépendant). L'OGD publie sur le web un rapport annuel détaillé sur la géopolitique des drogues (rapport 1995-1996, 298 p.). <http://www.ogd.org>.
- 4 Ben Diane MK, Feroni I, Poncet M, Obadia Y. Les principaux risques sanitaires associés à l'usage d'héroïne ou de cocaïne par voie intraveineuse. *Presse Méd* 2000 ; 29 : 453-7.
- 5 Muller A, Koch B, René F, Boutillier AL, See V, Loeffler JP. Mécanisme de la tolérance et de la dépendance aux opioïdes. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 18 : 866-95.
- 6 Beaulieu P. Interactions entre systèmes opioïde et cannabinoïde. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000 ; 19 : 217-22.
- 7 Lambert H, Gacy F, El Kouch S, Manel J, Orizet C. Profil médico-social des toxicomanes admis dans un service d'accueil des urgences. In : SRLF, éd. *Actualités en réanimation et urgences*. Paris : Arnette ; 1996. p. 385-93.

- 8 Tracqui A, Tournoud C, Flesch F, Kopferschmitt J, Kintz P, Deveaux M, et al. Intoxication aiguë par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage. *Presse Méd* 1998 ; 27 : 557-61.
- 9 Colombo S, Van Gessel E, Forster A. Anesthésie et opiacés chez les toxicomanes : quelle conduite ? *Méd Hyg* 1994 ; 52 : 2567-74.
- 10 Denance AM, Fraisse F, Plomion O, Guarinos A. Prise en charge des toxicomanes dans un service d'accueil des urgences. In : SRLF, éd. *Actualités en réanimation et urgences*. Paris : Arnette ; 1996. p. 395-422.
- 11 Wood PR, Soni N. Anaesthesia and substance abuse. *Anaesthesia* 1989 ; 44 : 672-80.
- 12 Rapport sur l'héroïne et la cocaïne en France de Tim Boekhout van Solinge 1996 (149 pages). Site du centre de recherche sur les drogues de l'université d'Amsterdam, <http://www.frw.uva.nl/cedro/library/Drugs17/heroin/fr3.html>.
- 13 Cheng D. Perioperative care of the cocaine-abusing patient. *Can J Anaesth* 1994 ; 41 : 883-7.
- 14 Ferragut E, Colson P. Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes. Paris : Masson ; 1999. p. 7-16.