

Addiction à la cocaïne



Pr Laurent Karila
Hôpital Universitaire Paul Brousse
UR PSYCOMADD

TRIGGER
Emotions
Mémoire+
++

CRAVING
Eviter la
douleur

RITUELS
Modification
s cérébrales

CONSOMMATION
CHRONIQUE
Substances,
Comportement
s

ADDICTION

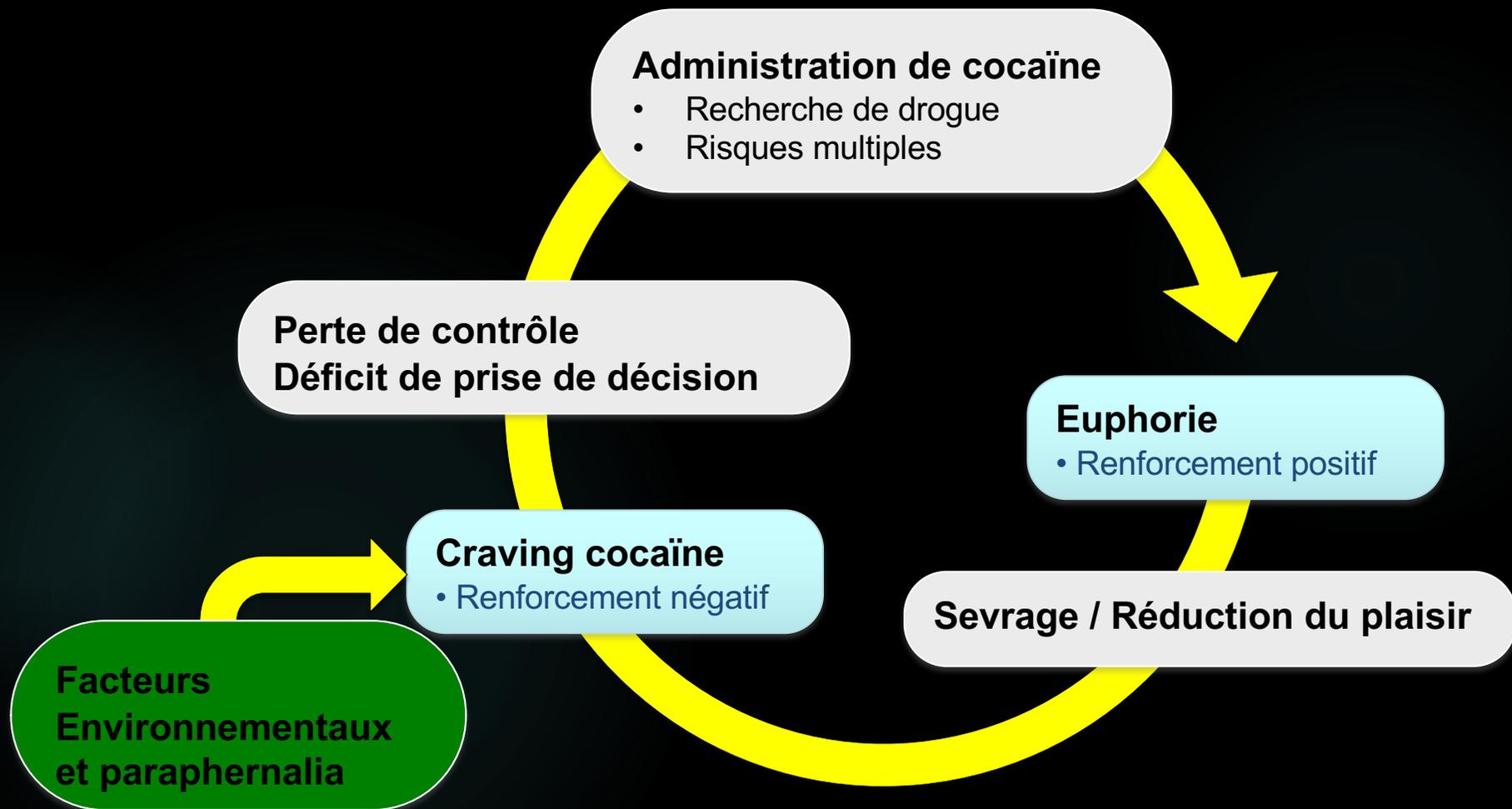
ADAPTATION
DES CIRCUITS
CEREBRAUX



Différents patient-e-s

- ▶ Simples expérimentateurs
- ▶ Usagers du week-end (« je gère »)
- ▶ Usagers socialement intégrés avec antécédents d'addiction
- ▶ Consommateurs excessifs de cocaïne
- ▶ **Addiction à la cocaïne et consommation excessive d'alcool**
- ▶ Consommateurs de stimulants
- ▶ Consommateurs de nouveaux produits de synthèse (MDPV, 3-MMC...)
- ▶ **Polyconsommateurs**
- ▶ Addiction au crack/freebase en situation sociale précaire ou non

Effets psychoactifs de la cocaïne



Complications les plus fréquentes

Complications cardiovasculaires	syndrome coronarien aigu troubles du rythme cardiaque dysfonction ventriculaire gauche dissection aortique thromboses artérielle et veineuse
Complications neurologiques	AVC ischémiques ou hémorragiques Abaissement du seuil épiléptogène
Complications infectieuses en lien avec des comportements à risque	virales (VIH, Hépatites B et C) bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, septicémies) IST notamment syphilis
Complications respiratoires (cocaïne base (crack))	bronchospasme épanchements gazeux hémorragies crack-lung
Complications ORL (usage intranasal)	lésions de la cloison nasale infections naso sinusiennes liées aux lésions de la cloison nasale
Complications dermatologiques	Lésions pieds/mains chez des consommateurs de crack
Complications psychiatriques	délire, paranoïa induite par la cocaïne dépression et tentatives de suicide attaques de panique induite par la cocaïne

Traitement: 4 questions

Objectif de consommation ?

- Réduction
- Consommation contrôlée
- Abstinence

Syndrome de sevrage ?

- Risque d'accident ?
- Traitement pharmacologique

Le patient est en danger ?

- Urgences
- Programme résidentiel

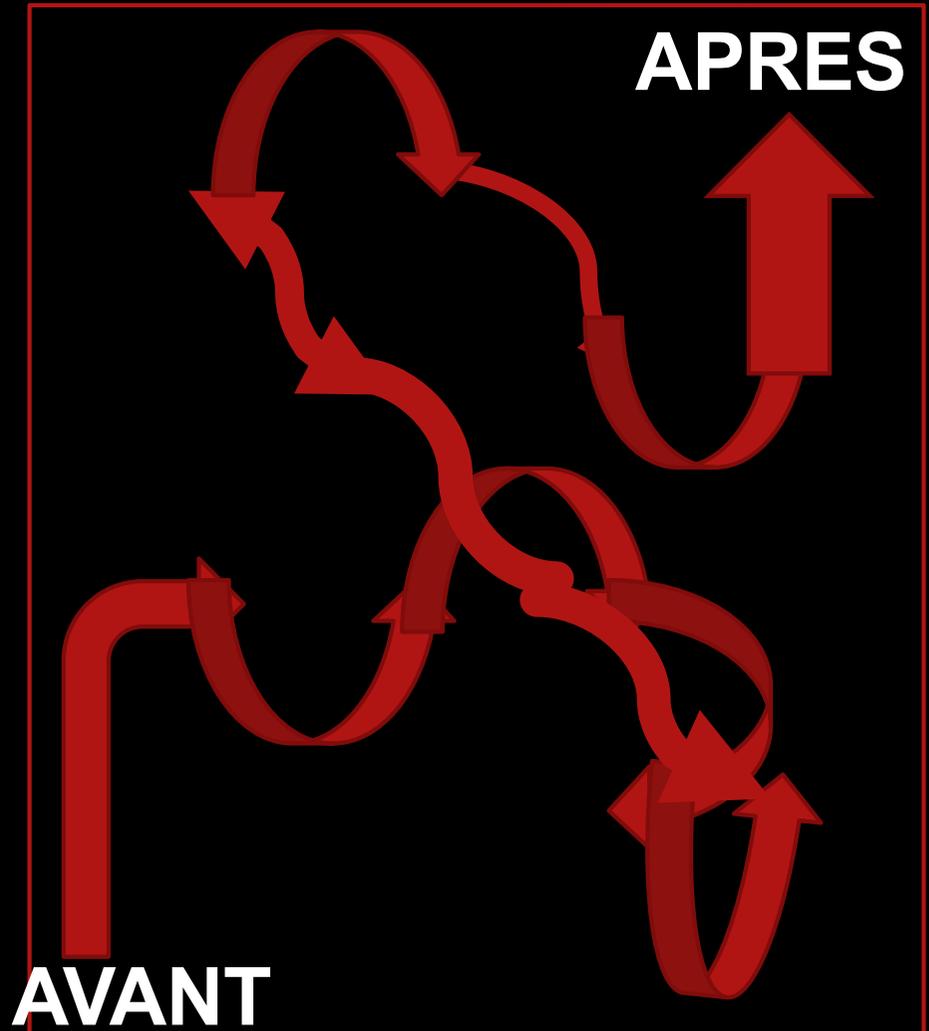
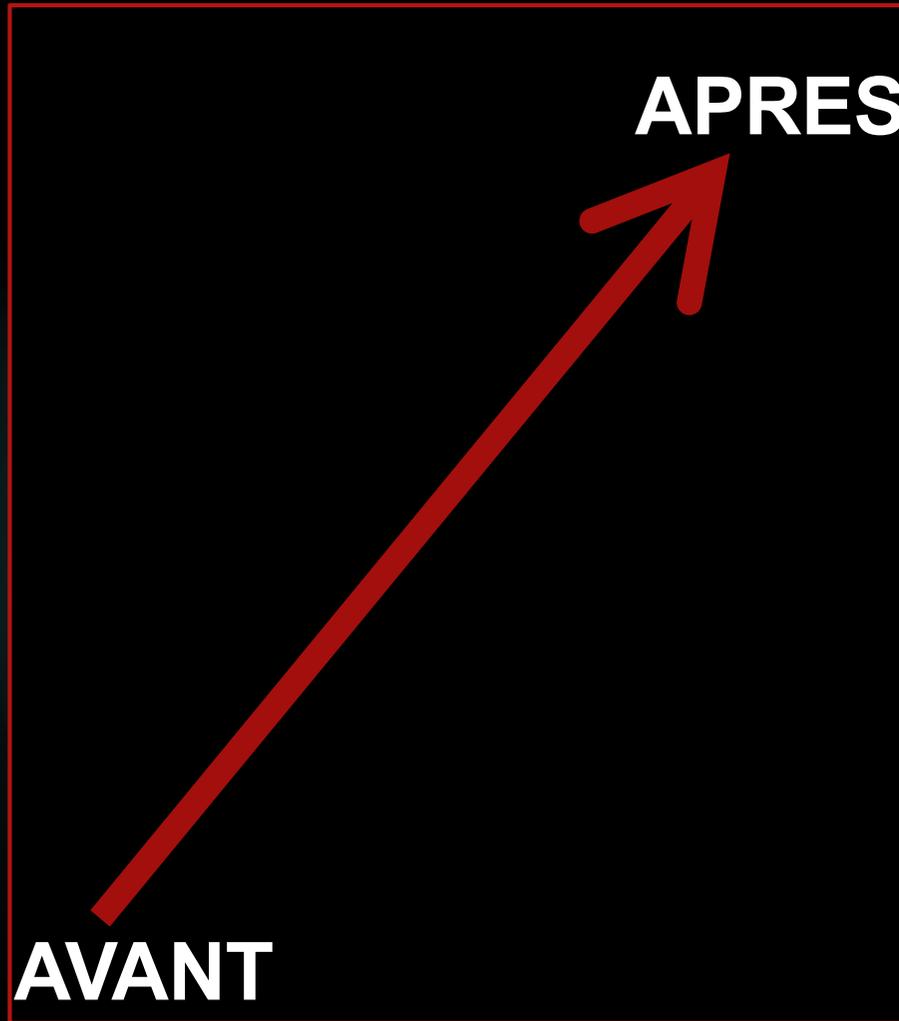
Quelle prévention de la rechute ?

- Pharmacologique
- Psychothérapie individuelle - groupe
- Traitement des comorbidités
- Groupe d'entraide – patients experts

Evolution ?

EN THEORIE

EN REALITÉ



Mise en place du programme thérapeutique

- ▶ Privilégier prise en charge individuelle
- ▶ Renforcement par la prise en charge de groupe
- ▶ Facteurs ayant un impact sur la prise en charge
 - ▶ liés au consommateur (stratégies utilisées)
 - ▶ liés à l'environnement
 - ▶ liés au produit
 - ▶ Comorbidités psychiatriques/addictologiques
 - ▶ Polyconsommation

Indicateurs de suivi



- ▶ Symptômes de sevrage (Carroll in: Donovan et Marlatt, 2005)
- ▶ Réduction de la consommation (Carroll in: Donovan et Marlatt, 2005)
- ▶ Craving (Walton Moss et al, 2006)
- ▶ Consommation d'alcool ou d'autres substances dans les 30 derniers jours (Ferri et al, 2002) (Carroll et al, 2000)
- ▶ Abstinence à S3, M3, M6, M9, M12
- ▶ Evaluation neuropsychologique au début de la prise en charge (Turner et al, 2009)
- ▶ Observance thérapeutique (Zule et al, 2003)

3 approches pharmacologiques

PAS D'AMM

- ▶ Approche pharmacocinétique
- ▶ Approche pharmacodynamique
- ▶ Approche substitutive

Signaux positifs pour l'indication addiction à la cocaïne



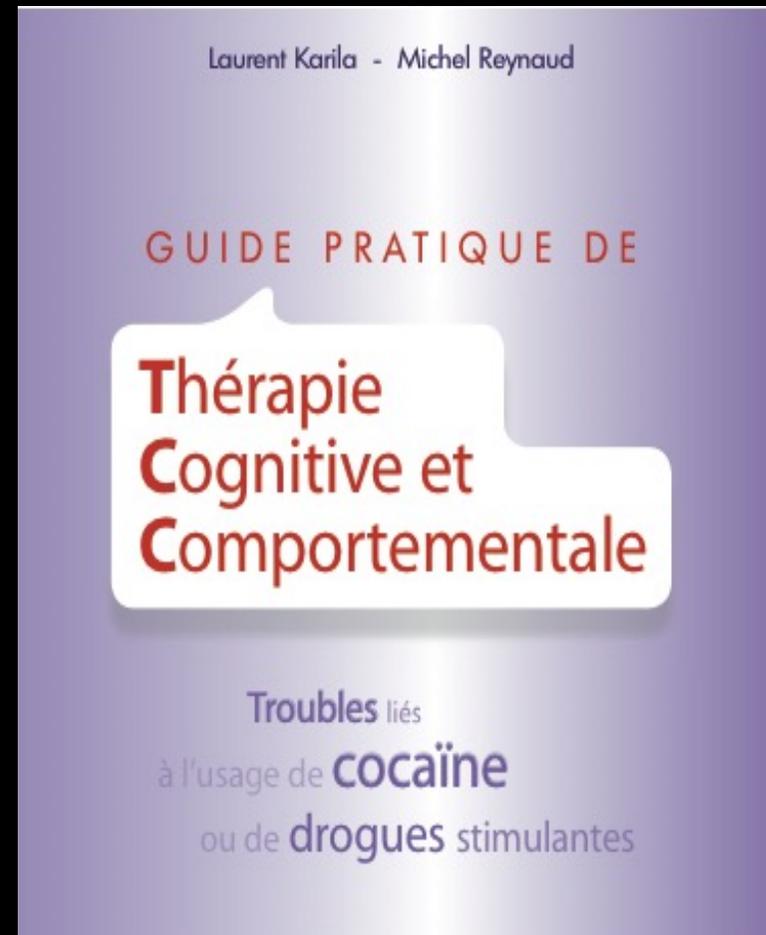
- ▶ Amphétamines à libération prolongée
- ▶ N Acetyl Cystéine
- ▶ Modafinil
- ▶ Topiramate
- ▶ Doxazosine
- ▶ Combinaison topiramate et sels d'amphétamines à libération prolongée

A ne pas prescrire pour l'indication addiction à la cocaïne

- ▶ Antipsychotiques: haloperidol, risperidone, aripiprazole, olanzapine (Amato et al, 2007) (Kishi et al, 2013) (Indave et al, 2016); Quetiapine (Tapp et al, 2015)
- ▶ Anticonvulsivants : 20 essais - 2068 patients (Minozzi et al, 2015)
- ▶ Agonistes dopaminergiques : Amantadine, bromocriptine, pergolide (Soares et al, 2010)
- ▶ Antidépresseurs (Silva de Lima et al, 2010)
- ▶ Traitements de Substitution aux Opiacés
- ▶ Naltrexone LP injectable (Petinatti et al, 2014)

Différentes approches psychothérapeutiques

- ▶ Entretiens motivationnels
- ▶ Thérapie Cognitive et Comportementale
- ▶ Psychothérapie inspiration analytique
- ▶ Gestion des contingences
- ▶ Renforcement communautaire
- ▶ Matrix Model ambulatoire



Carroll, 2005 – HAS, 2010

Knapp, Soares, Farres et Lima, 2007

Quels interventions ?



- ▶ Méta-analyse de 50 études cliniques (6 943 participants) sur différentes interventions psychosociales pour l'addiction à la cocaïne et/ou aux amphétamines.
- ▶ Combinaison de 2 interventions psychosociales différentes : gestion des contingences et approche de renforcement communautaire
- ▶ Traitement le plus efficace et le plus acceptable à court et à long terme (De Crescenzo et al, 2018)

Identifier le profil clinique

- ▶ **Comorbidités psychiatriques**
 - ▶ Methylphenidate LP et THADA
 - ▶ Sertraline > Venlafaxine si dépression (Mancin et al, 2014; Raby et al, 2014)
- ▶ **Sévérité du syndrome de sevrage en cocaïne**
 - ▶ Propranolol lors de symptômes sévères de sevrage (Kampmann et al, 2001)
- ▶ **Prévention de rechute** : NAC 2400 mg/j
- ▶ **Sévérité de l'addiction**
 - ▶ Combinaison topiramate – sels amphétamines libération prolongée
- ▶ **Comorbidité addictive**
 - ▶ Alcool : topiramate ou disulfiram/naltrexone
 - ▶ Opioides : topiramate ou galantamine

Combiner les approches thérapeutiques



- ▶ Traitements médicamenteux et thérapies comportementales
- ▶ Distinguer 2 étapes thérapeutiques
 - ▶ Initiation de l'abstinence (agent pharmacologique + entretiens motivationnels)
 - ▶ Maintien de l'abstinence (agent pharmacologique + TCC)
- ▶ Nécessité d'un programme structuré (12 mois)



Merci pour votre attention
laurent.karila@aphp.fr
Twitter : @laurentKarila