

Cas cliniques

Lisa Blecha

Praticien Hospitalier - CERTA

Monsieur C.

Monsieur C., âgé de 25 ans se présente en consultation pour avoir des conseils par rapport à ses consommations en cannabis.

M.C. a fumé ses 1^è joints dès l'âge de 14 ans avec ses amis. A 15 ans, il fumait seul le soir pour s'endormir et le matin avant d'aller en cours. A 16 ans, il a arrêté l'école sans obtenir de diplôme, lui qui était plutôt bon en techno et les sciences.

Ses consommations ont augmenté pendant toute cette période, sans pour autant obtenir plus d'effets.

Il vit actuellement chez ses parents et il dit que « c'est chaud » en ce moment. Il a trouvé un petit boulot comme livreur en scooter, mais un accident avec un contrôle positif en cannabis a mis fin à son emploi.

Il essaie régulièrement d'arrêter de fumer le cannabis, mais c'est trop dur et au bout de 8 jours il reprend.

Quels critères du DSM-5 relevez-vous chez ce patient? Quelle est la sévérité des troubles? Que proposez-vous comme prise en charge?



Le DSM 5

Troubles légers

2 ou 3 critères positifs
sur 11

Troubles modérés

4 ou 5 critères positifs sur 11

Troubles sévères

≥ 6 critères positifs sur 11

Critères:

- Obligations professionnelles ou personnelles manquées
- Usage dans les situations dangereuses
- Problèmes interpersonnels
- Tolérance
- Sevrage
- Quantités + importantes
- Sevrage échoue
- Temps perdu
- Activités abandonnées
- Problèmes physiques ou psychologiques
- Craving
- Judiciaires

Monsieur C.

Après quelques mois de travail motivationnel, le patient se décide de se faire hospitaliser pour sevrage.

Le sevrage se passe difficilement. Il se déambule constamment; un rien l'énerve; il cauchemarde toute la nuit, se réveillant avec le lit complètement trempé et il a perdu l'appétit. Rien ne lui fait plaisir

Le patient se pose la question si c'est normal. Que lui répondez-vous?



Syndrome de sevrage au cannabis

- Signes fréquents
 - Colère ou agressivité
 - Anorexie ou perte de poids
 - Irritabilité
 - Angoisse ou nervosité
 - Déambulation
 - Insomnies et rêves étranges
- Signes moins fréquents
 - Frissons
 - Thymie dépressive
 - Douleurs abdominales
 - Tremblements
 - Sueurs

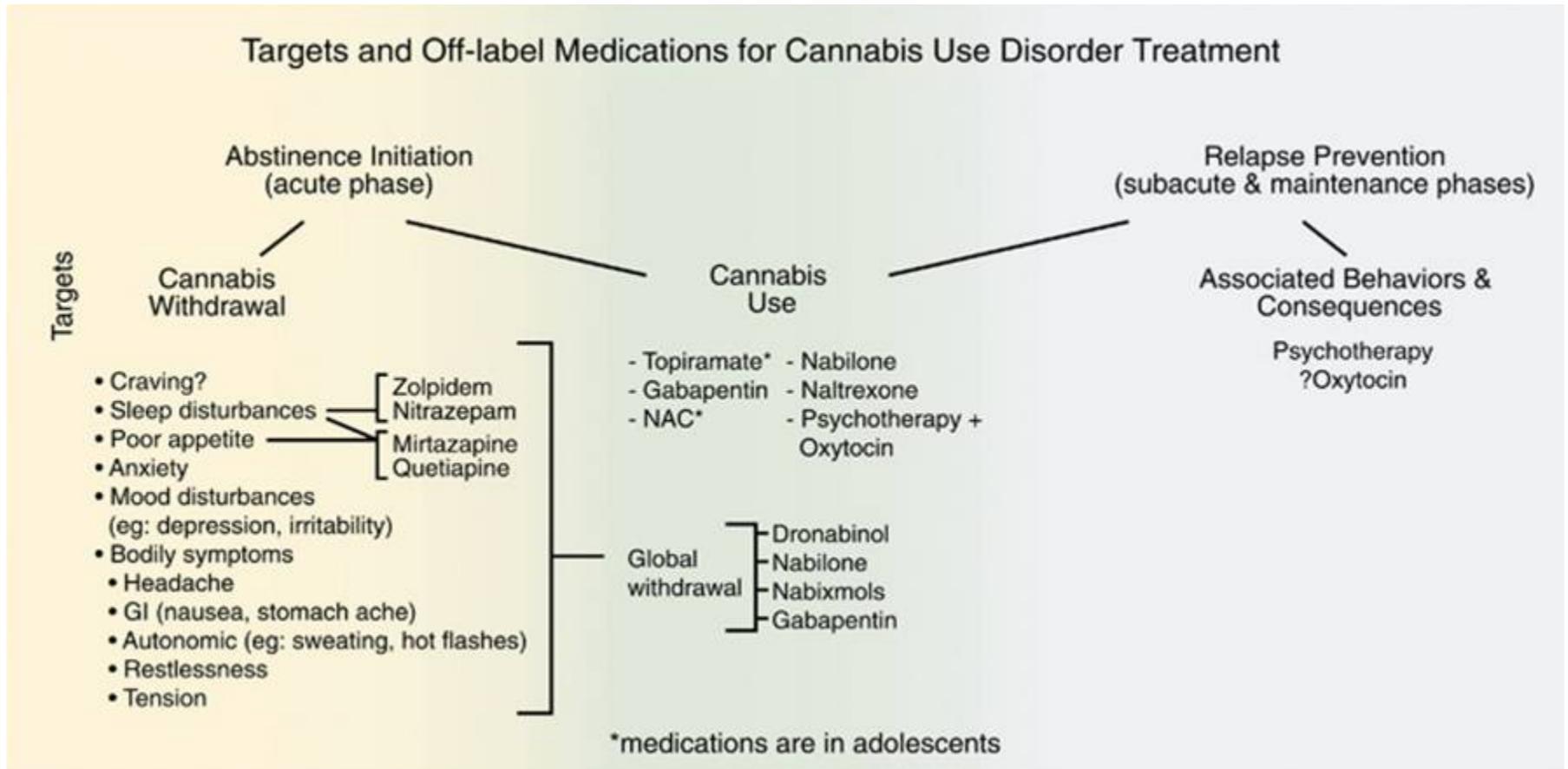
Début à 24H, maximal entre 2 et 4 jours, décru à 7 jours

Quels traitements lui
proposez-vous?

Traitements

- Traitement symptomatique
 - Anxiolytique:
 - la prescription des benzodiazépines doit être faite avec parcimonie
 - Autres possibilités: hydroxyzine, cyamémazine
 - Analgésiques non-morphiniques
 - Réassurance

Et les pharmacothérapies?



Brezing (2018) Neuropsychopharmacology

Aucune de ces molécules n'ont l'AMM dans le traitement des troubles liés à l'usage du cannabis

Quelle prise en charge au court et au long terme?

Prise en charge

- Court terme: poursuivre le sevrage, entretien motivationnel, traitement symptomatique
- Long terme: réinsertion socio-professionnel, TCC, thérapie individuelle et familiale

Monsieur C.

Le patient revient en consultation 12 mois plus tard. Il déclare avoir bien tenu pendant 9 mois. Il avait même trouvé une petite copine, mais ils ont rompu.

Le patient a rencontré un de ses anciens dealers qui lui a proposé du cannabis (du très bon, bien dosé) pour lui faire oublier tout ça.

Il a fini la soirée aux urgences car il a « pété un câble » avec des hallucinations (il entendait des pensées des gens dans la rue) et il pensait que tout le monde lui voulait du mal. A passé deux semaines en psychiatrie et il ne veut plus y aller là-bas.

Il est sous traitement antipsychotique et il veut savoir s'il va être schizo pour le reste de sa vie.

Que lui dites-vous?

Messages clés

- Le pronostique d'un premier épisode de psychose sous cannabis est conditionné par l'abstinence au long cours.
- La reprise du cannabis augmente ses chances de refaire un épisode

Monsieur R., 45 ans

Le patient s'est présenté en consultation pour prise en charge de troubles liés à l'usage de la cocaïne.

Le patient travaille dans la formation du personnel commercial d'une grande entreprise

Il est père d'un garçon âgé de 7 ans

Il est séparé de la mère de son fils. Ils n'ont peu de contacts hors les échanges concernant leur fils.

Il est l'aîné d'une fratrie de deux enfants.

Son frère cadet est bien inséré socialement, sans troubles particulier

Ses parents sont à la retraite.

Son père avait des troubles liés à l'alcool; il est aujourd'hui abstinent

Monsieur R., 45 ans

Le patient a découvert la cocaïne en soirée.

Il trouvait ça « pas mal ». Il aimait le côté stimulant. Il se sentait plus à l'aise pour aborder les gens en soirée. Il a même rencontré une jeune femme qu'il a revu ensuite.

Lors de la préparation d'une formation, Monsieur M. s'est senti fatigué, dans la difficulté de se poser et de se concentrer. Il a décidé de prendre à nouveau de la cocaïne pour s'aider.

Par la suite, régulièrement, il prenait la cocaïne tout au long des formations.

Aujourd'hui, ça commence à lui coûter trop cher.

Sa nouvelle compagne trouve qu'il en prend trop.

Même ses parents lui fait des remarques par rapport à ses humeurs changeantes.

Quels critères du DSM-5
relevez-vous chez ce patient?

Quelle est la sévérité des
troubles?



Les critères positives du DSM-5

- Augmentation progressive des quantités de cocaïne
- Difficultés interpersonnelles avec son entourage
- On peut argumenter pour une tolérance aux effets

Les bénéfices secondaires

- La cocaïne dans le cas de Monsieur R est associée aux bénéfices secondaires, valorisant aux travail:
 - Régulation de l'humeur
 - Dynamisant, stimulant
 - Meilleure capacités de concentration

Que proposez-vous comme
prise en charge à coute et
à moyen terme?

Prise en charge

- Court terme: réduction des consommations (TCC) puis sevrage, entretien motivationnel, traitement symptomatique
- Long terme: réinsertion socio-professionnel, TCC, thérapie individuelle et familiale

Pharmacothérapie dans les troubles liés à l'usage de cocaïne

- Approche « substitutif » (**HORS AMM**)
 - Méthylphénidate
 - Dexaméthamphétamine
- Traitement des « dual diagnoses »
- Traitement symptomatique