



medix romandie

“ Pour une médecine coordonnée et pertinente ”

Cercle de Qualité

13.10.2020

2 cas d'addictologie + un quizz

Dre François, Dr Willemin, Dr Pfaender

Cas 1

Cas 1 : M. MR, 56 ans

- Adressé par neurologue pour suivi FRCV, douleurs post AVC car pas de médecin ttt
- ATCDs/Comorbidités : Dyslipidémie, HTA, surpoids
Sténose sévère des troncs supra-aortiques
S/p AVC en 2014, dlrs neurogènes invalidantes de l'hémicorps G
Trouble anxio-dépressif
- Ttt : ASA cardio 100mg 1x/j., Plavix 75mg 1x/j., Atorvastatine 20mg 1x/j., Lisinopril 20mg 1x/j., Amitriptyline 25mg 1x/j., Prégabaline 75mg 1x/j., Dormicum 15mg (2-10cp/j.)
- Ancien électricien, AI post AVC, aide HG, divorcé 2 fois, vit en concubinage, rupture avec sa famille
- AA : Douleurs insupportables post AVC, stress lié à des violences conjugales, utilisation inappropriée de BZD que sa partenaire actuelle «lui imposerait» de prendre et qu'il aimerait sevrer...

QUE FAIRE ?

Cas 1 : M. MR, 56 ans

- 3-4 RDV manqués puis revient 3 mois plus tard adressé par neurologue pour suivi FRCV et douleurs
- Nouvelle demande sevrage BZD de la part du patient...
- Infos obtenues : * BZD prescrits après AVC il y a 6 ans, pour anxiété +++, insomnies, bon effet sur les douleurs
 - *existence d'un autre médecin ttt qui renouvelle ordonnance BZD à lui et à sa compagne
 - *sa compagne lui donnerait des cp pour éviter des accès de colère
 - *demande de sevrage car incapable de faire quelconque activité

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Propositions :

- Consultation conjointe avec compagne : infructueuse
- Appel confrère prescripteur : refus de collaboration
- Appel pharmacie : prescription en cours à laquelle ils se réfèrent, pour le patient et sa compagne
- Organisation suivi addictologie : RDV manqués
- Suivi psychiatre : refus de suivi par psychiatre tant que sous BZD, patient trouve psychiatre incompétent
- Proposition hospitalisation : échec clinique de Montana dans le passé, ne veulent plus le reprendre

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Question à la spécialiste :

- Quel cadre poser dans ce cas ?
- Que peut-on faire face à non collaboration confrère ?
- Modalités de sevrage en ambulatoire ? Choix BZD, suivi...
- Possibilités hospitalières ? Critères pour sevrage hospitalier
- Références

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Constats :

- Dit qu'il veut un sevrage mais explique tout ce qui va le mettre en échec.
- Agenda de qui ?
- Entretien motivationnel (reformulation, résumé, information)
- Psychiatre incompétent, ben...
- Décider d'un cadre avec lui : remise contrôlée ? Quelle molécule ?
- Quid de l'anxiété ? Antidépresseurs

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Confrère :

- Déclarer la cure au médecin cantonal
- On ne peut pas sauver les gens contre leur gré
- Expliquer le tout au patient

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Choix des BZD :

- Différences entre les BZD :
 - durée de vie
 - pente de l'action (plus ou moins lipophiles)
- « Ceux qui montent vite »
 - Dormicum
 - Xanax
- Option longue demi-vie (évite fluctuation)
- Option durée de vie moyenne, permet de titrer et de baisser lentement

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Cadre :

- JAMAIS D'ORDONNANCE RENOUVELABLE DE BZD
- Remise contrôlée ? Si pharmacie, parle avec pharmacie, contrat tripartite
- Voir les gens souvent et un bon moment pour entretien motivationnel
- Hospitalisation : s'il le veut ; clinique de Montana, UTHA.., clinique Belmont, Métairie, Grand Salève

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Constat :

<https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/medicaments/benzodiazepines/dependance-a-un-dosage-eleve>

- Adopter une position purement répressive contre les benzodiazépines dans le cas d'une dépendance à un dosage élevé *ne prend pas en compte que les personnes ayant une consommation parallèle de benzodiazépines ont une maladie secondaire grave*, il s'agit en effet :
 - soit d'une dépendance aux benzodiazépines (dont le sevrage peut durer des mois et aussi longtemps que le requiert une prescription régulière de benzodiazépines)
 - soit d'une comorbidité psychiatrique non reconnue :
 - qui est certes soulagée par une benzodiazépine mais qui n'est pas correctement traitée, ou
 - qui peut être correctement traitée avec une benzodiazépine (car il n'existe pas de meilleur traitement possible)
 - que la prise d'un dosage adapté de benzodiazépines peut agir comme un tranquillisant au niveau psychosocial, rendant son utilisation socio-thérapeutique (par analogie à certains autres traitements aux agonistes).
 - que chez certains patients, les benzodiazépines peuvent aussi être indiquées pour une réduction des risques ou une palliation.

Cas 1 : M. MR, 56 ans

Références :

- Site internet praticien addiction

<https://www.praxis-suchtmedizin.ch>

- GPMA : groupement des praticien en médecine de l'addiction : soutien aux professionnels, questions, place de TAO

– groupegpma@gmail.com

– 076 799 96 62

Cas 2

Cas 2 : M. BK, 38 ans

- Motif de consultation : Douleurs abdominales récidivantes
- BSH sans ttt, pas d'allergies, tabagisme actif, cannabis, OH et cocaïne occasionnellement
- Depuis 8 mois, 10 consultations dans différents centres, pour douleurs abdominales paroxystiques, avec vomissements +++, sudations
- Multiples labo sp, US et CT abdominaux sp, endoscopie haute et basse sp
- Vu caractère des symptômes, examen clinique abdominal rassurant, soulagement par douches chaudes, suspicion de syndrome cannabinoïde
- Patient pas convaincu vu intensité des crises et qu'il fume depuis longtemps + apparition récente des douleurs ; cannabis important pour lui car soulage insomnies, stress

QUE FAIRE ?

Cas 2 : M. BK, 38 ans

Question à la spécialiste :

- Syndrome cannabinoïde : Quand y penser ? Comment poser le DX ? Est-ce dose dépendant ? Risque récurrence ? Epidémiologie ? Ttt ?...
- Arrêt cannabis : stratégies pour arrêter, à qui référer...
- Références

Cas 2 : M. BK, 38 ans

Hyperémèse cannabique :

- Syndrome caractérisé par :
 - Usage chronique de cannabis, au minimum une fois/semaine
 - Épisodes cycliques de nausées, vomissement
 - Soulagé par bains et douches chaude

Cas 2 : M. BK, 38 ans

Hyperémèse cannabique :

- Jusqu'à 6% des patients consultant pour des épisodes de vomissements récurrents
- Plus de 4 ans et plus de 7 consultations aux urgences pour le dx
- Chez les ados
 - plus de filles
 - 21% de dx déjà posé d'état dépressif ou de trouble anxieux
- Doublement au Colorado depuis la légalisation
- Potentiellement 2,1-3,3 millions/an (USA)

Cas 2 : M. BK, 38 ans

Physiopathologie :

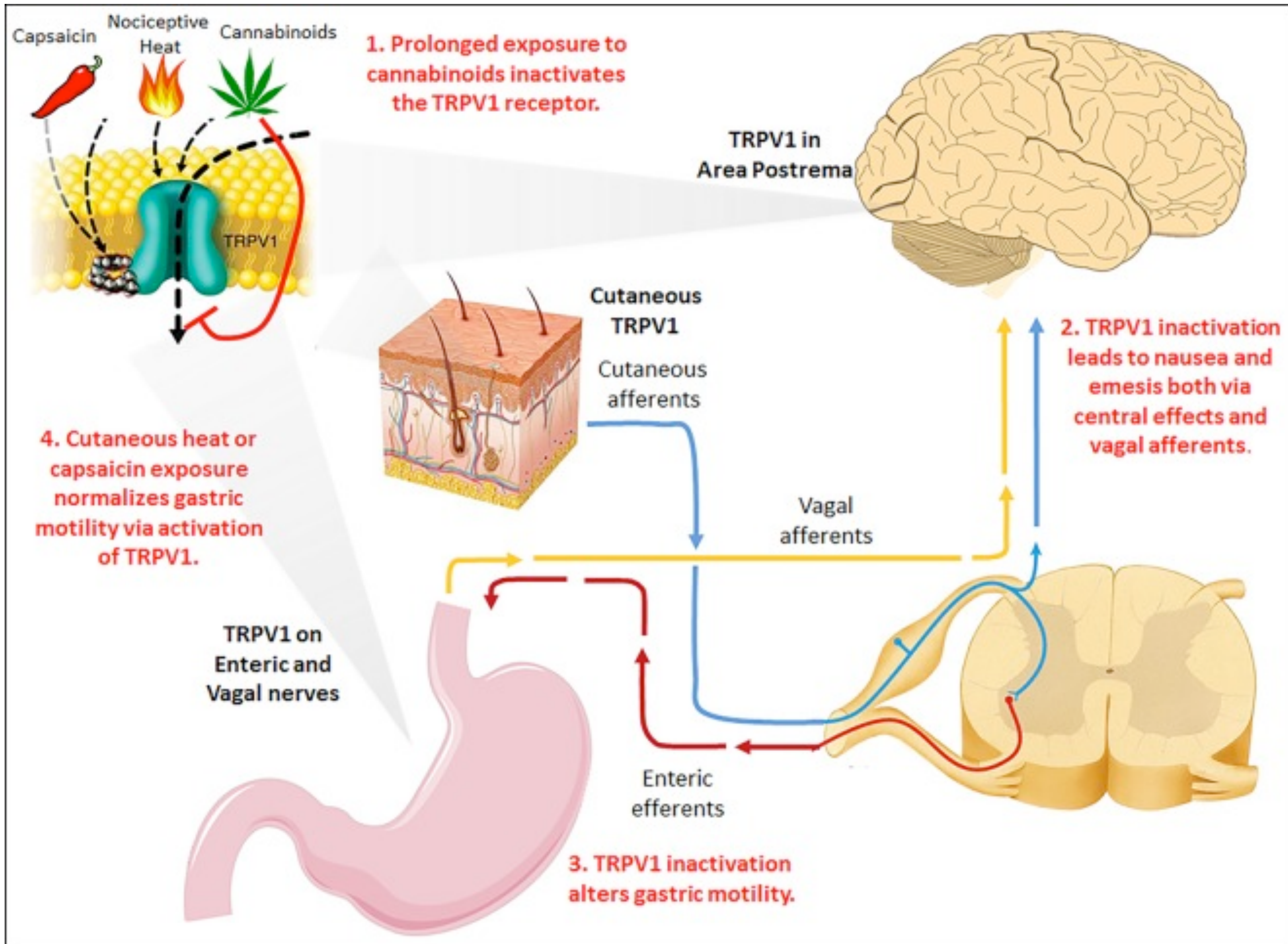
- Système endocannabinoïde: régulateur réponse au stress et allostase
(allostase maintient homéostasie en activant ou désactivant les systèmes allostatiques comme le système immunitaire, les systèmes nerveux autonome et endocrinien)
- Effet du cannabis en deux phases :
 - Usage occasionnel : antiémétique
 - Usage chronique : hyperémèse

Cas 2 : M. BK, 38 ans

Physiopathologie :

Transient receptor potential vanilloid subtype 1 (TRPV1) receptor :

- Impliqué dans la motricité gastrique,
- Répond à des stimuli nociceptifs comme la chaleur (au dessus de 43°), l'acidité, le changement d'osmolarité et les endovanilloïdes,
- Inactivé par usage chronique de cannabis.



Cas 2 : M. BK, 38 ans

Thérapeutique :

- STOP Cannabis
- Antivomitifs classiques ne marchent pas
- BZD et neuroleptiques ??
- Capsaïcine topique

Cas 2 : M. BK, 38 ans

Références :

- *Cannabinoid hyperemesis syndrome, Yaniv Chocron et al. BMJ 2019;366:l4336 doi: 10.1136/bmj.l4336 (Published 18 July 2019)*
- *Syndrome d'hyperémère canabique, une revue de littérature, Archives de Pédiatrie, Volume 23, Issue 6, June 2016, Pages 619-623*
- *Successful Treatment of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome with Topical Capsaicin. ACG Case Rep J. 2018; 5: e3.*
- *Cannabinoid hyperemesis syndrome: potential mechanisms for the benefit of capsaicin and hot water hydrotherapy in treatment Clin Toxicol, 2018 Jan;56(1):15-24.*

Quizz

Quizz : M. PC, 60 ans

- Trouble anxio-dépressif
- Ttt : Escitalopram 10mg 1x/j.
- AA : Présente depuis 3 semaines des lésions des mains





Renseignement clinique

Excision + IFD. Bulles au dos des mains depuis quelques mois. Porphyrie cutanée tardive ? Pemphigoïde bulleuse ?

IFD : dépôts IgG/C3 à jonction dermo-épidermique.

Diagnostic histologique

Peau, majeur droit, excision

Bulle sous-épidermique : aspect compatible avec une porphyrie cutanée tardive (cf. commentaire).

Commentaire

- Les "caterpillar bodies" PAS positifs, le niveau de clivage, la conservation du dessin papillaire, les parois épaissies des
- petits vaisseaux sont des éléments cadrant bien avec une porphyrie cutanée tardive. L'hyperplasie des mastocytes est également classiquement rapportée en cas de porphyrie cutanée. Dans le diagnostic différentiel d'une bulle sous-épidermique pauvre en éléments inflammatoires, on peut mentionner la bullose diabétique, les épidermolyses bulleuses, une pemphigoïde pauvre en éléments inflammatoires et des bulles post-traumatiques. Le niveau de clivage parle contre une pemphigoïde. A confronter à l'ensemble du tableau clinique et paraclinique.

Description macroscopique

- Reçu dans le flacon n°1 : 1 punch de 0.3 cm de diamètre.
Reçu dans le flacon n°2 en milieu de Michel pour IFD : 1 frag de 0.2 cm de diamètre.

Description microscopique

Fragment de peau bordé par un épiderme assez largement détaché du derme sous-jacent. Le toit de la bulle est fait d'un épiderme un peu aminci avec des kératinocytes dyskératosiques à différents étages de la couches spinocellulaire. Ils sont parfois alignés dans les assises malpighiennes moyennes, rappelant ainsi des "caterpillar bodies". Le décollement est donc sous-épidermique et le plancher de la bulle montre une conservation du dessin papillaire. Dans le derme superficiel, quelques lymphocytes en position périvasculaire autour de petits vaisseaux dilatés. Il n'y a pas d'éosinophiles dans l'infiltrat. En un endroit, on voit un petit grain de milium. La paroi des petits vaisseaux du derme superficiel est épaissie au PAS. Cette même coloration marque la membrane basale plutôt sur le toit de la bulle. Les "caterpillar bodies" Intra-épidermiques sont également PAS positifs. Les mastocytes mis en évidence par le CD117 sont en nombre franchement élevé, atteignant souvent 25 à 30/champ X400. Pas de dépôts d'amyloïde à la coloration de la Thioflavine. Le collagène IV marque tantôt le plancher de la bulle, tantôt le toit de la bulle.

Merci pour votre attention!

Dre François, Dr Willemin, Dr Pfaender

secretariat@medix-romandie.ch

medix
romandie