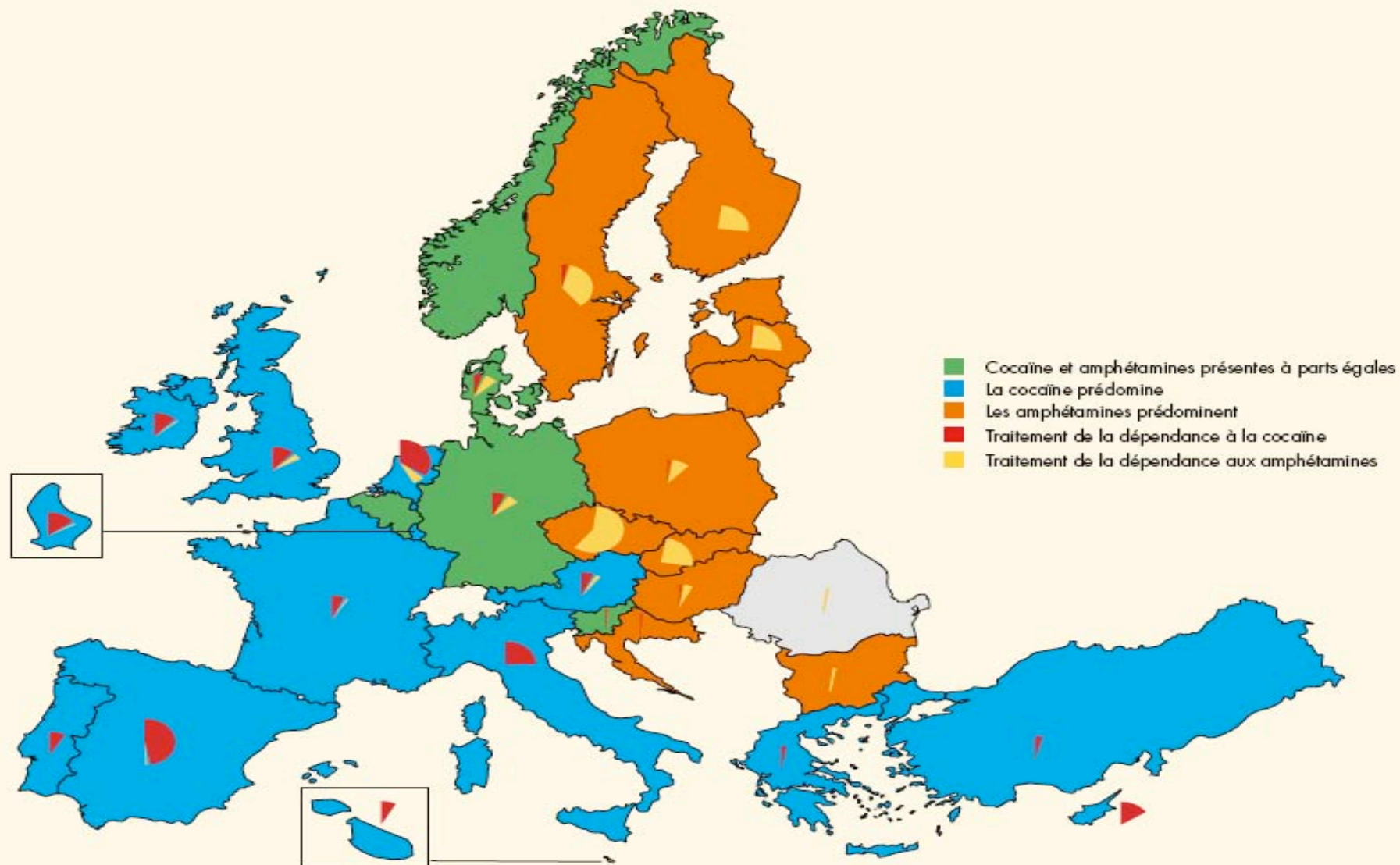




Marchés des stimulants en Europe: prévalence relative de la cocaïne ou des amphétamines dans les saisies et enquêtes auprès de la population et proportion des toxicomanes en traitement indiquant que ces substances sont leurs drogues primaires



# Population hétérogène

- Discontinuité
- Spécificités cliniques de l'addiction à la cocaïne
- **TYPOLOGIE** (Wu et al, 2009 ; Karila et al, 2009)
  - Non dépendants
  - Usage compulsif
  - Usage compulsif avec phénomène de tolérance (Fishman et al, 1985), (Ambre et al, 1988) (Evans et al, 1996)
  - Dépendants
- **Co-consommations / Co-addictions** (Lacoste et Charles Nicolas, 2009)

# Profil du consommateur

- Homme (ratio H/F : 5/1)
- Age moyen : 31 ans
- Age de début de la consommation : entre 15 et 24 ans
- Voie intranasale (55%)  
> fumée (33%) >  
injection
- « Sniffeurs » plus insérés socialement que les fumeurs
- Homme (ratio H/F : 9/1)
- Age moyen : 36 ans
- Age moyen de début de la consommation : 26 ans
- Voie fumée +++
- 33% SDF

**Données Centre Référence  
Cocaine 2008**

**NEMO 2007**

**Euphorie liée à la cocaïne**  
**Renforcement positif**

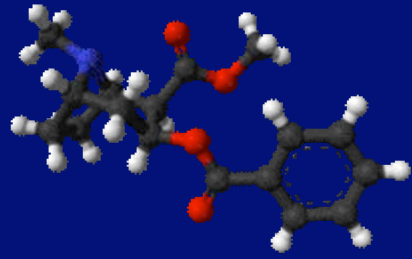
Administration de cocaïne  
Comportement de recherche de  
drogues  
Risques multiples

Dysrégulation hedonique  
Sevrage / Réduction du plaisir  
Dysrégulation dopaminergique,  
serotoninergique et glutamatergique  
Augmentation de la neurotransmission  
GABA

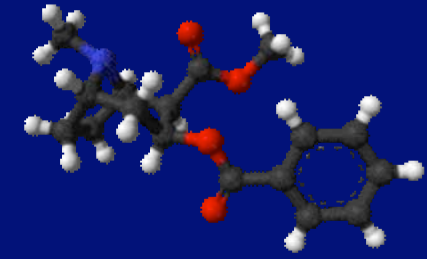
Perte de contrôle  
Deni / déficit de prise de  
décision  
Hypofrontalité / diminution  
D2  
Réduction densité matière  
grise

**Craving cocaïne**  
**Renforcement négatif**

**Facteurs environnementaux**  
Émotions - Paraphernalia



# Intoxication et Sevrage



## Effets psychoactifs

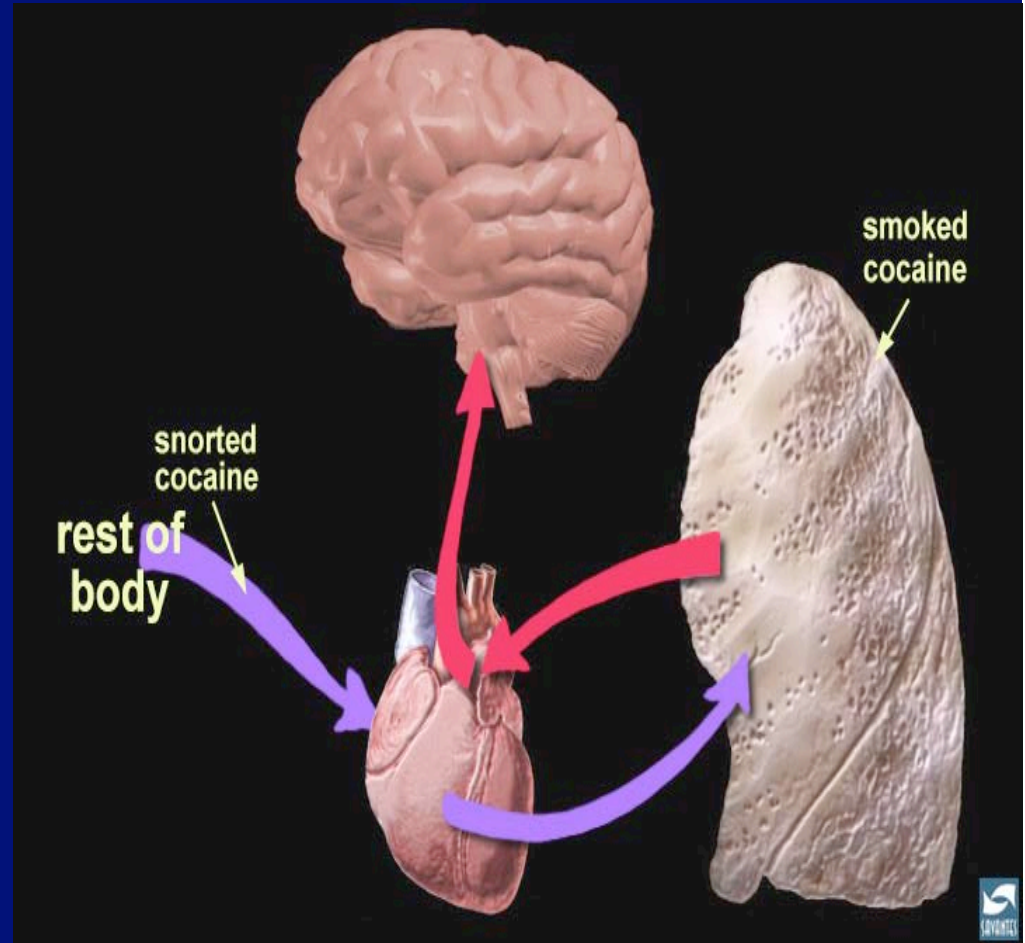
- Euphorie (brève)
- Hypervigilance
- Augmentation de l'énergie
- Idées de grandeur
- Augmentation de l'estime de soi
- Tachypsychie
- Excitation sexuelle
- Besoin réduit de sommeil, insomnie
- Anorexie
- Tachycardie

## Syndrome de sevrage

- Tristesse
- Baisse de la vigilance
- Anergie - Fatigue
- Anhédonie
- Ralentissement psychomoteur
- Hypersomnie
- Altérations cognitives
- Appétit augmenté
- **Envie d'euphorie cocaïnique importante**
- **Signes physiques aspécifiques** (Koob et Le Moal, 2006 ; Hoffman, 2006) **Dackis, 2005**

# Complications somatiques

- Cardiovasculaires
- Neurologiques
- Infectieuses
- Respiratoires
- **ORL**
- Dermatologiques
- Gynécologiques et obstétricales
- Ophtalmologiques
- Rénales



Lowenstein, 2009

Tableau 1. Les complications les plus fréquentes

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

# Evaluation clinique

- Histoire du patient
- Environnement
- Histoire de la consommation
- Consommations associées
- Stratégies déjà mises en place

Age de début des consommations  
Fréquence, voie, quantités, dépenses  
Autres consommations  
Situations à risque

Conduites à risque viral  
Conduites à risque sexuel  
Symptômes psychiatriques

Examen Physique complet:  
cardiovasculaire, respiratoire,  
ORL, cutané...

Examens complémentaires

Groupe de travail HAS, 2009

# Evaluation au cours de la prise en charge

- 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 3 semaines - Abstinence à 3 mois
- Evaluation neuropsychologique (Turner et al, 2009)
- Compliance thérapeutique (Zule et al, 2003)
- Sentiment d'efficacité personnelle (Dollan et al, 2008)

# CRAVING Cocaïne

## Différents outils d'évaluation

- Aucun en langue française
- Brief Substance Craving Scale (16 items)
- EVA adaptée
- **Cocaine Craving Questionnaire** (45 items – 10 items) (Tiffany et al, 1993) (Karila et al, 2009 en cours)
- **Obsessive Compulsive Cocaine Craving Scale** (14 items) (adapté de Anton 1995)

# Elements de la prise en charge

- Alliance thérapeutique (Barber et al, 2001)
- Corrélation entre durée et importance de l'exposition au traitement et réduction de la consommation régulière de cocaïne
- Format individuel / groupe (Carroll, 2005)
- Approche combinant agents pharmacologiques et psychothérapie (Karila et al, 2008)

# Cibles thérapeutiques

- Euphorie
- Manifestations aiguës du sevrage
- Craving
- Intoxication aiguë
- Abstinence

# Combiner les approches thérapeutiques

- Traitements médicamenteux et thérapies comportementales (Prévention de rechute, thérapie motivationnelle, Management des contingences)
- Distinguer 2 étapes thérapeutiques
  - Sevrage
  - Maintien de l'abstinence
- Nécessité d'un programme structuré

# Agents pharmacologiques

- **N Acetyl Cystéine** : tendance à la réduction du syndrome de sevrage ; réduction du craving (Larowe et al, 2007)
- **Modafinil** : réduction de l'euphorie (Malcolm et al, 2006)(Dackis et al, 2005) ; réduction du craving (Dackis et al, 2005)(Hart et al, 2007) (Anderson et al, 2009) ; maintien de l'abstinence (Dackis et al, 2005) (Anderson et al, 2009)
- **Topiramate** : réduction du craving (Reis et al, 2008), maintien d'abstinence (Kampmann et al, 2004)
- **Disulfirame** : réduction de la consommation, du craving, de la dysphorie, maintien abstinence (Pour revue, Karila et Reynaud, 2009)

# Agents pharmacologiques

- **Neuroleptiques de première et seconde génération** : aucune indication à les prescrire (Amato et al, 2007) – essais avec l'aripiprazole (clinicaltrials.gov)
- **Anticonvulsivants** : Aucun n'a montré une efficacité supérieure au placebo - Nombre limité d'essais...et de patients (Minozzi et al, 2008) (Alvarez et al,2009)
- **Approche substitutive** : réduction de la consommation avec methylphenidate LP (Levin et al, 2007), avec d-amphétamine (Grabowski et al., 2001, 2004a;Shearer et al., 2003)
- **Immunothérapie** : réduction de l'euphorie, abstinence (Martell et al, 2005)

# Différentes approches

- Entretiens motivationnels
- Thérapie cognitive et comportementale
- Psychothérapies inspiration analytique
- Approche psychoéducative type « analyse et conseils sur les drogues »
- Gestion des contingences
- Renforcement communautaire

# Plateformes pour les pharmacothérapies

- Rôle dans la compliance thérapeutique
- Stimuler l'abstinence
- Renforcer l'action des médicaments

**Carroll, Kosten et Rounsaville, 2004**