



Mésusage des benzodiazépines

GESTION DE LA DÉPENDANCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Les benzodiazépines : rappel

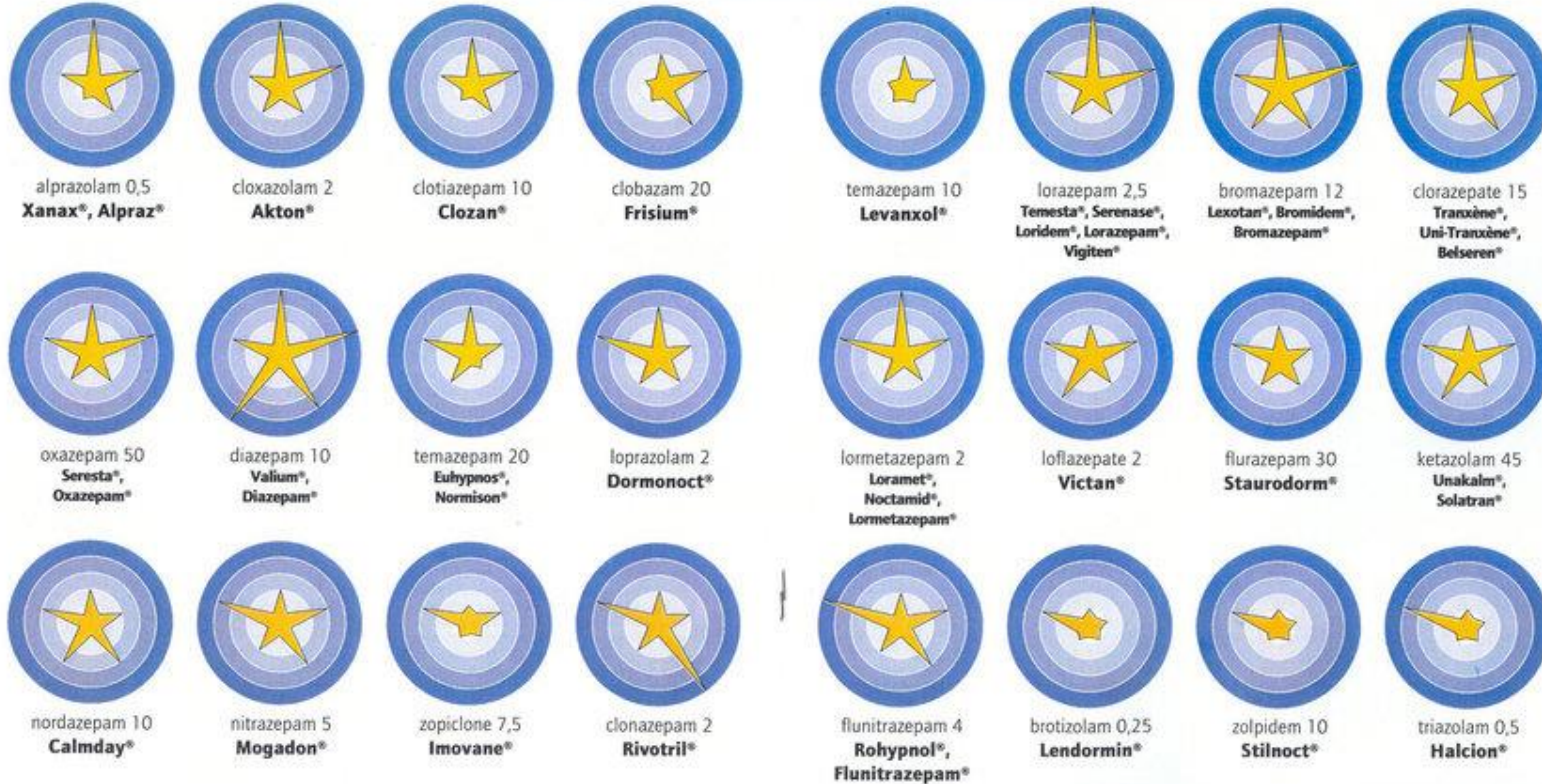
- ▶ Utilité : thérapies brèves
 - ▶ Sevrage alcoolique : schéma dégressif rapide (prévention épilepsie)
 - ▶ Anxiété : gestion de la crise et relais pour traitement par SSRI
 - ▶ Insomnie : 7 jours max et en dernier recours
- ▶ Pas d'indication à long terme en médecine générale
 - ▶ Effets indésirables : Amnésie, AVP, chutes, ...
 - ▶ Accoutumance hypnotique, sédatrice et anxiolytique
 - ▶ Dépendance physique et psychique : désocialisation, isolement
- ▶ Sur-prescription : un problème de santé publique
- ▶ Recommandation : dégressivité des doses et abstinence
 - ▶ Intervention minimale : lettre d'information



Les benzodiazépines et leurs étoiles



prazepam 20
Lysanxia®



Les différentes benzodiazépines

- Diazepam (Valium)
- Bromazepam (Lexotan)
- Clonazepam (Rivotril)
- Prazepam (Lysanxia)
- Alprazolam (Xanax)
- Lorazepam (Temesta)
- **Flunitrazepam : molécule particulièrement addictive à éviter**
- ...

Tableau équivalence des BZD

Benzodiazépines	Demi-vie (en h) ¹ [Métabolite actif]	But commercial ²	Équivalence approximative Doses orales en (mg) ³
Alprazolam (Xanax)	6-12	a	0.5
Bromazépam (Lexotan, Lexomil)	10-20	a	5-6
Chlordiazépoxyde (Librium, Librax)	5-30 [36-200]	a	25
Clobazam (Frisium, Urbanyl)	12-60	a,e	20
Clonazépam (Klonopin, Rivotril)	18-50	a,e	0.5
Clorazépate (Tranxène)	[36-200]	a	15
Diazépam (Valium, Novazam)	20-100 [36-200]	a	10
Estazolam (ProSom, Nuctalon)	10-24	h	1-2
Flunitrazépam (Rohypnol)	18-26 [36-200]	h	1
Flurazépam (Dalmane, Somnal)	[40-250]	h	15-30
Halazépam (Paxipam)	[30-100]	a	20
Kétazolam (Anxon, Loftran)	30-100 [36-200]	a	15-30
Loprazolam (Dormonoc, Havlane)	6-12	h	1-2
Lorazépam (Ativan, Témesta)	10-20	a	1
Lormétazépam (Noctamid, Noctamide)	10-12	h	1-2
Médazépam (Nobrium)	36-200	a	10
Nitrazépam (Mogadon)	15-38	h	10
Nordazépam (Nordaz, Calmday)	36-200	a	10
Oxazépam (Serax, Serenid, Serepax, Séresta)	4-15	a	20
Prazépam (Centrax, Lysanxia)	[36-200]	a	10-20
Quazépam (Doral)	25-100	h	20
Témazépam (Restoril, Normison, Euhypnos)	8-22	h	20

- ▶ Nécessité d'uniformisation
- ▶ Pour calculer en équivalent diazépam (10 mg)
- ▶ Il existe également un outil en ligne:

<https://clincalc.com/Benzodiazepine/>

Tableau cité de : © Copyright 1999-2012, Professor C H Ashton, Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, NE4 5PL, England, UK.
Consulté en ligne sur <https://www.benzo.org.uk/>, dernière consultation le 10/04/2020.

Le sevrage

- ▶ Risque léthal : après déjà 1 mois de traitement !
- ▶ Si longues durées : schéma dégressif sur 10 semaines au moins
- ▶ Symptômes (apparition dans les 1 à 10 jours en fonction de la durée d'action de la molécule utilisée)
 - ▶ Céphalées, palpitations, sudations
 - ▶ Douleurs musculaires, tremblements
 - ▶ Paresthésies, acouphènes
 - ▶ Vertiges, fatigue, confusion
 - ▶ Hallucinations visuelles et auditives
 - ▶ Épilepsie grand mal
 - ▶ Dépression, anxiété, irritabilité, pertes de mémoires, agitation
 - ▶ Dépersonnalisation, sentiments d'irréalité, distorsion de l'image de soi

Dé-prescription et abstinence : La seule solution ?

- ▶ Taux de réussite : entre 25 et 80 %
 - ▶ Grande variabilité selon les profils des usagers
- ▶ Facteurs de réussite :
 - ▶ Bas dosage (= ou < 10 mg équivalent diazepam / jour)
 - ▶ Pas d'échec de sevrage dans le passé
 - ▶ Pas d'historique de shopping médical
 - ▶ Stabilité sociale et satisfaction dans sa vie personnelle
 - ▶ Pas d'usage concomitant d'autres stupéfiants
 - ▶ Pas de trouble psychiatrique sous-jacent

Un traitement de maintenance : Pourquoi ?

- ▶ Dépendance sévère (SDS) et abstinence non-envisageable
- ▶ Créer du lien
 - ▶ Comprendre son parcours, identifier les causes sous-jacentes
- ▶ Accompagner dans d'autres démarches (sociales)
- ▶ Traitement des co-morbidités psychiatriques ET somatiques
- ▶ Eviter les dangers du marché noir : achat sans prescription de produits en rue avec risques inhérents
- ▶ Diminution de la criminalité

Le traitement de maintenance :

En pratique

- ▶ Toujours réaliser un test urinaire en début de traitement et en cas de doute lors d'une visite ultérieure. Cela dans le but de ne pas approvisionner des non-consommateurs vendant sur le marché noir.
- ▶ Passage vers une molécule à longue durée d'action (Diazepam)
 - ▶ Si nécessaire changement d'une prise à la fois
- ▶ Contact direct avec sa pharmacie et spécifier celle-ci sur l'ordonnance
 - ▶ Le patient garde le choix de la pharmacie mais il est important de maintenir le contact avec un lieu privilégié pour suivre le traitement et obtenir une information claire sur les quantités délivrées.
- ▶ Informations claires au patient concernant le cadre : comment allons nous procéder ensemble si le traitement est instable ?
 - ▶ Délivrance fractionnée : Mensuelle – Bi-mensuelle – hebdomadaire – quotidienne ?
- ▶ Ordonnance sécurisée
- ▶ Recherche de la stabilité et du lien
 - ▶ Capacité de négociation, cadre stable mais ouvert

Qui traiter, qui référer ?

- ▶ Connaitre ses limites et réévaluation constante de la situation
- ▶ Facteurs d'échec de prise en charge en médecine générale :
 - ▶ Dépendance très sévère
 - ▶ Psychose
 - ▶ Polytoxicomanie
 - ▶ Grande précarité et pauvreté
- ▶ Intérêt de la pluridisciplinarité et de la thérapie institutionnelle
 - ▶ En équipe : capacité à gérer des situations plus complexes
- ▶ Connaissance du réseau
 - ▶ <https://feditobxl.be/fr/membres/>

Take-home messages

- ▶ Eviter l'induction en médecine générale
- ▶ Déconstruire le paradigme de l'abstinence
- ▶ Connaître les symptômes et risques du sevrage
- ▶ Oser le traitement de maintenance
- ▶ Préférer les BZD longues durées d'action, jamais de flunitrazepam
- ▶ Prescription sécurisée
- ▶ Créer du lien et travailler sur le contexte
- ▶ Connaître ses limites
- ▶ Utiliser le réseau de soin

Cas clinique 1

- ▶ Un Jeune homme de 19 ans se présente au cabinet. Il est accompagné par un proche et parle peu le français. Il explique arriver d'Allemagne et être dépendant à l'héroïne. Il vient avec un sac de médicaments mais dit ne plus vouloir rien prendre sauf du Subutex. Il explique que tout ça c'est derrière lui et compte rapidement arrêter le Subutex aussi.
- ▶ La semaine d'après il revient et annonce que le médicament prescrit n'est pas le bon. Il veut absolument Subutex et pas Suboxone. En plus il aimerait débuter un anti-dépresseur, il le prenait en Allemagne et cela lui faisait du bien. Il insiste sur l'existence d'un médicament allemand très efficace et critique vivement mon manque de connaissance.
- ▶ Le lendemain, il revient en larme et m'explique qu'il lui faut absolument du Rivotril et du Lyrica. Il m'explique en consommer de manière régulière, il voulait le cacher pour ne pas se faire exclure par sa famille mais achète en rue depuis son arrivée en Belgique.

Cas clinique 2

- ▶ Je reçois un patient assez nerveux. Il n'a pas pris rendez-vous et demande à être vu en urgence. D'emblée il me dit que j'ai l'air un peu jeune pour être médecin « est-ce que vous savez ce que vous faites au moins ? ».
- ▶ Il m'explique être sorti de prison il y a 4 jours, il prenait un traitement de 70 mg de méthadone et demande à ce que je renouvelle celui-ci pour un mois. Il me dit être en manque et ne pas avoir le temps de discuter.
- ▶ Dans son dossier il n'est pas venu depuis 2 ans, je ne le connais pas et son traitement montrait de la méthadone 20 mg/j à l'époque. Je propose donc de lui prescrire 30 mg s'il réalise un test d'urine et qu'on se revoit dans 3 jours pour augmenter la dose.
- ▶ « Si vous ne me croyez pas, vous n'avez qu'à appeler la prison, au moins là-bas le médecin sait prescrire »
- ▶ Refus de ma part et sortie en injure
- ▶ Bilan ?

Sources

- ▶ Liebrez M, Schneider M, Buadze A, Gehring MT, Dube A, Caflisch C. Attitudes towards a maintenance (-agonist) treatment approach in high-dose benzodiazepine-dependent patients: a qualitative study. *Harm Reduct J*. 2016 Jan 8;13:1. doi: 10.1186/s12954-015-0090-x.
- ▶ Brett, J., & Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian prescriber*, 38(5), 152–155. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.055>
- ▶ *Manuel d'aide aux médecins généralistes*, Campagne fédérale pour l'usage rationnel des benzodiazépines 2005, Avis d'experts belges
- ▶ Cuevas, C. D. L., Sanz, E. J., Fuente, J. A. D. L., Padilla, J., & Berenguer, J. C. (2000). *The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study*. *Addiction*, 95(2), 245–250. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.95224511.x