Éditorial

Editorial

N. Authier · A. Eschaliér

© Springer-Verlag France 2012

La douleur, plus particulièrement la douleur chronique, et les conduites addictives entretiennent une relation duelle, partageant notamment des substrats neurobiologiques et neuroanatomiques communs. Le circuit de la récompense, connu pour être à l'origine des processus de dépendance, serait aussi impliqué dans les phénomènes de douleur (aversif) et d'analgésie (plaisir), impliquant notamment dans les deux cas le système opioïde endogène et des régions cérébrales communes (substance grise périaqueducale, noyau *accumbens*, cortex cingulaire antérieur, amygdale...). Ainsi, les addictions, notamment aux opioïdes, y compris substituées, peuvent, en plus des comorbidités anxieuses ou dépressives induites, altérer l'intégration des informations liées à des stimuli douloureux et potentialiser à terme les perceptions douloureuses, tout comme ces dernières peuvent être à l'origine de l'amplification d'une addiction [2]. Le processus addictif peut induire une dysrégulation de l'homéostasie des systèmes anti- et pronociceptifs. Selon la théorie des processus opposants, développée par Solomon [3], postulant qu'une drogue administrée induit des mécanismes centraux opposants venant réduire l'efficacité de cette drogue, l'administration de la drogue serait responsable d'un effet immédiat positif (hédonique) auquel viendrait se surajouter au fur et à mesure des administrations un effet négatif (douleur) retardé dans le temps et d'intensité croissante. Ainsi, les opioïdes activeraient simultanément les systèmes inhibiteurs (antinociceptifs) et excitateurs (pronociceptifs) avec pour conséquence un effet antalgique à court terme et une hypersensibilité à long terme, ce dernier phénomène étant probablement en cause, non seulement dans la notion de tolérance mais aussi dans l'instauration des processus de chronicisation de la douleur [1].

Quatre notions doivent donc être distinguées lorsque l'on traite de la dualité douleur et addiction. Tout d'abord l'existence d'une tolérance à un effet (antalgique ou hédonique) d'un médicament ou d'une drogue qui se traduit par une nécessité d'augmenter les doses pour obtenir de nouveau un effet proche de celui obtenu lors des premières prises. Ensuite, la notion de pseudo-addiction, qui se traduit par un abus d'antalgiques de la part du patient, motivée par une prise en charge insuffisante de la douleur. L'addiction dont le symptôme principal est le craving (objectif de la prise en charge addictologique), ou envie irrésistible de répéter un comportement (perte de contrôle), et son évolution clinique, avec la rechute malgré les conséquences néfastes connues. Ces deux dimensions sont à l'origine de la chronicité de cette pathologie. Et enfin, la notion d'hyperalgésie ou d'hypersensibilité induite (abaissement des seuils de douleur), propre aux médicaments opioïdes, et qui sera aggravée par l'augmentation des doses d'antalgiques.

L'usage de drogues à visée antalgique, motivé soit par des croyances populaires (alcool) soit par une action pharmacologique pertinente (opioïdes), mène le plus souvent vers un mésusage de la substance psychoactive avec un risque d'abus, voire de dépendance en l'absence de prise en charge efficace de la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, l'usage détourné d'antalgiques, essentiellement les opioïdes (oxycodone aux États-Unis, sulfate de morphine et codéine en France), à visée toxicomaniaque, peut d'une part aboutir à une véritable addiction associée à des facteurs de risques biopsychosociaux et, d'autre part, générer chez certains patients des douleurs iatrogènes de type hyperalgie induite aggravées par l'augmentation des doses et parfois totalement soulagées par le sevrage, voire une thérapeutique de substitution.

Il semble capital pour le médecin algologue d'intégrer, à la fois lors du premier bilan mais aussi lors du suivi de la prise en charge globale du douloureux chronique, un repérage systématique des consommations de substances psychoactives, qu'elles soient à visée autothérapeutique (antalgique, anxiolytique, sédatrice, antidépressive) et/ou toxicomaniaque. Des outils de repérage des abus de

N. Authier (✉) · A. Eschaliér
Clermont Université, Université d'Auvergne, NEURO-DOL, BP
10448, F-63000 Clermont-Ferrand
e-mail : nauthier@chu-clermontferrand.fr

INSERM, U1107, F-63001 Clermont-Ferrand

CHU Clermont-Ferrand, Centre Addictovigilance Auvergne,
BP69, F-63003 Clermont-Ferrand

substance (drogues ou médicaments) faciles à mettre en œuvre sont à la disposition des équipes, ils permettent d'assurer une surveillance rapprochée, voire d'envisager très précocement une prise en charge conjointe avec un service d'addictologie.

Il en est de même pour le médecin addictologue qui doit accorder une place dans son entretien au dépistage de manifestations douloureuses aiguës ou chroniques chez les patients abuseurs ou dépendants à une substance. Du fait de leur addiction, ils semblent plus à risque de présenter des douleurs notamment chroniques, voire un abaissement de leurs seuils de sensibilité ou de tolérance à la douleur. Ces patients devraient faire l'objet d'une attention particulière par les professionnels de santé pour la prise en charge de leurs douleurs mais aussi la prévention de la douleur iatrogène. Une mauvaise prise en charge de la douleur du sujet dépendant peut avoir comme conséquences négatives un recours à l'utilisation de produits illicites, l'automédication par des antalgiques souvent inappropriés, un déséquilibre du traitement en cours de son addiction (médicaments de

substitution aux opioïdes), la résurgence des conséquences médicales et psychosociales liées à la recherche de drogue.

Ce dossier « Douleur et addictions » vise à sensibiliser mais aussi à convaincre le monde de l'algologie et celui de l'addictologie des liens étroits entre ces deux disciplines médicales, et donc de la nécessité de multiplier les collaborations, tant du point de vue du soin que de celui de la recherche et de la formation, dans l'objectif final d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie globale de ces patients.

Références

1. Angst MS, Clark JD (2006) Opioid-induced hyperalgesia. *Anesthesiology* 104:570–87
2. Borsook D, Becerra L, Carlezon WA Jr et al (2007) Reward-aversion circuitry in analgesia and pain: implications for psychiatric disorders. *Eur J Pain* 11:7–20
3. Solomon RL (1991) *Acquired motivation and affective opponent-process*. New York: Raven Press