



Incidence du trouble de consommation d'opioïdes iatrogène

Samantha Moe PharmD Jessica Kirkwood MD CCFP(AM) G. Michael Allan MD CCFP

Question clinique

Quel est le risque de développer un trouble de consommation d'opioïdes (TCO) lorsqu'on prend des opioïdes d'ordonnance?

Résultats

L'incidence du TCO lié aux opioïdes d'ordonnance chez les patients souffrant de douleur chronique se situe probablement à environ 3% (sur 2 ans), mais la causalité demeure incertaine. Les patients qui n'ont pas d'antécédents de trouble de consommation de substances (TCS) semblent à plus faible risque (<1%). Parmi les facteurs associés à un risque accru figurent des antécédents de TCS et l'utilisation d'opioïdes pendant plus longtemps (>90 jours) ou à plus fortes doses (>120 mg/j d'équivalent de morphine [EM]).

Données probantes

Dans une revue systématique¹ (12 études, N=310408) portant sur des patients souffrant de douleurs à qui on avait prescrit une thérapie aux opioïdes (≥7 jours; 97% pendant ≥3 mois), les constatations suivantes ont été relevées:

- L'incidence de la dépendance aux opioïdes ou de l'usage «abusif» était de 3,1% dans les études de plus grande qualité et de 4,7% dans l'ensemble des études.
- Les critères diagnostiques revêtent de l'importance: l'incidence varie (de 1 à 11%) en fonction des critères du diagnostic.

Une revue systématique² (24 études, N=2507) concernant des patients souffrant de douleurs chroniques à qui on avait prescrit un traitement aux opioïdes (exposition moyenne de 26 mois, fourchette allant de 2 à 240 mois) a cerné les éléments suivants:

- L'incidence d'une dépendance aux opioïdes se situait à 3,3%.
-L'incidence était de 0,2% chez les patients sans antécédents «d'usage abusif/de dépendance» par rapport à 5% chez ceux qui en avaient.
- Limitations: les définitions variables de la dépendance: la qualité des études incluses (rétrospectives [71%], prospectives et randomisées [29%]); technique imprécise de regroupement.

Deux revues systématiques^{3,4} ont révélé des incidences allant de 0,3 à 0,5%, mais chez des patients qui étaient généralement à plus faible risque.


Contexte

- L'incidence (les nouveaux cas après une prescription d'opioïdes) pourrait être un meilleur paramètre pour

estimer les TCO iatrogènes que la prévalence (tous les patients ayant un TCO, y compris ceux à qui on a prescrit des opioïdes après qu'ils aient développé un TCO)².

- La prévalence des TCO varie de 0,05 à 23%^{3,5,6}.
-Les variations sont attribuables aux différences dans la qualité des études, aux critères diagnostiques et à la terminologie variables, de même qu'à l'incohérence dans le signalement et aux populations étudiées.
- La plupart des études retenues (à l'aide des expressions telles que *dépendance* ou *usage abusif de substances*) ont été publiées avant les critères du DSM-5.
- L'exposition aux opioïdes d'ordonnance chez les adolescents et les jeunes adultes était associée à une utilisation future d'opioïdes d'ordonnance à des fins non médicales⁷ et à un TCO⁸.
- Une étude de cohortes à l'aide d'une base de données d'assurances⁹ (N=568640) a fait valoir qu'après 12 mois, pour les doses de 36 à 120 mg/j d'EM, l'incidence du TCO avec un usage ponctuel (de 1 à 90 jours) était de 0,12% contre 1,3% avec une utilisation chronique (>90 jours). Dans le cas des ordonnances de plus de 90 jours, l'incidence du TCO avec 1 à 36 mg/j d'EM se situait à 0,7% par rapport à 6,1% avec plus de 120 mg/j d'EM.

Mise en pratique

Souvent, les opioïdes ne sont pas supérieurs à d'autres médicaments contre la douleur aiguë¹⁰ ou chronique¹¹, et en raison de leurs effets indésirables, leur taux de discontinuation est élevé (environ 23%)³. Si des opioïdes sont envisagés, il faut évaluer les facteurs de risque possibles de TCO, en particulier lorsqu'il y a des antécédents de TCS. S'ils sont prescrits, il y a lieu de choisir des ordonnances de courte durée, à des doses et à une puissance plus faibles, de même qu'en plus petites quantités. Lorsque des ordonnances d'opioïdes sont renouvelées sur une base chronique, il y a lieu de faire un dépistage du TCO à l'aide de simples outils, comme le questionnaire POMI (Prescription Opioid Misuse Index), et de consulter au besoin les lignes directrices appropriées¹². 

La D^{re} Moe est experte en données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada à Mississauga (Ontario). La D^{re} Kirkwood est médecin de famille au Centre médical Boyle McCauley à Edmonton (Alberta). Le D^r Allan est directeur de Programmes et soutien à la pratique du Collège des médecins de famille du Canada, et professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. What percentage of chronic non-malignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Med* 2008;9(4):444-59.
2. Higgins C, Smith BH, Matthews K. Incidence of iatrogenic opioid dependence or abuse in patients with pain who were exposed to opioid analgesic therapy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2018;120(6):1335-44. Publ. en ligne du 21 avr. 2018.
3. Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafofomo C et coll. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD006605.
4. Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction* 2013;108(4):688-98. Publ. en ligne du 18 oct. 2018.
5. Chou R, Turner JA, Devine EB, Hansen RN, Sullivan SD, Blazina I et coll. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health pathways to prevention workshop. *Ann Intern Med* 2015;162(4):276-86.
6. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR et coll. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy and association with addiction. *Ann Intern Med* 2007;146(2):116-27.
7. McCabe SE, Veliz P, Schulenberg JE. Adolescent context of exposure to prescription opioids and substance use disorder symptoms at age 35: a national longitudinal study. *Pain* 2016;157(10):2173-8.
8. Schroeder AR, Dehghan M, Newman TB, Bentley JP, Park KT. Association of opioid prescriptions from dental clinicians for US adolescents and young adults with subsequent opioid use and abuse. *JAMA Intern Med* 2019;179(2):145-52.
9. Edlund MJ, Martin BC, Russo JE, DeVries A, Braden JB, Sullivan MD. The role of opioid prescription in incident opioid abuse and dependence among individuals with chronic non-cancer pain: the role of opioid prescription. *Clin J Pain* 2014;30(7):557-64.
10. Chang AK, Bijur PE, Esses D, Barnaby DP, Baer J. Effect of a single dose of oral opioid and nonopioid analgesics on acute extremity pain in the emergency department: a randomized clinical trial. *JAMA* 2017;318(17):1661-7.
11. Krebs EE, Gravely A, Nugent S, Jensen AC, DeRonne B, Goldsmith ES et coll. Effect of opioid vs nonopioid medications on pain-related function in patients with chronic back pain or hip or knee osteoarthritis pain: the SPACE randomized clinical trial. *JAMA* 2018;319(9):872-82.
12. Korownyk C, Perry D, Ton J, Kolber MR, Garrison S, Thomas B et coll. Managing opioid use disorder in primary care. PEER simplified guideline. *Can Fam Physician* 2019;65:321-30 (ang), e173-84 (fr).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **October 2019** issue on **page 724**.

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans *Le Médecin de famille canadien* (MFC) sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résumant les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le MFC sont coordonnés par le **D^r G. Michael Allan**, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: www.acfp.ca.