

Douleur & Addiction

Congrès ANP3SM, Paris, 21 juin 2012

Dr Nicolas AUTHIER



nauthier@chu-clermontferrand.fr

LIENS D'INTERETS

- ***Financiers : AUCUN***
- ***Amicaux : AUCUN***
- ***Familiaux : AUCUN***

en rapport avec les médicaments évoqués

INTRODUCTION

- Douleur et Addiction \Leftrightarrow substrats neurobiologiques et neuroanatomiques communs (Borsook et coll, 2007)
- **Circuit récompense** \rightarrow Douleur (aversif) & analgésie (plaisir)
- **Maladies chroniques**
- Tolérance / Pseudo-addiction / Addiction / hyperalgésie induite

INTRODUCTION

- Conduites addictives (opioïdes) chez les patients douloureux chroniques

!!! BIAIS : Critères d'évaluation addiction varient selon études

Année 80 ⇔ idée faible risque (0,03% à 5%)

Année 90 ⇔ remise en cause (3,2 - 19%) par Fishbain et coll (1992)

Hojsted et coll (2007) → 0 à 50% DNC

0 à 7,7% DC

Sans ATCD addictifs, chiffres diminuent < 1%

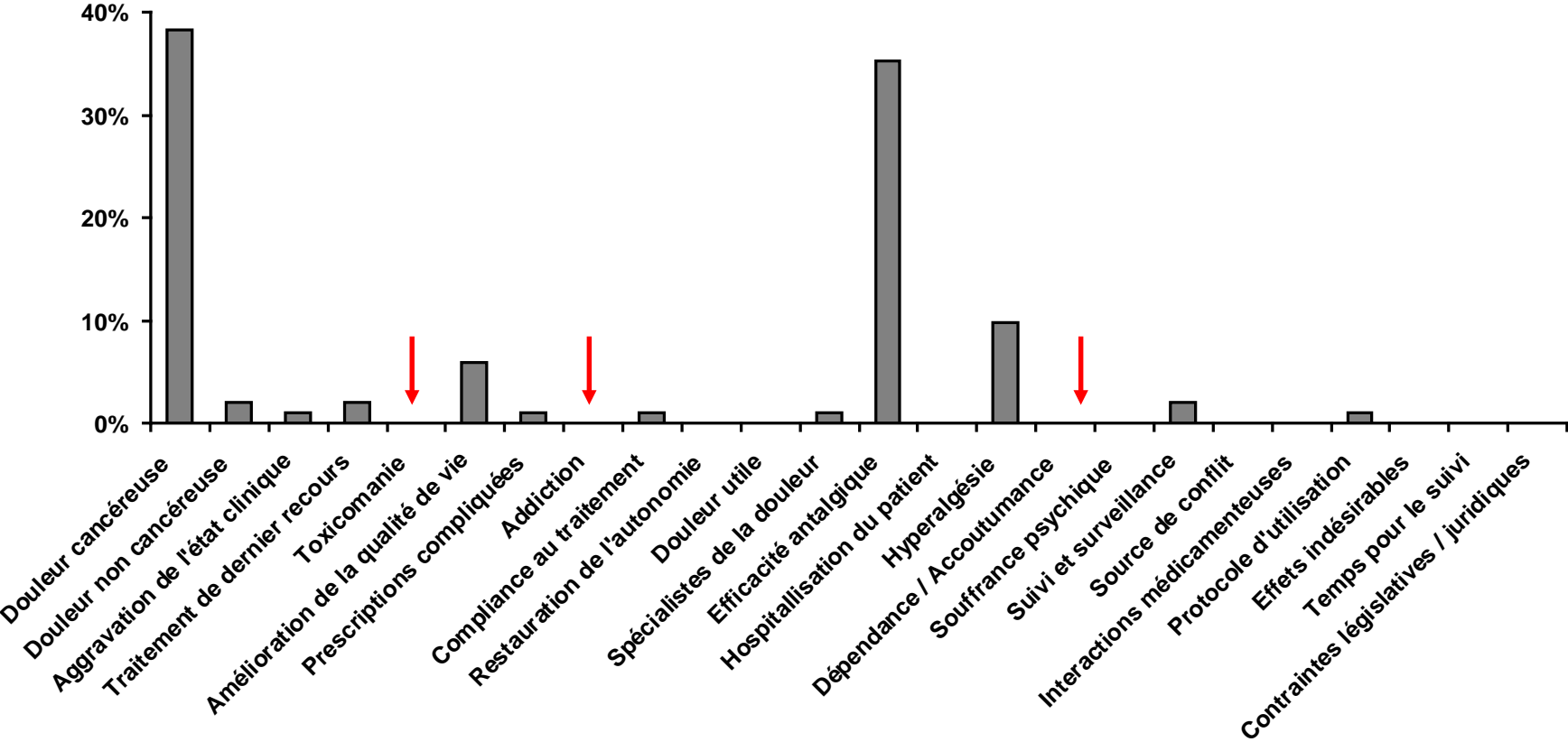
Mythe ou réalité ? Problématique +++ aux USA

Chenaf et coll, 2012

Enquête sur les représentations mentales et les comportements précédant la prescription d'opioïdes forts

Qu' évoquez vous avec votre patient lors de la prescription ?

Evocations induites par les OF. Echelle numérique de 1 à 5.
Premier choix



Enquête réalisée auprès de 114 MGs et spécialistes du Finistère. Mimassi & Marchand, SFETD 2011.

DOULEUR ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

TABAC

ALCOOL

CANNABIS

DOULEUR ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

TABAC

ALCOOL

CANNABIS

Douleur et Tabac (nicotine)

- **Prévalence dépendance tabac x 2 chez patients douloureux chroniques**
 - 35 à 68%
- Prévalence anxiété / dépression
- Tabac ⇔ prévalence accrue mésusage alcool +++ voire drogues

Douleur et Tabac (nicotine)

- **Tabac ⇔ facteur de risque de douleur chronique**
 - Lombalgies (fumeurs anciens et actuels)
 - Rhumatismes articulaires
 - Céphalées (x 1,5)
 - Douleurs bucco-dentaires (x1,3)
 - Fibromyalgie, dysménorrhées, ...

Douleur et Tabac (nicotine)

- **Effet analgésiant de la nicotine**
 - 18 études cliniques → 10 (56%) révèlent un effet antalgique de la nicotine
 - Potentialisé par caféine ?
 - Lien avec effet cardiovasculaire (HTA) de la nicotine ?
- **Effet renforçateur positif de la douleur sur la consommation de tabac**

DOULEUR ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

TABAC

ALCOOL

CANNABIS

Douleur et Alcool

- Alcool qui soulage
- « *Alcool est une remède : il nourrit le sang de l'homme et amortit les chagrins et les soucis* », Pline l'Ancien
- Est ce le cas ?
- Peu d'études
 - Diminution sensibilité (Mullin et coll, 1937; Wolff et coll, 1941)
 - Diminution tolérance (Perrino et coll, 2008)

Douleur et Alcool

- **Consommation d'alcool et douleur chronique**

Corrélation avec moindre invalidité physique

Gorman et coll, 1987; Booker et coll, 2003

Consommation antalgique équivalente

Booker et coll, 2003

Epidémiologie pas différente de pop générale

Alcool ⇔ amélioration vécu de la douleur

Brousse et coll, 2012

Douleur et Alcool

- **Douleurs induites par consommation d'alcool**

Pancréatite alcoolique (Miyake et coll, 1987)

→ amélioration douleur si arrêt alcool dans 60% des cas

Neuropathie périphérique

Troubles musculo-squelettiques (Owczarek et coll, 2005) → MYOPATHIE ALCOOLIQUE (50% patients)

DOULEUR ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

TABAC

ALCOOL

CANNABIS

Douleur et Cannabis

- 1^{er} usage médical 2700 av JC (goutte, malaria, rhumatisme)
- 1^{ère} observation expérimentale en 1934 → propriétés analgésiques et sédatives
- 1^{er} extrait fabriqué et vendu en 1942 à visée antalgique
- Généralisation usage antalgique jusqu'en 1885 (découverte morphiniques)
- Effet antalgique via action sur R_{CB1}

Douleur et Cannabis

- Prévalence **6,2 à 39%** chez patients douloureux chroniques traités par opioïdes
- Prévalence **13%** chez patients douloureux chroniques
- Prévalence < Benzo !!!
- Association statistique avec mésusage traitements antalgiques

CAS DES PATIENTS DEPENDANTS AUX OPIACES

Roseblum et coll, 2003

PREVALENCE DES DOULEURS (sur 7 derniers jours) : 80%

→ **dont 61% DOULEURS > 6 mois**

→ **dont 37% DOULEURS CHRONIQUES SEVERES**

Peles et coll, 2005 : 170 patients méthadone ⇔ **55%** de douleurs chroniques (> 6 mois)

Jamison et coll, 2000 : 248 patients méthadone ⇔ **61%** de douleurs chroniques.

CAS DES PATIENTS DEPENDANTS AUX OPIACES

Difficultés de prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes :

✓ FAUSSES CROYANCES :

- *Ces patients ne connaissent pas la douleur : « analgésie permanente »*
- *Pas besoin d'opiacés car ils ont déjà des doses importantes de morphiniques*
- *Les traitements antidouleurs ne fonctionnent pas chez les patients substitués*
- *On ne peut pas prescrire légalement plus de traitement*
- *Les traitements de la douleur entraînent inmanquablement des rechutes.*

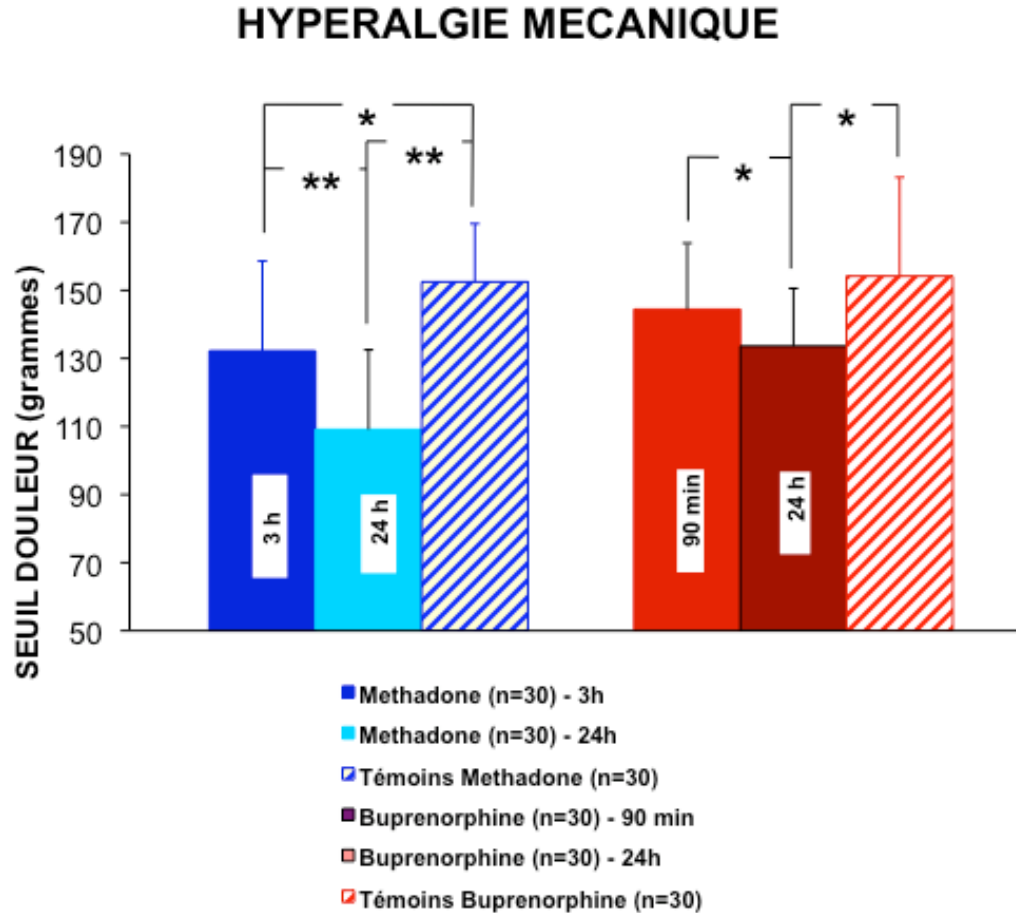
CAS DES PATIENTS DEPENDANTS AUX OPIACES

CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE PRISE EN CHARGE

- ✓ Automédication à visée antalgique
- ✓ Déséquilibre du traitement de substitution
- ✓ Rechute dans opiacés illicites
- ✓ Complications sociales et médicales

⇔ **menace pour l'équilibre souvent précaire du patient.**

CAS DES PATIENTS DEPENDANTS AUX OPIACES



DOULEUR CHRONIQUE (durée > 3 à 6 mois)	
EVA ≤ 3	DOULEUR LEGERE
Stratégie 1	Paracétamol (3-4 g/jour) ou AINS (kétoprofène 50 mgx3 /jour).
EVA = 4 - 6	DOULEUR MODEREE
Stratégie 1	- Néfopan (60 à 120 mg/j) per os +/- paracétamol ou AINS. - Paracétamol 3-4g/jour + AINS (kétoprofène 50 mgx3 /jour).
Stratégie 2 (méthadone)	Fractionner la dose de méthadone (4 prises / jour) +/- augmenter dose totale.
Stratégie 3	Fractionner la dose de méthadone / BHD en associant paracétamol (/6h) ou AINS (/12h) ou néfopam (/6h).
EVA ≥ 7	DOULEUR SEVERE
Stratégie 1 (méthadone)	Augmenter progressivement et fractionner (/6h) la dose de méthadone.
Stratégie 2 (méthadone)	Idem + interdoses de morphine (10 mg) à libération immédiate à convertir rapidement en morphine LP (/12h) ou fentanyl patch (/72h)
Stratégie 3 (buprénorphine)	Arrêter la BHD & initier de la morphine à libération immédiate (titration) à convertir en forme LP ou fentanyl patch (/72h)
Stratégie 4	Si tolérance à l'effet analgésique de la morphine, possibilité de rotation des opioïdes avec formes LP

STRATEGIES ANTALGIQUES

QUELQUES REGLES COMPLEMENTAIRES ...

- ❶ **EVITER LES OPIOÏDES FAIBLES** (codéine, tramadol, dihydrocodéine, poudre d'opium ou dextropropoxyphène) moins efficaces en cas substitution.
- ❷ **NE PAS PRESCRIRE D'AGONISTES PARTIELS (buprénorphine) NI D'AGONISTES/ANTAGONISTES (nalbuphine)** → \$ sevrage physique.
- ❸ **NE PAS PRESCRIRE DE FORMES INJECTABLES** (sauf néfopam)
- ❹ **PENSER AUX CO-ANALGESIQUES** (douleur chronique): antidépresseurs (amitryptiline, duloxétine), antiépileptiques (gabapentine, prégabaline), corticoïdes, myorelaxants, antispasmodiques.
- ❺ **HOSPITALISATION DE COURTE DUREE** POUR EQUILIBRER UN TRAITEMENT NOTAMMENT EN CAS DE ROTATION D'OPIOÏDE.
- ❻ **PENSER AUX APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES** :
 - **ECOUTE, EMPATHIE**
 - Neurostimulation transcutanée (TENS)
 - relaxation/sophrologie
 - kinésithérapie / massage
 - hypnose,
 - psychothérapie cognitivo-comportementale,
 - acupuncture
- ❼ **UN SEUL PRESCRIPTEUR / UN SEUL PHARMACIEN**
- ❽ **CONSULTATIONS PLUS FREQUENTES** pour évaluer efficacité et tolérance de la stratégie antalgique mise en œuvre.

DEPISTAGE

- **Repérage précoce +++**

Echelles auto-évaluation / hétéro-évaluation

- ORT, STAR, PMQ

- POMI

Spécifiques opioïdes antalgiques ou alcool, cannabis

DEPISTAGE

- **Critère de Portenoy (1990)**

- intense désir pour le médicament
- usage compulsif
 - traiter symptômes autres que douleur
 - usage lors phase asymptomatique
 - ...
- association à des comportements à risques ou illégaux

DEPISTAGE

- **Finalité du dépistage**

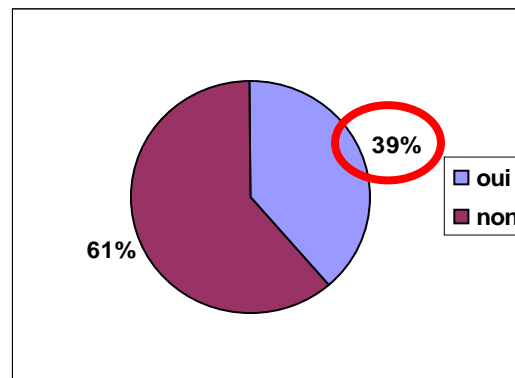
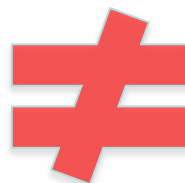
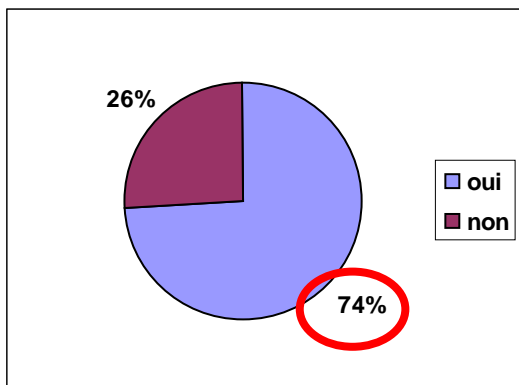
- Ne pas nuire en prescrivant des opioïdes forts
- Ne pas nuire en ne prescrivant pas des opioïdes forts
- +++ Inscrire prescription dans une prise en charge multimodale

Répartition des sollicitations de sevrage selon l'origine des médecins

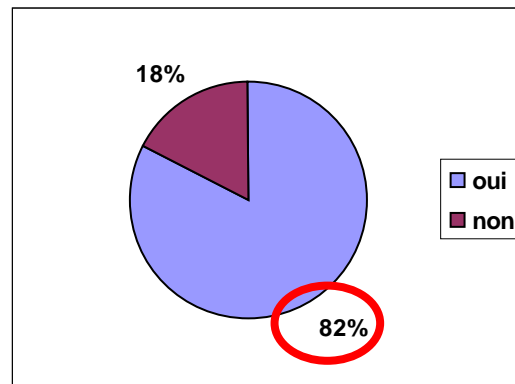
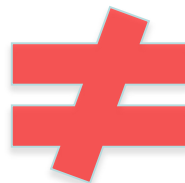
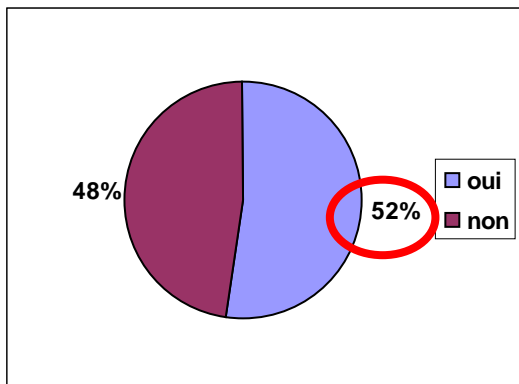
ALGOLOGIE

ADDICTOLOGIE

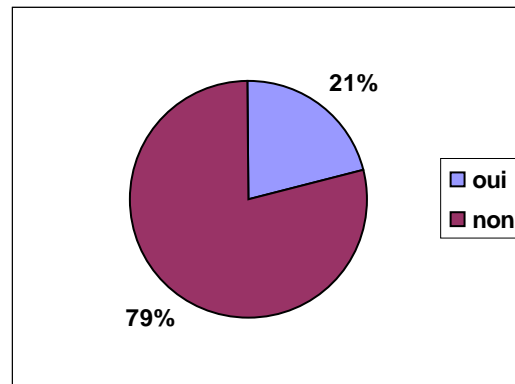
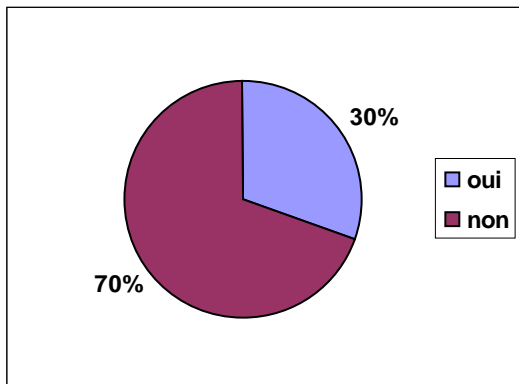
TRAMADOL



CODEINE



LAMALINE



CONCLUSION

LIENS FORTS ENTRE DOULEUR ET ADDICTION

Douleur peut prédisposer à une addiction

Addiction peut prédisposer à des douleurs

NE PAS OUBLIER LES 3 PRODUITS :

Alcool / Tabac / Cannabis

- Poser systématiquement la question de la douleur en addictologie
- Poser systématiquement la question de l'usage de substances psycho-actives en algologie

Développer les interactions et collaborations entre ces 2 champs de la médecine

UN PEU DE LECTURE ...



- 2012 (25) - juin
- Dossier spécial « ***Douleur & Addiction*** »
En ligne sur www.springerlink.com