



BLEU DE MÉTHYLÈNE: UN NOUVEL ANALGÉSIQUE

Au cours des deux dernières années, le palmitoylethanolamide (PEA), un médicament, a été découvert comme analgésique non opioïde. On sait désormais qu'il soulage les douleurs locales et centrales. Le PEA était devenu indispensable en raison de la difficulté d'accès aux opioïdes (voir ci-dessous). La liste des analgésiques non opioïdes est restreinte : kétamine, oxytocine, CBD, cannabis, kratom. J'ai le plaisir d'y ajouter le bleu de méthylène (BM).

Contexte: Le BM a été inventé en 1870 comme colorant textile. Il a été utilisé pour la première fois en médecine en 1891 comme antipaludéen. Depuis, il a été utilisé pour traiter diverses affections. Son efficacité la plus connue est le traitement des douleurs intenses associées aux cancers de la tête et du cou. Il y a environ un an, l'association Arachnoiditis Hope a commencé à recevoir des témoignages de personnes atteintes d'arachnoïdite adhésive qui l'utilisaient. Certaines avaient arrêté leur traitement aux opioïdes.

Sécurité: Le bleu de méthylène (BM) est largement utilisé. C'est un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO); les patients prenant un antidépresseur doivent donc éviter le BM.

Disponibilité: Le BM est disponible à l'achat sur Internet auprès de nombreux fournisseurs. Il est peu coûteux et la posologie est indiquée sur l'étiquette.

Associations avec d'autres médicaments: Le BM peut être pris pour potentialiser l'effet des opioïdes ou de la phényléphrine (PEA).

La peur infondée des opioïdes à courte durée d'action et à faible puissance:

Le corps médical est bien au courant des recommandations du CDC et des poursuites engagées contre les médecins ayant prescrit des opioïdes à forte dose à des patients présentant des symptômes douteux. Il n'y a jamais eu, et il n'y a toujours pas, de campagne gouvernementale contre l'utilisation des opioïdes à courte durée d'action et à faible puissance: tramadol, codéine, hydrocodone (Vicodin®), oxycodone-acétaminophène (Percocet®). Je n'ai trouvé aucun cas où un médecin ait été sanctionné pour avoir prescrit un opioïde à action rapide et à faible puissance à un patient atteint d'arachnoïdite adhésive (AA) confirmée par IRM.

Il est temps d'être pragmatique:

Chaque patient atteint d'arachnoïdite adhésive doit essayer la phényléphrine (PEA) et la buprénorphine (BM). On ne peut plus compter sur la prise en charge des opioïdes par les médecins et les assurances. Le mouvement visant à contraindre tous les patients à cesser la prise d'opioïdes puissants ou à forte dose ne semble pas faiblir. Son objectif est de remplacer les fortes doses d'opioïdes par des stimulateurs électriques, des pompes intrathécales ou la buprénorphine/méthadone.