

SEVRAGE DES OPIACES EN AMBULATOIRE

Philippe Binder 21/07/2008

A. JUSTIFICATION

L'arrêt d'une pharmacodépendance aux opiacés purs ou agonistes partiels ou non est rendu difficile par 4 types de mécanismes d'importances inégales, et qui, chacun sur des registres différents, poussent le sujet à reprendre sa consommation.

Le sevrage doit donc réduire au maximum chacun de ces processus . Pour cela il est nécessaire de bien les identifier.

1-Les troubles physiques

- Les troubles physiques sont générés par la carence moléculaire au niveau de nombreux capteurs répartis en de nombreux organes. Ceux-ci ont été particulièrement sensibilisés voire multipliés par la répétition chronique des prises d'opiacés. C'est à ce niveau qu'il existe une certaine vulnérabilité génétique.

-L'interruption de leur stimulation détermine le syndrome bien connu dit "de sevrage" avec dans sa composante somatique: diarrhée, crampes abdominales et musculaire (lombes et membres inférieurs)larmoiments rhinorrhée, sueurs, et mydriase.

L'intervention thérapeutique y est de 2 ordres:

- ralentir les conséquences métaboliques de l'orage moléculaire créant un hyperfonctionnement adrénérgerique avec des Alpha 2 sympathomimétiques, des myorelaxants et souvent des antalgiques.

- relancer une stimulation " ectodermique"(peau-organes sensoriels et système nerveux) par des bains, douches, des massages actifs et des stimulations sensorielles progressives et cohérentes auxquelles on rajoutera des boissons abondantes (évidemment non alcoolisées).

2- le conditionnement sensoriel

- Le conditionnement sensoriel est généré par la mise en mémoire des conditions comportementales liées aux prises de drogues. Une trace mnésique (dans l'hippocampe essentiellement) s'intègre à la mise en place des boucles adaptatives dans le système méso-limbique. La répétition de leur activation les structure progressivement anatomiquement en systèmes de fonctionnement. La particularité de ce conditionnement est de s'étendre à l'ensemble du contexte sensoriel et non de se focaliser seulement (par exemple sur le geste) lors de l'instauration des boucles d'apprentissage ordinaires.

- l'exposition aux configurations sensorielles liées aux prises d'opiacés détermine un comportement cherchant à retrouver la configuration liée à la stimulation opiacée.

- L'intervention thérapeutique est d'aménager un retrait du contexte le plus complet possible. L'hospitalisation créé de fait cette condition mais cela peut aussi s'aménager en ambulatoire. Il est demandé au patient et à son entourage de modifier un maximum d'éléments environnementaux et particulièrement ceux liés aux prises de drogues.

3-la désorganisation psychique

- la désorganisation et réorganisation psychique, faite essentiellement d'intolérance à la frustration et de vulnérabilité dépressive, est générée par le développement d'un vrai myosis psychique. La recherche d'opiacé ayant accaparé l'essentiel de la mobilisation psychique, le sujet occulte le passé et ne se projette plus dans l'avenir. La préoccupation devient "au jour le jour". Les rapports du sujet avec son entourage et les thérapeutes sont devenu des "sincérités successives" sans cohérence ni continuité entraînant

incompréhensions et tensions permanentes. L'ancienneté de l'usage a évité de nombreuses élaborations psychiques et d'intégration relationnelles sociales dans lesquelles les sources de satisfactions externes se sont très réduites voire ont disparues. La conscience de cette situation étant préservée, l'image de soi en est souvent très altérée.

- L'interruption rend le sujet très vulnérable à la frustration . Pendant le sevrage, le sujet découvre une "lucidité froide, agressive, anxieuse et présente" très inconfortable succédant à "un bain chaleureux opaque, apaisé et intemporel " .
- L'intervention thérapeutique est de diminuer l'anxiété, soutenir la lucidité dans l'inconfort et prévenir une évolution dépressive sans perdre de vue la ré émergence de pathologies psychiatriques masquées. Il s'agit d'engager une relation psychothérapeutique forte permettant au sujet d'appriivoiser les inévitables contrariétés et frustrations et au thérapeute de dépister précocement l'évolution vers une dépression.

4-la dépendance économique

- La dépendance économique est moins constante. Elle est générée par la mise en place d'une économie personnelle liée à l'achat et à la vente des opiacés.
- L'interruption de ce trafic accule le sujet à une carence économique problématique.
- Le changement est essentiellement lié à la mise en place d'un travail débouchant sur des revenus autonomes.

B. PROCESSUS

Le processus s'assoit sur un trépied homogène : le constat, le contact, le contrat.

Le constat :

Si l'indication est à 1° vue facile à déterminer: la dépendance aux opiacés, son contour opérationnel est plus délicat à cerner. On conviendra que chaque élément ci-dessous est un facteur favorisant la réussite d'un sevrage. A la manière des atouts, c'est leur cumul qui va être déterminant.

Usage :

- irrégulier, récent, unique , non injecté, sans polyconsommation,
- antécédent d'arrêts ou de sevrages de plus de 2 semaines

Contexte:

- modification majeure du contexte quotidien possible, lieu, personnes, activités,
- travail permettant une autonomie et un arrêt avec reprise sans problème.
- soutien d'un tiers de confiance non dépendant et si possible différent de la mère ou du compagnon (ou compagne)

Santé:

- Absence de troubles psychiatriques manifeste et de dépression.
- Absence de pathologie somatique majeure intercurrente (aspect relatif car il peuvent être parfois moteurs à la motivation)

Le contact:

Ce sont des capacités nécessaires pour le médecin:

- Un haut niveau d'empathie permettant l'accroche d'une alliance thérapeutique forte,
- une conviction puissante que l'opération est jouable
- une rigueur et disponibilité permettant le suivi complet du sevrage

- la présentation au patient d'une nécessité d'échanges sincères et suivis sans lesquels le sevrage n'est pas praticable
- une série de consultations dédiées dont la 1^o réunira le patient et l'entourage proche
- des correspondants de confiance : un kiné, un psychothérapeute, éventuellement un infirmier.

Le contrat:

Il s'agit d'un protocole relativement réglé

1-Après la demande de sevrage qui évalue la faisabilité...

2-...il est programmé une consultation explicative réunissant le patient et le ou les tiers soutiens. C'est une consultation longue. Un premier temps est consacré à la présentation du syndrome somatique et des différences dépendances, un second temps à la présentation du protocole. (Il est demandé des honoraires à chaque participant).

Chaque participant a une tâche qui est discutée jusqu'à un accord raisonnable et réalisable .

Pour un sevrage d'héroïne, le patient s'engage au respect des 6 consultations programmées sur 21 jours: 3 la 1^o semaine, 2 la seconde semaine et une la 3^o semaine au minimum. Pour la BHD il faut rajouter au moins une semaine de plus de suivi.

Il s'engage avec l'appui du tiers soutien à la modification d'un maximum d'éléments environnementaux , les prioritaires étant ceux les plus directement liés à l'expérience des drogues.

Il accepte la possibilité d'analyses biologiques si nécessaire

La question du travail est discuté. Il s'agit de se situer dans un équilibre entre une incompatibilité avec le poste de travail et une inactivité problématique. L'idéal est un arrêt de travail et l'organisation avec le tiers d'une activité physique modérée, sans danger et suivie sur 15 jours.

Deux prescriptions sont réalisées dans un premier temps

Une prescription de 6 séances de kinési . Le kinésithérapeute est contacté afin d'obtenir son accord. Il pratiquera des massages myorelaxant de toute la chaîne spinale et des membres inférieurs entre le 3^o et 14^o jour à raison de 6 séances au moins.

Une prescription médicamenteuse associant

La Guanfacine 2 mg (Estulic^o) En moyenne 5 microgrammes par kilo et par jour en plusieurs prises soit 2 à 4 cp par jour selon le poids du patient.

(Stimule les récepteurs alpha 2 centraux qui inhibent l'activité sympathique et action sédatrice. Ce médicament est ainsi prescrit hors AMM mais son action dans les sevrages a fait l'objet de publications reconnues*)

Le patient est informé de la nécessité de prise de TA quotidienne si possible (automesure ou intervention d'un infirmier) ne modifiant la posologie qu'en dessous de 100/60 mm

On peut utiliser aussi la Clonidine (Catapressan^o) mais on notera qu'à fortes doses, l'action sédatrice de la Guanfacine est moins importante que celle exercée par la clonidine

Un anxiolytique myorelaxant : Tetrazepam (Myolastan^o) ou Diazepam (Valium^o) à dose suffisante et que le patient régulera de façon symptomatique.

Agoniste du récepteur aux Benzodiazépines (BZD) qui fait partie d'une structure tripartite composée d'un canal chlore, du récepteur aux BZD et d'un récepteur GABA. L'occupation du récepteur aux BZD par un agoniste (BZD) favorise l'action du récepteur GABA, ce qui augmente la fréquence d'ouverture du canal chlore et la pénétration des ions chlore à travers le ionophore. L'augmentation de la polarisation membranaire diminue la probabilité de décharge du neurone. Les récepteurs centraux (région limbique, amygdale, hippocampe) seraient responsables des activités sédatives, anxiolytiques et anticonvulsivantes. Dans les effets myorelaxants, seraient impliqués les récepteurs de la moelle épinière

Un neuroleptique proposé à démarrer le soir Cyamémazine (Tercian^o).

(Phénothiazine, antipsychotique neuroleptique. Antagoniste non sélectif des récepteurs de la dopamine, des récepteurs de la sérotonine, des récepteurs adrénergiques alpha, et des récepteurs muscariniques de l'acétylcholine.) Il provoque une indifférence émotionnelle par action sur le système limbique. Myorelaxant par inhibition de l'action régulatrice de la formation réticulée descendante, il agit aussi sur la formation réticulée en diminuant son influence activatrice sur le cortex entraînant une sédation.

Il sera régulé essentiellement en fonction du niveau d'agitation ou d'insomnie.

Un antalgique éventuel contenant paracetamol et/ou dextropropoxyphène.

(Ce dernier est un antalgique d'action centrale, proche des morphiniques, agoniste des récepteurs mu mais qui n'entraîne pas de dépendance peut être un secours utile et ponctuel.)

Le recours au psychothérapeute est annoncé mais n'interviendra qu'à l'issue du sevrage physique. Il pourra prendre la forme d'entretien individuels ou de groupe.

Les recommandations de prudence sont écrites. D'ailleurs l'ensemble de ce protocole fait l'objet d'une fiche de suivi (ci jointe) remise sur laquelle le patient note ses observations au quotidien et les différents partenaires signent leur intervention. Les posologies y sont décrites de façon quotidienne au moins jusqu'au prochain entretien.

3-Après cette consultation de démarrage, au cours du sevrage les entretiens ont lieu avec le patient seul....

C- SUIVI

Les événements intercurrents les plus fréquents:

Aucun sevrage ne ressemble à un autre tant les le nombre de facteurs structurant ou déstabilisant est important

- L'hypoTA en dessous de 100/ 50 feront diminuer la Guanfacine
- Les crampes feront augmenter les BZD, l'insomnie ou l'agitation le neuroleptique
- Le non respect du rendez-vous fera réévaluer le processus et son interruption éventuel.
- La reprise d'opiacé sera commentée. Les circonstances en seront attentivement précisées. Si la poursuite est décidé le protocole repart clairement à zéro

La fin du sevrage fait l'objet d'une consultation avec le tiers soutien qui permet d'envisager la suite.

La psychothérapie est proposée et précisée, une prescription de Naloxone est possible si le patient se sent fragile par le retour à un environnement à risque. Il en sera alors bien expliqué l'action.

D- PROTOCOLE

- 1- **Consultation de contact** faisant état de la demande:
 - évaluer les paramètres d'inclusions et poser les conditions.
 - fixer la consultation de lancement, prévoir un temps long ou bien répartir sur 2 consultations :
 - d'ici là réduire au maximum les prises d'opiacés

- 2- **Consultation de lancement** programmée par le praticien
 - réunir le patient et la ou les personnes qui effectueront le soutien.
 - leur expliquer les phénomènes biologiques et psychologiques,
 - s'accorder sur les modifications de contexte
 - répartir les rôles de chacun,
 - faire l'inscription et signer les documents
 - faire le bilan TALOS (peut être reporté à la consultation suivante éventuellement)
 - élaborer le protocole sur fiche de suivi
 - prescrire l'ordonnance pour les médicaments pour 14 jours
Estulic° : 0,5 cp 3 fois par jour
Myolastan°: 1cp 2 à 5 fois par jour selon les crampes
Tercian°: 1cp le soir si insomnie et 1 le matin si agitation
DiAntalvic: 0 à 4 cp selon les douleurs
Et inscrire les doses sur la fiche de suivi de façon très précise
 - prescrire l'ordonnance pour le kiné,
"Bon pour 6 séances de massages et rééducation du rachis entier et des membres inférieurs à type de relaxation neuro-musculaire, mobilisation passive douce, tonification des muscles soutien du rachis selon localisation des crampes à faire par un kinésithérapeute D.E"
 - joindre le kiné de proximité
 - prescrire éventuellement un contrôle tensionnel quotidien à domicile par Infirmier pendant 10 jours
 - bien indiquer que la fiche de suivi du sevrage est indispensable à la consultation suivante

- 3- **Consultations de suivi.**
 - 3 consultations la première semaine, 2 la seconde semaine, 1 la troisième
 - écrire les indications sur la fiche de suivi

- 4- **Fin de sevrage physique:**
 - adresser à ICARES la copie de la fiche de suivi
 - programmer le suivi post sevrage
 - prescrire les consultations de psychologues

- 5- **Evaluation à distance**
 - Faire le bilan TALOS à 6 mois

La reconstitution du parcours s'effectue à partir de la fiche fin de sevrage adressée au siège. Aussi la récupérer est-il très important.

BIBLIOGRAPHIE

MODALITES

Darcourt G-. Kipman S.D "Modalités de sevrage des toxicomanes dépendants des opiacés ANAES 23&24 avril 1998". Collection : Fédération Française de Psychiatrie. 2002 -216 pages

Auriacombe M, Tignol J. - "Sevrage et prise en charge des toxicomanes aux opiacés". 1995, La Revue du Praticien, 45, 1383-1387

Chabannes JP, Rossi F. - "Sevrage du toxicomane", La Revue du Praticien – Médecine générale, 1995, 9, 310, 15-22

EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Connor PG, Waugh ME, Schottenfeld RS, Diakogannis IA, Rounsaville BJ. - "Ambulatory opiate detoxification and primary care: A role for the primary care physician". 532-534,1997, 4, 3, 263-270

Binder Ph . "Sevrage des toxicomanes par le généraliste". Concours médical - 116-13 – 1994

GUANFACINE DANS LE SEVRAGE DES OPIACES:

Hong Ma, PhD MD^{*}, Jun Tang, MD^{*}, Paul F. White, PhD MD, FANCA^{*}, Ronald H. Wender, MD[†], Thomas Leverone, MD[‡], Rayond Quon[†], Scott Pearce, MD[†], Franklin Chiao[†], and Susan Erice, RN- "The Effect of Clonidine on Gastrointestinal Side Effects Associated with Ultra-Rapid Opioid Detoxification" . [¶] Lancet 1978;2:599-602.

Mais aussi:

- Lancet 1981;2:313.
- Am J Psychiatry 1980;137:1122.
- Presse Med 1979;8:3267.