

Protocole en cas d'overdose à la méthadone

La rédaction du Flyer

Le chlorhydrate de méthadone est un agoniste de synthèse des récepteurs opiacés μ ; il est d'action durable. La méthadone disponible en France est destinée à être administrée par voie orale, sous forme de sirop, et plus récemment sous forme de gélule pour des patients stabilisés et traités depuis au moins un an par le sirop de méthadone.

Le taux plasmatique de méthadone est maximal entre 2 et 6 heures après l'ingestion. Du fait de son taux de liaison significatif (90%) avec les protéines, le niveau de méthadone dans le sang reste constant pendant plus de 24 heures.

Chez les individus non-tolérants à la méthadone, on observe une diminution bi-exponentielle de la concentration plasmatique avec une demi-vie primaire de 14 heures et une demi-vie secondaire de 55 heures.

Chez les individus tolérants, sa demi-vie plasmatique est de 13 à 47 heures (avec une moyenne de 25 heures). La toxicité de la méthadone dépend de la quantité absorbée et de la tolérance individuelle.

Chez les individus peu ou non pharmaco-dépendants aux opiacés, la dose létale est de **1 mg/kg pour une prise**.

Au niveau clinique, l'overdose par méthadone **début progressivement et se maintient de façon prolongée**. On observe une triade de symptômes : dépression respiratoire, dépression du système nerveux central et myosis. Afin de sauver des vies, **la plus grande vigilance s'impose**.

Il est préférable de ne pas se baser sur les analyses toxicologiques urinaires pour le traitement d'une overdose, sauf à obtenir une analyse des taux d'EDDP (le métabolite de la méthadone).

Tout patient présentant des signes significatifs d'une overdose à la méthadone doit être hospitalisé pendant au moins 24 heures. On surveillera l'éventuelle apparition d'une dépression respiratoire ou du système nerveux central, ou encore d'un œdème pulmonaire d'origine extra-cardiaque. Si cela se produit, l'intubation sera nécessairement suivie par une perfusion de **naloxone** (une admission en unité de soins intensifs est nécessaire).

Chez le patient comateux avec dépression respiratoire

- Nourrisson et enfant de moins de 5 ans ou de moins de 20 kg : la posologie initiale recommandée de naloxone est de 0,01 mg/kg, puis de 0,1 mg/kg sans réponse dans les deux minutes.
- Adulte et enfant au-delà de 5 ans ou de 20 kg : la posologie initiale devrait être de 2 mg en IV. Sans réponse, 2 à 4 mg supplémentaires de naloxone devraient être administrés toutes les 2 à 3 minutes, sans dépasser un total de 10 à 20 mg. En l'absence de réaction, envisager d'autres causes de coma.

Pour d'autres protocoles et autres informations, il est possible de consulter le RCP de Naloxone Aguetant 0,4 mg/ml sur le site de l'Afssaps.

Chez le patient comateux sans dépression respiratoire

- Nourrisson et enfant de moins de 5 ans ou de moins de 20 kg : la posologie initiale sera plus faible - 0,1 à 0,8 mg en IV pour diagnostiquer l'overdose aux opiacés. Ensuite, la dose pourra être augmentée comme indiqué ci-dessus s'il n'y a pas de réaction.
- Il faudra veiller à ne pas provoquer un sevrage brutal chez les patients dépendants aux opiacés.
- Si la voie veineuse n'est pas accessible, on utilisera la voie intra-linguale, endotrachéale, intra-musculaire, sous-cutanée ou intra-nasale.
- L'absorption du produit injecté par voie intramusculaire ou sous-cutanée peut être hasardeuse.

Posologie de la perfusion

- Elle doit être adaptée pour contrer les effets des opiacés.
- Une perfusion des 2/3 de la dose par heure gardera le patient alerte.
- De plus, la moitié de la dose sera administrée en intraveineuse 15 à 20 minutes après le début de la perfusion afin d'éviter une chute du niveau de Naloxone.

Concentration de la perfusion

Elle est de 4 mg (soit le contenu d'un flacon-dose de 10 ml de solution titrée à 0,4 mg/ml) dilués dans 250 ml de D5W ou de sérum physiologique pour limiter la surcharge liquidienne.

Rythme de la perfusion

25 à 50 ml par heure, soit 0,4 à 0,8 mg par heure.
Toute solution non utilisée dans les 24 heures devra être jetée.

Du dosage de la perfusion à la réaction du patient

- Arrêt de la perfusion :
 - respiration autonome satisfaisante
 - patient conscient et alerte
 - pupilles dilatées
 - oxygénation satisfaisante
- Si le patient est alerte, respire normalement et se déplace sans oxygène, il est peu probable qu'il existe une hypercapnie significative.

Instructions lors de la sortie du patient

- Il existe un risque de récurrence, même sans prise de drogue supplémentaire
- Il est recommandé au patient de s'abstenir de consommer de l'alcool ou d'autres drogues
- Il se pourrait que ce patient soit particulièrement sensible aux opiacés et fasse une autre overdose en cas de prise de sa dose habituelle
- Le patient devra être orienté vers une prise en charge adaptée en cas d'addiction sous-jacente.
- Si le patient est en cours de traitement par la méthadone, son médecin traitant doit être informé de l'overdose.

Ce protocole est un des nombreux protocoles existants (il est celui préconisé entre autres par les Centres de Traitement des Addictions de l'Ontario - www.oatc.ca/overdose.asp).