

# Les chirurgiens pour le contrôle des opioïdes

Les opinions exprimées dans cet éditorial sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne ou ses filiales.

**D**es rapports de plus en plus nombreux ont récemment mis les médecins en garde contre les dangers des opioïdes prescrits. Cela concerne particulièrement la communauté chirurgicale compte tenu qu'elle a l'habitude de se fier à cette catégorie d'analgésiques pour le postopératoire. Malheureusement, selon les preuves qui s'accumulent dans la littérature, tant scientifique que grand public, les risques posés par la prescription de narcotiques pourraient en fait causer encore plus de tort à nos patients que nous l'avions imaginé.

Même si les détails concernant la recette originale du médicament OxyContin, conçu par les frères Sackler (tous deux psychiatres), sont protégés des regards depuis des décennies, ensevelis sous une lourde propagande, plus de 200 000 Américains sont décédés de surdoses d'OxyContin depuis 1996. En 2016 seulement, on a dénombré 53 000 décès aux États-Unis des suites de surdoses d'opioïdes, comparativement à 36 000 décès survenus sur les routes et 35 000 par arme à feu. Pour ceux d'entre nous qui soignons des blessés tous les jours, cette comparaison donne le vertige.

Tandis que les médias font largement écho de la situation chez nos voisins du Sud, selon certaines données, il se pourrait que la crise des opioïdes soit encore plus grave ici-même, au Canada. Plus spécifiquement, au cours des 6 premiers mois de 2018 seulement, on a enregistré 2066 décès liés aux opioïdes au Canada (11,2 décès par 100 000 habitants)<sup>1</sup>. Au pays, c'est Calgary qui détient le triste record du nombre le plus élevé de décès liés aux opioïdes, avec un taux de 18,7 par 100 000 habitants (687 décès en 2017), ainsi que du nombre le plus élevé de consultations aux urgences en lien avec les opioïdes (8 % à 10 % de toutes les consultations au cours des 3 dernières années)<sup>1,2</sup>. Les autres provinces ne sont pas en reste en ce qui concerne cette crise de santé publique car l'Ontario mène le bal pour ce qui est du nombre total d'ordonnances d'opioïdes (9 millions d'ordonnances par année) et du nombre total de décès liés aux opioïdes (1250 en 2017)<sup>3</sup>. Le Canada serait en outre le plus grand consommateur d'opioïdes prescrits per capita et le deuxième plus grand prescripteur d'opioïdes (35 000 ordonnances par année) parmi les pays industrialisés<sup>4</sup>. Bon an, mal an, c'est 1 Canadien sur 7 qui se fait prescrire des opioïdes. Le phénomène est d'autant plus troublant que pour 75 % de tous les consommateurs d'héroïne, le premier contact avec les narcotiques est une ordonnance d'opioïdes remise par un médecin ou un chirurgien<sup>5</sup>.

L'augmentation dramatique du nombre de décès liés aux opioïdes (en hausse de 350 % entre 2003 et 2017) est le

reflet de plusieurs réalités émergentes qui ont joué un rôle non négligeable pendant cette période :

- Les géants de l'industrie pharmaceutique, l'American Pain Society et l'American Academy of Pain Medicine (entre autres) ont fait pression sur les gouvernements et les médecins pour faire de la douleur « le cinquième signe vital » (avec une échelle d'évaluation de la douleur en 10 points). Insistant sur une définition élargie de la douleur, les documents internes de l'industrie pharmaceutique souhaitent clairement « ajouter une charge émotive à la douleur non cancéreuse » pour que les médecins se sentent obligés de la traiter plus énergiquement.
- Les types et préparations d'opioïdes se sont diversifiés et multipliés à un point tel, que la question de l'analgésie est devenue très complexe à gérer.
- Les nouveaux narcotiques ont significativement gagné en puissance (l'équivalent en morphine orale [ÉMO] de l'hydromorphone [comprimé de 2 mg] est de 80, tandis que celui de la codéine [comprimé de 30 mg] est de 45).
- Les personnes dépendantes ont appris comment jongler avec les comprimés d'opioïdes et les consomment sous diverses formes (p. ex., ils peuvent les ingérer, les fumer ou les inhaler).
- Les personnes dépendantes qui n'arrivaient pas se procurer plusieurs opioïdes au prix où ils se vendent dans la rue, sont passées à des drogues plus de base, comme l'héroïne.
- Une campagne stratégique et persistante de désinformation des médecins au sujet du risque de mésusage de beaucoup de ces opioïdes (à l'origine d'un litige au terme duquel le gouvernement des États-Unis a eu gain de cause en 2007) a été extrêmement influente.

Même si, comme chirurgiens, nous croyons que nos habitudes de prescription des opioïdes (et l'utilisation qu'en font nos patients) n'ont que des effets à court terme, il est évident que l'orthopédie, la neurochirurgie et la gastroentérologie regroupent les 3 principales catégories de prescripteurs<sup>6</sup>. Selon les US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), l'utilisation d'opioïdes pendant plus de 5 jours est un facteur de risque significatif à l'égard d'un mésusage subséquent des narcotiques<sup>6</sup>. On notera qu'au-delà de 10 % des Canadiens de 65 ans et plus à qui on a prescrit un opioïde suite à une chirurgie d'un jour les utilisent toujours au bout d'un an. Plusieurs études (multicentriques et liées à des registres) ont aussi clairement identifié la surprescription des opioïdes après une intervention chirurgicale. L'examen de plus de 7600 dossiers de patients du National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) a révélé qu'un nombre

médian de 375 EMO avaient été prescrits (équivalent à plus de 70 comprimés de tramadol)<sup>7</sup>. Ce risque était en lien avec un âge plus avancé, le fait d'être une femme, un diagnostic non cancéreux et l'obésité. Il est clair également que les habitudes de prescription varient grandement d'un chirurgien à l'autre et ne peuvent s'expliquer par des facteurs liés au patient ou à la maladie. À cet égard, la variabilité des habitudes de prescription globales au Canada est source d'inquiétude. Cette réalité trouve écho chez de nombreux patients, puisque seulement 28 % utilisent tous les opioïdes qui leur sont prescrits après une chirurgie (et seulement 9 % disposent des narcotiques inutilisés de manière appropriée). Il est également clair que le volume des ordonnances (c.-à-d., le nombre de comprimés servis) est en lien direct avec la consommation d'opioïdes et leur mésusage après une chirurgie<sup>8</sup>.

Il est intéressant d'analyser aussi la multiplication et le rôle précis des services axés sur la douleur chronique au Canada. Même si ces programmes sont reconnus dans les grandes villes canadiennes, leurs critères pour admettre et exclure les patients ou leur donner congé varient considérablement d'un endroit à l'autre. Par exemple, certains programmes prévoient un congé obligatoire des patients 1 an après leur inscription. Ailleurs, le congé est donné beaucoup plus tôt. Indépendamment de leur financement, ces programmes peuvent être difficiles d'accès, ils soignent un nombre limité de patients et sont souvent considérés (par les patients et les médecins traitants) moins efficaces pour les cas plus complexes. En 2016, le CDC a déclaré qu'il n'y avait pas de preuves solides que les opioïdes étaient un traitement efficace pour la douleur chronique au-delà de 6 semaines<sup>9,10</sup>. Il y a là ample matière à réflexion, non seulement en ce qui concerne les chirurgiens et leurs patients, mais aussi compte tenu qu'en réalité, jusqu'à 20 % de la diminution de la main-d'œuvre observée entre 1999 et 2015 pourrait être directement liée à l'utilisation prolongée d'opioïdes.

Pour s'attaquer à la crise des opioïdes, le gouvernement canadien a élaboré une approche interventionnelle qui repose sur 4 éléments clés : prévention, traitement, réduction des préjudices et contrôle d'application. Cette initiative est fort louable et digne d'être envisagée, mais nous devons aussi faire plus comme médecins et chirurgiens. La première étape consiste à reconnaître que les opioïdes sur ordonnance jouent un rôle majeur dans leur mésusage subséquent et que le risque de dépendance aux opioïdes est bien réel après une chirurgie.

Nous devons emboîter le pas à des chefs de file en chirurgie, comme Ken Leslie, Neil Parry, Daryl Gray et Kelly Vogt, du London Health Sciences Centre, qui ont créé, appliqué et étudié un parcours multimodal standardisé d'épargne des opioïdes pour maîtriser la douleur postopératoire tout en réduisant le nombre d'ordonnances d'opioïdes post-chirurgicales pour les chirurgies d'un jour (p. ex., cholécystectomie, cure de hernie, chirurgie du sein, chirurgie anorectale laparoscopiques)<sup>11</sup>. En instaurant un programme officiel qui repose sur un enseignement préopératoire au patient, une sensibilisation des chirurgiens, une prise en charge dif-

férente de la douleur peropératoire (anti-inflammatoires, antiémétiques, corticostéroïdes) et des protocoles d'analgésie postopératoire stricts (prescription d'opioïdes en dernier ressort et d'une durée maximale de 7 jours), ils ont réduit de 90 % leur taux d'ordonnances de narcotiques (seulement 10 % des patients se sont fait servir leur ordonnance d'opioïdes pour une meilleure maîtrise de la douleur). Si on extrapole pour l'Ontario, la réduction potentielle du volume de narcotiques prescrits serait impressionnante (pour les 45 000 cas annuels de cure de hernie et cholécystectomie en Ontario, ce sont 1 000 000 de comprimés de narcotiques en moins qui se trouveraient utilisés à mauvais escient.) Le mésusage des opioïdes en postopératoire est indéniablement une crise de santé publique. En recourant à des interventions multimodales, en réduisant le volume d'opioïdes que nous prescrivons (dose, durée et nombre de comprimés) et en faisant un enseignement préopératoire aux patients, les chirurgiens ont assurément un rôle et une responsabilité dans la prévention des risques chez les patients. Le temps est venu d'examiner notre façon de prescrire.

**Chad G. Ball, MD**

Coeditor, *Canadian Journal of Surgery*

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

DOI: 10.1503/cjs.011819

## Références

1. Government of Canada. Opioids. Disponible : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/problematic-prescription-drug-use/opioids.html> (consulté 2019 June 4).
2. Alberta Health. *Alberta opioid response surveillance report, 2018 Q4*. Alberta Health; March 2019.
3. Gomes T, Mamdani MM, Paterson JM, et al. Trends in high-dose opioid prescribing in Canada. *Can Fam Physician* 2014;60:826-32.
4. Cleary JF, Maurer MA. Pain and Policy Studies Group: two decades of working to address regulatory barriers to improve opioid availability and accessibility around the world. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:S121-34.
5. Compton WM, Jones CM, Baldwin GT. Relationship between non-medical prescription-opioid use and heroin use. *N Engl J Med* 2016;374:154-63.
6. Brummett CM, Waljee JF, Goesling J, et al. New persistent opioid use after minor and major surgical procedures in US adults. *JAMA Surg* 2017;152:e170504.
7. Thiels CA, Anderson SS, Ubi DS, et al. Wide variation and overprescription of opioids after elective surgery. *Ann Surg* 2017;266:564-73.
8. Hill MV, McMahon BS, Stucke RS, et al. Wide variation and excessive dosage of opioid prescriptions for common general surgical procedures. *Ann Surg* 2017;265:709-14.
9. Feinberg AE, Chesney TR, Srikantharajah S, et al. Opioid use after discharge in postoperative patients: a systematic review. *Ann Surg* 2018;267:1056-62.
10. Sun EC, Darnall BD, Baker LC, et al. Incidence of and risk factors for chronic opioid use among opioid-naïve patients in the postoperative period. *JAMA Int Med* 2016;176:1286-93.
11. Hartford LB, Van Koughnett AM, Murphy PB, et al. Standardization of outpatient procedure (STOP) narcotics: a prospective non-inferiority study to reduce opioid use in outpatient general surgical procedures. *J Am Coll Surg* 2019;228:81-8.