

Sevrage simple en alcool

Définition

Le sevrage se définit comme l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez l'alcoolodépendant.

Le syndrome de sevrage recouvre les manifestations symptomatiques survenant dans les suites immédiates ou différées, jusqu'au dixième jour suivant cet arrêt. Ces manifestations traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique.

Le syndrome de sevrage associe de façon variable plusieurs types de manifestations, dont la prévention systématique vise à prévenir l'apparition :

- troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension artérielle ;
- troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut s'aggraver ou se compliquer :

- de signes confusionnels : troubles de la concentration, de la mémoire, du jugement ;
- d'hallucinations ;

- de delirium tremens ;
- de convulsions ;
- d'hyperthermie.

Le syndrome est, dans la majorité des cas, résolutif spontanément ou sous traitement en deux à cinq jours, mais – contrairement au sevrage aux opiacés ou aux benzodiazépines – la mortalité n'est pas nulle !

Évaluation

Les signes cliniques demeurent le critère essentiel de l'évaluation.

De nombreuses échelles sont proposées pour évaluer le syndrome de sevrage. Deux d'entre elles, traduites en français, sont facilement utilisables, en ambulatoire comme en résidentiel : la CIWA-AR et l'index de Cushman (encadré 1).

Indications

Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage intégré dans un projet thérapeutique dont les objectifs doivent être précisés avec le patient.

La programmation d'un sevrage se conçoit, sans urgence, avec

Encadré 1. – Échelle de Cushman.

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Géné par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

** Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

0-7 : minime

Score et intensité
8-14 : moyenne

15-21 : sévère

Source : Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.

un patient prêt à s'impliquer dans un projet élaboré et négocié avec lui, projet dont le sevrage n'est que la première étape.

. L'origine de la demande peut émaner de l'entourage (famille, employeur, instances judiciaires...) : dans ce cas il faudra évaluer l'implication du patient dans cette demande.

. Enfin, le sevrage peut s'avérer urgent, dans certaines situations sociales, somatiques (troubles cognitifs sévères et évolutifs, femmes enceintes, hépatopathies sévères...) ou psychiatriques (troubles anxieux et/ou dépressifs sévères, troubles du comportement...).

Certains patients ont des antécédents de sevrages multiples : certains de ces sevrages ont été réalisés dans de mauvaises conditions ou de façon non préparée ; il n'y a pas là de contre-indication à un nouveau sevrage, sous réserve d'une évaluation précise de la motivation et des conditions de ce sevrage.

Néanmoins, l'hyperexcitabilité cérébrale, liée à la répétition de sevrages mal gérés, peut être délétère sur le plan des fonctions cognitives (d'où la prescription de benzodiazépines et la préparation attentive du projet).

Contre-indications

Les contre-indications absolues n'existent pas.

Des non-indications au sevrage immédiat sont à respecter :

- absence totale de demande et de motivation du sujet ;
- situation de crise (affective, sociale, professionnelle), sans évaluation correcte des avantages et inconvénients des conduites d'alcoolisation et de l'abstinence ;
- absence de projet thérapeutique (évaluation, objectif, programme) et de projet social.

Ceci n'empêche pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective de sevrage ultérieur.

Modalités

Le sevrage nécessite une prise en charge médicalisée, avec l'appui concerté de différents intervenants, selon les situations : médecins généralistes, alcoologues, autres spécialistes, équipes hospitalières, médecins du travail, infirmières libérales, travailleurs sociaux, militants des mouvements d'aide, etc.

Sevrage ambulatoire

Il convient d'envisager prioritairement le sevrage ambulatoire, en respectant ses contre-indications.

Il permet la poursuite de l'activité professionnelle et le maintien des relations familiales et sociales ; il est souvent mieux accepté que l'hospitalisation ; il favorise une implication active du patient et de son entourage.

Il repose sur trois éléments principaux :

. Information du patient

L'explication au patient, et si possible à une personne qu'il aura désignée, du déroulement du sevrage et de son suivi (dans le cadre d'un protocole pouvant impliquer divers intervenants) améliore le confort du patient et permet de réduire les doses de benzodiazépines.

. Hydratation

Les apports hydriques doivent être suffisants (1,5 à 2 l/j), mais sans hyperhydratation qui peut être nocive.

. Prescription de benzodiazépines

Les benzodiazépines sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique. C'est pour cette classe de médicaments que l'effet thérapeutique a été le mieux démontré. Les benzodiazépines réduisent l'incidence, la sévérité et les complications du syndrome de sevrage. Les benzodiazépines à demi-vie intermédiaire (30 h, cf. tableau I), comme le diazépam, préviennent mieux les crises convulsives (meilleure protection en cas de mauvaise observance).

La voie orale doit être préférentiellement utilisée. Deux schémas types de prescription sont possibles :

- la prescription de doses fixes réparties sur 24 heures : en général de deux à quatre comprimés à 10 mg par jour pendant deux à trois jours, puis réduction en quatre à sept jours et arrêt.

- une modalité facile d'emploi consiste à prescrire six comprimés à 10 mg de diazépam le premier jour en diminuant d'un comprimé par jour jusqu'à l'arrêt ; la vigilance doit être particulièrement surveillée les premiers jours.

Le traitement doit être adapté à la symptomatologie et à la tolérance clinique.

D'autres molécules peuvent être utilisées.

La prescription de benzodiazépines au-delà d'une semaine/dix jours ne se justifie qu'en cas de dépendance aux benzodiazépines associée à la dépendance alcoolique (cf. référentiel correspondant), ou d'indications spécifiques (cf. référentiel correspondant).

La consommation antérieure de psychotropes, et notamment de benzodiazépines, doit être soigneusement évaluée afin d'adapter la surveillance et la prescription.

Si un patient consomme déjà des benzodiazépines, voir les modalités particulières dans le référentiel correspondant.

Si le patient est sous carbamates, on conseille de les remplacer par une benzodiazépine, selon un schéma de chevauchement sur trois jours : diminution progressive des carbamates et augmentation progressive de la benzodiazépine, avec surveillance clinique rapprochée.

Autres classes thérapeutiques

Les carbamates, notamment le méprobamate, ont été très employés en France. Leur action n'a cependant pas été démontrée dans des études contrôlées. Ils ont peu d'activité anti-comitiale

DCI	Spécialité	Demi-vie	Métabolite actif
Benzodiazépines anxiolytiques (voie orale)			
Clotiazépam	VERATRAN®	4 h	Oui
Oxazépam	SERESTA®	8 h	Non
Lorazépam	TEMESTA® Lorazepam Merck®	10-20 h	Non
Alprazolam	XANAX® 11 génériques	10-20 h	Oui
Bromazépam	LEXOMIL® 15 génériques	20 h	Oui
Clobazam	URBANYL®	20 h	Oui
Diazépam	VALIUM® Diazepam Ratiopharm® Novazam®	32-47 h	Oui
Nordazépam	NORDAZ®	65 h (30-150 h)	Oui
Prazépam	LYSANXIA®	65 h (30-150 h)	Oui
Chlorazépate dipotassique	TRANXENE®	65 h (30-150 h)	Oui
Loflazépate d'éthyle	VICTAN®	77 h	Oui
Benzodiazépines anxiolytiques (voie injectable)			
Diazépam	VALIUM® Diazepam Renaudin®	32-47 h	Oui
Chlorazépate dipotassique	TRANXENE®	65 h (30-150 h)	Oui
Autres anxiolytiques			
Buspirone	BUSPAR® Buspirone G GAM® Buspirone Merck®	2-11 h	
Meprobamate	EQUANIL® (voie orale et injectable) Meprobamate Richard®	6-16 h	
Hydroxyzine	Hydroxyzine Renaudin® (voie injectable)	6-8 h	

Tableau I : Principales caractéristiques des anxiolytiques (Source : Vidal 2006)

Correspondances entre benzodiazépines : d'autres benzodiazépines que le diazépam peuvent être utilisées avec une efficacité analogue : il est estimé que 10 mg de diazépam équivalent à 30 mg d'oxazépam, 2 mg de lorazépam, 1 mg d'alprazolam, et 15 mg de chlorazépate.

propre et leur risque léthal en cas d'intoxication volontaire est important.

Les neuroleptiques ne sont pas indiqués en première intention. Leur tolérance est également moins bonne et ils sont potentiellement épileptogènes.

L'attention du patient sera systématiquement attirée sur les risques de troubles de la vigilance liés à ces traitements.

L'acamprosate et la naltrexone n'ont pas d'indication dans la prévention du syndrome de sevrage lui-même.

Les vitamines

La thiamine (vitamine B1) : il est nécessaire d'en administrer *per os* : la posologie proposée est de 500 mg par jour. À distance du sevrage, l'arrêt de la vitaminothérapie doit être envisagée en fonction de l'évolution clinique ;

La pyridoxine (vitamine B6) : la prescription concomitante de pyridoxine est indiquée (500 mg par jour), mais ne doit pas être prolongée (risque de neuropathies). En cas de prescription simul-

tanée de B1 et de B6, il est conseillé d'associer la vitamine PP en tant que cofacteur.

Il n'y a pas d'indication de la vitamine B12.

L'arrêt de travail

La décision d'arrêt de travail sera faite en fonction de chaque situation et en collaboration avec le patient (et au mieux, avec l'accord du patient, en collaboration avec le médecin du travail).

Le suivi

Si le sevrage est réalisé sous la responsabilité d'une structure spécialisée, une coordination sera établie – avec l'accord du patient – avec le médecin traitant et, si besoin, avec d'autres partenaires, soignants (infirmières...), sociaux et associatifs.

Une consultation de contrôle a lieu au bout de deux ou trois jours (si c'est possible, une visite à domicile peut être programmée) et une au bout d'une semaine, pour objectiver la fin du sevrage et mettre en place la poursuite du projet.

Les critères d'évaluation restent cliniques, en prenant en compte le confort psychologique du patient.

Sevrage résidentiel

Il ne concerne que 10 à 30 % des sevrages.

Il permet une surveillance continue, notamment pour les personnes isolées ; il soustrait le malade à son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles) ; il garantit la réalité du sevrage et l'observance des prescriptions ; il est nécessaire en cas de pathologies intriquées et/ou de syndrome de sevrage sévère.

Ses indications sont :

- alcooliques : dépendance physique sévère ; antécédents de delirium tremens ou de crise convulsive généralisée ; échec de sevrages ambulatoires itératifs ;
- somatiques : affection somatique sévère justifiant une hospitalisation ;
- psychiatriques : syndrome dépressif ou autre pathologie psychiatrique sévère associée ; dépendance associée à certains produits psychoactifs ;
- socioenvironnementales : demande pressante de l'entourage familial ou professionnel ; entourage non coopératif ; processus avancé de désocialisation.

Pour éviter qu'une hospitalisation de sevrage soit prolongée uniquement à cause du contexte social (précarité, désinsertion, exclusion), il faut articuler les projets social et alcoolique avant l'admission.

Les modalités sont les mêmes que celles du sevrage ambulatoire. Cependant :

- il est plus facile d'utiliser les échelles de surveillance clinique ;
- les doses de benzodiazépines peuvent être augmentées ;
- les comorbidités sont rapidement prises en charge ;
- concernant la vitamine B1, l'absorption étant diminuée en cas d'abus d'alcool ou de malnutrition, l'administration parentérale, de préférence par perfusion intraveineuse une fois par jour, voire deux, doit être préconisée en cas de signes cliniques de carence pendant la première semaine. Sa prescription est indispensable en cas de perfusion de soluté glucosé ;
- les neuroleptiques ne sont indiqués qu'en cas d'agitation importante non contrôlée par les benzodiazépines et/ou d'hallucinations.

L'accompagnement psychosocial doit être associé dès le début du sevrage.

Quelles que soient les modalités de sevrage, la participation des mouvements d'entraide dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme. ■