

Sevrage du patient alcoolodépendant

Motivation

Le 1^{er} temps de la prise en charge = temps de renforcement de la motivation.

Objectif : proposer au patient un sevrage s'il est prêt, sinon l'aider à progresser dans les différents stades de motivation (entretiens de motivation).

Programme thérapeutique

Lorsque le patient est prêt au sevrage, négociation d'un programme thérapeutique global.

But : améliorer la qualité de vie globale des patients (santé physique, psychique et sociale).

Ceci impose une modification du comportement d'alcoolisation, c'est-à-dire, pour l'alcoolodépendant, une abstinence.

Sevrage alcoolique (1)

Le 1^{er} temps de ce programme est le sevrage.

Objectif :

- Diminuer l'hyperexcitabilité cérébrale pour prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage.
- Permettre au patient d'entrer dans un processus d'abstention complète et durable de l'alcool.

Il est indiqué chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques.

Sevrage alcoolique (2)

Fréquence du syndrome de sevrage

- Syndrome de sevrage : 53-80 % des sujets alcoolodépendants.
- Antécédents de DT ou crise convulsive : 13 %.

Définition du syndrome de sevrage

Symptômes apparaissant à l'arrêt de la consommation,

et non symptômes réapparaissant à l'arrêt la consommation,

mais possibilité d'effets :

- Nocebo ou placebo.
- Rebond.

Durée du syndrome de sevrage alcoolique

Premiers symptômes : 6-48 heures.

Crises comitiales : 90 % dans les 48 heures.

DT : dans les 4 jours.

Syndrome de sevrage résolu dans la semaine.

Le syndrome de sevrage alcoolique (1)

Quelques heures après arrêt de la consommation
(en particulier au réveil) :

- Troubles subjectifs : anxiété, agitation, insomnie, cauchemars.
- Troubles "neurovégétatifs" : sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension.
- Troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée.
- C'est le "pré-DT".

Plus tard :

- Delirium.
- Convulsions.
- Hallucinations.
- Associés de manière variable.

Le syndrome de sevrage alcoolique (2)

Ressemble beaucoup au syndrome de sevrage :

- Des benzodiazépines (plus retardé).
- Des solvants (mal connu).
- Des barbituriques (autrefois).
- Possibilité de confusion.

Diffère fortement du syndrome de sevrage des opiacés.

Diffère totalement du syndrome de sevrage :

- De la nicotine.
- De la cocaïne.
- Des amphétamines.

Autres manifestations

Le syndrome de sevrage n'est pas le seul trouble pathologique possible à l'arrêt d'une consommation d'alcool. D'autres manifestations peuvent se démasquer :

- Complications de l'alcoolisme : neurologiques, hépatiques...
- Troubles anxieux et/ou dépressifs.
- Troubles cognitifs.

Le syndrome de sevrage n'est pas l'obstacle important à l'arrêt d'une consommation d'alcool.

Sevrage institutionnel

Le sevrage institutionnel (10-30 %) est entrepris seulement lorsqu'il existe une contre-indication au sevrage ambulatoire :

- Alcoolologique (dépendance physique sévère, antécédents de DT ou de crise convulsive, échec d'un essai de sevrage antérieur...).
- Somatique (affection somatique grave).
- Psychiatrique (affection psychiatrique sévère).
- Socioenvironnementale (entourage peu favorable, processus avancé de désocialisation, voire demande pressante du patient ou de l'entourage).

Sevrage ambulatoire

Le sevrage ambulatoire est le plus fréquent. Il permet de maintenir des relations familiales et sociales, voire professionnelles. Il est compatible avec une dépendance physique modérée. Il repose sur :

- Une information et une mise en confiance des patients.
- Une hydratation suffisante sans hyperhydratation.
- Une chimiothérapie anxiolytique habituellement prescrite. Les produits de référence sont les benzodiazépines.

Benzodiazépines (1)

Molécules à demi-vie longue (diazépam par exemple) assurent :

- Bonne prévention.
- Risque d'accumulation en cas d'insuffisance hépato-cellulaire => oxazépam.

Molécules à demi-vie brève : présenteraient un potentiel d'abus plus élevé.

Benzodiazépines (2)

Traitement habituellement préconisé

- Prescription de doses fixes réparties sur 24 h, par exemple en moyenne 30 à 40 mg de Valium® en 3 ou 4 prises, posologie à adapter en fonction de l'efficacité clinique.
- Posologie maintenue pendant 1 à 3 jours, puis réduite d'environ 10 mg toutes les 48 h => arrêt complet du produit en 1 semaine à 10 jours.

Autres stratégies proposées

- Dose de charge de benzodiazépine à demi-vie longue.

Méprobamate

Le méprobamate demeure très employé en France

- Evaluation scientifique moins bonne que celle des benzodiazépines.
- Action anti-comitiale plus faible et risque létal en cas d'intoxication volontaire plus important.

Neuroleptiques

Activité moindre que les benzodiazépines.

Tolérance moins bonne (potentiellement épiléptogènes).

Leur prescription n'a donc guère de place dans la prévention du syndrome de sevrage et n'est à envisager qu'en cas d'agitation importante ou d'hallucinations au cours d'un accident de sevrage.

Vitaminothérapie

Une vitaminothérapie B1 (B6) est proposée.

La carence en acide folique, courante, doit être recherchée, notamment chez la femme enceinte pour diminuer les risques de malformation fœtale.