



Formation aux internes du DES de Médecine Générale
*à l'invitation du Syndicat Représentatif
Parisien des Internes de Médecine Générale*
9 avril 2024

Trouble de l'usage de l'alcool

Clara Lepez
Virgile Clergue-Duval

Présentation des locuteurs

- ▶ Absence de lien d'intérêt à déclarer

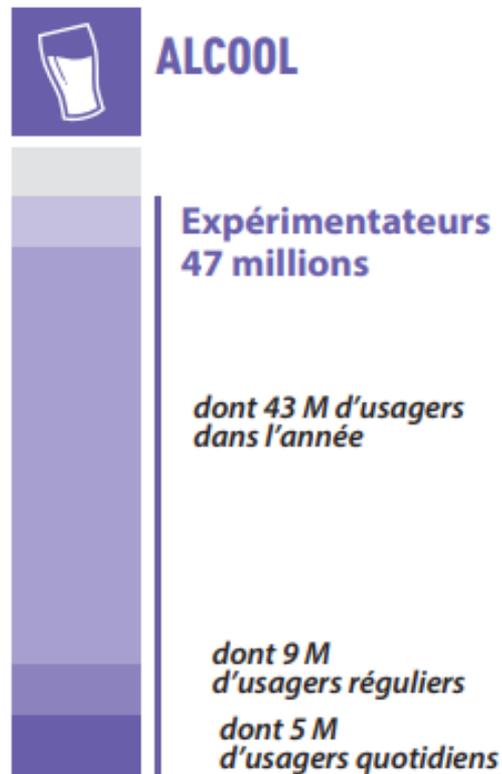
- ▶ Clara Lepez
 - ▶ Médecin généraliste

- ▶ Virgile Clergue-Duval, PHU
 - ▶ Formation : DES Médecine générale, DESC d'addictologie
 - ▶ Affiliations institutionnelles
 - ▶ Faculté de médecine, Université Paris Cité
 - ▶ Depart. Psychiatrie et de Médecine Addictologique, Hôpital Lariboisière Fernand-Widal, APHP Nord. Univ. Paris Cité
 - ▶ Inserm U-MRS 1144, Optimisation Thérapeutique en Neuropsychopharmacologie, Univ. Paris Cité



EPIDEMIOLOGIE

Estimation du nombre de consommateurs d'alcool parmi les 11-75 ans en France

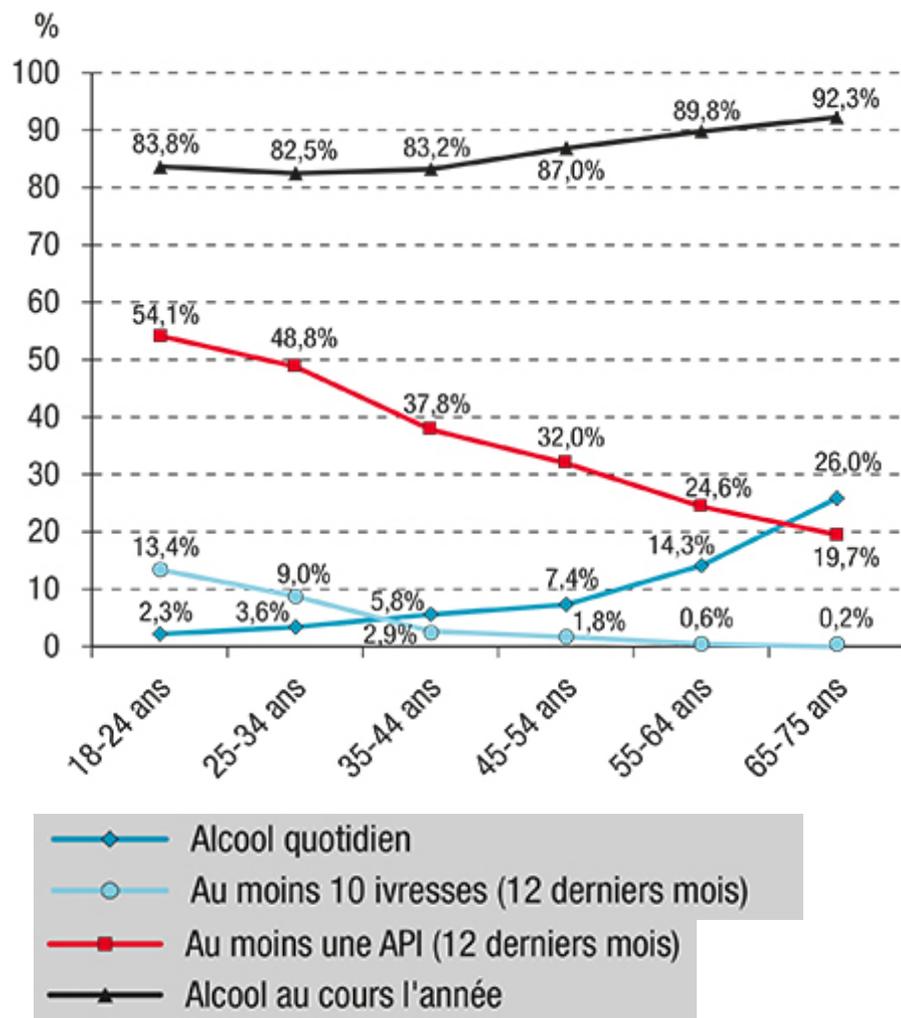


Données OFDT

Sur 51 millions de personnes âgées de 11 à 75 ans en 2020 (données INSEE)

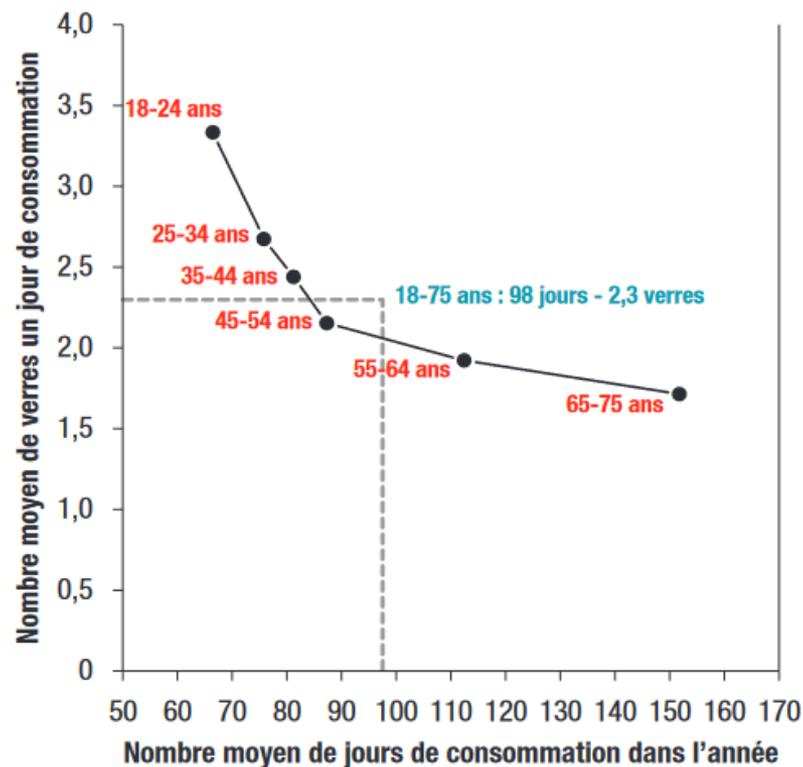


Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge en France métropolitaine, 2017



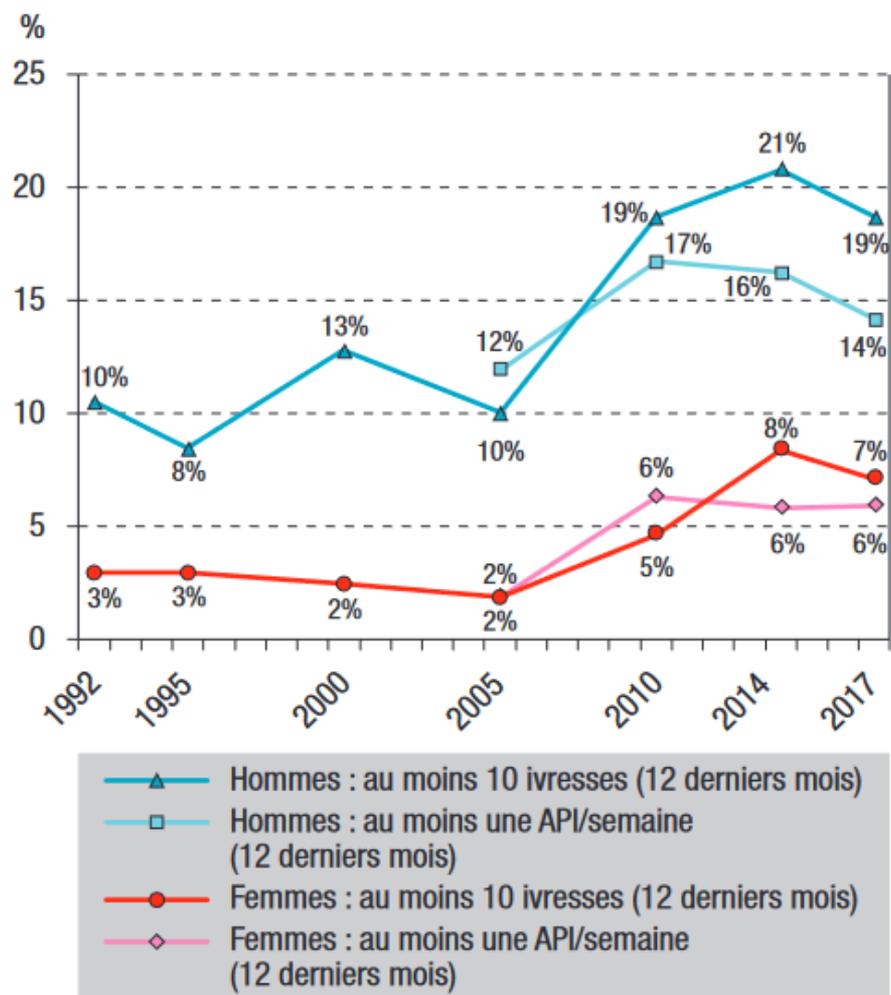
Source : Baromètre de Santé publique France 2017.
API : alcoolisation ponctuelle importante.

Distribution des moyennes du nombre de verres d'alcool consommés et du nombre de jours de consommation d'alcool selon l'âge, parmi les 18-75 ans ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. France métropolitaine, 2017



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

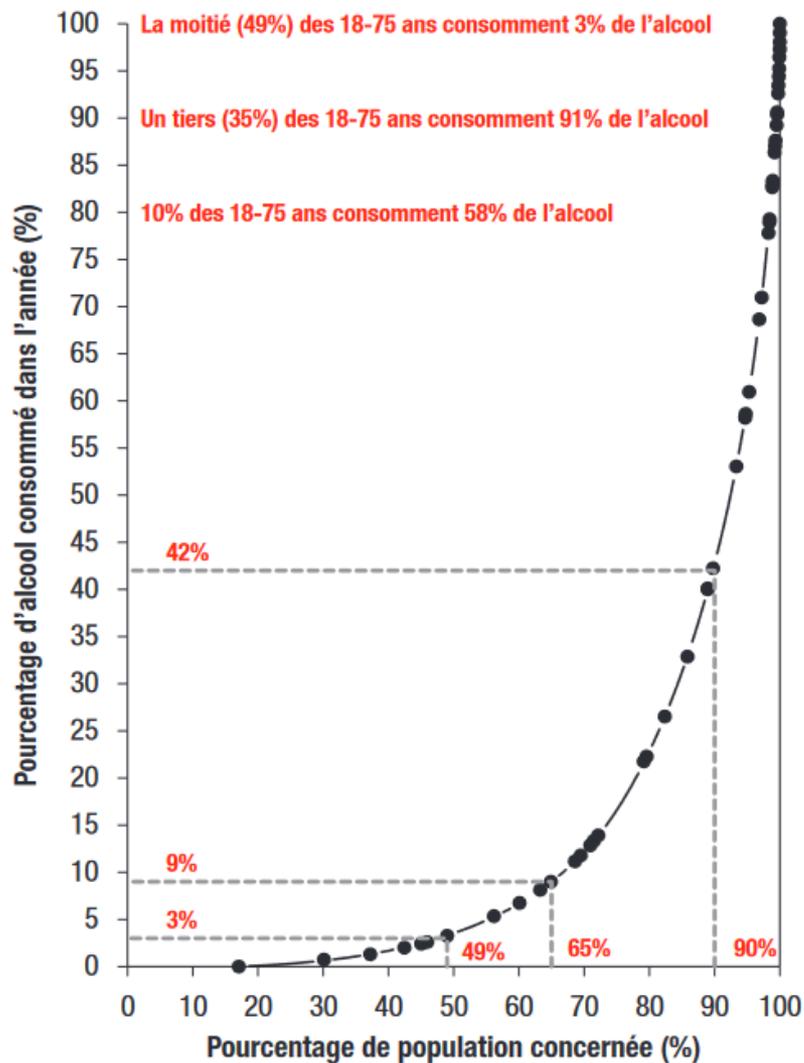
Évolution des indicateurs de consommation d'alcool parmi les 18-24 ans en France métropolitaine, 1992-2017



Sources : Baromètres de Santé publique France 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.

API : alcoolisation ponctuelle importante.

Distribution de la quantité d'alcool consommée dans l'année parmi les 18-75 ans en France métropolitaine en 2017



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs

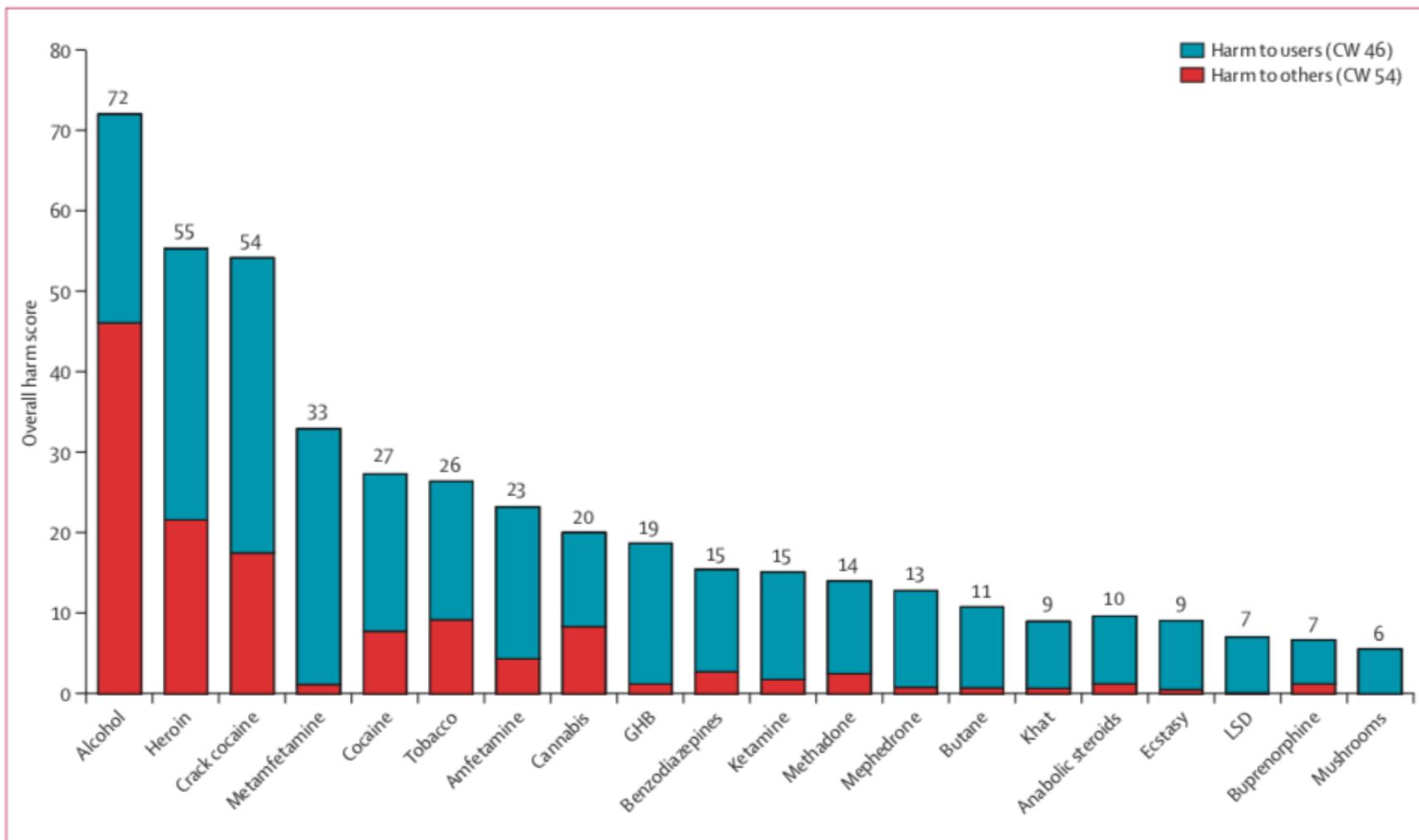


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others

The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

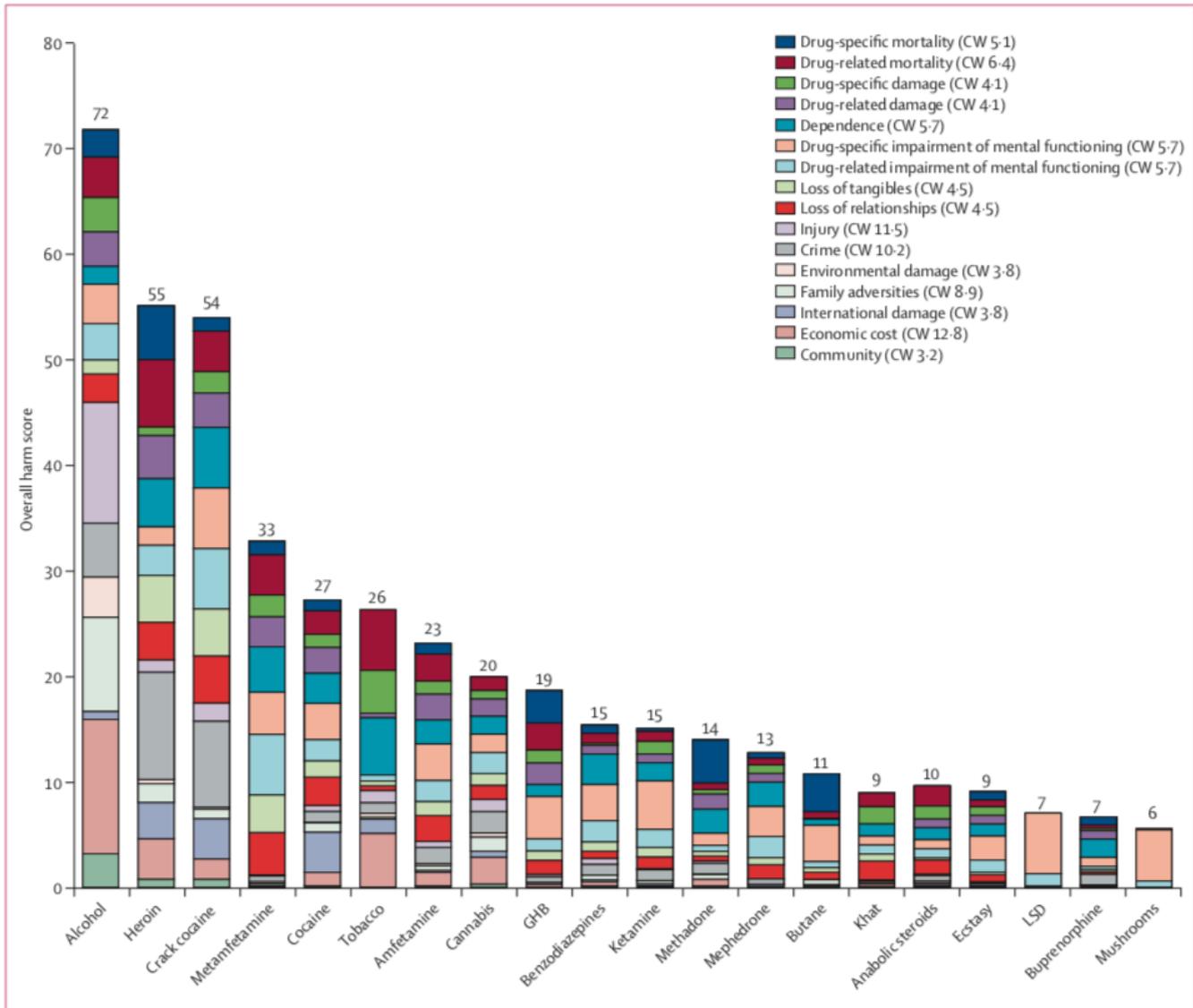


Figure 4: Overall weighted scores for each of the drugs

The coloured bars indicate the part scores for each of the criteria. The key shows the normalised weight for each criterion. A higher weight indicates a larger difference between the most harmful drug on the criterion and no harm. CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Mortalité

- ▶ 41 000 décès par an (2015)
 - ▶ 30 000 chez les hommes
 - ▶ 11 % de la mortalité des adultes de quinze ans et plus
 - ▶ 11 000 chez les femmes
 - ▶ 4 % de la mortalité des adultes de quinze ans et plus
- ▶ 2^{ème} cause de mortalité évitable (1^{er} tabac...)

Décès attribuables
aux usages de tabac
et d'alcool en 2015

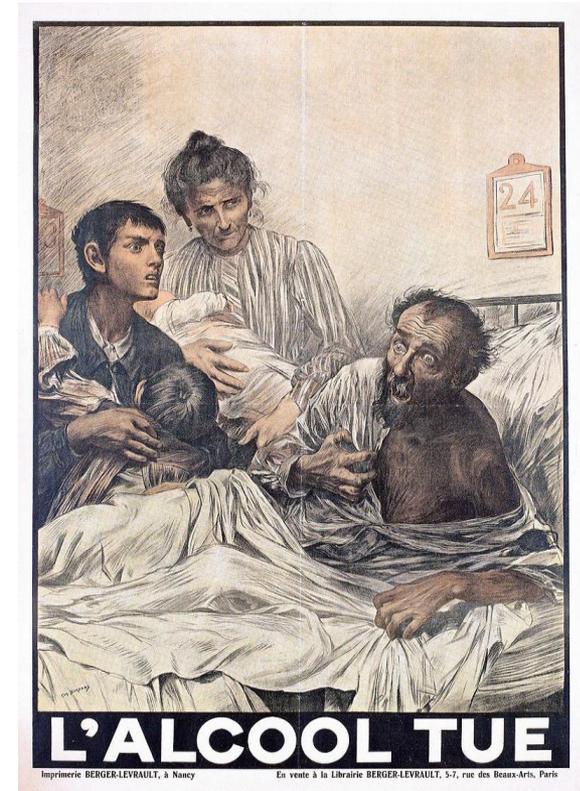
75 320



41 000



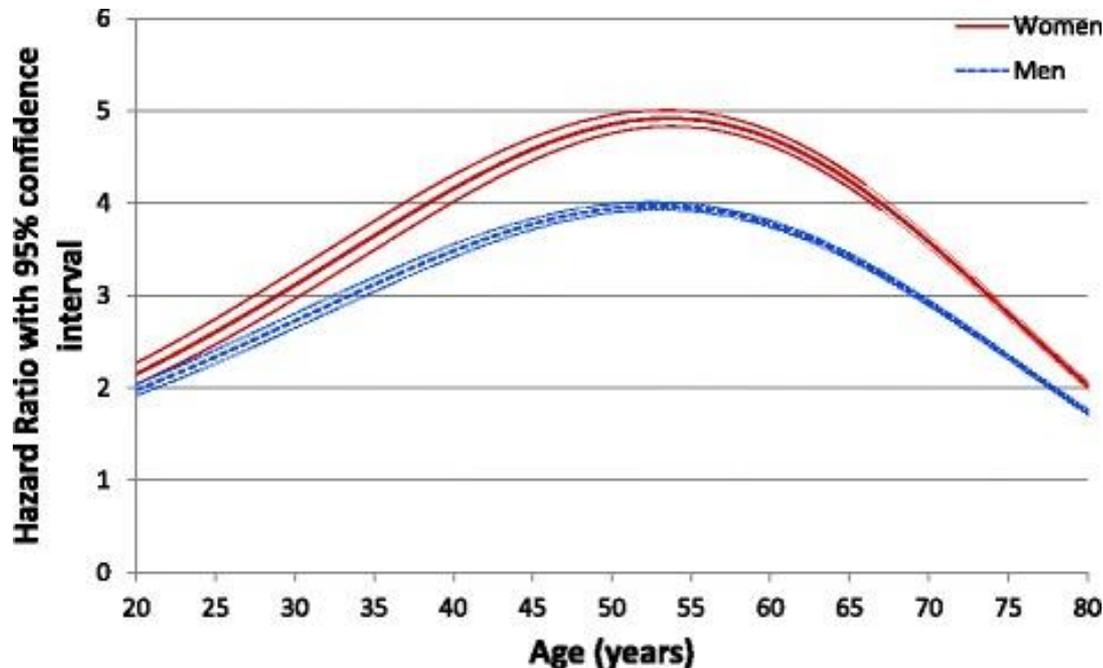
Source : Estimation SpF 2019



Mortalité

Risque de décès instantané des personnes avec un TUA (2008–2012, France, données PMSI)

Schwarzinger M et al. *BMC Public Health*. 2017;18(1):43.



- ▶ Sur-risque à tout âge
 - ▶ TS, traumatologie, accidents chez les jeunes
 - ▶ Complications somatiques augmentant avec la durée de consommation
- ▶ Ne pas négliger de dépister et prendre en charge le TUA chez les femmes



Dépistage Evaluation

Particularités ?

- ▶ **Légalité / Ancrage culturel**
- ▶ **Dangerosité**
 - ▶ Consommation
 - ▶ Sevrage



Verre standard = 10g

$$\text{Quantité alcool (g)} = \text{Volume (L)} \times \text{degré alcool (en \%)} \times 8$$

[ou $\text{Volume (mL)} \times \text{degré alcool} \times 0,8$ (densité alcool)]



Attention aux quantités déclarées
“Je bois 2 ou 3 bières par jour”



		
Boîte de bière	Bouteille de vin	Bouteille de Tequila
50 cl	75 cl	75 cl
8% alcool	12,5% alcool	40% alcool
=	=	=
32g d'alcool	75g d'alcool	240g d'alcool

	Pack de 25 canettes de bière
	25 cl
	5,7% alcool
	=
	285g d'alcool

	Bouteille de Rhum
	100 cl
	50% alcool
	=
	400g d'alcool



Seuils de recommandation

- ▶ Pas de consommation sans risque
- ▶ Seuil de moindre risque
 - ▶ **Santé Publique France 2017 et SFA 2023**
 - ▶ Maximum 10 verres par semaine
 - ▶ Maximum 2 verres par jour
 - ▶ Maximum 5 jours par semaine



Questionnaire DETA

- ▶ Avez vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation ?
 - ▶ Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques sur votre consommation ?
 - ▶ Avez vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ?
 - ▶ Avez vous déjà eu besoin d'**A**lcool le matin pour vous sentir en forme ?
-
- ▶ Deux réponses positives ou plus :
usage nocif ou dépendance, présent ou passé



AUDIT

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1 Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois/semaine ou plus
2 Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3 Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
4 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
5 Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
6 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
8 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9 Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
10 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

AUDIT-C

8-12 : évoque un mésusage

AUDIT-C : >3 ou 4 = mésusage

13 ou plus : évoque une dépendance

10 ou plus = dépendance



Questionnaire FACE

(Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- ▶ 1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
 - ▶ Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4

- ▶ 2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
 - ▶ 1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4

- ▶ 3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
 - ▶ Non = 0 ; Oui = 4

- ▶ 4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
 - ▶ Non = 0 ; Oui = 4

- ▶ 5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
 - ▶ Non = 0 ; Oui = 4



Tableau (7)1 - Association des niveaux d'intervention aux niveaux de risque (22)

Niveau de risque	Critères		Intervention	Rôle du médecin généraliste
Faible risque	Consommation d'alcool (verres/semaine)	Max 10 v/sem hommes et femmes Max 2 v/jour hommes et femmes des jours dans la sem sans consommation (voir encadré 3)	Prévention primaire	Éducation pour la santé, renforcement
	Questionnaire Audit	< 7 hommes < 6 femmes		
	Questionnaire Audit-C	< 4 hommes < 3 femmes		
	Questionnaire Face**	< 5 hommes < 4 femmes		
À risque	Consommation d'alcool (verres/semaine)	> 10 v/ sem hommes et femmes*	Conseils	Repérage, évaluation, intervention brève
	Questionnaire Audit	7-12 hommes 6-12 femmes		
	Questionnaire Audit-C	4-10 hommes 3-10 femmes		
	Questionnaire Face**	5-8 hommes 4-8 femmes		
À problèmes	Présence d'un ou plusieurs dommages		Conseils, intervention brève et surveillance régulière	Repérage, évaluation, intervention brève, suivi
Alcoolodépendance	Critères CIM-11		Traitement spécialisé	Repérage, évaluation, orientation, suivi
	Questionnaire Audit	≥ 13		
	Questionnaire Audit-C	≥ 10		
	Questionnaire Face**	≥ 9		

* Toute consommation chez la femme enceinte, l'adolescent de moins de 16 ans ou chez la personne souffrant d'une pathologie ou suivant un traitement est déconseillée.

Recommandation SFA 2023, disponible sur :

<https://sfalcoologie.fr/recommandations-sfa/>

Intervention brève (OMS)

- ▶ Restituer les résultats du test de repérage en lui indiquant que la consommation correspond à la catégorie « consommation à risque »
- ▶ Informer sur les risques particuliers qu'il encourt s'il continue à consommer de l'alcool de cette manière
- ▶ Faire choisir un objectif de changement de comportement
- ▶ Conseiller sur les repères à respecter (maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, des jours dans la semaine sans consommation)
- ▶ Encourager en expliquant que chez les personnes ayant une consommation d'alcool à risque, l'objectif est de retrouver un usage social de l'alcool

Recommandation SFA 2023, disponible sur :

▶ <https://sfalcoologie.fr/recommandations-sfa/>

Tableau (7)2 - Comparaison entre approche confrontant le déni et approche motivationnelle (9)

Approche confrontant le déni	Approche motivationnelle
L'acceptation par le patient du diagnostic d'« alcoolisme » est nécessaire au changement.	Eviter l'étiquetage ; l'acceptation du diagnostic d'alcoolisme n'est pas nécessaire au changement.
L'accent est mis sur la part de contrôle de l'« alcoolique ». Le choix personnel quant à la consommation est exclu.	L'accent est mis sur le choix personnel quant à la consommation d'alcool future et ses conséquences.
Le professionnel de santé donne les preuves de l'alcoolisme afin d'en convaincre le patient.	Le professionnel de santé fait une évaluation objective, mais se focalise sur les préoccupations du patient.
La résistance est perçue comme une caractéristique du patient « alcoolique » qu'il faut confronter.	La résistance est considérée comme le produit d'une interaction influencée par le comportement du professionnel de santé ; son apparition signale au soignant qu'il doit modifier sa stratégie.

Recommandation SFA 2023, disponible sur :



<https://sfalcoologie.fr/recommandations-sfa/>

Réduction des risques et des dommages

- ▶ Bénéfices de la réduction des quantités et des fréquences et de la modification des modes de consommation
- ▶ Comorbidités : évaluation et prise en charge
 - ▶ Psychiatriques
 - ▶ Somatiques
 - ▶ Dont neurocognitives
- ▶ Evaluation sociale
- ▶ Outils : intervention brève, entretien motivationnel
- ▶ Ne pas banaliser





Diagnostic

Classifications

▶ Classifications internationales :

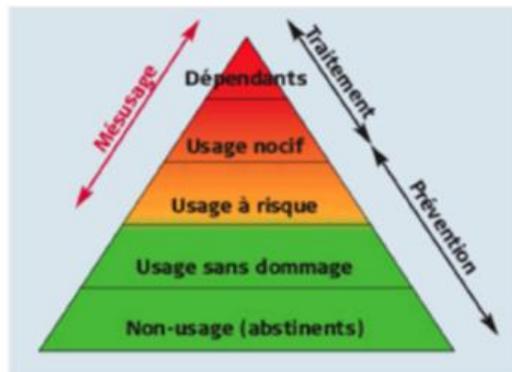
▶ Modèle catégoriel :

- ▶ Distinction : [usage nocif, abus] VS [dépendance]
 - CIM-10 : usage nocif
 - DSM-IV-TR : abus

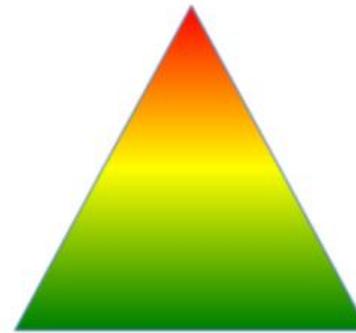
▶ Modèle dimensionnel :

- ▶ DSM-V : troubles liés à l'usage d'alcool

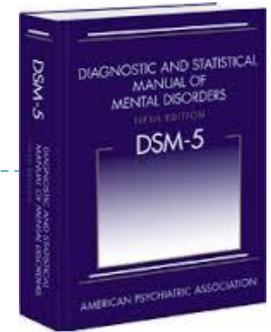
– Catégorielle progressive



– Dimensionnelle



Critères DSM-5



PERTE DE CONTROLE

1. Période/Quantité plus longue que prévu
2. Désir persistant / Efforts de contrôle infructueux
3. Beaucoup de temps (obtention, utilisation, récupération)
4. Envies impérieuses (craving)

PERSISTANCE MALGRÉ LES CONSÉQUENCES

5. Incapacité obligations majeures (en lien à l'usage répété)
6. Poursuite usage malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux
7. Abandon ou réduction d'activités sociales, loisirs, ...
8. Utilisation répétée en situation dangereuse
9. Utilisation substance malgré connaissance existence d'un problème physique ou psychologique

DÉPENDANCE PHARMACOLOGIQUE

10. Tolérance
11. Syndrome de sevrage

2-3 : léger
4-5 : modéré
> 6 : sévère





Sevrage en alcool

Bilan biologique de première intention

- ▶ NFS, Plaquettes
- ▶ TP
- ▶ ASAT, ALAT, GGT, PAL, Bilirubine totale et conjuguée
- ▶ Ionogramme sanguin (Na, K, Cl) + Ca, Mg, Ph
- ▶ Créatinine
- ▶ Albumine, Electrophorèse des protéines plasmatiques
- ▶ TSH
- ▶ Glycémie à jeun, bilan lipidique
- ▶ Vitamines B12, folates, (+/- vitamine D)
- ▶ +/- Ferritine et bilan martial
- ▶ +/- Dépistage IST et hépatite
 - ▶ Sérologie VIH, VHB, VHC
 - ▶ +/- Syphilis
 - ▶ +/- Clamydia/Gono



Bilan de première intention

- ▶ Echographie hépatique et voies biliaires
 - ▶ Bilan de cytololyse et cholestase
 - ▶ Diagnostics différentiels
 - ▶ Dépistage d'hypertension portale ou d'ascite si potentielle cirrhose



-
- ▶ Objectifs à définir **avec le patient**
 - ▶ **Consommation contrôlée** → Réduction des risques
 - ▶ Sevrage programmé ***si et seulement si*** objectif d'**abstinence** fixé avec le patient
 - ▶ Suivi thérapeutique prolongé, en ambulatoire ou en institution



Indications

▶ Sevrages programmés

- ▶ Projet thérapeutique, objectifs précisés avec le patient
- ▶ Motivation, élaboration
- ▶ Décidé par le patient et le médecin

▶ Sevrages non programmés

- ▶ Sevrages « contraints » : obligations de soins, milieu carcéral
 - ▶ Évaluer l'implication du patient dans cette demande
- ▶ Sevrages dans « l'urgence » : ex : hospi pour autre motif...
 - ▶ Intérêt de se saisir de l'occasion
 - Efficacité comparable si prise en charge addictologique et orientation dans le réseau de soins
 - Rôle du généraliste au décours



Contre-indications

- ▶ Pas de contre-indications absolues

- ▶ Mais « non-indications » au sevrage immédiat
 - ▶ Non demande du patient
 - ▶ Absence de projet thérapeutique et social
 - ▶ +/- Situations de crises (affective, sociale, professionnelle)
 - *N'empêchent pas la prise en charge et l'accompagnement du patient dans une perspective d'un sevrage ultérieur*



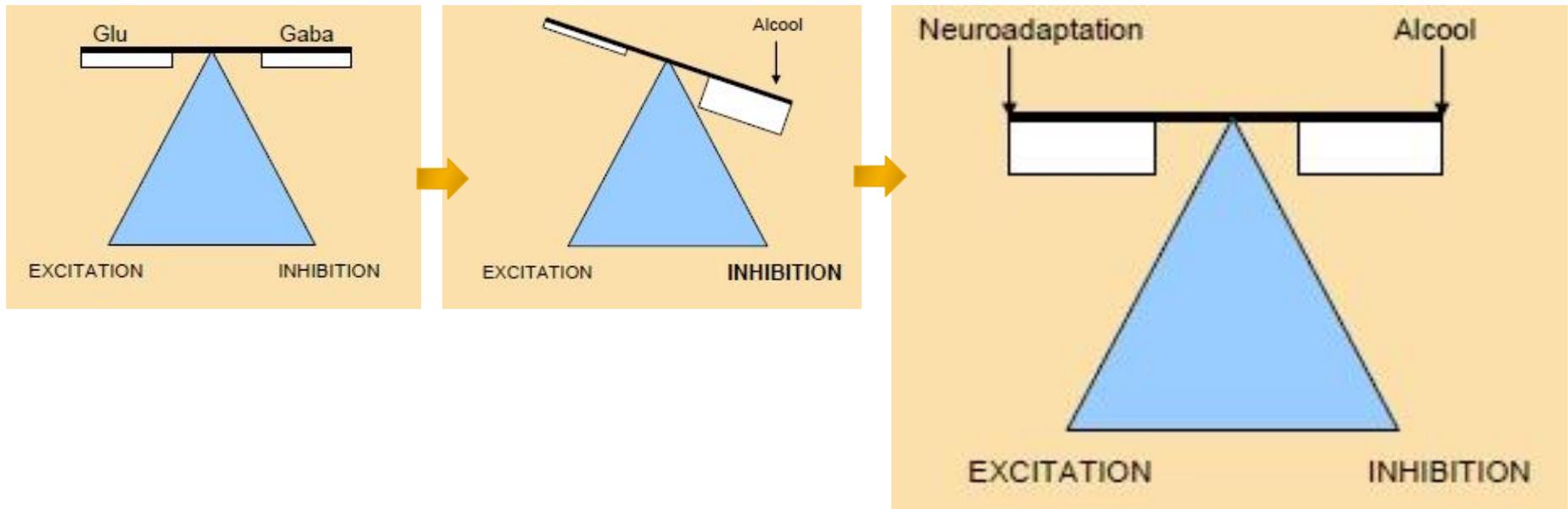
Sevrage ambulatoire ou hospitalier ?

Contre-indications au sevrage ambulatoire

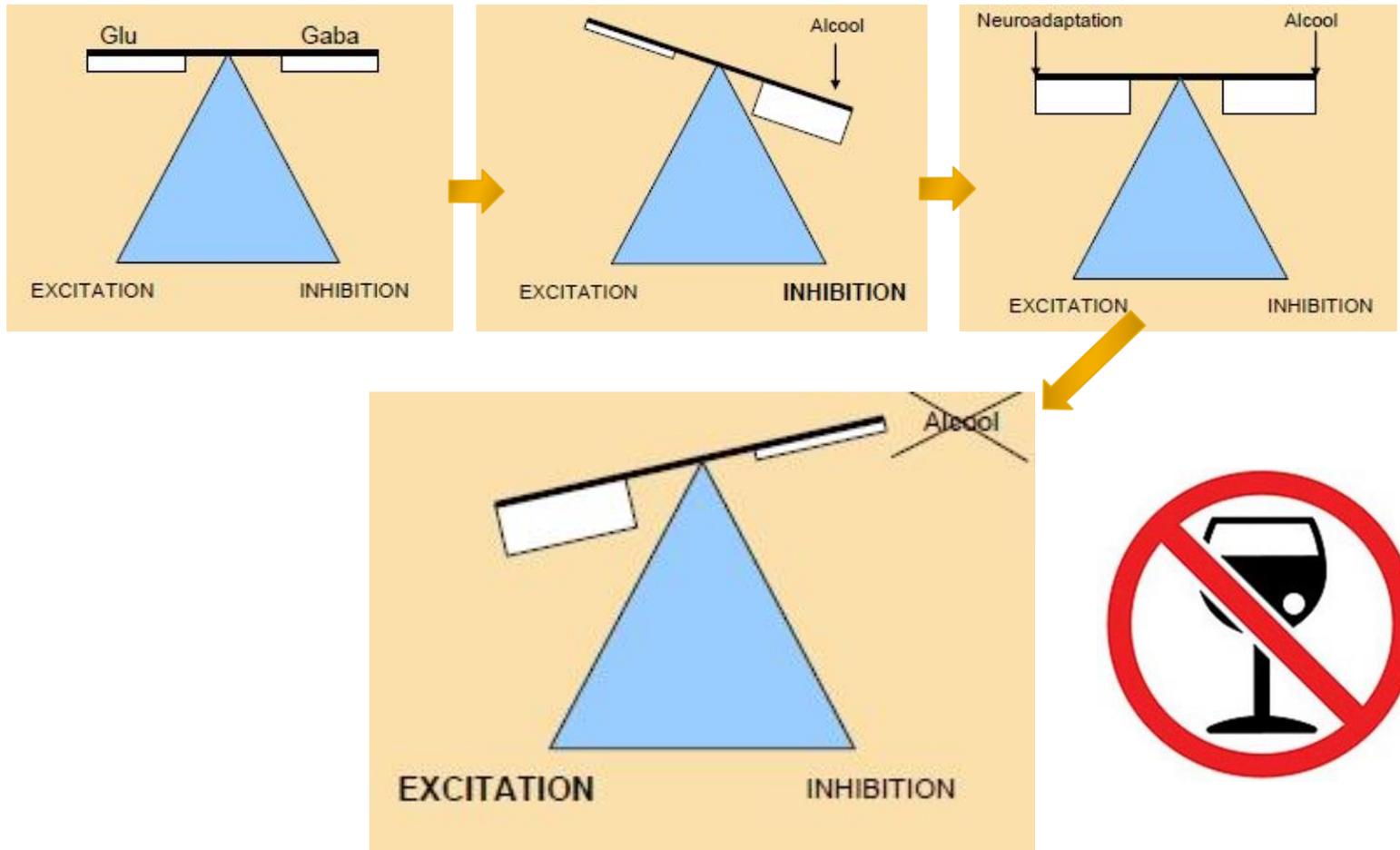
- ▶ Echec des précédents sevrages ambulatoires
- ▶ Isolement ou environnement non favorable
- ▶ Le patient préfère l'hospitalisation
- ▶ Coaddictions : opiacés, cocaïne, médicaments sédatifs+++ , etc.
- ▶ ATCD de sevrage compliqué
 - ▶ crises convulsives, DT, très fortes doses de BZD
- ▶ Comorbidités susceptibles de décompenser ou d'influencer les prises médicamenteuses
 - ▶ Psychiatriques : schizophrénie, Tb Bipol, ATCD TS/idées suicidaires, etc
 - ▶ Somatiques :
 - ▶ Cirrhose ayant déjà décompensé,
 - ▶ Diabète (insulinodépendant+++)
 - ▶ HTA,
 - ▶ Troubles cognitifs
 - ▶ Cardiopathie
 - ▶ Insuffisance rénale sévère
 - ▶ Insuffisance respiratoire (BPCO++)
 - ▶ Troubles ioniques sévères : hypoK +++



Intoxication alcoolique chronique



Sevrage en alcool



Sevrage en alcool

- ▶ Déséquilibre de la balance glutamate/GABA
 - ▶ Hyperglutamatergie
- ▶ Manifestation des symptômes de sevrage en alcool
- ▶ Hyperexcitabilité du système nerveux central
 - ▶ Excitotoxicité glutamatergique
 - ▶ Augmentation de la concentration de calcium dans le neurone post-synaptique
- ▶ Stress oxydatif
- ▶ Dysfonction des canaux calciques : majore la sensibilité à l'hyperCa intracellulaire
- ▶ Hypométabolisme des astrocytes : baisse de la clairance du glutamate



Conduite du sevrage en alcool

Avant le sevrage

- ▶ Possible de diminuer la quantité d'alcool mais pas plus de la moitié d'un jour à l'autre
- ▶ Poursuivre consommation jusqu'à la veille
- ▶ A J-1 du sevrage :
 - ▶ Jeter toutes les bouteilles la veille



Syndrome de sevrage en alcool

- ▶ Troubles subjectifs
 - ▶ anxiété
 - ▶ agitation
 - ▶ irritabilité
 - ▶ insomnie
 - ▶ cauchemars
- ▶ Troubles neuro-végétatifs
 - ▶ sueurs
 - ▶ tremblements
 - ▶ tachycardie
 - ▶ élévation PA
- ▶ Troubles digestifs
 - ▶ anorexie
 - ▶ nausées, vomissements

Complications + tardives

- Signes confusionnels
- Hallucinations
- Delirium tremens
- Convulsions



Score de Cushman

Tableau. Surveillance clinique par l'échelle de Cushman.				
Points	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	0 h
PA systolique				
18 à 30 ans	< 125	126-135	136-145	> 145
31 à 50 ans	< 135	136-145	146-155	> 155
> 50 ans	< 145	146-155	156-165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées
Score < 7		Score de 7 à 14		Score > 14
État clinique contrôlé		Sevrage modéré		Sevrage sévère

Grille CIWA

1-Nausées et vomissements

- 0. Ni nausée, ni vomissement
- 1. Nausées légères sans vomissement
- 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- 7 Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements

2-Tremblements: Evaluer bras tendus et doigts en face de ceux de l'examineur

- 0. Pas de tremblement
- 1. Invisibles, mais senti du bout des doigts
- 4 Modérés, lorsque les bras sont tendus
- 7 Sévères, même avec les bras non tendus

3-Sueurs paroxystiques

- 0. Pas de sueur visible
- 1. Sueurs à peine perceptible, paumes moites
- 4. Front perlé de sueurs
- 7. Sueurs profuses

4-Anxiété " Vous sentez-vous nerveux ? "

- 0. Pas d'anxiété, détendu
- 1. Légèrement anxieux
- 4. Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine ainsi une anxiété
- 7. Equivalents d'états de panique aiguë (comme dans les états délirants sévères ou les réactions schizophréniques aiguës)

5-Agitation

- 0 Activité normale
- 1 Activité légèrement accrue par rapport à la normale
- 4. S'agite et gigote, modérément
- 7. Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment

6-Troubles des perceptions tactiles : " Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? des engourdissements ? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau ? "

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 0. Aucun | 1. Très peu |
| 2. Peu | 3. modérés |
| 4. Hallucinations modérément sévères | 5. Hallucinations sévères |
| 6. Hallucinations extrêmement sévères | 7. Hallucinations continues |

7-Troubles des perceptions auditives : " Etes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous perturbe ? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? "

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 0. Absents | 1. Très peu stridents ou effrayants |
| 2. Peu stridents ou effrayants | 3. Modérément |
| 4. Hallucinations modérément sévères | 5. Hallucinations sévères |
| 6. Hallucinations extrêmement sévères | 7. Hallucinations continues |

8-Troubles des perceptions visuelles : " La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là? "

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 0. Absents | 1. Très peu sensible |
| 2. Peu sensible | 3. Moyennement sensible |
| 4. Hallucinations modérément sévères | 5. Hallucinations sévères |
| 6. Hallucinations extrêmement sévères | 7. Hallucinations continues |



Sevrage en alcool (1 / 2)

Prescription de benzodiazépines (BZD)

- ▶ Objectifs :
 - ↘ incidence, sévérité et complications sevrage (DT, crise convulsive)
 - Neuroprotection
- ▶ Type de molécule :
 - BZD à $\frac{1}{2}$ vie intermédiaire type diazepam, par voie orale
 - Si TP diminué $< 70\%$ ou insuffisance respiratoire
 - Hospitalisation
 - Oxazepam ($\frac{1}{2}$ vie 8h et absence de métabolite actif)
- ▶ Plusieurs schémas de prescription
 - Si traitement habituel par BZD ou baclofène : prescrire à dose identique + suivre protocole de sevrage



Posologie et schéma de prescription des BZD

- ▶ L'objectif de la sédation est d'obtenir un état calme mais vigilant
- ▶ Le meilleur prédicteur est la dose utilisée lors d'un précédent sevrage en alcool
- ▶ Deux schémas sont possibles
 - ▶ Prescription de doses fixes réparties sur 24 heures
 - ▶ Prescription personnalisée adaptée aux symptômes



Posologie et schéma de prescription des BZD

- ▶ L'objectif de la sédation est d'obtenir un état calme mais vigilant
- ▶ Le meilleur prédicteur est la dose utilisée lors d'un précédent sevrage en alcool
- ▶ En ambulatoire
 - ▶ **Prescription de doses fixes réparties sur 24 heures**
 - ▶ ~~Prescription personnalisée adaptée aux symptômes~~



Posologie et schéma de prescription des BZD

- ▶ Prescription de doses fixes réparties sur 24 heures
 - ▶ La dose d'attaque dépend de l'évaluation clinique (présence des symptômes, intensité des symptômes lors de sevrage antérieur, délai habituel entre le lever et le premier verre, importance et régularité de la consommation)
 - ▶ La posologie est réduite progressivement (voire quotidiennement) en fonction de la symptomatologie en ayant l'objectif de limiter le traitement de 5 à 10 jours
 - ▶ Réévaluation quotidienne (voir pluriquotidienne) ou consignes (ETP concernant les signes de sous ou surdosage)
 - ▶ Exemple :
 - ▶ Deux à quatre comprimés de 10 mg de diazépam par jour pendant deux jours
 - Début à l'heure habituel du premier verre
 - Saut de prise si somnolence
 - Diazepam 5mg ou 10mg si signes de sevrage persistant à 1h de la dernière prise
 - ▶ Baisse de 1cp de 10mg tous les jours à deux jours
 - En privilégiant le retrait en dernier du cp avant le coucher



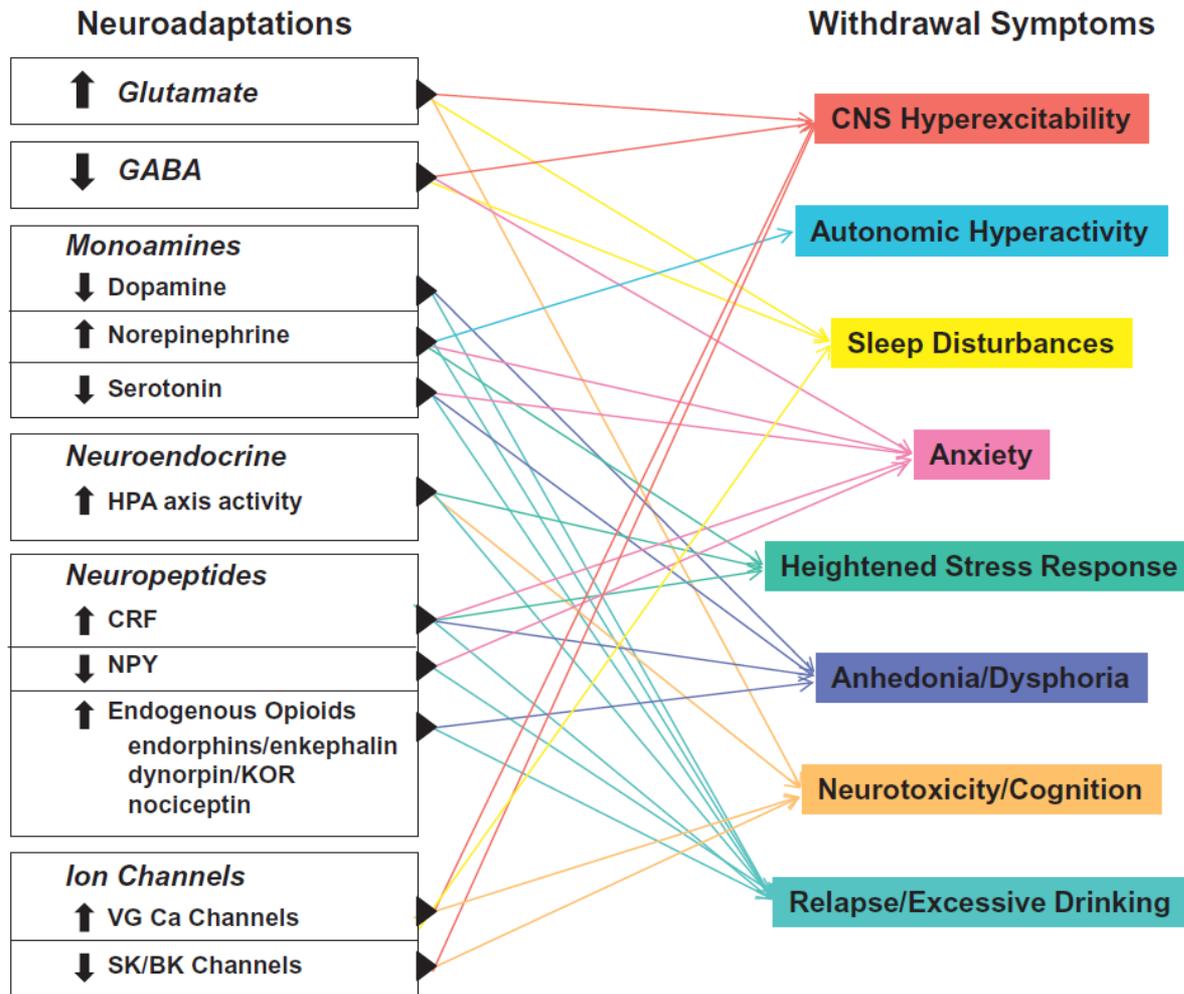
Sevrage en alcool (2 / 2)

Mesures associées au sevrage

- **Vitaminothérapie**
 - ▶ Absence de dénutrition : Vitamine B1 per os 500mgx2/j pd 5 jours, puis 250mg/j 2 semaines
 - ▶ Si signes de Gayet-Wernicke / dénutrition / retentissement somatique / sevrage sévère: Voie IV en hospitalisation
- **Traitements adjuvants ?**
 - ▶ Pas d'indication à ttt par neuroleptiques en 1^{ère} intention (↘ seuil épileptogène)
 - ▶ Antalgiques :
 - Contre-indication au paracétamol les premiers jours
 - acupan et tramadol ↘ seuil épileptogène
- **Arret de travail** et suivi rapproché +++



Sevrage en alcohol



▶ Becker, H. C., & Mulholland, P. J. (2014). Neurochemical mechanisms of alcohol withdrawal. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 133–156

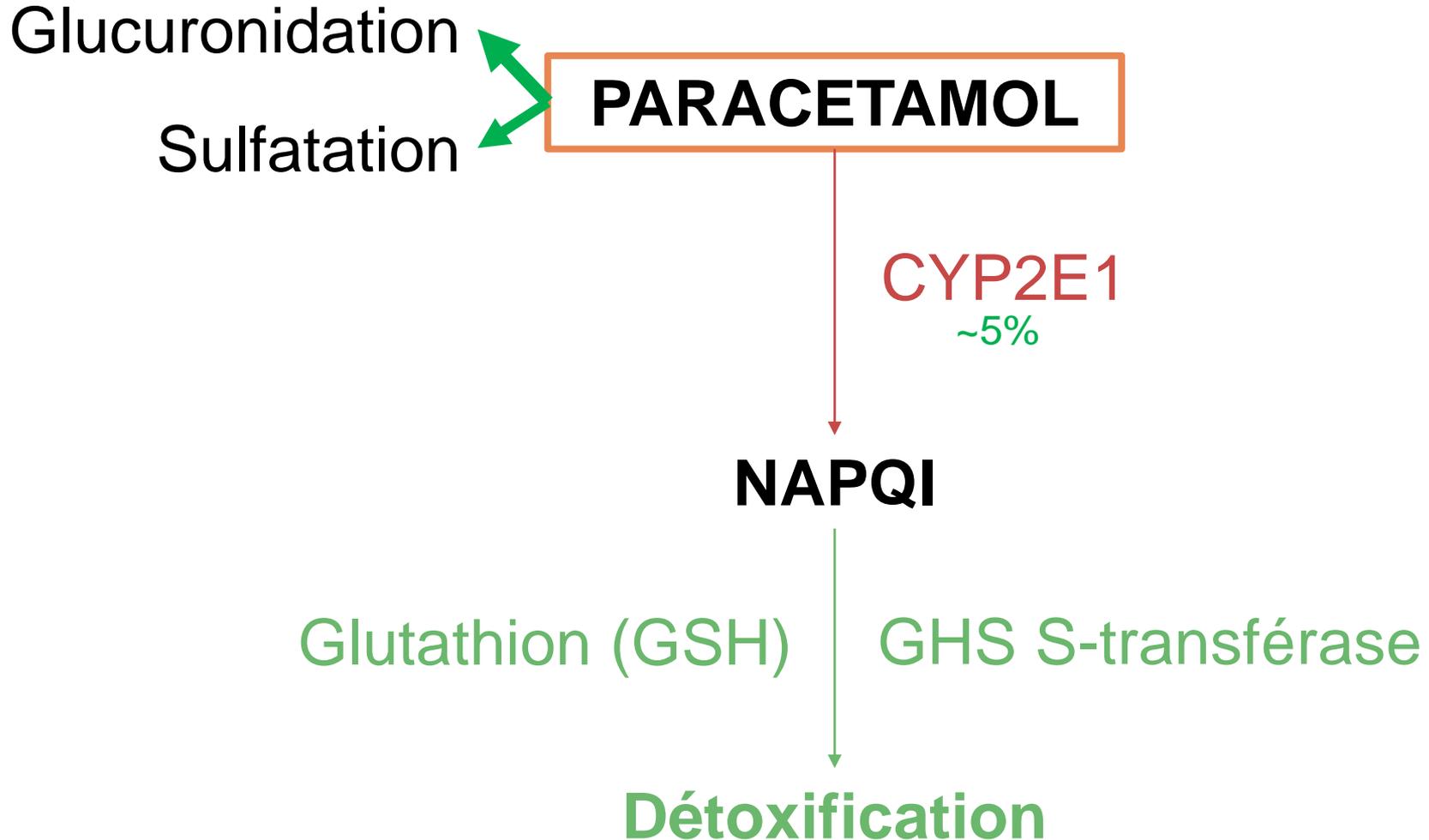
Complications du sevrage en alcool

- ▶ Toute confusion / agitation durant un sevrage en alcool est un symptôme
 - ▶ Signe de gravité
 - ▶ Signe la survenue d'une complication
- ▶ Nécessite avant tout une prise en charge étiologique
 - ▶ Appel du SAMU

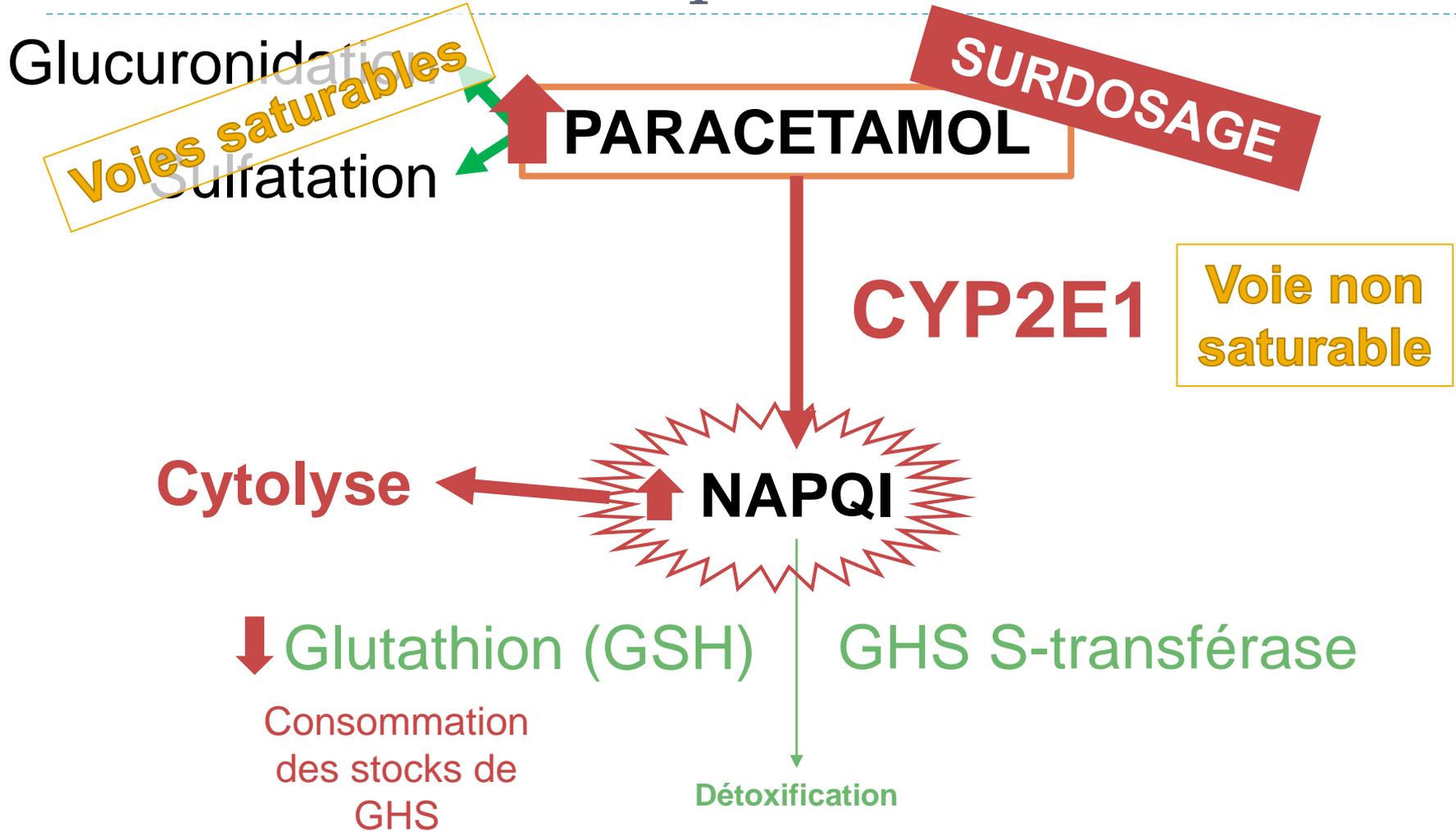
« Mésaventure du paracétamol »

- ▶ Le paracétamol est hépatotoxique
 - ▶ En surdosage
 - ▶ Sans surdosage en fonction du terrain
 - ▶ Consommation d'alcool
 - ▶ Dénutrition
 - ▶ Comédications par induction/inhibition enzymatique
 - ▶ Polymorphismes génétiques

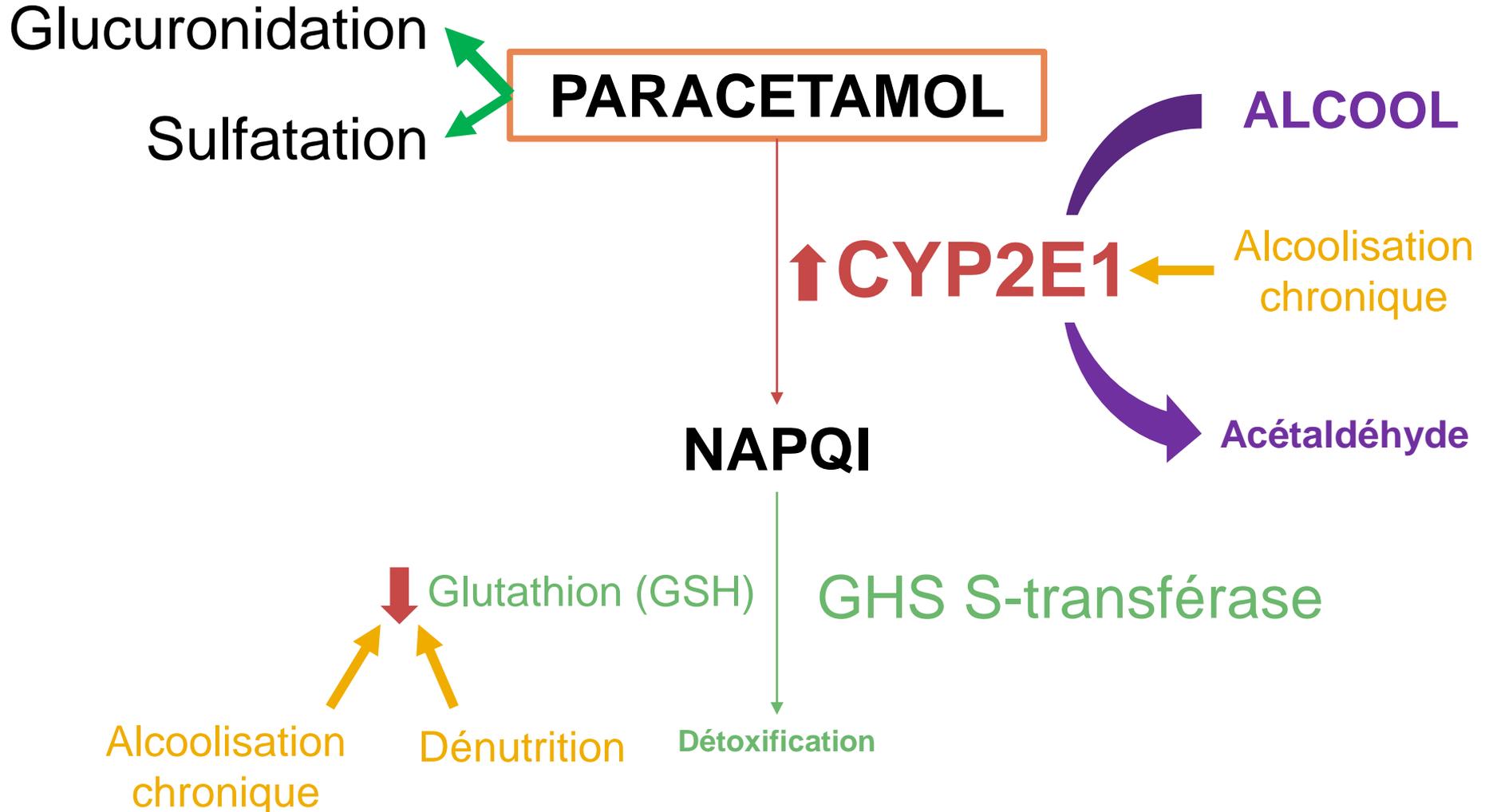
« Mésaventure du paracétamol »



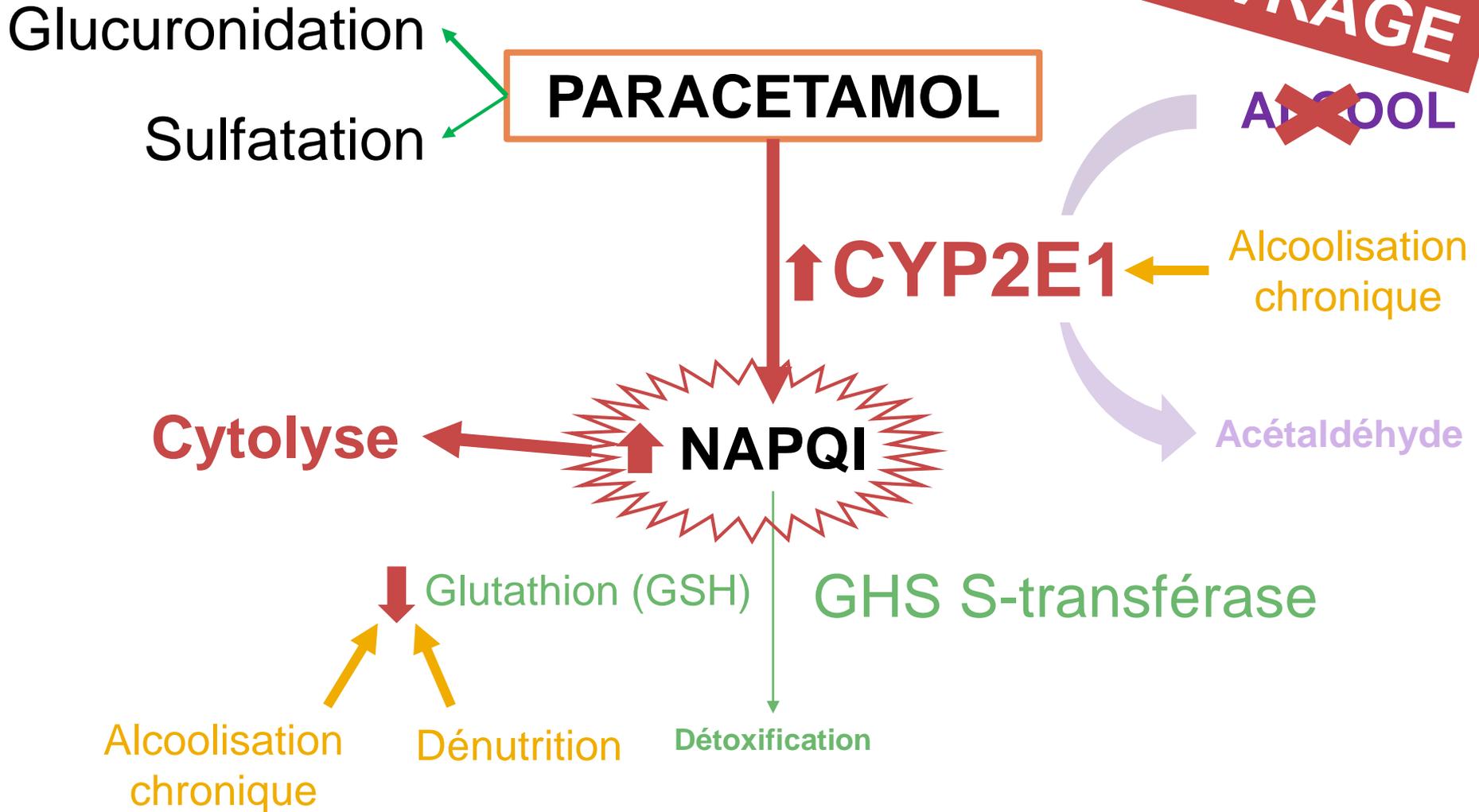
« Mésaventure du paracétamol »



« Méaventure du paracétamol »



« Mésaventure du paracétamol »



Traitement addictolytiques

Traitements médicamenteux

- ▶ Si consommation d'alcool → **Vitamine B1**



Traitements médicamenteux

▶ Abstinance

- ▶ Acamprosate (Aotal®) : 1ère intention
- ▶ Naltrexone (Revia®) : 1ère intention
- ▶ Disulfiram (Espéral®)

▶ Consommation contrôlée

- ▶ Nalméfène (Selincro®) : 1ère intention
- ▶ Baclofène (Baclocur®, Liorésal®)



Traitements médicamenteux

- ▶ **Quels objectifs ?**
 - ▶ Abstinance ou consommation contrôlée ?
 - ▶ En théorie AMM différentes
- ▶ **Quels usages ?**
 - ▶ Occasionnel / quotidien
 - ▶ Craving ?
- ▶ **Quels médicaments ont déjà été essayés ?**
 - ▶ Quelle efficacité ?
 - ▶ Quelle tolérance ?
- ▶ **Usage d'opioïdes ?**
 - ▶ Contre-indication de certaines molécules



Traitements médicamenteux

▶ ACAMPROSATE

- ▶ Agoniste GABA-A, antagonise l'effet du glutamate
 - ▶ 333mg : 2cp matin, midi et soir (4cp/j si <60kg)
 - ▶ 1 an selon l'AMM; poursuite au-delà à envisager
 - ▶ Effet indésirables : selles molles à liquides (dose dépendant)
 - ▶ Si surdosage : selles molles à liquides
 - ▶ CI si insuffisance hépatique ou rénale sévère
 - ▶ CI si allaitement
- ▶ A proposer systématiquement en première intention
- ▶ Pas d'interaction avec la prise d'alcool et de BZD
 - ▶ Bonne balance bénéfique / risque
 - ▶ Possibilité de l'introduire en anticipation
 - ▶ NB: Hypothèse d'une neuroprotection qui reste à prouver par la recherche clinique

Traitements médicamenteux

▶ NALTREXONE

- ▶ Antagoniste récepteur opiacés mu
- ▶ Cible le craving
- ▶ 50mg : 1cp/jour
 - ▶ Début à J7 du sevrage
 - ▶ 3 mois selon l'AMM; 6 mois, voir plus à envisager
- ▶ Objectif : Abstinence; +/- forte consommation
- ▶ EI : Nausée, douleur abdo, somnolence, troubles sexuels
- ▶ CI si usage d'opiacés (dont méthadone / buprénorphine)
- ▶ Possible toxicité hépatique à dose élevée (ref : Stahl)
- ▶ Pas d'autre toxicité rapportée si surdosage (sédation)

Traitements médicamenteux

▶ NALMEFENE

- ▶ Antagoniste récepteur opiacés mu et delta
- ▶ Cible le craving
- ▶ 18mg ; 1cp avant situation à risque (1-2h avant)
 - ▶ Voir 1cp par jour
 - ▶ Début à 1/2cp car EI passagés au début
- ▶ EI : somnolence, sensation vertigineuse, céphalée, nausée
- ▶ Effet faible (-15g/j et -3HDD/mois versus placebo)
- ▶ CI si usage d'opiacés (dont méthadone / buprénorphine) ou insuffisance rénale ou hépatique sévère
- ▶ Pas de toxicité rapportée si surdosage

Traitements médicamenteux

▶ BACLOFENE (1)

▶ Agoniste GABA-B

▶ Efficacité ?

▶ Efficacité connu dans le sevrage alcool (agoniste GABA...)

- Mais délaissé car usage du diazépam

▶ Etudes anciennes significatives pour abstinence à bas dosage

▶ Etudes contradictoires à haut dosage, non concluantes

- Objectifs variables : Abstinence / diminution des consommations

▶ Etude bien conduite sur diminution des consommations (Garbutt et al., 2021)

- Sujets avec AUD mais peu grave
- -10% de jours de HDD / +10% de jour d'abstinence
- Dès 30mg/j chez la femme / 90mg chez l'homme

▶ Intérêt pour maintenir l'alliance avec le patient (??)



Traitements médicamenteux

▶ BACLOFENE (2)

- ▶ Doses progressives (très très long si cible haute)
 - ▶ Titration : début à 10-15mg ; +10mg / semaine
 - commencer à 5mg si insuffisance rénale
 - ▶ Jusqu'à obtenir une « indifférence pour l'alcool »
 - ▶ Un temps limité à 80mg ; actuellement 300mg max
 - augmentation observée de la mortalité mais facteurs de confusion
 - ▶ EI : Somnolence, sensation vertigineuse, insomnie, trouble de l'humeur, épilepsie, confusion, dépendance pharmacologique
 - ▶ Interactions : hypotenseur, dépresseurs respiratoires, risque convulsif
 - ▶ Arrêt progressif (-10mg tous les 3-7jours) > sevrage « GABA »
- ▶ Pas d'étude baclofène *versus* nalmefène
 - ▶ Efficacité comparable ?



Femmes enceintes ou souhaitant l'être

Allaitement

- ▶ **Recommandations :**
 - ▶ Pas d'introduction de traitement autre que ceux du sevrage en alcool
 - ▶ Si traitement déjà présent : discuter balance bénéfique/ risque car l'alcool est un tératogène établi
- ▶ **Acamprosate**
 - ▶ Pas de signal particulier durant la grossesse
 - ▶ Pas de données sur l'allaitement, passage dans le lait : suspendre
- ▶ **Naltrexone**
 - ▶ Peu de données mais pas de signal particulier durant la grossesse
 - ▶ Pas de données sur l'allaitement : déconseillé
- ▶ **Nalméfène**
 - ▶ Pas de données, possible passage dans le lait maternel : Arrêt
- ▶ **Baclofène**
 - ▶ Chez l'animal : tératogène (Vidal) / non tératogène (CRAT)
 - ▶ Sevrage néonatal
 - ▶ Pas d'allaitement car sédatif
 - ▶ Arrêt

Pour poursuivre

- ▶ **Formation Spécialisée Transversale d'Addictologie**
 - ▶ <https://www.cunea.fr/fst-addictologie>
- ▶ **Autres formations (DIU, DU, capacité)**
 - ▶ <https://www.cunea.fr/enseignements>
- ▶ **Stages cliniques**
 - ▶ Services d'addictologie
 - ▶ CSAPA durant le SASPAS (ou la FST)
- ▶ **Faire sa thèse de médecine sur une question d'addictologie en lien avec l'exercice en médecine générale**



Merci de votre attention

