

Lancement de la trousse d'animation *Bon trip – Bad trip*

Drogues, alcool et psychose : sensibiliser sans être moralisateur et informer sans culpabiliser

Par Julie Couture, agente d'information, Service des communications

Comment sensibiliser les personnes présentant un problème psychotique aux impacts de leur consommation de drogues ou d'alcool sur leur maladie et leurs médicaments ? Sensibiliser sans être moralisateur, informer sans culpabiliser : voilà le défi que se propose de relever la trousse d'animation *Bon trip – Bad trip*.

Le 25 février dernier, une soixantaine de cliniciens et d'invités étaient réunis pour souligner le lancement de la trousse d'animation *Bon trip – Bad trip* : un outil pédagogique clé en main qui regroupe tous les outils et documents nécessaires à l'animation des séances de groupe destinées aux personnes vivant une problématique de santé mentale (psychose) et de consommation de drogues ou d'alcool.

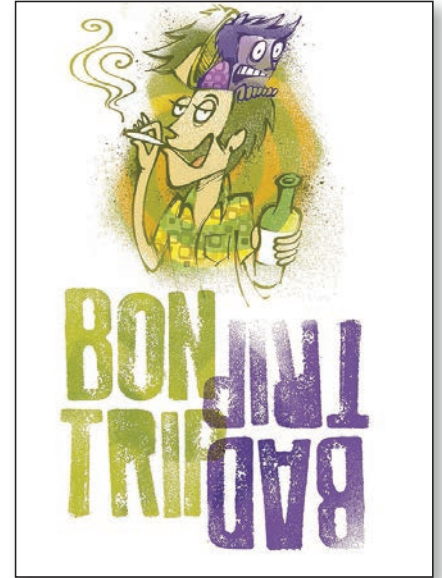
Développée grâce au travail interdisciplinaire d'ergothérapeutes, de pharmaciennes et d'une neuropsychologue de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, la trousse est destinée à un public d'intervenants en santé mentale du réseau francophone de la santé. L'outil propose une approche pédagogique participative basée sur le partage d'expériences et la prise de conscience graduelle des participants ; tout cela dans un climat respectueux et de non-confrontation. « Ce sont vraiment nos propres expériences d'animation de groupes qui nous ont permis de bâtir cette trousse. Nous avons mis en commun ce que nous avons élaboré, chacune de notre côté, et avons misé sur nos champs d'expertise spécifique afin de mettre au point un outil vraiment complet et surtout accessible pour les intervenants et les participants » notent Mélanie Caouette et Julie Charbonneau, pharmaciennes.

« Nous ne souhaitons pas porter de jugement sur les participants et sur leur consommation. Notre objectif est simplement de les accompagner dans leur réflexion et cela, peu importe le stade auquel ils sont rendus : qu'ils essaient d'arrêter de consommer, qu'ils y pensent ou qu'ils ne l'aient pas encore envisagé », expliquent Sophie Auger et Chantal Cloutier, ergothérapeutes.

Basés sur d'importantes assises scientifiques, les différents outils présentent également de l'information

factuelle sur les risques que posent la combinaison psychose et consommation : « Quand on sait que 50 % des personnes atteintes de schizophrénie éprouveront, au cours de leur vie, un problème de consommation de drogues ou d'alcool, on réalise l'importance d'informer ces personnes, de les aider à prendre conscience des effets qu'a cette habitude sur leurs symptômes, la cognition et par conséquent, leurs projets de vie », confirme Julie Pelletier, neuropsychologue.

Pour la direction de l'Institut, la réalisation de cet outil est un exemple tangible des portées que peuvent et doivent avoir le travail interdisciplinaire de ces professionnels et le partage des connaissances. « C'est clairement dans le rôle d'un Institut universitaire comme le nôtre de développer ce genre d'outil, de rendre accessible le savoir de



nos experts et d'ainsi participer à ce que les intervenants, partout au Québec, puissent bénéficier de nos innovations » conclut Denise Fortin, directrice générale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Chaque trousse comprend un guide de l'animateur, huit cahiers du participant, un guide d'animation des présentations PowerPoint, un guide d'utilisation des affiches sur le thème de la consommation, une clé USB et un sac de transport pratique. La trousse est en vente, sur le Web, au www.bontripbadtrip.ca



Mélanie Caouette et Julie Charbonneau

Le syndrome des jambes sans repos

Par Olivier Turpin, pharmacien

Introduction et description de la maladie

On reconnaît le syndrome des jambes sans repos ou le syndrome de Willis-Ekbom* par un urgent besoin de bouger les jambes associé à un état d'inconfort important, la dysesthésie. Pour recevoir ce diagnostic, les symptômes doivent être présents au repos, soulagés par le mouvement et accentués en soirée ainsi que durant la nuit. De plus, le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est habituellement accompagné de contractions musculaires aux jambes durant la nuit. Ce phénomène est connu sous le nom de *Periodic limb movement disorder* que nous traduirons par mouvement périodique des membres (MPM).¹

La présentation des symptômes et la sévérité du SJSR varient énormément d'un patient à l'autre. Le SJSR touche généralement plus les femmes que les hommes (1,5 à 2 femmes pour 1 homme) et il est plus fréquent chez la population âgée. Cliniquement, on observe chez les patients atteints du SJSR ou du MPM, l'apparition de problèmes d'initiation ou de maintien du sommeil, de la dépression et une diminution de la qualité de vie.

Il existe plusieurs échelles cliniques (RLSQ, IRLS et CH-RLSq) et tests médicaux (polysomnographie) qui permettent de mesurer l'étendue du SJSR.²

Incidence, prévalence et causes¹

La prévalence du SJSR est de l'ordre de 1,5 à 2,7 % et selon certaines références, elle pourrait atteindre 10 % de la population. Pour ce qui est du MPM, il est présent chez 80 à 90 % des patients diagnostiqués avec le SJSR.

Les causes soupçonnées du SJSR primaire sont héréditaires ou idiopathiques. Bien souvent, on voit apparaître ce syndrome «secondairement» soit à cause des conditions médicales (déficience en fer, insuffisance rénale ou grossesse) ou en lien avec la médication à savoir les antipsychotiques surtout, mais aussi les antihistaminiques ou les antidépresseurs.

Les évidences scientifiques suggèrent qu'une déficience cérébrale en fer entraîne une diminution importante des récepteurs dopaminergiques post-synaptiques, ce qui produit une perte de sensibilité de la dopamine au niveau striatal. En guise de compensation, un état «hyperdopaminergique» s'installe, mais cette compensation diminue de façon importante en début de nuit ce qui crée une baisse relative de dopamine induisant ainsi les symptômes de SJSR.



Une étude récente montre que des niveaux thalamiques élevés en glutamate augmentent l'état d'excitation neuronale, ce qui entrainerait des problèmes de sommeil liés spécifiquement au SJSR. Il s'agirait d'une voie qui pourrait expliquer pourquoi certains patients répondent mieux aux agonistes dopaminergiques, aux anticonvulsivants ou même à certains opioïdes.³

Cibles thérapeutiques

Au cours des dernières années, le traitement du SJSR a évolué. Le traitement à base d'agents dopaminergiques non dérivés de l'ergot est de moins en moins prisé, étant donné les effets secondaires qui limitent les augmentations de doses. Ces effets secondaires potentiellement importants consistent en une influence néfaste sur le contrôle des impulsions et des comportements compulsifs ainsi que de la possibilité d'exacerbation des symptômes du SJSR.

C'est pour ces raisons que la prescription de ligands *alpha2delta*, comme le gabapentin et le pregabalin, a pris de l'essor ce qui a mené notamment à l'arrivée sur le marché américain d'une forme longue action du gabapentin, soit le gabapentin enacarbil.

De la même manière, l'utilisation des opiacés dans le SJSR s'est précisée avec le temps.

Traitements en fonction du stade¹

Syndrome des jambes sans repos intermittent (SJSR-I)

Cette forme de SJSR est suffisamment importante pour requérir un traitement, mais par définition, elle est présente deux jours ou moins par semaine. On préconise d'abord l'application des mesures non pharmacologiques comme la réalisation d'un bilan martial complet, l'abstention à la caféine et le retrait de certains médicaments susceptibles de contribuer au SJSR.

Du côté pharmacologique, le traitement en fer est indiqué lorsque les réserves en fer (ferritine) sont basses. Le levodopa / carbidopa 100 mg / 25 mg est également indiqué. Cependant, la prise de ce dernier doit être intermittente et à faible dose étant donné le risque d'exacerbation du SJSR qui peut se produire jusqu'à 70 % des cas. Concrètement, la dose maximum ne devrait pas dépasser 200 mg trois fois par semaine afin de minimiser le risque d'exacerbation du SJSR.

La prescription intermittente d'opiacés de faible puissance comme la codéine et le tramadol est aussi d'une grande utilité dans le SJSR-I. Finalement, les benzodiazépines (oxazepam, clonazepam) de même que les agonistes des benzodiazépines (zolpidem, zopiclone) sont indiqués dans le SJSR-I dans le cas où le sommeil est perturbé. Pour l'instant, le peu d'études cliniques

disponibles suggère uniquement une amélioration du sommeil lié au SJSR avec les benzodiazépines et non une amélioration des symptômes propres au SJSR.

Syndrome des jambes sans repos persistant (SJSR-P)

Pour être considéré SJSR-P, les symptômes doivent être présents au moins deux fois par semaine et générer un état de souffrance important ou sévère.

Le traitement non pharmacologique et l'évaluation de réserve de fer restent le traitement de base.

Du côté pharmacologique, on peut considérer deux classes pharmacologiques différentes, les agonistes dopaminergiques non dérivés de l'ergotamine et les ligands *alpha2delta*.

Pour ce qui est des agonistes dopaminergiques (pramipexole et ropinirole), ils sont habituellement débutés à faible dose et donnés deux heures avant le début des symptômes de SJSR-P. Les doses peuvent être ajustées aux deux à trois jours et les doses requises sont habituellement faibles, soit 0,5 à 1 mg pour le pramipexole et entre 2 et 4 mg pour le ropinirole. Du côté des effets secondaires, il faut redouter l'exacerbation des symptômes du SJSR possibles dans 40 à 70 % des cas. Bien sûr, les effets secondaires habituels comme la constipation, la nausée, les attaques de sommeil et le jeu pathologique doivent être surveillés chez les patients prenant ces molécules.

Du côté des ligands *alpha2delta* (gabapentin et pregabalin), ils sont tous efficaces pour traiter le SJSR. Cliniquement, certaines propriétés rendent leur utilisation intéressante en psychiatrie, comme leurs effets bénéfiques sur le plan de l'anxiété, de l'insomnie et dans certains syndromes douloureux. Les doses requises de gabapentin et de pregabalin varient et elles peuvent atteindre la dose maximale recommandée pour chaque molécule.

Il est possible, dans le cas d'échec à un agent dopaminergique, de tenter une autre molécule de la même classe. Généralement, après deux échecs dans une même classe, on préfère changer de classe pharmacologique. Lors de changement, il sera possible de faire un chevauchement ou un arrêt du premier traitement, puis l'instauration d'un autre traitement tout dépendant de la situation clinique (patient très symptomatique, établissement d'un nouveau niveau de base des symptômes).

Syndrome des jambes sans repos réfractaire (SJSR-R)

Pour être qualifié de SJSR réfractaire, on doit observer une absence de réponse au traitement soit à cause d'une inefficacité, d'un phénomène d'exacerbation lié au traitement ou à la présence d'effets secondaires empêchant l'optimisation du traitement.

Une fois les causes liées au fer et les causes iatrogéniques (antipsychotiques, antihistaminiques, antidépresseurs, etc.) éliminées, on peut considérer des combinaisons de traitement. À ce moment, plusieurs combinaisons peuvent être essayées selon l'évolution clinique :

- Benzodiazépine avec agoniste dopaminergique ou un ligand *alpha2delta* ;
- Opioïde de faible puissance avec agoniste dopaminergique ou un ligand *alpha2delta*.

Une dernière avenue d'intérêt serait les opioïdes de haute puissance comme l'oxycodone, l'hydromorphone et la méthadone qui peuvent s'avérer très efficace pour le SJSR. Chez une clientèle qui ne représente pas un risque de développer une dépendance à ce genre de molécule, l'escalade de dose et les effets secondaires sont assez rares.

Implications cliniques

Le SJSR peut souvent passer inaperçu en entrevue avec un patient se plaignant de douleur aux jambes et de problème de sommeil. Les troubles de sommeil et les MPM sont des caractéristiques du SJSR, mais aucunement nécessaires à l'établissement du diagnostic du SJSR.

C'est de cette façon que la confusion peut s'installer et que ce trouble peut passer pour un trouble du sommeil, une dépression. C'est alors que des médicaments peuvent être introduits, ces derniers pouvant exacerber le SJSR (antipsychotiques, antihistaminiques et antidépresseurs).

D'ailleurs, la zone grise ne s'arrête pas là. À l'heure actuelle, aucune donnée n'existe sur l'incidence de ce trouble en psychiatrie où les prescriptions d'antidépresseurs, d'antihistaminiques et d'antipsychotiques affluent. La prescription d'antipsychotique dans les problèmes de sommeil est assez courante. En pratique, devrions-nous rechercher les symptômes du SJSR autant que l'akathisie chez les patients qui prennent un antipsychotique pour un trouble de sommeil ?

On voit apparaître dans la littérature des preuves indiquant que la quetiapine, l'olanzapine et la clozapine pourraient induire des SJSR. En effet, plusieurs rapports de cas décrivent l'apparition de SJSR avec la quetiapine qui est souvent prescrite à faible dose (entre 50 et 250 mg) avec les antidépresseurs pour son effet hypnotique.⁴

Conclusion

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) constitue une problématique clinique assez fréquente, peut-être même plus présente que l'incidence rapportée dans la littérature. Son dépistage doit passer par l'identification attentive des symptômes cliniques et des facteurs de risque réversibles. Ces derniers gagnent à être apprivoisés par les cliniciens œuvrant en psychiatrie, car bon nombre de changements pharmacologiques influencent directement les symptômes du SJSR. D'un point de vue thérapeutique, plusieurs traitements pharmacologiques sont disponibles et ce, dans plusieurs stades de la maladie. Néanmoins, beaucoup d'interrogations persistent, notamment sur le rôle du fer, le phénomène d'exacerbation et l'indication des anticonvulsivants. On pense déjà pouvoir obtenir une réponse à ces questions dans un futur rapproché. 📖

* Dans ce texte, l'appellation syndrome des jambes sans repos est utilisée afin d'en faciliter la lecture.

1. MBChB, M.H.S. et al., 2013. Willis-Ekbom Disease Foundation Revised Consensus Statement on the Management of Restless Legs Syndrome. *Mayo Clinic proceedings*, 88(9), pp.977–986.
2. Tiré du *BCPP examination review and recertification course* 2012-13.
3. Winkelmann, J.W., 2013. Is restless legs syndrome a sleep disorder? *Neurology*, 80(22), pp.2006–2007.
4. Rittmannsberger, H. & Werl, R., 2013. Restless legs syndrome induced by quetiapine: report of seven cases and review of the literature. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(06), pp.1427–1431.

