

Sevrages alcool  
et  
Tabac  
Substances illicites  
Benzodiazépines

S Dally

# ALCOOL ET TABAC

## Quel risque

75 à 95 % des patients alcoolodépendants fument et risquent ainsi de mourir de cancer des VADS.

La consommation de tabac augmente parfois à l'arrêt de l'alcool.

Le double sevrage d'emblée paraît souvent illusoire.

Tentation pour le soignant de remettre à plus tard le sevrage tabagique pour ne pas compromettre celui de l'alcool.

# ALCOOL ET TABAC

## Que faire ?

10 à 50 % des patients alcoolodépendants sont intéressés par l'arrêt du tabac. Un tel arrêt n'augmente pas le taux de rechute pour l'alcool.

Il existe des thérapeutiques validées du sevrage tabagique (malheureusement non remboursées).

Importance de construire un projet de sevrage immédiat ou différé. Nécessité de formation des alcoologues (ex : le problème des dépressions réactionnelles).

NB : envisager une substitution « à bas seuil » ?

Pour l'AFSSAPS, l'objectif reste le sevrage.

En matière de cancer la durée de consommation a beaucoup plus de gravité que la quantité consommée.

Processus d'autotitration inconscient.

Mais

Le cancer n'est pas la seule complication du tabagisme.

Effets bénéfiques d'une réduction des consommations pour d'autres pathologies respiratoires ou cardiaques.

La substitution permet d'éviter l'autotitration.

La réduction des consommations peut être une première étape dans le sevrage tabagique.

# **ALCOOL ET SUBSTANCES ILLICITES**

## **Quels risques ?**

Très rarement, évolution de l'alcoolodépendance vers l'usage d'opiacés. Mais fréquence élevée (30 à 50 %) du passage de l'usage d'opiacés vers l'alcoolodépendance notamment au cours des traitements de substitution.

Difficultés d'un double sevrage mais impossibilité pour le soignant de préconiser le maintien d'une consommation illicite.

# **Alcool et substances illicites**

## **Que faire ?**

Lorsque le patient le demande, entreprendre un sevrage opiacé.

Sinon

Proposer ou continuer un traitement de substitution.

L'alcoolodépendance du patient « toxicomane » nécessite des modalités de suivi particulières.

# Alcool et médicaments Quels produits ?

Il existe des méthodes expérimentales et cliniques qui permettent d'affirmer l'existence d'un potentiel de dépendance.

Sont concernés :

les opiacés y compris Codéine et propoxyphène

des antihistaminiques et des barbituriques retirés du marché des carbamates

Mais essentiellement les benzodiazépines

Par contre, pas de dépendance aux anti-dépresseurs sauf exception

# Les transferts de dépendance vers les médicaments psycho-actifs posent des problèmes particuliers

Les médicaments font l'objet d'une AMM sont le plus souvent prescrits et donc présumés avoir des effets bénéfiques

La définition d'un médicament psycho-actif est imprécise

En pratique : médicaments ayant un potentiel de dépendance

# Quels risques ?

Nombreuses similitudes entre effets pharmacologiques de l'alcool et médicaments addictifs mais pas de similitude absolue entre alcool et benzodiazépines.

La fréquence des consommations de psychotropes chez les patients alcoolodépendants est diversement appréciée.

Après sevrage, les consommations de benzodiazépines sont fréquemment retrouvées.

Ces consommations ont des conséquences néfastes

dépendance

troubles cognitifs, désinsertion en cas de consommation à doses massives.

# Quels avantages ?

Les benzodiazépines

Constituent le traitement de première intention au cours du sevrage. Pendant combien de temps ?

Traitement de substitution ? inefficaces

Intérêt en cas de troubles anxieux si ceux-ci ne sont pas la conséquence de l'alcoolodépendance

Problème de l'insomnie fréquente en post sevrage

# Que faire ?

En l'absence de consommation préalable éviter le recours aux benzodiazépines en post-sevrage sauf cas particulier.

En cas de consommation préalable, discuter le maintien si prescription justifiée ou le sevrage différé.

En cas de double dépendance avec consommation massive de benzodiazépines

Sevrage par décroissance progressive en milieu hospitalier

En recourant à des benzodiazépines des molécules à demi-vie longue

Contrôles cliniques et EEG

# PROTOCOLE DE SEVRAGE DES BENZODIAZEPINES

- 1- Établir aussi précisément que possible la posologie journalière du patient, en tenant compte des différentes spécialités qu'il utilise et en se méfiant des surdéclarations.
- 2- Calculer « l'équivalent Prazépam » (Lysanxia ® ) du traitement journalier.
- 3- Administrer cette dose, en solution (présentation inchangée pendant la durée du traitement), pendant trois jours, Ne pas dépasser une posologie journalière de 200 mg soit 400 gouttes.
- 4- Réduire les doses de moitié tous les deux à trois jours en surveillant les signes de sevrage cliniques et EEG.

Le traitement doit, en principe, être administré en une seule prise journalière mais certains patients préfèrent fractionner les doses en 2 à 4 prises. Il peut être proposé au patient un traitement en simple aveugle.

# TABLE DE CORRESPONDANCE

10 mg de PRAZEPAM (20 gouttes)  
correspondent à :

- XANAX :	0,25 mg
- HALCION :	0,5 mg
- TEMESTA :	1 mg
- ROHYPNOL :	2 mg
- MOGADON :	2,5 mg
- LEXOMIL :	3 mg
- TRANXÉNE :	3,75 mg
- VALIUM :	5 mg
- LIBRIUM :	25 mg
- SERESTA :	30 mg
- RIVOTRIL :	0,25 mg

# SEVRAGE BENZODIAZEPINES

Associer un anti-épileptique ?

Dépakine® pendant quelques semaines.

Le recours aux hypnotiques est souvent  
Indispensable :

Théralène®

Atarax®

Certains utilisent

Tercian®

Athymil®

# **Les compensations alimentaires**

Association fréquente de troubles du comportement alimentaire associés à l'alcoolodépendance.

Modifications fréquentes du comportement alimentaire après sevrage alcoolique avec risque de compensation après sevrage.

Nécessité de conseils et éventuellement d'un suivi diététique.