

17^{ème} Congrès national

de lutte contre la douleur

Du 24/05/2024 au 25/05/2024

Hôtel El Aurassi- Alger



**Pharmacodépendance induite par une prescription de traitement antidouleur:
quelles données pour évaluer et prévenir ?**

Z/A Sayah – M. BOUCHEMAL – Pr .KH Aiouez.
Service psychiatrique (CHU Bab El Oued) .



INTRODUCTION

Au XIXe siècle (1858-1889).
Ont été décrit les 1er cas de dépendances aux
opiacées.

Une figure emblématique l'archiduc
Rodolphe Habsbourg-Lorraine.
héritier de l'Empire Austro-hongrois.



Les traitements antidouleurs (opiacés).

Les douleurs chroniques, cancéreuses et non cancéreuses.

- **En dépit d'un cadre de prescription et de délivrance stricte,**
 - la crainte de la dépendance psychologique persiste,
 - Chez les patients et au sein de la communauté médicale .

➤ **On retrouve plusieurs publications sur le sujet qui présentent des résultats contradictoires.**

Les patients dépendants aux opioïdes sont insuffisamment traités en cas de douleurs chroniques.

la douleur chronique affecte 37 à 68 % des patients traités par des médicaments de substitution des opioïdes.

-Delorme J, Bertin C, Riquelme-Arbre M, Chenaf C, Delage N, Authier N. Patients dépendants aux opioïdes et douloureux chroniques : moins de prescriptions d'antalgiques opioïdes , Courrier des addictions 2017 ; 19 : 11-3.

-Tsui JL, Lira MC, Cheng DM. Chronic pain, craving and illicit opioid use among patients receiving opioid agonist therapy. Drug Alcohol Depend 2016 ; 166 : 26-31.

- Chenaf C, Eschalier A. Épidémiologie croisée entre conduites addictives et douleurs chroniques : une revue de la littérature. Douleur Analgésie 2012 ; 25 : 87-92.

➤ **La prescription pour des périodes prolongées on assiste ;**

☐ À des phénomènes de tolérance .

☐ d'hyperalgésie induite.

☐ Mais surtout à des phénomènes de mésusage et de dépendance.

➤ Toutefois une revue systématique de 17 études sur le développement d'une addiction dans les suites d'un traitement anti-douleurs par opioïdes trouve un taux très bas d'incidence et de prévalence d'addiction.

□ Concluant que le traitement de douleurs non cancéreuses par opioïdes est associé avec un faible risque de développer un trouble d'usage des opioïdes [+].

➤ De plus on note un défaut d'études de qualité sur le sujet [++].

(+) Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief : a systematic review. *Addiction* 2013 ; 108 : 688-98.

[++] McAuliffe WE. A critique of Minozzi et al.'s pain relief and dependence systematic review. *Addiction* 2013 ; 108 : 1162-9.

Quelles Observations cliniques

➤ Une vignette clinique

D'un patients suivi en oncologie médicale et vu dans le cadre d'une difficulté au sevrage d'un traitement par opiacés .

L'avis addictologie est venu en premier lieu , alors que l'idéal , imposé un échange pluri-professionnels , imposant un avis somatique et de consultation de la douleur en premier lieu .

L. A , 68 ans,

Ce patient est porteur d'un adénocarcinome de la prostate avec métastases osseuses.

Cependant son pronostic vital n'est pas engagé et un projet de chimiothérapie est en cours.

Mais présente aussi une altération de l'état général, nausées et vomissements.

Il n'a aucun antécédent psychiatrique mais il présente un antécédent de tabagisme évalué à 100 paquets années (PA) sevré depuis dix ans.

Le fils cadet de L.A est décédé à l'âge de douze ans d'une maladie chronique.

➤ Ces douleurs ont rapidement été traitées par des antalgiques de palier III de l'OMS, prescrit initialement pour des douleurs osseuses métastatiques.

L.A n'a aucune douleur avec ce traitement mais il présente une asthénie, des nausées et des troubles de l'équilibre qui ne sont attribuables qu'aux morphiniques.

Une IRM cérébrale a notamment été réalisée et est normale.

Sur le plan psychiatrique, l'entretien avec L.A est par ailleurs normal, il n'existe pas de symptômes anxieux ou dépressifs.

Le patient a essayé à plusieurs reprises de diminuer spontanément les doses de morphiniques prescrites depuis plusieurs années sans succès avec l'apparition de syndrome de sevrage sans recrudescence des douleurs osseuses pour lesquelles le traitement a été initialement prescrit.

Il peut parfois prendre les traitements à une posologie plus importante que celle qui est prescrite malgré des effets secondaires qui l'empêchent de réaliser les activités de la vie quotidienne.

À l'entretien L.A nous explique ses difficultés et son désir d'arrêter son traitement opiacé.

Cette situation répond à plusieurs critères du DSM V définissant le trouble **lié à l'usage de substance** ,

- ❖ Les opioïdes sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
- ❖ Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'opioïdes.
- ❖ Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir les opioïdes, ou récupérer de leurs effets.

- ❖ Craving ou envie irrépressible de consommer les opioïdes.
- ❖ Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation d'opioïdes.
- ❖ L'utilisation des opioïdes est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.

- ❖ Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir un effet désiré,
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'opioïdes.

- ❖ Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage aux opiacés caractérisé,
 - les opioïdes ou une substance proche sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

**Comment expliquer l'apparition d'une dépendance
chez ces patients ?**

➤ L'hypothèse d'une **dépendance affective** peut être soulevée chez ces patients,
Selon les auteurs:

la conduite addictive est une quête d'affranchissement de la dépendance affective vis-à-vis des objets externes et internes:

➤ et elle induit une autre forme de dépendance qui en prend le relais et la renforce paradoxalement [+].

L'addiction apparaît comme une revanche,

- une vengeance des déceptions et des frustrations,
- mais plus fondamentalement comme une négation d'une dépendance affective qui n'en persiste pas moins de diverses manières [++].

Les addictions seraient une nouvelle façon de penser ou de panser la souffrance psychique selon Philippe Jeammet [+++]

[+]Cupa D, Reynaud M, Marinov V. Entre corps et psyché, les addictions. Les Ulis : EDK éditions, 2012.

[++]. Brusset B. Dépendance addictive et dépendance affective. Rev Fr Psychanal 2004 ; 68 : 405.

[+++] Jeammet P. « Les conduites addictives : un pansement pour la psyché ». In : Le Poulichet S. Les addictions. Paris : PUF, 2000. pp. 93-108

Bien que l'ayant peu évoqué au cours des entretiens,
on retrouve à travers notre vignette clinique un patient : des blessures psychiques ou traumatismes
antérieurs aux douleurs et à la mise en place du traitement opiacé
« Le fils cadet de L.A est décédé à l'âge de douze ans d'une maladie chronique ».

➤ **Évidemment ces constructions psychiques ne peuvent se substituer à elle seule .**

➤ L'hypothèse de substrats neurobiologiques et neuroanatomiques communs : **DOULEUR / ADDICTION**

le **système dopaminergique** est déterminant dans la mesure où il modifie le fonctionnement d'un ensemble neuronal particulier, le « **circuit de la récompense** ».

Circuit de la récompense qui relaie toutes les informations externes et internes de l'organisme et permet au sujet de reconnaître, par l'intermédiaire de perceptions extérieures, l'existence de satisfactions ou insatisfaction potentielles de toutes sortes.

Douleur (aversif) & analgésie (plaisir).

(Borsook et coll, 2007)

La douleur et **l'addiction** partagent des voies neurophysiologiques communes au niveau du SNC, et donnent lieu à des interactions complexes, chaque condition pouvant influencer l'autre.

➤ **La présence d'une douleur chronique peut ainsi influencer le développement et l'évolution d'une conduite addictive et vice versa.**

-Chenaf C, Eschalier A. Épidémiologie croisée entre conduites addictives et douleurs chroniques : une revue de la littérature. Douleur Analgésie 2012 ; 25 : 87-92.

-Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders : Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. Mayo Clin Proc 2016 ; 91 : 955-70

-WHO/IRIS. Traitement de la douleur cancéreuse. Cancer pain relief : with a guide to opioid availability. 1987. <http://www.who.int/iris/handle/10665/41712> (consulté le 17 juin 2017).

- l'hypothèse du concept **pseudo-addiction** est un concept inventé en 1989 par Weissman et Haddox

Le concept pour décrire

- Un syndrome iatrogène avec le développement d'un comportement anormal.
- Conséquence d'une conduite thérapeutique inadéquate dans le traitement de la douleur.

Un sujet « pseudo-addict » agirait dans l'espoir de contrôler sa douleur ,

À l'opposé, un « sujet addict » agirait pour obtenir d'autres effets que le soulagement de la douleur comme le bien-être, la sédation ou l'amélioration de l'humeur.

Une revue de la littérature sur Medline à partir du terme pseudo-addiction retrouve 224 publications:

Seul 18 de ces articles ont contribué à

- Une meilleure compréhension du concept ou
- Ont mis en doute le concept (d'un point de vue anecdotique / théorique)
- Aucun n'a empiriquement pu confirmé son existence.

Seul 12 de ces articles en faveur de **la pseudo-addiction** .

-Greene Marion S, Chambers Andrew R. Pseudoaddiction : Fact or Fiction , An Investigation of the Medical Literature. Curr Addict Rep 2015 ; 2 : 310-7.

-Lusher J, Elander J, Bevan D. Analgesic addiction and pseudoaddiction in painful chronic illness. Clin J Pain 2006 ; 22 : 316-24.



CONCLUSION

Soulignons, que par la crainte du risque de dépendance, les praticiens risquent de mal prendre en charge la douleur de leurs patients. L'ensemble des professionnels de santé prenant en charge des patients douloureux devrait être formé au dépistage des pathologies addictives.

De nombreuses questions se posent : Qui prend en charge ces patients ? Vers quels médecins les adresser ? Les médecins de la douleur, les médecins somaticiens de la spécialité concernée, les médecins addictologues ?

En effet chacun des praticiens entend une partie de la plainte du patient mais peu l'entendent dans sa globalité. La démarche doit donc être nécessairement pluridisciplinaire.

La prévention de l'apparition de conduites addictives aux traitements anti douleurs doit obligatoirement passer par :

- Les traitements antidouleur doivent être prescrits selon les recommandations de bonne pratique existantes.
- Leur posologie doit être adaptée à l'aide d'une titration et les formes à libération prolongée doivent être utilisées.
- Changement d'un traitement anti douleur pour un autre, permet une diminution de la tolérance et des effets secondaires liés aux traitements.
- Les maladies occasionnant des douleurs chroniques étant évolutives, il est important de réévaluer fréquemment la pertinence clinique des prescriptions de traitement antidouleur .