

P-95



La Méthadone peut-elle être un traitement des douleurs chroniques rebelles?

Notre équipe de la consultation de prise en charge des douleurs chroniques de l'Hôpital Joseph Ducuing, à Toulouse, a été amenée, dans deux situations bien précises, à utiliser la Méthadone comme traitement antalgique chez des patients jeunes, non toxicomanes, non cancéreux et pas dans le champ des soins palliatifs, donc hors AMM. Nous étions habitués à l'utilisation de la Méthadone, car notre consultation est adossée à une Unité de soins palliatifs et la Méthadone y est utilisée comme antalgique. Nous avons voulu revenir sur le parcours de ces patients et sur leur ressenti. Cela nous permettra d'affiner notre réflexion et de commencer à répondre à la question que pose l'utilisation de la Méthadone dans les douleurs chroniques rebelles.

Pour qui?	M. F.	Mme C.
	49 ans, marié, 3 enfants, manutentionnaire, sportif, accident du travail.	41 ans, séparée, un fils, employée de bureau, accident du travail
Traumatisme initial et séquelles	Mai 2009: Hernie discale compressive T10-T11 opérée en urgence. IRM post op: Fibrose+++ , encoche épurale et souffrance médullaire. Douleurs neuropathiques thoraciques. Allodynie majeure.	AVP en 97: Grave traumatisme de la hanche, du bassin, de la cheville droite arthrodèse de la cheville en 2010: lésion du sciatique per opératoire Douleurs mixtes membre inférieur et hanche droite
Traitements médicamenteux antérieurs	Pregabaline, Amitriptyline, Duloxetine, Lamotrigine, Milnacipran, Clonazepam, Versatis, Venlafaxine, Ketamine IV puis sirop 10mgx2	Morphine à libération prolongée et immédiate. Amitriptyline, Pregabaline, Actiq, Versatis, Nefopam, Venlafaxine
Traitements non médicamenteux antérieurs	Thermocoagulation de T8 à T12 efficace 4 mois. Refus par le patient de stimulation corticale. Hypnose/ TENS/ Suivi psychologique	Multiplés opérations sur la hanche, la cheville Hypnose/ TENS/ suivi psychologique
Introduction d'un morphinique	Introduit en juillet 2011: efficace sur les douleurs nocturnes. Amélioration très incomplète des douleurs diurnes. Persistance des crises douloureuses.	Depuis l'accident à doses variables, en continu
Traitements lors du passage à la Méthadone	Oxycontin 100mg x2, Oxynorm 20mg 4 à 6 par jour, Versatis, Amitriptyline 75 mg, Ketamine sirop 10 mg x 2	Oxycontin 70mg x2 Oxynorm 10mg x6 Amitriptyline 20mg Pregabaline 300mg x2 Nefopam x 4/j Effexor75mg
Addiction aux traitements morphiniques	non	Oui, décrite comme « effet de manque »
Résultat antalgique avant le traitement par Méthadone	Correct la nuit, très mauvais le jour avec nécessité d'utiliser des entredoses, effets secondaires des traitements +++	Mauvais avec phénomènes de dépendance.

Ces patients présentent donc des profils un peu différents :

M. F. a des douleurs neuropathiques, en échec thérapeutique de tous les traitements, sensibles à l'Oxycodone, mais insuffisamment efficace.

Mme C. des douleurs mixtes, sensibles à l'Oxycodone, jamais complètement, mais surtout avec des phénomènes addictifs qu'elle perçoit et qui l'angoissent.

Deux indications, mais des points communs: douleurs sensibles aux Morphiniques, échec des autres traitements.

Comment?	M. F.	Mme C.
Avec le patient	Accord rapide. Consultation cardio: RAS (petite HTA traitée par Nebivolol)	Accord difficile. Inquiétude par rapport au marquage de la molécule pour les toxicomanes. Consultation cardio: RAS
Démarches administratives	Lettre envoyée au Médecin Conseil responsable en Haute-Garonne Prise de contact téléphonique du médecin conseil. Accord verbal. Courrier au médecin traitant. Contact avec le pharmacien délivrant.	Courrier envoyé au Médecin Conseil responsable de l'Aude Pas de réponse Courrier au médecin traitant. Contact avec le pharmacien délivrant.
Modalités du transfert	Novembre 2012: Hospitalisation 8 jours. Oxycodone: 280 mg/jour Rotation en 3 jours: Protocole SFAP* Diminution Oxycodone de 50% par jour. Methadone :20 X3 et entredose 5mg Pas d'effet de relargage	Février 2011: Hospitalisation 8 jours Oxycodone :200 mg/jour Rotation directe: Arrêt Oxycodone 10mg x 2 + entredoses libres à 5 mg Stabilisation en 3 jours à 30 - 5 - 25 Pas d'effet de relargage
Dose de Méthadone stabilisée	Méthadone en gélules :25 - 25 - 25 mg Possibilité d'une entredose à 10mg Puis diminution car amélioration des douleurs (Qutenza) à 30 mg x 2 par jour CS cardio: arrêt du Nebivolol (épisode de bradycardie à 48) TA normale	Méthadone en gélules :30 - 25 mg Possibilité d'une entredose à 5mg Augmentation en 2015 car reprise chirurgicale de PTH: 30mg x 3 En post-op avec entredoses sans ajout d'un autre morphinique.
Traitement adjuvant	Arrêt rapide de l'Amitriptyline (effets secondaires mal tolérés) Paroxetine	Arrêt progressif de l'Amitriptyline. Maintien Pregabaline 75mg En 2015 reprise Amitriptyline 15 mg
Effets secondaires	Somnolence. Syndrome dépressif cédant à la Paroxetine CS cardio :RAS	Somnolence en début de traitement

Actuellement, vue la législation: les entretiens avec les patients doivent être très explicatifs. Les démarches administratives sont chronophages. La Méthadone, même hors AMM, a été, et est toujours prise en charge. Deux protocoles différents, mais toujours la nécessité d'une hospitalisation, avec une consultation cardiologique, renouvelée si problème. Pas de problèmes graves pendant ces transferts, mais la surveillance est nécessaire. La dose stable a été vite atteinte et nous avons eu une bonne efficacité antalgique immédiate.

Résultats et regard des patients

	M.F.	Mme. C.
Evaluation médicale	Analgésie incomplète mais amélioration de la qualité de vie A permis d'envisager le Qutenza	Très bonne analgésie, adaptable même en cas de recrudescence des douleurs.
Vie professionnelle	Reprise en mi-temps thérapeutique en avril 2015	Reprise à temps plein en avril 2011
Ressenti du patient	« Cela me calme le matin et la nuit, moyennement l'après-midi. Après plusieurs prescriptions pour ma douleur, il n'y a que la Méthadone qui me soulage »	« Excellent antalgique détourné à tort » « La Méthadone a su canaliser mes douleurs et je n'ai plus jamais connu l'effet de manque, commun à mes précédents traitements »
Sur le regard des autres	« Pas de remarques particulières »	« J'ai eu beaucoup de mal à accepter cette médication, car elle est trop souvent en relation avec la toxicomanie, le sevrage ou les traitements substitutifs » « je ne révèle pas mon traitement, de peur du qu'en dira-t-on »
Regards sur la prescription	« Grosse galère au niveau prescription et délivrance, maintenant tous les 28 jours c'est mieux »	« J'ai trouvé cela assez lourd, je pense que pour un traitement long et régulier, la délivrance intégrale de l'ordonnance devrait être autorisée »
Et si c'était à refaire.....	« oui, sans aucun doute »	« Tout à fait »

En somme, le ressenti des patients, ainsi que le nôtre parlent d'eux même. Nous avons là un bon antalgique qui, dans ces deux cas a modifié radicalement le vécu douloureux des patients. Faut-il le banaliser ? Sans doute pas. Il est difficile à mettre en place, présente de nombreuses interactions médicamenteuses*, des risques cardiaques*. Peut-on l'exclure de notre pharmacopée ? D'après nous, ce serait dommage! Il peut rester une prescription exceptionnelle mais encadrée, légalisée, qui ne stigmatiserait plus les patients et ne nous obligerait pas à prescrire Hors AMM. Il nous faut aussi prendre en compte ce qui existe dans d'autres pays où la Méthadone est aisément utilisée comme antalgique*. Nous laisserons le dernier mot à Mme C. « La Méthadone est avant tout un excellent antalgique, détourné à tort de son but originel ».