

COMMENT ABORDER LE SEVRAGE ALCOOL

Document intervention du Prof. Daepfen
Etats Généraux Alcool - 11.11.2010

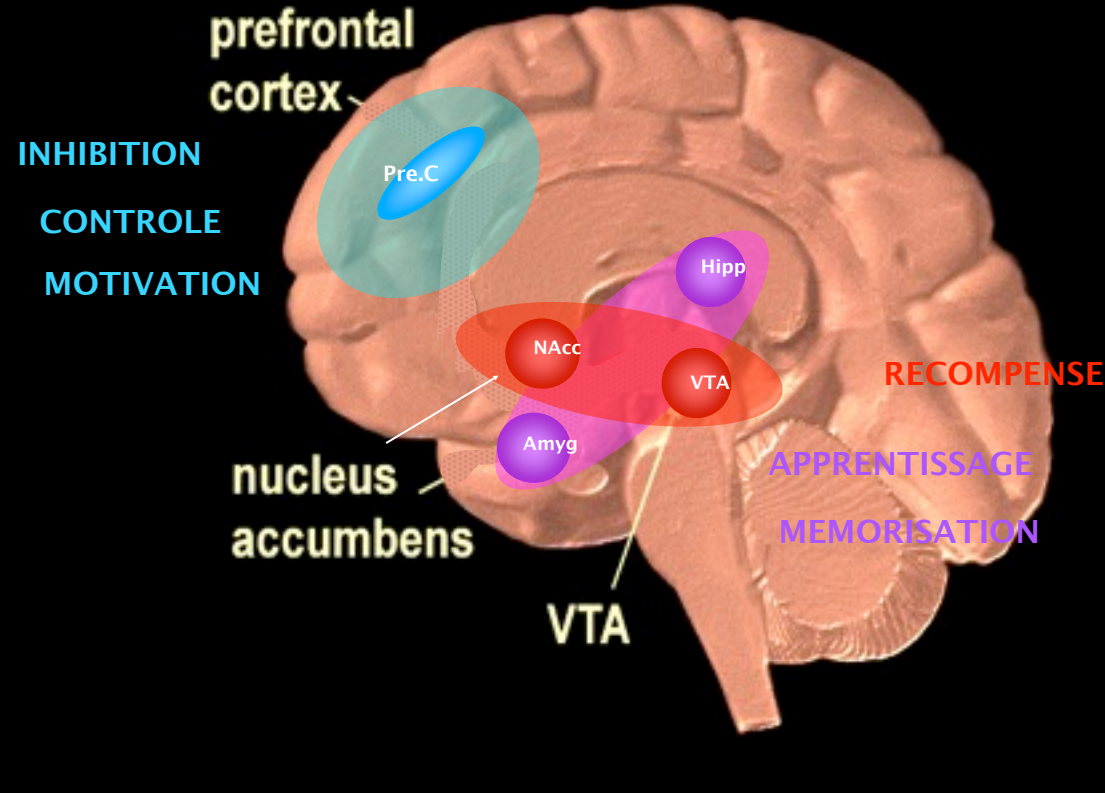
Document téléchargé sur www.beju-addiction.ch

COMMENT ABORDER LE SEVRAGE D'ALCOOL?

ASPECTS PRATIQUES

Jean-Bernard Daepfen, novembre 2010

→ Origine organique prouvée

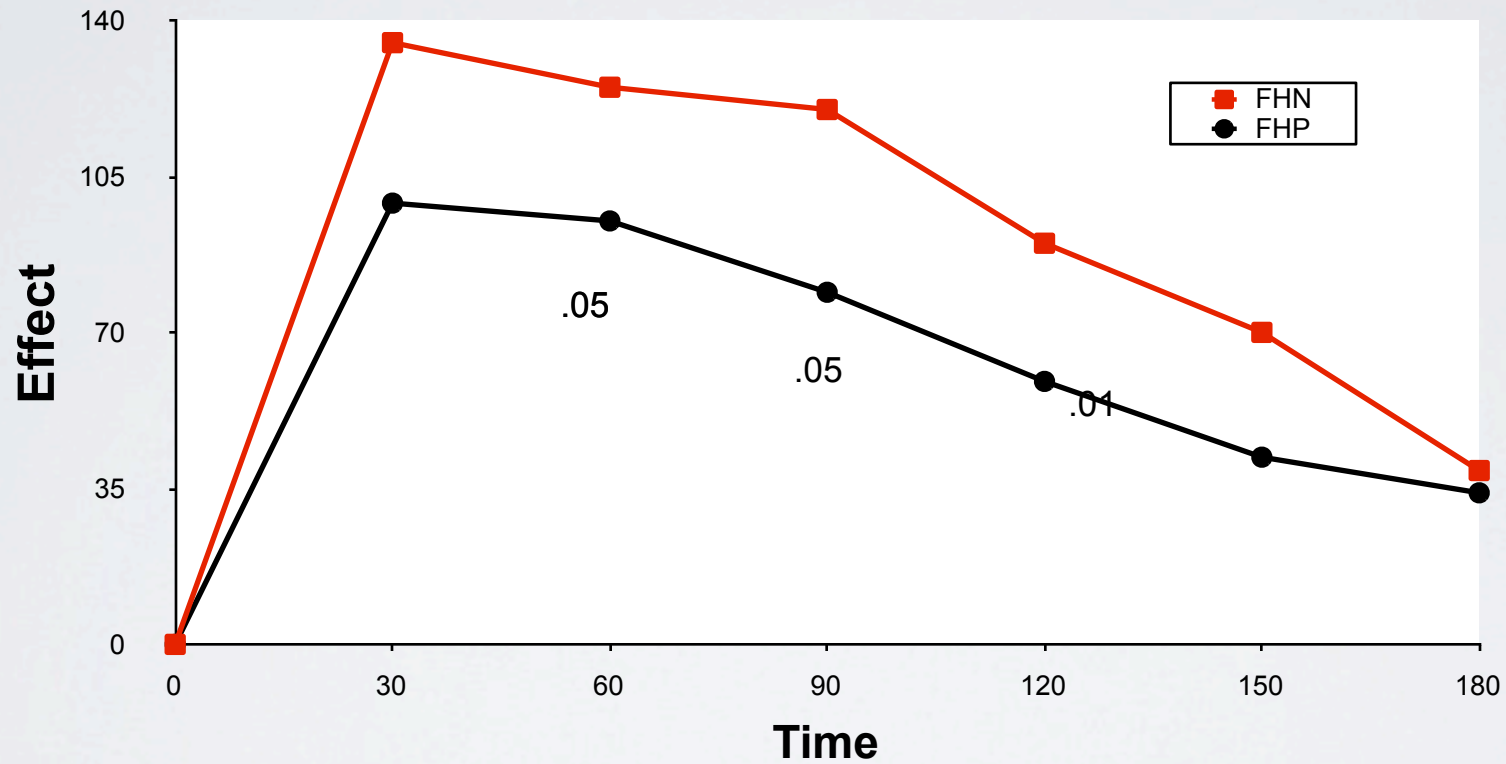


Les acquis des neurosciences permettent d'affirmer que

- Les dépendances sont des maladies neuropsychiatriques
- Individu dépendant connaît une diminution de sa capacité à prendre des décisions (cortex pré-frontal)



MALADIE NEUROPSYCHIATRIQUE AFFECTANT DES INDIVIDUS VULNÉRABLES



Schuckit et al, Am J Psychiatry,
1987

Recommandations pratiques pour le sevrage:

Vers l'établissement de schémas communs

Sevrage hospitalier vs. ambulatoire

Durée d'hospitalisation

Hôpital psychiatrique ou somatique

Séjour résidentiel post-sevrage

Protection neurologique par injections de thiamine

Articuler travail du généraliste et spécialiste

Vers l'établissement de schémas communs:

Conférence de consensus

Objectif d'un sevrage
Indication, contre-indication
Modalités du sevrage
Traitement médicamenteux
Association avec autres dépendances
Traitement épilepsie delirium tremens

Reconnaître et traiter le sevrage d'alcool

Quels en sont les principes physiologiques et les signes cliniques ?

Comment le reconnaître ?

Quels sont les patients à risque de complications ?

Comment le traiter ?

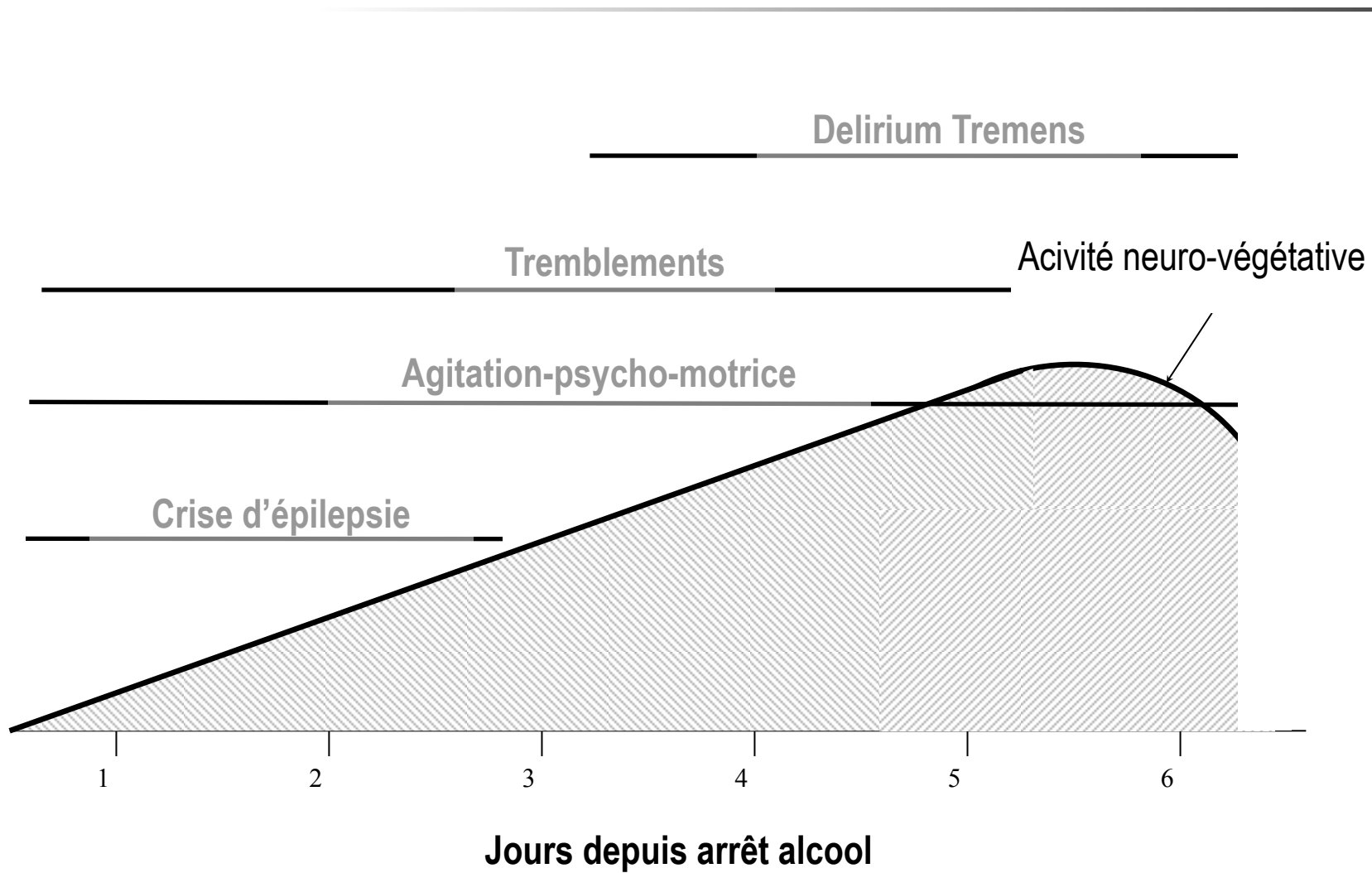
Cause ou conséquence?

Certains patients présentent des signes de sevrage avec une alcoolémie positive. Est-ce donc l'intoxication ou le sevrage d'alcool qui est à l'origine de ces signes cliniques ? Ou encore la malnutrition souvent associée aux troubles de l'alcoolisation ?

- 10 hommes morphino-dépendants sevrés depuis au moins 3 mois
- Ingestion de 300 à 500 gr d'éthanol par jour durant 7 à 87 jours (sous contrôle médical)
- Délires et convulsions n'ont pas été enregistrés pendant la période d'intoxication

Cause ou conséquence?

- 4 sujets se sont retirés de l'étude durant les 30 premiers jours. Ils ont présentés des symptômes de sevrage mineurs tels que tremblements et nausées
- 6 sujets ont bu de 48 à 87 jours. Après arrêt abrupt, 6 ont développés tremblements, vomissements, fièvre, hypertension, 2 épilepsies, 3 delirium tremens, 2 hallucinations visuelles transitoires. Tous recevaient des suppléments vitaminiques et un apport alimentaire adéquat
- Intensité du sevrage était corrélée avec la quantité totale d'alcool ingéré



Syndrome de sevrage apparaît dans les heures qui suivent l'arrêt ou la diminution substance (en fonction de sa demi-vie)

Ses manifestations sont opposées à celles de la substance

- Le syndrome de sevrage des dépresseurs du SNC (alcool, benzodiazépines, barbituriques) se manifeste par une hyperexcitabilité du SNC
- Le syndrome de sevrage des stimulants (cocaïne, amphétamine) se manifeste par une dépression et une hypersomnie

Signes cliniques dans tous les cas ?

- 117 alcoolo-dépendants admis en clinique spécialisée
- Signes cliniques de sevrage dans 50 % des cas
- Signes de sevrage sévère dans 15 % des cas

Quels en sont les principes physiologiques et les signes cliniques ?

- Arrêt de l'alcool à l'origine des symptômes
- Intensité proportionnelle à l'importance de l'intoxication
- Connaissance des signes cliniques
- Symptômes sevrage « inverses » à ceux de la substance

Repérage



Comment repérer ?

- Diagnostic est souvent manqué. Signes de sevrage souvent absents à l'admission
- Manquer un sevrage d'alcool a de lourdes conséquences en terme de complications et de coûts
- L'hospitalisation est un moment opportun pour initier un traitement causal spécifique
- Connaissance des éléments anamnestiques et des signes cliniques évocateurs

Quel patient va faire un deltrem ?

- Maladie infectieuse active
- Tachycardie > 120/min
- Signes de sevrage malgré alcoolémie ≥ 1 g/l
- Passé de crises convulsives
- Passé de delirium tremens

L'ALCOOL TUE

SALLE DES ALCOOLIQUES



Le coup du milieu...

- *Pourquoi est-il contre-indiqué d'administrer du glucose chez un alcoolique admis en urgence ?*



Traitement pharmacologique

	Signes Mineurs	Epilepsie	Delirium tremens
Benzodiazépines	↓	↓ (-7/100 vs. plac.)	↓ (-5/100 vs. plac.)
B-bloquants	↓	-	↑
Clonidine (Catapresan)	↓	?	?
Carbamazépine (Tegretol)	↓	↓ ?	?
Phénothiazines (Nozinan, Melleril...)	↓	↑ (+12/100 vs. benzo)	↓ (+7/100 vs. benzo)
Clométhiazole (Distraneurin)	↓	?	?
Phenobarbital	↓	?	?

Comment traiter?

- Benzodiazépines
- Longue demi-vie
- Per os
- Ambulatoire
- Schéma fixe ou adapté
- Sevrage compliqué nécessitent soins continus pour administration IV

Schéma thérapeutique

Schéma fixe ou symptomatique:

- Jour 1 Oxazepam 2x15 mg. 4x/ jour
 - Jour 2 Oxazepam 15 mg. 4x/ jour
 - Jour 3 Oxazepam 15 mg. 4x/ jour
-
- Doses rapidement dégressives Jour 4 et suivants.
 - Oxazepam additionnel si symptômes persistent

SCORING DE SEVERITE DU SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE (CIWA-Ar)

Nom du patient :

Date :

Heure :

Nausées et vomissements . Demander « Vous sentez-vous mal ? Avez-vous vomi ? ». Observation.

0 pas de nausées, pas de vomissements

...

7 nausées constantes, avec efforts de vomissement et vomissements fréquents

Trémor. Bras tendus et doigts écartés. Observation.

0 pas de trémor

...

7 trémor sévère, même avec bras non-tendus

Transpiration. Observation.

0 pas de transpiration visible

...

7 transpiration profuse

Anxiété. Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? ». Observation.

0 pas d'anxiété, à l'aise

...

7 état de panique sévère comme observé lors de delirium tremens ou de psychose aiguë

Agitation. Observation.

0 aucune

...

SCORING DE SEVERITE DU SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE (CIWA-Ar)

Nom du patient :

Date :

Heure :

7 état d'agitation motrice constant, mouvements d'avant en arrière durant la plus grande partie de l'interview.

Troubles tactiles. Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des picotements, des fourmillements, des sensations de brûlure, une perte de la sensibilité tactile... ? ». Observation.

0 aucun

...

7 hallucinations continues

Troubles auditifs. Demander « Etes-vous davantage conscient des bruits autour de vous ? Sont-ils désagréables ? Vous effraient-ils ? Entendez-vous certains bruits qui vous perturbent ? ... ». Observation.

0 aucun

...

7 hallucinations continues

Troubles visuels. Demander « La lumière vous semble-t-elle trop claire ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous troublent, vous dérangent ? . Observation.

0 aucun

...

7 hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde. Demander « Avez-vous dans votre tête des sensations différentes ? Avez-vous l'impression qu'une bande serre votre tête ? » Ne pas prendre en compte de légers vertiges.

0 aucun

...

7 troubles extrêmement sévères

Désorientation dans le temps, l'espace et sur la personne. Demander « Quel jour sommes-nous ? Qui êtes-vous ? Qui suis-je ? »

0 orienté + capable de faire une série d'additions

...

4 désorienté dans l'espace et/ou sur la personne.

SCORE TOTAL : _____ / 67

Le coup du milieu...



- *Pourquoi est-il contre-indiqué d'administrer de l'alcool éthylique comme traitement du sevrage ?*

Co-dépendance benzodiazépine

- Schéma oxazepam identique ajouté aux benzodiazépines habituelles
- Transformer benzodiazépines habituelles en équivalents oxazepam
- Transformer schéma oxazepam en équivalents benzodiazépines habituelles

Crises épilepsie

- Crise tonico-clonique généralisée
- 1ere crise: EEG et Imagerie (CT) avec produit de contraste à la recherche d'une cause sous-jacente à l'épilepsie. Traitement du sevrage par Seresta, observation 12-24h. Pas de ttt anti-épileptique instauré à la sortie, si ce n'est le Seresta à court terme si poursuite du sevrage.
- 2eme crise: si origine sur sevrage clairement identifiée: ttt du sevrage par Seresta, observation 12-24h, pas de médication anti-épileptique à long terme, CTscan natif seulement si suspicion de trauma pour exclure un éventuel sous-dural.

Troubles de la conscience

- Métabolisation éthanol, 0.1 ‰/heure (0.2 ‰/heure chez alcooliques)
- Si alcoolémie ≤ 2 ‰, coma n'est pas du à l'alcool
- CT: exclure hémorragie intra-crânienne ou sous-dural
- Glycémie, Na, osmolalité

Delirium tremens

- Mortalité 5% avec ttt agressif
- 50-100h après arrêt alcool
- Deshydratation, troubles électrolytiques
- Administration thiamine, glucose, magnesium, potassium, NaCl
- Sédation: Tranxillium 50mg IV aux 15-30min, Haldol 2.5 – 5mg IV max 4 x 5mg/24h si hallucinations

Gayet – Wernicke...

Le déficit aigu et sévère en thiamine se traduit par une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, caractérisée par la survenue brutale d'un ou de plusieurs signes de la triade classique :

- Confusion
- Parésie des muscles oculomoteurs et/ou nystagmus
- Ataxie

Triade dans 10 % des cas seulement!

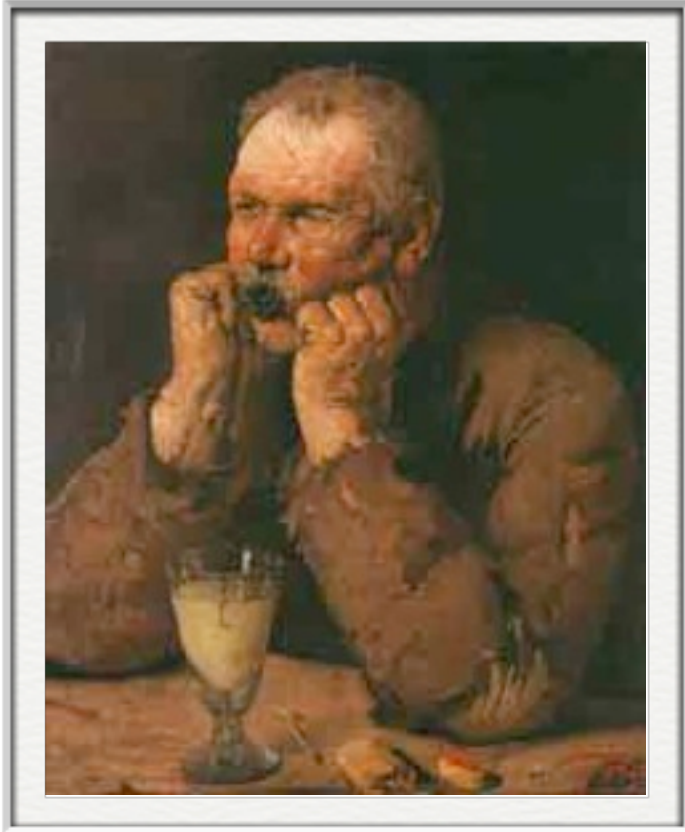
Prophylaxie

Chez les alcoolo-dépendants ne présentant pas de signes cliniques évocateurs d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke:

- Pour les patients hospitalisés, lorsque l'état général et nutritionnel est mauvais, administrer de la thiamine intraveineuse 300 mg, une fois par jour pendant trois jours dans 100 ml de NaCl 0,9 %.

Présomption clinique d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke,
administrer par voie intraveineuse :

- Thiamine 300 mg, trois fois par jour, pendant trois jours dans 100 ml de NaCl 0,9 %.
- Continuer pendant 3 jours supplémentaires si la réponse clinique est favorable.



- Thiamine inefficace per os chez les alcoolo-dépendants
- Administrer plutôt trop que pas assez
- Attention aux réaction allergiques...voire anaphylactiques
- Attention au glucose

Recommandations pratiques pour le sevrage

Vers l'établissement de schémas communs

Sevrage hospitalier vs. ambulatoire

Durée d'hospitalisation

Hôpital psychiatrique ou somatique

Protection neurologique par injections de thiamine

Séjour résidentiel post-sevrage

Articuler travail du généraliste et spécialiste