



The Management of Opioid Use Disorder: Optimising therapeutic success using research data

Thursday 3 October 2019, 12:00–13:15

This symposium has been organised and funded by Indivior. The views presented are those of the speakers and not Indivior.



Welcome and introduction

Marc Auriacombe

University of Bordeaux, Bordeaux, France



Disclosures

- Current grants and/or expert advice from Indivior, Bouchara Recordati, Camurus and Pfizer



Faculty

- Professor Marc Auriaccombe
 - University of Bordeaux, Bordeaux, France
- Professor Mark Greenwald
 - Wayne State University, Detroit, USA
- Dr Fuschia Serre
 - University of Bordeaux, Bordeaux, France
- Professor Mélina Fatséas
 - University of Bordeaux, Bordeaux, France



Objectives

- Discuss the pharmacology of OUD treatment, with a particular focus on pharmacokinetic and pharmacodynamic studies
- Highlight the significance of μ ORO and how this correlates with plasma opioid levels
- Understand how the pharmacology of OUD treatment translates to the clinical setting
- Explore clinician recommendations for the management of OUD



Agenda

Time	Session	Speaker
12:00–12:05	Welcome and introduction	Professor Marc Auriaccombe
12:05–12:25	The neuropharmacological foundation for the treatment of opioid use disorder	Professor Mark Greenwald
12:25–12:45	Data on psychobehavioural pharmacology: what does the ADDICTAQUI cohort reveal about the relationships between oral doses of buprenorphine, craving and the severity of addiction?	Dr Fuschia Serre
12:45–13:05	Optimising therapeutic success from research data: how to translate research data when you are with the patient	Professor Mélina Fatséas
13:05–13:15	Q&A session	All



Housekeeping

- There are no fire alarms planned during today's meeting
- Please silence or turn off all mobile phones
- **Please complete the provided feedback form and return at the end of the meeting**





The Neuropharmacological Foundation for the Treatment of Opioid Use Disorder

Mark K. Greenwald, Ph.D.

Professor and Associate Chair for Research,
Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences
Adjunct Professor, Department of Pharmacy Practice
Wayne State University, Detroit, Michigan, USA

mgreen@med.wayne.edu



Disclosures

- Consultant for Indivior Inc., Nirsum Labs and Quadra Therapeutics
- Funding by NIH/NIDA R01 DA015462 and P50 DA00254



Objectives

- Discuss the interaction of the opioid receptor system with the cycle of addiction
- Review the foundational studies of BUP in OUD
 - The effect of BUP dose and time since dose on μ ORO
 - The relationship between μ ORO and plasma levels of BUP
 - The importance of achieving $\geq 70\%$ μ ORO and BUP plasma levels ≥ 2 ng/mL to break the cycle of addiction

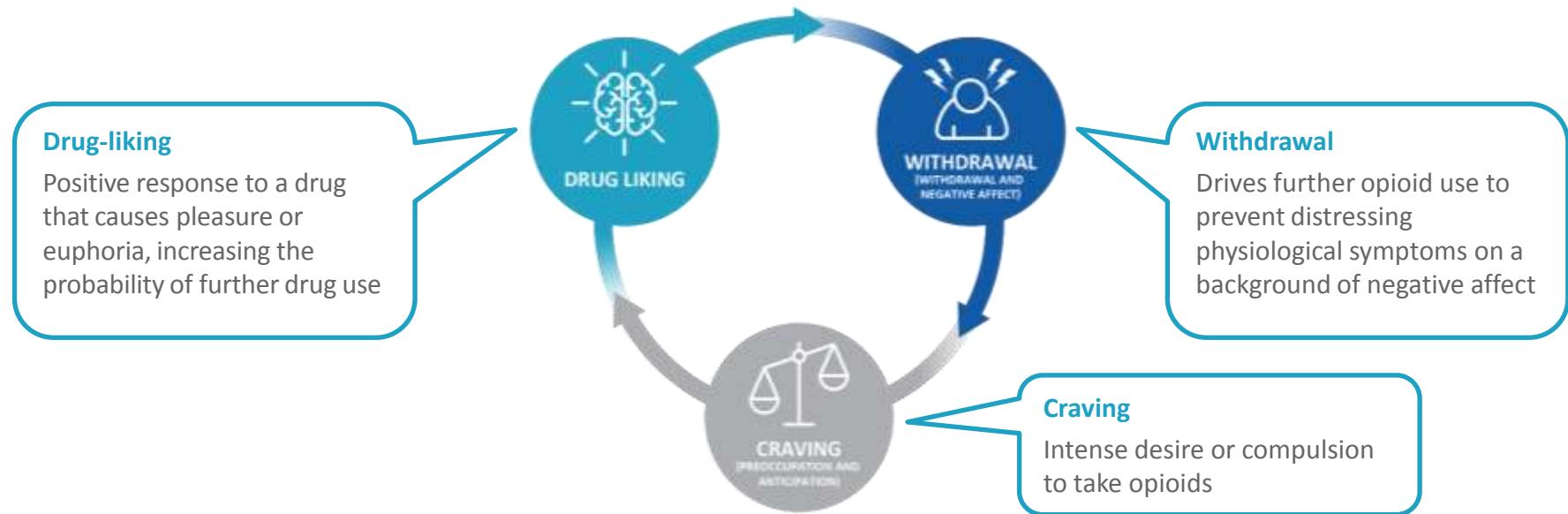




OUD and the Opioid Receptor System



OUD is driven by drug liking, withdrawal and craving



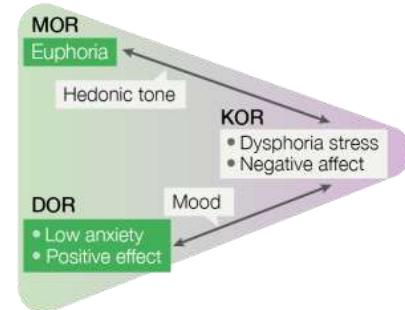
OUD, opioid use disorder.

US Department of Health and Human Services. Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health. Washington, DC: HHS, 2016.
Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424857/pdf/Bookshelf_NBK424857.pdf (accessed October 2019).

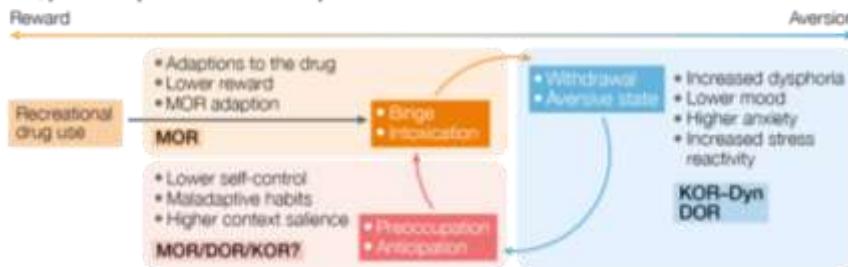


The opioid receptor system in physiological reward and aversion, and the cycle of addiction

a Opioid system physiology

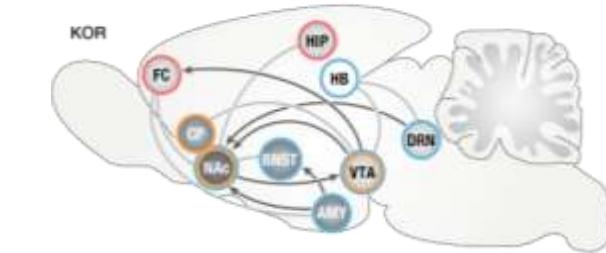
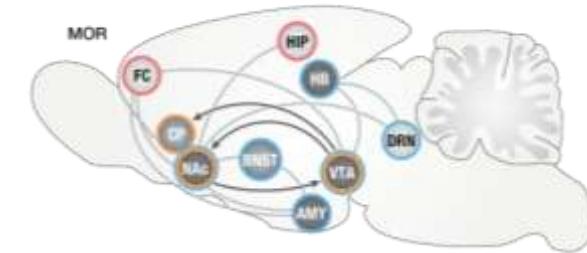


b Opioid receptors in the disease process

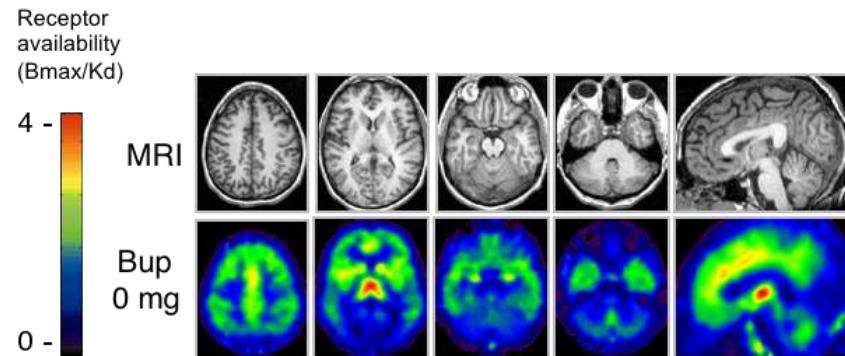


DOR, δ-opioid receptor; KOR, κ-opioid receptor; MOR, μ-opioid receptor.
Darcq E and Kieffer BL. *Nat Rev Neurosci* 2018;19:499–514.

c Opioid receptor function in addiction circuits



μ ORs are widely expressed in the brain and are the main target of opioids



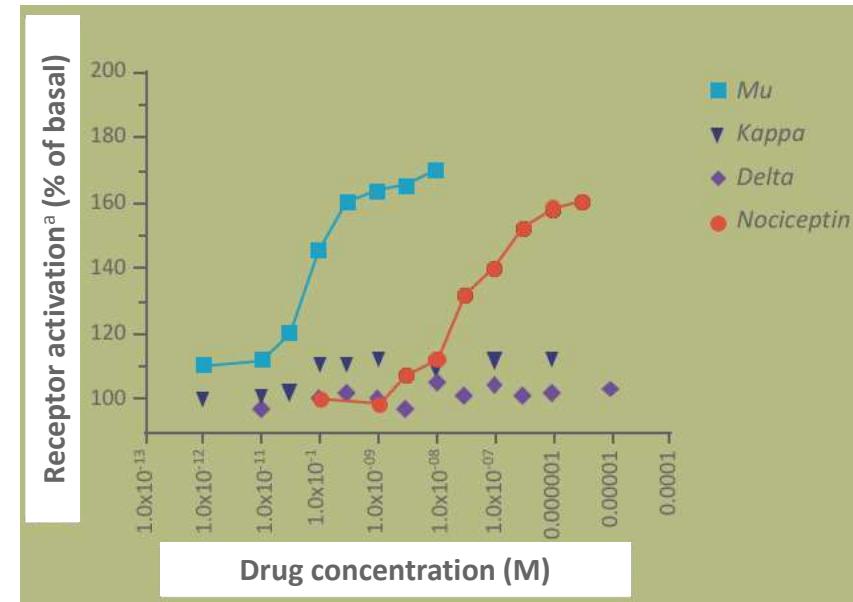
- **Endogenous ligands:** endorphins
- **Exogenous ligands:**
 - Full agonists: methadone, heroin and fentanyl
 - Partial agonists: BUP, nalbuphine and butorphanol
 - Antagonists: naloxone, naltrexone and nalmefene
- **Pharmacodynamic effects:** analgesia, respiratory depression, abuse potential and physical dependence



BUP activates μ ORs at physiologically relevant concentrations

- Partial agonist at μ ORs
 - No activation of κ ORs or δ ORs (antagonism)
- High affinity for and slow dissociation from μ ORs
 - Agonist affinity for nociceptin receptors is 3,500 lower than μ OR

Clinical efficacy of BUP due to its partial agonist effects at μ ORs



^aMeasured by the [³⁵S]GTPgamma-S binding assay to examine G protein activation following agonist binding.
δOR, δ-opioid receptor; κOR, κ-opioid receptor; μOR, μ-opioid receptor; GTP, guanosine triphosphate.
Huang P et al. *J Pharmacol Exp Ther* 2001;297:688-695.





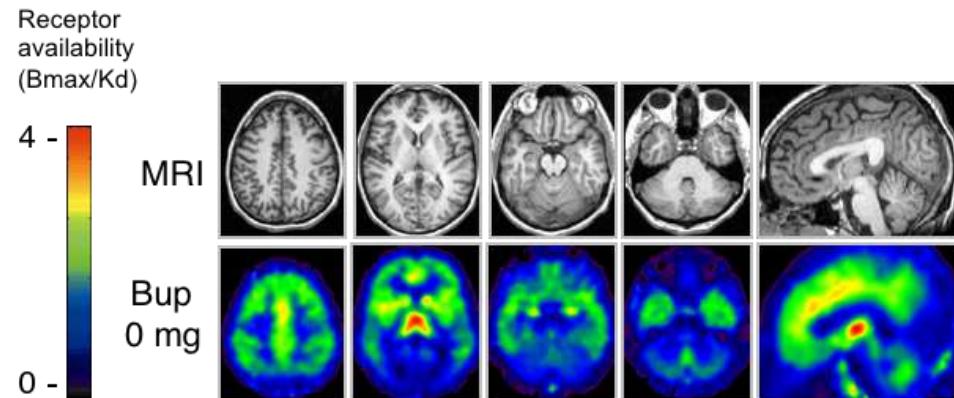
Foundational Studies of BUP in OUD^{1,2}

1. Greenwald MK et al. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:2000–2009;
2. Greenwald M et al. *Biol Psychiatry* 2007;61:101–110.



[¹¹C]-carfentanil PET is used to estimate μ ORO

- [¹¹C]-carfentanil has high selectivity and affinity for μ ORs¹
- [¹¹C]-carfentanil infused after administration of BUP to examine differential binding between the two¹
- **Receptor occupancy is the inverse of availability^{a,2}**



^aReceptor availability (BP_{ND}) = 100% minus the percentage of μ ORs occupied by BUP.²

μ OR(O), μ -opioid receptor (occupancy); BP_{ND} , non-displaceable binding potential; Bup, buprenorphine; MRI, magnetic resonance imaging; PET, positron emission tomography.

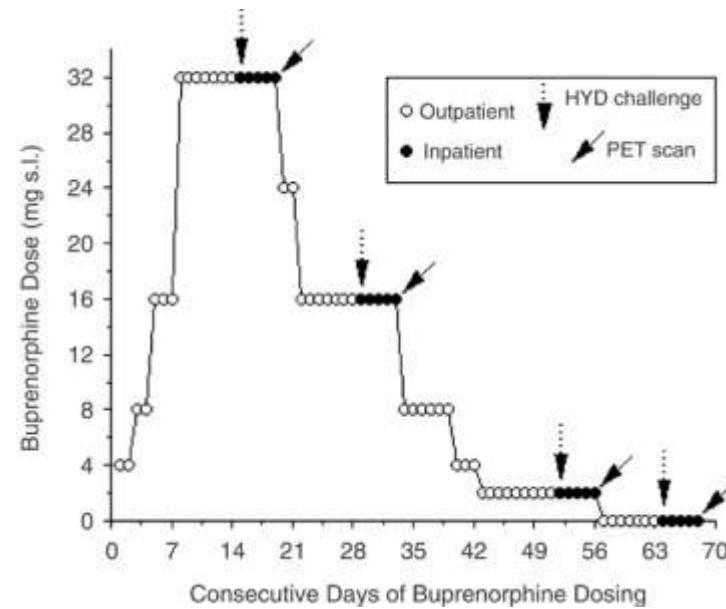
1. Greenwald MK et al. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:2000–2009; 2. Greenwald MK et al. *Drug Alcohol Depend* 2014;0:1–11.



Study 1: correlating BUP dose with plasma concentration, μ OR availability, drug-liking and withdrawal

Methods

- Patients stabilised on descending doses of BUP and challenged with HYD at each BUP dose
- PET performed 5 days after HYD challenge and 4 hours after last dose of BUP
- Plasma levels of BUP and opioid symptoms also recorded

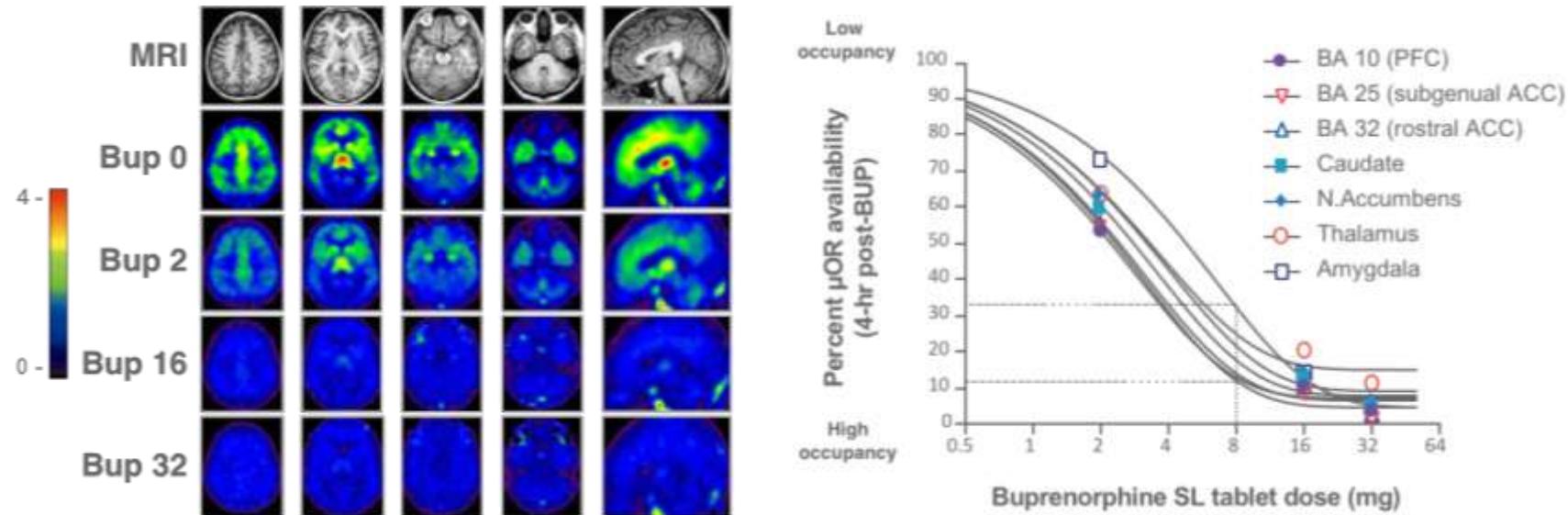


μ OR, μ -opioid receptor; HYD, hydromorphone; PET, positron emission tomography.
Greenwald MK et al. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:2000–2009.



Study 1: BUP dose-dependently decreases μ OR availability^a

Results



^aPlease note that the maximum dose of buprenorphine in France is 24 mg/day.

μ OR, μ -opioid receptor; ACC, anterior cingulate cortex; Bup/BUP, buprenorphine; MRI, magnetic resonance imaging; PFC, prefrontal cortex; SL, sublingual.

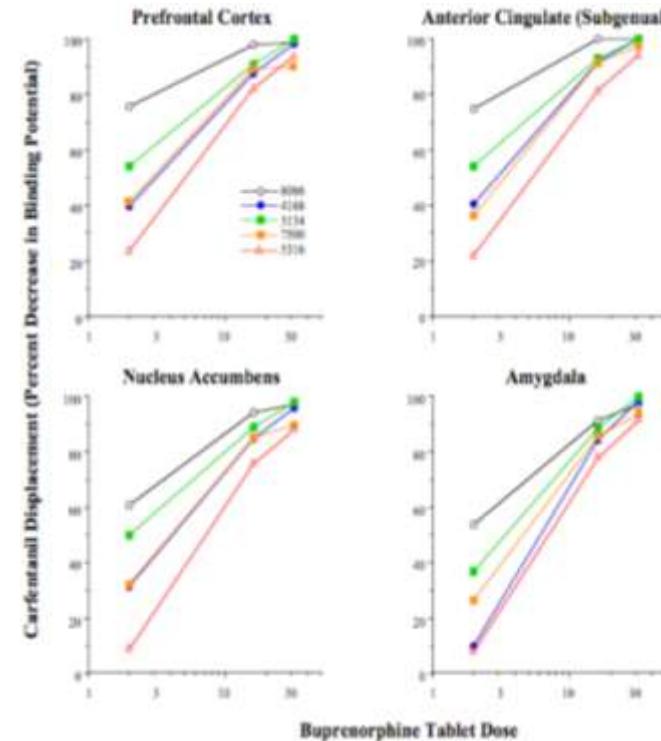
1. Greenwald MK et al. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:2000–2009; 2. Greenwald MK et al. *Drug Alcohol Depend* 2014;144:1–11.



Study 1: inter-subject variability in μ OR availability is greatest at the lowest BUP dose

Three main results

- Dose response for all participants
- Comparable binding effect of 32 mg QD, suggesting that 16 mg QD is sufficient to occupy most brain μ ORs
- Greatest inter-subject variability at the lowest dose (2 mg QD)



μ OR, μ -opioid receptor; QD, once daily.

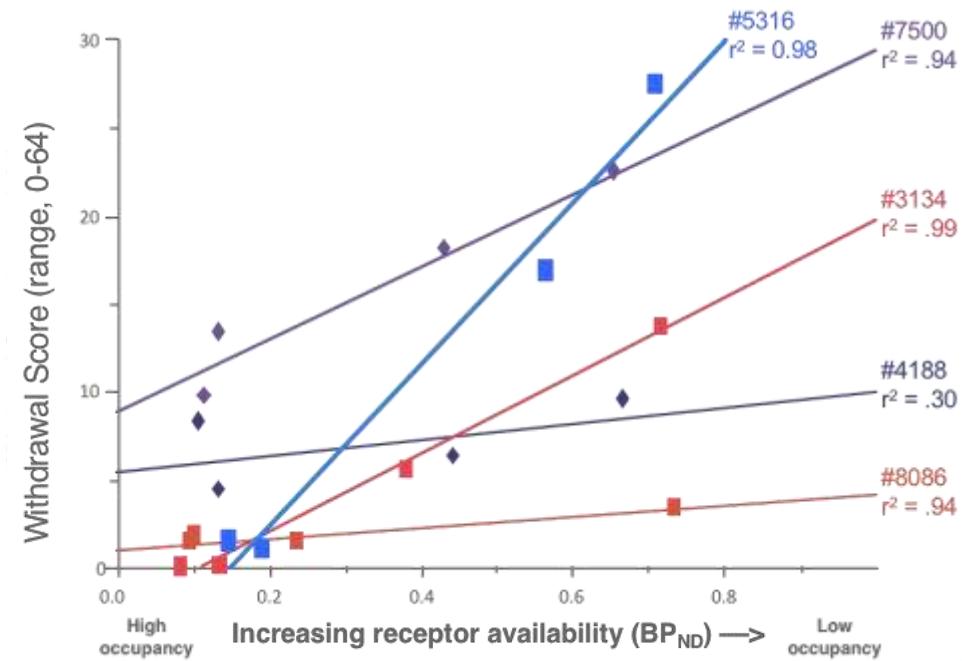
Greenwald MK et al. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:2000–2009.



Study 1: μ OR occupancy predicts withdrawal suppression^{1,2}

Results (individual patients)

- Among five patients, opioid withdrawal total symptom scores paralleled BUP-induced μ OR availability (r^2 = correlation coefficient)



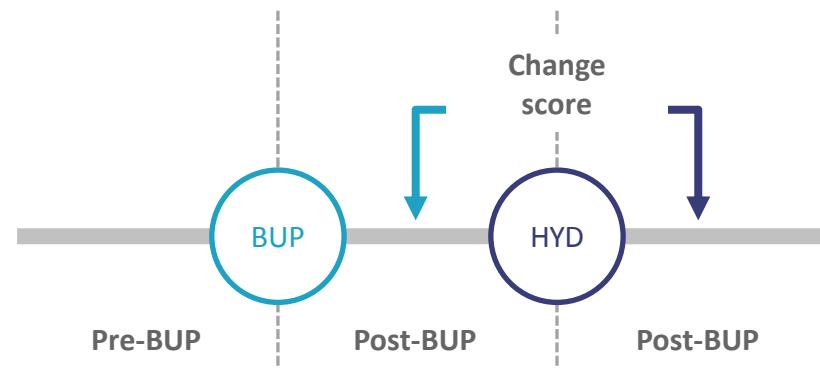
μ OR(O), μ -opioid receptor; BP_{ND}, non-displaceable binding potential.

1. Greenwald MK et al. *Neuropharmacology* 2003;28:2000–2009; 2. Greenwald MK. In: McKenna CR. Trends in Substance Abuse Research. 2006. Nova Science Publishers, Inc., New York, USA.

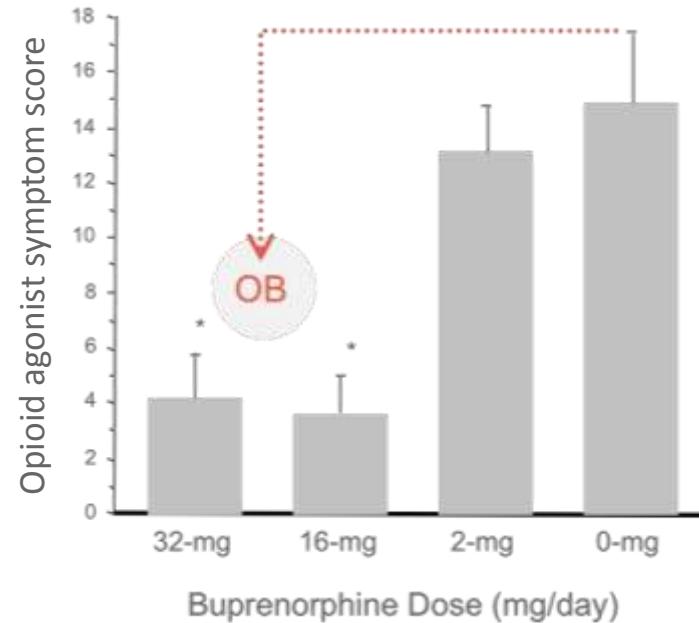


Study 1: opioid blockade is significantly greater with high vs low doses of BUP

Results



Comparable effect of 16 mg and 32 mg BUP on opioid blockade (N=5)



*Denotes a statistically significant difference.

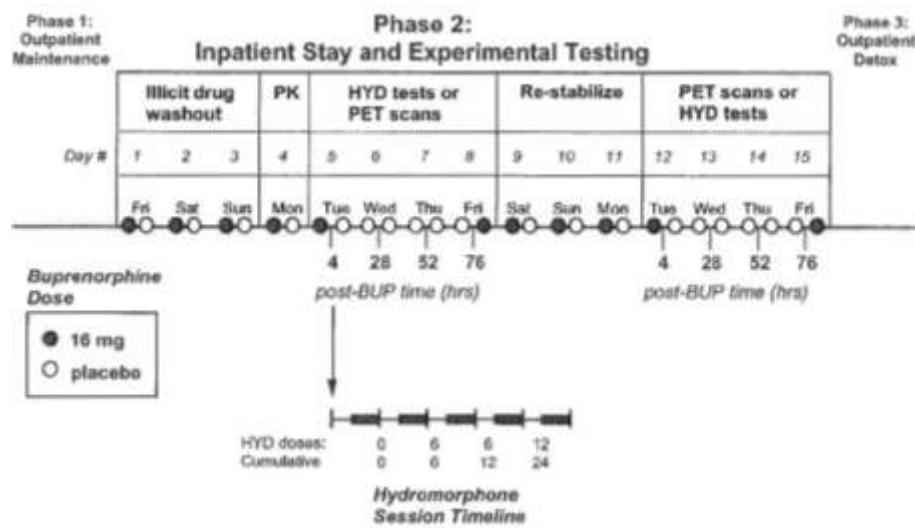
BUP, buprenorphine; HYD, hydromorphone; OB, opioid blockade.
Greenwald MK et al. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:2000–2009.



Study 2: effect of time since BUP dose on plasma concentration, µOR availability, withdrawal and opioid blockade

Methods

- Patients stabilised on 16 mg BUP
- Experimental testing
 - PK: recorded pre-BUP dosing and at regular intervals ≤24 hours post dosing
 - HYD challenge followed by PET, or vice versa
 - Subjective assessments

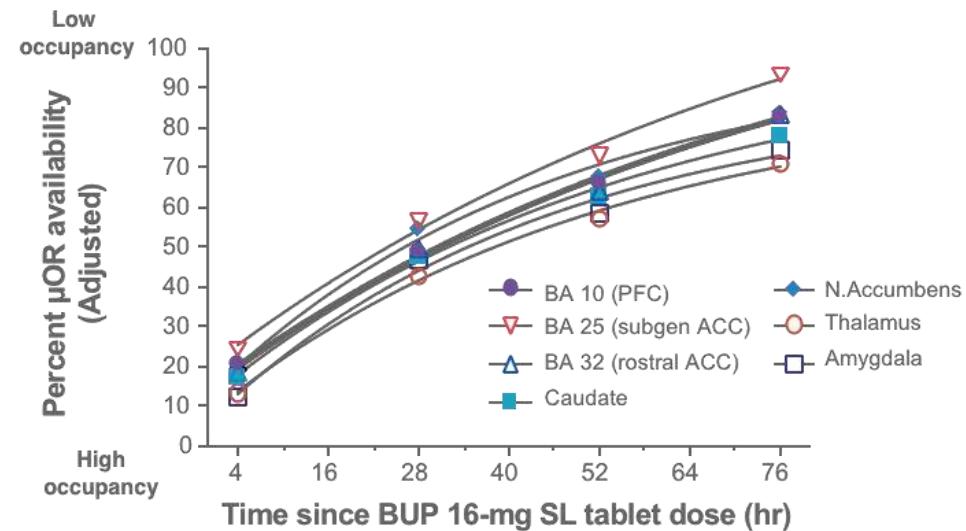
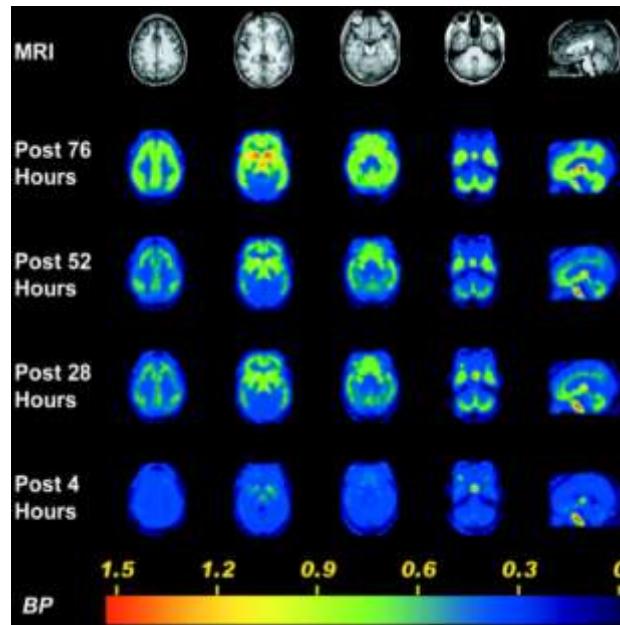


BUP, buprenorphine; HYD, hydromorphone; PET, positron emission tomography; PK, pharmacokinetics; VAS, visual analogue scale.
Greenwald M et al. *Biol Psychiatry* 2007;61:101–110.



Study 2: μ OR availability increases over time after BUP administration

Results

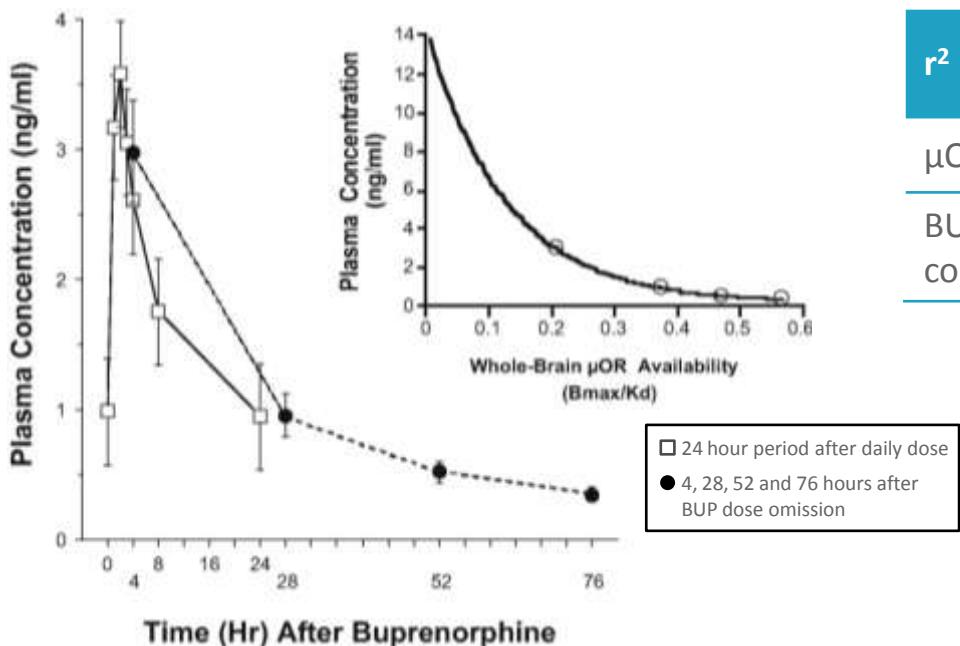


ACC, anterior cingulate cortex; μ OR, μ -opioid receptor; BP, binding potential; BUP, buprenorphine; MRI, magnetic resonance imaging; PFC, prefrontal cortex; SL, sublingual.
1. Greenwald M et al. *Biol Psychiatry* 2007;61:101–110; 2. Greenwald MK et al. *Drug Alcohol Depend* 2014;0:1–11.



Study 2: time-dependent decreases in plasma concentration of BUP correlates exponentially with μ OR availability

Results



r^2	BUP plasma concentration
	μ OR availability
	0.942* (linear)
	BUP plasma concentration
	0.999* (exponential)

*Denotes statistical significance.

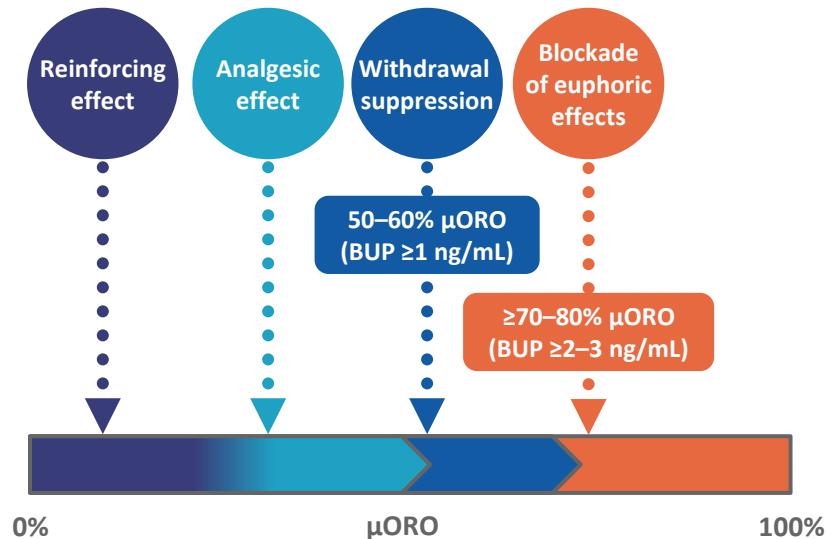
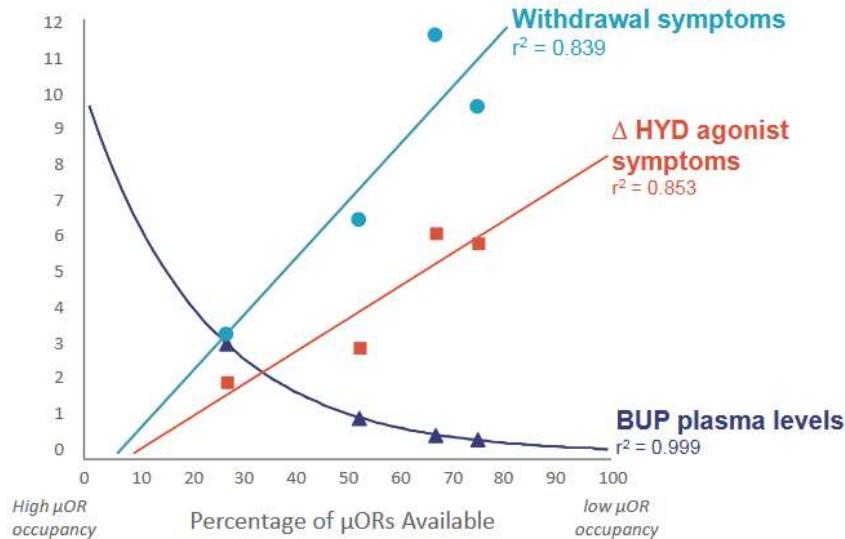
μ OR(O), μ -opioid receptor (occupancy).

Greenwald M et al. *Biol Psychiatry* 2007;61:101–110.



Study 2: μ ORO is linearly related to suppression of withdrawal and opioid agonist subjective effects¹

μ ORO \geq 70% suppresses withdrawal and opioid agonist subjective effects^{1,2}



μ OR(O), μ -opioid receptor (occupancy); BUP, buprenorphine; HYD, hydromorphone.

1. Greenwald M et al. *Biol Psychiatry* 2007;61:101–110; 2. Greenwald MK et al. *Drug Alcohol Depend* 2014;0:1–11.





Summary



All three drivers of OUD can be addressed by maintaining a therapeutic BUP threshold

μ ORO is dose- and time-dependent^{1–3}

μ ORO correlates with BUP plasma levels^{1,2}

Maintaining a therapeutic threshold is critical to addressing the three drivers of OUD^{2,3}

Optimal dosing is critical to achieving appropriate μ ORO

BUP plasma levels ≥ 2 ng/ml are required for $\geq 70\%$ μ ORO

BUP plasma levels ≥ 2 ng/ml are associated with suppression of withdrawal, craving and drug liking



Données de pharmacologie psycho-comportementale: Que nous révèle la cohorte ADDICTAQUI des relations entre dosages oraux de buprénorphine, craving et sévérité de l'addiction?

Fuschia Serre

Laboratoire de Psychiatrie: Phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, addictologie et psychiatrie

Disclosures

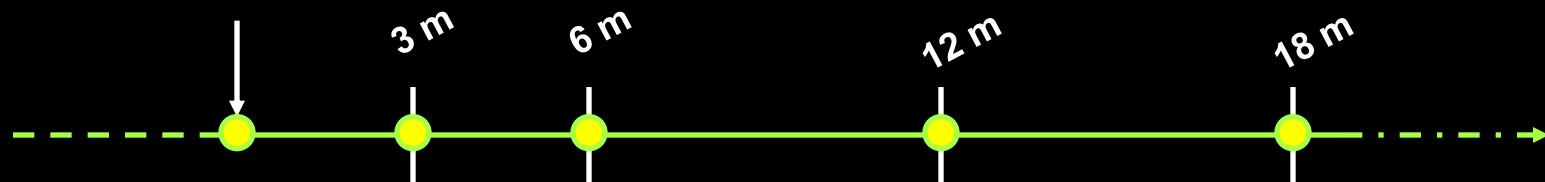
- Honoraria from Indivior

COHORTE ADDICTAQUI: Cohorte Addiction Aquitaine

- Cohorte prospective ouverte, initiée en 1994, incluant les sujets pris en charge pour leur addiction au Pôle d'Addictologie (CH Charles Perrens – CHU Bordeaux) et au CSAPA BIZIA (Bayonne)
- Depuis 1994:
 - Plus de 4,500 patients inclus
 - Plus de 250 inclusions/an
- Objectifs
 - Evaluer l'impact de la PEC à moyen et long terme
 - Comprendre les trajectoires et les prédire grâce aux caractéristiques bio-médico-psycho-sociales
 - Etudier profils/type d'addiction
 - A long terme: mieux comprendre et mieux intervenir

Cohorte ADDICTAQUI: Méthode

Base: Inclusion



● Evaluations =

- ✓ Caractéristiques socio-démographiques
- ✓ Statut médical
- ✓ Emploi/ressources
- ✓ Historique de traitement
- ✓ Usage de substances
- ✓ Addictions sans substances
- ✓ Relations familiales et sociales
- ✓ Etat psychologique

ASI
+ dosage urinaire
+ craving

- ✓ Psychopathologies actuelles et passées: MINI, BAI, BDI, CAADID
- ✓ Personnalité: ERS, TCI-125, EPI
- ✓ Qualité de vie: NHP, ASI
- ✓ Pratiques à risques: RAB
- ✓ Fonctions exécutives: IGT
- ✓ Sommeil: PSQI, actimétrie, ESS, ISI

Cohorte ADDICTAQUI: Devenir à 1 an des patients opiacés

- Sélection des patients ayant débuté un traitement par buprénorphine ou méthadone
- Evaluations à l'inclusion et à 1 an (± 3 mois)
 - Description de l'évolution en conditions naturalistes
 - Comparaison des caractéristiques à l'inclusion entre buprénorphine et méthadone
- Echantillon/caractéristiques à l'inclusion
 - Patients entrés en ttt entre 1994–2015
 - N=283
 - MET=173, BUP=110
- Comparaison BUP/MET à l'inclusion
 - 2 groupes similaires: âge, sexe, comorbidités médicales et psychiatriques, sévérité de l'addiction (ASI), qualité de vie (NHP)
 - Groupe buprénorphine:
 - d'usage vie entière d'héroïne et cocaïne
 - + d'usage d'alcool (intox) au cours des 30 derniers jours

Cohorte ADDICTAQUI: Devenir à 1 an des patients opiacés

- Evolution à 1 an
 - 4% ont arrêté leur traitement/7% ont changé de traitement
 - Dose moyenne:
 - BUP: 14.5 mg (ET=8.6), median=12
 - MET: 89.5 mg (ET=55.4), median=80
 - Diminution nombre d'usagers d'opiacés: de 74% à 26%
 - Diminution nombre de jours de conso au cours des 30 dj: de 20 jours à 2 jours
 - Amélioration significative
 - Sévérité multidimensionnelle de l'addiction (domaines de l'ASI: Alcool, Substance, Legal, Familial/Social and Psychiatrique)
 - Qualité de vie (tous les domaines de la NHP)

Cohorte ADDICTAQUI: Devenir à 1 an des patients opiacés

- Evolution à 1 (suite)
 - Amélioration de la sévérité de l'addiction (score composite 'Drogue' de l'ASI)
 - Pas associée à année d'inclusion ($p=0.1327$), ni au nb de ttt antérieurs ($p=0.910$)
 - Associée (et inversement corrélée) à la dose dans le groupe buprénorphine ($p=0.021$) mais pas dans le groupe méthadone ($p=0.375$)
 - Ceux qui s'améliorent le moins sont ceux à qui on prescrit une dose plus forte de traitement
 - Corrélée à la sévérité à l'inclusion
 - Les plus sévères sont ceux qui s'améliorent le plus ($r=0.608$, $p<0.001$)

Cohorte ADDICTAQUI: Devenir à 1 an des patients opiacés

Comparaison BUP/MET

- Amélioration significative
 - Dans les 2 groupes
 - Nombre d'usagers d'héroïne, d'autres opiacés
 - Nombre de jours d'usage d'héroïne, d'autres opiacés
 - Scores composites ASI: Substance, Légal, Psychiatrique
 - Groupe buprénorphine uniquement
 - Diminution significative de l'usage d'alcool, benzodiazépine et cocaïne
 - Amélioration des scores composites ASI domaines alcool et familial/social

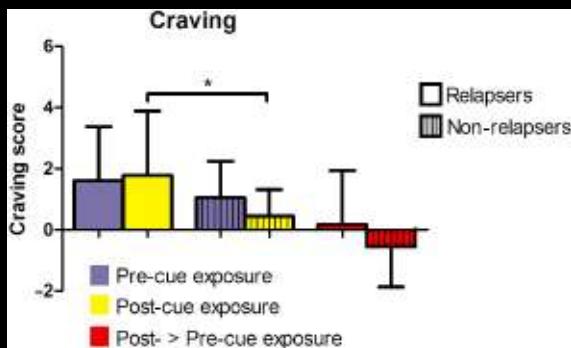
Le craving: Définition

- Composante centrale de l'addiction
 - Désir irrépressible
 - Perte de contrôle
- Rôle majeur dans la rechute?

Le craving: Lien avec la rechute

Dans la littérature

- **Li et al. 2015:**
49 patients traités par méthadone
Suivi à 3 mois
Rechuteurs: plus de craving face aux cues que les non-rechuteurs
- **Tsui et al. 2014:**
147 patients traités par buprénorphine
Augmentation de craving associée à plus d'usage d'opiacés dans les 2 semaines suivantes
- **McHugh et al. 2014:**
360 patients TU opiacés prescrits traités par buprénorphine
Augmentation de craving associée à plus d'usage d'opiacés dans la semaine suivante
- **Northrup et al. 2015:**
653 patients traités par buprénorphine
Niveau initial de craving plus faible et plus grande diminution du craving au cours du temps, associés à abstinence plus longue

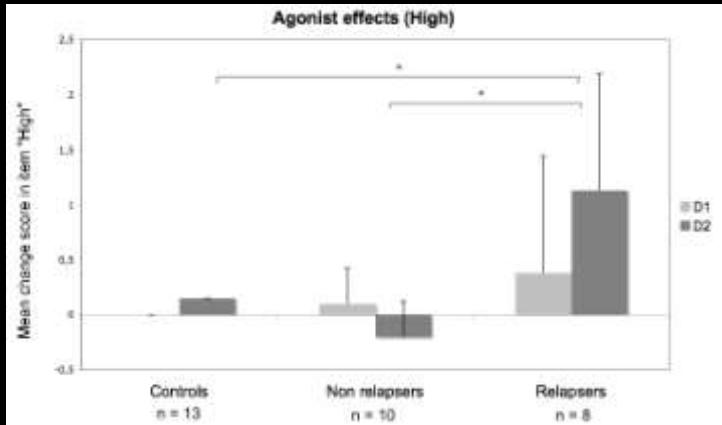


Addiction Biology 20(5);968–978

Le craving: Lien avec la rechute

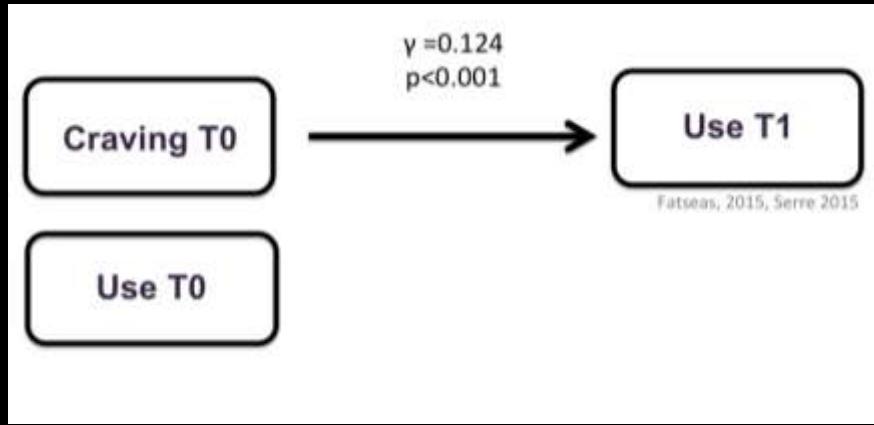
Dans la cohorte ADDICTAQUI

En laboratoire (3 mois)



Fatseas, Denis et al. 2011

En vie quotidienne (3 heures)

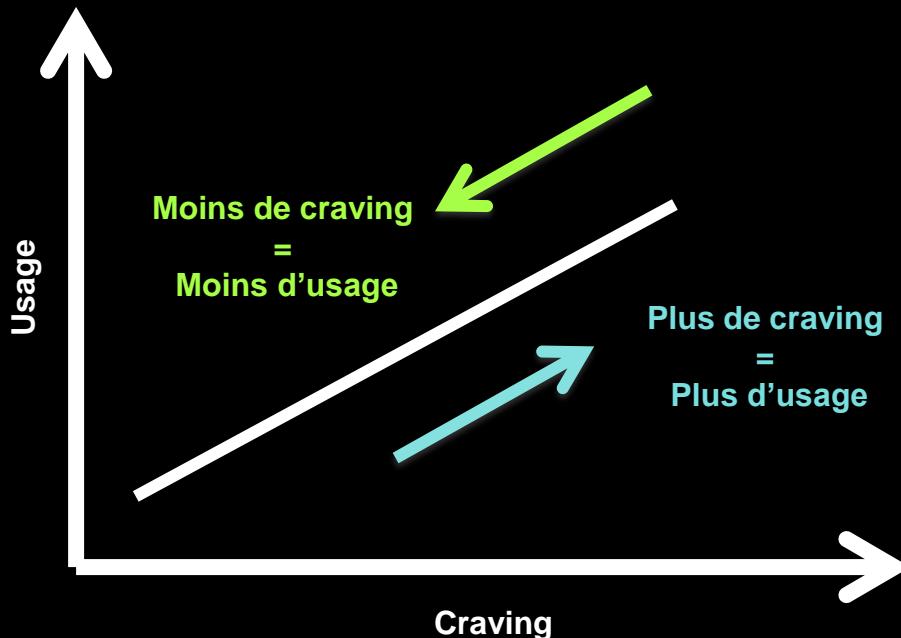


Fatseas, Serre et al. 2015



Le craving: Lien avec la rechute

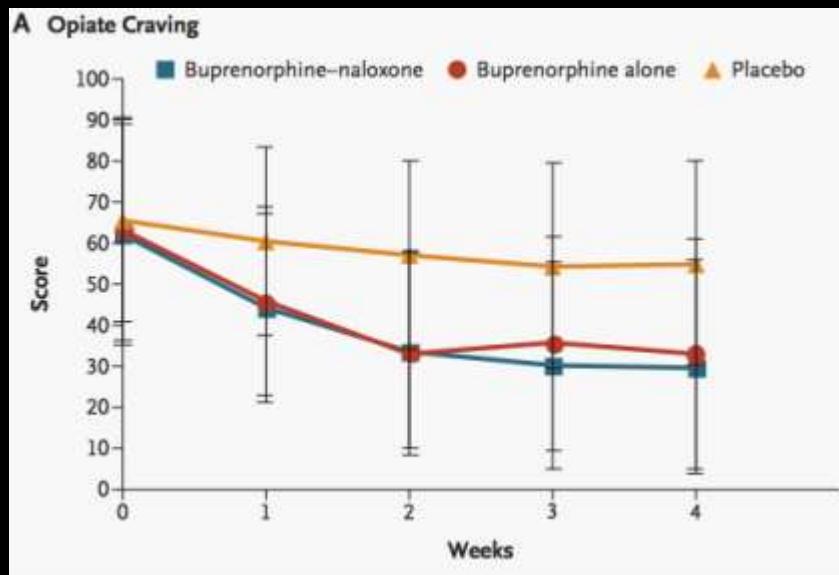
Dans la cohorte ADDICTAQUI



Impact de la buprénorphine sur le craving

Lien dose de buprénorphine/craving

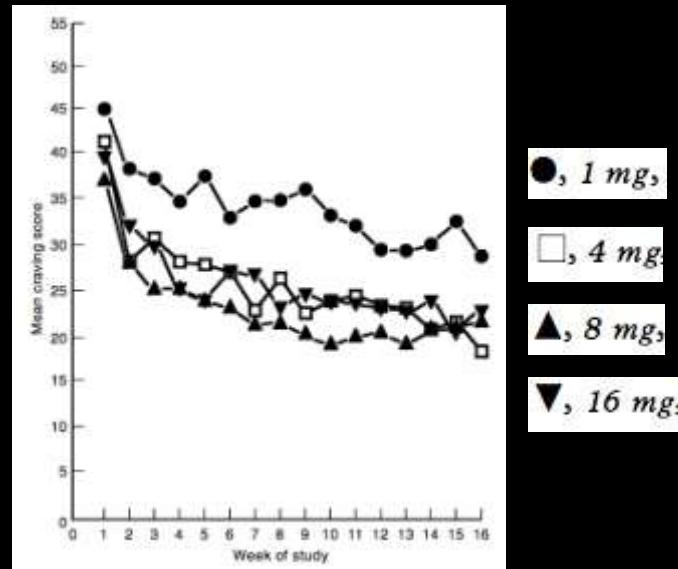
Dans la littérature



Lien dose de buprénorphine/craving

Dans la littérature

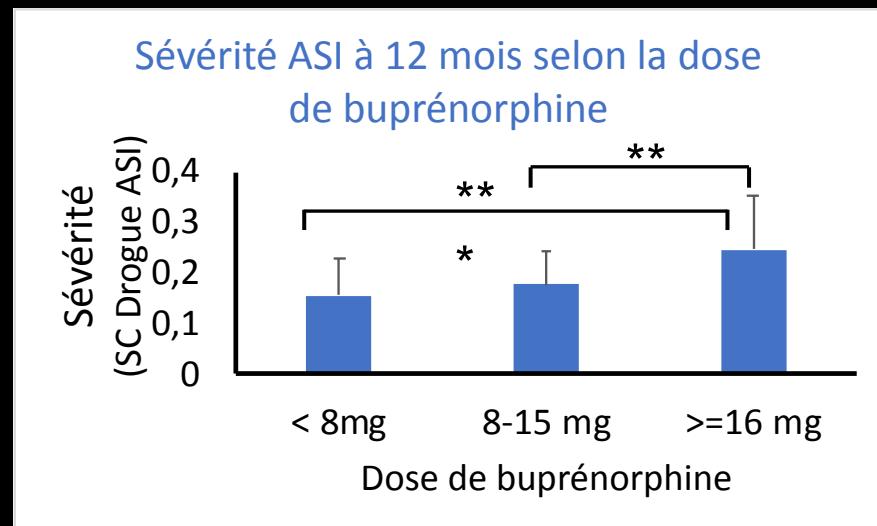
Effet dose-dépendant



Lien dose de buprénorphine/sévérité

Dans la cohorte ADDICTAQUI

- Analyse transversale **inter-individuelle** (N=86)
 - A 12 mois, dose de buprénorphine + élevée chez:
 - Ceux qui ont consommé de l'héroïne au cours des 30 derniers jours
 - Ceux ayant une sévérité + importante à l'inclusion
 - Ceux ayant une sévérité + importante à 12 mois



Lien dose de buprénorphine/craving

Dans la cohorte ADDICTAQUI

- Analyse transversale intra-individuelle
- Chez ceux ayant au moins 2 évaluations (N=29, 91 évaluations)
- Chez un individu, une augmentation de la dose de buprénorphine est associée à:
 - Une diminution de l'intensité du craving
 - Une diminution de la probabilité de consommer des opiacésau cours de la même période d'évaluation de suivi

Conclusions

- Dans la cohorte ADDICTAQUI
 - Traitement buprénorphine
 - Analyse prospective
 - Amélioration de la sévérité de l'addiction
 - Diminution de la consommation d'opiacés, d'alcool, de cocaïne
 - Amélioration de la qualité de vie
 - Analyse transversale à 1 an
 - Dose plus élevée chez les patients les plus sévères
 - Analyse intra-individuelle
 - Augmentation de dose associée à diminution du craving et de l'usage

Colloque ATHS, Biarritz, 3 octobre 2019

Optimiser le succès thérapeutique à partir
des données de la recherche:
Comment traduire les données de la
recherche quand on est avec le patient?

Pr Mélina FATSEAS

Pôle Addictologie
CHU de Bordeaux
Université de Bordeaux
INRIA CNRS 5287

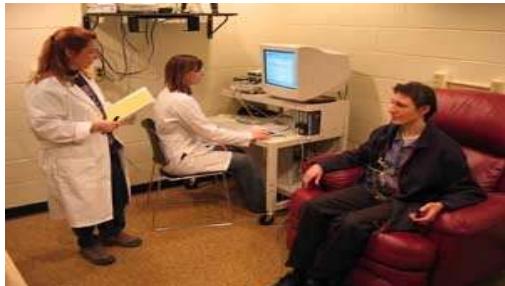


Disclosures

- Honoraria from Indivior

*Que nous ont appris
les données de la recherche?*

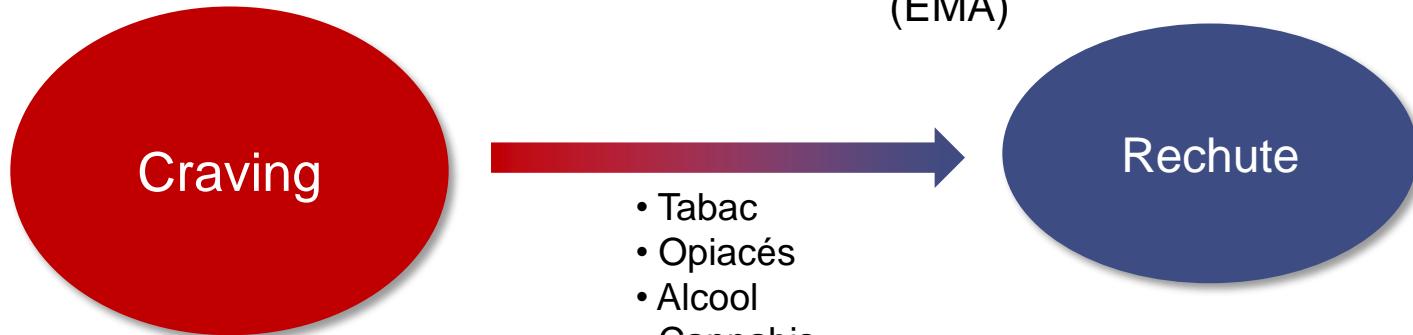
Le craving, facteur prédictif de rechute



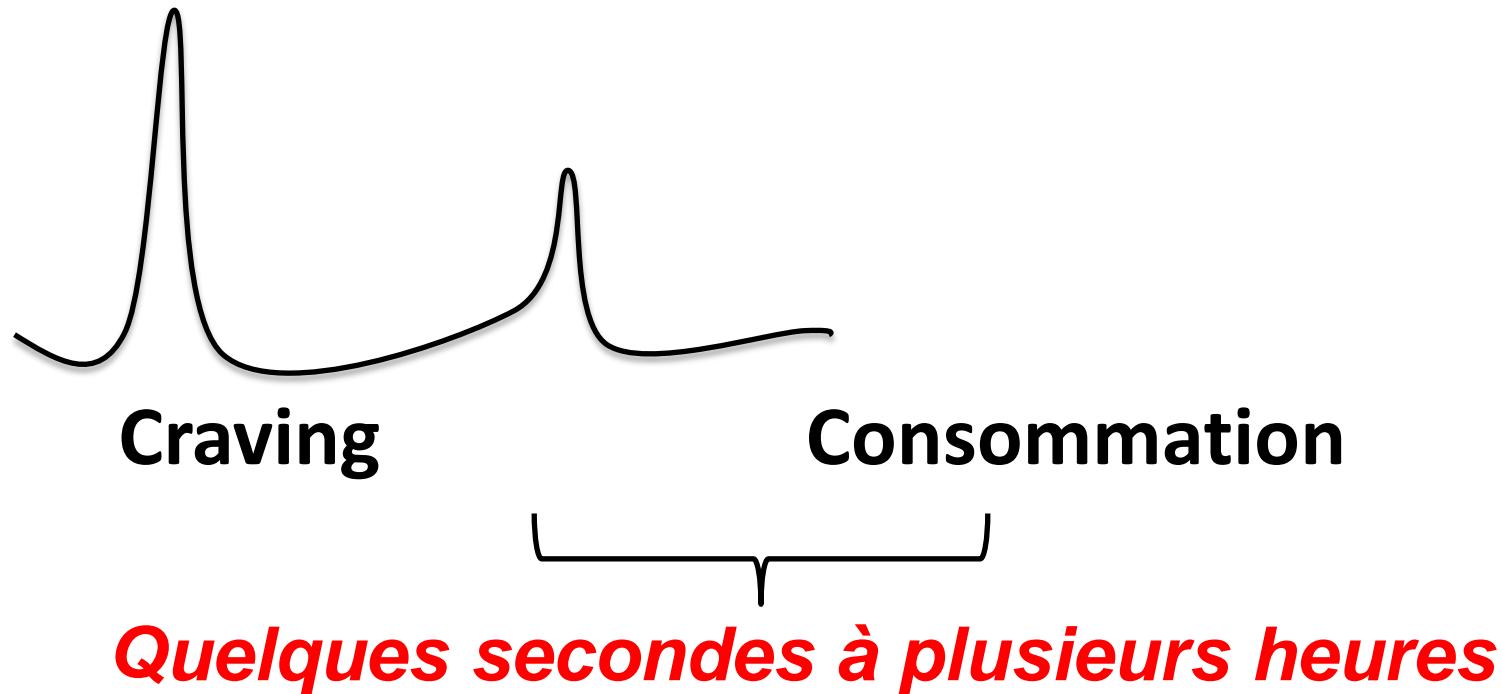
En conditions expérimentales



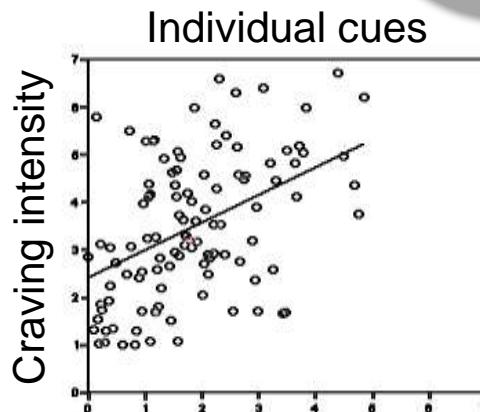
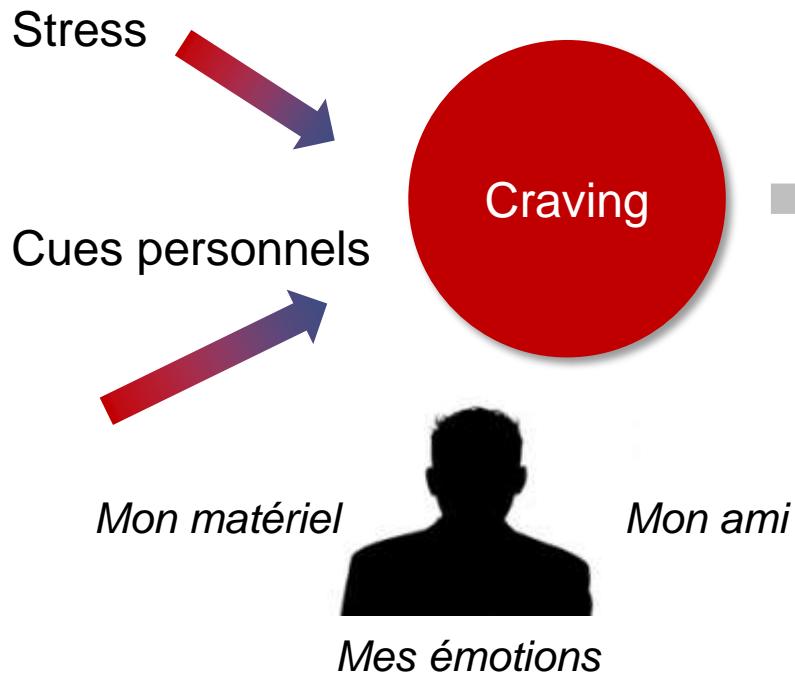
En vie quotidienne
(EMA)



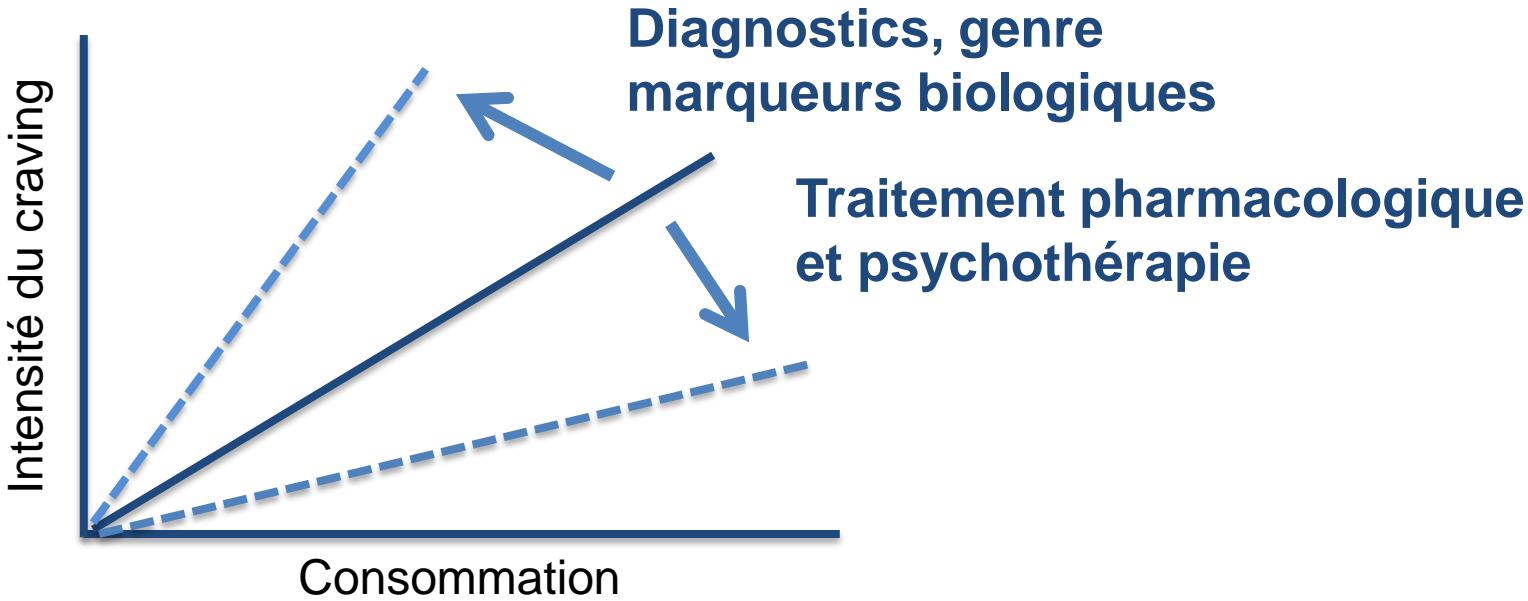
Le bref cycle de vie du craving



Rôle des variations intra-sujets



Et les variations inter-individuelles?



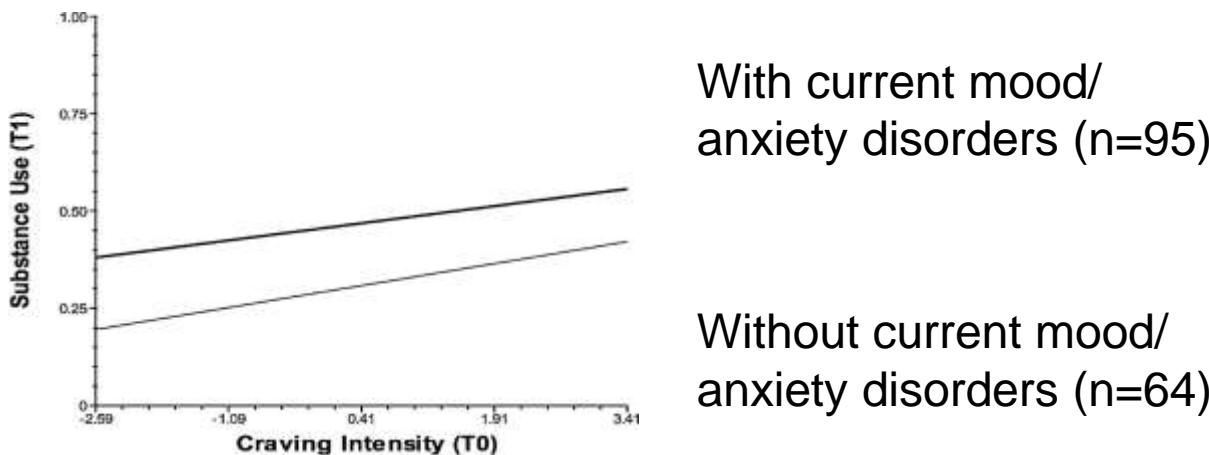


Full length article

Effects of anxiety and mood disorders on craving and substance use among patients with substance use disorder: An ecological momentary assessment study



Melina Fatseas^{a,b,c,1}, Fuschia Serre^{a,b,c,1}, Joel Swendsen^{a,d,e}, Marc Auriacombe^{a,b,c,f,*}



*Quelle traduction de ces données
en pratique clinique?*

Outcomes of opioid-dependence treatment across Europe: identifying opportunities for improvement

Gabriele Fischer¹, Felice Nava² and Heino Stöver³

Heroin Addict Relat Clin Probl 2012;14(4):39–50

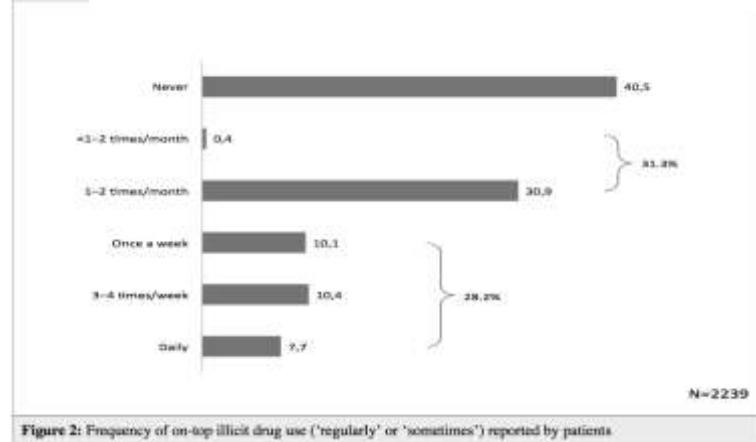


Figure 2: Frequency of on-top illicit drug use ('regularly' or 'sometimes') reported by patients.

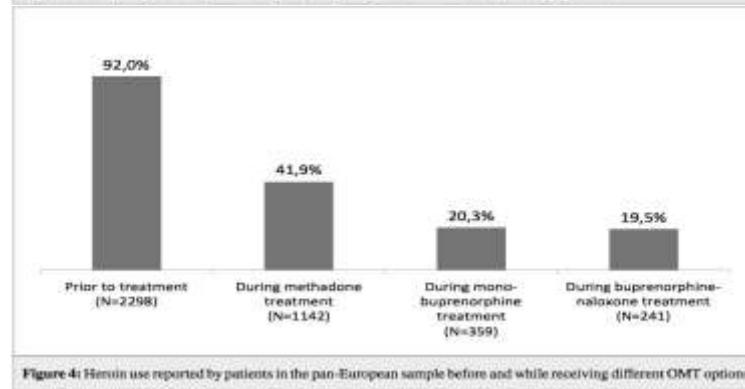


Figure 4: Heroin use reported by patients in the pan-European sample before and while receiving different OMT options

To get high occasionally (50%)

Drug treatment not controlling cravings very well (17%)

Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus

Maurice Dematteis, Marc Auriacombe, Oscar D'Agnone, Lorenzo Somaini, Néstor Szerman, Richard Littlewood, Farrukh Alam, Hannu Alho, Amine Benyamina, Julio Bobes, Jean Pierre Daulouede, Claudio Leonardi, Icro Maremmani, Marta Torrens, Stephan Walcher & Michael Soyka



- La cible des traitements est la réduction du craving
 - Prévenir la rechute ou le transfert d'addiction
- Le craving doit être évalué en pratique clinique
 - Evaluation initiale
 - Re-évaluations successives
- L'adaptation de la posologie est un élément essentiel
 - Réduction suffisante
 - Effet stable dans le temps

L'évaluation du craving en pratique

- Mesure simple et rapide de l'intensité du *craving* à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA)
 - ‘Ressentez-vous de fortes envies de consommer?’
 - ‘Entre 0 et 10, à combien évaluez-vous ces envies?’



Pas d'envie

Envie extrême

L'évaluation du craving en pratique

Approche multidimensionnelle

Emotions

*Envie irrépressible,
tension interne...*

Cognition

Pensées, attentes...

Comportement

*Recherche de produit
Augmentation des autres
consommations*

S. Somatiques

Fc, sueurs..



Idées suicidaires

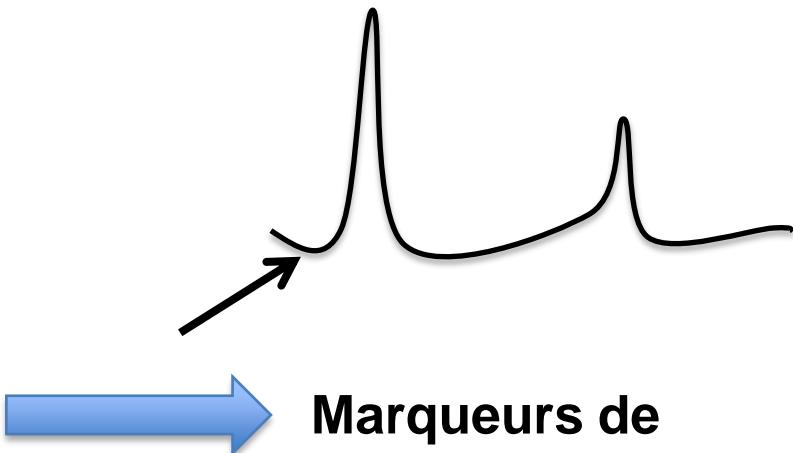
Humeur dépressive

Anxiété

Détresse émotionnelle

Une alerte dans le suivi des patients

- Mesure de l'intensité, de la fréquence et de la durée des épisodes
 - Carnets d'auto-observation
 - Technologies mobiles?
- Mesure des fluctuations temporelles du craving
 - Variations circadiennes
 - Déclencheurs
 - Approche personnalisée

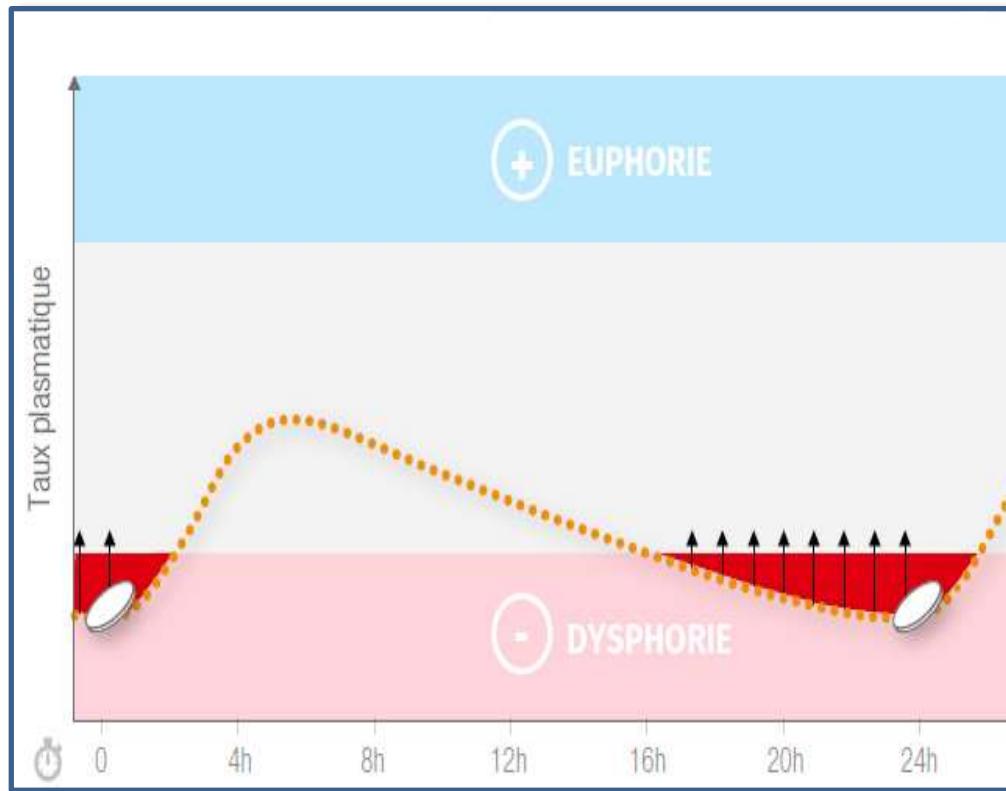


**Marqueurs de
vulnérabilité
à la rechute**

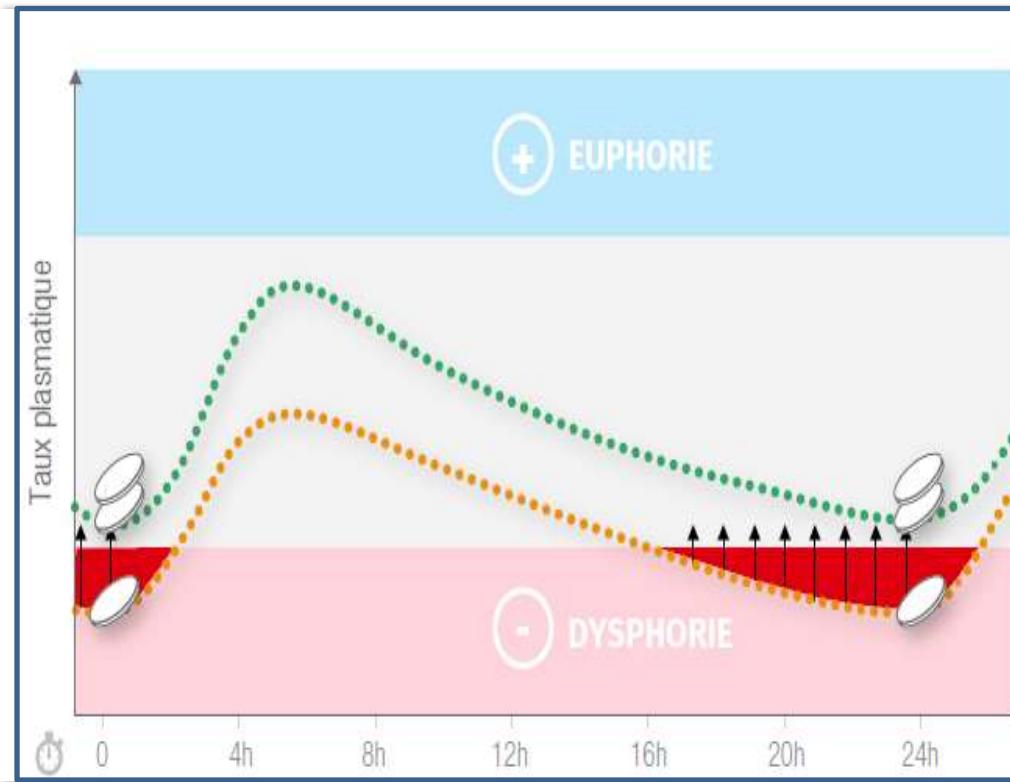
L'effet anti-craving est dose dépendant

- Adapter la posologie de buprénorphine au niveau de craving
 - **Réduction suffisante du craving**
 - **Limiter les variations circadiennes**
- Adapter la prise en charge psychothérapique
 - Contrôle des déterminants du craving/variations circadiennes

Relation dose et concentration plasmatique

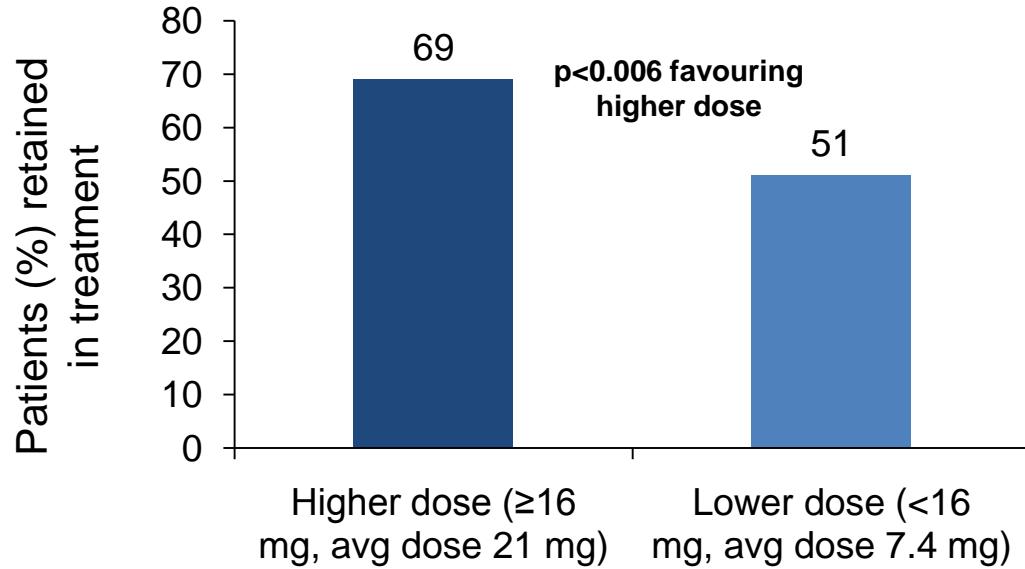


Relation dose et concentration plasmatique



Strong evidence that a high dose of buprenorphine is associated with better retention in treatment

- Meta-analyses of 21 RCTs conducted between 1960 and December 2010
- Treatment duration ranged from 3 to 48 weeks



Predictors of IOU: retention in treatment (\downarrow IOU); IOU, illicit opioid use; RCT, randomised controlled trial.
Fareed A et al. *J Addict Dis* 2012;31:8–18.



Pacini Editore & AU CNS

Regular article

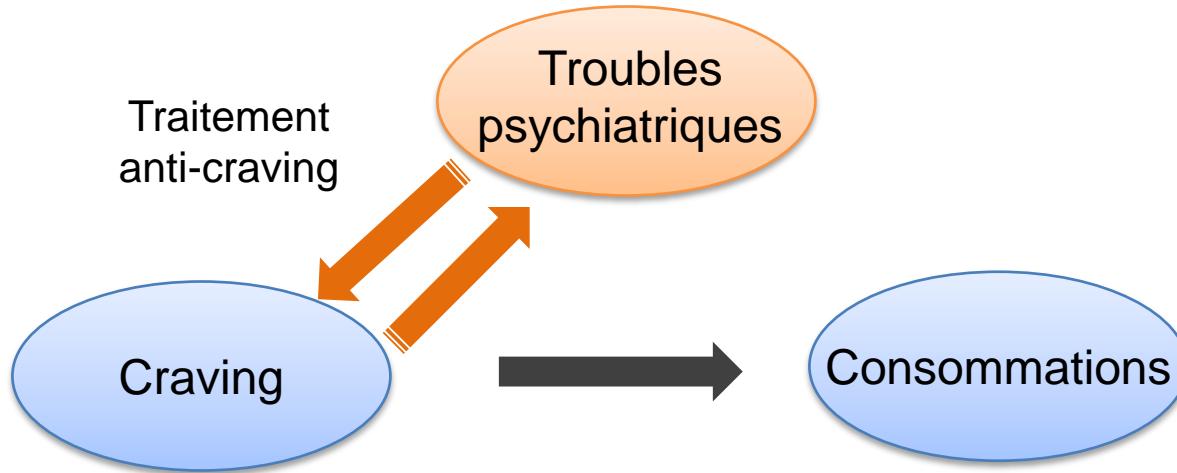
Heroin Addict Relat Clin Probl 2010; 12(1): 17-24

HEROIN ADDICTION &
RELATED CLINICAL
PROBLEMS

www.europad.org

Dose Determination in Dual Diagnosed Heroin Addicts during Methadone Treatment

Icro Maremmani ^{1,2,3}, Matteo Pacini ¹, Stefania Canoniero ⁴, Joseph Deltito ^{3,6},
Angelo G.I. Maremmani ^{2,3} and Alessandro Tagliamonte ⁵





Pacini Editore & A.U. CNS

Regular article

Heroin Addict Relat Clin Probl 2010; 12(1): 17-24

Dose Determination in Dual Diagnosed Heroin Addicts Treatment

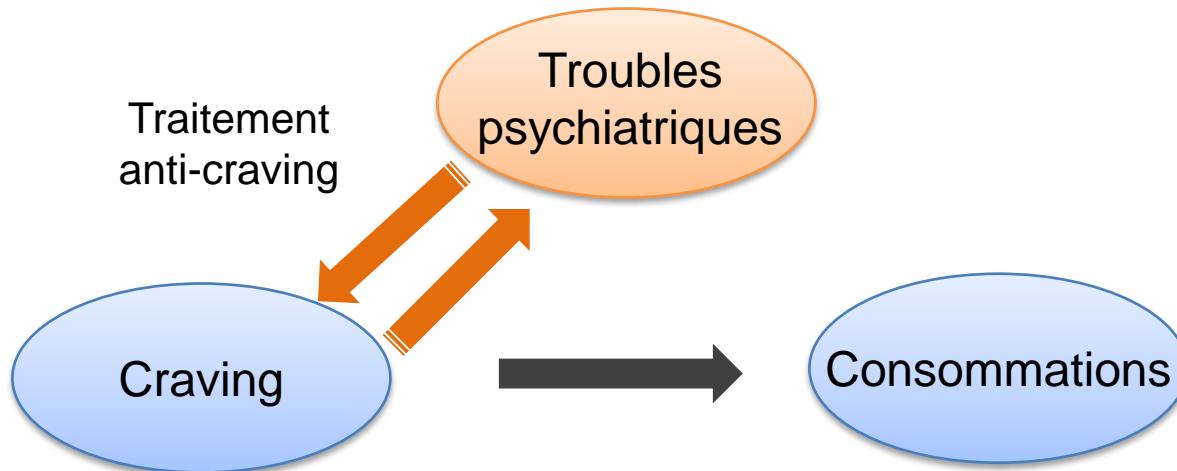
Icro Maremmani^{1,2,3}, Matteo Pacini¹, Stefania Canoniero⁴, Joseph Deltit¹
Angelo G.I. Maremmani^{2,3} and Alessandro Tagliamonte⁵

PRIMARY RESEARCH

Open Access

Do methadone and buprenorphine have the same impact on psychopathological symptoms of heroin addicts?

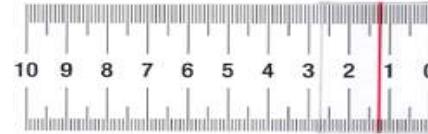
Angelo Giovanni Icro Maremmani^{1,2,3}, Luca Roval¹, Pier Paolo Pani⁴, Matteo Pacini^{1,3}, Francesco Lamanna⁵,
Fabio Rugani¹, Elisa Schiavil¹, Liliana Dell'Osso¹ and Icro Maremmani^{1,2,3*}



Vers une approche personnalisée

Evaluation initiale

Evaluer le craving et ses manifestations
Lister les déclencheurs ou *cues* individuels



Evaluation du craving et des facteurs de risque

A chaque consultation

EVA
Exposition aux facteurs de risque
Stimuli individuels
Stress et affects négatifs

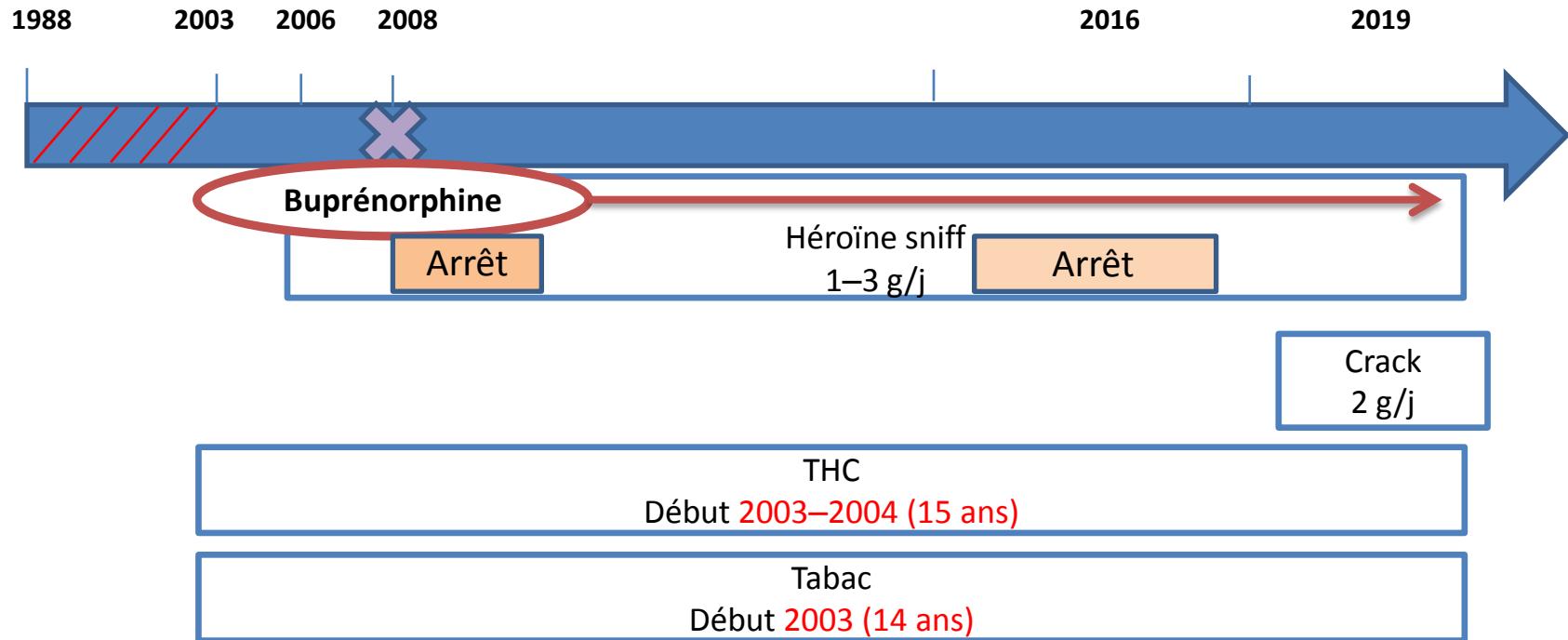
Intervention thérapeutique personnalisée

PEC ajustée aux marqueurs de vulnérabilité
Adaptation du traitement anti-craving
Psychothérapies ciblées

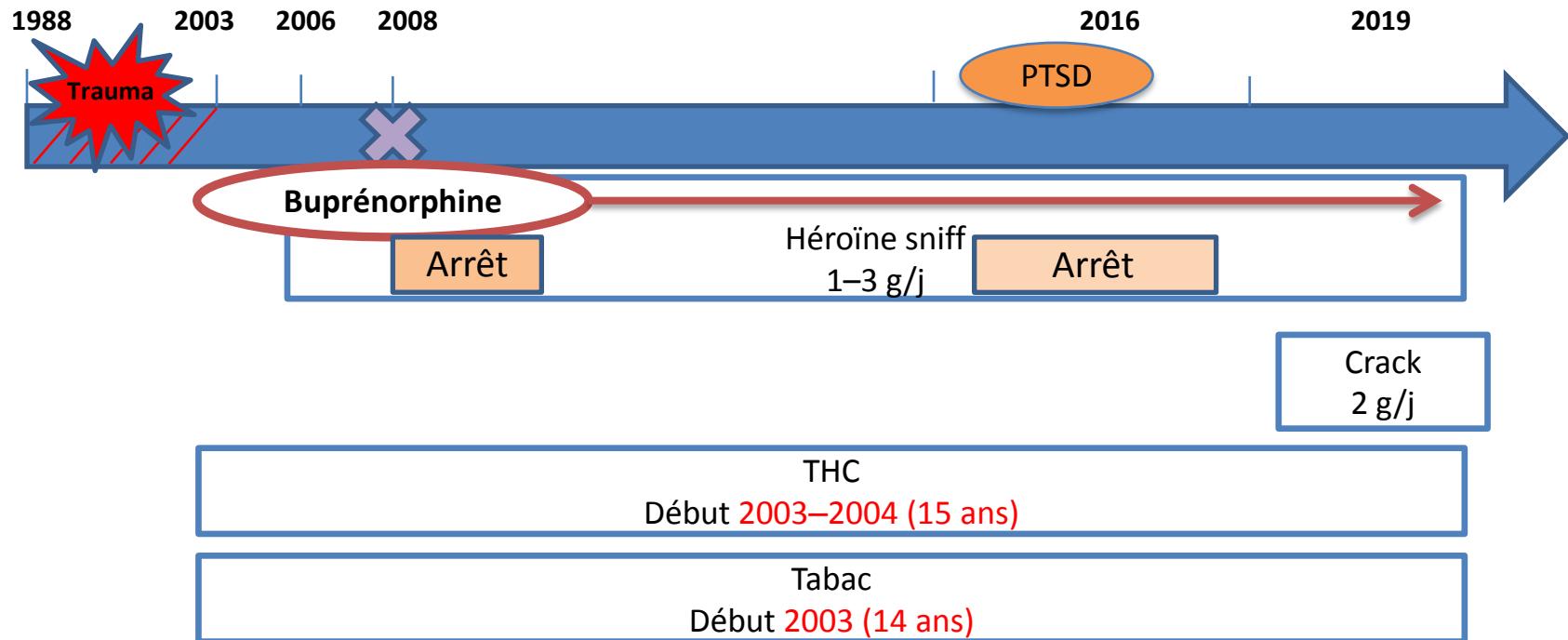
Vignette clinique

- Patient de 31 ans hospitalisé en unité d'addictologie
 - TU héroïne
 - **Associé à des consommations de crack depuis 6 mois**
- ATCD de TS par IMV (2008)

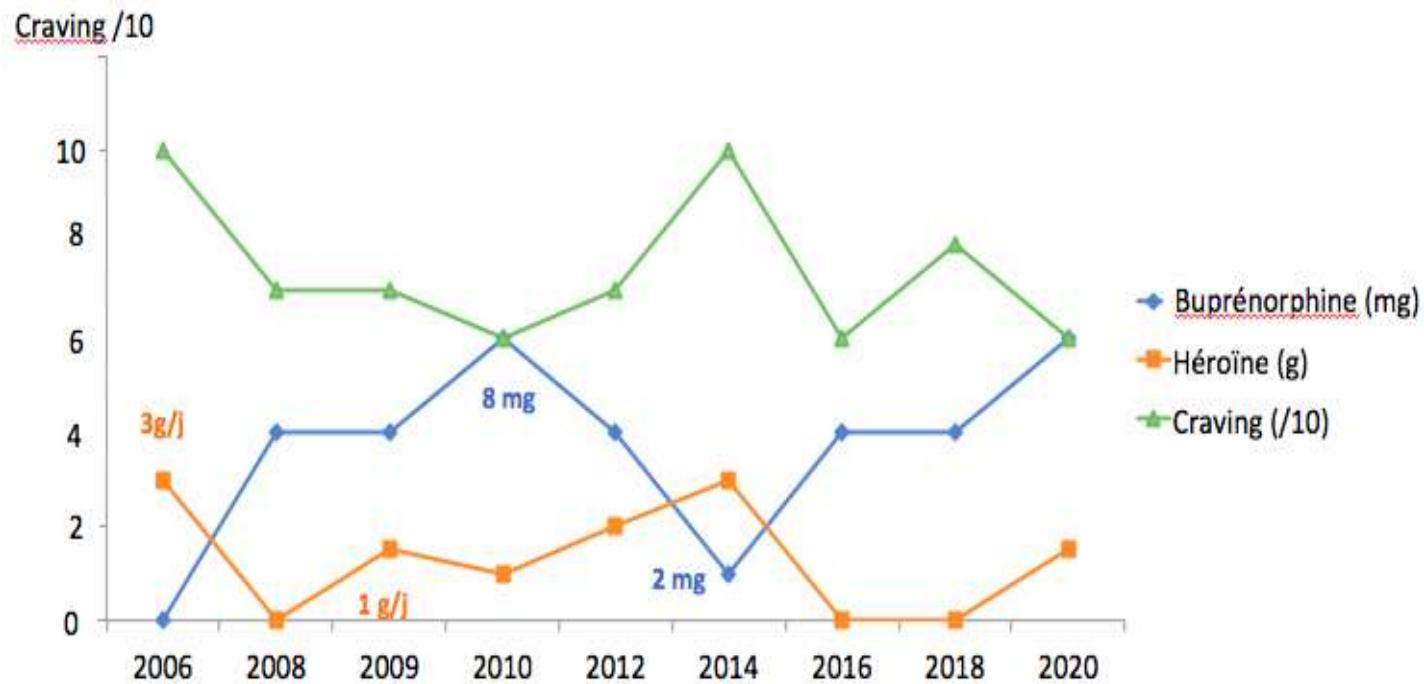
Vignette clinique



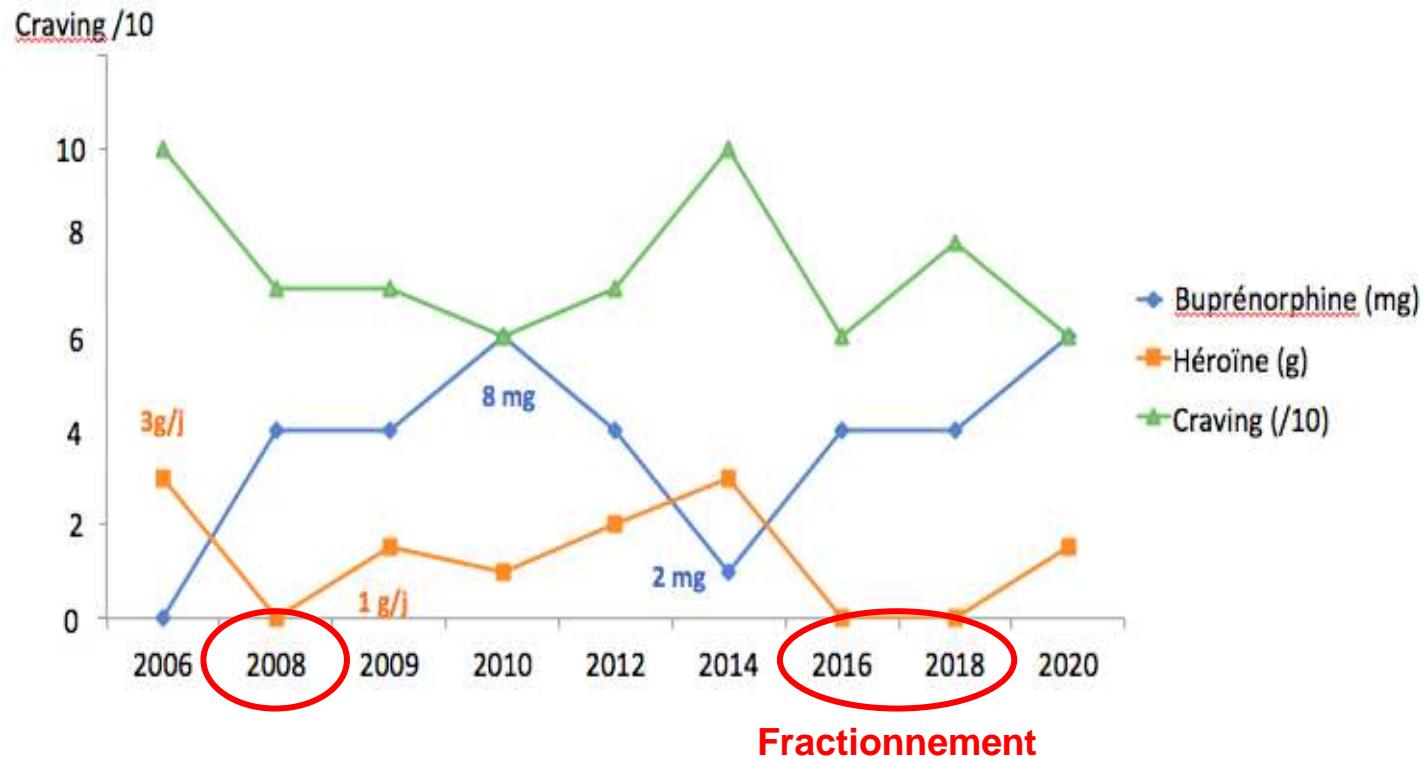
Vignette clinique



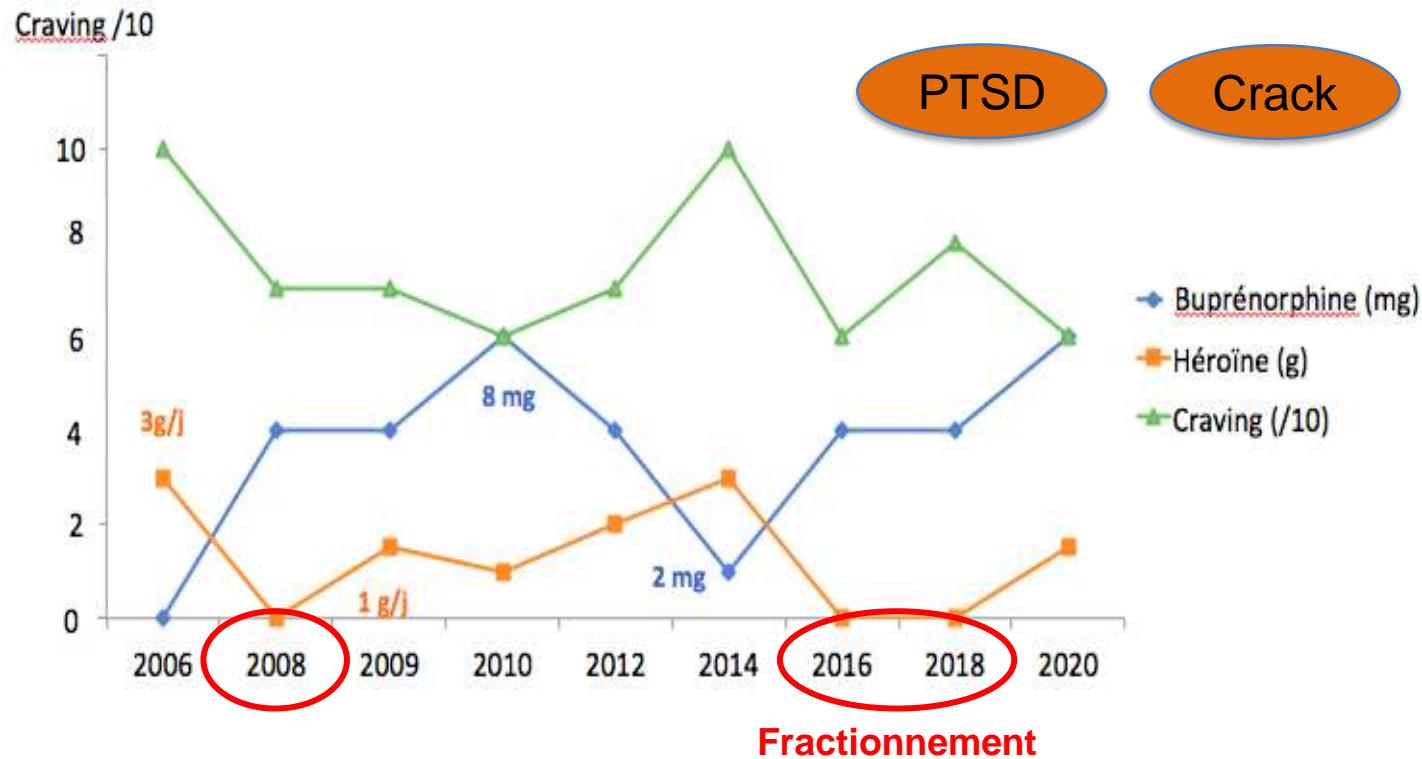
Vignette clinique



Vignette clinique



Vignette clinique



Conclusion

- Doses élevées de buprénorphine >16 mg
 - Meilleur contrôle du craving
 - Moins de consommations d'opiacés/polyconsommations
 - Meilleure rétention en traitement
 - Impact positif sur les symptômes psychiatriques et la qualité de vie
- Adaptation thérapeutique personnalisée
 - Craving et sévérité de l'addiction
 - Approche intégrant les *triggers* et facteurs de vulnérabilité individuels
- Effet anti-craving stable et durable dans le temps
 - Meilleure prise en charge des fr de vulnérabilité sous-jacents

Merci pour votre attention

melina.fatseas@u-bordeaux.fr

melina.fatseas@chu-bordeaux.fr



Q&A session

Faculty

