

Anesthésie et analgésie chez le toxicomane



**XXVII^e journée d'anesthésie
réanimation de Picardie
AMIENS – 16 juin 2010**



Michel Chandon
Service d'anesthésie
Hôpital Foch - SURESNES



Substances psychoactives et toxicomanie

- Dépendance

- psychique = addiction des anglo-saxons

- besoin irréprouvable de consommer une substance en connaissance de ses dangers et de ses effets adverses
 - dépend du système de récompense médié par la dopamine, action des substances à différents niveaux

- physique

- apparition de manifestations cliniques désagréables et / ou dangereuses lors de l'arrêt de la prise de la substance responsable de l'addiction = **syndrome de sevrage, état de manque**
 - héroïne, alcool, tabac entraînent une dépendance physique importante mais aussi les barbituriques, les benzodiazépines

- Tolérance (accoutumance)

- nécessité d'augmenter les doses de substance consommée pour obtenir un même effet
 - certaines substances psychoactives n'entraînent pas ou peu de tolérance (cannabis, cocaïne et excitants)
 - mécanismes enzymatiques, pas spécifique aux substances psychoactives

Les drogues et leur dangerosité

	Héroïne opiacés	Cocaïne	MDMA	Psycho- stimu- lants	Alcool	BZD	Canna- bis	Tabac
Dépendance physique	Très forte	Faible	Très faible	Faible	Très forte	Moyen- ne	Faible	Forte
Dépendance psychique	Très forte	Forte, intermit- tente	?	Moyen- ne	Très forte	Forte	Faible (dis- cuté)	Très forte
Neurotoxicité	Faible	Forte	Très forte	Forte	Forte	0	0	0
Toxicité générale	Forte	Forte	Forte, éventu- ellement	Forte	Forte	Très faible	Très faible	Très forte
Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	Faible (?)	Faible (excep- tions)	Forte	Faible	Faible	Cancer

« Drogues » et anesthésie

- Situation moins aiguë qu'il y a quinze ans, mais
 - la prise en charge, en particulier des héroïnomanes, reste difficile
 - cocaïne, ecstasy, « nouvelles » substances ?
- Références médicales
 - anesthésie + toxicomanie
 - très peu de références francophones
 - USA = cocaïne, crack +++
 - drogues de synthèse (ecstasy, hallucinogènes...)
 - accidents aigus périopératoires
 - très peu de références sur l'héroïne, sur l'analgésie
 - journaux infirmiers surtout
 - épidémiologie toxicomanie France ≠ USA

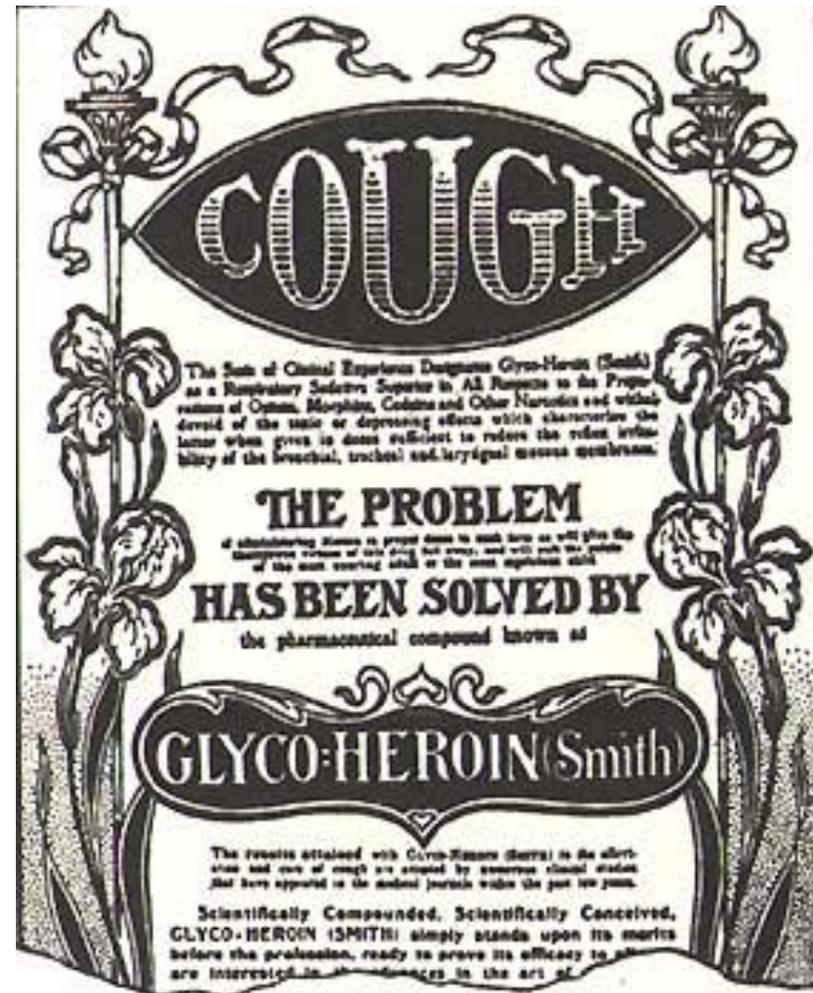
Sources

- Pas de données factuelles (études contrôlées)
- Littérature
 - revues générales, avis d'experts
 - Wood PR et al. Anesthesia and substance abuse. *Anaesthesia* 1989;44:672-80
 - Mitra S et al. Perioperative management of acute pain in the opioid dependent patient. *Anesthesiology* 2004;101:212-27
 - Mehta V et al. Acute pain management for opioid dependant patient. *Anaesthesia* 2006;61:269-76
 - Alford DP et al. Acute pain mangement for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. *Annals of Internal Medicine* 2006;144:127:34
 - cas cliniques
- Référentiels

Recommandations Formalisées d'Experts Sfar 2009 : Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux
http://www.sfar.org/_docs/articles/150-rfe_ttsdm09.pdf

Drogues illicites

les opiacés
les autres



COUGH

The Sale of Official Expectorant Duggan's Glyco-Heroin (Smith) as a Respiratory Sedative Superior to All Remedies in the Preparation of Opium, Morphine, Codeine and Other Narcotics and without dread of the stasis or depressing effects which characterize the latter when given in doses sufficient to reduce the reflex irritability of the bronchial, tracheal and laryngeal mucous membranes.

THE PROBLEM
of abolishing cough is proved done to such here as will give the maximum relief of this drug but every one will not get the benefit of the same starting with it or the most expensive one.

HAS BEEN SOLVED BY
the pharmaceutical compound known as

GLYCO-HEROIN (Smith)

The results obtained with Glyco-Heroin (Smith) in the alleviation and cure of cough are attested by numerous clinical studies that have appeared in the medical journals within the past few years.

Scientifically Compounded, Scientifically Conceived, GLYCO-HEROIN (SMITH) simply stands upon its merits before the profession, ready to prove its efficacy to those who are interested in the advances in the art of

Opiacés

- Opiacés = héroïne

- principal produit illicite entraînant une forte dépendance
 - la consommation a diminué, mais encore 150 000 à 180 000 usagers « à problème » [OFDT 2005]
 - réaugmentation depuis 2000, modification du profil de consommation (sniff)
- conséquences sanitaires majeures : surdoses, infections (virales surtout)
- efficacité de la politique de réduction des risques (vente libre des seringues 1989, substitution bas seuil au Subutex® 1996)
 - diminution des surdoses : 1993 564 décès en dont 505 dus à H,
2006 38 décès dus à H (réaugmentation)
 - diminution des contaminations virales
prévalence VIH chez les injecteurs 19 % en 1999, 7,3 % en 2006
mais prévalence VHC reste stable autour de 60 %

- Polyusage presque constant chez l'héroïnomane dépendant

- alcool, BZD, barbituriques > cocaïne, crack, amphétamines
- produits de substitution légale ou non légale (Subutex® +++)

Conséquences de l'exposition morphinique au long cours

- Tolérance

- Augmentation nécessaire progressive des doses d'opioïdes pour obtenir une analgésie équivalente
 - = déplacement vers la droite de la courbe dose-effet
 - phénomène constant expérimentalement
 - concerne également les effets secondaires
 - tolérance chronique / tolérance aiguë

- Sevrage morphinique

- manifestations de type sympathique et parasympathique
 - exacerbées chez le toxicomane > patient traité au long cours
 - HTA, tachycardie, mydriase, anxiété, insomnie, tremblements, sueurs, hypersecrétion nasale
- et surtout : **douleurs spontanées, hyperalgie, allodynie**

Tolérance et sevrage aux opiacés

- Sevrage

- déséquilibre entre effets antinociceptifs (courte durée) et effets pronociceptifs (longue durée) des opioïdes (adaptation hétérologue [Simonnet G. *Anesthesiology* 2000:465-72])
- libération de glutamate
- hyperactivité noyaux gris centraux noradrénergiques : *locus caeruleus LC*, SGPA, noyau du raphé, moelle, riches en récepteurs μ et *kappa*
- => hyperactivité sympathique, hyperalgésie = syndrome de sevrage dès 4 à 6 h pour l'héroïne, 24 à 36 h pour substitution

- Effets de substances associées

- antagonistes des récepteurs NMDA
 - la kétamine inhibe l'hyperactivité des neurones induite par le glutamate libéré dans le *LC* en cas de sevrage morphinique chez le rat
 - elle est efficace en clinique pour diminuer les phénomènes de tolérance et prévenir le sevrage
- agonistes α_2 adrénergiques : action inhibitrice postsynaptique

Douleur postopératoire chez le douloureux chronique

- Douleurs postopératoires
 - plus importantes et prolongées
 - consommation d'opioïdes augmentée
- [Rapp S *Pain* 1995, De Leon Casasola 0 *Anesth Analg* 1993]

PATIENTS UTILIZING PCA

n = 149 pairs; mean (SD); median [IQ] proportion (%)

Variables	CPOC ^a	Controls	Difference	95% CI	P-value
VRS ^b at rest	5 [3]	3 [3]	2.5	(2.0, 3.0)	0.0001
VRS ^b with stimulation	8 [2]	7 [3]	2.0	(1.5, 2.5)	0.0001
Days on service	4 [4]	3 [2]	1.0	(0.5, 1.5)	0.001
Dose ^c (mg MS in 24°C)	135.8 (68.5)	46.8 (32.5)	89.5	(79.1, 99.9)	0.0001
Pruritis	46/148 (31.1%)	65/148 (43.9%)	-12.8%	(-23.4, -2.2)	0.03
Pruritis requiring medication	17/149 (11.4%)	20/149 (13.4%)	-2.0%	(-9.0, 5.2)	0.72
Nausea/vomiting (NV)	40/148 (27.0%)	59/148 (39.9%)	-12.8%	(-23.3, 2.3)	0.03
N/V requiring medication	25/149 (16.8%)	38/149 (25.5%)	-8.7%	(-17.4, 0.1)	0.07
Urinary retention	5/ 75 (6.7%)	9/ 75 (12.0%)	-5.3%	(-15.1, 4.5)	0.42
Anxiolysis	24/137 (17.5%)	1/137 (0.7%)	16.8%	(10.2, 23.4)	0.001
Sedation ^d	74/147 (50.3%)	28/147 (19.0%)	31.3%	(20.7, 41.9)	0.0001

^a Chronic pain and opioid consuming patients.

^b Verbal rating scale where 0 = no pain and 10 = worst pain.

^c Milligrams of morphine equivalents.

^d Moderate or severe.

Substitution et seuils

- Substitution = remplacer l'héroïne par un produit qui
 - évitera le manque physique et psychique
 - sans avoir les inconvénients de l'héroïne
 - pas de flash, prises espacées (monoprise quotidienne ou moins)
 - absorbé PO, sublingual, transdermique => pas de recours à l'injection => diminution des risques sanitaires (overdose, infectieux)
- Seuils = exigence et buts
 - Haut seuil
 - outil de soin, réhabilitation individuelle, but = abstinence
 - centres habilités, délivrance \pm prise contrôlée, examens d'urines
 - Bas seuil
 - outil sanitaire, gestion du manque, but = réduction des risques
 - tout médecin, délivrance 7 à 28 j, pas de contrôles

Prévention du sevrage par la substitution

- **Méthadone** = réduction des risques « haut seuil »
 - agoniste pur; pas d'effet plafond; antagonisable; additivité avec anesthésie, en fait peu de conséquences
 - dispositif « lourd » : prescription et délivrance en centre agréé, surveillance toxicologique
 - peu d'accidents de surdosage
- **Buprénorphine (Subutex®)** = RR « bas seuil »
 - agoniste-antagoniste, **voie sublinguale** (biodisponibilité 15 à 30 %) récepteurs μ ; effet plafond ; mal antagonisable => antagonisme avec les agonistes purs (en fait peu avec sufentanil, alfentanil)
 - théoriquement pas de dépression respiratoire
en fait surdoses mortelles décrites = injection IV (58 % des usagers de BHD détournée 2005), BZD associées [Tracqui Presse Méd 98]
 - devenu un produit d'addiction « comme les autres » 2 à 5 € / 8 mg
28 % des usagers de Subutex détournent en 2005, injection +++

Substitution /autosubstitution

Produit	Dose quotidienne	Cadre d'utilisation	N usagers <small>2007 fourchette hte</small>
Méthadone	40 à 80 mg / j 1 prise / j	AMM pour substitution Centre agréé	24000 « haut seuil »
Buprénorphine Subutex®	0,8 à 16 mg / j 1 prise / j	AMM pour substitution Tout médecin	96000 « bas seuil » + autosubst. + détournée
Morphine sulf. Skénan®...	60 à 120 mg / j 2 ou 3 prises	Pas d'AMM	détournée, augmentation
Codéine Néocodion®...	cp 15 mg 30 à 60 cp / j	Pas d'AMM Automédic. tolérée	> 12 M boites / an 96 6 M en 2002

Impératifs de la prise en charge

- Tout comme
 - chez le patient douloureux chronique traité par morphiniques
- Il faut éviter tout sevrage en période périopératoire
- La dose quotidienne habituelle de morphinique
 - doit être considérée comme un **besoin de base**, et donc
 - poursuivie telle quelle
 - ou substituée par un autre opioïde et / ou une autre voie en fonction des circonstances (tube digestif fonctionnel ou non)

Principes de la prise en charge

- Assurer
 - la **prévention du sevrage** (composantes somatique et psychique)
 - le **traitement de la douleur** (et sa composante hyperalgésique)
 - préopératoire si urgence
 - postopératoire toujours
- Pour éviter les **difficultés « habituelles**
 - agressivité, troubles du comportement
 - recherche compulsive de toxiques et de médicaments
 - vols, fugues, approvisionnement par visiteurs...

Nécessité d'un *contrat de soins*

Éléments du contrat de soins

- Etablir les objectifs de l'hospitalisation
 - presque jamais le moment d'un sevrage
 - accepter de ne pas tout prendre en charge
- L'équipe s'engage (tous les intervenants)
 - à prévenir l'état de manque
 - à traiter la douleur
 - à traiter l'anxiété
 - à informer le patient (choix thérapeutiques, délais...)

Avec de la morphine ou d'autres morphiniques
--
- Le patient s'engage (et ses proches)
 - à la franchise lors de l'interrogatoire et des soins
 - à accepter un certain inconfort lors des phases d'adaptation
 - à ne pas recourir à des substances non prescrites
 - à ne pas entrer dans une logique de chantage

Selon le statut du patient par rapport à l'héroïne

- Stratégie de substitution + analgésie postopératoire ± préopératoire (urgence)
 - héroïnomane actif en état d'imprégnation
 - héroïnomane actif en phase de sevrage
 - héroïnomane substitué
 - méthadone
 - BHD
 - héroïnomane sevré
- Cas particulier de l'obstétrique

Héroïnomane en phase aiguë d'intoxication

- Conduite à tenir
 - intervention immédiate si urgence
 - surdose : intubation et ventilation mécanique

- Pas de naloxone



Héroïnomane en phase de sevrage

- Prévention du manque + traitement de la douleur par chlorhydrate de morphine
 - on pourrait prévoir une ration quotidienne de morphine =
 - ration quotidienne de base « substitution » par conversion doM = 2 x doH
 - + ration « analgésie »
 - administrée en IM ou SC / 4 h ou en IV SE
 - mais la pureté de l'héroïne est très variable 10-25 % = sur ou sous-dosage
 - mieux = titration de morphine, incréments 5 à 8 mg au départ sous surveillance stricte
 - = dose pour 4 h IM, SC, IVSE + paracétamol, néfopam, AINS
 - surveillance et réévaluation à 1 h et toutes les 4 h
 - du niveau de douleur, de symptomatologie de manque
 - du niveau de sédation
- Associer BZD à 1/2 vie longue
 - si co-dépendance ou anxiété importante

Héroïnomanie substitué [1]

- Vérifier la prescription de la substitution
 - centre méthadone
 - médecin traitant pour BHD
 - faire la part du détournement de produit (BHD surtout)
- Vérifier co-dépendances
 - cocaïne, alcool, BZD
 - message substitution + BZD = DANGER, surtout si injection
- Traiter la douleur aiguë avec le produit de substitution ? NON
 - pharmacocinétique et pharmacodynamie inadaptées
 - la substitution entraîne par elle-même une tolérance et une hyperalgésie
 - méthadone [Doverty *Pain* 2001;93:155, Compton *Pain Symptom Manage* 2000;20:237]
 - BHD [Compton *Drug Alcohol Depend* 2001;63:139]

Héroïnomane substitué [2]

- Méthadone
 - la donner le matin en chirurgie réglée
 - en urgence : traiter la douleur par la morphine aux doses habituelles + antalgiques périphériques
 - si voie orale inutilisable : morphine SC ou IM (10 mg morphine parentérale = 10 mg méthadone PO) en 6 injections
 - + ration analgésie
- Subutex®
 - efficacité antalgique imprévisible à forte dose (effet plafond)
 - poursuivre si EVA prévue < 4, ALR prévue, voie SL utilisable
 - prévoir relais par morphine si EVA prévue > 4
 - en urgence l'AG utilise **morphiniques de forte affinité** (alfentanil, sufentanil)
- Co-dépendances
 - BZD possibles mais courte durée
 - éviter flunitrazépam et clorazépate (utilisés sur le marché de la toxicomanie, effet « défonce »)

Héroïnomane sevré

- Risque = réinduction de dépendance [May Anesth. Analg 2001]
 - privilégier ALR +++ dès la période préopératoire si possible
 - analgésiques non morphiniques, clonidine
 - BZD utiles (aide équipe psychiatrie de liaison)
 - si douleur importante, utiliser la morphine aux doses habituelles
 - analgésie planifiée et réévaluée
 - risque avec morphiniques de forte affinité (sufentanil, alfentanil)
 - les injecter après l'induction
 - en aucun cas après le réveil

Grossesse / toxicomanie aux opiacés

- Consommation d'héroïne et sevrage dangereux
 - diagnostic tardif de grossesse
 - aménorrhée due à l'héroïne
 - dissimulation de la grossesse à cause de la toxicomanie
 - morbidité +++ : avortements spontanés, prématurité, RCIU
 - la substitution améliore le pronostic obstétrical [Ward Lancet 1999]
 - mais problèmes non résolus
 - MTD ou BHD ? En gros pas de différences [Lejeune enquête OFDT 2003]
 - autres substances dangereuses (alcool, cocaïne)
 - sevrage du NN, allaitement...
 - 1000 à 2000 grossesses / an sous Subutex®, 160 à 320 sous méthadone
- CAT pour accouchement / césarienne
 - poursuite substitution, relais morphine si césarienne (parentérale ou intrathécale)
 - analgésie péridurale souhaitable
 - équipe spécialisée en toxicomanie tout au long de la grossesse

Quelle anesthésie ?

- ALR souhaitable
 - permet de dissocier analgésie / prévention de l'état de manque
 - techniques avec cathéter => poursuite de l'analgésie
 - apporter en peropératoire morphiniques et BZD en QS pour prévention du sevrage
- AG souvent « raisonnable » ou nécessaire
 - « raisonnable » = acte bref peu douloureux et / ou patient non compliant
 - nécessaire = chirurgie abdominale, thoracique
 - morphiniques de forte affinité (alfentanil, sufentanil) surtout si le patient a reçu du Subutex®
 - AG en urgence chez le toxicomane actif = estomac plein quelle que soit l'heure du dernier repas
 - administration de kétamine logique (0,15 à 0,4 mg/kg)
 - anticiper l'analgésie postopératoire en fin d'intervention, en VS après décurarisation [Mitra] : antalgiques palier I + bolus morphine de 0,05 mg/kg pour obtenir FR ≤ 20/min

Réveil et période postopératoire

- Après ALR
 - poursuite analgésie LR avec AL + clonidine ± analgésiques palier I
 - poursuite substitution prévue (Subutex[®], méthadone, morphine)
- Après AG
 - paracétamol ± néfopam ± AINS
 - morphine titration (incréments de 5 à 8 mg), puis SC, IM ou IV
 - PCA : non chez le toxicomane actif
chez le toxicomane substitué (bolus + perfusion continue) ??
 - BZD si dépendance ou si anxiété
 - kétamine probablement utile, surtout si analgésie insuffisante
 - $\alpha 2$ agonistes probablement utiles, surtout si manifestations sympathiques
- Dans tous les cas
 - surveillance clinique et instrumentale
 - réévaluation toutes les 4 h au début (efficacité - tolérance)

Analgésie insuffisante

- Antagonistes NMDA : **kétamine**
 - IV : [Haller, Anesthesiology 2002] : titration de 10 à 2,5 en 1 h puis 2,5 $\mu\text{g}/\text{kg}\cdot\text{min}$ pendant 4 j
 - effets secondaires non constants : dissociation psychique, somnolence, hallucinations - tt : BZD, neuroleptiques
- $\alpha 2$ -agoniste = clonidine
 - combinée aux AL : 75-150 μg => durée du bloc ou APD
Rachi : 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$
 - en PM ou postop pour \searrow la tolérance morphinique (PO, SC)
 - effets secondaires : hypoTA, bradycardie, sédation
- Rotation = PCA sufentanil
 - bolus 2 à 5 μg , PR 4 à 6 min \pm débit de base calculé par équivalence 2 à 4 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$
[De Leon Casasola ASRA 2006]

A plus long terme

- Diminution de la douleur postopératoire
 - arrêt de l'analgésie locorégionale
 - ou diminution des apports de morphine jusqu'à revenir à la ration « de base »
- Reprise ou institution de substitution
 - équipe spécialisée +++
 - diminution et arrêt des BZD
 - le plus souvent Subutex®
 - à distance de la dernière prise d'agoniste : 8 à 12 h
 - augmentation progressive sur deux prises pendant 3 j, puis monoprise

Drogues illicites

opioïdes
les autres

La cocaïne



Cocaïne et crack

- Formes disponibles - Epidémiologie
 - nombres d'usagers France 200 000 ??
> 1 million d'expérimentateurs
 - cocaïne chlorhydrate **sniffée**, rarement IV ou fumée
 - mode « traditionnel » des usagers insérés, peu de recours aux soins
 - **crack** = cocaïne base fumée, rarement IV
 - dépendance très rapide et très forte - marginalisation +++
 - peu consommé en métropole, beaucoup aux Antilles et en Guyane
- Modes de consommation
 - consommateurs occasionnels
 - majorité ? sur 30 M expérimentateurs aux USA, 20 % consommateurs réguliers, 5 % de dépendants (NIDA 1998)
 - abuseurs et dépendants
 - « binge » surtout : périodes brèves de consommation massive
 - polyconsommation : speedball, descente de cocaïne / crack
 - une consommation non quotidienne de C peut donc être à risque

Complications de la cocaïne

- Syndrome d'hyperstimulation sympathique
 - HTA paroxystique, accidents coronariens, AVC, dissection aortique, troubles de l'excitabilité, FV et arrêt cardiaque
- Complications neurologiques
 - convulsions, état de mal, coma
 - AVC ischémique ou hémorragique
- Complications respiratoires
 - dyspnée *sine materia* lors de l'hyperstimulation sympathique
 - crack lung immunoallergique
- Autres complications
 - ORL (nécrose cloison nasale)
 - hyperthermie / rhabdomyolyse
 - grossesse : avortements, HTA gravidique, *jittery baby*

Cocaïne et anesthésie

- Nombreux cas d'interaction décrits
 - le plus souvent imprévus
 - prise de cocaïne non spontanément avouée
 - prise de cocaïne **non recherchée**
 - **pas de signes d'imprégnation** évidents
 - y penser devant **tout accident de type « hyper »** sous AG ou ALR
 - HTA sévère, troubles de l'excitabilité, ischémie myocardique? arrêt circulatoire, convulsions, AVC
 - après élimination des autres causes : anesthésie insuffisante, phéochromocytome, hyperthermie maligne
- Facteurs favorisants
 - **catécholamines et vasopresseurs**
 - endogènes : anesthésie insuffisante, kétamine
 - exogènes : tout apport exogène, y compris AL adrénalinés,
 - éphédrine « inactive », utiliser les α - β - (esmolol, labétalol) plutôt que les β - purs (propranolol) qui ont une activité sympathomimétique intrinsèque
 - halothane (troubles de l'excitabilité)
 - étomidate, enflurane (seuil convulsivant abaissé)
- Sevrage cocaïne d'une semaine souhaitable (RFE Sfar)

Stimulants - Hallucinogènes

- **Stimulants** = dérivés de l'éphédrine (designer drugs)
 - ecstasy ou « Adam » (MDMA), « Eve » MDEA, méthamphétamine « Crystal », « Ice », « Yaa baa »... méphédronne 4 méthcathinone
 - risques
 - hyperthermie parfois mortelle
 - syndrome d'hyperstimulation sympathique \approx cocaïne
 - hépatite fulminante
 - troubles psychiques chroniques = lésions cérébrales irréversibles démontrées
 - dépendance psychique majeure, désocialisation avec méthamphétamine

Plus de 100 décès décrits dus à l'ecstasy
- **Hallucinogènes**
 - LSD, phencyclidine, kétamine
 - états psychotiques aigus, effet sympathomimétique

Conduite pratique

- Imprégnation par cocaïne, crack, amphétamines
 - risque cardiovasculaire et neurologique
 - surveillance monitorée en USI ou SSPI
 - traitement symptomatique des à-coups tensionnels et troubles de l'excitabilité (nicardipine, esmolol)
 - traitement convulsions
 - anesthésie profonde - éviter hypercathécholaminémie
 - troubles psychiques (crack)
 - Tercian[®], Nozinan[®]...

Cannabis

- Très consommé
 - 850 000 consommateurs réguliers (10 fois par mois) en France
 - toxicité aiguë très faible ; pas de syndrome de sevrage
- Il est responsable
 - d'AVP : 230 décès / an dus au cannabis seul
risque relatif x 1,8, x 14 si alcool associé [Etude SAM, 2005]
 - de consommation à problèmes chez 6 % des filles et 14 % des garçons de 17-18 ans
 - pourvoyeur / révélateur de psychose (schizophrénie) sous-jacente
- Très peu d'interactions décrites avec anesthésie
 - activation sympathique, attention au sympathomimétiques, à la kétamine, l'halothane
 - œdème de la luette 2 cas (peropératoire et aux urgences)
 - agitation au réveil
 - recommandation d'arrêt 6 à 12 h avant l'intervention (RFE Sfar)

Conclusions

- Le « paysage » de la toxicomanie est en évolution incessante
 - offre et disponibilité des substances
 - amélioration de la prise en charge
 - évolution du regard sur l'addiction, réduction des risques
 - « nouvelles » toxicomanies
 - domaines de recherche
 - substitution périopératoire par agonistes purs PO (méthadone ?)
 - prise en charge des femmes enceintes
 - prise en charge de la dépendance psychique (antagonistes D3)
- **Prise en charge périopératoire**
 - héroïne : prévention du sevrage et traitement de la douleur
 - avoir présent à l'esprit la possibilité de prise de cocaïne ou de stimulants devant un accident de type « hyper » sous anesthésie



Merci de votre attention !