

Allers retour entre opioïdes de substitution et opioïdes de dépendance

TDO4,

Atelier 08

Jeudi 18 décembre 2014, Bruxelles



Vignette:

- M. LT, 54 ans, adressé par son médecin pour problème de gestion d'antalgie.
- Connu pour migraines avec aura depuis l'enfance, avec multiples bilans
- 1990: début de traitement par morphine sous-cutanée, -> 500 mg/j
- Dépendance aux opiacés-> sevrages progressif à 160 mg MST 2x /j.

Problème actuel

- Adressé par son médecin traitant pour poursuite du sevrage: patient ne respecte pas les doses.
- Traitement actuel: Venlafaxin 150 mg/h, Valproate 2 x 500 mg/j, Paracétamol 4 x 1 gr / j, périndopril 5 mg/j, MST 2 x 160 mg/j, Zolmitriptan en réserve.
- Plainte du patient: pas bien, prend 2x par semaine 160 mg en plus que ce qui est prescrit.
- Céphalées environ 2-3 x par mois

Contexte:

- Patient divorcé, à l'AI pour migraines, 2 filles (26 et 24 ans), fille de 24 ans toujours à la maison, qui s'inquiète de son père.
- Peu de rythme journalier (promène le chien, va faire les courses, fait un peu de ménage), un peu d'informatique. Ne se plaint pas d'isolement.
- Mentionne état dépressif réccurent.

Prise en charge:

- But du patient: « être bien, ne pas transpirer ».
- RDV réguliers au début, avec augmentation à 3 x 160 mg/j assez rapidement, car patient n'arrive pas à gérer et prend régulièrement plus.
- Transpiration toujours très présente, sent les « hauts et les bas ».
- Après 2 mois, proposition de Sevre-long 4 x 120 mg/j (pour stabiliser les « hauts et bas »)
- Bonne évolution, le patient respecte les doses

Prise en charge: 2

- Patient vient plusieurs fois avec foetor OH, mais nie consommation. Se plaint de fatigue
- Bilan somatique:
 - Carence en vit D (< 10 nmol/L)
 - Hypercholestérolémie avec triglycérides hauts
 - Tests hépatiques sp, mais CDT à 1.8 %
- Proposition:
 - Substitution vit D (1 amp 300`000 U)
 - Discussion sur alcool: patient nie qu'il consomme trop

Prise en charge: 3

- Patient mentionne aller mieux, plus d'énergie, moins de migraines, moral va mieux.
- Mentionne (sans vraiment le dire...) qu'il a baissé l'alcool.
- Sa fille est contente, le trouve beaucoup mieux.
- Mais... Se plaint de transpirations profuses à nouveau, non-liées à la prise de Sevre-long.

Prise en charge: 4

- Après investigation, -> somatique?
- Proposition: prendre TA + puls pendant sudation profuse.
- Résultat: TA à 180 – 190 / 110 environ quand il transpire, sinon normal.
- Patient finit par dire qu'il a stoppé son hypertenseur -> accepte de le reprendre
- Transpirations se normalisent.

Vignette 2:

- Patient de 32 ans, dépendance héroïne dès 17 ans (suicide père), se sèvre à 18 ans seul.
- Rechute à 19 ans, 3 ans et demi de méthadone -> sevrage.
- Tient jusqu'à 28 ans, rechute, méthadone pendant 3 ans, abstinence et sevrage méthadone progressif jusqu'à arrêt complet.
- Rechute sur douleurs lombaires +++ avec troubles du sommeil

Vignette 2: suite

- Discopathie avec lombalgies chroniques +++
- Prise en charge: ne fait pas la physio, travail de force (bâtiment), avec douleurs +++
- Vision « tout ou rien », refuse de se sentir diminué / malade.
- Prise en charge: trouble du sommeil prédominant (Trazodone, puis mélatonine)
- Travail sur l'acceptation d'une antalgie: difficile!

Vignette 2: suite

- Essai de dissocier substitution (subutex) de douleur. Mal accepté par patient.
- Contexte anxieux / contrôlant +++
- Prescription de prégabaline + physio intensive (type « pilates »), avec bon effet sur les douleurs 86-8/10 à 2-3/10. Arrêt de la méthadone possible, sans rechute, avec augmentation progressive prégabaline et compliance exercices.
- Reconversion professionnelle (chauffeur de camion) possible.
- Devient papa.

Between the rock and the hard place...

Traiter douleur

Risque d'addiction

Problèmes rencontrés dans la pratique:

- Balance à respecter entre addiction / traitement de la douleur
- Respect des priorités du patient
- Conflit entre plusieurs « bonnes pratiques » de la médecine:
 - Diminuer / sevrer les opiacés
 - Traiter la douleur
 - Respecter les rythmes/buts du patient

Littérature:

- Si usage opiacés > 7 j après intervention chirurgicale à bas risque, -> 50 % risque de recevoir opiacés 1 an après chirurgie*
- Etude de 39140 patients après chirurgie pas risque, sans utilisation préalable d'opiacés.*
- 3.1 % utilisent opiacés > 90 j après intervention
- Caractéristiques des patients avec usage prolongé: plus jeunes, revenus faibles, comorbidités (diabète, cœur, pulmonaire), usage de BDZ, SSRI et ACE inhibiteurs. Procédure plus à risque: thoracothomie.

*Alam et al. Arch Intern Med 2012; 172; 425-30

** Clarke et al. BMJ 2014; 348: g1251

Littérature: 2

- 37 – 55%* des patients sous opiacés présentent des douleurs chroniques. Question: douleur = porte d'entrée des addictions?
- Douleur + addiction: mauvais pronostic.
- USA: patients évalués pour douleur chronique:
Laboratoire: TNF- α , antagoniste récepteur IL-1, IL-6, IL-8, IL-10, IFN- γ , chemokine ligant et cytokines, + dépistage drogue urine régulier. IFN- γ plus élevé, et usage opiacés plus fréquents chez patients avec douleur chronique.**

*Rosenblum et al: JAMA 2003;289: 2370-78

Peles et al: Pain 2005;113(3):340-46

**Dennis et al. Neuropsychiatric Disease Treatment 2014;10:2239-47

Food for thoughts...

- Addiction: inévitable prix à payer pour traitement des opiacés?
- Dépister RAPIDEMENT (dans les 3-6 mois) les patients n'arrivant pas à stopper les opiacés
- Traiter la douleur de manière adéquate
- Formation des médecins aux problématiques d'addiction