

---

# Y a-t-il un médecin dans la salle?

Volet médical de la toxicomanie en capsules interactives

## Plan

---

- Interruption brusque de la consommation de psychotrope
  - Danger pour la santé?
- Des médicaments pour le maintien de l'abstinence
  - Quoi? Pourquoi? Comment?
- L'utilisation de drogues par injection
  - Les complications médicales
- Overdose
  - Reconnaître les risques et les conséquences
- La fameuse question des interactions
  - Drogue-alcool-médicaments
- Le dépistage urinaire de drogues
  - Pièges à éviter

## Interruption brusque de la consommation de psychotrope

Danger pour la santé?

### Cas clinique 1

- ♂ 30 ans
- Veut thérapie fermée pour cesser GHB
- Plusieurs tentatives d'abstinence depuis dernière année: trop difficile
- Consomme depuis des années, de plus en plus, maintenant environ 10 ml toutes les 3-4 heures, jour et nuit
- Danger à l'interruption?

## Cas clinique 2

---

- ♀ 21 ans, fume héroïne tous les jours depuis 6 mois
- A décidé de retourner chez ses parents, dans une autre province, pour s'enfermer et faire son sevrage *à froid*.
- Danger à l'interruption?

Germain, 2010

5

## Syndrome de sevrage

---

- Ensemble de symptômes et de signes physiques caractéristiques
- Induit par l'**interruption** ou la **diminution** d'un psychotrope

Germain, 2010

6

## Syndrome de sevrage

- Nature? Sévérité? Début? Durée?
- Dépendent de:
  - Type de psychotrope
  - Doses consommées
  - Fréquence de consommation
  - Durée de la consommation
  - Facteurs biologiques de l'individu
  - Facteurs socioculturels

Germain, 2010

7

## Syndrome de sevrage

- La nature du sevrage est généralement à l'opposé des effets du psychotrope
- Tableaux de sevrage bien documentés:
  - Alcool
  - Benzodiazépines
  - Opiacés
  - Cocaïne
  - Nicotine
  - Amphétamines
  - (barbituriques)
  - (GHB)

Germain, 2010

8

## Syndrome de sevrage

---

- Quels sevrages sont potentiellement dangereux pour la santé?
  - Alcool
  - GHB
  - Benzodiazépines
  - (Barbituriques)

## Sevrage alcool

---

- Convulsions
- *Délirium tremens* (psychose)
- Décès

## Sevrage alcool

- Prédicteurs d'un sevrage important:
  - Consommation importante plus de dix ans
  - 12 consommations ou plus par jour
  - Plusieurs traitements de désintoxication
  - Prise d'alcool tôt le matin
  - Convulsions de sevrage ou DT dans le passé
  - Troubles de santé graves (physique ou psychologique)
  - Âge de plus de 65 ans

Germain, 2010

11

## Sevrage GHB

- Peut ressembler au sevrage à l'alcool
- L'arrêt d'une consommation importante et chronique met à risque de:
  - Convulsions
  - *Délirium tremens* (psychose)

Germain, 2010

12

## Sevrage benzodiazépines

---

- Ressemble à un état de stress
- Convulsions occasionnelles
- Tout de même moins intense et dangereux que le sevrage à l'alcool ou aux barbituriques

## Sevrage barbituriques

---

- Ressemble au sevrage d'alcool
- Peut être mortel si non traité (défaillance cardiaque ou convulsions sévères)

## Retour au cas clinique 1

---

- Admission électorive à l'hôpital
- Désintoxication avec benzodiazépines (même protocole que pour l'alcool)
- Développe une psychose intense qui dure quelques jours
- Congé après 1 semaine, en bon état

## Retour au cas clinique 2

---

- Sevrage aux opiacés:
  - Subjectivement très intense
  - Objectivement, ne menace pas la vie



# Des médicaments pour le maintien de l'abstinence

Quoi? Pourquoi? Comment?

## Cas clinique

- ♂ 46 ans, dépendant à l'alcool
- A entendu parler d'un médicament pour arrêter de boire...
- Veut savoir si ça marche!

## Aide pharmacologique

---

### ■ Distinctions importantes:

- **Désintoxication** (traitement médical du syndrome de sevrage aigu)
- **Aide pharmacologique à l'abstinence** (prévention de la rechute après la phase de désintoxication)
- **Traitement de substitution** (prévention du sevrage en remplaçant la substance)
  - Opiacés (méthadone, buprénorphine)
  - Nicotine (remplacement nicotinique en timbre ou autre forme)

Germain, 2010

19

## Aide pharmacologique

---

### ■ Aides pharmacologiques au maintien de l'abstinence:

- Alcool:
  - Acamprosate (Campral)
  - Naltrexone (ReVia)
  - Disulfirame (Antabuse)
- Nicotine:
  - Wellbutrin (Zyban)
  - Varénicline (Champix)

Germain, 2010

20

## Aide pharmacologique

- Aide à l'abstinence d'alcool:
  - 2 médicaments approuvés au Canada
    - Acamprosate (Campral)
    - Naltrexone (ReVia)
  - Efficacité démontrée pour réduire (ou retarder) la rechute, réduire le nombre de jours de consommation, réduire la quantité consommée, et l'état de manque psychique
  - Toujours étudiés en association avec un processus de thérapie ou de soutien psychologique
  - Pas de données sur l'efficacité de la médication seule

Germain, 2010

21

## Aide pharmacologique

- Message à retenir:
  - Outils parmi d'autres
  - Évidence clinique positive
  - Intéressant mais non miraculeux
  - bénéfices inconnus en l'absence de thérapie

Germain, 2010

22

## Retour au cas clinique

- Monsieur en est à sa 3<sup>e</sup> semaine d'une thérapie intensive de 7 semaines.
- A cessé sa consommation d'alcool le 1<sup>er</sup> jour de sa thérapie, avec l'aide d'une désintoxication modérée sur 4 jours
- Il comprend bien les limites d'une médication de soutien
- Une rencontre est organisée avec le médecin pour en discuter davantage

Germain, 2010

23

## L'utilisation de drogues par injection

Les complications médicales

## Cas clinique

- ♀ 32 ans, s'injecte de la cocaïne ou de la morphine plusieurs fois par jour
- Difficulté à se *trouver des veines*
- Ne se sent pas bien du tout, frissonne
- Le thermomètre indique 38,5° Celsius
- La meilleure intervention?

Germain, 2010

25

## UDI: complications médicales

Cellulite  
Absès sous-cutané  
Hématome  
Fasciite nécrosante  
SARM  
Tétanos  
Botulisme  
Fragment d'aiguille

Pneumonie

Hépatite B  
Hépatite C

Arthrite septique

Overdose  
Infection du système nerveux central  
Décès prématuré

Endocardite

VIH  
Septicémie  
«Cotton Fever»

Ostéomyélite

Complications pouvant causer de la fièvre

26

## Retour au cas clinique

- La jeune femme est dirigée dans une urgence médicale car non seulement elle fait de la fièvre, elle a vraiment l'air mal en point.
- Si son état général avait été bon, une référence médicale aurait quand même été nécessaire dans la journée.

## Overdose

Reconnaître les risques et les conséquences

## Cas clinique

- ♂ 38 ans, sort d'une détention brève de deux semaines
- Polytoxicomane depuis 20 ans, UDI
- Personnalité antisociale
- Antécédents médicaux:
  - Hépatite C
  - Hospitalisé 2 fois pour une overdose
- Quels facteurs augmentent son risque de faire une overdose?

Germain, 2010

29

## Overdose

- Manifestations:
  - Varient d'un individu à l'autre
  - État mental altéré (niveau d'éveil, délire, agitation, hallucinations)
  - Signes vitaux altérés (tension, pouls, respiration, température)
  - Changements des pupilles
  - +/- convulsion
  - +/- perte de conscience
  - Autres manifestations cardiovasculaires, respiratoires, digestives
  - Peut devenir mortel en quelques heures

Germain, 2010

30

# Overdose

---

- Beaucoup plus fréquente par injection
- Ne dépend pas juste de la dose consommée, mais d'un ensemble de circonstances internes et externes à l'individu

# Facteurs de risque d'overdose

---

## **Histoire d'overdose dans le passé**

- Usage simultané de plusieurs substances
- Sites clandestins d'injection ou en lieu public
- Sans domicile fixe
- Travail du sexe
- Troubles de santé mentale
- Personnalité antisociale
- SIDA
- Jeune âge
- Injection par autrui
- Période récente d'abstinence
- Consommation chronique



# Overdose

- les conséquences médicales autres que le décès:
  - Complications pulmonaires (aspiration, infection)
  - Complications musculaires (rhabdomyolyse)
  - Complications rénales (insuffisance rénale)
  - Complications neurologiques (convulsion, anoxie cérébrale, neuropathie périphérique)
  - Blessures corporelles, trauma crânien, accidents

# Retour au cas clinique

- ♂ 38 ans, sort d'une détention brève de **deux semaines (d'abstinence)**
- **Polytoxicomane depuis 20 ans, UDI**
- Personnalité **antisociale**
- Antécédents médicaux:
  - Hépatite C
  - Hospitalisé 2 fois pour une **overdose**

# La fameuse question des interactions

drogue – alcool – médicaments

## Cas clinique

- ♂ 22 ans, polytoxicomane, consomme par épisodes
- Traité avec Rx pour schizophrénie
- Décide de ne pas prendre ses médicaments les jours où il consomme parce qu'il s'est fait dire que ça ne va pas ensemble...

## Principes généraux

---

- Chaque personne est unique
- Interactions plus importantes chez la personne âgée
- Causes d'interactions fréquentes mais négligées:
  - Cigarette
  - Caféine

## Principes généraux

---

- 3 mécanismes d'interactions:
  - Compétition
  - Induction (enzymatique)
  - Inhibition (enzymatique)

## Principes généraux

- Une interaction entre différents produits peut:
  - Augmenter la toxicité d'un ou des produits
  - Augmenter la sensibilité aux effets indésirables
  - Créer une résistance au traitement pharmacologique
  - Compliquer les liens de cause à effet
  - Diminuer l'observance au Rx

## Interactions impliquant l'alcool

- En général:
  - Consommation aiguë d'alcool ↓ élimination des Rx (donc ↑ effets indésirables)
  - Consommation chronique d'alcool ↑ élimination des Rx (donc ↓ effets thérapeutiques)
- Risques particulièrement importants avec:
  - Opiacés (diminution état de conscience)
  - Cocaïne (risque mort subite X 18)
  - Sédatifs (diminution état de conscience)
  - Médicaments contre l'hypertension
  - Anticoagulants (*Coumadin*)

## Stimulants et Rx

---

- Effets imprévisibles, mais en général:
  - ↑ sensibilité aux effets **cardiotoxiques** et **neurotoxiques** de certains Rx

## Cannabis et Rx

---

- Favorise la résistance au traitement
- Augmente la sensibilité aux effets indésirables

## Retour au cas clinique

- Dans la mesure où un traitement intégré de la toxicomanie et de la maladie mentale est mis en place, il est préférable d'encourager la prise régulière de la médication malgré la consommation de drogues ou d'alcool.

## Le dépistage urinaire de drogues

Pièges à éviter

## Cas clinique

- ♀ 34 ans, décrit sa consommation récente:
  - OxyContin 80 mg iv ce matin
  - Cannabis 1 gr 7/7 qu'elle a cessé il y a deux semaines
  - Cocaïne ¼ gr iv il y a un mois
  
- Un dépistage urinaire de drogue fait à l'instant donnera les résultats suivants:
  - Recherche d'opiacés: négatif
  - Recherche de cannabis: positif
  - Recherche de cocaïne: positif
  
- Est-ce compatible avec l'histoire?

Germain, 2010

45

## Quiz

1. Un dépistage urinaire peut-il être négatif alors que la personne consomme une ou des drogues?
2. Est-ce qu'une personne peut modifier le résultat de son dépistage urinaire en buvant une très grande quantité d'eau?
3. Quels opiacés fréquemment utilisés ne sont pas détectés par le dépistage urinaire usuel?
4. L'exposition passive (fumée secondaire) à la marijuana peut-elle être responsable d'un dépistage urinaire positif?
5. Chez un utilisateur chronique de marijuana, pendant combien de temps après le dernier usage peut-on retrouver la drogue dans l'urine?
6. Peut-on déduire la quantité ou la fréquence de la consommation à partir du résultat urinaire?

Germain, 2010

46

## Retour au cas clinique

- ♀ 34 ans, décrit sa consommation récente:
  - OxyContin 80 mg iv ce matin
  - Cannabis 1 gr 7/7 qu'elle a cessé il y a deux semaines
  - Cocaïne ¼ gr iv il y a un mois
- Un dépistage urinaire de drogue fait à l'instant donnera les résultats suivants:
  - Recherche d'opiacés: **négatif (OK)**
  - Recherche de cannabis: **positif (OK)**
  - Recherche de cocaïne: **positif (incompatible!)**

Germain, 2010

47

Conclusion



## Messages à emporter...

- Faire une bonne évaluation du risque de sevrage physique chez l'utilisateur régulier d'alcool, de GHB, de benzodiazépines, ou de barbituriques.
- Reconnaître l'acamprosate et la naltrexone comme options de traitement intéressantes, conjointement à la psychothérapie, pour la dépendance à l'alcool.
- Toujours prendre au sérieux la présence de fièvre chez l'utilisateur de drogues par injection et diriger vers une évaluation médicale sans tarder.

## Messages à emporter...

- Une histoire d'overdose dans le passé constitue le plus grand risque de survenue d'une overdose. La prévention passe par l'éducation.
- Plus il y a de produits, plus il y a de risques d'événements indésirables; une gestion optimale des risques passe par la concertation entre les différents intervenants et par la réduction des méfaits.
- Connaître les limites du dépistage urinaire de drogues et demeurer critique face au résultat permet d'éviter les fausses pistes, potentiellement nuisibles.

MERCI!

## Références

1. Louis Léonard, Mohamed Ben Amar. *Les psychotropes. Pharmacologie et toxicomanie*. Les presses de l'Université de Montréal, 2002.
2. *L'alcool, loin d'être banal. Le médecin du Québec*. Vol. 44 numéro 2. Février 2009. pages 17-56.
3. Tarabar AF, Nelson LS. *The gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome*. *Toxicol rev*. 2004;23(1):45-9
4. Van Noorden MS, van Dongen LC, Zitman FG, Vergouwen TA. *Gamma-hydroxybutyrate withdrawal: dangerous but not well-known*. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Jul-Aug;31(4):394-6.
5. Wojtowicz JM, Yarema MC, Wax PM. *Withdrawal from gamma-hydroxybutyrate, 1,4-butanediol and gamma-butyrolactone: a case report and systematic review*. *CJEM*. 2008 Jan;10(1):69-74.
6. Marie-France Demers et Audrey Meloche. *Drogue ou médicament? Comment agir, comment réagir?* Présentation powerpoint, 2009.

## Références

7. Mason BJ, Heyser CJ. *The neurobiology, clinical efficacy and safety of acamprosate in the treatment of alcohol dependence*. Expert Opin Drug Saf. 2010 Jan;9(1):177-88
8. Garbutt JC. *The state of pharmacotherapy for the treatment of alcohol dependence*. J Subst Abuse treat. 2009 Jan;36(1):S15-23
9. Mann K, Kiefer F, Spanagel R, Littleton J. *Acamprosate: recent findings and future research directions*. Alcohol Clin Exp Res. 2008 Jul;32(7):1105-10
10. Soyka M, Roesner S. *New pharmacological approaches for the treatment of alcoholism*. Expert Opin Pharmacother. 2006 Dec;7(17):2341-53
11. Williams SH. *Medications for treating alcohol dependence*. Am Fam Physician. 2005 Nov 1;72(9):1775-80
12. Soyka M, Rösner S. *Opioid antagonists for pharmacological treatment of alcohol dependence – a critical review*. Curr Drug Abuse Rev. 2008 Nov;1(3):280-91

## Références

13. V. Germain. *Dépistages urinaires de drogues*. Présentation Powerpoint, fév. 2010
14. V. Germain. *L'utilisation de drogues par injection*. Présentation Powerpoint, déc. 2008

**Pour me joindre: [violaine.germain@ssss.gouv.qc.ca](mailto:violaine.germain@ssss.gouv.qc.ca)**