

Traitement adéquat pour les patients atteints de douleurs, dépendants aux opiacés

Johannes Strasser

Si les patients atteints de douleurs développent une dépendance à l'égard des opioïdes, la maladie qui en résulte doit également être reconnue et traitée comme avec d'autres maladies addictives.

D'un point de vue de la psychiatrie de l'addiction, le traitement avec les agonistes des récepteurs opioïdes au sens d'un traitement de substitution est l'option de traitement la plus efficace en dépit de la forte stigmatisation. Il faut aussi tenir compte d'une autre option thérapeutique qui est le désir d'un sevrage avec les connaissances spécialisées nécessaires.

La dépendance aux opioïdes – un problème sous-estimé chez les patients atteints de douleur?

Le traitement de la douleur chronique non tumorale (DCNT) avec les opioïdes est complexe. L'avantage obtenu dans chaque cas doit être adapté aux risques pour la santé existants. En plus du risque de surdosage, le risque de développement

de la dépendance doit également être pris en considération. L'utilisation d'opioïdes pour le traitement de la DCNT est donc controversée. Le fait est que le nombre d'opioïdes prescrits par les médecins dans le monde a au moins quadruplé depuis 1991 et que les opiacés sont également utilisés comme médicament à long terme dans la DCNT, malgré des débats contro-

versés. Les chiffres fiables sur le risque de dépendance aux opioïdes liés aux patients atteints de douleur chronique sont rares et varient largement. Dans une étude américaine de 2015, les patients avec DCNT ont un taux de dépendance de 8 à 12%, tandis que les études antérieures ont trouvé des taux inférieurs également en raison de différentes définitions d'abus et de dépendance. Pour la zone de langue allemande, des données comparables manquent et, selon la société allemande pour la médecine de la douleur, le problème de la dépendance aux opioïdes est surestimé chez les patients souffrant de douleur. Néanmoins, la question mérite une considération critique en raison de la forte augmentation des prescriptions d'opiacés au cours des dernières années.

Reconnaitre une utilisation problématique d'opioïdes

C'est une des tâches importantes du médecin prescripteur d'opioïdes d'évaluer un éventuel risque de dépendance même avant le début du traitement et de discuter en profondeur avec le patient. Les facteurs de risque les plus importants pour une utilisation inappropriée des opioïdes sont les troubles dus à l'usage de substance dans leur histoire (dans la famille ou dans leur propre anamnèse), un jeune âge (17 à 45 ans), les abus sexuels dans l'enfance et des troubles psychiatriques associés. Pour soutenir, après l'appréciation par le médecin traitant, on peut utiliser des questionnaires validés pour l'évaluation des risques (figure 1).

Lors de l'utilisation à long terme d'opioïdes dans le contexte de la thérapie contre la douleur, il est conseillé d'évaluer le traitement à intervalles réguliers en ce qui concerne de nouveaux facteurs de risque et d'indications pour une utilisation inappropriée du médicament prescrit. En règle générale, les premiers

Opioid Risk Tool - bitte jedes zutreffende Kästchen ankreuzen			
Erhebung	weiblich	männlich	
1. Substanzmissbrauch in der Familienanamnese			
• Alkohol	<input type="checkbox"/>	1 Pkt.	<input type="checkbox"/>
• Drogen	<input type="checkbox"/>	2 Pkt.	<input type="checkbox"/>
• Rezeptpflichtige Medikamente	<input type="checkbox"/>	4 Pkt.	<input type="checkbox"/>
2. Persönliche Anamnese mit Substanzmissbrauch			
• Alkohol	<input type="checkbox"/>	3 Pkt.	<input type="checkbox"/>
• Drogen	<input type="checkbox"/>	4 Pkt.	<input type="checkbox"/>
• Rezeptpflichtige Medikamente	<input type="checkbox"/>	5 Pkt.	<input type="checkbox"/>
3. Alter zwischen 16 und 45 Jahren	<input type="checkbox"/>	1 Pkt.	<input type="checkbox"/>
4. Erfahrungen sexueller Übergriffe in der Kindheit	<input type="checkbox"/>	3 Pkt.	<input type="checkbox"/>
5. Psychiatrische Erkrankungen			
• ADHS, Zwangserkrankungen, bipolare Störung oder Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	2 Pkt.	<input type="checkbox"/>
• (unipolare) Depression	<input type="checkbox"/>	1 Pkt.	<input type="checkbox"/>
Total			
Gesamtergebnis-Risikokategorie Niedriges Risiko 0 – 3, Mittleres Risiko 4 – 7, Hohes Risiko ≥ 8			

Figure 1: Opioid-Risiko-Tool, pour l'utilisation clinique. Permet une évaluation d'une potentielle addiction pour les opiacés prescrits

signes d'une utilisation problématique d'opioïdes se montrent lorsqu'une nouvelle ordonnance est souhaitée, bien que, selon les calculs, il reste encore suffisamment de comprimés. Ou alors, les patients exigent avec insistance une augmentation de dosage qui ne peut être expliquée avec un développement de tolérance normale chez les patients atteints de douleur. La création de réserves et le traitement indépendant d'autres symptômes avec les opioïdes prescrits sont des signes typiques qui peuvent conduire à un syndrome de dépendance au cours du temps. Dans une entrevue confidentielle médecin-patient, une attention particulière doit être accordée au sentiment de honte lors d'un problème d'abus ou de dépendance et à la peur associée à la suppression. Afin d'éviter un comportement de négation correspondant, du point de vue psychiatrique de l'addiction, en plus de l'empathie et de la compréhension, il est nécessaire d'expliquer activement les troubles de la substance comme une maladie - détaché des notions moralisantes d'avoir échoué ou d'être faible ou irrespectueux.

Une dépendance est une dépendance

D'après les considérations médicales, on ne peut pas supposer qu'une dépendance aux opiacés qui est développée dans le cadre d'un traitement antalgique, se passe de manière moins grave voire plus simple ou puisse être traitée différemment qu'une dépendance aux opioïdes, dont l'origine se situe dans la rue, en particulier avec l'héroïne. Les conditions supplémentaires sont cruciales pour la gravité de la dépendance et la réponse au traitement, non seulement les problèmes de douleur existants, mais aussi des troubles de comorbidités existants et des facteurs psychosociaux perturbants. Selon la classification internationale des maladies (CIM-10), indépendamment de l'étiologie d'un syndrome de dépendance, il s'agit toujours d'un phénomène dans lequel «...la consommation d'une substance ou d'une catégorie de substance, pour la personne concernée, a priorité sur d'autres comportements, qui, avant, étaient évalués plus importants pour elle. Une caractéristique décisive de la dépen-

Diagnosekriterien für die Opioidabhängigkeit nach ICD-10

1. **Starker Wunsch oder eine Art Zwang zu konsumieren**
2. **Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums**
3. **Körperliches Entzugssyndrom**
4. **Nachweis einer Toleranzentwicklung**
5. **Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen zugunsten des Konsums**
6. **Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art**

Die Diagnose soll nur gestellt werden, wenn gleichzeitig 3 oder mehr Kriterien während es letzten Jahres vorgelegen haben.

Figure 2: Résumé des critères de diagnostic pour l'addiction aux opiacés selon l'ICD-10, OMS

dance est le désir souvent fort, parfois accablant de consommation.» (figure 2). Qu'il s'agisse d'un patient avec des douleurs chroniques qui, conformément aux critères de la CIM-10, prend d'une manière non contrôlée et à des doses croissantes des opioïdes à action rapide, ou d'un «toxicomane» qui prend également des opioïdes obtenus illégalement sur le marché noir, ne joue aucun rôle du point de vue de la psychiatrie de l'addiction. Dans le cas d'un toxicomane, s'ajoute éventuellement l'accompagnement d'un appauvrissement psychosocial augmenté par l'illégalité des substances prises.

Un traitement adéquat – une question de stigmatisation?

Pour le choix du traitement adapté aux besoins du patient, il ne faut pas ignorer le développement, le plus souvent chronique, de la dépendance aux opioïdes. Les patients touchés doivent être informés du traitement à long terme à prévoir, ainsi que du taux élevé de rechute et des risques pour la santé liés au traitement de sevrage.

D'un point de vue psychiatrique, la thérapie de substitution avec une prescription hautement dosée des agonistes des récepteurs opioïdes est le traitement de choix pour le traitement des patients dépendants d'opioïdes, quelle que soit leur origine. Décisif est le comportement addictif à traiter, qui sera concerné de manière thérapeutique pendant une longue période de temps. Le traitement de subs-

titution est fondé sur des preuves médicales selon lesquelles il a un effet positif à long terme sur le tableau clinique initial, la qualité de vie et les circonstances qui les accompagnent. Cependant, ce traitement est une stigmatisation qui devrait être abordée ouvertement avec le patient. À cet égard, l'inclusion d'un psychiatre spécialiste des addictions est expressément recommandée.

Le traitement par sevrage comme autre option de traitement devrait également être pris au sérieux. On le comprend, c'est l'option de premier choix pour de nombreux patients. Dans le cas des méthodes orientées vers l'abstinence, cependant, les preuves scientifiques pour un succès à plus long terme manquent actuellement.

Les objectifs de traitement doivent être réalistes

À l'instar des autres maladies chroniques, le succès thérapeutique de la dépendance aux opioïdes, indépendamment de l'état de santé général, est mesuré avant tout par l'expérience de vie subjectivement satisfaisante et auto-déterminée des personnes touchées. Dans le cadre du traitement offert, des conditions doivent être créées, qui permettent de transférer l'apport souvent incontrôlé et donc aussi dangereux d'analgésiques contenant des opioïdes à une forme médicalement contrôlable. Dans le même temps, les symptômes de la douleur qui devaient être traités initialement ne devraient pas être exacerbés. En principe, il est important d'informer adé-

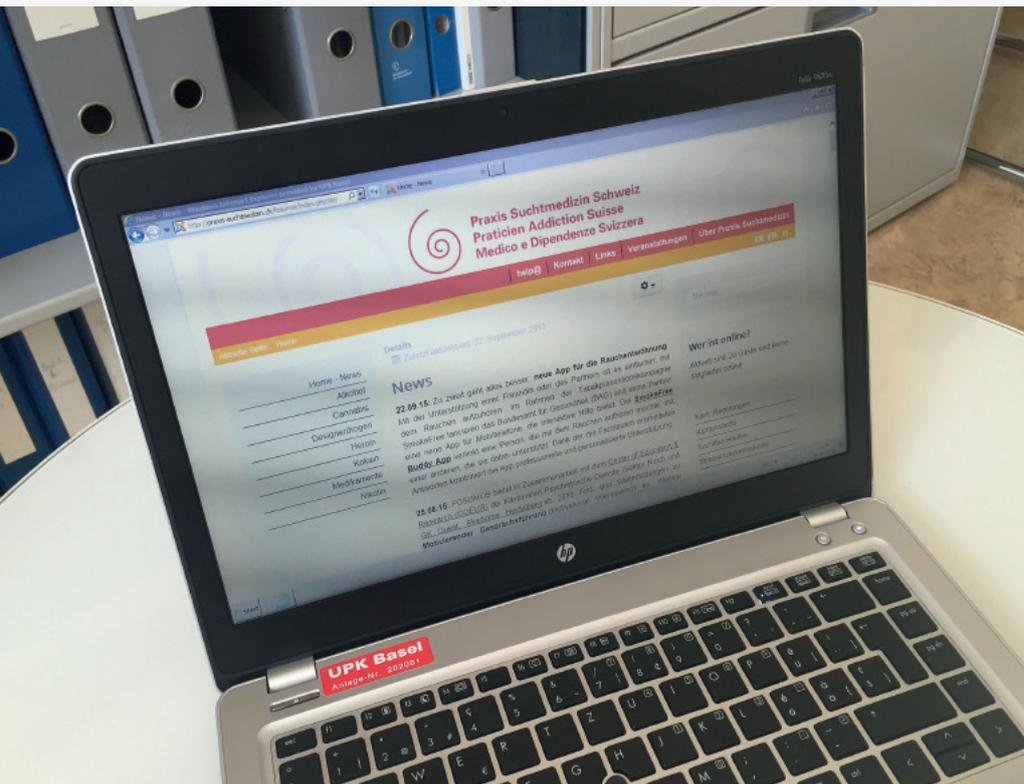


Figure 3: Information actuelles sur le portail gratuit www.praticien-addiction.ch

quement le patient sur les phénomènes de l'addiction et de lui montrer qu'il existe plusieurs options de traitement et qu'un plan de traitement adapté individuellement devrait être développé. Le désir souvent présent d'une interruption totale des médicaments opioïdes doit être pris au sérieux et discuté avec le patient concerné de manière réelle. Il devrait être comparé aux avantages et aux inconvénients d'une thérapie de substitution stabilisant la situation, en tenant compte des besoins individuels et des problèmes actuels.

Si on planifie un sevrage des opioïdes, une réduction lente et progressive pour réduire les doses d'opioïdes est recommandée. Une condition préalable est une consommation stable des opioïdes prescrits avec un dosage égal au début. Ainsi, les symptômes de sevrage peuvent être largement évités et l'apparition d'un nouveau comportement addictif peut être détecté tôt et traité sur le plan thérapeutique. Peut-être, au cours d'une telle phase, une nouvelle formulation de but sera également nécessaire. Il est important d'informer sur les risques de perte de tolérance après un sevrage et sur le risque concomitant de surdosage.

Si un traitement avec des agonistes des récepteurs opioïdes dans le sens d'une thérapie de substitution se met en place, les conditions cadres nécessaires à ce traitement doivent être connues. La consultation individuelle entre le médecin et le patient sur les options de traitement existantes et les opportunités et les risques associés est donc d'une grande importance; avec en outre l'approche multidisciplinaire et l'inclusion de collègues spécialisés de la psychiatrie de l'addiction.

Conditions cadres pour un traitement de substitution

La mise en œuvre d'un traitement de substitution avec des agonistes opioïdes fait partie des prestations de l'assurance maladie obligatoire (LaMal) et doit être approuvée en Suisse par le médecin cantonal responsable (BetmG Art. 3e). Cependant, dans le cas de patients atteints de douleur qui sont déjà traités avec des opioïdes à fortes doses, il existe des transitions entre le traitement de la douleur non soumis à approbation et le traitement de substitution qui est soumis à une autorisation afin de traiter la maladie de la dépendance, de sorte qu'il faudra

penser à un moment donné à demander l'approbation cantonale nécessaire.

L'indication d'un traitement de substitution est simple. La seule exigence est la présence d'une dépendance aux opioïdes selon ICD 10 (ou DSM-5) indépendamment de l'âge du patient, de l'étiologie et de la durée de la dépendance.

En raison de la situation associée avec l'apparition simultanée de douleurs chroniques et un syndrome de dépendance, les concepts de soins intégrés ainsi qu'une coopération multidisciplinaire sont importants. Des informations utiles sur la mise en œuvre pratique de la thérapie de substitution peuvent être trouvées sur le portail Internet gratuit www.praticien-addiction.ch (figure 3). Cette plate-forme numérique fournit des informations évolutives continuellement mises à jour sur les sujets liés à la dépendance pour les médecins dans les cliniques, les cabinets et l'éducation, et fournit également aux spécialistes une ligne d'assistance électronique gratuite pour des questions spécifiques. Une coopération interdisciplinaire avec l'inclusion de spécialistes de l'addiction est généralement recommandée pour la réussite d'un traitement de substitution pour les patients atteints de douleur chronique.

Développement explicitement souhaité de la tolérance

Contrairement à l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur, le développement de la tolérance aux opioïdes est explicitement souhaité dans le traitement de substitution. La dose d'entretien optimale pour un traitement de substitution est cliniquement déterminée et doit correspondre aux besoins du traitement de la douleur. Si les patients n'ont pas de symptômes de sevrage dans les 24 heures, aucun désir accru d'opioïdes et aucun symptôme de surdosage, la dose optimale d'entretien est atteinte. Pour ce faire, le dosage individuel adéquat du substitut est décisif pour la réussite du traitement de substitution. L'information sur une dose maximale n'a aucun sens en raison des grandes différences interindividuelles. Des doses trop faibles, cependant, entraînent des résultats de traitement nettement moindres.

Pour les traitements de substitution, les opioïdes avec une longue demi-vie sont en principe meilleurs que ceux de courte durée, car ils sont plus sûrs à utiliser et peuvent être dosés et contrôlés plus facilement. En Suisse, la méthadone, la buprénorphine (Subutex®) et la préparation retardée de morphine Sevre-Long® sont approuvés pour un traitement. Depuis 2015, la lévométhadone (L-Polamidon®) est également disponible, qui présente des avantages par rapport au racémate de méthadone dans le profil des effets secondaires. Les opioïdes mentionnés ne se distinguent que peu les uns des autres en regard de l'efficacité et du taux de réussite, pour autant qu'ils soient suffisamment dosés. Lors de l'utilisation de la buprénorphine, en raison de ses propriétés pharmacologiques particulières (agoniste partiel sur le récepteur μ -opioïde avec une forte affinité du récepteur et effet antagonisant sur le récepteur κ -opioïde), les connaissances correspondantes des experts sont absolument obligatoires. Cependant, les effets secondaires bénéfiques tout en ayant un effet analgésique puissant rendent l'utilisation de ce médicament assez intéressante.

Conclusion

Dans le contexte du traitement de la douleur chronique avec les opioïdes, il faut également envisager la possibilité du développement d'une dépendance. Le traitement devrait être vérifié régulièrement afin de détecter des signes correspondants. L'anamnèse et le diagnostic sont la base; Les outils de dépistage tels que l'Opioid-Risiko-Tool (ORT) peuvent être utiles pour ce faire. En présence d'une dépendance aux opioïdes, la thérapie de substitution est recommandée, principalement du point de vue psychiatrique. Cependant, la possibilité d'un traitement de sevrage ne doit pas être exclue. Le traitement est habituellement effectué de manière multimodale et nécessite des explications et des informations soignées aux patients.

Littérature

1. Cheate MD. (2005). Prescription Opioid Misuse, Abuse, Morbidity, and Mortality: Balancing Effective Pain Management and Safety. *Pain Med (United States)*.
2. Schmerzgesellschaft D. (2014). Empfehlungen der S3 - Leitlinie « Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen - » LONTS ». AWMF Online (145/003):1-131. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-003.html>.
3. Laxmaiah Manchikanti, MD, Adam M. Kaye, PharmD, Nebojsa Nick Knezevic, MD P, Heath McAnally, MD, Konstantin V. Slavin, MD, Andrea M. Trescot, MD, Susan Blank M, Vidyasagar Pampati, MSc, Salahadin Abdi, MD, PhD, Jay S. Grider, DO, PhD, Alan D. Kaye M, et al. (2017). Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. *Pain Physician*. 20:3-92.
4. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, van der Goes DN. (2015). Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain. *Pain*.
5. E.V DG für S. Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (2016). Pressemitteilung. http://dgschmerzmedizin.de/download/presse/2016/PM_Schmerztag_Opioide_030316.pdf.
6. Freynhagen R, Geisslinger G, Schug SA. (2013). Opioids for chronic non-cancer pain. *BMJ*.
7. Webster LR, Webster RM. (2005). Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Med*.
8. Just J, Mücke M, Bleckwenn M. (2016). Dependence on Prescription Opioids. *Dtsch Ärzteblatt Int*. 113(13):213-220.
9. Keane H. (2013). Categorising methadone: Addiction and analgesia. *Int J Drug Policy*.
10. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt MH (Hrsg.). (2000). Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-Diagnostische Leitlinien. WHO (4. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto: Huber
11. Smyth BP, Barry J, Keenan E DK. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Ir Med J*. 103(6):176-9.
12. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2006). Medizinische Empfehlungen für Substitutionsgestützte Behandlungen (Substitutionsbehandlung) bei Opioidabhängigkeit.
13. World Health Organization (WHO). (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. 1-110.
14. Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2013). Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit Revision.
15. Leavitt SB, Shinderman M, Maxwell S, Eap CB, Paris P. When »Enough» is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. (2000). *Mt Sinai J Med*. 67(0027-2507):404-411.
16. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. (2003). Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. (3).
17. Mattick R, Breen C, Kimber J, et al. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Review) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. (2).
18. Pergolizzi J. et al. (2010). Current knowledge of buprenorphine and its unique pharmacological profile. *Pain Practice Review*.



Contact:

Dr méd. Johannes Strasser
Médecin chef du département ambulatoire
des addictions (ADS) et du centre de traite-
ment soutenu par l'héroïne (Janus)
Clinique psychiatrique Universitaire de Bâle
4012 Bâle
johannes.strasser@upkbs.ch