





Mortalité Elevée des Usagers d'Héroine non traités

- Incidence de décès : 3,6 % par an (Sordo BMJ 2017)
- 15-30 fois plus que la population générale même âge
- Espérance de vie réduite à 40 ans



- 50% OD
- 50% suicides, violence, accidents, infections (HIV...)

Mortalité évitable!

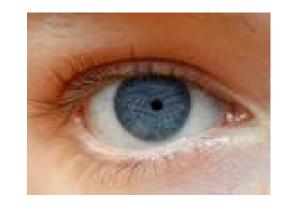






Overdose à l'Héroine

- Confusion, somnolence Coma
- Bradypnée Arrêt Respiratoire
- Myosis
- HypoTA, Oedème Pulmonaire Aigu





- > La plupart des OD ne sont pas mortelles (2-3%)
- > Le décès est rarement immédiat : 1-3h post injection
- OD le + souvent sur usage IV, mais possible (rare) sur « fumette »







Traitement OD Héroine

- Appeler le 112
- Position latérale de sécurité, massage cardiaque
- Hospitalisation USI minimum 24 h :
 - risque de repassage en coma-OAP
 - risque de pneumonie d'inhalation

- Naloxone IV, à répéter toutes les 2-6 minutes, maximum 20 ampoules...
- > RDR: kit de naloxone (auto)-injectable ou en spray nasal







Les TSO réduisent cette mortalité (Niveau de preuve Grade B)

Mortalité globale	Réduction Relative	NNT à 5 ans
Méthadone	- 69 % (-38% à -84%)	8
Buprenorphine	- 55 % (NS)	-

Sordo L BMJ 2017

Mortalité par OD	Réduction Relative	NNT à 5 ans
Méthadone	- 80 % (-52% à -91%)	20
Buprenorphine	- 70 % (-49% à -82%)	62

Les TSO sont une des interventions les plus « rentables » en MG! Ex : simvastatine en prévention CV 2^{aire} NNT_{5 Years} = 25 (4S Study)

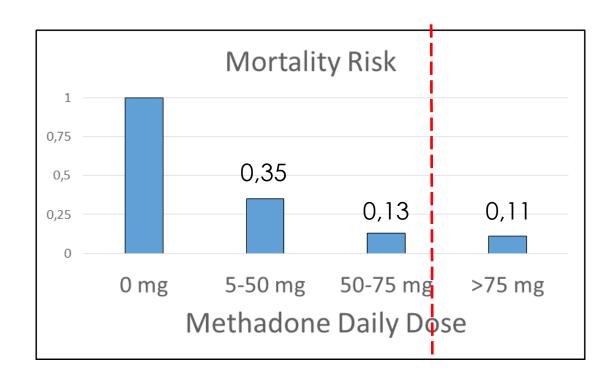






Les TSO réduisent cette mortalité

La réduction de la mortalité dépend de la dose de méthadone



Van Ameijden EL 1999

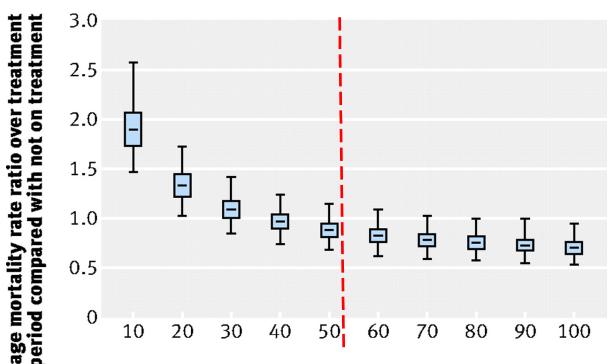






Les TSO réduisent cette mortalité

La réduction de la mortalité dépend de la durée du traitement



Cornish R BMJ 2010

Duration of treatment (weeks)







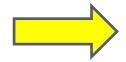
Mais pas de triomphalisme!

- La mortalité sous TSO reste quand même 5 fois plus élevée que celle de la population générale du même âge
- Surmortalité en début de traitement (4 premières semaines)
 - à l'arrêt du traitement (4 semaines suivantes)
 - lors des transferts entre thérapeutes (Bogdanowicz 2017)

Dose thérapeutique chez un UD dépendant aux opiacés

60 mg Metha Dose létale chez un patient non dépendant

Sortie de prison Sortie de centre de cure Accidents domestiques



START DOSE 30 mg MAX







Messages de RDR Overdose

- Evitez les mélanges Héroïne ou Méthadone Alcool Benzos
- Evitez les injections en solitaire, surtout au début
 - → Salles de Consommation à Moindre Risque
- Si vous avez arrêté de prendre de l'héroïne > 15 jours, ne recommencez pas avec votre dose habituelle mais avec une dose plus faible!
- Kit Naloxone







Abcès – Ulcères – Phlébites

Partage ou réutilisation du matériel d'injection

Produits de coupe (ciment, talc, poudre de maquillage, poudre à lessiver...)
Dilution par eau du robinet ou des cuvettes de WC
Croyances sur la désinfection : citron, vitamine C, salive
Injections ratées ou sur sites à haut risque : fémoral, pénien, jugulaire
Carboxyméthylcellulose en excipient gélules de méthadone!



Réduction des Risques : brochure « Shooter propre » de Modus Vivendi, comptoirs d'échange de seringues, salles de consommation

Sur-fréquence de bactéries gram – et anaérobies



Ne pas hésiter à faire des frottis de plaie Recours aux AB large spectre : amoxi-clav, clindamycine, metronidazole







Abcès – Ulcères – Phlébites

Souvent formes extensives évolution

- ■Fasciite nécrosante
- Cellulite
- Gangrène
- Syndrome des loges

évolution péjorative



Retour de germes devenus rares

- Micro-épidémies d'Anthrax et de Tétanos (UK)
- Gangrène gazeuse (Clostridium Perfringens)
- ■Botulisme (Clostridium Botuli)





Infections liées aux injections











HCV: Contamination Massive

		UD Injecteurs suivis en MG	Population Générale
HCV	% AcHCV+	78.3	0.9
HBV	% AcHBc+	28.0	5.7
HIV	% AcHIV+	0.9	< 1

Denis B et al. Acta Gastroenterol Belgica, 2000

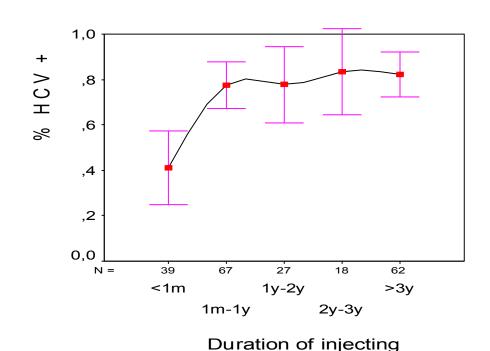
Prévalence mondiale moyenne HCV: 67 % (Nelson, Lancet 2011)







HCV: Contamination Précoce



Les 1ères injections sont déterminantes challenge pour la prévention

- formation par les pairs : projet « Boule de Neige » (Modus Vivendi)
- Information des non injecteurs suivis en MG

Denis B et al, Acta Gastroenterol Belgica 2000







Mode Transmission HCV chez les UD

- Seringues-Aiguilles-Cotons
- Pailles pour sniffing
- Piercing, tatouage
- Chirurgie « salle de bain » : rasoirs, pinces coupe-ongles,...
- Relations sexuelles « sanglantes » : règles, anus, SM
- Transmission verticale mère-enfant à l'accouchement
- ... vieux dentistes : désinfection obsolète



- > L'hépatite C n'est pas une IST
- > Pas de transmission par le lait maternel

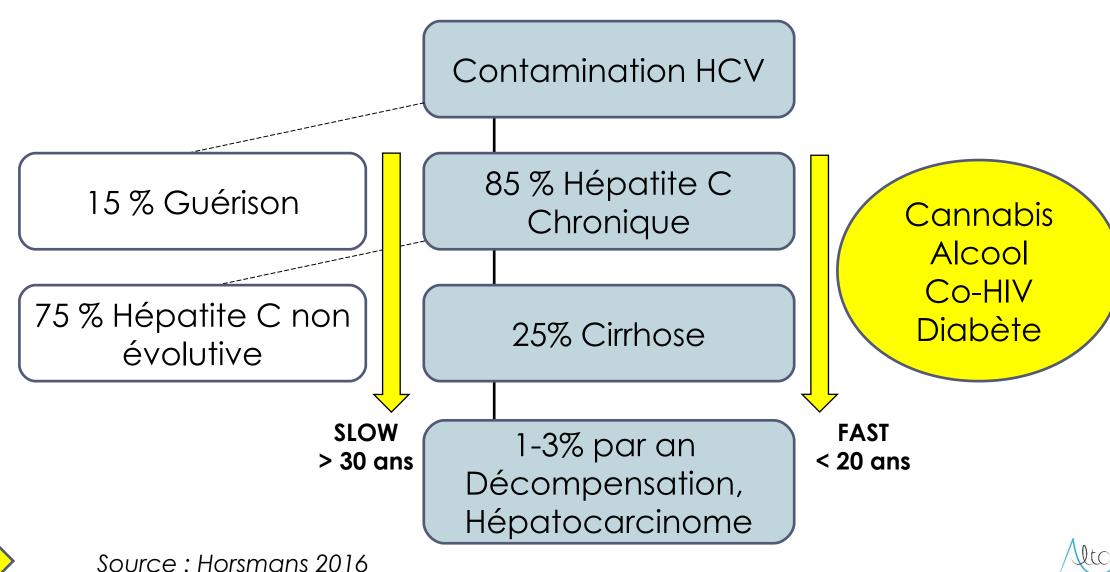






Infections liées aux injections

Evolution naturelle Hépatite C



HEROINE COCAINE



Mise au point Hépatite C

M G AcHCV ELISA confirmé RIBA

Suivi TGO-TGP 6 mois

PCR (charge virale)

Signature de contamination (à vie)

Diagnostic d'hépatite chronique

Diagnostic d'Infection - Contagion

■ Fibro

Fibroscan/APRI/Fib4/Biopsie

Génotypage (6 Gen)

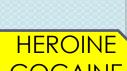
PCR (charge virale)

Indication de traitement (Score METAVIR ≥ F2)

Durée du traitement

Réponse au traitement

Importance du rôle du MG dans la référence au gastro-entérologue et dans l'accompagnement du patient sous traitement





Infections liées aux injections

Traitement Hépatite C

Combinaison de DAAs* (Anti-Protéases)

- Avec ou sans Ribavirine
- 12 sem (8 sem si Genotype 1b)

> 90% de guérison



Cout 50000 € remboursement « conditionnel » Interactions médicamenteuses +++ Effets secondaires mineurs mais manque de recul



Anticorps anti-HCV non protecteurs

risque de réinfection



^{*}Direct Antiviral Agents



Critères actuels de remboursement des DAAs

Hépatite C chronique à score Metavir ≥ 2

Demande de remboursement à introduire au SPF via un hépatologue travaillant en hôpital universitaire!

Non disponible en pharmacie (U.H.)

Restrictions incompatibles avec l'objectif d'éradication du HCV qui suppose

- -Améliorer la prévention et réduire l'incidence actuelle de 80 %
- -Diagnostiquer 90 % des personnes infectées
- -Traiter minimum 80 % des personnes diagnostiquées

Marshall AS, Lancet Gastroenterol Hepatol 2018



Remboursement quel que soit le stade de fibrose depuis le 01.01.19



Couverture insuffisante du traitement HCV chez les UD

Barrières chez les Gastros	Barrières chez les usagers
Stéréotypes habituels vis-à-vis des UD	Absence de couverture Sécurité Sociale
Compliance présumée mauvaise	Méfiance vis-à-vis des hôpitaux
Réinfection présumée probable	Manque d'information sur l'hépatite C
Fréquence de l'abus d'alcool	Méconnaissance des nouveaux traitements
Fréquence de la dépression (CI IFN)	
Coût élevé des traitements	

Le traitement est actuellement recommandé même chez les usagers injecteurs actifs

Grebely 2015, Aspinall 2013

Migration du traitement vers les MASS et les MG Bruggmann et Litwin, 2013



Mais encore...

HERO-COKE

Endocardite tricuspide

Signes cliniques pauvres, surtout respiratoires A rechercher d'office si T° nue prolongée

HERO-COKE

« Poussières » Cotton Fever Réaction fébrile immédiate, transitoire et bénigne post-IV 2 co Amoxi-Clav 875 ou 2 co Cefuroxime 500

HERO-CRACK

Caries du collet Délabrement dentaire Hygiène buccale + effet analgésique (héroïne) + xérostomie (héroïne, cannabis)
Problème majeur en phase de réinsertion

HEROINE

Grossesses non désirées Aménorrhée sous héroïne, rapidement restaurée sous méthadone





Gestion de la douleur chez les patients sous méthadone

- Se limiter au paracetamol et/ou AINS
- Augmenter transitoirement la dose de méthadone
- Fractionner transitoirement la prise de méthadone

PROSCRIRE : buprenorphine (Temgésic) tilidine-naloxone (Valtran) pentazocine (Fortal)

Syndrome de manque précipité!

EVITER : tramadol codeine

Assuétude de relais





Cocaine et Accidents Cardio-Vasculaires

AVC

Thrombose ou Hémorragie

INFARCTUS

Myocarde

ARYTHMIES VENTRICULAIRES

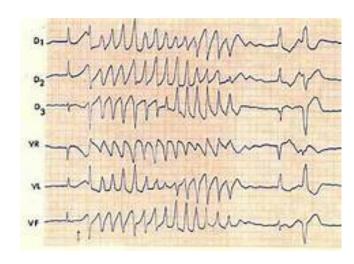
Tachycardie ou Fibrillation V Torsades de pointe

> Allongement QT



Poussées HTA Agrégation Plaquettes

Vasospasme





Cocaine + Méthadone = DANGER





Cocaine et troubles neuro-psy

- Episodes aigus et transitoires de délire paranoïde
- Hallucinations (visuelles, auditives, olfactives, gustatives)
- Crises E
- Dépression sévère et prolongée si usage chronique





Pneumothorax



Sur-fréquence chez les usagers de drogue

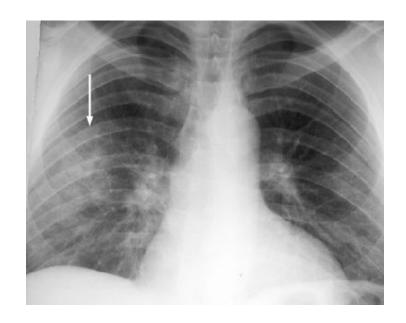
- □ Barotrauma: inhalation suivie de valsalva
- Injection jugulaire ou sus-claviculaire (« pocket-shot »)

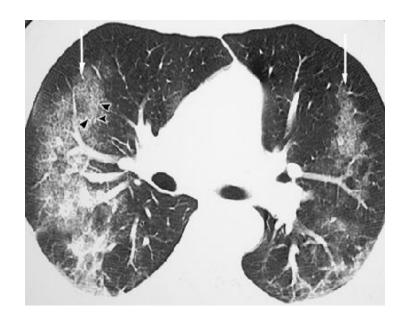




Poumon de crack

Douleur thoracique, toux, fièvre, dyspnée, expectorations sanglantes Images typiques à la RX (infiltrat péri-hilaires bilatéraux) et au CTscan (opacités en verre dépoli)



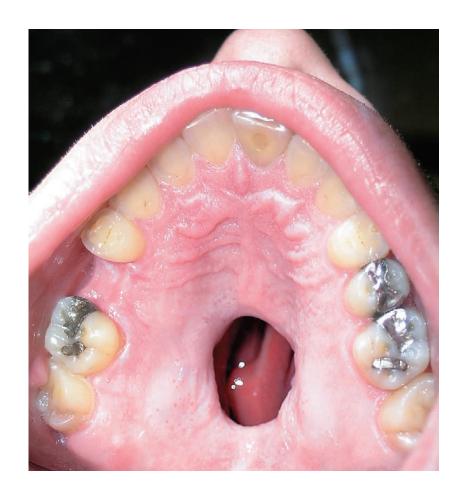


Résolution rapide sous perfusion corticoïdes





Perforation cloison nasale



Lypka MA, NEJM 2007





Cannabis: risques avérés

- Accidents de roulage
- Psychose

- [Infarctus chez insuffisants coronariens]
- Hyperemesis cannabioide

Cannabis: risques non avérés

- Dépression
- Déficit cognitif
- Σ Amotivationnel
- Effet Gateway

- FA aigüe
- Artérite MI (Buerger)
- Hypofertilité
- Déficit immunitaire

- BPCO
- Cancer Poumon
- Cancer Testicule
- Leucémie enfant
- Malformations foetales





Cannabis et accidents de roulage

Risque d'accident mortel quasiment doublé, dose-dépendant

	OR	IC95%
Cannabis	1.8	1.4 - 2.2
Alcool	8.5	7.1 – 10.1

Laumont B et al, SAM study, BMJ 2005

Test salivaire « crache-test »









Cannabis « trigger » d'infarctus chez les insuffisants coronariens ?

	OR	IC95%
Café	1.5	1.2 - 1.9
Alcool	3.1	1.4 - 6.9
Pollution Trafic	4.1	2.9 - 3.8
Cannabis	4.8	2.9 - 9.5
Cocaïne	23.7	8.1 - 66.3

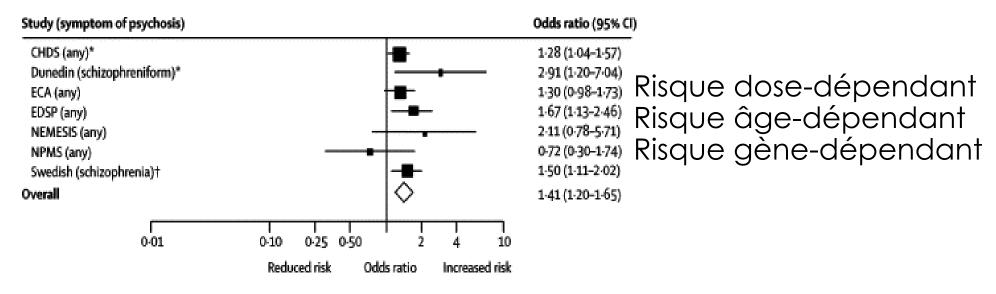
Nawrot S, Lancet 2011





Cannabis et Psychose

Le risque de développer une psychose à l'âge adulte jeune augmente de 40 % en cas de consommation de cannabis à l'adolescence



OR = 1.4 (IC95% : 1.2-1.6)

Méta-Analyse de Moore (Lancet 2007)





Cannabis et Psychose: La façon de présenter les chiffres n'est pas neutre...

Prévalence de la psychose estimée à 1.5 % dans la pop. générale Augmentation de 40 % du risque de psychose si usage de cannabis

Prévalence Psychose chez usagers de cannabis = 2.1% Différence de risque = 0.6 % NNH (Number Needed to Harm) = 1/0.006 = 165

Fumer des joints augmente de 40% le risque de développer une psychose

Sur 165 jeunes qui fument des joints, 1 deviendra psychotique à cause de cela

Risque Relatif

Risque Absolu



...Et parfois bien des surprises...



2008 : « épidémie » de 30 cas d'abdomen aigu inexpliqués chez des adultes jeunes dans 4 Services d'Urgence de Leipzig

Busse F et al. NEJM 2008





Recommandations Pratiques

- > Start dose méthadone 30 mg maximum
- > Sérologie annuelle HIV- HBV- HCV, aussi chez les non injecteurs
- Vaccination Tétanos
- Vaccination HBV (Schéma 0-1-4)
- > Examen buccal
- Contraception à aborder tôt dans le traitement
- ➤ IDR et RX thorax si séjour en prison*, squat, migrant Europe Est
- > ECG > 100 mg méthadone

* Effectués d'office dans les prisons belges





Recommandations Pratiques

- > Interactions www.micromedexsolutions.com
- Matériel d'info « Réduction des Risques »
 - Brochures Modus Vivendi,
 - Brochure Méthadone Alto
 - Adresse Comptoir d'échange de seringues local
- Sélection de référents : Dentiste / Gastro / Gynéco-Néonat Pharmaciens

