

Sevrage alcoolique et comorbidités psychiatriques

Introduction

L'association entre l'alcoolodépendance et les troubles psychiatriques, notamment les troubles anxieux et les troubles dépressifs, est très fréquente :

- l'alcoolodépendance induit souvent des troubles psychiatriques secondaires : troubles anxieux et dépressifs ;
- les troubles psychiatriques primaires (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles psychotiques et troubles de la personnalité) induisent fréquemment un mésusage d'alcool secondaire, voire une dépendance à l'alcool, ainsi que la consommation d'autres substances psychoactives et médicamenteuses.

L'anamnèse précisera la chronologie d'apparition de ces troubles, même si elle est difficile, et les antécédents familiaux d'ordre psychiatrique et addictologiques.

La plupart des troubles anxieux et des troubles dépressifs sont secondaires et s'améliorent avec l'arrêt de l'alcoolisation. Certains sont néanmoins primaires et se réactivent après le sevrage. Enfin, le sevrage peut induire une anxiété spécifique.

Conduites à tenir

Approche de l'anxiété et de la dépression

Avant le sevrage, le patient présente des symptômes anxieux et/ou dépressifs

L'arrêt de l'alcool constitue l'objectif prioritaire.

Le suivi peut être assuré en ambulatoire sauf s'il existe un risque suicidaire.

1. Le patient n'est pas prêt à engager le sevrage : l'objectif est de favoriser la démarche de sevrage et il n'y a pas lieu de prescrire un traitement de fond anxiolytique ou antidépresseur. Un traitement symptomatique peut néanmoins être justifié et s'appuiera alors sur des anxiolytiques non-BZD (hydroxyzine) ou sur un neuroleptique à faibles doses (tiapride, cyamémazine).

2. Le patient est prêt à engager le sevrage d'alcool : assurer le sevrage et observer l'évolution des symptômes anxieux et/ou dépressifs.

Au cours du sevrage, le patient présente des symptômes anxieux et/ou dépressifs

Les symptômes anxieux sont quasi constants au cours du sevrage. Ils se traitent par BZD (*cf.* référentiel correspondant) et régressent dans la majorité des cas.

Si la symptomatologie est intense ou s'aggrave :

1. rechercher une reprise de l'alcoolisation, une dépendance au BZD et/ou au cannabis (*cf.* référentiel correspondant) ;
2. apprécier la dangerosité (auto- ou hétéroagressivité) ;
3. l'hospitalisation, au besoin en HDT, doit être discutée ; le recours à un antipsychotique peut être indiqué.

Une réévaluation à distance des symptômes anxieux et/ou dépressifs est nécessaire (*cf. infra*).

Reprendre l'anamnèse.

Après le sevrage, le patient présente un trouble anxieux au décours du sevrage

Le traitement d'un trouble anxieux primaire peut être entrepris au moment du sevrage ou immédiatement après, selon les modalités admises pour chacune de ces formes cliniques (phobie, trouble panique, anxiété généralisée).

L'indication du recours à un IRS (tableau I) sera posée en fonction de cette forme.

La prescription de BZD pourra être poursuivie avec la molécule du sevrage pendant quelques semaines, tout en orientant vers un avis psychiatrique.

Les psychothérapies seront adaptées à la nature du trouble anxieux (tableau II).

Après le sevrage, le patient présente un trouble dépressif

Pour ce qui concerne les troubles dépressifs, un délai d'au moins deux à quatre semaines de sevrage est conseillé avant d'introduire un traitement antidépresseur.

Lorsqu'ils sont indiqués, les antidépresseurs sont prescrits aux mêmes posologies et pendant le même temps que pour les autres formes de dépression. Les antidépresseurs tricycliques et sérotoninergiques ont fait la preuve de leur efficacité chez les patients alcoolodépendants déprimés. Les psychothérapies seront adaptées à la nature du trouble qui sous-tend la dépression.

Ce délai doit être remis en cause en cas de risque suicidaire et/ou d'acuité et d'intensité particulière du syndrome dépressif.

Face à un risque suicidaire, l'hospitalisation, au besoin en HDT, doit être discutée.

Approche des troubles psychotiques

Sevrage d'un patient présentant un trouble psychotique

Toutes les psychoses (schizophrénies et délires chroniques) peuvent être associées à une alcoolodépendance, ainsi qu'à la

consommation d'autres substances psychoactives. Certains états psychotiques peuvent être aussi secondaires (psychoses alcooliques, tableaux post-oniriques...).

L'indication du sevrage doit être replacée dans le parcours et la continuité du projet thérapeutique du patient.

Le sevrage sera préférentiellement fait dans un service de psychiatrie. Une hospitalisation à la demande d'un tiers peut être rendue nécessaire en cas de dangerosité.

Le traitement du sevrage sera basé sur un neuroleptique (tiapride, 400 à 1 200 mg/jour). Des antécédents de crises convulsives nécessitent le recours usuel aux BZD.

Le traitement antipsychotique du trouble primaire sera réinstauré ou poursuivi. Le recours aux formes à libération prolongée doit être privilégié.

La prise en charge globale psychiatrique doit être réinstaurée ou poursuivie. ■

Tableau I : Indications des antidépresseurs dans l'anxiété

Antidépresseurs AMM septembre 2006 Voie orale uniquement	Épisode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé)	Anxiété généralisée (évoluant depuis au moins 6 mois)	Trouble anxiété sociale caractérisé (lorsqu'il perturbe de manière importante les activités professionnelles ou sociales, phobies sociales)	Prévention des attaques de panique (avec ou sans agoraphobie)	ESPT	Troubles obsessionnels compulsifs	Prévention des récurrences dépressives (chez les patients présentant un trouble unipolaire)
Citalopram SÉROPRAM®	✓			✓			
Clomipramine ANAFRANIL®	✓			✓		✓	
Escitalopram SÉROPLEX®	✓	✓	✓	✓			
Fluoxétine PROZAC® FLUOXÉTINE IREX®	✓					✓	
Fluvoxamine FLOXYFRAL®	✓					✓	
Milnacipran IXEL®	✓						
Mirtazapine NORSET®	✓						
Paroxétine DEROXAT® DIVARIUS®	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Sertraline ZOLOFT®	✓					✓	✓ 50 mg uniquement
Venlafaxine EFFEXOR®	✓	✓ LP uniquement	✓ LP uniquement				✓

		Posologie usuelle journalière	Demi-vie
	Alprazolam	XANAX® 1 à 2 mg	Courte
	Bromazépam	LEXOMIL® ANYREX® (générique) QUIÉTILINE® (générique) 6 mg	Courte
	Clobazam	URBANYL® 5 à 15 mg	Courte
	Clorazépate	TRANXÈNE® 5 à 30 mg	Longue
	Diazépam	VALIUM® 5 à 15 mg	Longue
	Lorazépam	TÉMESTA® 2 à 4 mg	Courte
	Nordazépam	NORDAZ® 7,5 à 15 mg	Longue
	Oxazépam	SÉRESTA® 20 à 60 mg	Courte
	Prazépam	LYSANXIA® 10 à 30 mg	Longue

Tableau II :
Les doses de benzodiazépines
à visée anxiolytique