

Pharmacothérapie de la douleur

Approche centrée sur le patient

Anne Spinewine

Paul M. Tulkens

FARM 2129 – 20-10-2008

Structure

- Introduction: types de douleurs et prise en charge
- Prise en charge des douleurs **aiguës**
 - Approche suivant les paliers de l'OMS
 - Efficacité et toxicité des AINS: Analyse d'ordonnance
- Prise en charge des douleurs **chroniques**
 - Approche suivant les paliers de l'OMS
 - Douleurs rhumatismales
 - Douleurs cancéreuses
 - Douleurs neuropathiques
- Situation particulière: les **céphalées**

1. Introduction: La douleur ...



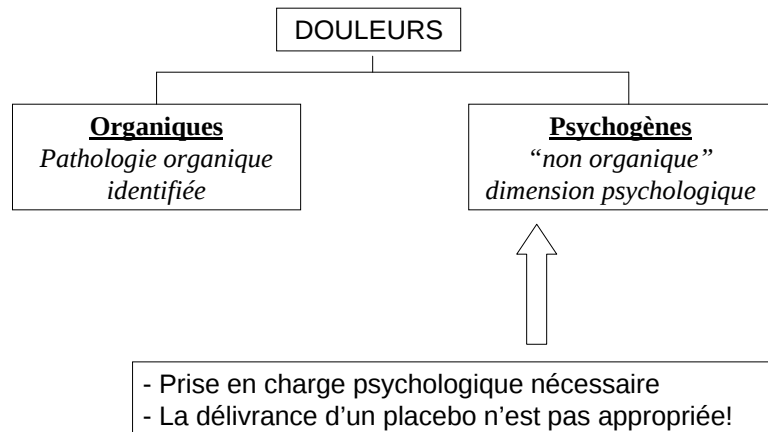
- *“Sensation désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion.”*
(Association internationale pour l'étude de la douleur)
- Sensation **subjective**
- Une des raisons les plus fréquentes pour lesquelles les patients cherchent une aide médicale et pharmaceutique

Qui peut juger de la douleur ?

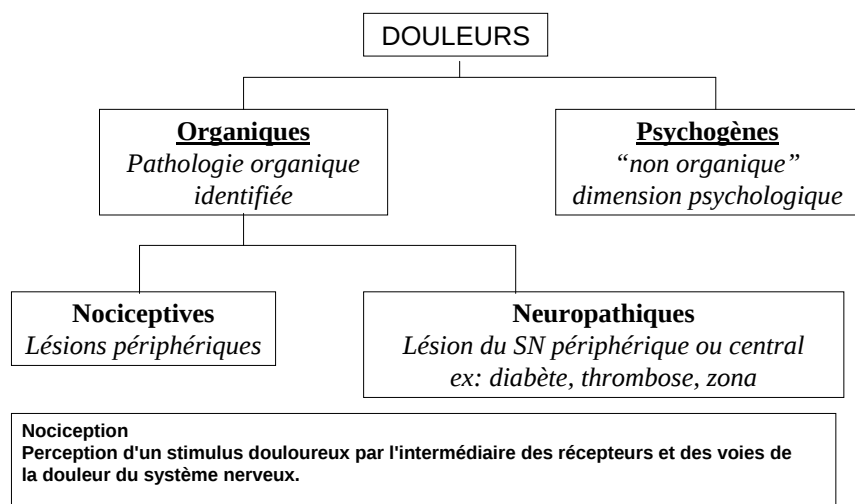


- * Malade = seul expert pouvant apprécier l'intensité de la douleur
- * La réaction à la douleur est TRES variable d'un sujet à l'autre → ne pas comparer

1. Introduction: types de douleurs (origines)



1. Introduction: types de douleurs (origines)

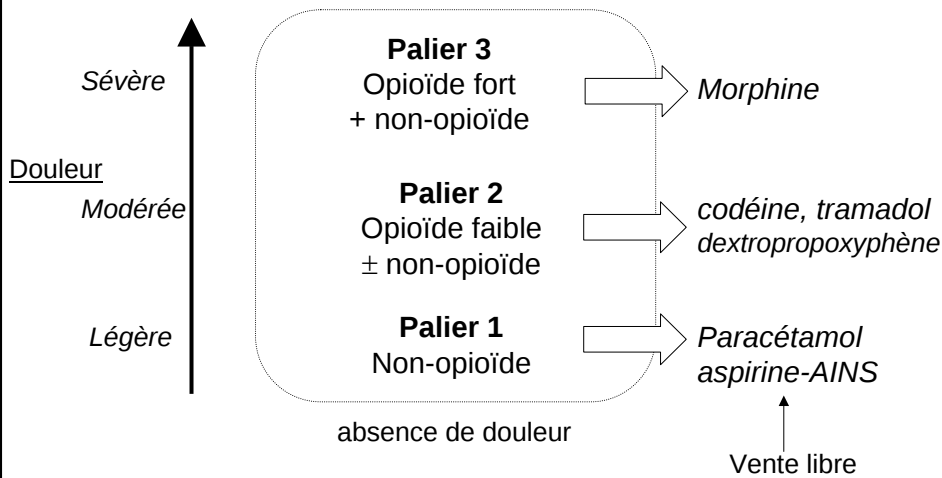


1. Introduction: types de douleurs

Aiguës	Chroniques
Associées à un traumatisme Cause organique précise	Pathogenèse peu claire Cause organique souvent absente Composante psychologique?
Récupération complète → <i>But du Tx = guérison</i>	Incapacité à restaurer les fonctions physiologiques normales (souvent pas de guérison possible) → <i>But du Tx = revalidation</i>
Résolution endéans 3 mois	Durent plus de 3 mois, ou au-delà du temps normal de guérison
Exemples: Douleurs postopératoires Traumatisme	Exemples: Douleurs rhumatismales, dorsales, cancéreuses

1. Introduction: approche pharmacothérapeutique

Echelle anti-douleur de l'OMS



1. Introduction: approche pharmacothérapeutique

Rappels de pharmacologie:

1.1. Paracétamol:

1.2. Aspirine:

1.3. AINS:

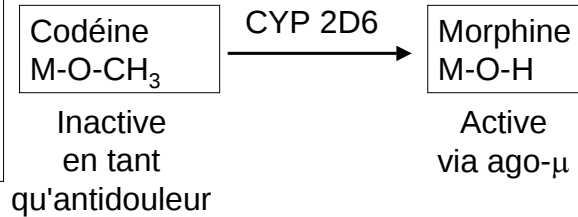
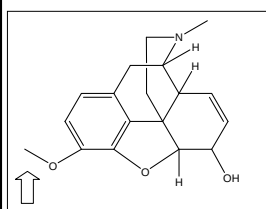
2.1. Codéine:

2.2. Tramadol:

2.3. Dextropropoxyphène:

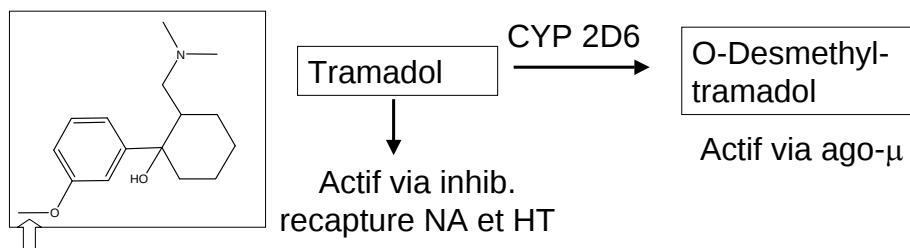
NB: combinaisons fixes d'analgésiques:

Codéine, tramadol et CYP2D6



- Métaboliseurs **lents** du CYP 2D6
 - 10% de la population caucasienne
- PAS d'effet analgésique avec la codéine (mais risque d'effets secondaires)

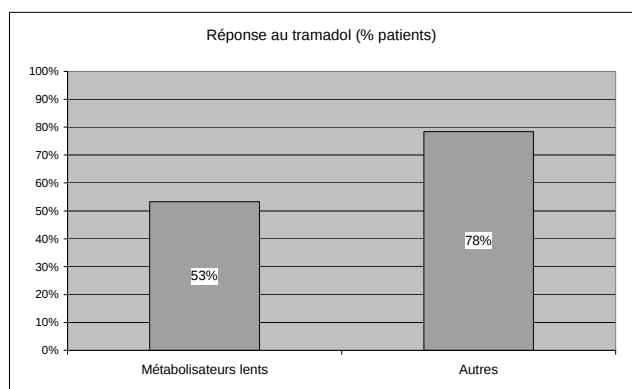
Codéine, tramadol et CYP2D6



- Métaboliseurs lents du CYP 2D6
 - 10% de la population caucasienne
- Effet analgésique REDUIT

Codéine, tramadol et CYP2D6

- 300 patients, post-op chirurgie abdominale
- Analgésie contrôlée par l'administration de tramadol (+ 2e antidouleur si insuffisant)



Stamer et al., Pain 2003;105:231-238

Codéine, tramadol et CYP2D6

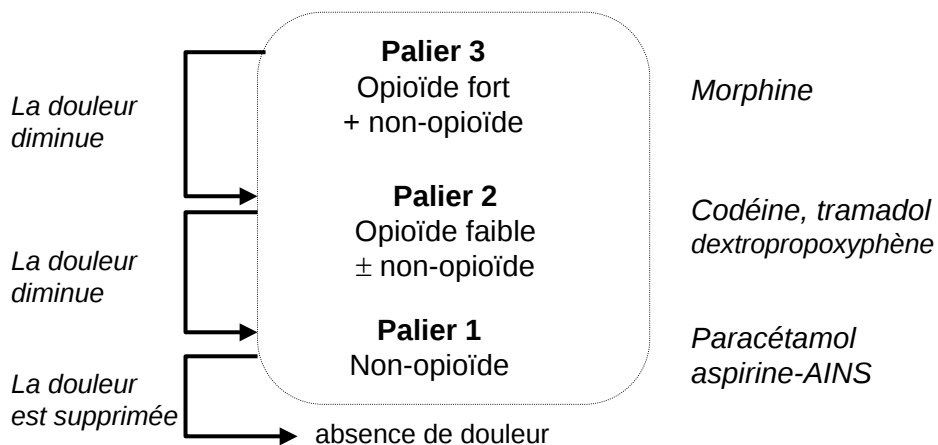
- Si patient avec pas/peu d'effet analgésique à la codéine / au tramadol
- Proposer autre analgésique
(pas d'augmentation des doses)

2. Prise en charge des douleurs aiguës

- Douleurs aiguës les plus fréquemment rencontrées:
 - douleurs postopératoires
 - douleurs post-traumatisme (musculaire p ex)
 - douleurs menstruelles
 - maux de tête
- But du traitement = guérison de la douleur
- Quel type d'approche?
 - Pharmacologique: très important
 - Non pharmacologique: peu important

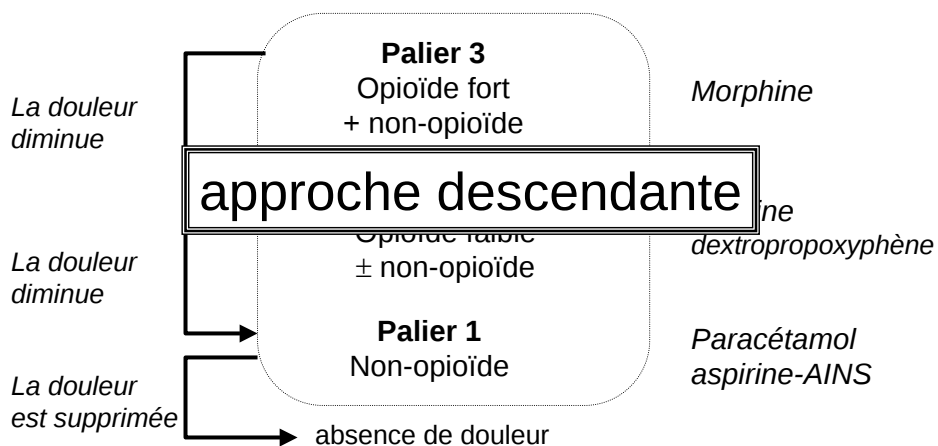
2.1. Douleur aiguë: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS

Départ au palier 1-2-3 en fonction de l'intensité de la douleur



2.1. Douleur aiguë: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS

Départ au palier 1-2-3 en fonction de l'intensité de la douleur



Palier 1

Palier 1: Paracétamol - Aspirine - AINS_____

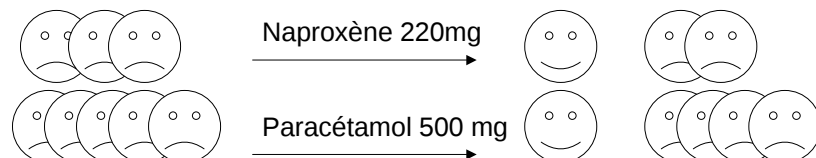
Oui mais...LEQUEL?

- AINS en 1^{ère} intention
 - effet analgésique > paracétamol (intensité + durée)
 - douleurs aiguës (faible toxicité)
 - pathologies inflammatoires
 - Attention aux différences de pharmacocinétique

AINS plus efficaces que le paracétamol en cas de douleurs aiguës

Notion de NNT (Number Needed to Treat)
 = nombre de patients qui doivent recevoir le principe actif pour qu'un patient voie sa douleur réduite d'au moins 50%

Principe actif	NNT (intervalle de confiance à 95%)	
Naproxène 220 mg	3.1	(2.2-5.2)
Ibuprofène 200 mg	3.3	(2.8-4.0)
Paracétamol 500 mg	5.6	(3.9-9.5)



Oxford League Table of Analgesics

The 2007 Oxford league table of analgesic efficacy (at least 3 trials or 200 patients)					
Numbers needed to treat are calculated for the proportion of patients with at least 50% pain relief over 4-6 hours compared with placebo in randomised, double-blind, single-dose studies in patients with moderate to severe pain. Drugs were oral, unless specified, and doses are milligrams. Shaded rows are intramuscular administration					
Analgesic and dose (mg)	Number of patients in comparison	Percent with at least 50% pain relief	NNT	Lower confidence interval	Higher confidence interval
Etoricoxib 180/240	248	77	1.5	1.3	1.7
Etoricoxib 120	500	70	1.6	1.5	1.8
Diclofenac 100	545	69	1.8	1.6	2.1
Celecoxib 400	298	52	2.1	1.8	2.5
Paracetamol 1000 + Codeine 60	197	57	2.2	1.7	2.9
Rofecoxib 50	675	54	2.3	2.0	2.6
Aspirin 1200	279	61	2.4	1.9	3.2
Ibuprofen 400	5456	55	2.5	2.4	2.7
Oxycodone IR 10 + Paracetamol 650	315	66	2.6	2.0	3.5
Diclofenac 25	502	53	2.6	2.2	3.3
Ketorolac 10	790	50	2.6	2.3	3.1
Naproxen 400/440	197	51	2.7	2.1	4.0
Piroxicam 20	280	63	2.7	2.1	3.8

L'ensemble de la Table est disponible sur i-campus

Palier 1 (suite)

AINS en 1^{ère} intention

- effet analgésique > paracétamol (intensité + durée)
- douleurs aiguës (faible toxicité)
- pathologies inflammatoires (p ex arthrite rhumatoïde)

• Paracétamol en 1^{ère} intention...

- douleurs aiguës: si contre-indication pour les AINS (ou facteurs de risque)
- douleurs chroniques: moindre toxicité

• Aspirine (≥300mg): pas en 1^{ère} intention

- pas plus efficace que les AINS
- effets secondaires non négligeables

Association d'anti-douleurs du palier 1 ?

Association paracétamol + AINS

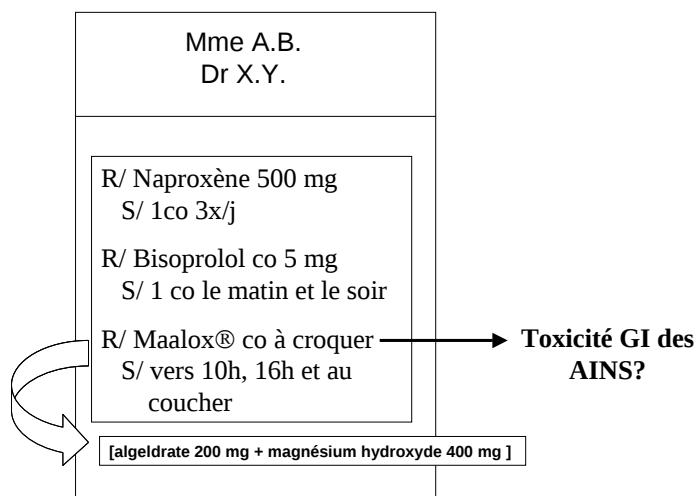
Oui si effet analgésique recherché supérieur à celui des composants individuels

Ne jamais associer 2 AINS

- même mode d'action pharmacologique et toxique principal (lié à l'action pharmacologique)
 - ➡ pas de gain significatif en terme d'efficacité
 - ➡ effets toxiques additifs !!!

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(1)





Effets gastro-intestinaux des AINS

■ Points importants pour le pharmacien:

- Pas toujours de symptômes avant le développement d'une complication majeure (surtout chez personnes âgées)
- **Facteurs de risque:** âge, prise concomitante de stéroïdes ou d'anti-coagulants, antécédent d'ulcère, autre maladie systémique
- **Risque plus élevé :**
 - lors de l'administration de fortes doses
 - endéans les 30 premiers jours de traitement
- La prise d'antacides ne diminue pas le risque de toxicité
- Intérêt des IPP chez les patients à risque
- Risque moindre (mais pas nul!) avec les COX-2 sélectifs

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(2)

Mme A.B.
Dr X.Y.

R/ Naproxène 500 mg
S/ 1co 3x/j

R/ Bisoprolol co 5 mg
S/ 1 co le matin et le soir

R/ Maalox® co à croquer
S/ vers 10h, 16h et au
coucher

→ **Interaction
avec les AINS?**

Rappel: AINS et interactions médicamenteuses

Interaction	Effet	Mécanisme	Importance	
			AINS [‡]	Napr/ibupr
Diurétiques	↓ effet	? (+ieurs)	+	±
β-bloquants	↓ effet	? (+ieurs)	+	-
IEC	↓ effet	? (↓ PGE ₂)	±	?
Anticoagulants*	↑ effet	?	±	-
Lithium	↑ effet	↓ excrétion	++	+
Méthotrexate [†]	↑ effet	↓ excrétion	+	±

* Non prédictible et très sérieux → à suivre de près

[†] Risque d'usage concomitant chez des patients atteints d'arthrite rhumatoïde

[‡] Risque le plus élevé avec l'indométhacine

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(3)

Mme A.B.
Dr X.Y.

R/ Naproxène 500 mg
S/ 1co 3x/j

R/ Bisoprolol co 5 mg
S/ 1 co le matin et le soir

R/ Maalox® co à croquer
S/ vers 10h, 16h et au
coucher

→ **co versus
pommade?**

Voies d'administration autres que la voie orale

Voie locale (pommades et crèmes)

Indications douleurs musculaires
 douleurs d'arthrose

Efficacité par rapport aux AINS po ??? Similaire???
Efficacité > placebo à 2 semaines, < AINS po (BMJ 2004;329:324)

Remarques

- Alternative plus sûre chez les personnes âgées, en cas d'arthrose avec une composante inflammatoire
- Risques d' EII systémiques (surtout si doses élevées)
- Choix de la voie d'administration dépend de la surface considérée (1 *versus* plusieurs articulations atteintes)

2.2. Efficacité et toxicité des AINS: analyse d'ordonnance

Un exemple d'ordonnance...(4)

Mme A.B. Dr X.Y.	
R/ Naproxène 500 mg S/ 1co 3x/j R/ Bisoprolol co 5 mg S/ 1 co le matin et le soir R/ Maalox® co à croquer S/ vers 10h, 16h et au coucher	→ Administration continue ou à la demande?

Administration continue ou à la demande?

1. Administration continue

- Approprié quand la douleur est modérée à sévère, au début du traitement antalgique
- La dose doit être titrée en fonction de la réponse

2. Administration à la demande

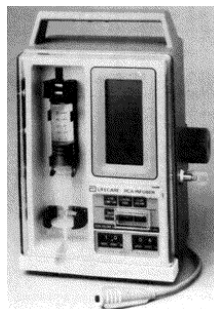
- Risque de créer de grandes variations dans la réponse à la douleur (suite à des variations dans les Cp)
- Approprié dans deux situations:
 - * douleurs faibles (p ex douleurs menstruelles)
 - * après administration continue, lorsque l'état douloureux s'améliore

Administration continue ou à la demande?

3. Combiné: analgésie contrôlée par le patient (PCA)

Ex: pompes à morphine en postopératoire

= Infusion basale, supplémentée quand nécessaire par une dose bolus commandée par le patient



3. Prise en charge des douleurs chroniques

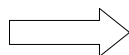
- Douleurs chroniques les plus fréquemment rencontrées:
 - douleurs rhumatismales
 - douleurs cancéreuses
 - maux de tête
 - douleurs neuropathiques
- But du traitement = revalidation (souvent pas de guérison possible)
- Quel type d'approche?
 - Pharmacologique: analgésiques (non) conventionnels
 - Non pharmacologique: très important



Le pharmacien d'officine, en cas de délivrance d'analgésiques, doit s'assurer que cette approche a été abordée avec le médecin

Arthrose et antidouleurs

- Près de 40% des Belges déclarent souffrir de douleurs articulaires
- Seulement 18% se déclarent très satisfaits de leur traitement
- La moitié des répondants seulement déclarent consulter un médecin pour traiter ces douleurs
- Par contre, 63% prennent un traitement pour les soulager

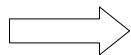


- « Misuse »
- Education du patient

Enquête INRA, février 2004 – échantillon représentatif 1000 adultes belges

Arthrose et antidouleurs

- Etude d'observation, prospective, dans 12 officines
- 461 patients avec arthrose, polyarthrite rhumatoïde; entretien avec le pharmacien
→ identification de problèmes médicamenteux
- Problèmes les plus fréquents
 - Traitement insuffisant/inexistant 32.8%
 - Effet secondaire 17.3%
 - Mauvaise compliance 15.9%
 - Dose trop faible 15.1%



- « Misuse »
- Education du patient

Ernst et al., Value in Health 2003;6: 51-58

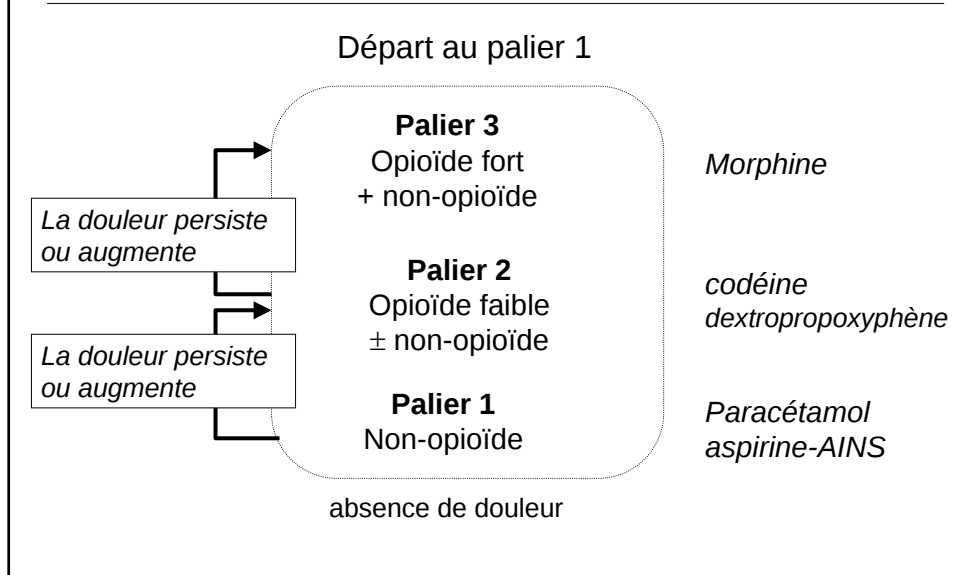
Arthrose et antidouleurs

- Après intervention du pharmacien d'officine (1 an):
 - Amélioration partielle ou totale dans 70.7% des cas
 - amélioration de la qualité de vie

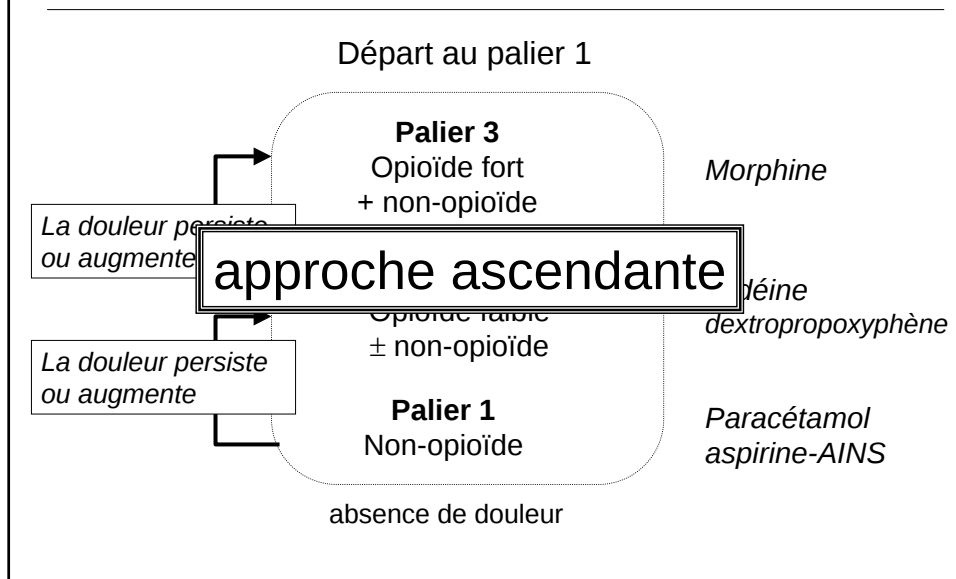
- Objectif de traitement ≠ guérison
 = revalidation
- Connaissance des doses (max) et fréquences d'admin.
- Evaluation de la douleur → adaptation du traitement
- Mesures non pharmacologiques

Ernst et al., Value in Health 2003;6: 51-58

3.1. Douleur chronique: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS



3.1. Douleur chronique: approche pharmacothérapeutique suivant les paliers de l'OMS



3.1. Douleurs rhumatismales

Polyarthrite rhumatoïde $\neq$ Arthrose

Approche non pharmacologique

Education, support social, physiothérapie, chirurgie,...

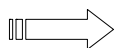
Approche pharmacologique

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- AINS- DMARDs (sulfasalazine, méthotrexate, ...)- Corticoïdes (po, ia, im, iv) | <ul style="list-style-type: none">- Analgésiques simples- AINS (oral - topique)- Corticoïdes (intra-articulaire)- Glucosamine |
|---|--|

Arthrose

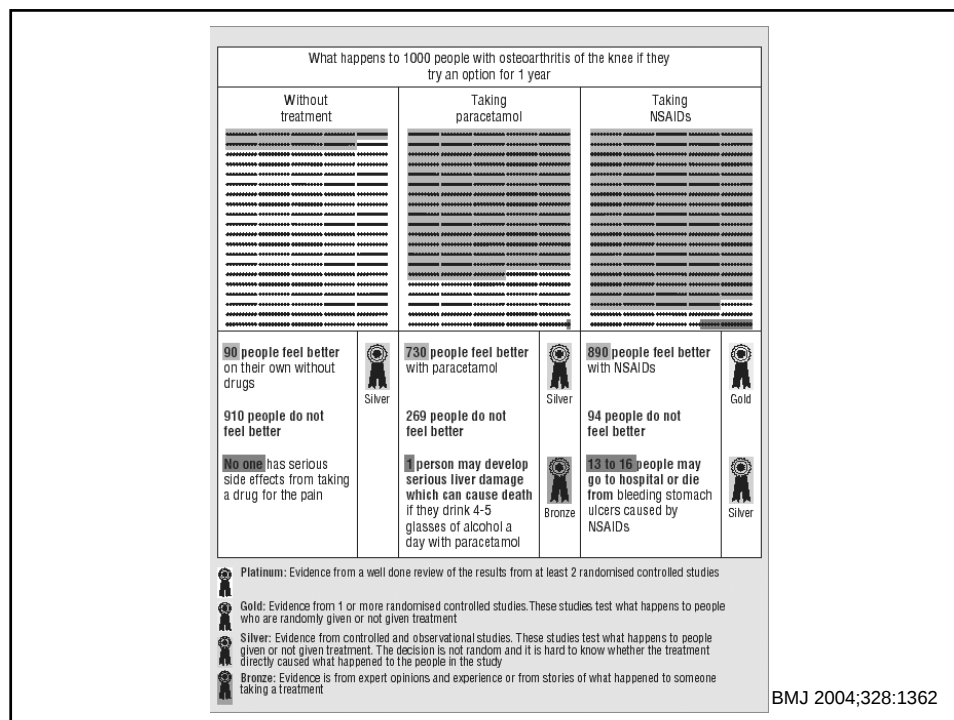


Pas (peu) de composante inflammatoire



Paracétamol = analgésique de 1^{er} choix

**AINS: 2^e choix si paracétamol inefficace /
insuffisant (si possible traitement de courte durée)**



Arthrose

Autres traitements

- AINS COX-2 sélectifs: efficacité // autres AINS mais ! EII (cardiovasculaire, rénal)
- Corticoïdes intra-articulaire:
 - NNT 1.3-3.5 pour amélioration sympt. à 2sem.
 - NNT 4.4 16-24sem
- Glucosamine / chondroïtine
 - Résultats controversés (arthrose du genou)
 - Peu de preuves solides de l'efficacité à long-terme

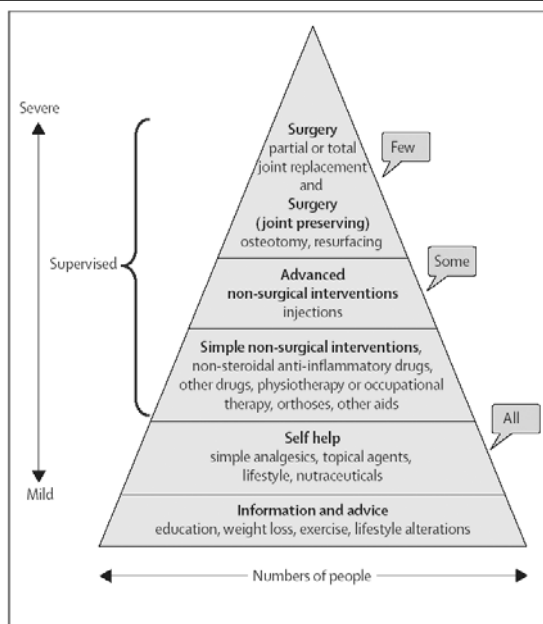


Figure 7: Principles of the management of osteoarthritis
Suggested sequential, pyramidal approach to disease management.

Lancet 2005;365:965-73

Arthrose et antidouleurs

1. QUIDAM

Qu(o)i: Femme, 76 ans, ATCD HTA et arthrose mains et genoux

Depuis quand Plusieurs années

Action Prise de médicaments; moindre mobilisation car douleur

Médicaments - Tramadol 10gouttes (25mg) 3x/jour depuis "un certain temps"; jamais d'essai préalable avec du paracétamol selon la patiente
Intensité moyenne des douleurs: 5/10
- Laxatif pris de façon régulière pour constipation;

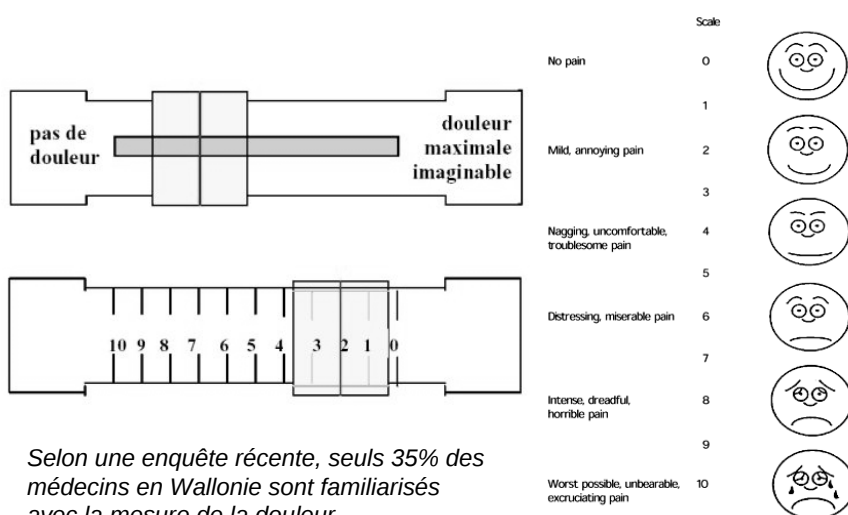
2. Plan de soins pharmaceutiques ???

Arthrose et antidouleurs

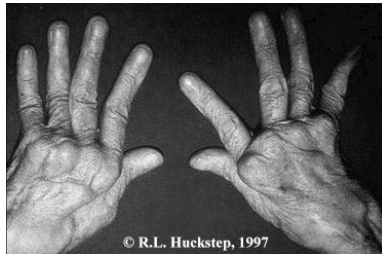
2. Plan de soins pharmaceutiques ???

- Objectif Contrôle des douleurs → meilleure mobilisation
Education du patient → meilleure prise en charge
- Sol. Possibles Poursuivre tramadol (mais effet secondaire),
ajout laxatif
Essai paracétamol (palier 1) – max 4g/j
- Sol. Retenue Arrêt tramadol → paracétamol 500mg 3x/j, à
augmenter jusqu'à 3g/j en fonction des douleurs
Formulation non effervescente (cf HTA)
+ non pharmacologiques (perte poids, ...)
- Intervention Education de la patiente
Suivi avec médecin généraliste si nécessaire
- Suivi Douleur (échelle)
Mobilisation (évaluation par la patiente)

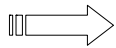
Echelles d'évaluation de la douleur



Polyarthrite rhumatoïde



Composante inflammatoire et immunologique



AINS = analgésiques de 1^{er} choix

différents AINS peuvent être testés
intérêt d'AINS COX-2 sélectifs

Polyarthrite rhumatoïde

- Douleur insupportable: 74% des patients
- Limitations de la mobilité: 47%

« Pour imaginer la difficulté vécue par une large majorité des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, ligotez-vous les 30 articulations des mains avec de gros élastiques et marchez avec des pois chiches dans vos chaussures »

- 71% des patients ont consulté un médecin plus de 6 mois après l'apparition des symptômes
- 40% ont eu confirmation de leur diagnostic après un an et plus

Enquête Belgique, patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Polyarthrite rhumatoïde

- AINS → contrôle douleur
- Glucocorticoïdes → contrôle douleur
(+ ↓ progression maladie?)
« Bridging therapy » lors de l'instauration d'un DMARD
- DMARDs → ↓ progression maladie
 - À instaurer dans les 3 premiers mois qui suivent le début de la maladie!
 - Méthotrexate, léflunomide, sulfazalazine, ...
 - Un délai de quelques mois avant l'administration d'un traitement efficace ne se rattrape jamais

Polyarthrite et DMARDs

- Encourager le patient à consulter un médecin / rhumatologue le plus rapidement possible !



x

3.2. Douleurs cancéreuses

Approche thérapeutique globale

- pharmacologique
- non pharmacologique: approche psychologique, neurochirurgie, anesthésie,...

But du traitement

Soulagement suffisant de la douleur afin de:

- permettre manoeuvres diagnostiques et thérapeutiques
- optimiser qualité de vie
- minimiser l'incidence d'effets secondaires

3.2. Douleurs cancéreuses

Administration d'opiacés: rôle important du pharmacien: rassurer les patients / l'entourage

MORPHINE

- Opiacé de 1^{er} choix
- Voie orale préférée (*versus* rectale, im, sc, iv)
- Libération immédiate *versus* libération prolongée
- Dose de départ dépend de la médication préalable
- Pas de dose "maximale" - titrer en fonction de la réponse
- Dépression respiratoire très peu probable si titration appropriée de la dose
- Prophylaxie constipation - traitement nausées et vomissements

3.2. Douleurs cancéreuses

Administration d'opiacés: rôle important du pharmacien: rassurer les patients / l'entourage

AUTRES OPIACES

- Nécessité de connaître les doses équianalgésiques
- Fentanyl (Durogesic®) patch: en cas de douleur stable
1 emplâtre / 72h
Ne jamais commencer un traitement par opioïde fort avec un patche (titration préalable avec morphine po)!!!
- Buprénorphine (Temgesic® co, Transtec® patches)
Patch matriciel → peut être coupé

- Valtran® (tilidine + naloxone) ← Pourquoi cette association ?



Allez voir la section "pharmacologie" dans la notice (disponible sur i-campus)

3.3. Douleurs neuropathiques

Origine	Lésion de structures périphériques ou centrales du système nerveux
Etiologie	Métabolique, ischémique, héréditaire, compression, traumatique, toxique, infectieuse, immunitaire
Exemples	<u>Neuropathie périphérique</u> : diabète, malnutrition, HIV, médicaments, lésion d'un nerf périphérique,... <u>Neuropathie centrale</u> : accident vasculaire cérébral,
Symptômes	Souvent difficilement décrits par les patients Ex: brûlure, fourmillement, engourdissement, chatouillement, pression,... Douleur constante ou intermittente



3.3. Douleurs neuropathiques

Objectifs du traitement

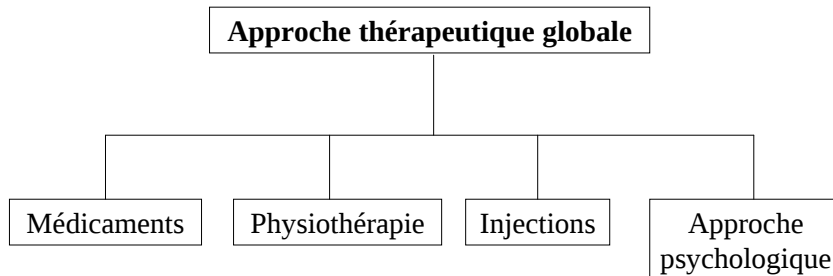
1. Identifier et traiter la cause de la douleur → prévenir la progression de la maladie

Ex: prise en charge du diabète

2. Eviter que les douleurs ne deviennent chroniques !!!

→ analgésie précoce et suffisante
approche globale et interdisciplinaire

3.3. Douleurs neuropathiques



- Séquentiel ou simultané
- Contrôle rapide recherché: ↓ incidence douleurs chroniques réfractaires

3.3. Douleurs neuropathiques

Traitement médicamenteux

Analgésiques conventionnels: Pas/peu efficaces !

↳ **Analgésiques "adjuvants"** utilisés (indication principale ≠ douleur)

- Souvent des stabilisateurs de membrane
- Monothérapie pour commencer, titrer la dose

Si pas de réponse: stopper, commencer mdct 2e choix
Si réponse partielle: ajouter 2e médicament

Panel: Adjuvant analgesics for neuropathic pain

Modulators of sodium channels

Carbamazepine

Lidocaine

Mexilitine

Phenytoin

Topiramate

Tricyclic antidepressants

Modulators of descending inhibitory pathways

Clonidine

Opioids

Selective serotonin-reuptake inhibitors

Tramadol

Tricyclic antidepressants

Modulators of central sensitivity

Amantadine

Dextromethorphan

Gabapentin

Ketamine

Lamotrigine

Levetiracetam

Levorphanol

Memantine

Methadone

Oxcarbazepine

Valproic acid

Miscellaneous modulators

Capsaicin

Levodopa and carbidopa

Non-steroidal anti-inflammatory drugs

Lancet oncology 2005;6:696-704

3.3. Douleurs neuropathiques

Traitement médicamenteux

Antidépresseurs

- ATCs: souvent 1^{er} choix
- Dose analgésique < dose antidépressive
- Amitriptyline: 10-25mg, ↑ à 50-100mg, le soir
- Effet antidouleur retardé (10j à 3 semaines)
- Imipramine - venlafaxine: moins sédatif
- (ISRS – quelques études)

Antiépileptiques

- Carbamazépine
- Valproate, lamotrigine, clonazepam
- Gabapentine, prégabaline
- Dose similaire à la dose antiépileptique
- Essentiellement si composante lancinante

3.3. Douleurs neuropathiques

Traitement médicamenteux

- Autres**
- Analgésiques morphiniques (morphine, fentanyl)
 - Tramadol
 - Baclofène (Lioresal®)
 - Neuroleptiques: lévomépromazine, promazine
 - Antiarythmiques: mexiletine
 - Usage topique: p ex capsaïcine

Exercices (interventions en milieu hospitalier)

1. QUIDAM

Qu(oi): Femme, 76 ans, ATCD HTA et arthrose mains et genoux
Depuis quand Plusieurs années
Action Prise de médicaments; moindre mobilisation
Médicaments tramadol 10gouttes (25mg) 3x/jour depuis "un certain temps"; laxatif pris de façon régulière pour constipation; jamais d'essai préalable avec du paracétamol selon la patiente

2. Plan de soins pharmaceutiques ???

1. QUIDAM

Qu(oi): Homme, 83 ans
Depuis quand Hospitalisé depuis 2 jours pour douleurs lombaires aiguës, post-chute
Action Repos au lit et prescription antidouleurs; imagerie en cours pour déterminer étiologie
Médicaments Buprénorphine 0.1mg 3x/j – ce jour: douleur = 0 sur une échelle de 0 à 10 selon le patient

2. Plan de soins pharmaceutiques ???

1. QUIDAM

Qu(oi): Femme de 67 ans hospitalisée pour douleurs dorsales sévères, aiguës
Depuis quand 1 semaine
Action Traitement analgésique par médecin traitant en ambulatoire – suivi d'une hospitalisation car douleurs insupportables
Détermination étiologie: tassement vertébral sur ostéoporose cortisonée chez patient BPCO
Médicaments AINS et tramadol en ambulatoire – pompe à morphine en hospitalisation – douleurs contrôlées sous 70mg/24h – assistante décide d'instaurer un traitement morphinique par patche: prescription de fentanyl patche 25ug prescrit

2. Plan de soins pharmaceutiques ???

Si le traitement “échoue”...que faire?

Raison possible	Explication	“Solution”
- Compliance	Education inappropriée Effets secondaires	Eduquer le patient Stopper, prévenir
- Dosage	Trop faible	Titrer selon l'intensité de la douleur (revoir dose et fréquence d'administration)
- Traitement inapproprié	Diagnostic incorrect Approche pharmaco- thérapeutique incorrecte	Revoir le diagnostic Revoir les approches (non) pharmacologiques, y compris l'approche par palier et le choix du médicament
- Abus d'analgésiques	Céphalée de rebond	Cf infra

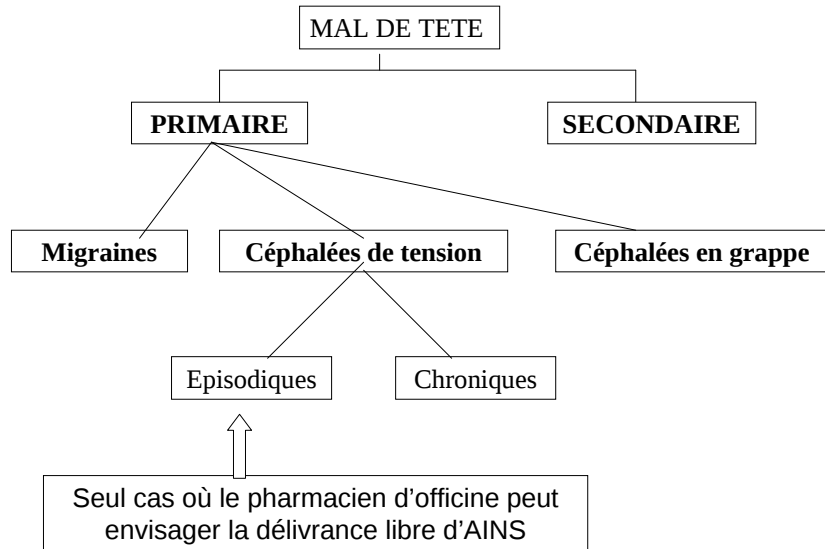
4. Situation particulière: les céphalées

! Attention !

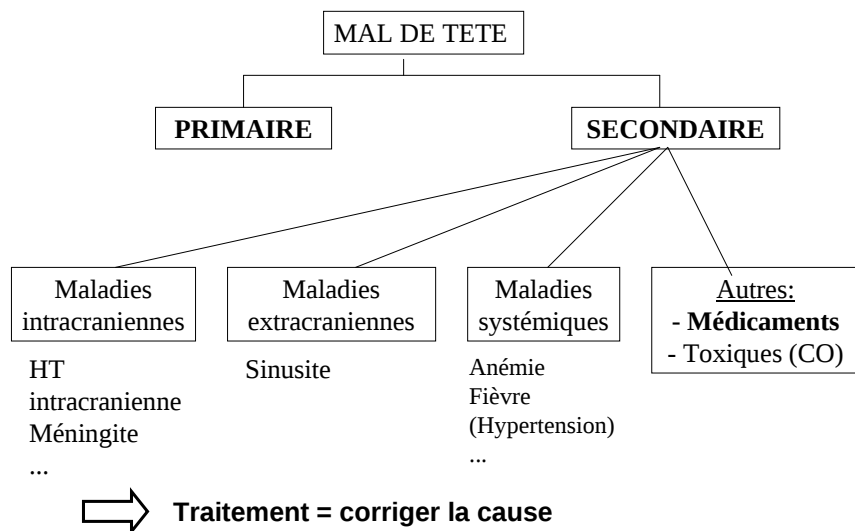
- Il existe beaucoup de “maux de tête” différents
- Certains peuvent être soulagés par des analgésiques simples
MAIS
D'autres requièrent un avis médical
- Certains maux de tête sont induits par les médicaments

Medication-overuse headache: a worldwide problem

Les maux de tête: classification



Les maux de tête: classification



Maux de tête induits par des médicaments

- Vasodilatateurs: antagonistes calciques (Nifédipine)
 dérivés nitrés (Nitroglycérine)
→ Conseils à donner:
- Sympathomimétiques
- IMAO
- Hormones: CO, thérapie de substitution,...
- Cimétidine (Tagamet®)
- Cocaïne
- Fluoxétine (Prozac®)

Maux de tête induits par des médicaments

Céphalées de rebond (ou céphalées induites) :

- Céphalées apparaissant chez des patients consommant des antécéphalalgiques de manière inappropriée dans le but de traiter leurs céphalées, migraineuses ou non
- Critères diagnostiques:
 - Céphalées > 15j/mois
 - Analgésiques > 10j/mois, plusieurs mois consécutifs
 - Disparition des céphalées (ou retour niveau de départ) 2 mois après arrêt du tx

Maux de tête induits par des médicaments

Céphalées de rebond (ou céphalées induites) :

- Antidouleurs impliqués:
 - Paracétamol
 - AAS
 - dextropropoxyphène
 - AINS
 - dérivés de l'ergot
 - triptans
 - ...
 - Rôle du pharmacien d'officine
 1. Pouvoir les détecter
 2. Informer le patient
 3. Prise en charge:
- surtout en association avec caféine, codéine, BBT

Maux de tête induits par des médicaments

Prise en charge des céphalées de rebond

- 1° **Arrêter la médication en cause = SEVRAGE**
Arrêt brutal si possible
- 2° Expliquer au patient qu'il se sentira moins bien pendant 2-4 sem (céphalées, NoVo, hypotension, nervosité)
- 3° Tx de transit dans certains cas: anti-émétique, AINS, corticoïde

50% des patients rechutent endéans les 5 ans

→ Importance du soutien psychologique et du suivi du patient