

## Buprénorphine / Naloxone

Le traitement du trouble de l'usage d'opioïdes (TLUO) à la buprénorphine se fait avec un mélange de deux molécules: la buprénorphine et la naloxone dans un rapport de 4 pour 1. La buprénorphine agit de façon similaire à la méthadone. Elle est administrée une fois par jour (certains patients le prennent aux deux ou trois jours), elle prévient les sensations de sevrage sans provoquer de sensation d'euphorie et elle déloge les autres opioïdes du récepteur mu (A).

La naloxone, quant à elle, est l'antidote des opioïdes. Lorsqu'ingérée par la bouche, elle n'est pratiquement pas absorbée dans le corps et ne fait aucun effet; par contre, lorsqu'elle est injectée, elle renverse rapidement l'effet d'autres opioïdes et provoque un syndrome de sevrage important. Elle est incluse dans la formulation combinée pour dissuader l'usage intraveineux (A).

La buprénorphine/naloxone est administrée via un comprimé sublingual sous la supervision du pharmacien. La dose maximale est de 24 ou 32 mg (B).

L'induction de la buprénorphine/naloxone se fait en 48 à 72 heures et est rapide comparativement aux semaines d'induction nécessaires pour la méthadone. Toutefois, contrairement à la méthadone, la buprénorphine/naloxone doit être débutée lorsque le patient a cessé sa consommation et présente des signes de sevrage, car elle déloge les opioïdes des récepteurs mu dès les premières doses et peut provoquer un sevrage précipité si la personne est sous l'effet des opioïdes au moment de l'induction (A).

Malgré son contrôle potentiellement moins optimal des dépendances sévères et son coût plus élevé, le TDO à la buprénorphine/naloxone génère beaucoup d'intérêt. La buprénorphine/naloxone a un risque moins élevé de surdose, cause aussi moins de symptômes de sevrage lors de l'arrêt du traitement et a un potentiel d'abus diminué (N). Elle a aussi une action plus longue que la méthadone, pouvant ainsi permettre plus d'autonomie de la part du patient plutôt que de le contraindre à des visites journalières à la pharmacie. (A) De plus, elle provoque moins d'effets secondaires et serait liée à un meilleur profil fonctionnel au niveau cognitif (C).

La première recommandation canadienne est maintenant d'amorcer un traitement par agonistes opioïdes (TAO) avec la buprénorphine-naloxone, si possible, afin de réduire le risque de toxicité, de morbidité et de mortalité, et pour faciliter une prise plus sécuritaire des doses sans supervision/à emporter.

### Références

- A. « La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes »  
[http://www.opq.org/doc/media/808\\_38\\_fr-ca\\_0\\_ld\\_buprenorphine.pdf](http://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_ld_buprenorphine.pdf)
- B. « Opioid Dependence Treatment: Options In Pharmacotherapy »  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874458/>
- C. « Primary care management of opioid use disorders: Abstinence, methadone, or buprenorphine-naloxone? » <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28292795>