



# The Canadian Orthopaedic Association L'Association Canadienne d'Orthopédie



## Énoncé de position de l'ACO : Les opioïdes et la chirurgie orthopédique

Alors que le nombre annuel de décès dus à une surdose d'opioïdes au Canada ne cesse de croître, on s'intéresse de plus en plus à la disponibilité des opioïdes, qu'ils soient obtenus sous ordonnance ou de façon illicite.

La part de responsabilité des chirurgiens dans la crise des opioïdes est préoccupante pour toutes les sociétés de spécialistes, car les chirurgiens rédigent 60 % des « ordonnances nouvelles » d'opioïdes – c'est-à-dire les ordonnances visant des personnes auxquelles aucun opioïde n'a été prescrit au cours des six mois précédents<sup>1</sup>. De plus, 8 % des ordonnances nouvelles à dose élevée (une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine) et 25 % de celles à dose moyenne (une dose de 51 à 90 mg d'équivalent morphine) sont rédigées par des chirurgiens. En outre, 12 % des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des chirurgiens sont pour plus de 7 jours<sup>1</sup>. Les risques qu'un patient qui reçoit une ordonnance nouvelle devienne un consommateur chronique d'opioïdes sont évalués à 5 %.<sup>2</sup>

L'ACO incite tous les orthopédistes à bien comprendre leur rôle dans la gestion sûre et efficace de la douleur associée aux nombreux troubles de l'appareil locomoteur qu'ils traitent, ce qui comprend leur recours aux opioïdes parmi toutes les options, pharmacologiques et autres, qui s'offrent à eux pour la gestion de la douleur.

L'ACO est en faveur de l'administration séquentielle des médicaments pour la gestion pharmacologique de la douleur aiguë proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>3</sup> :

- Palier 1 : Analgésiques non opioïdes (p. ex. acétaminophène, acide acétylsalicylique et anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS)
- Palier 2 : Analgésiques opioïdes faibles (p. ex. codéine ou Tramadol®)
- Palier 3 : Analgésiques opioïdes forts (p. ex. hydromorphone, morphine ou oxycodone)

Il faut aussi envisager les traitements non pharmacologiques qui pourraient aider le patient à gérer la douleur aiguë; cela comprend les traitements éprouvés ciblant le trouble en question (p. ex. la physiothérapie, la chiropractie et les injections), de même que le recours aux adjuvants, comme les relaxants musculaires, les gabapentinoïdes et les anxiolytiques, afin de réduire la consommation d'opioïdes.

L'ACO appuie les [Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse](#), publiées récemment dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*<sup>4</sup>. Malgré le grand intérêt que l'on porte actuellement à la prévention de la surprescription d'opioïdes dans la gestion de la douleur aiguë – qu'elle soit spontanée ou liée à une blessure, à un traumatisme ou à une chirurgie –, personne n'a encore établi de lignes directrices semblables à celles pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Un tel exercice, axé sur la posologie et la durée, s'avère particulièrement complexe en orthopédie, vu le large spectre de troubles traités.

Du point de vue de la prescription d'opioïdes, l'accès aux soins de l'appareil locomoteur demeure problématique. Les patients admissibles à une intervention orthopédique fondée sur des données probantes qui pourrait réduire de beaucoup la douleur (p. ex. une arthroplastie totale de la hanche), mais qui ne peuvent pas la subir dans des délais acceptables, peuvent recevoir une ordonnance d'opioïdes pour gérer la douleur en attendant l'évaluation et le traitement. Les opioïdes demeurent une catégorie importante de médicaments prescrits par les orthopédistes pour la gestion de la douleur aiguë, de source chirurgicale ou non.



# *The Canadian Orthopaedic Association* *L'Association Canadienne d'Orthopédie*



La gestion de la douleur postopératoire et la prescription de médicaments varient beaucoup au sein de la communauté orthopédique, c'est inévitable. Les orthopédistes doivent tenir compte, pour chaque procédure, de la gravité et de la durée estimées de la douleur quand ils prescrivent des analgésiques. La majorité des orthopédistes canadiens qui ont répondu au Sondage sur les opioïdes et pratiques de gestion de la douleur de 2017 étaient en faveur d'une première ordonnance d'au plus deux semaines après l'obtention du congé, même si la procédure est associée à des douleurs aiguës.

La littérature traite de la réduction du recours postopératoire aux opioïdes pour un éventail de procédures orthopédiques sous anesthésie locale ou conjointement avec des techniques d'infiltration locale. On invite les orthopédistes à discuter de ces options avec les anesthésistes de leur hôpital si elles n'y sont pas déjà offertes.

La collaboration du service de contrôle de la douleur aiguë de l'hôpital peut s'avérer très utile dans la prescription de médicaments après l'obtention du congé selon la réaction du patient aux médicaments administrés à l'hôpital, surtout si le patient a une tolérance aux opioïdes. La majorité des orthopédistes canadiens qui ont répondu au sondage étaient en faveur de l'analgésie multimodale.

Une gestion inadéquate de la douleur aiguë est un important facteur dans l'apparition de douleurs chroniques. Les opioïdes demeurent un élément important de l'arsenal thérapeutique à la disposition des orthopédistes pour aider leurs patients à gérer leurs symptômes et arriver à un rétablissement optimal.

Les grands risques associés à la prise d'opioïdes comprennent la dépendance, la surdose mortelle (intentionnelle ou accidentelle), la dépression respiratoire (surtout chez les patients atteints d'apnée obstructive) et la dépression. Chez les patients âgés, les chutes dues aux opioïdes et les conséquences connexes sont une préoccupation, surtout si les opioïdes sont pris la nuit.

On constate des risques accrus de dépendance physique et de syndrome de sevrage chez les personnes qui prennent des opioïdes pendant plus de sept jours. Il peut y avoir syndrome de sevrage même après un court traitement aux opioïdes. Parmi les symptômes possibles, mentionnons l'anxiété, l'insomnie, les hallucinations, la transpiration excessive, les douleurs ou crampes musculaires et les symptômes gastro-intestinaux (diarrhée ou vomissements). Les patients doivent comprendre que le syndrome de sevrage peut durer au moins une semaine. Les orthopédistes peuvent demander conseil au service de contrôle de la douleur aiguë si un patient a un syndrome de sevrage grave.

L'ACO invite tous les orthopédistes à :

- prendre connaissance des [\*Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse\*](#);
- envisager les traitements non pharmacologiques éprouvés (comme la physiothérapie, la chiropractie ou les injections, selon les circonstances) qui pourraient aider le patient à gérer la douleur aiguë;
- tenir compte, pour chaque procédure, de la gravité et de la durée estimées de la douleur quand ils prescrivent des analgésiques;
- suivre l'administration séquentielle des médicaments pour la gestion de la douleur de l'OMS;
- envisager le recours aux adjuvants, comme les relaxants musculaires, les gabapentinoïdes et les anxiolytiques, afin de réduire la consommation d'opioïdes;
- tenir compte des interactions médicamenteuses quand plusieurs médicaments sont prescrits et demander conseil au pharmacien du patient afin d'éviter les effets secondaires;



# *The Canadian Orthopaedic Association* *L'Association Canadienne d'Orthopédie*



- éviter toute ordonnance nouvelle d'opioïdes de plus de deux semaines après l'obtention du congé, même si la procédure est associée à des douleurs aiguës, sauf dans des circonstances extrêmes;
- veiller à ce qu'un patient qui continue de rapporter des douleurs aiguës au-delà des délais habituels soit réévalué par le chirurgien ou un généraliste, surtout si le premier suivi postopératoire n'est pas imminent;
- consulter le service de contrôle de la douleur aiguë de l'hôpital, le cas échéant, pour obtenir de l'aide à propos de l'analgésie multimodale et de la prescription de médicaments après l'obtention du congé, surtout pour les patients ayant une tolérance aux opioïdes;
- veiller à ce que tous les patients qui reçoivent une ordonnance d'opioïdes soient avisés des risques inhérents à ces médicaments et des symptômes de sevrage possibles;
- minimiser le détournement des ordonnances d'opioïdes, principalement en ce qui a trait aux enfants – particulièrement susceptibles aux surdoses, qui peuvent être mortelles – en informant les patients et les membres de la famille sur ce qui suit :
  - Entreposage sécuritaire des médicaments afin d'éviter l'accès inadéquat aux opioïdes, y compris les contenants et les endroits à l'épreuve des enfants
  - Traitement adéquat des médicaments non utilisés, soit leur retour dès que possible à la pharmacie, où ils sont détruits de façon appropriée

L'ACO s'est engagée à collaborer avec ses membres, de même qu'avec d'autres organismes provinciaux et nationaux, afin d'offrir les meilleurs soins orthopédiques qui soient à toute la population canadienne. Si vous avez des commentaires, écrivez à [policy@canorth.org](mailto:policy@canorth.org).



# The Canadian Orthopaedic Association L'Association Canadienne d'Orthopédie



## Références

1. QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *Ordonnances nouvelles d'opioïdes : Tendances en matière de prescription d'ordonnances nouvelles d'opioïdes par les médecins de famille, les chirurgiens et les dentistes ontariens*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, 2018. Internet (consulté le 13 juin 2018) : [www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Rapports-spécialisés/Ordonnances-nouvelles-dopioïdes-en-Ontario](http://www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Rapports-spécialisés/Ordonnances-nouvelles-dopioïdes-en-Ontario)
2. GOESLING, J., S.E. MOSER, B. ZAIDI, A.L. HASSETT, P. HILLIARD, B. HALLSTROM *et al.* « Trends and predictors of opioid use after total knee and total hip arthroplasty », *Pain*, vol. 157, n° 6 (juin 2016), p. 1259-1265. Internet (consulté le 13 juin 2018) : <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006396-201606000-00012>. DOI : [10.1097/j.pain.0000000000000516](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000516)
3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Traitement de la douleur cancéreuse*, Genève, 1987. Internet : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41712/9242561002\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41712/9242561002_fre.pdf)
4. BUSSE, J.W., S. CRAIGIE, D.N. JUURLINK, D.N. BUCKLEY, L. WANG, R.J. COUBAN *et al.* « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 189, n° 18 (8 mai 2017), p. E659-E666. Internet (consulté le 13 juin 2018) : [www.cmaj.ca/content/189/18/E659](http://www.cmaj.ca/content/189/18/E659). DOI : <https://doi.org/10.1503/cmaj.170363>