

J'peux en avoir encore un peu? Particularités péri-opératoires chez les patients avec addictions

Franziska Saissi-Hassani

Les troubles de la dépendance sont courants. En Suisse, environ 5% de la population remplit les critères de dépendance à l'alcool et 20% de consommation dite à risque (1). La probabilité d'être confronté à des troubles de la dépendance tout en travaillant en anesthésie ou en soins intensifs est élevée. Les complications liées aux troubles de la toxicomanie peuvent mettre la vie en danger (délire p. ex.).

Selon la substance, les états d'intoxication aiguë et les tableaux cliniques de l'usage chronique diffèrent (par exemple, développement d'une dépendance physique, comorbidité, maladies secondaires). Cependant, certains aspects clés des troubles addictifs sont indépendants de la substance. Ce sont eux qui nous permettent de classer les patients comme «dépendants» et qui rendent souvent les relations difficiles avec les personnes atteintes de dépendance. Dans la routine clinique quotidienne d'un hôpital, il manque souvent de ressources nécessaires pour pouvoir accepter «joyeusement» le traitement des dépendants comme un défi professionnel (connaissances spécifiques, conseils professionnels et routine en interaction avec ces patients, temps et communication interdisciplinaire suffisante) et ce groupe de patients est donc souvent ressenti comme pénible.

De petites modifications de sa propre attitude envers les maladies de la dépendance et les patients atteints peuvent conduire à des interactions nettement plus détendues. Le but de cet article est de contribuer au développement d'un «état d'esprit» plus fonctionnel.

Maladies réelles

Les facteurs génétiques jouent un rôle important dans le développement des troubles de la dépendance. Entre autres choses, ils provoquent des structures de récepteurs modifiées qui entraînent des changements structurels et fonctionnels dans certains systèmes de neurotransmetteurs. Les changements dans le système mésocorticolimbique, c'est-à-dire le système central pour le développement et la régulation de la récompense et de la motivation, sont les mieux connus. Les interactions entre les structures vulnérables et les effets des substances conduisent à des symptômes typiques des troubles de la dépendance tels que le besoin impérieux (craving), le développement de la tolérance, la mémoire addictive (2, 3, 4, 5) et des comportements caractéristiques. Les troubles de la dépendance sont donc de véritables maladies et pas seulement un manque de volonté de se comporter différemment. En effet, la prise en compte de ces connaissances est une condition préalable essentielle pour réussir à traiter les patients dépendants. Si nous ne comprenons pas que des comportements tels que le mensonge, le manque de fiabilité et

la priorisation apparemment irrationnelle des actions sont principalement causés par ces fonctions cérébrales et processus d'apprentissage modifiés et que les offres de traitement bien intentionnées ne sont pas sabotées de manière malveillante contre le praticien, alors nous aurons continuellement, dans notre travail avec des patients dépendants, des échecs et des expériences de blessures qui, à moyen terme, nous dégoûtent de traiter ces patients et laissent nos actions être déterminées par des préjugés et des mécanismes d'autoprotection. Beaucoup de personnes touchées sont souvent mal à l'aise avec leur propre comportement, elles ont honte de mentir, de ne pas respecter leurs rendez-vous ou de consommer des substances. Cela peut à son tour influencer le succès du traitement, car cela a un effet sur la volonté de partager des données anamnestiques ou de fournir des informations sur sa propre condition (par exemple en ce qui concerne la douleur). La création d'une relation praticien-patient dans laquelle il y a de la place pour la communication d'un «acte répréhensible» est donc essentielle.

Prémédication, salle de réveil, soins intensifs

Un élément essentiel du traitement des troubles de la toxicomanie - quelle qu'en soit la substance - est la «réduction des dommages». On parle ici d'actions fondées sur une attitude qui permet d'atténuer ou de prévenir les atteintes consécutives à un comportement problématique. Ceci avec l'acceptation du fait qu'à ce moment-là, rien ne peut être changé dans le comportement problématique lui-même (6).

Un trouble de dépendance doit être repéré lors de la visite pré anesthésique afin d'éviter et de prévenir les conséquences dangereuses de ne pas le reconnaître - telles que la survenue d'un délire de sevrage péri opératoire ou d'un syndrome de sevrage par administration d'antagonistes des opioïdes ou des benzodiazépines, par exemple. Cela ne veut pas dire que l'on va influencer l'évolution du trouble de la dépendance par des conseils bien intentionnés.

Les objectifs des soins péri opératoires liés au trouble de dépendance des patients toxicomanes devraient être: 1. Stabilisation de la dépendance physique, par ex. en établissant un traitement de substitution ou un arrêt préalable, 2. Minimisation du stress pré-, per- et postopératoire, et 3. assurer une analgésie suffisante (7).

Poser des questions aussi précisément que possible

Afin de pouvoir traiter avec compétence les troubles de la toxicomanie, il faut d'abord établir qu'ils sont présents. Dans le domaine de l'anesthésie et de la médecine de soins intensifs, cette recherche est souvent oubliée lors des visites pré-anesthésiques. Il existe de nombreux outils de dépistage qui peuvent aider - pour l'alcool, par ex. les tests CAGE ou AUDIT (voir Fig.

1). Mais ils ne remplacent pas à eux seuls une atmosphère dans laquelle l'usage de substances peut être discuté les yeux dans les yeux. Une attitude véritablement intéressée aide.

Posez des questions sur la consommation de substances psychotropes le plus précisément possible: «Buvez-vous régulièrement de l'alcool?», «Prenez-vous des somnifères ou des anxiolytiques?», «Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool?», «Comment consommez-vous la substance X?» Et pas: «Prenez vous des drogues?»

S'il apparaît en préopératoire qu'il existe une consommation problématique de substances, cela doit être discuté avec le patient et la manière dont elle doit être traitée doit être planifiée avec lui. Ici, le patient peut être impliqué et son expertise pour sa propre maladie peut être utilisée. Renseignez-vous sur les traitements de sevrage précédents: «Avez-vous déjà fait un sevrage alcoolique?», «Avez-vous reçu des médicaments pour vous aider dans cette démarche?», «Quel médicament vous a le



Patient avec une consommation intraveineuse (IVDA)

mieux aidé?», «De quelle quantité de médicament X avez-vous habituellement besoin au cours des premiers jours de sevrage?», «Quel médicament de substitution connaissez-vous déjà?»

Phénomène de tolérance

Il est également important de comprendre le phénomène de la tolérance. La consommation régulière de certaines substances conduit à une réduction des effets alors que de plus en plus de substance est nécessaire pour obtenir l'effet souhaité. En particulier chez les patients qui consomment régulièrement de l'alcool ou des benzodiazépines, on observe souvent ce que l'on appelle la tolérance croisée, c'est-à-dire une tolérance pour l'autre substance qui n'est en fait pas du tout consommée. La perte de tolérance joue un rôle majeur, en particulier dans les addictions aux opioïdes. Si, par ex. lors d'un séjour en unité de soins intensifs, les patients perdent leur tolérance aux opioïdes, résultant, par exemple, d'une substitution antérieure, cela peut entraîner des surdoses mortelles après leur sortie, lorsque les patients reprennent la dose «normale» d'opioïde. Il faut particulièrement y faire attention lors de la planification des liaisons.

Pour la planification péri-opératoire, cela signifie que les médicaments préexistants

qui semblent absurdes peuvent bien être vraies (par exemple, midazolam 15 mg 10 comprimés / jour ou Zolpidem 10 mg 40 comprimés / jour, Kétalgine 20 mg 20 comprimés / jour), cependant elle doit être confirmée par le médecin prescripteur.

Si un changement de médicament est nécessaire en péri-opératoire, par ex. parce qu'un médicament per os ne peut temporairement pas être poursuivi en postopératoire, cela doit également être planifié soigneusement à l'avance. La poursuite de la médication à long terme des substances associées à une dépendance physique est essentielle pour se conformer aux principes précités. Si l'alcool peut facilement être remplacé par voie parentérale par des benzodiazépines, le maintien de la substitution aux opioïdes semble souvent plus difficile. Un passage à la méthadone est en fait toujours possible, sauf en cas de contre-indications absolues.

L'ajout de buprénorphine, un agoniste partiel des opioïdes (par exemple Temgesic), à une médication aux opioïdes à long terme existante (par exemple avec de la méthadone) doit être évité, de même que l'administration d'antagonistes tels que la naloxone. Cela peut conduire à l'induction d'un syndrome de sevrage, qui est extrêmement inconfortable pour le patient et peut ruiner toutes les relations patient-

soignant en quelques minutes. Il en va de même pour l'administration de flumazénil pour les médications de benzodiazépines à long terme.

Besoin accru d'analgésiques

Les soignants doivent être conscients qu'un médicament de substitution (comme les benzodiazépines en tant que substitut à l'alcool) n'a aucun effet analgésique propre (opioïdes) ou sédatif supplémentaire (benzodiazépines). Si les patients se plaignent de douleurs ou de difficultés à s'endormir, le médicament de base existant ne peut pas être invoqué mais des mesures supplémentaires doivent être prises. Le besoin parfois significativement accru d'analgésiques chez les patients toxicomanes doit être pris en compte (30 à 100% au-dessus de la dose habituelle) (8). Cependant, afin de ne pas entrer dans une spirale de développement de la tolérance et de ne pas devoir prescrire des doses toujours plus élevées, il est conseillé d'utiliser des préparations d'autres classes de substances (non opioïdes, co-analgésiques, psychotropes en utilisation Off-Label) ou des mesures locales (par ex. par cathéter régional).

Une attitude fondamentalement restrictive vis-à-vis de l'administration de substances à potentiel addictif chez les patients toxicomanes dans l'anamnèse personnelle, peut conduire à une insuffisance analgésique et doit donc toujours être examinée d'un œil critique. Une telle situation ne devrait pas être ressentie par les patients dépendants pas plus que par les patients non dépendants.

Des dynamiques défavorables au sein d'une maladie de dépendance peuvent être réduites si on évite l'utilisation de médicaments à action rapide et brève, car ceux-ci entraînent un risque accru de développer une dépendance. Ce qui est considéré comme «facilement contrôlable» en médecine «fonctionne» chez le patient. Les médicaments présentant un tel profil d'effet ne doivent être utilisés que si aucune alternative n'est disponible: le midazolam en tant que somnifère est donc obsolète.

Prophylaxie du délire

L'hyperalgésie induite par les opioïdes (OIH) est un autre phénomène important.

C	Cut down: «Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool?»	Oui/non
A	Annoyed: «Annoyed, Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool?»	Oui/non
G	Guilty: «Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?»	Oui/non
E	Eye Opener: «Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?»	Oui/non
<p>Si vous avez répondu «Oui» à une de ces questions, vous êtes à risque d'avoir des conséquences négatives liées à la consommation d'alcool.</p> <p>Si vous avez répondu «Oui» à au moins 2 questions, il est fort probable que votre consommation d'alcool soit excessive et problématique.</p>		

Fig. 1: Le test CAGE

Il s'agit d'une transmission vertébrale intensifiée de l'excitation due à l'activation du système NMDA liée aux opioïdes et à la synthèse de neuropeptides pronociceptifs. Les stimuli douloureux consécutifs sont perçus comme plus douloureux après la prise d'opioïdes et le seuil de douleur est abaissé (9, 11). Ceci se présente non seulement chez les toxicomanes, mais aussi chez des patients n'ayant jamais été traités aux opioïdes et est particulièrement prononcé après l'administration de rémifentanyl (10). C'est pourquoi d'autres substances doivent être privilégiées.

Lorsque des patients dépendants aux opioïdes se plaignent avec insistance d'une douleur persistante, il faut penser à l'OIH. Ici, des alternatives (par exemple la kétamine et les alpha-2-agonistes) devraient être recherchées au lieu d'envisager simplement d'augmenter les opioïdes? Ou de les refuser.

La prophylaxie du délire est aujourd'hui d'une grande importance, car elle a été reconnue comme un facteur majeur de mortalité et de coûts de santé lors des hospitalisations (12).

Les facteurs qui conduisent au délire sont divers et ne peuvent pas toujours être éliminés. Le délire de sevrage peut cependant être anticipé et évité si le travail infirmier et médical est effectué minutieusement. Nous devons nous efforcer d'y parvenir en considérant activement la présence d'un trouble de dépendance, en en tenant compte si nécessaire et en le traitant de manière appropriée. En outre, comme pour toutes les autres maladies, il faut penser à la mise en œuvre cohérente de toutes les mesures non pharmacologiques telles que le maintien du rythme circadien, l'aide à l'orientation temporelle, la compensation des déficiences auditives et visuelles, etc. Si un délire survient malgré tout, il faut, bien entendu, le traiter avec les agents pharmacologiques et non pharmacologiques disponibles, mais en tenant particulièrement compte de l'étiologie et du traitement approprié.

Fondamentalement, lorsqu'il s'agit de benzodiazépines et d'opioïdes en période péri-opératoire (et pas seulement à ce moment là!), ce qui suit devrait s'appliquer: «Le travail n'est pas fini avant que le médicament ne disparaisse». Le patient

ne doit pas être libéré avant que les substances ajoutées n'aient été à nouveau diminuées ou du moins que la responsabilité pour le médicament résiduel n'ait été formellement clarifiée (contacter le médecin de famille ou le médecin spécialisé en addictions).

Capital veineux et cathéters

Le prélèvement sanguin et l'accès veineux sont inévitables en péri opératoire, mais constituent un problème connu chez les patients consommant des substances par voie intraveineuse (IVDA) (Fig.2). Mais pas uniquement parce que quasiment aucune veine ne peut être trouvée; les existantes sont cicatrisées, éclatent, ou sont trop petites pour les perfusions. Mais également parce que de nombreux patients avec IVDA sont réticents à révéler leurs meilleures veines et limitent ainsi considérablement notre choix. Les patients qui ont arrêté de consommer ont souvent une phobie des aiguilles, qui n'est pas imaginaire mais réelle.

Essayez de voir ce point focal du traitement comme un défi particulier. Si vous parvenez à rendre la ponction atraumatique pour le patient, il vous en sera, dans la plupart des cas, reconnaissant pendant longtemps et vous fera confiance.

Entendez les inquiétudes du patient et prenez-les au sérieux, mais ne soyez pas intimidé. Prenez votre temps et interrogez les patients sur leur bonnes veines. Déterminez à l'avance combien de fois vous piquerez avant de demander l'aide d'un collègue. Certains patients proposent de se piquer eux-mêmes. Même si ce n'est pas la méthode de choix, elle peut bien être envisagée. Il est utile de déclarer le tout comme un projet commun et de discuter des différentes options sur un pied d'égalité. Ce qu'il faut éviter, ce sont les reproches. La frustration du côté du patient peut souvent être compensée par des excuses pour une ponction ratée. Avec le temps et beaucoup de pratique, les ponctions peuvent réussir même dans les conditions veineuses les plus difficiles - et parfois un accès central est tout simplement nécessaire car vraiment rien ne fonctionne en périphérie.

Le mauvais usage de l'accès veineux par les patients est toujours un sujet de dis-

cussion. La cause est généralement la peur des soignants de surdoses ou d'infections en cas d'abus; cela doit être intégré dans l'indication. Cela vaut la peine d'en discuter avec le patient pour lui signaler les dangers. Les intentions éducatives sont plus utiles que les menaces ou les tentatives de contrôle. Ne pas effectuer le traitement nécessaire en raison d'une dépendance n'est pas une option (par exemple, une antibiothérapie pour l'endocardite).

La vie dans un environnement ressenti comme peu fiable et difficile à contrôler conduit souvent au besoin d'autonomie parfois angoissant des patients atteints de troubles de la dépendance. Il fait partie de la maladie que nous traitons avec un respect scrupuleux du principe d'autonomie du patient; La prise en charge de la responsabilité de son propre processus de guérison est importante- et pas seulement lorsqu'il s'agit de cathéters centraux (13).

Littérature sous:

www.siga-fsia.ch/mitglieder/anaesthesie-journal/archiv

Contact:

Dr. med. Franziska Saissi-Hassani, spécialiste en médecine interne et générale ainsi qu'en addictions
Cheffe de clinique au centre des dépendances, Hôpital Psychiatrique Universitaire de Zürich
Selnaustrasse 9, 8001 Zürich
franziska.saissi@puk.zh.ch