

GUIDELINE

MANAGEMENT OF CHRONIC NON-MALIGNANT PAIN

The College of Physicians and Surgeons recognizes the important role served by physicians in relieving pain and suffering. While endeavouring to offer the best care possible, one is also compelled to **do no harm**. In no area of the practice of medicine is this dichotomy more plainly faced than in the assessment and management of chronic non-malignant pain.

The scope of the problem of chronic non-malignant pain is staggering; the cost of annual lost productivity due to chronic pain in North America is measured parameters such as failed marriage or poor quality of life underscore the gravity of the situation.

The chronic non-malignant pain patient population is heterogeneous. A rational understanding for the likely mechanisms of pain is a requisite for developing an effective clinical approach. Comprehensive evaluation of such patients should provide reasonable clinical hypotheses about the pathophysiological processes that are contributing to the pain (nociceptive, neuropathic and/or psychologic.) For example, chronic back pain in some patients may be associated with spondylolisthesis, osteoporotic collapse or some other discrete organic lesion, and in other patients may be associated with clearly demonstrable organic disease on imaging procedures while not fulfilling criteria for a discrete diagnosis.

In some patients the important therapeutic issues relate to the identifiable organic process and in others, to the degree of disability and associated psychological issues. There is a large group of patients with a form of chronic non-malignant pain which is best described as idiopathic, i.e. pain that is perceived by the

DIRECTIVE

LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE D'ORIGINE NON CANCÉREUSE

Le Collège des médecins et chirurgiens reconnaît le rôle important que jouent les médecins dans le soulagement de la douleur et la souffrance. Tout en essayant de prodiguer les meilleurs soins possibles, il faut aussi continuellement veiller à "**ne pas nuire**". Dans aucun domaine de notre pratique n'est-on aussi vivement confronté à cette dichotomie que lorsqu'il s'agit d'évaluer et de traiter la douleur chronique d'origine non cancéreuse.

Le problème de la douleur chronique d'origine non cancéreuse a pris des proportions renversantes si l'on en considère le coût annuel en perte de productivité. Certains indicateurs tels les mariages ratés ou encore la mauvaise qualité de vie, permettent d'en mettre en relief la gravité.

La clientèle souffrant de douleur chronique d'origine non cancéreuse est plutôt hétérogène. Il est donc nécessaire de bien comprendre les mécanismes de la douleur afin d'adopter une démarche clinique efficace. Une approche systématique devrait permettre d'établir des hypothèses cliniques appropriées concernant les processus physiopathologiques (nociceptif, neuropathique et/ou psychologique) en jeu. Par exemple, le spondylolisthésis, l'écrasement ostéoporotique ou quelque'autre lésion organique discrète peuvent tous être à l'origine de dorsalgies chroniques. À l'encontre, on réussira dans d'autres cas à imager clairement des pathologies physiques sans toutefois pouvoir porter de diagnostic précis.

Chez certains patients les besoins thérapeutiques se situeront au niveau de la pathologie elle-même alors que chez d'autres ils seront reliés à l'importance de l'incapacité physique et des troubles psychologiques qui en découlent. Plusieurs patients présentent des douleurs chroniques dites idiopathiques que l'on

clinician to be excessive for the degree of organic pathology evident. Some of those patients may have a primary psychologic cause for the pain, but unless a strong case for this can be made, the patient's pain is best termed idiopathic and the potential for possible organic processes left open.

Impeccable management of post-surgical acute pain or acute pain following accidents, will not only reduce immediate patient morbidity, but will also lower the risk of the patient developing a chronic non-malignant pain syndrome. Guidelines for the management of acute surgical pain have been published, most recently by the US Department of Health and Human Services. Further information can be obtained from this office.

There is usually no easy solution to offer to patients with chronic non-malignant pain. Standard advice in management includes the following:

1. **Take a complete pain history and physical examination.** Assessment of physical function and evaluation of disability are important.
2. **Assess for the possibility of co-existent depression, sleep disorder, personality disorder, poorly developed coping skills, and level of social function.** These issues are addressed as separate from the medical condition causing the pain; sometimes pain cannot be changed, but a person's response to a difficult situation can be.
3. **Obtain all relevant documentation concerning prior investigations and consultations.** Consider whether a new diagnosis may be present (e.g. newly extruded disk in a patient with chronic back pain), and arrange any further tests or consultation needed to assess the condition. The goal is to complete the evaluation in order to help the patient focus on getting better.

retrouve lorsque la symptomatologie est hors de proportion en rapport avec la pathologie mise en évidence. Il se peut que la douleur de tels patients soit d'origine psychologique, mais à moins de pouvoir le démontrer sans équivoque, il vaut mieux la qualifier d'idiopathique et garder la porte ouverte à une cause organique.

Une douleur aiguë post-opératoire ou post-traumatique impeccablement traitée s'associera à une morbidité moindre et un risque atténué de développer une douleur chronique. Récemment, des lignes directrices sur le traitement des douleurs aiguës post chirurgicales ont été publiées par le "US Department of Health and Human Services". On peut obtenir de plus amples renseignements en s'adressant à ce bureau.

Il n'y a pas de solution facile pour le patient souffrant de douleur chronique d'origine non cancéreuse. Les conseils habituels sont les suivants:

1. **Prendre une histoire (de la douleur) et un examen physique complets.** L'évaluation du déficit fonctionnel et de l'incapacité est importante.
2. **Évaluer la possibilité de problèmes associés tels la dépression, l'insomnie, les troubles de personnalité et d'adaptation ainsi que le niveau de fonctionnement social.** Ces conditions, lorsque présentes, doivent être considérées indépendamment de la cause de la douleur. Parfois, on ne peut changer la douleur d'une personne mais on peut modifier sa réaction à une situation difficile.
3. **Relever les rapports d'investigation et de consultation pertinents faits auparavant.** Il faut envisager la possibilité d'un nouveau diagnostic (i.e. un disque nouvellement hernié dans un cas de dorsalgie chronique), et demander les examens ou consultations nécessaires. Le but est d'achever l'évaluation afin d'aider le patient à se concentrer sur son rétablissement.

4. **Consider in what way the patient can become empowered to get better. The treatment of chronic non-malignant pain is dedicated to two goals:** Enhanced function (broadly defined to include physical, psychological and social function), and improve comfort.

The appropriate therapeutic paradigm for most patients with non-malignant pain is derived from a rehabilitative model, rather than an acute medical model. Once it is clear that pain will not be eliminated by treatment of an underlying cause, clinicians should no longer draw out the evaluation or repeatedly attempt useless trials of primary therapy; the emphasis of intervention is towards the goals of functional restoration and symptomatic relief.

Non-medical analgesic intervention can include a regular exercise program and weight loss for back pain, or improved sleep or dietary habits in chronic daily headache. Other non-medical interventions can include psychologic interventions such as behavioral or cognitive approaches, TENS (available through a physiotherapist), or guidance in carrying out daily functions (available through an occupational therapist). Even when there is limited therapy for the disease or the pain, patients are often comforted by the offer to continue care and support. Functional improvement is defined as fewer days off work, return to work, greater social interaction, improved marital relations, or amelioration in other clearly definable activities.

5. **Long-term treatment with analgesic medication should be administered if analgesics result in relief of pain, functional improvement, or both.** If

4. **Déterminer la meilleure façon d'habiliter le patient à se rétablir lui-même.** Le traitement de la douleur chronique d'origine non cancéreuse vise deux buts: une fonction (dans son sens large sur les plans physique, psychologique et social) et un bien-être améliorés.

L'exemple type du patient souffrant de douleur chronique se retrouve plutôt en réadaptation qu'en soins aigus. Au moment où il devient évident qu'on ne supprimera pas une douleur simplement en traitant la cause sous-jacente, le clinicien ne devrait pas faire perdurer l'investigation ou s'obstiner à répéter des traitements de première ligne. L'intervention devrait chercher à rétablir la fonction et soulager les symptômes.

Une intervention analgésique non pharmaceutique peut comprendre un programme d'exercices réguliers et d'amaigrissement pour les dorsalgies ou encore de meilleures habitudes de sommeil et d'alimentation dans les cas de céphalée chronique. D'autres interventions non pharmaceutiques peuvent inclure une approche psychologique comportementale ou cognitive, l'électrostimulation transcutanée ("TENS") par le physiothérapeute et même des conseils quant à l'exécution des tâches quotidiennes par l'ergothérapeute. Même quand les options thérapeutiques pour la maladie ou la douleur sont limités, le patient sera souvent réconforté par l'offre de support et de continuité de soins. L'amélioration fonctionnelle se définit par un absentéisme réduit, le retour au travail, une meilleure interaction sociale, de meilleures relations avec le conjoint ou encore une amélioration dans d'autres activités particulières.

5. **Un traitement analgésique à long terme devrait être employé si les médicaments procurent un soulagement de la douleur, améliorent**

relief of pain without functional improvement occurs, the former benefit should clearly exceed any identifiable adverse effect in order to justify long term analgesic use. Analgesic medications should initially include the non-opioid analgesics or the adjuvant analgesics. Long term therapy with one or more agents within these two general categories continues to be the preferred pharmacotherapeutic approach in patients with chronic non-malignant pain (in contrast to those with cancer pain). Long term use of non-pharmacologic analgesic approaches should be considered, and these include anaesthetic, neuro-stimulatory, and other approaches.

6. **Opioids are not first line drugs in management of chronic non-malignant pain but are occasionally helpful.** One must carefully weigh the benefit and potential problems associated with such medications when used long-term.

The College acknowledges the difficulty inherent in dealing with chronic non-malignant pain. The purpose of the various prescription monitoring programs are to prevent patients from seeking opioids from multiple physicians, and they should not discourage physicians from their usual practice of quality medical care.

In highly unusual circumstances, physicians may elect not to prescribe opioids regardless of the situation. In other settings, however, the College strongly endorses the appropriate use of opioid analgesics, according to the judgement of the attending physician.

7. **A multidisciplinary team approach is optimal.**

la fonction, ou les deux. S'il y a soulagement de la douleur sans amélioration fonctionnelle, le bénéfice analgésique devra excéder sans équivoque tout effet indésirable pour en justifier l'utilisation prolongée. Les analgésiques non opiacés ou adjuvants devraient être utilisés en première ligne. Les médicaments de ces deux classes, employés seuls ou en combinaison de façon prolongée, constituent l'approche pharmacothérapeutique de prédilection dans les cas de douleurs chroniques d'origine non cancéreuse (à l'encontre de celles d'origine cancéreuse). Par ailleurs, les approches non pharmacologiques telles que l'anesthésie et la neurostimulation devraient aussi être envisagée pour le long terme.

6. **Les opiacés ne sont pas les médicaments de choix dans la douleur chronique d'origine non cancéreuse mais peuvent parfois être utiles.** Il faut peser les pour et les contre d'une telle thérapie, surtout lorsqu'utilisée à long terme.

Le Collège reconnaît les difficultés inhérentes au traitement de la douleur chronique. Le but des divers programmes de contrôle des prescriptions est de limiter le "shopping pharmaceutique" et ceci ne devrait pas dissuader les médecins d'offrir des soins de qualité.

Dans des circonstances exceptionnelles, le médecin peut décider de ne pas prescrire d'opiacés quelle que soit la situation. Dans d'autres cas toutefois, le Collège approuve fortement l'usage approprié des opiacés selon le jugement du médecin traitant.

7. **L'approche multidisciplinaire est optimale.**

GUIDELINE

OPIOID USE IN CHRONIC NON-MALIGNANT PAIN

1. The underlying medical diagnosis causing the pain should be established, and the pain should appear to be commensurate with the diagnosis. For example, the physician should determine whether the painful process is somatic in origin (e.g. chronic osteomyelitis), visceral (e.g. chronic pancreatitis), or neuropathic (e.g. post-herpetic neuralgia). Patients with idiopathic pain are not excluded from a trial of opioids. Rather, the clinician should exercise particular caution in those patients whose pain is idiopathic or appears to be primarily determined by psychologic factors.
2. A history of **recent or remote** substance abuse is a relatively strong contradiction; the available evidence suggests that chronic opioid therapy should be considered only under the most extraordinary circumstances in such patients.
3. An adequate trial of non-opioid analgesics and adjuvant analgesics should have been carried out without success.
4. One physician only should prescribe opioids.
5. In order to start a patient on an opioid, the principles of the World Health Organization "analgesic ladder" should be employed. Patients first should be started on opioids in combination with non-steroidal anti-inflammatory drugs or acetaminophen. Opinion concerning opioid therapy is evolving and the decision to rely on combination products or other products prior to considering trials of morphine or similar opioids is arbitrary and based on convention, rather than pharmacologic principles.

DIRECTIVE

L'UTILISATION DES OPIACÉS DANS LA DOULEUR CHRONIQUE D'ORIGINE NON CANCÉREUSE

1. Le diagnostic de la condition à l'origine de la douleur devrait être établi et la douleur devrait en être proportionnelle. Par exemple, le médecin devrait déterminer si la douleur est d'origine somatique (i.e. ostéomyélite chronique), viscérale (i.e. pancréatite chronique) ou neuropathique (névralgie post herpétique). Il ne faut pas exclure les patients souffrant de douleur idiopathique d'un essai thérapeutique aux opiacés. Le médecin devrait plutôt faire preuve de prudence avec les patients dont la douleur est idiopathique ou paraît principalement être déterminée par des facteurs psychologiques.
2. Des antécédents **récents ou lointains** de narcomanie constituent une contre-indication assez forte. Les faits semblent indiquer qu'une thérapie aux opiacés chez ces patients ne devrait être envisagée qu'en des circonstances exceptionnelles.
3. Un essai adéquat d'analgésiques non opiacés ou adjuvants devra s'être avéré infructueux.
4. Un seul médecin devrait prescrire les opiacés.
5. "Échelle d'analgésie" de l'organisation mondiale de la santé devrait être utilisée pour initier une thérapie aux opiacés. Les opiacés devraient d'abord être employés en combinaison avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou l'acétaminophène. Les opinions concernant l'utilisation des opiacés évoluent et la décision d'avoir recours à une association médicamenteuse ou à d'autres produits avant d'essayer la morphine ou d'autres opiacés est arbitraire et fondée sur l'usage plutôt que sur des principes de pharmacologie.

Fixed combinations of acetaminophen with oxycodone (Percocet) or codeine (Tylenol #3) are commonly used. No greater than 12 tablets of the above preparations may be taken per day because of risk of acetaminophen toxicity. Fixed combination preparations may be taken per day because of risk of acetaminophen toxicity. Fixed combination preparations are fairly safe, but usually need to be administered every four to six hours.

The role for agonist-antagonist or partial agonist opioids, e.g. Pentazocine (Talwin), is less clear. Experience with long-term opioid therapy, as conducted in the cancer population, has been almost exclusively with pure agonist opioids, and on this basis they are preferred over agonist-antagonist or partial agonist opioids. Meperidine (Demerol) has relatively poor oral bioavailability, is short-acting, and can be associated with accumulation of a toxic metabolite, normeperidine. Anileridine (Leritine) is chemically related to meperidine. The use of these two opioids in management of chronic pain syndromes is not recommended.

6. Treatment of pain with opioids is actually a treatment trial, and like all therapeutic trials, may be effective or ineffective. Effective therapy may be defined as identification of a dose associated with meaningful partial analgesia and no adverse effects severe enough to compromise comfort or function. This dose must be one at which the clinician can comfortably maintain the patient given the clinician's level of experience and training. Opioids almost always need to be titrated upwards, and effective doses are commonly higher than the starting dose. Personal discomfort by the physician at the apparent level of opioid requirement is a valid reason not to proceed, and may warrant the referral of the patient to a physician who has more expertise in chronic pain management.
7. If a fixed combination preparation of an opioid and non-opioid analgesic is not

Les associations acétaminophène-oxycodone (Percocet) ou acétaminophène-codéine (Tylenol #3) sont fréquemment utilisées. Pas plus de 12 comprimés des préparations sus-mentionnées ne devraient être prises à cause des risques de toxicité à l'acétaminophène. Ce genre de préparation en association fixe est passablement sûr mais doit habituellement être prescrit aux quatre à six heures.

Le rôle des agonistes-antagonistes ou des agonistes partiels des opiacés tels que le Talwin est moins clair. L'expérience de thérapie chronique aux opiacés en soins oncologiques, faite presque exclusivement avec les agonistes purs, leur confrère prédilection sur les agonistes-antagonistes ou les agonistes partiels. La mépéridine (Démerol) souffre de sa pauvre biodisponibilité par voie orale, de sa courte durée d'action ainsi que de la possibilité d'accumuler un métabolite toxique, la normépéridine. L'aniléridine s'apparente chimiquement à la mépéridine. L'utilisation de ces deux opiacés dans les cas de douleur chronique n'est pas recommandée.

6. Le traitement de la douleur avec les opiacés est en réalité un essai thérapeutique et comme tel, peut s'avérer être ou ne pas être efficace. Une thérapie efficace se définit comme la dose qui permet une analgésie partielle significative tout en produisant le moins possible d'effets indésirables susceptibles de compromettre bien-être ou la fonction. Cette dose doit en être une qui permet au clinicien, tout en tenant compte de son expérience et de sa formation, de maintenir le patient confortable. On doit habituellement ajuster les doses d'opiacés à la hausse; conséquemment, les doses efficaces seront généralement plus élevées que les doses initiales. Si le médecin est mal à l'aise face à la dose d'opiacés requise, ceci peut constituer une raison valable de ne pas poursuivre sa démarche et de s'en référer à un médecin plus expérimenté.
7. Si une préparation en association à dose fixe d'un opiacé et d'un non-opiacé s'avère

satisfactory, then the patient may be tried on oral morphine. The syrup preparation is convenient for titration purposes, and is recommended. We advise starting at 10 mg by mouth every four hours. The dose should be increased once or twice weekly by 25-50%. Increased doses should be accompanied by increased analgesic effect, although doses of oral morphine (or its equivalent) above 300 mg daily are unusual, but not contra-indicated in chronic non-malignant pain.

If the short-acting morphine preparation is useful and there are no features suggesting abuse, the patient should then be switched to a long-acting (q8h or q12h) morphine preparation.

The physician should watch for apparent drug-related behaviours. Behaviours which could be used to label a patient as an abuser exist in a continuum, and pain-relief seeking behaviour can be mistaken for drug seeking behaviour. The clinician will need to monitor carefully for evidence of psychological dependency and drug abuse. Some behaviours which provide compelling evidence of abuse include the selling of prescription drugs, covertly obtaining prescription medications from more than one physician, concurrent abuse of related illicit drugs, repeated unsanctioned dose escalations despite warnings, and events such as prescription "loss". Other signs of compulsive drug use may be more subtle, including the use of the opioid to treat symptoms other than pain, frequent visits to emergency rooms, and hoarding of drugs obtained from routine prescriptions. Relapse after withdrawal is a feature of addiction that is difficult to interpret in the context of chronic non-malignant pain, as relapse of pain (and the re-institution of opioid therapy) can be rationally anticipated to occur sometimes.

insatisfaisante, la morphine par voie orale peut être essayée. La préparation en sirop est pratique afin d'ajuster le dosage et donc recommandée à une posologie initiale de 10mg po aux 4 heures. La dose devrait être ajustée à la hausse une à deux fois par semaine à raison de 25-50%. Les doses accrues devraient rehausser l'effet analgésique et l'on note que des doses quotidiennes de 300 mg morphine par voie orale (ou l'équivalent) sont habituelles mais pas forcément contre-indiquées dans les douleurs chroniques d'origine non cancéreuse.

Si la morphine à courte action est efficace et que rien ne laisse supposer un emploi abusif, la morphine à action prolongée (q 8h ou q 12h) devrait y être substituée.

Le médecin devrait être vigilant face aux comportements suggérant l'abus de drogues. Les comportements observés servant à qualifier un patient d'abuseur se situent sur un continuum si bien qu'un comportement légitime de recherche de soulagement peut être mépris pour un comportement de consommation abusive. Le clinicien doit surveiller de près son patient au cas où se développe une dépendance psychologique ou un usage abusif. Parmi les comportements indicateurs d'abus on note: la vente de médicaments prescrits, l'obtention de prescriptions de différents médecins à leur insu, l'usage abusif en parallèle de drogues apparentées et illicites, des augmentations répétées de la dose sans autorisation et ceci en dépit d'avertissements à cet effet puis finalement des histoires de prescriptions "perdus". D'autres signes d'emploi médicamenteux compulsif peuvent être plus subtils tels l'usage d'opiacés pour traiter des symptômes autres que la douleur, les visites fréquentes en salle d'urgence et l'accumulation de médicaments obtenus sur ordonnance. Une rechute suivant un sevrage est un aspect de la toxicomanie qui s'interprète difficilement dans le contexte de la douleur chronique d'origine non cancéreuse puisqu'il est parfois normal en

cours de traitement d'avoir à affronter une reprise de douleur et conséquemment devoir réinstituer les opiacés.

8. Parenteral dosing of opioids to treat chronic non-malignant pain should be strongly discouraged, and daily IM injections abhorred.
9. There should be an agreement between the patient and the prescribing physician which clearly delineates that there is to be no unsanctioned dose escalation, no selling of opioids, no injecting of opioids, no seeking of opioids from another physician and no hoarding of opioids. This contract should clearly define consequences of violation, which include a non-negotiable end to the prescribing relationship between the physician and the patient. If the patient sees another physician to obtain opioids for any reason (such as when the primary physician is not available), then the primary physician should be informed by the patient at the first reasonable opportunity. If warranted, this contract should be in writing. Otherwise, documentation of a verbal agreement in the physician's records is sufficient.
10. The patient should be seen and assessed at least every 9 weeks and more frequently if needed (e.g. if there is a history of previous substance abuse). The clinician should specifically evaluate the patient for several distinct aspects of therapy at each visit, including:
 - analgesic efficacy
 - adverse pharmacologic events,
 - function (physical and psychological), and
 - the occurrence of apparent drug abuse related behaviours (see above).

Documentation is very important with this therapy and physicians should keep careful records that include reference to these various aspects of therapy. Once a regular dose of opioid is established, the patient should not request a refill of the prescription earlier than the established duration for the prescription.

8. L'utilisation d'opiacés par voie parentérale pour ajuster les doses devrait être découragée et les injections quotidiennes devraient être condamnées.
9. Il devrait y avoir entente entre le patient et le médecin traitant interdisant clairement les accroissements de dose non autorisés, la vente d'opiacés, les injections d'opiacés, l'accumulation d'opiacés ainsi que le "shopping pharmaceutique". Les conséquences d'un bris de contrat devraient être stipulées y incluant la fin non négociable de la relation médecin-patient en ce qui concerne les prescriptions. Si pour une raison valable le patient doit consulter un autre médecin en vue d'obtenir des opiacés (par exemple lorsque le médecin traitant n'est pas disponible), le patient doit en informer son médecin traitant à la première occasion. Si les circonstances le justifient, le contrat devrait être fait par écrit. Autrement, il suffira d'indiquer au dossier du patient qu'il y a eu entente verbale.
10. Le patient devrait être vu et examiné au moins toutes les neuf semaines et même plus souvent au besoin (i.e. s'il y a histoire de consommation abusive). Lors de chaque examen, le médecin devrait évaluer certains points particuliers de la thérapie dont:
 - l'efficacité de l'analgésie
 - les effets indésirables
 - la fonction (physique et psychologique), et
 - la survenue de comportements de pharmacodépendance (voir ci-haut)

Au cours d'une telle thérapie, la tenue rigoureuse du dossier patient est essentielle, particulièrement en ce qui concerne ces points précis. Une fois la dose d'opiacé établie, le patient ne devrait pas demander de renouvellement de prescription avant la date prévue.

11. Flares of pain can be treated with small extra doses of opioid by mouth; each monthly prescription should include a few extra doses for this purpose.

The goal of chronic opioid therapy is not the elimination of pain (which may be impossible), but rather to control pain to a tolerable level; there is a clear emphasis on level of function of the patient in his social, work, and personal life.

Addiction is quite distinct from tolerance and physical dependence; true addiction resulting from appropriate medicinal use of opioids is extremely uncommon. The clinician must monitor for the possibility that opioids are contributing to disability, impaired function directly, or producing adverse pharmacologic affects that lead to impaired function.

(a) **Addiction** is a state where a person takes a medication for its psychic effect, not for its pain relieving effect, and is characterized by a loss of control, compulsive drug use, and continued drug use despite its harm. Tolerance and physical dependency are different phenomena and can develop in patients who consume opioids chronically, are also part of the symptom complex of addiction, but of themselves are not pathognomonic of addiction.

(b) **Tolerance** is a poorly understood phenomenon characterized by the need for higher doses to maintain opioid effects. Clinical experience in patients with chronic non-malignant pain managed with long term use of opioids indicates that tolerance does occur initially, but tends to be less of an issue over the course of many years.

11. Les accès de douleur peuvent être traités avec de petites doses orales d'un opiacé; chaque prescription mensuelle devrait donc comprendre quelques doses supplémentaires à cet effet.

Le but de la thérapie à long terme aux opiacés n'est pas de supprimer la douleur (ce qui peut s'avérer impossible), mais plutôt de la maintenir à un niveau tolérable; l'accent doit être mis sur le niveau de fonctionnement du patient dans sa vie personnelle, professionnelle et sociale.

La pharmacodépendance se distingue de la tolérance et de la dépendance physique; la pharmacodépendance vraie résultant de l'usage approprié des opiacés est extrêmement rare. Le clinicien doit continuellement veiller à ce qu'un opiacé ne contribue pas à l'invalidité en affectant défavorablement la fonction de façon directe ou encore indirectement par ses effets secondaires.

a) La **pharmacodépendance** est un état où une personne prend un médicament pour son effet physique et non pour soulager la douleur et qui se caractérise par une perte de contrôle, un usage compulsif et continu du médicament malgré ses effets néfastes. La tolérance et la dépendance physique sont des phénomènes différents pouvant se développer chez les patients prenant des opiacés de façon chronique et bien qu'ils peuvent faire partie du syndrome de pharmacodépendance, ils n'en constituent pas d'eux-mêmes des signes pathognomoniques.

b) La **tolérance** est un phénomène mal compris qui se caractérise par un besoin de doses de plus en plus fortes pour maintenir l'effet de l'opiacé. L'expérience clinique dans le traitement de la douleur chronique avec les opiacés à long terme montre que la tolérance semble être un phénomène qui se produit initialement mais qui n'est pas problématique au long des années.

- (c) **Physical dependence** is a response to a drug characterized by the occurrence of an abstinence syndrome on abrupt dose reduction or administration of an antagonist.

More frequently seen is chronic pain syndrome, whereby a patient takes a large variety of medications with questionable benefit, and uses drugs inappropriately as part of the behavioral disturbances that characterise this state. Other behavioral traits of chronic non-malignant pain syndrome include physical inactivity, inability to work, and social isolation. Analgesic medications should only be used in this setting as part of a carefully controlled overall pain management program.

These guidelines are intended as a framework for medical decision-making in the treatment of chronic non-malignant pain, and as an overview of current management rationale for this difficult medical problem.

The College of Physicians and Surgeons of Alberta gratefully acknowledges the helpful advice of Dr. Russell K. Portenoy in the preparation of the document.

2/95

- c) La **dépendance physique** est une réaction à un médicament qui se caractérise par l'apparition du syndrome de sevrage lorsqu'on réduit brusquement la dose ou lorsqu'on administre un antagoniste.

Plus souvent, on retrouve le syndrome de douleur chronique lorsqu'un patient prend plusieurs médicaments aux bienfaits douteux et les utilise de façon inappropriée, reflétant les dérangements comportementaux qui caractérisent cet état. D'autres comportements qui caractérisent le syndrome de douleur chronique comprennent l'inactivité physique, l'incapacité de travailler et l'isolement social. Dans ces cas, les analgésiques ne devraient être utilisés que dans le cadre d'une approche globale et bien contrôlée de traitement de la douleur.

Ces lignes directrices sont proposées comme la charpente d'un processus décisionnel face au traitement de la douleur chronique d'origine non cancéreuse et se veulent un survol de l'approche rationnelle contemporaine de ce difficile problème médical.

Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta tient à exprimer sa vive reconnaissance au Dr Russel K. Portenoy pour les conseils utiles qu'il a donnés lors de la rédaction de ce document.

2/95