

INTOXICATION ETHYLIQUE AIGUE

(Plutôt qu'ivresse)

2 phases :

- A faibles doses : effet psychostimulant et désinhibiteur (conséquences positives ou négatives selon le contexte)

- A fortes doses :

 - Confusion

 - Incoordination motrice (syndrome cérébelleux)

Le problème des "Ivresses Pathologiques". Responsabilités médico-légales

Importance des IEA en santé publique

Responsables de la dangerosité sociale de l'alcool

Coût social considérable : urgences, Police...

Les risques :

- traumatismes associés et méconnus,
- hypoglycémies (enfant),
- pneumopathie, hypothermies....

Attention aux diagnostics différentiels :

- Erreurs de diagnostic ivresse avec alcoolémie nulle
- Méconnaissance de troubles associés

Ne pas hésiter à faire une alcoolémie si le diagnostic est douteux

Le problème des « dégriselements » au poste de police

Traitement de l'intoxication éthylique aiguë

Intoxication simple : repos

Agitation psychomotrice:

1 /Sédatifs : Benzodiazépines

Loxapine (Loxapac®),

Clonazépam (Rivotril ®)

2/Traitement symptomatique, prévention des complications : fausses routes, troubles hydroélectrolytiques.

Enfant : prévention des hypoglycémies.

Intoxication alcoolique aiguë

Lien avec une structure alcoologique: idéalement une équipe de liaison présente sur site.

Peu d'efficacité des "mesures simples"

Définition du syndrome de sevrage

Symptômes apparaissant à l'arrêt de la consommation

et non

Symptômes réapparaissant à l'arrêt de la consommation
mais possibilité

- d'effets anticipatoires
- d'effets rebond

Syndrome de sevrage à l'alcool

1) Au bout de quelques heures

- * Troubles subjectifs : anxiété, insomnie, cauchemars
- * Troubles neurovégétatifs : tremblements, sueurs, hypertension artérielle
- * Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée

2) Quelques heures plus tard

- * Delirium
- * Convulsions
- * Hallucinations

Syndrome de sevrage benzodiazépines

Idem mais retardé de 2 à 3 jours

Quels sont les objectifs d'un sevrage thérapeutique?

1er objectif :

Prévention du syndrome de sevrage : est-il dangereux d'arrêter de boire?
non, mais.... difficultés possibles,

- * Gravité possible du syndrome de sevrage en l'absence de traitement.
- * Risque létal possible
- * Troubles hydroélectrolytiques
- * Encéphalopathie de Wernicke
- * Sevrage d'autres substances.

2ème objectif : donner du temps au malade

Le patient alcoolique sevré est un convalescent et doit être traité comme tel.

Temps pour la régression :

- des troubles de l'humeur,
- des troubles cognitifs,
- des troubles somatiques.

Il n'existe pas de véritable frontière au delà des premiers jours entre la période de sevrage et la période de post-sevrage.

3ème objectif : associer abstinence et bien-être

Le sevrage ne doit pas être vécu comme une privation mais comme un mieux-être

Un changement d'environnement : pas seulement de lieux mais surtout l'entourage.

La réussite de ce temps a certainement une valeur pronostique.

Une proposition de conduite pratique en période de sevrage

Boissons à disposition : à consommer avec modération

Traitement sédatif : par exemple : Diazépam® : 10 mg x 3/j

Thiamine® : si

- troubles neurologiques non diagnostiqués
- dénutrition, anorexie
- troubles digestifs : vomissements, diarrhée

Par voie parentérale (100 à 500 mg/j) mais risque de choc anaphylactique

Sinon par voie orale (500 mg à 1 g/j) ou abstention

Recherche d'une hépatite, d'une pancréatite

Examens systématiques : en milieu hospitalier

- * Numération formule (plaquettes)
- * Ionogramme
- * Cétose urinaire

Complications hépatiques

Complications des cirrhoses :

Hémorragies digestives (rupture de varices oesophagiennes, ulcérations gastroduodénales)

Encéphalopathies

Formes graves des hépatites alcooliques (elles justifient un traitement par les corticoïdes):

Ictère et chute du taux de prothrombine (score de Madrey)

Le problème du dépistage des varices oesophagiennes (elles justifient un traitement par les bêtabloqueurs si importantes):

Relativement simple en milieu hospitalier :

clinique+biologique→échographique→fibroscopie gastrique

Beaucoup plus complexe en ambulatoire.

Traitement des polyneuropathies et neuropathies optiques : intérêt des vitamines du groupe B?

Aucune preuve de l'efficacité des vitamines dans ces troubles

Traitement de l'alcoolodépendance

Utiliser des médicaments?

Anxiolytiques

- Utiles pour soigner une anxiété pathologique fréquente chez les patients alcoolodépendants

Mais

- Pas d'effets sur l'appétence à l'alcool. Au contraire, potentialisation possible et associations fréquentes.
- Risque majeur de dépendance aux benzodiazépines chez les alcooliques mais également pour les carbamates et barbituriques.

Utiliser des médicaments?

Antidépresseurs

- Justifiés par l'association fréquente dépression - alcoolisme et par les troubles du post-sevrage.
- Pas de dépendance aux antidépresseurs, (sauf amineptine).

Mais

- Indication non systématique, justifiée seulement chez certains patients (notamment si antécédents d'attaques de panique).

Exemple de symptômes du DSM IV

De dépression :

- Diminution d'intérêt
- Modification du poids
- Insomnie
- Ralentissement psychomoteur
- Fatigue
- Sentiment d'indignité
- Troubles de concentration

De troubles anxieux:

- Tremblements
- Transpiration
- Palpitations
- Nausées
- Lipothymies
- Difficultés de concentration

Utiliser des médicaments? Esperal®

Mais

- Dangereux :
 - mort subite
 - Polyneuropathies
 - Troubles cognitifs
 - Suicide
- Illogique: ne supprime pas l'appétence.

Acamprosate

- 14 études randomisées soit environ 2000 patients.
- Efficacité pour au moins 1 critère dans toutes les études sauf 2.
- Très peu d'effets secondaires: diarrhée.
- Méta analyse:différences significatives (Kranzler et Van Kirk, 2001)

Mais résultats modestes

Naltrexone

- 10 études représentent environ 1000 patients
- Résultat discordants
- Les 2 premières études, résultats très significatifs
- Résultats beaucoup plus limités dans les études ultérieures mais méta analyse significative.

Substances prohédoniques:

Ne provoquent pas, chez l'animal, d'autostimulation

Mais

Renforcent l'effet des « renforçateurs »

normaux tels que la nourriture

Ex: amisulpiride (Solian®)

Ne pas utiliser de médicaments ?

Thérapies basées sur le conditionnement

Thérapeutiques aversives : cure de dégoût

Renforcement positif: cure de Champeau

Ne pas utiliser de médicaments?

Psychothérapies individuelles

- * Groupes de paroles: mouvements d'anciens buveurs, associations...
- * Thérapies motivationnelles et cognitivo-comportementales
- * « Ergothérapie »: ateliers, analyse transactionnelle, relaxation.....

La relation de l'alcoolique et de son entourage

- La consommation reste longtemps inconsciente.
- Un délai important est nécessaire pour que le malade accepte de se soigner. Seuls sont valables les motifs personnels. La crainte des complications médicales et sociales est rarement déterminante.
- Importance considérable des problèmes sexuels au cours de l'alcoolodépendance
- Suivi prolongé nécessaire. Admettre la notion de convalescence.

Le suivi des patients alcooliques

Ambulatoire

Hospitalisation si :

- Échec de l'ambulatoire
- Syndrome de sevrage grave
- Cormobidités somatiques, psychiques ou sociales

Indication des SSR.

Ne pas confondre sevrage et guérison

Importance du référent

La thérapeutique de l'alcoolodépendance utilise des méthodes :

Validées

Efficaces

Quelque chose plutôt que rien est efficace.
Le choix des thérapeutiques à utiliser est plus délicat.

L'essai contrôlé est mal adapté aux psychothérapies

Critères de succès

- Ce n'est pas « l'abstinence absolue et définitive »
- Nécessité d'intégrer des critères concernant la qualité de vie.
- La durée cumulée d'abstinence constitue le critère principal.

Les épidémiologistes ont bien montré que le meilleur critère pronostic était le temps total d'abstinence.

Patient 1 : pas de « rechute » en 1 an = 365 jours

Patient 2 : 3 « rechutes » de 24 h en 1 an = 362 jours

Patient 3 : 1 « rechute » de 3 mois = 275 jours

Mais le patient 2 sollicite beaucoup plus les équipes que le patient 3

De nombreuses complications ne sont pas liées à la dose cumulée

Bien d'autres critères en dehors des consommations doivent être pris en compte, particulièrement la qualité de vie.

La réduction des risques

Une démarche originale, novatrice et fructueuse.

Une nouvelle philosophie plus qu'une nouvelle technologie qui a bousculé les objectifs des soignants.

Peut-on « exporter » ce concept à d'autres addictions que celles liées aux opiacés ?

Sur Google, environ 236000 occurrences pour le terme « réduction des risques » :

pollution atmosphérique, rejets de pesticides, catastrophes naturelles, marées noires...

Dans le cas de l'alcool

Pas de traitements de substitution connus.

Expériences de « généralisation » : des animaux d'expériences confondent l'alcool avec un mélange benzodiazépines kétamine.

Difficilement applicable à l'espèce humaine.

Les benzodiazépines et les antidépresseurs n'ont pas d'efficacité dans la prévention des reprises d'alcool et ne peuvent pas être considérés comme des traitements de substitution.

En l'absence de traitements de substitution, le sevrage reste l'objectif essentiel chez des personnes dépendantes.

Mais

Doit-on envisager le pronostic d'un patient en tout ou rien ?

Abstinence totale et définitive sinon rien.

Chez certaines personnes alcoolodépendantes, il faut savoir se limiter à un suivi à bas seuil d'exigences.

- Revoir rapidement la personne dès la reprise de la consommation d'alcool
- Prendre en compte les comorbidités associées somatiques et psychiatriques (problème de l'hépatite C).
- Accepter le maintien d'une consommation occasionnelle.

Rechute vs consommation

Mr. X est suivi depuis 10 ans. Aujourd'hui, il en est à sa 20ème rechute.

Désespérant!

D'autant qu'il consomme une bouteille de whisky par jour, soit :

-240 g d'alcool pur mais ses rechutes sont de brève durée

-15 jours

Consommation quotidienne au cours des 10 années écoulées:

$(15 \times 20 \times 240) / 3652 \approx 20$ g/j soit 2 verres standards

Importance du traitement social de la personne dépendante

Sans insister sur la reprise d'emploi.

En s'appliquant à restaurer liens sociaux et
hédonisme.

Moyens nécessaires

le clivage actuel

- entre court et moyen séjour
- entre hospitalisation programmée et hospitalisations en urgence
- entre ambulatoire et résidentiel

Ne correspond pas aux besoins d'une démarche de réduction des risques qui doit être beaucoup plus pragmatique

Pas de thérapeutiques spécialement destinés aux patients en situation de précarité