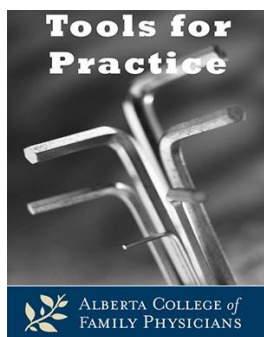


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

5 novembre 2018



## **L'association buprénorphine-naloxone (Suboxone<sup>MC</sup>) pour traiter le trouble de consommation d'opioïdes d'ordonnance**

**Question clinique : La buprénorphine (avec ou sans naloxone) est-elle efficace en tant que thérapie d'entretien dans le traitement du trouble de consommation d'opioïdes d'ordonnance?**

**Conclusion : Le maintien du traitement après 15 semaines a été observé chez 75 % des patients traités par buprénorphine, comparativement à 26 % des patients suivant un programme de désintoxication ou de counseling, et 37 % ont déclaré une consommation continue de la substance par rapport à 60 % qui maîtrisent leur consommation. Chez cette population, la buprénorphine et la méthadone donnent des résultats semblables. En ce qui concerne les données probantes, il existe un risque de biais modéré ou élevé.**

### **Données probantes**

- Revue systématique de six essais cliniques randomisés (ECR) auprès de 607 patients aux prises avec une dépendance aux opioïdes d'ordonnance (23 % de femmes, moyenne d'âge de 32 ans, durée moyenne de l'étude de 15 semaines). Source d'opioïdes souvent non décrite (p. ex. : prescrits par opposition à détournés)<sup>1</sup>.
  - Comparaison de la buprénorphine au programme de désintoxication et/ou de traitement psychologique :
    - Maintien du traitement (trois ECR, 247 patients) : 75 % par opposition à 26 % pour le groupe témoin, nombre de sujets à traiter (NST)=3.
    - Consommation autodéclarée de la substance (trois ECR, 204 patients) : 37 % par opposition à 60 % pour le groupe témoin, NST=5.
    - Résultat positif au test de dépistage d'opioïdes à la fin du traitement (trois ECR, 206 patients) : 40 % par opposition à 61 % pour le groupe témoin, NST=5.
    - Aucune différence : journées de consommation non sanctionnée d'opioïdes ou comportements à risque liés à la drogue.

- Effets indésirables non spécifiés (un ECR, 53 patients) : 0 % par opposition à 8 % pour le groupe témoin.
- Comparaison de la buprénorphine et de la méthadone :
  - Aucune différence : maintien du traitement, consommation de substances, comportements à risque, échelles de santé ou effets indésirables.
- Aucune donnée n'a été signalée en ce qui concerne le taux de mortalité, la qualité de vie, la fonction ou les surdoses<sup>1</sup>.
- Limites : tous les ECR sont de structure ouverte; taux d'abandon élevés; une seule étude incluait des usagers de buprénorphine illicite.
- Buprénorphine utilisée principalement chez les héroïnomanes :
  - Revue systématique (cinq ECR) :
    - Aucun décès lié aux opioïdes (quatre ECR)<sup>2</sup>;
    - Quatre décès (placebo) comparativement à zéro décès (buprénorphine) après un an (un ECR, 40 patients)<sup>2, 3</sup>.
  - Par rapport à la méthadone : aucune différence quant au taux de mortalité (un ECR, analyse secondaire)<sup>4</sup>.

### Contexte

- La naloxone (un antagoniste opioïde) associée à la buprénorphine a peu d'impact lorsqu'elle est prise par voie orale en raison d'une mauvaise absorption, mais elle peut entraîner des symptômes de sevrage si elle est écrasée en vue d'une utilisation intraveineuse<sup>5</sup>.
- En Ontario, 33 % des gens dont le décès était lié aux opioïdes avaient des ordonnances d'opioïdes actives<sup>6</sup>.
  - Les tests de toxicologie réalisés lors de l'autopsie ont établi la présence d'opioïdes d'ordonnance seulement chez 58 % de ces gens<sup>6</sup>.
- Les études d'observation (qui comprenaient des consommateurs d'héroïne ainsi que de multiples facteurs de confusion) signalent :
  - Une diminution du taux de mortalité avec le traitement par antagonistes opioïdes<sup>7, 8</sup>.
  - Un taux de mortalité plus faible avec l'association buprénorphine-naloxone, comparativement à la méthadone<sup>9</sup>.
- Chez les héroïnomanes, la méthadone augmente davantage le maintien du traitement que la buprénorphine, NST=4 à 10 au bout de 12 à 24 semaines<sup>2, 10</sup>.
- Les renseignements posologiques pour l'association buprénorphine-naloxone sont disponibles en ligne<sup>11</sup>.

### Auteurs

Caitlin Finley, B. Sc. (santé), M. Sc., Christina Korownyk, M.D., CCMF, et  
Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, PharmD

### Divulcation

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

### Références

1. Neilsen S, Larance B, Degenhardt L. *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2016, 5 : CD011117.
2. Mattick RP, Breen C, Kimber J, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2014, 3 : CD002209.
3. Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, *et al.*, Lancet, 2003, 361 : 662-668.
4. Hser YI, Evans E, Huang D, *et al.*, Addiction, 2016, 111(4) : 695-705.
5. Kahan M, Srivastava A, Ordean A, *et al.*, Can Fam Physician, 2011 Mar, 57(3) : 281-289.

6. Gomes T, Khuu W, Martins D, *et al.*, BMJ, 2018, 362 : k3207.
7. Ma J, Bao YP, Wang RJ, *et al.*, Mol Psychiatry, 2018 Jun 22. [Publication électronique avant impression.]
8. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, *et al.*, BMJ, 2017, 357 : i1550.
9. Hickman M, Steer C, Tilling K, *et al.*, Addiction, 2018 Aug, 113(8) : 1461-1476.
10. Woody G, Bruce D, Korthuis PT, *et al.*, J Acquir immune Defic Syndr, 2014, 66 : 288-293.
11. British Columbia Centre on Substance Use et ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*, 5 juin 2017. Disponible sur Internet : [http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines\\_June2017.pdf](http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf) (consulté le 19 septembre 2018).

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.