



Hôpitaux de Lyon

CHU de Lyon
votre santé, notre engagement



Mésusage et addiction aux antalgiques opioïdes Point de vue de l' addictologue

Dr Philippe LACK
Praticien Hospitalier
CSAPA Hôpital Croix Rousse





Déclaration de conflits d'intérêts

- Laboratoire Reckitt Benkiser
- Laboratoire Janssen
- Laboratoire BMS
- Laboratoire MSD France

Phénomènes émergents

- Les dépendances aux médicaments antidouleurs -> 15 millions d'américains dépendant des médicaments antidouleurs opiacés
 - Mais en France aussi ...et à Lyon peut être ..
 - En 2012 au CSAPA de l' Hôpital de la Croix Rousse: 53 patients pris en charge pour des dépendances aux médicaments opioïdes
- 10% des demandes de prise en charge concernant addiction aux opiacés

Morphiniques (hors TSO)

58,5%

- Sulfate de morphine (Skenan®)
- Tramadol (Coltramal® Tolpagic® Ixprim®)
- Opium (Lamaline®)
- Oxycodone (Oxynorm®)
- Fentanyl (Durogesic®, Effentora®)

Indications

Séquelles tassements vertébraux
Hernie discale
Fibromyalgie
Polynévrites sévères

Effets recherchés

Antalgie++
Anxiolyse
Effet «dynamisant »
Heroine-like

Codéines (hors neocodion « TSO »)

41,5%

- Dihydrocodeine (Dicodin®)
- Phosphate de codeine (Migralgin®)
- Paracetamol codeine (Klipal®, Dafalgan codeine®)

Indications

Myalgie
Coxalgie, sciatalgie modérée
Douleurs dentaires
Migraines non contrôlées
Douleurs inguinales

Effets recherchés

Antalgie
Anxiolyse
Effet «dynamisant »

Les dommages

■ **Addictologique :**

- Perte de contrôle: posologie hors AMM, mésusage
- Symptômes de manque lors des tentatives d'arrêt
- Craving

■ **Médicaux :**

- Épuisement des effets antalgiques
- Risques d'overdoses
- Risques liés au Paracétamol
- Risques infectieux

■ **Médico légaux:**

- Assurance maladie : indication et posologie hors AMM
- Risques médico légaux pour le prescripteur initial

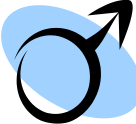

Motifs de consultation : l'addictologue pour « éteindre le feu »



Origine de la demande

- Patient : 48%
- Famille/ami: 2%
- Médecin traitant : 19%
- ELSA / autres dispositifs addictologie : 11%
- Médecins spécialistes /algologues : 17%
- « Injonctions » de soin: 3%

Profils des patients

- Sexe  : 64%  : 36%
- Moyenne d'âge : 42 ans
- couple : 55%
- Niveau d'études > BAC : 28%
- Emploi stable : 24,5%
- AHH: 26, 5%
- Logement stable : 75,5%



Co facteurs addictologiques

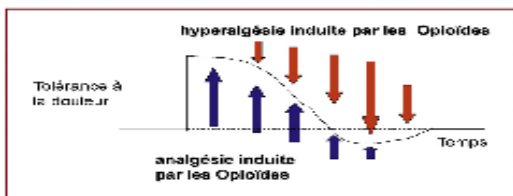
- Tabac : 73,5%
- Alcool: 19%
- Cannabis : 34%
- Héroïne : 19%
- Benzodiazépine : 17%
- Cocaïne : 2%
- Amphétamine : 2%

Antécédents psychiatriques

- Antécédent hospitalisation psychiatrique: 32%
- Antécédent de tentative de suicide : 32%
- Troubles psychotiques : 15%
- Troubles anxio dépressifs : 40%
- Traitements psychotropes
 - Anxiolytiques/ hypnotiques : 43%
 - Antidépresseurs : 26,5%
 - Neuroleptiques : 19%
- Suivi psychiatrique régulier : 24,5%

Prises en charge complexes

- « objectiver » la douleur, ne jamais la nier : bilan somatique
- Répercussions psychiques: interaction avec la douleur
- Épuisement de l'effet antalgique des opiacés : Les opioïdes peuvent activer des systèmes inhibiteurs antinociceptifs et des systèmes activateurs pronociceptifs -> Hyperalgie induite par les opioïdes (hyperalgie, allodynie)



Intérêt de la rotation des opioïdes, sevrage?

Calvino B. L'hyperalgésie induite par les opioïdes. Douleurs (Paris) (2013)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.douler.2013.04.003>

- perte de contrôle : addiction
- Effet « TSO » : recherche d'un antécédent d'héroïnomanie

Modalités de prise en charge

	Morphiniques	Codéines
TSO Méthadone	60%	9%
TSO BHD	15%	50%
Réduction consommation	1%	0%
Sevrage	11,5%	18%
Perdu de vue	12,5%	23%

Méthadone : agoniste puissant des récepteurs μ et Δ , antagoniste au récepteurs NMDA (récepteurs impliqués dans le maintien de la douleur)
Probable effet sur des douleurs neuropathiques par blocage de la recapture de la sérotonine et antagoniste des récepteurs NMDA impliqués dans ces douleurs .

Cas clinique

- Homme 61 ans adressé par médecin traitant pour dépendance au Fentanyl transmuqueux (Effentora®) (morphinique d'action rapide)
- Polyneuropathie sévère sentivo motrice des extrémités apparu à l'âge de 48 ans : bilan étiologique par service spécialisé négatif
- Conséquence : invalidité dès les premiers symptômes , syndrome anxiodépressif, troubles cognitifs
- Traitements antalgiques :Rivotril® , Moscontin® durant 1 ans -> arrêt Moscontin® remplacé par Tramadol® (augmentation rapide posologie) poursuite Rivotril® + Lyrica® +Neurontin® +Tegretol® durant 5 ans

Moscontin® switché par Durogesic 50®->100->150 puis ajout de Effentora® (hors AMM)

Arrêt Durogesic® car diarrhée ? Et poursuite Effentora® seul->durant 3 ans en augmentant posologie jusqu'à 3200ug par jour

Episodes de somnolence , syndrome de manque et anxiété lors des tentatives de diminution posologie

Efficacité partielle sur les douleurs nécessitant des augmentations dangereuses de posologie inquiétant médecin et conjointe

Tentatives de prises en charge...

- Consultations spécialisées antidouleur : 2 avis dans 2 centres
 - Essai des patchs de licocaine
 - Orientation consultation de psychiatrie : réticence du patient qui néanmoins accepte un traitement antidépresseur .
- Consultation CSAPA à la demande médecin traitant inquiet de la prescription Effentora® .. et du patient (et surtout sa femme ..) qui souhaite se sevrer des opiacés au regard des épisodes de somnolence et des troubles cognitifs.
 - > Proposition de TSO par Méthadone initié en service d'addictologie de niveau 2
- Au moment de l'hospitalisation refuse le switch Méthadone (trop stigmatisant..) : décision de réintroduire le Durogesic 50® en arrêtant l'Effentora® : overdose -> transfert réanimation
 - > Probable prise d'Effentora® (hors prescription médicale) lors de la réintroduction Durogesic® (comportement nié par le patient ..)
- A sa sortie d'hospitalisation en lien avec médecin traitant: stabilisation de la posologie de Durogesic (100->50) sans Effentora® et orientation service spécialisé pour tentative traitement par Ketamine ...

En conclusion ...

- Des prises opiacées au long cours entraîne une dépendance physique et chez certains un risque (dans un contexte psycho social) d'une perte de contrôle (addiction)
- Situation plutôt simple chez les anciens héroïnomanes sous Skenan® (+/- douleurs, +/- TSO) -> Méthadone
- Chez les dépendants codéines -> BHD/Naloxone (Suboxone®) : solution efficace et souple pour les patients (parfois urgence car danger du Paracétamol ...)
- Pour les dépendants morphiniques (sans ATCD d'heroinomanie) -> situations plus complexes (associations de morphinique de demi vie différentes, hyperalgie induite par les opioïdes ...) , probable indication Méthadone (surtout si neuropathies ou douleurs intenses chroniques) mais sécuriser le switch (Titrage , fractionnement des doses journalières ?) collaboration avec algologue, médecin traitant et parfois médecin conseil de l'assurance Maladie Place de la Buprenorphine (plus sécurisant)? place du sevrage? ou de la « maîtrise, réduction de consommation » → besoin de référentiels
- Phénomènes émergents : collaboration avec **le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance** (CEIP) : signalement des cas
merci à Alexandra Boucher Pharmacienne au CEIP de Lyon