

Douleurs et Addictions

Dr Marylise POMPIGNAC, Biologiste du comportement, Psychothérapie et Naturopathie, Tel 06.87.06.61.84, marylisepompignac@gmail.com

La définition de la sensation douloureuse comme étant un état d'alerte, signifiant une lésion tissulaire, ne s'applique qu'aux douleurs aiguës. En effet, **une douleur chronique, n'est pas une douleur aiguë qui dure**. L'aspect émotionnel et affectif occupe une place primordiale dans l'éprouvé douloureux chronique. Pour évaluer une douleur chronique, la **méthode du T.I.L.T** est utilisée :

- Temporalité (origine, fréquence, mode d'apparition) > à 3 mois minimum
- Intensité + ou - (nocturne, au froid, au toucher, à la piqûre)
- Localisation (précise ou diffuse)
- Type de ressenti ...

+ facteurs de soulagement, s'il y a.

La prise en charge est donc pluridisciplinaire et le soulagement médicamenteux est en général la première solution, associée ou non à un anxiolytique (ex : Alprazolam) et/ou somnifère (ex : Zolpidem).

Cependant, la recherche a démontré que les **techniques alternatives** (hypnose, musicothérapie, reiki, reflexologie, acupuncture) pouvaient également apporter ou rapporter du confort au patient douloureux chronique, humain comme animal.

Aujourd'hui, en raison d'un nombre important d'**addictions aux substances psychotropes et antalgiques** (opioïdes / morphiniques), le recours à ces méthodes tend à se développer dans les services de prise en charge du patient douloureux chronique ainsi qu'en soins palliatifs.

Cet article va donc présenter les informations relatives au patient douloureux chronique, avant de donner quelques chiffres sur l'addiction aux médicaments et de finir sur la présentation d'une vignette clinique.

Le patient douloureux chronique

La douleur a une dimension :

- Sensorielle
- Affective
- Cognitive (historique, croyances)
- Comportementale.

Dans tous les cas, le point d'origine de la douleur est une sensation désagréable liée à une atteinte tissulaire. Le contexte psychoémotionnel et affectif du patient est le lit d'un risque de chronicité douloureuse.

Les différentes douleurs chroniques regroupent :

- Les douleurs arthrosiques, douleurs mécaniques articulaires, **douleurs inflammatoires** (dans la capsule synoviale) se manifestent à froid et surtout la nuit.
- Les **douleurs neuropathiques** (lésion nerveuse, amputation, diabète, sclérose en plaques, zona, compression) provoquent des sensations de décharges électriques.
- Les **douleurs centrales** ou neurostructurales (lésion du SNC) sont liées à l'ouverture des récepteurs NMDA (agoniste au glutamate).

Selon le professeur Nizard du CHU de Nantes, nous savons que :

- 20-30 % de la population est composée de douloureux chroniques (Europe, USA)
- Les Douleurs intenses représentent 5,1 %, soit 3 millions en France
- Les Douleurs neuropathiques : 8% (Dysesthésie / fourmillements, Allodynie / décharges électriques)
- Les 3 sièges les plus fréquents sont : les douleurs musculo-squelettiques, les céphalées, les douleurs neuropathiques

- Et 1 patient douloureux sur 150 est pris en charge par un spécialiste de la douleur (12 ans délai)

Ainsi, afin d'être soulagé rapidement, le patient commence par prendre du paracétamol, antalgique de première intention. Puis si l'intensité douloureuse se poursuit dans le temps, le médecin prescrira d'autres molécules à action plus puissante telles que la codéine, médicament opioïde, puis le tramadol, si l'organisme le supporte.

Aussi, il faut rappeler que la morphine peut, à terme, provoquer une hypersensibilisation à la douleur (hyperalgésie). Cela signifie donc que les opioïdes ne peuvent être un traitement à long terme.

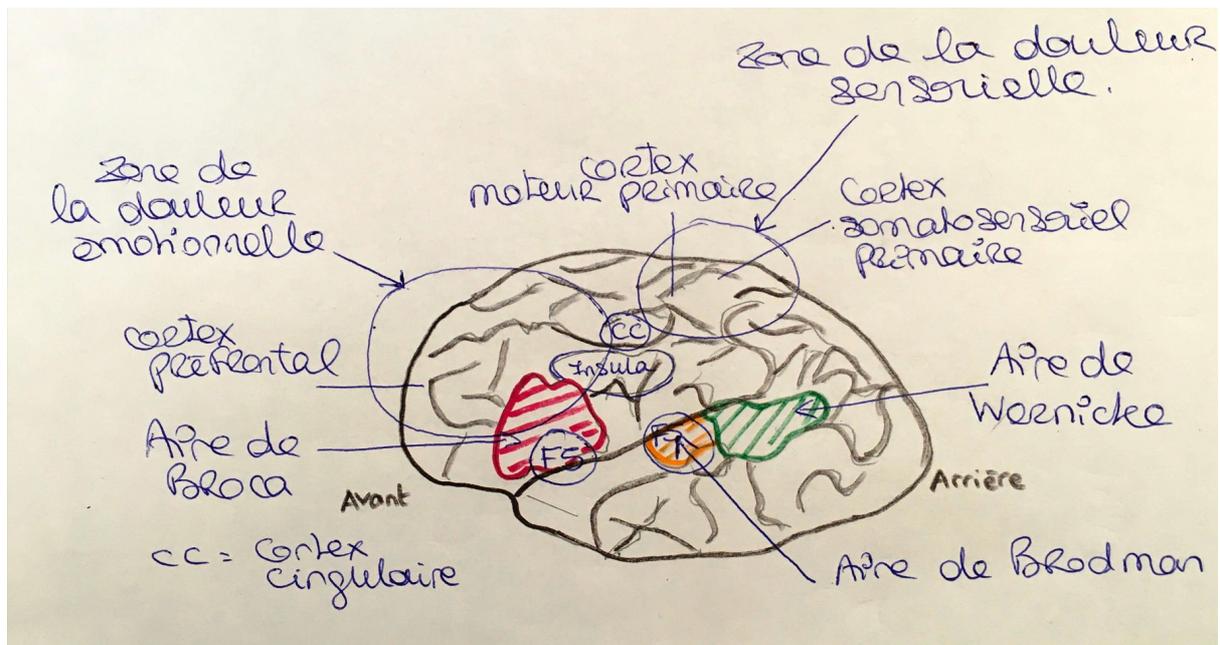
Non seulement l'hyperalgésie peut apparaître, mais également une dépendance aux produits provoquant une nécessité d'en augmenter les doses pour un effet similaire. La boucle de l'addiction s'enclenche alors.

Douleurs et addictions au niveau cérébral

Le système opioïde endogène s'active en situation douloureuse, provoquant un phénomène anesthésique contre les douleurs psychiques comme physiques. C'est ce qui se produit lorsque nous nous frottons une zone douloureuse ; aussi quand une sensation douloureuse s'accompagne malgré tout d'un certain plaisir.

La détection des stimuli nociceptifs s'effectue depuis les neurotransmetteurs, jusqu'aux synapses puis aux récepteurs neuronaux spécifiques.

Stress et Douleur activent cette cascade biochimique depuis les récepteurs périphériques, jusqu'à la Moelle Épinrière, le Tronc Cérébral, le Système Limbique (Thalamus) et le Cortex somato-sensoriel, préfrontal, l'Insula et le Cortex Cingulaire.



Les neurotransmetteurs libérés sont, entre autres :

- l'Enképhaline (Opiïdes endogènes) dans certaines synapses,
- le GABA (Frein) dans le Striatum et
- la Dopamine (Accélérateur de plaisir) dans le Noyau Accumbens.

Ainsi, le comportement stéréotypé (addiction) active le système opioïde qui concerne :

- Les voies de la Douleur,
- Le circuit de la récompense.

Les récepteurs de ce système opioïde engogène sont : Mu – Kappa – Delta

Quand le récepteur Mu est extrait aux souris Knock out, il n'apparaît :

- Aucune dépendance
- Aucune analgésie
- Aucune détresse respiratoire

Le récepteur Mu est un récepteur morphinique provoquant :

- Dépendance = Besoin physiologique
- Addiction = Besoin psychologique (contrainte psychologique forte et impérieuse = Craving)

Ces deux aspects sont indissociables et interdépendants. Les différencier est maladroit.

Jean Bergeret, psychiatre et psychanalyste, signifiait par « addictus », Esclave pour dette, c'est-à-dire, Payer par son corps une dette.

Les critères de l'addiction sont :

- Le syndrome de manque
- La motivation qui ne cesse d'augmenter
- La persévérance dans l'action eu égard les conséquences.

Ainsi, en situation douloureuse, comme lors d'une dépendance, les zones cérébrales et les neurotransmetteurs activés sont très proches et tendent à se confondre.

Les addictions aux opiacés

En Europe, les opiacés concernent 38% des demandes d'antalgiques (pallier II / Codéine, Tramadol, Nefopam, Oxycodone et pallier III / Morphine, Fentanyl).

Le fentanyl est un morphinique de synthèse, cent fois plus puissant que la morphine. De plus, il peut être utilisé comme drogue récréative tout autant qu'antalgique puissant.

Aux États-Unis par exemple, les décès par surdosage d'opioïdes délivrés sur ordonnance figurent au 2ème rang des causes de décès accidentels après les accidents de la voie publique (16 500 cas en 2012, trois fois plus de cas qu'en 20 ans). La France n'est pas en reste des cas de surdose par abus d'opiacés, puisque 774 abus ont été déclarés entre 1996 et 2013 (imaginons le nombre de cas non déclarés).

Nous terminerons cette succincte présentation par les mots de Tatania Blanc, chargée de communication au CHU de Clermont-Ferrant : « Consommés par plus de 10% des français, les anxiolytiques sont de très bons médicaments pour traiter crises d'angoisse ou états d'anxiété transitoires mais leur durée de prescription doit être restreinte à quelques semaines au maximum.

Concernant les médicaments antidouleur opioïdes (morphine, oxycodone, fentanyl, tramadol, codéine, poudre d'opium) : adaptés aux douleurs aiguës sévères ou certaines douleurs liées au cancer, ils sont consommés par au moins 17% des français chaque année et doivent faire l'objet de prescriptions fréquemment réévaluées pour les autres douleurs chroniques afin d'éviter le développement d'une dépendance et d'une perte d'efficacité », 27 avril 2023.

Techniques alternatives plutôt qu'opioïdes : Présentation d'une vignette clinique

Mathilde, âgée de 47 ans, est sous chimiothérapie depuis plusieurs années. La répétition des soins invasives, des ponctions lombaires, des traitements médicamenteux et l'abandon par son mari provoquent chez elle des douleurs chroniques intenses qu'aucun antalgique ni morphinique ne peut atténuer. Elle ne supporte plus aucun toucher et réagit très négativement à l'acupuncture. En raison de son traitement antirejet, le CDB ne peut lui être proposé.

Se trouvant en chambre stérile dans l'attente d'une allogreffe, un accompagnement à distance d'une aide-soignante en techniques d'acupression est tenté.

La méthode d'acupression, les points à stimuler sont alors transmis à la soignante, pour tenter de soulager cette patiente.

Durant la séance, les constantes hémodynamiques s'améliorent, une détente s'observe.

La patiente témoigne que quelques temps après la séance, elle a ressenti une fatigue extrême, « du genre où on est au bord de tomber dans les pommes », associée à un engourdissement, et une sensation d'être comme dans du coton ... sans douleurs ». Puis elle s'est endormie. À son réveil, elle ressentait une soif extrême.

Les soins furent réalisés très régulièrement jusqu'à la pose d'implants cérébraux.

Conclusion

La prise en charge de la douleur est une urgence médicale qu'il faut considérer. Cela nécessite un travail en réseau pour un accompagnement pluridisciplinaire dans l'intérêt du patient.

Si les antalgiques sont nécessaires dans les débuts de la crise, aujourd'hui, des solutions sont proposées au patient afin d'éviter accoutumance, tolérance et addiction.

Les psychothérapies psychocorporelles et les méthodes alternatives sont des outils devenus indispensables en algologie, ainsi qu'en addictologie. Le modèle animal et les données cliniques rapportées par les praticiens démontrent ces avantages.

Dr Marylise POMPIGNAC, Biologiste du comportement

Bibliographie

- Douleurs et addictions, quel lien A. Ladaimia 1 2, R. Aissaoui 1, M. Yamani 1, N. Bourbon 1 2 - 1 EHS Frantz-Fanon, Blidan, 2 Université de Blicia, Available online 27 May 2020, Version of Record 27 May 2020 - French Journal of Psychiatry, Volume 1, Supplement 2, December 2019, Page S90
- Douleur et addictions Pain and Addictions A.-P. Trouvin · N. Authier © Lavoisier SAS 2019
- A.-P. Trouvin (*) Centre d'évaluation et traitement de la douleur, hôpital Ambroise-Paré, 9, avenue Charles-de-Gaulle, F-92100 Boulogne-Billancourt, France e-mail : annepriscille.trouvin@aphp.fr
- N. Authier Inserm 1107, service de pharmacologie médicale, structure douleur chronique, centres addictovigilance et pharmacovigilance, CHU Clermont-Ferrand, université Clermont-Auvergne, BP69, F-63003 Clermont-Ferrand, France
- Inserm 1107, Observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA), CHU de Clermont-Ferrand, université Clermont-Auvergne, France
- Inserm U987, hôpital Ambroise-Paré, F-92100 Boulogne-Billancourt, France
- Institut Analgesia, faculté de médecine, BP 38, F-63001 Clermont-Ferrand, France
- Pharmacodépendance induite par une prescription de traitement opiacé au long cours : réflexion autour de deux cas, Alice Althabegoity, Gérard Shadili, Dans L'information psychiatrique 2018/10 (Volume 94), pages 841 à 849

v
e
r
l
a
y

p
a
n
e
l