

Suivi somatique en addictologie

L. Clivaz Mariotti - RFSM

Grangeneuve - 5 novembre 2015

Madame I. - 1959

- Dépendance à l'héroïne et la cocaïne depuis 1977 durant environ 5 ans, puis TBS (Méthadone, puis Subutex depuis 2006)
- Arrivée dans le canton de Fribourg en octobre 2010
- Vit avec son compagnon de l'aide sociale
- Mise sous curatelle de portée générale
- Toxicomanie stable, alcoolisme prédominant
- Nombreuses co-morbidités somatiques

Co-morbidités

- Polyarthralgies distales symétriques et lombalgies chroniques d'origine dégénérative
- Nombreuses allergies (médicaments et atopie)
- Maladie de reflux gastro-oesophagien
- Prurit chronique généralisé
- HTA traitée
- Bronchite chronique et tabagisme chronique
- Hépatite C chronique génotype 4
- Etat dépressif chronique
- Alcoolisme chronique

- 
- Mars 2011 : diabète type 2
 - Octobre 2011 : hospitalisation à Marsens pour sevrage OH, puis Torry
 - Décembre 2011 : sarcoïdose cutanée
 - Mars 2012 :



- Labo mars 2012:

- ASAT 40 UI/l (34 UI/l)
- ALAT 20 UI/l (35 UI/l)
- GGT 90 UI/l (36 UI/l)
- TP 64% (70-100%)
- Albumine 33 g/l (35-50 g/l)
- Thrombocytes 86 G/l (150-350 G/l)

- Avril 2012 : hospitalisation HFR Fribourg : absence de sarcoïdose, suspicion de cryoglobulinémie, PBF : score A2F4
 - Suivi des thrombocytes :
 - Juin 2012 : 91 G/l
 - Juillet 2012 : 78 G/l
 - Août 2012 : 66 G/l
- Janvier 2013 : hospitalisation en urgences à Marsens (dépression)



- Mai 2013 :

- Albumine : 24 g/l (35-50 g/l)
- Thrombocytes 56 G/l (150-350 G/l)
- TP 41 % (70-100%)
- Bilirubine totale 34.4 $\mu\text{mol/l}$ (3.4-20.5 $\mu\text{mol/l}$)

- Juin 2013 : hospitalisation à Fribourg (HFR) : baisse état général, anorexie, perte de 7 kg, progression cirrhose (CHILD A -> B), méléna
- Décembre 2013 : thrombocytes 25 G/l, AFP dans les normes
- Juillet 2014 : sevrage OH à Tavel (encéphalopathie hépatique, ascite)
- Août 2014 : maladie de son conjoint
- Décembre 2014 : décès de son conjoint

- Labo février 2015 :
 - Thrombocytes 25 G/l
 - TP 39%
 - Albumine 18 g/l
 - Bilirubine totale 30.1 $\mu\text{mol/l}$

- Février 2015 : progression cirrhose (CHILD C), lésion suspecte US abdo -> IRM : 3 lésions CHC
- Décompensation hépatique et décès juin 2015

Problèmes somatiques courants

- Problèmes cutanés
- Problèmes nutritionnels
- Problèmes dentaires
- Problèmes ORL
- Problèmes cardiovasculaires
- Problèmes pulmonaires
- Prise en charge générale du patient toxicomane

Problèmes cutanés

- Abscès : injection septique (germes anaérobies)



Problèmes cutanés

- Thrombophlébites



Problèmes cutanés

- Dermo-hypodermite



Problèmes cutanés

Sans oublier :

Mycoses, engelures, parasitoses (gale, poux), impétigo



Malnutrition

- Malnutrition visible surtout chez les cocaïnomanes, peu chez les héroïnomanes
- Ostéoporose chez toxicomanes vieillissants

Problèmes dentaires



Problèmes dentaires

- Par manque d'hygiène
- Diminution de la sécrétion salivaire par les opiacés
- Alimentation basée sur sucres rapides



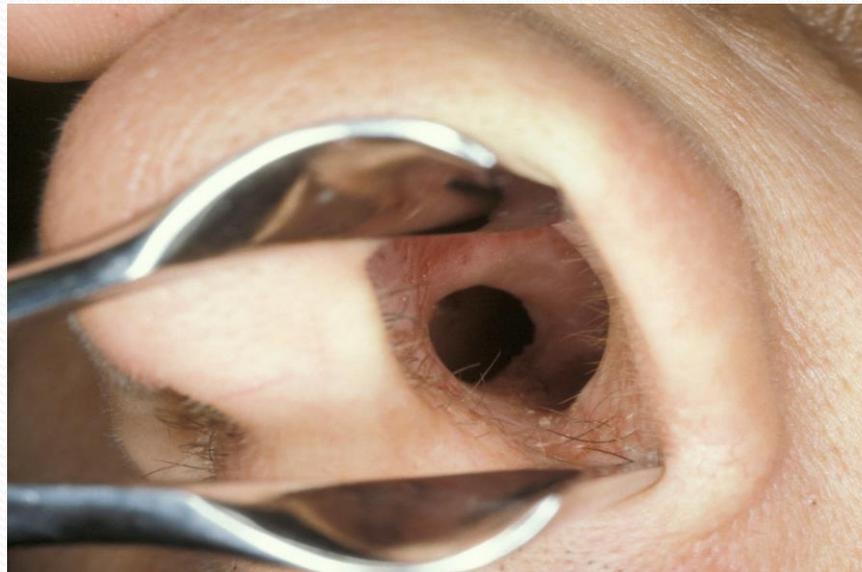
infections bucco-dentaires, stomatites,
abcès (sinusites, ostéites)

Problèmes ORL

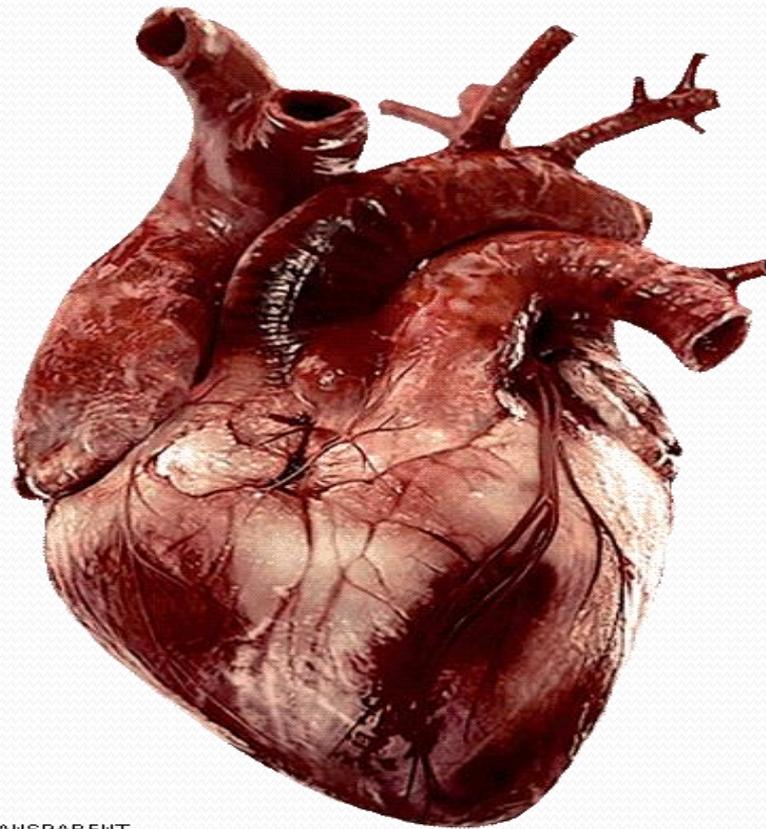
Cocaïne sniffée :



rhinite chronique, épistaxis, perforation du septum, sinusites



Problèmes cardio-vasculaires



TRULYTRANSPARENT

Problèmes cardio-vasculaires

- **Problèmes infectieux : l'endocardite**

75% sur valve saine, majoritairement cœur droit

Germes :

60% staph doré

20% streptocoques

15% Gram négatif (pseudomonas)

< 5% candida

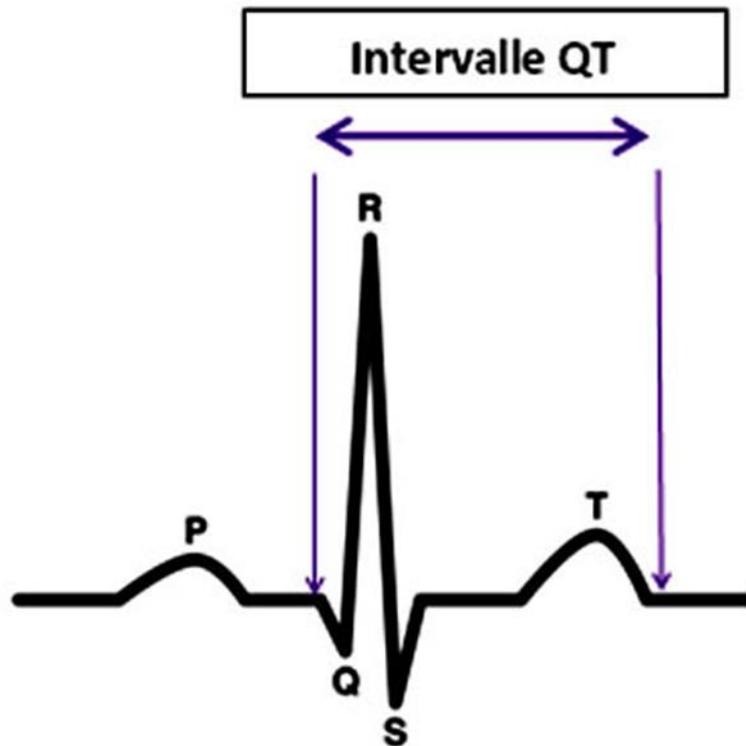
Problèmes cardio-vasculaires

- **Sur effet toxique** de la drogue consommée
 - **Overdose** : dépression respiratoire centrale avec oedème pulmonaire, arythmie et collapsus
 - **HTA** (cocaïne)
 - **Infarctus du myocarde** (cocaïne)
 - **Troubles du rythme** (cocaïne, méthadone)



QTc long et torsades de
pointe

Mesure du QTc



$$QTc = QTm / \sqrt{RR'}$$

Valeurs de référence du QTc

- valeur normale : Valeurs de référence du QTc
 - chez les femmes $QTc < 450$ msec
 - chez les hommes $QTc < 440$ msec
- risque de torsades de pointe : dès $QTc > 500$ msec, mais risque non exclu entre deux

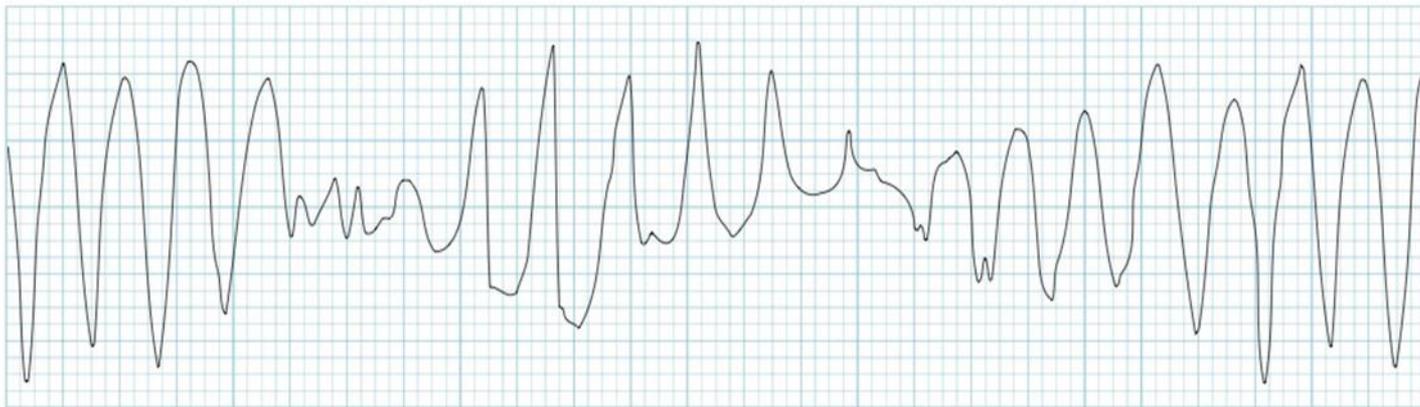
Définition torsades de pointe

- Trouble du rythme ventriculaire
- Secondaire à un trouble de la repolarisation ventriculaire (repolarisation retardée ou allongée : QT long)
- deux types de torsades de pointe : les torsades à QT long et les tachycardies ventriculaires polymorphes à QTc normal avec aspect de torsade (infarctus, problèmes coronariens)

Clinique torsades de pointe

- Le risque principal des torsades de pointe est la dégénérescence en fibrillation ventriculaire aboutissant à un arrêt cardio-circulatoire, puis à une mort subite
- Le sujet peut être asymptomatique, parfois malaises, syncope

ECG



La torsade de pointes débute par une extra-systole ventriculaire précoce, survenant sur l'onde T (phénomène R/T), et survenue immédiate d'une succession rapide (180 à 200/minute) de complexes QRS élargis d'amplitude fluctuante, décrivant classiquement une sorte de torsion autour de la ligne iso-électrique

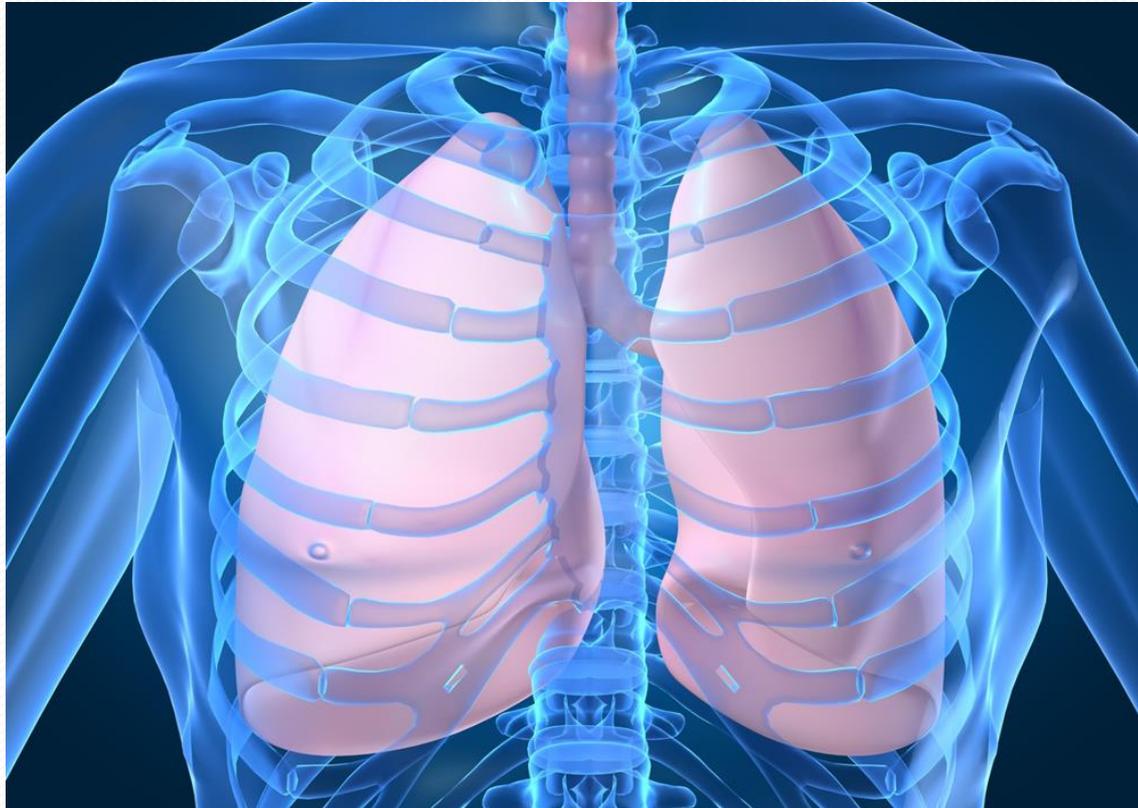
Causes de torsades de pointe à QTc long

- QT long congénital
- Causes métaboliques : hypokaliémie, hypomagnésémie, hypocalcémie
- Causes nutritionnelles : anorexie mentale, OH chronique
- Causes médicamenteuses :
 - Antiarythmiques (disopyramide, procainamide, quinidine, sotalol, amiodarone)
 - Antibiotiques : érythromycine, fluoroquinolone, triméthoprime
 - Antidépresseur tricyclique, antipsychotique, domperidon, halopéridol, lithium, phénothiazines, chloroquine, **méthadone**



www.qtdrugs.org

Problèmes pulmonaires



Problèmes pulmonaires infectieux

- Broncho-aspiration
- Effet dépresseur des opiacés
- Effet irritatif local avec diminution de la motricité ciliaire et diminution locale des défenses immunitaires (Rohypnol inhalé)
- Tbc (plutôt patients d'origine balkanique)
- Aspergillus ou candida par contamination des drogues inhalées ou injectées (chez immunosupprimés)
- Infections par embolisation de foyer d'endocardite

Problèmes pulmonaires non infectieux

- Embolie pulmonaire
- Dyspnée sur décompensation cardiaque (endocardite), sur anémie
- Traumatique (pneumothorax, trauma de la paroi)
- Asthme (drogues inhalées)
- Tabagisme



En pratique

Anamnèse

- Plaintes actuelles et attentes du patient
- Mode de consommation (avec évaluation de prise de risque), doses, fréquence
- Antécédents : abcès cutanés, dépistages hépatites et HIV
- Vaccinations
- Traitement actuel (prescrit et non-prescrit, pratiques auto-substitutives)
- Conduites additives: Alcool, tabac...
- Contraception

Examen clinique de départ

- Examen complet
- Etat général (ancienneté et importance de la toxicomanie)
- BMI
- Etat dentaire
- Examen cutané
- Auscultation cardiaque

Examens sanguins

- FSS
- Tests hépatiques, créatinine
- Electrolytes (en particulier si anomalie à l'ECG)
- Eventuellement ferritine
- HIV, HAV, HBV, HCV, syphilis
- Mantoux ou Tb-Spot selon provenance du patient

ECG

- A pratiquer chez tout nouveau patient avant la mise en place d'un traitement de substitution
- Recherche QTc long
- Recherche signe d'ischémie cardiaque ancienne (cocaïne)

Vaccinations

- Vaccination hépatite B (Engérix-B)
- Discuter vaccination hépatite A+B (Twinrix) en cas d'hépatite C chronique (remboursement!)
- Rappel Di-Te si nécessaire
- Vaccin anti-pneumocoque en cas de HIV+

Prévention infections transmissibles -1

Injection de drogues iv propre :

- Matériel stérile (et sa provenance)
- Lavage des mains
- Désinfection de la peau avant et après chaque injection
- Pas de partage de cuillère, seringue, coton, garrot, paille.
- Elimination du matériel usagé

Prévention infections transmissibles-2

- Ne jamais partager son matériel d'hygiène corporelle : brosse-à-dent, rasoir, ciseaux à ongles et instruments de manucure
- En cas de blessure : nettoyage et désinfection des surfaces concernées
- Nettoyer tous les restes de sang sur les doigts suite au grattage

Littérature

