

Addiction aux opioïdes analgésiques : nouvelle donne ou recul idéologique ?

La Rédaction du Flyer

Cher(e)s correspondant(e)s, cher(e)s ami(e)s de la revue Le Flyer

Nous étions au congrès de la SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur) en cette mi-novembre 2015. Certes, nous avons déjà ressenti l'opiophobie actuelle ambiante à diverses occasions, mais lors de cette manifestation, nous avons assisté à ce qui nous semble être, sous un vernis scientifique probablement fondé en partie, une remise en cause assez virulente (volontaire ou non) de l'utilisation des opioïdes analgésiques. Pour l'illustrer, citons ce médecin belge, le Dr Patrice Forget, qui a tenté de convaincre un large auditoire du risque de récurrence néoplasique en lien avec une analgésie opioïde. Ce, sur la base d'études (*dont il était souvent l'auteur principal*) qui alimentaient fort à-propos ce qui nous a semblé être une position finalement assez idéologique et opiophobe qu'on serait presque tenté de qualifier de judéo-chrétienne...

Il faut surtout noter l'intervention très pertinente d'un médecin de l'Institut Gustave Roussy (Villejuif) qui, à l'issue de la présentation de ce médecin bruxellois, a rappelé le contexte de son exposé. Il ne s'agissait pas, dans les études présentées, de patients douloureux chroniques mais de patients non douloureux pour la plupart et qui bénéficiaient d'une analgésie péri-opératoire souvent à base de dérivés de fentanyl, chez lesquels on pouvait noter un sur-risque de récurrence néoplasique, avec une corrélation probable mais pas un lien de causalité démontré (nous a-t-il semblé !)

Sans cette intervention, nous aurions pu croire que la prescription d'analgésiques opioïdes – en général – pourrait être directement incriminée dans le risque de récurrence néoplasique, idée qui semble se répandre désormais dans la communauté médicale... En addictologie, nous avons déjà vécu cette opiophobie lors de la mise sur le marché des traitements de substitution opiacée et si comparaison n'est pas raison, il est toujours bon de s'interroger

Pourquoi cette angoisse croissante de la société (médicale et non médicale) quant au risque addictif des opioïdes analgésiques et posons-nous les questions suivantes :

Quelle est l'ampleur du phénomène ?

Il serait bien sûr inconscient d'en nier l'existence. Nous voyons, dans nos services spécialisés (en addictologie comme en consultation douleur), des patients devenus accros d'opioïdes prescrits imprudemment et dont ils ne contrôlent plus la prise. Mais quelle part représentent-ils parmi l'ensemble des patients bénéficiant de telles prescriptions. 2%, 3%, 5% ? Ce pourcentage mérite-t-il l'opprobre jeté actuellement sur les analgésiques opioïdes dont 90, 95 % de patients contrôlent l'usage et qui pourraient s'en voir privés pour cause d'opiophobie ? Cela nous incite bien sûr à nous poser la question des biais de recrutement. En addictologie, cela n'étonnera personne, nous voyons, des patients avec des problèmes addictifs. Nous ne voyons pas ceux qui n'en ont pas et qui représentent sûrement l'écrasante majorité !

Cela concerne-t-il tous les médicaments ?

Manifestement non ! Les fentanyl transmuqueux, prescrits en dehors de leurs indications légitimes (*AMM = Accès Douloureux Paroxystiques dans la douleur cancéreuse en association avec un traitement de fond à libération prolongée*) semblent être ceux qui, avec une diffusion encore limitée, semblent générer le plus de problèmes addictifs. Les variations cinétiques en dents de scie et les effets psychotropes *heroin-like* qu'ils procurent sont probablement en lien avec leur potentiel addictogène. La pharmacovigilance signale également des problèmes avec le tramadol et une recrudescence des cas avec l'oxycodone, probablement en lien avec la diffusion croissante de ces médicaments. Ne privons pas nos patients douloureux chroniques de morphiniques puissants à libération prolongée, aux risques addictifs connus et limités, sous prétexte que certains patients sont devenus accros à des prescriptions 'nouvelles' ou non conformes ou encore mal évaluées. Le terrain du patient doit être évalué (vulnérabilité à l'addiction), mais le potentiel addictif des différents opioïdes doit l'être également. Selon les molécules, les formes galéniques, il est différent !

Les influences extérieures ?

Dans un précédent e-dito (*E-dito n°5, octobre 2015, Addiction aux opioïdes analgésiques, sommes-nous américains ?*), nous avons souligné le fait que nous n'étions pas dans la même situation que les américains (du nord). La prescription des opioïdes analgésiques de palier 3, et en particulier de l'oxycodone sous la pression d'une firme au marketing particulièrement agressif, y avait atteint des niveaux particulièrement élevés (16 fois plus qu'en France). L'« Oxy » y est devenue une drogue extrêmement populaire en même temps que la première cause d'overdose, devant l'héroïne et la cocaïne. Cela a nécessité des mesures extrêmement drastiques et même si il est bon d'anticiper parfois, nous devrions prendre garde de ne pas aller vers des solutions qui ne sont pas adaptées à la situation française.

Nous avons également déjà commenté l'intérêt des formulations abuse-deterrent ou tamper-resistant (*E-dito n°4, 4 juillet 2015, Mésusage des opioïdes (douleur et substitution) et nouvelles galéniques, solutions ou problèmes !*) et la prudence que nous devrions avoir vis-à-vis de ces vraies fausses solutions. Elles sont surtout des solutions pour les firmes pharmaceutiques. Des restrictions de prescription (auto ou hétéro-administrées) en lieu et place d'une véritable formation à la prescription des opioïdes analgésiques pourraient avoir des conséquences catastrophiques (*automédication codéinée par exemple*) et poseraient des questions éthiques sur l'impératif de soulagement de la douleur chez nos patients, aigus et chroniques. Cette formation doit être confiée à des médecins qui n'ont pas peur de la prescription des opioïdes et qui en maîtrisent les différents aspects. La peur étant plus facile à transmettre que les bonnes pratiques de prescription, les opiophobes devront laisser leur place. En addictologie, nous avons pu mesurer l'impact extrêmement péjoratif pour les patients de formations à la prescription de traitement de substitution opiacée par des médecins qui n'y étaient pas favorables ou qui en avaient une peur bleue !!

Certaines firmes, elles-mêmes, qui nous proposent à chaque congrès des sympos « Addiction aux opioïdes analgésiques » qui font le plein ! La récurrence de ces symposiums entretient l'opiophobie ambiante. Ces firmes nous proposent (*habilement, en filigrane*) des médicaments de substitution opiacée pour lesquelles elles cherchent de nouveaux débouchés, ayant déjà fait le plein chez les héroïnomanes. Dans quelle mesure sommes-nous influencés par l'omniprésence de cette thématique pouvant laisser transparaître un phénomène identique à ce qui passe aux US ? Est-ce que le fait d'en parler beaucoup est un reflet de l'ampleur du problème ?

Soyons prudents, réservons les opioïdes de palier 2 et 3 aux patients qui en ont besoin et à eux-seuls. Une fois ce besoin établi, suivons les recommandations de bonne pratique clinique. Choisissons les molécules et les formes pharmaceutiques les moins addictives.

La toxicomanie et la pharmaco-dépendance ne sont pas des notions superposables. Si certains de nos patients, après avoir été efficacement soulagés de leurs douleurs, deviennent dépendants, ils ne deviennent pas « toxicomanes » pour autant. Leur prise en soin inclut le sevrage progressif de leur opiacé.

Les analgésiques opioïdes sont providentiellement dépourvus de toxicité au long cours quand leur prescription est suivie. Aucune cardio, neuro, gastro, nephro ou hépatotoxicité si on les compare à des médicaments apparemment plus anodins.

Il ne faudrait priver nos patients de leurs effets analgésiques mais aussi psychotropes (apaisants, relaxants...) pour un risque finalement très faible. La peur de la dépendance pour quelques-uns ne doit pas nous faire reculer nos pratiques antalgiques pour le plus grand nombre. Adaptions nos pratiques à ce risque addictif et si, par accident, quelques-uns deviennent dépendants, nous devrions savoir les prendre en soin.