

SYNDROME DE SEVRAGE ALCOOLIQUE: PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE PAR LE MÉDECIN PRATICIEN

PAR BERTRAND YERSIN¹, FRANÇOIS PILET²

RÉSUMÉ

Le syndrome de sevrage alcoolique survient précocement après l'arrêt de la consommation alcoolique chez un gros buveur. Sa durée est généralement inférieure à une semaine et son importance variable, de mineur et précoce à majeur et plus tardif (delirium tremens). Il correspond à une phase d'hyperexcitabilité du système nerveux central, aboutissant au syndrome clinique bien connu: excitation psychomotrice, tremor, anxiété, nausées et vomissements, hallucinations visuelles ou auditives, tachycardie, hypertension, hyperthermie, sudations, convulsions et délire.

La prévention du syndrome de sevrage alcoolique, son traitement électif ou en urgence peuvent souvent être assumés en pratique ambulatoire, pour peu que l'on ait identifié les patients à risque d'un syndrome de sevrage sévère qui eux doivent être traités en milieu hospitalier. Le présent article résume les données actuelles concernant l'indication à une prise en charge hospitalière, ainsi que les recommandations de pratique ambulatoire concernant sa prévention et son traitement médicamenteux.

INTRODUCTION

Le syndrome de sevrage alcoolique peut survenir chez tout patient présentant une consommation abusive et chronique d'alcool. Il peut survenir précocement après l'arrêt de l'alcool, à savoir dans les heures qui suivent. Certains patients alcoolodépendants ressentent même sa survenue quotidiennement, le matin au réveil, sous forme de tremblements, de nausées et d'anxiété nécessitant la prise immédiate d'alcool pour supprimer ces symptômes. Le syndrome de sevrage alcoolique correspond à une phase d'hyperexcitabilité du système nerveux central, dont

la durée peut varier de un à sept jours dans la plupart des cas. Cette hyperexcitabilité neuronale est en fait l'expression des mécanismes compensateurs excitatoires que le système nerveux a mis en place pour contrecarrer l'effet sédatif chronique de l'alcool sur le système nerveux. En d'autres termes, il correspond à l'expression des mécanismes de tolérance démasqués par l'arrêt de l'alcool.

Les premiers symptômes du syndrome de sevrage de l'alcool, survenant dans les heures qui suivent l'arrêt de la consommation, peuvent être rapportés à une phase d'excitabi-

lité psychomotrice. Sont particulièrement évidents le tremor, la nervosité, l'anxiété, les nausées, voire les hallucinations visuelles ou auditives. Les convulsions sont fréquentes, de type tonico-clonique, d'emblée généralisées. Plus tardivement apparaissent les manifestations d'une excitation du système nerveux autonome, avec tachycardie, hypertension, hyperthermie, sudations profuses. Ce tableau peut se compliquer d'un délire avec une désorientation complète, correspondant au tableau clinique du delirium tremens. La plupart des patients présentant un syndrome de sevrage alcoolique n'évoluent pas vers un tableau complet de delirium tremens, mais à chaque épisode, le syndrome de sevrage est plus sévère, nécessitant à chaque fois un traitement plus important.

Cet article est destiné à aborder les différentes questions d'ordre diagnostique et thérapeutique du syndrome de sevrage alcoolique en pratique ambulatoire. Il n'abordera pas les questions d'ordre psychosociale et alcoolologique relevant du traitement à moyen et long terme du patient alcoolique.

¹ Médecin chef Unité d'alcoolologie, CHUV, Lausanne.

² Médecin praticien, Vouvry (VS).

DESCRIPTION DU CAS N° 1

Le patient, un homme de 42 ans, est bien connu depuis des années mais peu médicalisé. Bûcheron pendant l'hiver, vacher d'alpage pendant l'été, il a consulté à quelques reprises au cours des dernières années pour des affections médicales bénignes. Alcoolique dépendant depuis des années, déclarant une consommation de 3 à 5 litres de vin par jour, il a toujours refusé toute prise en charge de ce problème.

Il n'a jamais présenté de complications médicales liées à sa consommation d'alcool, à l'exception de quelques traumatismes et d'une chute en état d'ébriété un an auparavant qui lui a causé une fracture de cheville traitée chirurgicalement; un delirium tremens s'en est suivi dans la phase postopératoire de l'ostéosynthèse.

Compte tenu de cet élément, l'orthopédiste exige maintenant un sevrage préopératoire (ablation du matériel d'ostéosynthèse). Le patient consulte à cette intention.

QUESTIONS

- Faut-il hospitaliser le patient pour ce sevrage, et où?
- Quels sont les éléments, chez lui et en général, qui permettent d'orienter un patient soit vers un sevrage hospitalier, soit vers un sevrage ambulatoire?
- La demande du patient (en l'occurrence demande d'un sevrage ambulatoire) est-elle un argument à prendre en compte?

DISCUSSION DU CAS N° 1

Dans le cadre de la consultation ambulatoire d'un médecin praticien, il peut arriver fréquemment que ce dernier soit amené à décider de la gestion ambulatoire ou non d'un syndrome de sevrage. En effet, que ce soit pour le patient alcoolodépendant souhaitant entrer dans un processus d'abstinence, que ce soit lors de la survenue d'une maladie aiguë imposant de fait une abstinence non programmée, que ce soit pour la préparation à un acte médical programmé (tel le cas décrit), le médecin praticien se doit d'identifier

Tableau 1. — Facteurs de risque de la survenue d'un syndrome de sevrage alcoolique (SSA) chez le patient alcoolodépendant.

	Facteurs de risque d'un SSA sévère ¹
Consommation importante d'alcool	
Symptômes quotidiens (trémor/nausées) SSA antérieur	
SSA antérieur sévère (delirium tremens)	+++
Convulsions de sevrage antérieures	++
Dépendance à d'autres psychotropes	++
TCC antérieur(s)	+
Affection médicale aiguë	+
Hépatite alcoolique aiguë	++
Troubles neurologiques d'origine alcoolique	++
Troubles électrolytiques	+++

¹La présence de l'un ou l'autre de ces facteurs de risque impose le traitement hospitalier du SSA.

parmi ces cas ceux qui nécessitent un traitement en milieu hospitalier, en raison du risque d'un syndrome de sevrage sévère. Le tableau 1 dresse la liste des facteurs de risque de survenue d'un syndrome de sevrage chez un patient alcoolique et identifie ceux pour lesquels une orientation vers un sevrage hospitalier doit être fait. En effet, un syndrome de sevrage alcoolique sévère nécessite un traitement lourd, souvent parentéral, et un niveau de surveillance incompatible avec une prise en charge ambulatoire. La mortalité des syndromes de sevrage sévères (delirium tremens par exemple) reste élevée, même en milieu hospitalier, en raison des morbidités cardiaque, respiratoire, neurologique ou métabolique associées.

Avant toute décision de traitement ambulatoire d'un sevrage programmé ou en urgence si nécessaire, il y a lieu impérativement de pratiquer une anamnèse ciblée sur la consommation d'alcool, présente et passée, ses complications, en particulier la présence d'un syndrome de sevrage antérieur, de convulsions

antérieures, de symptômes quotidiens de sevrage, sur l'existence ou non de pathologies associées. L'examen clinique doit au moins comporter un examen attentif de la situation cardio-respiratoire et neurologique (situation basale avant sevrage). En cas d'affection ou de traitement associé, il y a lieu de pratiquer des examens paracliniques, en particulier un dosage des électrolytes, du glucose, de la créatinine et des tests hépatiques.

En l'occurrence, chez ce patient donné (cas n° 1), l'anamnèse d'un syndrome de sevrage sévère au cours de la première intervention chirurgicale est un élément qui prédit la récurrence certaine d'un syndrome de sevrage sévère qui ne peut être géré de manière ambulatoire. Il y a donc lieu d'hospitaliser ce patient, indépendamment du contexte alcoolique ou psychosocial, sa prise en charge ambulatoire étant impossible, en raison du niveau de risque. La demande insistante du patient de ne pas être hospitalisé ne peut donc être prise en compte comme un élément déterminant.

DESCRIPTION DU CAS N° 2

Le patient, un homme de 53 ans, consulte pour l'organisation d'un sevrage et le début d'une cure d'Antabus®. Ce patient, connu depuis plusieurs années, est dépendant de l'alcool, ainsi que tabagique. Malgré de multiples mises en garde, en raison de signes d'hépatopathie alcoolique débutante, d'une polyneuropathie, ainsi que de troubles digestifs et du sommeil progressifs, il n'a jamais à ce jour accepté de projet d'abstinence. Menacé de séparation par son épouse et de perte de son emploi en l'absence d'une abstinence contrôlée par Antabus®, le patient reconsulte, résolu à «faire quelque chose».

L'anamnèse systématique, l'examen physique et l'examen biologique sont sans grande particularité. Le patient ne reçoit aucune médication particulière.

Questions:

- Quelles mesures générales prenez-vous (information au patient, traitement, etc.)?
- Quel(s) médicament(s) choisissez-vous, à quelle(s) dose(s) et pour quelle(s) durée(s)?
- Quelle(s) surveillance(s) allez-vous prévoir?
- Conseilleriez-vous l'arrêt du tabac, simultanément à l'arrêt d'alcool?

DISCUSSION DU CAS N° 2

Dans ce deuxième cas, il est évident qu'au vu de ce qui est discuté précédemment, la prise en charge ambulatoire d'un tel patient est possible. Ce patient ne présente en effet aucun facteur de risque de syndrome de sevrage sévère. Avant l'arrêt de la consommation alcoolique et la mise en route d'un traitement pharmacologique, il est essentiel de procéder à un certain nombre de mesures générales, à savoir:

1. Une information détaillée au patient sur la nature d'un syndrome de sevrage, ses symptômes, ses risques et son traitement. L'interdiction de la conduite automobile dans la

phase de sevrage est indispensable. L'arrêt de travail est optionnel, mais il peut être nécessaire pendant quelques jours selon le contexte.

2. Une information détaillée à l'entourage significatif, en particulier au(x) partenaire(s) d'habitation.
3. La prescription d'office de vitamine B1 (thiamine - Benerva®), à raison de 100 à 300 mg par jour, ainsi que la prescription d'une préparation multivitaminique chez les patients dénutris. Des recommandations précises d'une hydratation optimale et d'une surveillance quotidienne du poids corporel doivent être faites, en raison des risques de déshydratation.
4. Une anticipation des moyens de surveillance, par exemple par l'organisation d'une surveillance infirmière à domicile pendant quelques jours.

Le choix des médicaments actifs pour la prévention ou le traitement d'un sevrage alcoolique fait actuellement l'objet d'un large consensus international:

Les **benzodiazépines** constituent de loin le groupe de médicaments les mieux étudiés et les plus appropriés pour la prévention et le traitement du syndrome de sevrage de l'alcool. Elles ont pour avantage une très grande marge thérapeutique, une très bonne efficacité et une excellente activité anti-épileptique. Certains médicaments de cette classe (oxazépam ou lorazépam, par exemple) n'ont pas de métabolites actifs et comportent de ce fait un risque extrêmement faible d'accumulation, même en présence d'une insuffisance hépatique ou d'un âge avancé. Les benzodiazépines sont par ailleurs extrêmement bien tolérées, sans hépatotoxicité connue. Une méta-analyse récente confirme la supériorité de cette classe de

médicaments sur toutes les autres classes disponibles à ce jour (1). Il persiste par contre un doute sur le choix de benzodiazépines à longue durée d'action (diazépam ou chlor-diazépoxyde, par exemple) à plus haut risque d'effet cumulatif, ou de benzodiazépines à moyenne durée d'action (oxazépam ou lorazépam, par exemple) à plus haut risque d'une moindre activité anti-épileptique.

Le **clométhiazole** (Distraneurin®) est un excellent médicament pour la prévention ou le traitement du sevrage alcoolique. Il dispose d'une excellente activité anti-épileptique, et d'un très faible risque d'accumulation, en raison d'une demi-vie courte. Largement utilisé en Angleterre où il est considéré comme un des médicaments de première intention, il est disponible sous deux formes, la voie orale ou la voie intraveineuse. La dernière forme ne doit être utilisée que pour le traitement du syndrome de sevrage alcoolique sévère, en milieu de soins intensifs, en raison du risque de dépression respiratoire.

Les **barbituriques** correspondent à un groupe de médicaments également très efficaces dans le traitement du syndrome de sevrage alcoolique. Ils ont une excellente activité anti-épileptique mais comportent un risque addictogène non négligeable. Par ailleurs, ils ont un effet inducteur sur le cytochrome P450, une propriété pharmacologique non désirable chez le patient alcoolique, ayant déjà une induction enzymatique considérable liée à la consommation d'alcool. De ce fait, ils constituent un groupe de médicaments de seconde intention dans le traitement du sevrage alcoolique, sans avantage sur les benzodiazépines. L'Atrium® est une association d'un barbiturique et de tétrabamate.

La **clonidine** (Catapresan®) et les **β-bloquants** (propranolol par exemple) ont été proposés comme traite-

Tableau II. — Schéma thérapeutique proposé du traitement préventif du syndrome de sevrage alcoolique en pratique ambulatoire¹.

	Jour 1	Jours 2 et 3
Chlordiazépoxyde (Librium®)	4 x 50 mg/j	4 x 25 mg/j puis stop
ou Diazépam (Valium®)	4 x 10 mg/j	4 x 5 mg/j puis stop
ou Lorazépam (Temesta®)	4 x 2 mg/j	4 x 1 mg/j puis stop
ou Oxazépam (Seresta®)	4 x 30 mg/j	4 x 15 mg/j puis stop

¹ Adapté selon Mayo-Smith (1).

ments adjuvants du syndrome de sevrage alcoolique, en raison de leur capacité de diminuer l'hyperexcitabilité sympathique observée dans les syndromes de sevrage sévères. Leur utilisation systématique est délicate, en raison des effets secondaires possibles (hypotension, bradycardie ou bronchospasme pour les β -bloquants), malgré la démonstration de leur utilité en matière de réduction des signes et symptômes végétatifs permettant la baisse des doses et de la durée du traitement de benzodiazépines (2).

Les **neuroleptiques** ne devraient plus être utilisés dans le traitement du sevrage alcoolique. En effet, plusieurs études ont démontré de manière claire leur moindre efficacité par rapport aux benzodiazépines, en raison du risque de convulsions (effet pro-épileptique des phénothiazines) d'une part, ainsi qu'en raison des effets secondaires, certes rares mais dramatiques (hépatite toxique, hyperthermie maligne). Seul l'**halopéridol** (Haldol®) peut avoir une utilité en milieu hospitalier, lors de formes extrêmement délirantes; il ne devrait cependant être utilisé qu'en association avec un traitement de benzodiazépines.

La dose et la durée du traitement ambulatoire du syndrome de sevrage

alcoolique peut être standardisé. Sur la base des recommandations actuelles, un traitement à dose fixe de benzodiazépines peut être proposé. Le tableau II présente un tel schéma. Il est important de noter que le choix d'une benzodiazépine par rapport à une autre est du ressort du médecin prescripteur, plus habitué à un produit qu'à un autre, compte tenu des caractéristiques respectives des produits précédemment décrits. Il est toutefois important de noter qu'en aucun cas le traitement ne devrait dépasser quelques jours, la poursuite d'un traitement de benzodiazépines (par exemple pour traiter un trouble du sommeil associé) comportant un risque extrême de dépendance chez le patient alcoolodépendant.

L'alternative à un schéma posologique fixe est d'ajuster l'importance et la durée du traitement à la gravité des symptômes. Un tel traitement ajusté aux symptômes nécessite cependant le monitoring répétitif du patient sur la base d'un scoring du syndrome de sevrage validé (tel le score CIWA-Ar par exemple) difficilement réalisable en milieu ambulatoire. Un tel schéma thérapeutique ajusté aux symptômes est donc probablement du ressort uniquement d'institutions spécialisées. Des

études ont cependant démontré la pertinence de tels traitements ajustés aux symptômes en matière de réduction des doses et des durées du traitement aux benzodiazépines (3, 4).

Pendant la période du traitement du syndrome de sevrage de l'alcool, il est impératif que le médecin dispose d'une capacité de surveillance du patient et des effets de son traitement. Un contact quotidien doit avoir lieu entre le patient et le médecin, éventuellement par l'intermédiaire d'une infirmière à domicile. Lors de ce contact quotidien, l'examen des signes vitaux (TA, FC et T°) doit être fait, ainsi que la surveillance du poids corporel (risque de déshydratation). Les éléments suivants doivent être recherchés par l'anamnèse et/ou l'examen clinique:

- nausées et vomissements,
- tremor,
- sudations,
- anxiété, agitation psychomotrice,
- hallucinations tactiles, auditives ou visuelles,
- céphalées,
- orientation spatio-temporelle.

La normalisation des symptômes ou des signes cliniques permet la diminution, voire l'arrêt du traitement, tout en maintenant la surveillance pendant au moins 24-48 heures.

Enfin, en réponse à la dernière question posée dans le descriptif du deuxième cas, il est important de noter qu'en fonction des connaissances actuelles sur les dépendances multiples, en particulier celle de la nicotine associée à l'alcool, il n'y a aucune raison pour ne pas proposer un arrêt simultané des deux produits, qui ne prêterait en rien la chance de succès d'un projet d'abstinence de l'alcool. Il est même courant d'observer qu'après l'arrêt de la consommation d'alcool chez un patient alcoolodépendant et fumeur, la consommation de tabac s'accroît et est rarement interrompue ulté-

rieurement. Les données épidémiologiques du suivi des patients alcooliques en rémission démontrent un risque particulièrement élevé de mortalité précoce lié à la consommation de tabac.

CONCLUSION

La gestion d'un syndrome de sevrage de l'alcool est fréquemment possible en pratique ambulatoire. En effet, le syndrome de sevrage alcoolique est généralement mineur, ne nécessitant que des mesures d'évaluation, de surveillance et de prescription facilement compatibles avec une pratique ambulatoire. Il est

cependant impératif d'identifier parmi les patients ceux qui nécessitent un traitement du sevrage en milieu hospitalier, en raison de facteurs de risque élevés du sevrage compliqué. Les recommandations de pratique largement consensuelles permettent un choix aisé des médicaments appropriés, de leur dose et leur durée.

Mots-clés

Alcoolisme • sevrage d'alcool • ambulatoire (prise en charge...) • médecin praticien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mayo-Smith M.F.: *Pharmacological management of alcohol withdrawal: a meta-analysis and evidence-based practice guideline*. JAMA, 278: 144-151, 1997.
2. Kraus M.L., Gottlieb L.D., Horwitz R.I., Anscher M.: *Randomized clinical trial of Atenolol in patients with alcohol withdrawal*. NEJM, 313: 905-909, 1985.
3. Saitz R., Mayo-Smith M.F., Roberts M.S., Redmond H.A., Bernard D.R., Calkins D.R.: *Individualized treatment for alcohol withdrawal: a randomized double-blind controlled trial*. JAMA, 272: 519-523, 1994.
4. Sullivan J.T., Swift R.M., Lewis D.C.: *Benzodiazepine requirements during alcohol withdrawal syndrome: clinical implications of using a standardized withdrawal scale*. J. Clin. Psychopharmacol., 11: 291-295, 1991.

Adresse:

Dr B. Yersin, Médecin chef, Unité d'alcoologie, CHUV - 1011 Lausanne, tél. (021) 314 06 82, fax (021) 314 04 63, e-mail: Bertrand.Yersin@chuv.hospvd.ch