

Analgésie et Insuffisance Rénale Chronique



Rédigé par l'équipe algologique
du CHA-Vivalia

Chez le patient Insuffisant Rénal Chronique (IRC), la prise en charge de la douleur peut être complexifiée par différents facteurs : fragilité des patients, polyopathologies, polymédications, pharmacocinétiques modifiées, ...
La prévalence d'IRC dans la population est de 1.1 personne/1000. Cette pathologie est présente particulièrement en gériatrie, en oncologie et diabétologie.

Comment adapter un traitement antalgique chez un patient avec une IRC ?

La gestion du traitement est rendue difficile par l'altération du rôle de filtration et d'élimination rénale, ce qui peut provoquer :

- **L'allongement de la demi-vie d'action d'un médicament**
- **L'accumulation d'un médicament et de ses métabolites pouvant amener à une toxicité.**

Pour déterminer le niveau d'IRC, on se basera sur la **formule de Cockcroft** qui permet de calculer la clairance. Le taux de filtration glomérulaire (clairance ou GFR) permet d'établir 5 stades permettant d'ajuster les traitements.

STADES	DESCRIPTIONS	GFR (ml/min/1.73m ²)
1	Maladie rénale avec GFR normal	≥ 90
2	Maladie rénale avec faible baisse de GFR	60-89
3	Baisse modérée du GFR	30-59
4	Baisse sévère du GFR	15-29
5	Insuffisance rénale terminale	< 15 ou dialyse

CALCUL DE LA FORMULE DE COCKROFT :

www.sfm.org/calculateurs/CCREAT.htm

LES PRINCIPES DE BASE

- **LA RÈGLE DU « START LOW, GO SLOW » EST D'AUTANT PLUS IMPORTANTE :**

- Débuter par le plus petit dosage
- Adaptation de la posologie en espaçant les prises
- L'augmentation des dosages se fera après un délai plus long

> En cas d'IRC sévère ou terminale : forte réduction de la posologie.

> En cas d'IRC légère à modérée :
adaptation progressive de la posologie en variant le dosage ainsi que les intervalles entre les prises

- **EVITER LES FORMES RETARD (SAUF POUR LE PATCH DE BUPRÉNORPHINE)**
- **PRIVILÉGIER UN TRAITEMENT À ÉLIMINATION PAR VOIE NON RÉNALE**
- **! ÉVALUER LE RAPPORT BÉNÉFICE/RISQUE DU TRAITEMENT**

ANTI-INFLAMMATOIRES

Les anti-inflammatoires sont proscrits à tous les stades de IRC et sous toutes leurs formes (patch, pommade, comprimés et injections).

ANTALGIQUES

ANTALGIQUES	DOSAGE HABITUEL (per os)	STADE 1 > 90 ml/min	STADE 2 60-90 ml/min	STADE 3 30-60 ml/min	STADE 4 15-30 ml/min	STADE 5 < 15 ml/min	EN PRATIQUE
Paracétamol	1 g toutes les 8h. Max 3g/j	100%	100%	100%	50%	50%	>
Codéine	15-120 mg /6 h. Max 240 mg/j	100%	100%	75%			> <u>A éviter : longue demi-vie</u>
Tramadol	50 mg 1à2 c°/6 h. Max 400 mg/j	100%	100%	50 mg 1 à 2 c° toutes les 12h max 200mg/j			> <u>Éviter la forme retard aux stades 4 et 5</u>
Morphine	5-120 mg / 4-6 h	100%	100%	50 - 75%	25-50% / 8-12h	<u>Eviter</u>	>
Oxycodone	2,5-5 mg / 6 h	100%	100%	30-50%			>
Méthadone	2,5-10 mg / 6-8 h	100%	100%	100% Toutes les 8-12 h	100% Toutes les 12-24 h	50-75% toutes les 12-24h	> Situation palliative
Patch Transtec (Buprénorphine)	35-70 µg selon patch	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	> <u>PREMIER choix. Élimination non rénale</u>
Patch Fentanyl	25-50 µg selon patch	<u>100%</u>	75%			50%	> <u>Alternative de choix. Pas d'accumulation</u>

A noter que la Buprénorphine existe aussi sous forme d'injection : 0,3 mg/ 6-8h et de c° sublingual 0,2mg (Temgésic°) et ne nécessite aucun ajustement.

ANTIÉPILEPTIQUES ET ANTIDÉPRESSEURS (DOULEUR NEUROPATHIQUE)

	ANTALGIQUES	DOSAGE HABITUEL	STADE 1 > 90 ml/min	STADE 2 60-90 ml/min	STADE 3 30-60 ml/min	STADE 4 15-30 ml/min	STADE 5 < 15 ml/min
Antiépileptiques	Gabapentine	900-3600mg/j	100%	50%	25%	+20%	+10%
	Prégabaline	150-600mg/j	100%	100%	50%	25%	+10%
Antidépresseurs	Venlafaxine	75-225 mg/j	100%	100%	100%	50%	50%
	Duloxétine	60-120 mg/j	100%	100%	100%	0	0

Avec ces molécules, un **déla**i plus long sera nécessaire (min 2-3 sem) avant d'augmenter les dosages.

De manière générale, aux stades 1 et 2, on maintient les dosages habituels des antalgiques tandis qu'à partir du stade 3, on adapte les dosages. Ces principes d'adaptation sont utilisés chez le patient présentant une IRC mais également chez le patient dialysé ou greffé.

EN CONCLUSION LES PATIENTS INSUFFISANTS RÉNAUX CHRONIQUES PEUVENT BÉNÉFICIER D'UNE ANTALGIE SUFFISANTE EN RESPECTANT LES RÈGLES CI-DESSUS.

Flash Algo réalisé en collaboration et supervision du Dr Miléa du service de néphrologie.

Source : UpToDate, outil d'aide à la décision médicale. https://www.ssmg.be/avada_portfolio/dosage-medicamenteux-en-cas-dir/
<https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Documents-utiles/PlaqueetteIRC.pdf>

Editeur responsable : Dr Magotteaux V.