


Traitement du syndrome de sevrage alcoolique (SDS). Quoi de neuf?



C. Dano (CHU-Angers)

Quoi de neuf?

- ❑ Conférences de consensus
- ❑ Revue de la littérature internationale à niveau de preuve scientifique
- ❑ Référentiels

Institut National
sur l'Abus d'Alcool
et l'Alcoolisme (NIAAA)⁴

2007



Aider les patients qui boivent trop :
Un guide à l'usage des cliniciens

Institut National
pour la santé et L'Excellence
Clinique (NICE)⁵

2011



Troubles liés à l'usage d'alcool :
Diagnostic, évaluation et prise en charge
de l'usage nocif d'alcool et de la dépendance
à l'alcool

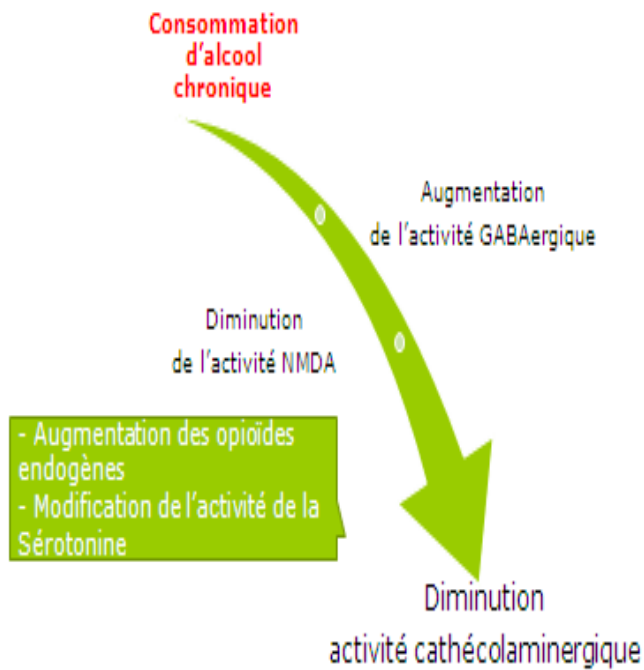
Un préalable : le sevrage

- Réduction ou Arrêt d'une consommation d'alcool excessive et prolongée

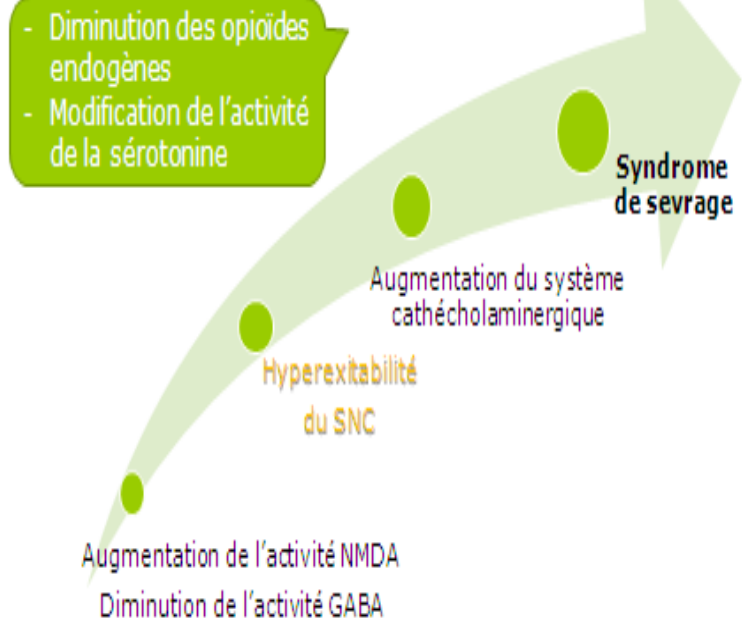
- Accidentels ou intentionnels

Neurobiologie

Administration d'alcool chronique



Description du syndrome de sevrage



Diagnostic

- Au moins deux symptômes de sevrage
- Dans un délai de quelques heures à quelques jours suivant la diminution ou l'arrêt de la consommation.

DSM IV

Clinique

Hyperactivité SN autonome

Troubles neurovégétatifs	Troubles généraux Avec part subjective	Troubles digestifs
Tremblements	Anxiété	Anorexie
Sueurs paroxystiques	Agitation	Vomissements
Tachycardie	Irritabilité	Diarrhée
HTA	Insomnie	
Céphalées	Cauchemars	

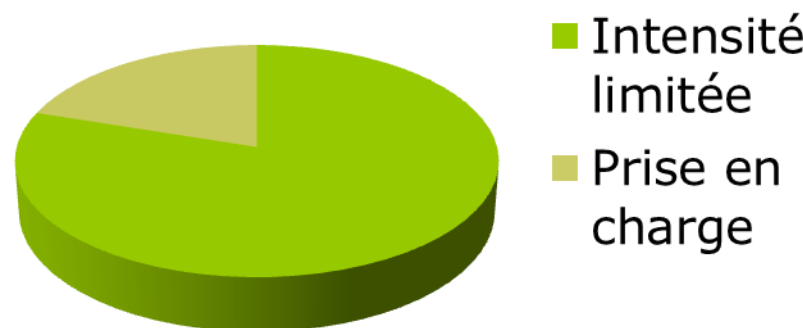
Évolution

- Régression

- Aggravation ou complications (accidents de sevrage)
 - Hallucinations
 - Convulsions
 - Délirium-trémens

Non systématique !

- Dans 80-90% des cas : le sevrage est d'intensité limitée et non compliqué *(Schuckit, Raistrick)*
- Mais un nombre restreint (10-20%) nécessite une prise en charge dans le cadre d'un sevrage thérapeutique *(Fleming, Kaner)*



Soins et Sevrage

□ Projet de soins



□ sevrage (thérapeutique)

□ Sevrage immédiat

➤ accompagnement et préparation (Raistrick)

Soins et Sevrage

Objectifs du sevrage thérapeutique

- dépister et gérer les symptômes de manque,
- prévenir la survenue de complications sévères.

Haber, Raistrick

Facteurs de risque du SDS

- Sévérité du mésusage
- Répétition des sevrages et *kindling*
- Antécédents de SDS et d'accident de sevrage
- Polyaddictions
- Comorbidités associées

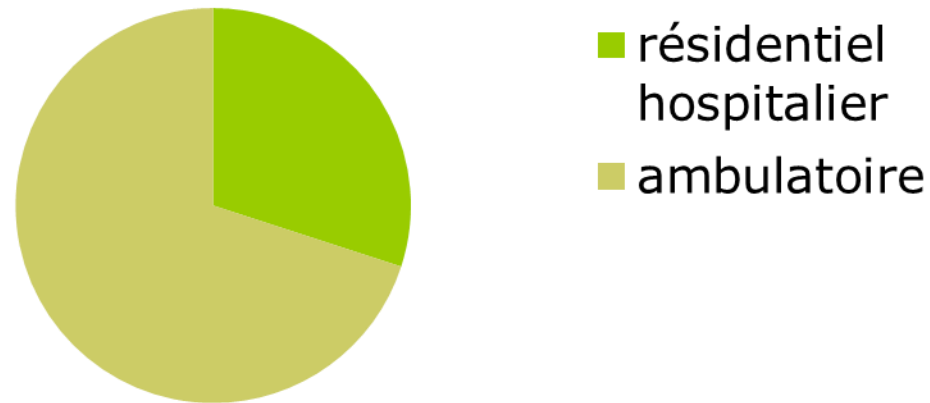
Principes généraux de prise en charge

- Accompagnement global et parcours de soins
- Traitement psycho-social et médical, adapté aux besoins et **au choix** du patient **informé** *(Haber, ANAES 1999)*.
 - Approches multiples et graduées
 - Orientation des soins de sevrage (ambulatoire /résidentiel)
 - Sevrage combiné du tabac
 - Post-sevrage

Principes généraux de prise en charge

Sevrage résidentiel hospitalier (10 à 30%) / sevrage ambulatoire

ANAES 1999, SFA 2006



Principes généraux de prise en charge

Indications sevrage résidentiel hospitalier

- Délirium, hallucinations, crises comitiales
 - Au moment de l'évaluation
 - Dans les antécédents

- Polyconsommation à dose élevée

Raistrick, SFA 2006

Principes généraux de prise en charge

Traitement en résidentiel dans certaines circonstances (cas par cas)

- **Alcoolologiques** : échecs de sevrages ambulatoires itératifs
- **Somatiques ou psychiatriques** : comorbidités sévères ou instables
- **Socio-environnementales** : demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire
- **Générales**: grossesse, âge > 60 ans

Principes généraux de prise en charge

- Certains sevrages s'imposent à l'occasion d'une hospitalisation
 - pour un autre motif
 - dans un service non alcoologique

- ELSA

Principes généraux de prise en charge

Sevrage ambulatoire à privilégier

(en dehors des indications de sevrage résidentiel)

- Permet un soin efficace dans le milieu de vie habituel en limitant les coûts
- Implique un suivi clinique rapproché par le médecin traitant et les acteurs soignants associés

Traitement pharmacologique du SDS

- Objectif : prévention ou réduction
 - des symptômes sévères du sevrage
 - des complications

- Adapté et personnalisé

- Voie d'absorption

Benzodiazépines

- Traitement de première intention en cas de besoin actuellement le plus utilisé (Amato 2010, Mayo-Smith 1997)

- Privilégier les molécules à demi-vie longue (Haber, Raistrick, Mayo-Smith)
 - Meilleure couverture des besoins
 - Plus grande efficacité sur le risque de récurrence des symptômes, convulsions et anxiété de sevrage
 - Intérêt du diazépam (Raistrick, NICE)

- Potentiel d'abus + élevé des BZD à 1/2 vie courte (lorazepam, oxazepam)

Benzodiazépines

Prescription à horaire fixe

- Dose d'attaque
/l'évaluation clinique
- Diminution
progressive de la
posologie en fonction
des symptômes
- Objectif : 5 à 10 j

Prescription personnalisée adaptée aux symptômes

- Intérêt
- Surveillance régulière
- Soins résidentiels
- Moins adaptée
 - troubles de la communication
 - Atcds de convulsions
 - Comorbidité instable
 - Addiction associée
- Dose de charge

Benzodiazépines

- ❑ Diminution progressive
- ❑ Durée limitée
- ❑ Adaptation des doses
 - Surveillance clinique
 - Échelles d'évaluation des symptômes de sevrage (*CIWA-Ar-Index clinique de Cushman*)
- ❑ Publics spécifiques

Benzodiazépines

Précautions d'emploi

- Hors sevrage thérapeutique
- A domicile
- BZD à $\frac{1}{2}$ vie courte
- Insuffisance hépatocellulaire sévère
- Double dépendance Alcool-BZD
- Surdosage : *Flumazenil*

Benzodiazépines

- Le sevrage ne requiert pas de traitement pharmacologique
 - dans la majorité des cas
 - Sous conditions d'une évaluation clinique RRR
- Mise en place systématique d'un traitement préventif
 - Évaluation clinique RRR difficile
 - Signes de sevrage initiaux ou évolutifs
 - Atcds de CCG et de délirium

Les vitamines

Thiamine (B1)

- ❑ Intérêt dans la prévention et le traitement de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke
- ❑ Recommandations actuelles
 - ❑ Absence d'études randomisées contrôlées
 - ❑ Pratiques cliniques empiriques et avis d'experts
 - ❑ Posologie minimale recommandée à titre préventif : $\approx 200 \text{ mg/j}$
 - ❑ Conditionnement de traitement

Thiamine

Prophylaxie

- ❑ Absence de malnutrition (voie orale)
- ❑ Signes carenciels et de malnutrition, consommation importante, retentissement sur la santé (voie parentérale)
- ❑ Perfusion de glucose par voie IV (voie parentérale, préalable)

Traitement

- ❑ Voie parentérale
- ❑ à forte dose
- ❑ sur une durée courte (3 à 5 jours)
- ❑ Relai per os

Les vitamines

Thiamine (B1)

- ❑ A distance du sevrage, arrêt fonction de l'évolution clinique
- ❑ En cas de poursuite d'alcool *(Haber)*

Les vitamines

- Apport polyvitaminé et oligoéléments
- Pyridoxine (B6)
 - Durée et posologie limités (*Katan*)

Traitements associés

- A adapter à la clinique et la biologie

- Apports hydriques suffisants sans hyperhydratation

- Correction des troubles hydroelectrolytiques éventuels
 - Hyponatrémie
 - Hypokaliémie

Autres classes thérapeutiques

□ Les molécules

- Baclofène (*Colombo 2000, Knapp 2007, Addolorato 2002, 2003, 2006 Stallings, 2007*))
- Anticonvulsivants (carbamazépine, gabapentine) (*Minozzi 2010*)
- GHB (*Leone, 2006*)
- ONAP (*Gillman, 2012*)

□ Efficacité, effets secondaires et coût

□ Alternative prometteuse

Non recommandées en l'état actuel des connaissances



MERCI

21 mars 2014