

Sevrages non programmés

Accidents de sevrage

Les sevrages non programmés s'imposent le plus souvent comme une nécessité qui ne peut être différée, aussi bien pour le patient que pour le médecin, dans le cadre :

- d'événements médicaux ou chirurgicaux : accidentologie, pathologies intercurrentes ou associées, etc. ;
- de situations de crises ou d'événements psychiatriques, etc. ;
- de contextes de contraintes judiciaires, familiales, professionnelles, etc.

Il faut tout faire pour éviter un sevrage accidentel. C'est la dimension d'urgence somatique/psychiatrique qui prime dans ces situations. L'objectif principal est d'éviter les complications du sevrage qui sont plus fréquentes dans ces situations difficiles.

De plus l'apparition de la complication est trop souvent le mode d'entrée dans le sevrage : le médecin n'a pas fait le diagnostic, et le patient lui-même n'a pas conscience de ce risque ou ne peut pas l'exprimer.

Enfin, même si l'accord préalable du patient n'a pas pu être obtenu comme c'est le cas dans le sevrage simple, la prise en charge doit amener le plus possible un projet de prise en charge addictologique ultérieur.

Modalités

Certaines situations sont à risque de déclencher un sevrage non programmé et susceptibles d'évoluer rapidement vers un syndrome de sevrage : consultation aux urgences, consultation préopératoire, consultation en milieu policier et pénitentiaire, etc.

Deux cas de figures peuvent être considérés :

. Chaque fois que possible, repérage systématique de la consommation d'alcool et de la dépendance pour prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage :

- interrogatoire ;
- outils systématiques ;
- recherche de produits psychotropes associés (tabac compris) ;
- dosage d'alcoolémie dans le bilan standard (en restant méfiant sur l'habitude vite acquise de ne penser aux urgences qu'à l'ivresse aiguë).

. Si le repérage de l'alcoolodépendance n'a pas été fait, repérage le plus précoce possible d'un syndrome de sevrage dès sa phase de début : repérage des signes fonctionnels du sevrage (digestifs, "psy", etc.) et évaluation clinique de leur gravité.

Les indications élargies de sevrage hospitalier :

- en fonction de la gravité et de l'évolution clinique sur un diagnostic confirmé ;
- en fonction du moindre signe d'imprégnation chronique (clinique et/ou biologique) ;
- en fonction du moindre élément évoquant une addiction à un autre produit.

Au décours du sevrage, nécessité d'un avis addictologique différé :

- pour permettre la prise en charge médicalisée ;
- pour organiser la prise en charge de la conduite d'alcoolisation et le suivi.

Les accidents de sevrage

Ils sont trop souvent les signes annonciateurs d'un sevrage non repéré ou sous-évalué et justifient dans tous les cas une hospitalisation :

- en unité de soins intensifs (USI) ou de réanimation pour un delirium tremens, un état de mal convulsif, un trouble rythmique ou ionique sévère ;
- en unité médicale conventionnelle pour une surveillance post-comitiale ou tensionnelle (poussée hypertensive simple).

Repérage des facteurs de risque des accidents aigus de sevrage

- . Les sevrages multiples et même un antécédent connu de sevrage quel que soit son type.
- . Les polyconsommateurs, particulièrement avec médicaments psychotropes.
- . Les polytraumatisés et autres urgences chirurgicales : en cas de dépendance, vérifier que l'hémostase est compatible avec l'acte chirurgical et renforcer la surveillance postopératoire de survenue de complications neurologiques.

- . Les malades atteints d'une pathologie grave intercurrente telle que cancer, hépatite C, VIH, syndrome infectieux, etc.
- . Les malades atteints de pathologies somatiques associées : maladie alcoolique hépatique associée ou non à une hépatite virale, désordres nutritionnels, encéphalopathies, myocardiopathies, etc.
- . Les femmes, pour lesquelles : la consommation reste souvent solitaire et méconnue ; l'association aux psychotropes est fréquente ; et la comorbidité dépressive est présente deux fois sur trois.
- . Les femmes enceintes, la grossesse n'étant pas une contre-indication du sevrage.
- . Les nouveaux-nés, particulièrement en cas de polyconsommation de la mère.
- . Les personnes âgées de plus de 65 ans.
- . Les personnes en situation de précarité.
- . Les migrants.

Delirium tremens

Traitements psychotropes

En première intention, administration intraveineuse de BZD : le diazépam et le flunitrazépam ont été validés dans cette indication. L'administration d'une dose de charge de diazépam (5 à 10 mg toutes les cinq minutes) jusqu'au sommeil, relayée par 5 mg à la demande, est plus efficace que les doses fractionnées standardisées sur plusieurs jours. Après l'obtention du niveau de sédation désiré, les doses sont progressivement ramenées au niveau minimal (patient en état de somnolence légère). La dose d'entretien et la durée de traitement sont dictées par l'évaluation clinique pluriquotidienne. On pourra utiliser une échelle évaluative.

Le risque de dépression respiratoire impose l'hospitalisation dans une structure disposant de moyens de réanimation et de l'antidote : flumazénil dont l'utilisation par voie intraveineuse doit être très progressive (titration) compte tenu du risque de convulsions sur ce terrain.

Dans le cas d'un syndrome hallucinatoire persistant, association à un neuroleptique incisif. Ce traitement est conduit en USI.

Les soins de nursing, la détection et le traitement des complications du décubitus (pneumopathie, thrombose...), la correction de l'hyperthermie, la rééquilibration hydroélectrolytique sont des éléments fondamentaux du traitement du delirium tremens.

Le bilan paraclinique initial

Il doit être d'autant plus complet que le facteur déclenchant du delirium tremens est inconnu. Il comprend au minimum un ionogramme sanguin avec glycémie et créatininémie, un dosage des CPK, une numération formule sanguine, un bilan d'hémostase, un ECG, une radiographie pulmonaire.

Apports hydriques

Ils sont importants, justifiés par le niveau de déshydratation initiale, adaptés aux données cliniques et biologiques. Le traitement vise à relancer la diurèse, mais l'hyperhydratation n'est pas recommandée. Les apports parentéraux font appel au chlorure de sodium et au sérum glucosé isotonique. La réhydratation orale exclusive ne peut être suffisante. Si l'apport glucosé est choisi, l'administration parentérale conjointe d'au moins 500 mg/jour de thiamine (vitamine B1) est indispensable pendant deux à trois jours. Il n'y a pas de consensus sur l'opportunité d'un autre apport vitaminique systématique.

Apports électrolytiques

Le traitement d'une hypokaliémie fait appel à l'apport conjoint de potassium et de magnésium (Mg cofacteur de réabsorption du K).

Les autres troubles métaboliques sont corrigés en fonction du bilan initial.

Crise(s) convulsive(s)

Les autres causes de crises comitiales

Fréquentes dans la maladie alcoolique, elles doivent être éliminées avant de rattacher une crise convulsive au sevrage :

- trouble métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie, hypoxie) ;
- pathologie secondaire à un traumatisme crânien ;
- infection cérébro-méningée ;
- accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique ;
- intoxication médicamenteuse ;
- épilepsie alcoolique.

L'ivresse convulsivante est une entité discutée.

Caractéristiques des convulsions de sevrage

Elles touchent préférentiellement une population à risque :

- utilisation préalable de psychotropes ;
- antécédent convulsif quel qu'il soit ; antécédent de traumatisme crânien.

Elles sont caractérisées par :

- leur début précoce (90 % dans les 48 heures suivant la diminution ou l'arrêt de l'absorption d'alcool) ;
- leur type : grand mal (< 5 % de crises partielles) ;
- leur récurrence rapprochée (60 % de crises multiples) à court terme (la période à risque dure moins de 12 heures dans 95 % des cas) ;
- l'absence d'anomalie électroencéphalographique.

En l'absence de ces critères, une recherche étiologique plus approfondie s'impose en vue d'un éventuel traitement urgent. Le bilan comporte au minimum un ionogramme sanguin avec glycémie

et selon le cas un bilan toxicologique, une ponction lombaire (particulièrement en cas de fièvre), un EEG, un scanner cérébral.

Traitement

Le traitement reste celui du sevrage et demeure prophylactique. Si le sevrage était institué, le traitement est ajusté en fonction des symptômes ; la surveillance est renforcée

En dehors de convulsions typiques du sevrage, le traitement de la crise est avant tout étiologique.

Il est admis dans la littérature qu'une crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un traitement anticomitial. Par contre, la survenue d'une seconde crise, surtout en l'absence de thérapeutique anticomitiale préalable, justifie un traitement intraveineux par diazépam ou clonazépam (*cf.* conférence de consensus sur les crises convulsives), dans la mesure où l'on dispose de moyens de réanimation respiratoire. Dans le cas contraire (médecine ambulatoire) une surveillance attentive est de mise jusqu'à l'arrivée des moyens médicalisés de transport. La reprise de conscience autorise l'administration d'une BZD *per os*. La voie intramusculaire est déconseillée en raison de la biodisponibilité variable du produit, et du risque hémorragique lié au terrain. ■