

« La crise des opioïdes », une épidémie ... En Belgique également ?

Rédigé par l'équipe algologique
Hôpital de Libramont-Vivalia

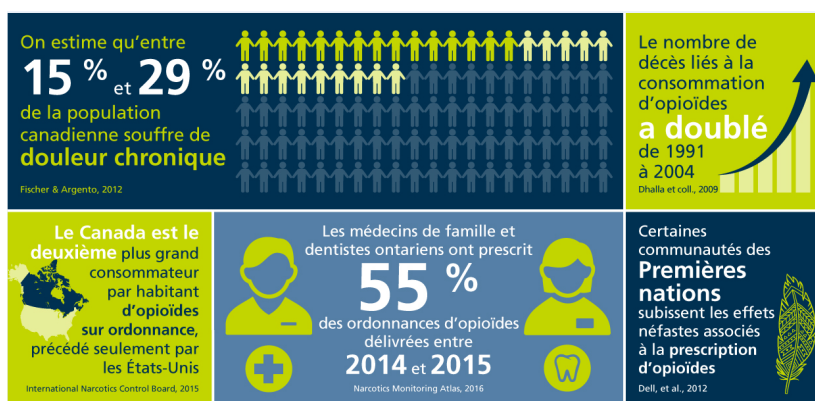


Aux Etats-Unis, nous avons pu constater une augmentation importante du nombre de décès à cause d'une consommation d'opioïdes sur prescription (addiction, mésusages avec surdosages et décès, augmentation de suicide), dans une population qui n'est pas toxico-mane au départ (mères de famille, ouvriers, retraités mais aussi des adolescents).

Le taux de décès est de 72000 personnes, rien que pour l'année 2017.

Ces opioïdes sont prescrits le plus souvent pour des douleurs chroniques (lombalgies, arthrose, douleurs inexplicables,...).

Même constat au Canada !



Devons-nous faire face également à une épidémie d'opioïdes en Belgique ?

Chez nous, la consommation d'opioïdes a presque doublé entre 2006 et 2016.

→ 43771 Doses données /j en 2006 pour 78621 Doses données/j en 2016.

→ le nombre de consommateurs est passé de 640.000 personnes en 2006 à 1.187.000 en 2016 (dont plus de 40 000 sont estimés être de gros à très gros consommateurs).

90% des prescriptions sont faites par des médecins généralistes (seulement 10% de spécialistes dont seulement 1% d'anesthésiste algologue).

On constate également une **augmentation du shopping médical** (28% des patients). En effet, beaucoup de patients consultent plus de 5 praticiens et fréquentent plus de 5 pharmacies. De plus, ce phénomène préoccupant touche une population relativement jeune.

Les recommandations deviennent donc plus strictes dans l'indication de traitement de douleur chronique non cancéreuse (DCNC).

1 Quels sont les indications dans la DCNC :

Les opioïdes forts ont montré :

→ une preuve modérée d'efficacité dans le soulagement des DCNC dans les étiologies suivantes : douleurs arthrosiques des MI, lombalgies chroniques réfractaires, douleurs neuropathiques -> Respecter les recommandations (cf tableau annexe)!

→ une preuve modérée dans les céphalées primaires et migraine -> pas de recommandations !

→ une preuve d'efficacité faible dans les maladies dysfonctionnelles appelées douleurs nociplastiques telles que le syndrome fibromyalgique -> pas de recommandations !

2 Recommandations pour le traitement par opioïdes forts pour les DCNC :

Si une prescription d'opioïdes doit être faite, elle doit viser un soulagement des symptômes douloureux
ET une amélioration fonctionnelle/ de la qualité de vie.

La prescription d'opioïdes ne peut être envisagée qu'après :

- un diagnostic précis de l'étiologie.
- un échec des traitements médicamenteux recommandés, sans dépasser les doses maximum efficaces.
- une optimisation des traitements non pharmacologiques (psychologique, socioprofessionnelle, rééducative).

3 Comment prescrire ?

- Pas de dosage standardisé -> Titration importante !
- Passer à la forme retard dès que possible afin d'éviter l'effet flash des formes rapides (utilisation des doses rapides seulement pour la titration !).
- Définir une durée limitée avec le patient, le revoir régulièrement, en réévaluant la balance bénéfices/effets secondaires et de la nécessité de poursuivre le traitement.
- Prescrire des petites boîtes (surtout lorsque le patient sort de l'hôpital, notamment en postopératoire ! -> Beaucoup de mésusages dans ce contexte).

Dans les DCNC, **ne pas dépasser le dosage de 90mg/j d'équivalent morphine** (cf tableau conversion flash algo 7). L'efficacité des opioïdes au long cours est obtenue le plus souvent avec des doses modérées, inférieures à 100mg d'équivalent morphine/j. La majoration de la posologie ne semble pas apporter de bénéfice supplémentaire.

Pour les traitements au long cours, on oublie souvent que les perturbations suivantes sont persistantes: somnolence, trouble du sommeil, perturbations cognitives, dépression respiratoire (apnée), changement de personnalité, addiction, hypogonadisme et perturbations endocriniennes, dysfonctionnement immunitaire,...

Attention aux comorbidités et aux associations médicamenteuses !

4 Quand envisager une déprescription ?

Stopper l'usage d'un opioïde au-delà de 3 mois si au moins 1 des points suivants est présent:

- Pas de soulagement de la douleur, ni d'amélioration fonctionnelle/ qualité de vie.
- Effets secondaires > bénéfices.
- Dosage trop élevé.
- Mésusages (non-respect de la prescription, durée du traitement non respectée, addiction, ...).

5 Quand est-il conseillé d'avoir un avis spécialisé ?

- Quand des associations d'opioïdes sont nécessaires.
- Quand le dosage dépasse les 90mg/j d'équivalent de morphine (impératif si > 150mg/j !).
- Quand le traitement par opioïdes n'est pas efficace.
- Quand le diagnostic n'est pas clair.
- Dans un contexte de sensibilisation centrale.
- Quand risques d'addiction/ risques de mésusage (population jeune, problèmes légaux, troubles psychologiques, addictions,...).

En résumé

- Importance de bien informer les patients sur la balance bénéfices/effets secondaires et des risques à l'utilisation chronique d'opioïdes (accoutumance, addiction, répercussions sur qualité de vie,...).
- Donner les bonnes recommandations pratiques, car beaucoup de mésusages!
- Revoir régulièrement le patient et discuter de l'efficacité, de l'utilité à poursuivre le traitement.
- Stopper un traitement peu efficace ou engendrant certaines répercussions sur sa qualité de vie (isolement social, somnolence, trouble de la mémoire, ...)

Connaissez-vous la consommation réelle d'antidouleurs de vos patients ???

Tableau annexe

Douleur neuropathique	Lombalgie chronique	Arthrose des membres inférieurs
<p>→ antidépresseur tricyclique ou antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline</p> <p>et /ou</p> <p>→ antiépileptiques de la classe des gabapentinoïdes utilisés seuls ou en association *</p> <p>Patch de lidocaïne et/ou de capsaïcine haute concentration (en hospitalier uniquement) dans les douleurs neuropathiques périphériques localisées</p>	<p>Antalgique de niveau 1</p> <p>Antalgique de niveau 2</p> <p>Anti-inflammatoires non stéroïdiens</p> <p>Traitements locaux</p> <p>Exercices physiques et rééducation</p> <p>Thérapie cognitivo-comportementale</p>	<p>Antalgique de niveau 1</p> <p>Antalgique de niveau 2</p> <p>Anti-inflammatoires non stéroïdiens</p> <p>Traitements locaux</p> <p>Exercices physiques et rééducation</p>
Neurostimulation	Rééducation	Avis chirurgical pour arthroplastie

Suivi psychologique en cas de comorbidités associées (dépression ou anxiété)

* Ces traitements doivent être prescrits progressivement selon la tolérance et l'efficacité. L'échec du traitement de première intention est défini par l'absence d'efficacité des traitements aux doses maximales ou l'intolérance des traitements entrepris.

« Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte, SFETD, 2016 »