

Le Médecin Généraliste et l'Usager de Drogues :

La Première Consultation

Dr Baudouin DENIS

13-11-2011

Agenda 1^{ère} Consultation

- Temps d'accueil et d'écoute active
- Diagnostic de dépendance
- Examen clinique
- Information sur les traitements
- Négociation des objectifs et du type de traitement
- Prescription éventuelle

Temps d'Ecoute :

Approche Centrée-Patient

- Faire preuve d'empathie, verbale ou non-verbale
- Eviter tout discours moralisateur
- Encourager le patient à exprimer ses émotions, ses peurs, ses questions
- Ne pas interrompre, respecter les temps de silence, respecter l'ordre-désordre du discours → utilité d'un outil d'anamnèse
- Montrer de l'intérêt pour les attentes du patient, ses croyances, ses connaissances, son expérience
- Résumer et clarifier les problèmes

Outils d'anamnèse

- Questionnaire *ASI (Addiction Severity Index)* : validé mais impraticable en MG
- Score *EVALUMET* (Alto 2001) : adapté à la MG mais non validé
- Score *EVOLUTOX* (RAT, 1995)
- Scores *CAARUD* et *TREND* (France) : aspects socio-éco uniquement
-

→ **développez votre propre outil d'anamnèse**

EVALUMET (adapté)

NOM	Age	Date
-----	-----	------

Durée toxicomanie	<5 ans		> 5 ans
Mode	Fumette -Sniff		Shoot
Budget journalier	<25 €		>25 €
Traitements antérieurs	0	1	>1
Polytoxicomanie	0	Cannabis	

Ressources	Travail-Chômage- Formation	Mutuelle-CPAS	Vol-Deal-Prostitution
Logement	Autonome	Famille	Multikot-Squat-SDF
Cellule familiale	Couple non tox	Mère-Père	Couple tox
Dettes	0	<2500 €	>2500 €
Judiciaire	0	Antécédent prison	Affaire en cours Sursis-Probation

Etat général	Conservé		BMI < 19
Comorbidité Somatique	0		
Comorbidité Psy	0	Immature-Limite	Dépression – Psychose

NOM Eric L	Age 23	Date
-------------------	---------------	------

Durée toxicomanie	<5 ans	> 5 ans
Mode	Fumette - Sniff	Shoot
Budget journalier	<25 €	>25 €
Traitements antérieurs	0	1
Polytoxicomanie	0	Cannabis Alcool

Ressources	Travail-Chômage- Formation	Mutuelle-CPAS	Vol-Deal-Prostitution
Logement	Autonome	Famille	Multikot-Squat-SDF
Cellule familiale	Couple non tox	Mère-Père !!!	Couple tox
Dettes	0	<2500 €	>2500 €
Judiciaire	0	Antécédent prison	Affaire en cours Sursis-Probation

Etat général	Conserve		BMI < 19
Comorbidité Somatique	0	Asthme	
Comorbidité Psy	0	Immature-Limite	Dépression – Psychose

NOM Jimmy P	Age 45	Date
--------------------	---------------	------

Durée toxicomanie	<5 ans		> 5 ans
Mode	Fumette -Sniff		Shoot
Budget journalier	<25 €		>25 €
Traitements antérieurs	0	1	>1
Polytoxicomanie	0	Cannabis	Alcool- Benzo

Ressources	Travail-Chômage- Formation	Mutuelle-CPAS	Vol-Deal-Prostitution
Logement	Autonome	Famille	Multikot-Squat-SDF
Cellule familiale	Couple non tox	Mère -Père	Couple tox
Dettes	0	<2500 €	>2500 €
Judiciaire	0	Antécédent prison	Affaire en cours Sursis-Probation

Etat général	Conservé		BMI < 19
Comorbidité Somatique	0		BPCO-HCC-Endocardite
Comorbidité Psy	0	Immature-Limite	Dépression – Psychose

Diagnostic de dépendance actuelle à l'héroïne

- (Hétéro)Anamnèse → critères DSM IV
- Tableau d'imprégnation
- Tableau de manque
- Traces d'injection
- Analyse d'urine
- Téléphone

- Start Dose Test ≤ 30mg Méthadone

→ **Présomption**

→ **Certitude**

DSM IV : au moins 3 critères présents simultanément lors des 12 derniers mois

1. Tolérance : nécessité de consommer des quantités croissantes pour maintenir les effets recherchés
2. Syndrome de sevrage : apparition des signes de manque caractéristiques ou prise régulière de la substance pour les prévenir ou les amoindrir
3. Perte de contrôle sur la quantité et la durée de consommation
4. Craving : désir obsédant et irrépressible, efforts infructueux d'interruption
5. Beaucoup de temps consacré à se procurer- consommer- récupérer
6. Activités sociales ou récréatives importantes abandonnées ou réduites
7. L'usage de la substance est maintenu malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

- **Avec dépendance physique: critère 1 ou 2 présent**
- **Sans dépendance physique: critère 1 ou 2 absent**

Quelques signes d'imprégnation

- Héroïne : pique du nez, myosis, [fréquence respi ↓]
- Cocaïne-XTC : agitation, mydriase, sueur, prurit, tachycardie, hyperthermie
- Cannabis : odeur, yeux rougis, hilarité

Syndrome de Manque à l'Héroïne

- Mydriase
- Agitation
- Anxiété, Aggressivité, Insomnie
- Tout coule : nez-yeux-sueur-diarrhée
- Prurit
- Bâillements
- Tachycardie, TA ↑

Analyse d'urines

- Inconvénients**
- Pas de diagnostic de certitude de dépendance (horizon = 6-8h)
 - Faux + (codéine)
 - Difficilement compatible avec une relation de confiance
 - Remboursement seulement si +

- Avantages**
- Contribue à rassurer le médecin (« couverture »)
 - Contribue à rassurer l'entourage familial
 - Souvent réclamé par l'agent de probation
 - Evaluation des prises en charge dans une institution

Examen clinique

- Pour rappeler qu'on est d'abord médecin
- Pour signifier au patient notre intérêt pour sa santé globale
- Examen minimal à ce stade :
 - ✓ Poids
 - ✓ Auscultation Cœur-Poumons
 - ✓ Examen Peau-Tissus mous (Ulcères, abcès)

Et à faire plus tard...

- ✓ Sérologie HIV- HBV- HCV annuelle
- ✓ IDR et RX Thorax
- ✓ Vaccination Tétanos et HBV (0-1-4 de préférence)
- ✓ Contraception à aborder tôt dans le traitement
- ✓ Suivi du Poids = meilleur marqueur de rechute
- ✓ Examen buccal
- ✓ ECG > 150 mg Methadone

Information sur les traitements

- Situer le traitement de substitution dans un cadre global
 - D'autres approches existent
 - Il ne se réduit pas à la prescription : la prise en charge est globale (revalidation physique-socio-psycho)
- Infos brèves sur la méthadone – buprénorphine
- Posez votre cadre de travail, vos exigences minimales

20^{ème} Siècle : Algorithme de Traitement

- 1^{ère} intention : SEVRAGE

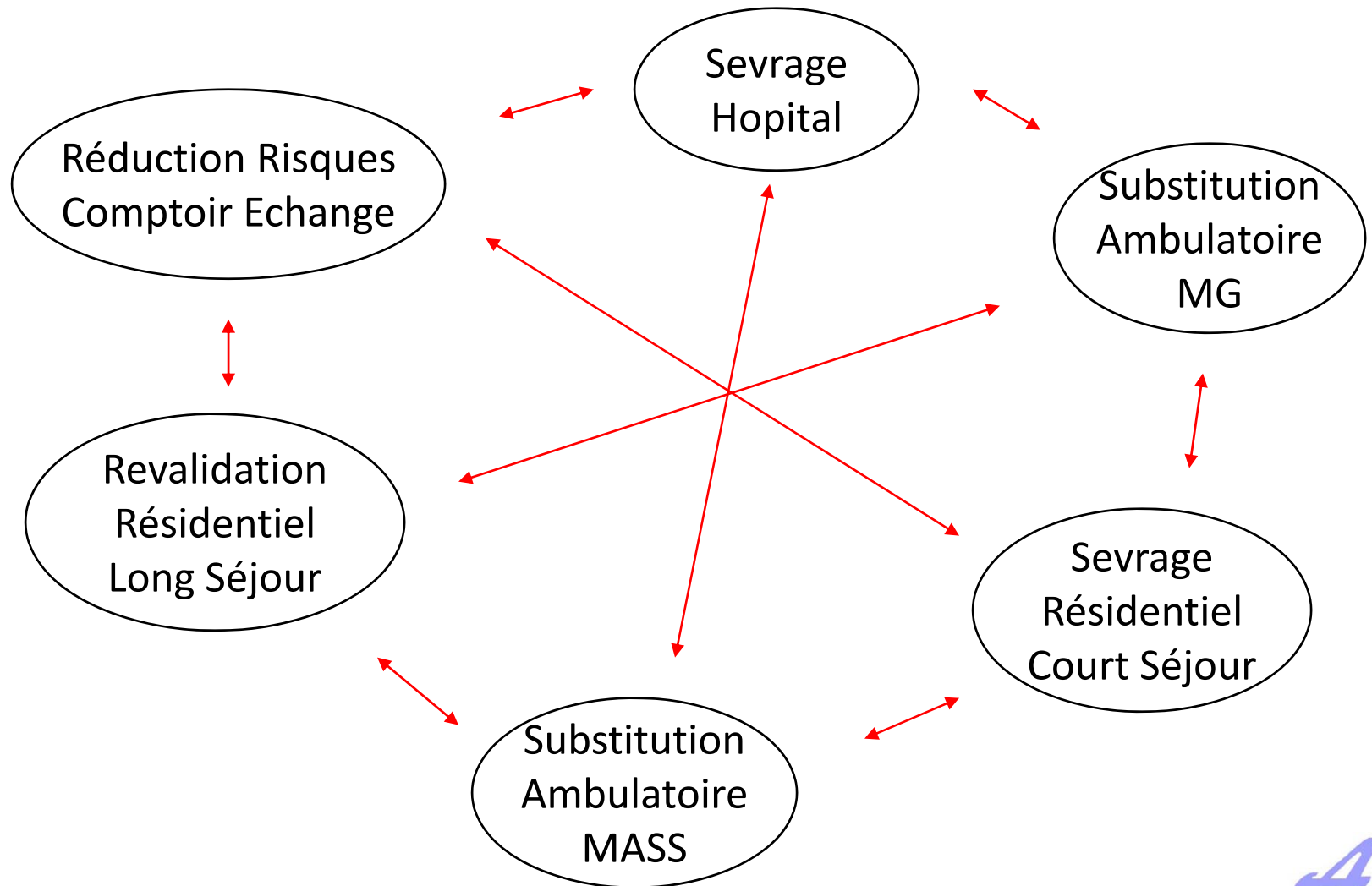
Hôpital Ψ ou Centre Résidentiel Court (\rightarrow CT)

Echec ou Rechutes

- 2^{ème} intention : SUBSTITUTION

MG ou Centre Spécialisé

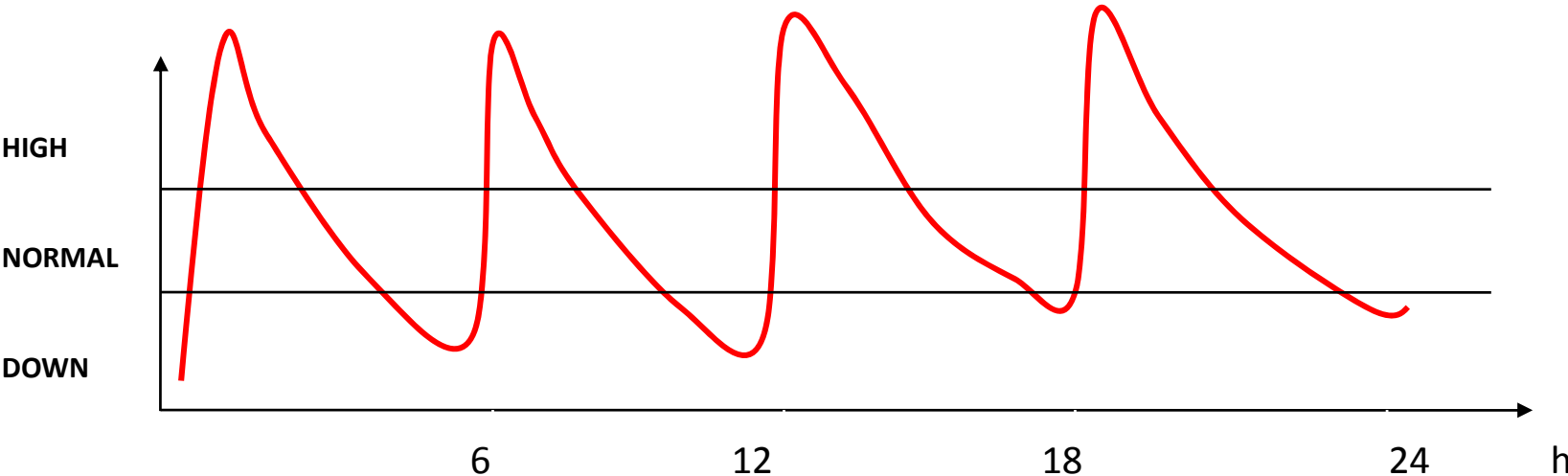
21^{ème} Siècle : Trajets-Palette de soins



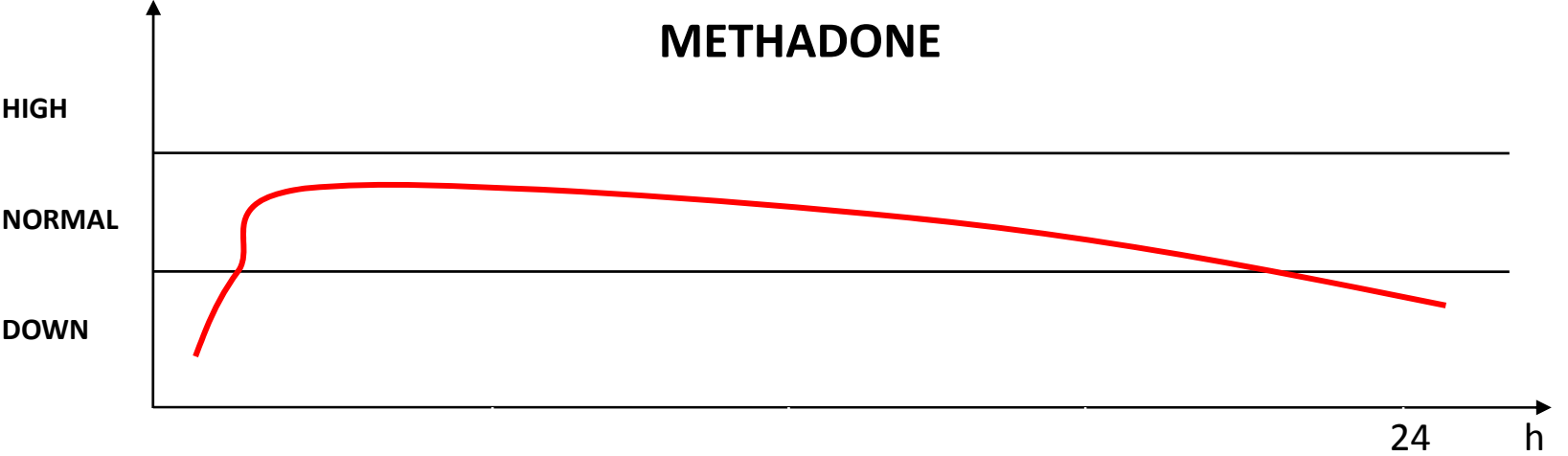
Info Metha-Subu

- La substitution n'est pas une intervention courte
*« quelques jours pour trouver le bon dosage,
quelques années pour souffler puis se reconstruire,
quelques semaines ou mois pour arrêter »*
- Il n'y a ni plaisir ni défonce avec la méthadone
« traitement du manque ≠ drogue »
- Danger de la méthadone pour un non-héroïnomane

HEROINE



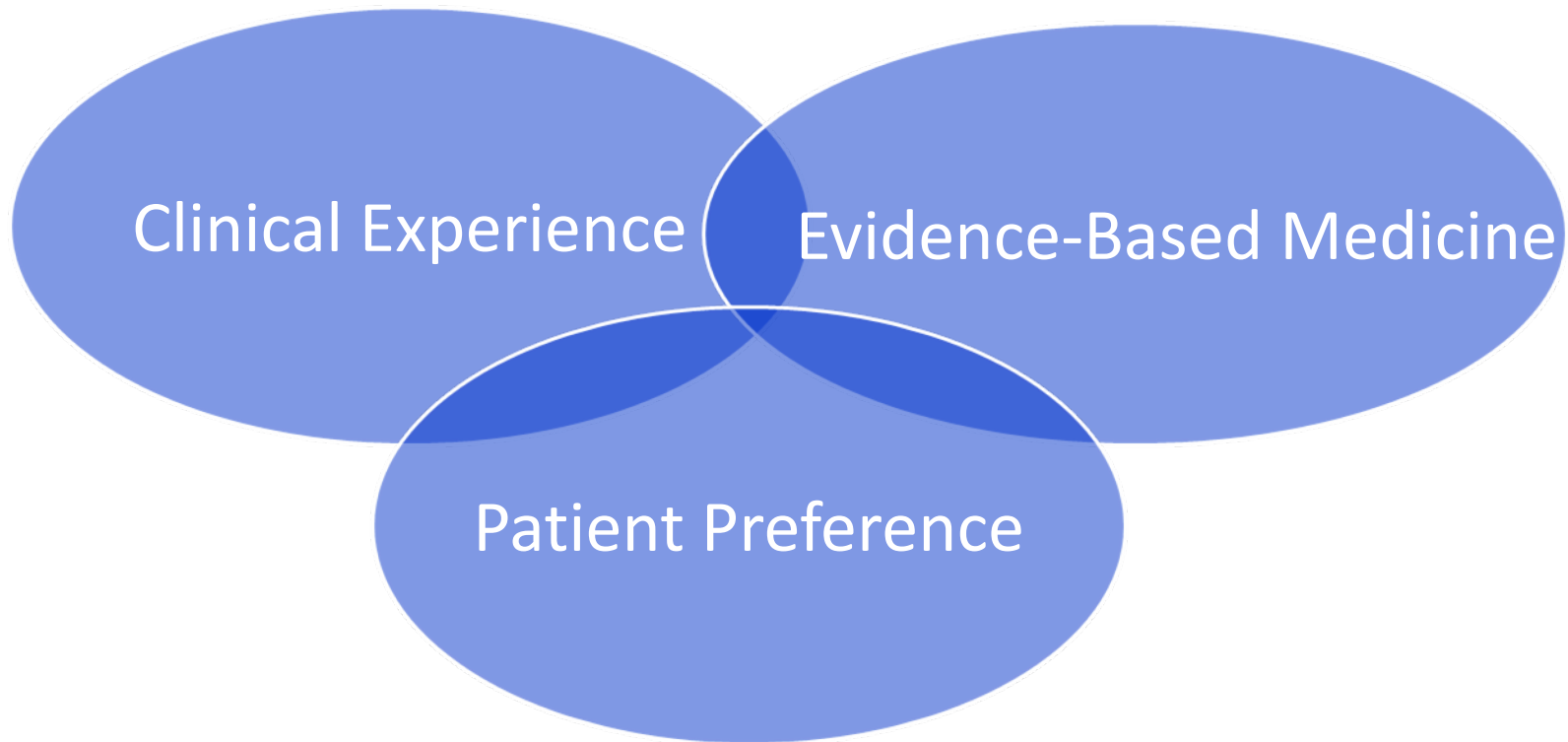
METHADONE



Mon cadre de travail

- ✓ Respect des rendez-vous
- ✓ Violence envers les patients - soignants = rupture
- ✓ Choix d'un pharmacien
- ✓ Délivrance quotidienne en début de traitement
- ✓ Pas de suivi de couple toxicomane

Choix du traitement = Négociation



EBM Substitution

- Methadone et Buprenorphine > Placebo (preuve niveau 1)
- Methadone ≥ Subutex (preuve niveau 1)

Cas particuliers

Grossesse → Methadone 1^{er} choix

Polytox IV → Methadone 1^{er} choix

Codéine → Subutex 1^{er} choix

QT long → Subutex 1^{er} choix

- Suboxone : avantage potentiel et marginal sur Subutex (preuve niveau 3)

http://www.ssmg.be/new/files/IMP_Toxico_Metha-Bup_Post-Final08.2009.pdf

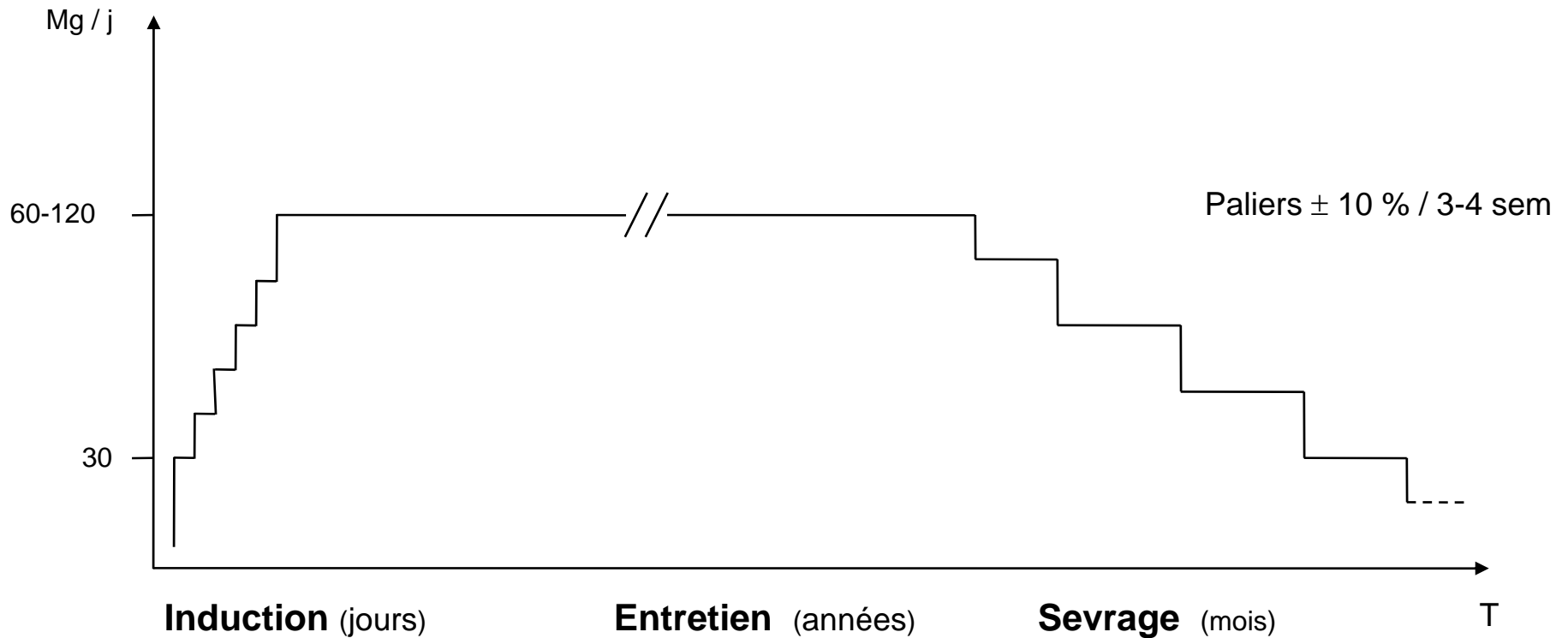
Objectifs individualisés et réalistes

- Survie, réduction des risques
- Amélioration de la qualité de vie
- Diminution-stabilisation de la consommation
- Réponse à des injonctions judiciaires, conjugales, familiales
- Réinsertion familiale, sociale, professionnelle
- Projets de vie

L'abstinence est la cerise sur le gâteau

Ne pas la fixer comme objectif dès le début

Chronologie d'un Traitement Substitutif



Induction d'un MMT (7j)

- - S'assurer de la dépendance aux opiacés
- - Starting dose ≤ 30 mg
- - Titrage progressif par 5-10 mg (steady state J5)
- - Forme sirop plus adaptée pour l'induction
- - Suivi rapproché (1-2 jours)
- - Informer du danger association Alcool-Benzos-Héroïne
- - Informer de l'effet progressif
- - Ne pas initier le traitement le soir ni le vendredi
- - Délivrance quotidienne à la pharmacie

- - Excipient anti-injection (sirop, CMC)
- - Flacons de sécurité

Dose d'entretien MMT

- Non prédictible, pas de corrélation avec
 - quantité d'héroïne consommée
 - mode de consommation d'héroïne
 - durée du parcours héroïne
 - dose de méthadone lors de traitements antérieurs
- Grande variabilité interindividuelle (MG belge * : 5-580 mg)
- Dose classiquement recommandée = **60 – 120 mg**

Eviter le sous-dosage systématique (MG Belge * : Moy = 46 mg)

Eviter le surdosage systématique (théorie du « bouclier chimique » par saturation des récepteurs)

* Yves LEDOUX, Evaluation de la Délivrance de Methadone en Belgique, 2005

Phase de sevrage MMT

- Quand ? Le médecin conseille, le patient décide !
- Comment ? Paliers de 10 % de la dose / 10 jours min
- Freiner ou remonter si reconsommation d'héroïne
- Difficulté des queues de traitement

Fin du traitement

« Le patient ira peut-être plus vite si nous l'aidons, mais il sortira de sa toxicomanie lorsqu'il le pourra et non pas quand nous le voudrons »

Dr Jean Carpentier, REPSUD

Effets Indésirables Méthadone

Très fréquents

- Constipation
- Transpiration excessive, sueurs nocturnes

Moins fréquents

- Libido ↓
- Céphalées
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'appétit
- Dysurie

Toxicité Methadone = Evitable

❑ Overdose

Dose thérapeutique (dépendant opiacés) = 60 mg

Dose létale (non-dépendant opiacés) = 60 mg (1 mg /kg)

❑ Torsades de Pointe

❑ → ECG ≥ 150 mg /j

Situations à haut risque d'OD Methadone

- * Induction d'un traitement chez un non-dépendant aux opiacés
- * Reprise de traitement après sevrage
(sortie d'hôpital, de centre de cure ou de prison)
- * Polytoxicomanie (BZD, Alcool)
- * Approvisionnement en méthadone de rue
- * Ingestion accidentelle par un enfant

± 40 % des MRD surviennent dans les 15 premiers jours du traitement

Torsades de Pointe

La Méthadone allonge le QT (effet Dose-Dépendant)

⇒ **ECG chez tout patient > 150 mg**

QTc < 500 ms → Stop médic. Allongeant le QT
Inhibant le CYP3A4
Bradycardisants

QTc > 500 ms → Réduction dose méthadone
Avis cardio urgent

QTc normal = 420-440 ms

Interactions Methadone

<i>Additif-Synergique</i>	Benzodiazepines, alcool	Sédation
<i>Inhib Cyt P450</i> Métabolisation ↓ Methadonémie ↑	(Néo)macrolides Ketoconazole, Fluconazole SSRI, Amitryptiline VIH : Indi-Nelfi-Rito-Saquinavir Alcool (Aigu) Cimétidine	Surdosage Sédation
<i>Induction Cyt P450</i> Métabolisation ↑ Methadonémie ↓	Carbamaz, Phénytoine, Barbit. Isoniazide, Rifampicine VIH : Efavirenz, Nevirapine Alcool (chronique)	Sous-dosage Manque
<i>Antagonistes μ</i>	Buprenorphine (Temgesic™) Naloxone (Valtran™) Tramadol (Contramal™) Pentazocine (Fortal™)	Sevrage Manque

LIENS UTILES

Interactions Methadone

http://www.atforum.com/rx-methadone/documents/p450_Table_Oct_11_2009.pdf

Médicaments allongeant le QT

<http://www.azcert.org/medical-pros/drug-lists/list-01.cfm>

Prescription Methadone

Exemple pour 15 jours de traitement à 60 mg/j

SIROP R/ Methadone HCl neuf cent mg
Sirop simple ad 150 cc
s. dix cc / j
[A délivrer quotidiennement sauf le WE] [2 fois / sem] [en 1 fois]

GELULES R/ Methadone HCl soixante mg
CMC qs pf une gélule
dt. quinze gélules
s. une gélule / j
[A délivrer ...idem]

1 module sirop = 75 cc. Maximum 4 modules (300 cc) par ordonnance

1 module gélules = 10 gélules. Max 6 modules (60 gélules) par ordonnance.

1 module = 1 Euro (AO) ou 30 Cents (VIPO), déremboursé avec certains arômes

Buprenorphine

- Agoniste partiel → potentiellement plus safe pour OD
- Induction plus délicate (risque de manque précipité)
- Coût plus élevé
- Facilement injectable → mésusage +++
- Shift Methadone → subutex : pas > 40 mg Methadone
- Moins stigmatisant que Methadone → accessibilité ↑

Buprenorphine en pratique

- Laisser fondre sous la langue, ne pas avaler
- Induction : 4 mg (peut être répété après 4 h)
- Titrage : paliers de 4 mg/j
- Entretien : 12-16 mg/j
- Sevrage : paliers de 2 à 4 mg / semaine

- Shift Metha → Subu : descente préalable à 30-40 mg Methadone /j, stabiliser 1 semaine, attendre 24h après dernière prise