



## Item74-Addiction à l'alcool.

### Objectifs CNCI

- Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction à l'alcool.
- Indications et principes du sevrage thérapeutique. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC Alcool: <a href="#">Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins - Recommandations pour la pratique clinique / ANAES / 2001</a> - Polycopié national: <a href="#">Addiction à l'alcool, p 417</a>	- Critères DSM-IV: $\geq 1$ an et $\geq 3/7$ - H: 40g/l - F: 30g/l - DETA - AUDIT chez tous / signes de DT (4) - Hydratation + B1/B6/PP + BZD - CCAA / CSST / ambulatoire / spé. - Traitement symptomatique / traitement du maintien - Psychothérapie: groupe / TCC	- 9 points-clés de toute PenC - Evaluation pré-sevrage (5) - Penser somatique: C° et ≠ - IAA = urgence médicale - Prévention du DT - Contrat thérapeutique - Mesures hygiéno-diététiques - Prise en charge sociale

### Généralités sur les addictions

- **ADDICTION = PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE**
- 
- **3 comportements dans la prise de substance :**
  - **Le non-usage**
  - **L'usage simple** (pas de caractère pathologique)
  - **Le mesusage** (prises de risques et/ou de dépendance et/ou de dommages)
  - 
  - Dans la CIM , dans le **mésusage**, il y a 3 sous types :
  - **Usage à risque** : au moins une de ces conséquences :
    - Pb avec la justice
    - Poursuite des prises malgré difficultés sociales ou interpersonnelles (bagarres...)
    - incapacité à remplir les obligations majeures (travail, à la maison...)
    - Prise de risques
  - 
  - **Usage nocif** (pas au stade de dépendance physique ou psychique)
  - **Usage avec dépendance**
  - ◦ ■
    - **Critères DSM V:**

"troubles liés à l'usage de substances":

#### -trouble d'utilisation de substances:

Concerne 10 catégories de substances:

1. alcool
2. caféine
3. cannabis
4. hallucinogènes
5. inhalants
6. opioïdes
7. sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
8. stimulants
9. tabac

10. autres (ou inconnue)..

**Défini par la présence d'au moins 2 critères parmi les 11 suivants (qui peuvent être classés en 4 catégories), pendant une période de 12 mois:**

**Déficience du contrôle vis à vis de la substance:**

1. Prise en quantité plus importante ou sur une période plus longue que prévue
2. désir persistant ou efforts infructueux pour arrêter, diminuer ou contrôler les prises
3. Temps important passé à essayer d'obtenir la substance, la consommer, ou à se remettre de ses effets.
4. craving (moment de désir intense de la substance, impérieux et obsédant, au cours desquels le sujet est incapable de penser à autre chose)

**Dysfonctionnement social:**

5. incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, responsabilités parentales..)
6. Poursuite d'une consommation bien que celle-ci soit à l'origine ou exacerbe des difficultés sociales ou problèmes interpersonnels récurrents ou persistants.
7. Réduction ou abandon d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs.

**Prise de risque:**

8. Réurrence des consommations dans un contexte où cela entraîne un risque (ex: conduite automobile)
9. Poursuite de la consommation en dépit de la connaissance d'un problème physique ou psychologique causé ou susceptible d'être aggravé par la substance.

**Critères pharmacologiques:**

10. Tolérance: Diminution de l'effet à dose constante, nécessité de l'augmentation des doses pour retrouver le même effet
11. Sevrage: syndrome clinique apparaissant lors de la diminution de la concentration tissulaire ou sanguine de substance, pouvant pousser l'individu à re-consommer pour l'éviter (généralement un signe de gravité clinique).

**Sévérité :**

- trouble léger : 2 à 3 critères
- trouble modéré : 4 à 5
- trouble sévère : > ou = 6

**On définit, chez un individu chez qui le diagnostic pouvait être préalablement posé :**

**Rémission récente :** entre 3 à 12 mois sans qu'aucun des critères ne puisse être retrouvés (à l'exception éventuelle du craving)

**Rémission durable :** aucun critère retrouvé (à l'exception éventuelle du craving) pendant une période de 12 mois ou plus

On spécifiera par ailleurs si cette rémission est obtenue "dans un environnement contrôlé" (là où l'accès à la substance est restreint) ou si le sujet est "en thérapie de maintenance"

**- troubles induits par la substance :**

intoxication / sevrage / troubles mentaux secondaires à l'usage de substances (troubles psychotiques, bipolaires, dépressifs, troubles anxieux, TOC, troubles du sommeil, dysfonctions sexuelles, délirium, troubles neuro-cognitifs)

**Pour rappel:**

**Critères DSM-IV d'un abus de substance**

- **A. Altération du fonctionnement ou souffrance cliniquement significative**
- **caractérisée par la présence de  $\geq 1$  manifestations sur 1 an parmi: (4)**
  - Incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, etc)
  - Mise en danger physique (ex: conduire et alcool)
  - Problèmes judiciaires liée à la substance (ex: retrait de points)
  - Consommation malgré problème interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou augmentés par la consommation de la substance
- **B. Symptômes n'atteignant pas les critères de dépendance**

**Critères DSM-IV d'une dépendance à une substance ++++++** (à savoir)

- **A. Altération du fonctionnement ou souffrance cliniquement significative**

- caractérisée par la présence de  $\geq 3$  manifestations sur 1an parmi: (7)
  - Tolérance: augmentation des doses ou diminution de l'effet à même dose
  - Sevrage: syndrome clinique de sevrage ou prise pour le soulager ou l'éviter
  - Désir ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler les prises
  - Réduction ou abandon des activités sociales, professionnelles ou de loisirs
  - Prises en quantité plus importante ou période plus prolongée que prévue
  - Beaucoup de temps passé à obtenir la substance, la consommer ou récupérer ses effets
  - Persistance de l'utilisation malgré retentissement physique ou psychologique
- Remarques
  - Par « dépendance », on sous-entend **dépendance psychologique**.
  - **Il n'y a pas de seuil, pas de fréquence des consommations qui définit la dépendance. Elle n'est pas définie non plus par l'existence de "dommages induits"**.
  - → préciser si elle s'accompagne de **dépendance physique** (tolérance + sevrage) ou non

Les 9 points-clés de toute prise en charge en addictologie +++ (A savoir !)

Globale et pluridisciplinaire / Cs spécialisée d'addictologie / cure et post-cure ++

Evaluation (5): consommation / dépendance / motivation / terrain (2) / complications (3)

Notion de contrat thérapeutique / décision par le patient / fixer une date d'arrêt / information du patient

Traitement symptomatique du syndrome de sevrage

Traitements substitutifs ou diminuant l'appétence

Psychothérapie: TCC ++ / motivationnelle / groupes de paroles

Traitement des co-morbidités (IST) / co-addictions / MHD

Prise en charge sociale et/ou psychiatrique +++ / associations

Suivi au long cours: réseau / rechute / complications somatiques

Rq: on préconisait classiquement un sevrage complet d'emblée, mais ce point est de plus en plus contesté: bien que le sevrage complet reste l'objectif dans la majorité des cas, il est désormais admis que la réduction de consommation puisse constituer un tremplin vers un arrêt complet pour certains patients, ou permettre une diminution du risque (cancer, pathologies cardio-vasculaires) chez d'autres pour qui le sevrage complet ne parvient pas à être atteint.

- En pratique, déroulement en 2 phases
  - **Initialement = cure**: en milieu hospitalier / sevrage / traitement du Sd de sevrage / bilan des C°
  - **Au long cours = post-cure**: en centre / substitution / psychothérapies / social / suivi

**Conduite dopante**

- consommation d'un produit pour affronter ou pour surmonter un obstacle réel ou ressenti par l'utilisateur ou par son entourage dans un but de performance

## A. ALCOOL

### Généralités

#### Epidémiologie

- 3ème cause de mortalité en France (2ème cause de décès évitable : 22 000 mort /an) / H > F
- Substance psychoactive la + consommée en population générale adulte
- Consommation quotidienne = 20% de la population
- 10% = ont un pb avec OH ou ont eu un pb
- Alcool-dépendance : **3% de la pop générale +++** ==> perte de maîtrise de la consommation

#### Consommation

- quantité (en g) = volume (L) x degré (%) x 8 (densité) (ou ml x d°/100 x 0.8)
- alcoolémie (g/L) = quantité absorbée (g) / eau totale (L) (= poids en kg x 0.6)
- En dessous des seuils OMS : on parle d'usage
- **Seuil OMS: consommation excessive si**

> 30g/jour en moyenne (H) ou > 20g/jour en moyenne (F)

> 40g en une seule occasion

s'il n'y a pas abstinence au moins 1 jour par semaine

- **Unité de mesure : le verre standard = contient 10g d'OH pur**

#### Facteurs de risque

- Facteurs génétiques: prédisposition certaine (expliquerait 40 à 60% de la variance du risque)
- Facteurs socio-culturels: milieu défavorisé ou poussant à la consommation, accessibilité du produit, stress (chômage, etc)

- Facteurs psychologiques: impulsivité, immaturité, dépendance..

#### Prévention de l'alcoolisme

- **primaire**: campagnes de sensibilisation / éducation, etc.
- **secondaire**: dépistage clinique systématique de **tous** les patients (cf supra)
- **tertiaire**: prise en charge au long cours pour éviter une rechute

On distingue :

**Alcoolisme primaire** (70%)

**Alcoolisme secondaire** (30%) : secondaire à une pathologie psychiatrique

## Diagnostic

**Intoxication alcoolique aiguë = urgence médicale (risque de complication, troubles du comportement...) (A savoir !)**

- !! Devant toute IAA, rechercher une **hypoglycémie** +/- lésion si signes focaux (**A savoir !**)
- **ivresse simple**
  - **Excitation (1-2g/L)**: désinhibition / logorrhée / euphorie / agressivité / haleine œnologique
  - **Incoordination ( $\geq 2g/L$ )**: incohérence / sd cérébelleux / dysmétrie
- **ivresse compliquée** : si associée à autres intoxic, TC ou polytrauma...
- **ivresse pathologique** :
  - **excito-motrice**: hétéro ou auto-agressivité importante
  - **délicante**: délire interprétatif ou hallucinatoire
  - **dépressive ou hypomaniaque**
  - **convulsivante**: si survenue de crise convulsive
- **Coma éthylique ( $> 3g/L$ ) = toxidrome de myorelaxation** (cf Principales intoxications aiguës.)
- **Signe neuro** : Coma calme / hypotonique / sans signe de localisation / ROT ↓ / mydriase bilatérale et symétrique
- **Signe cardiovascu** : bradycardie / hypotension / collapsus
- **Signe respiratoire** : dépression respiratoire
- **Hypothermie**  
==> rechercher hypoglycémie, acidocétose, hyponatrémie...

#### Intoxication alcoolique chronique

- **Dépistage +++**
  - Systématique chez tous les patients / fréquence et quantité
  - **Questionnaire DETA**: [Diminuer / Entourage / Trop bu / Alcool au matin], **questionnaire AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- **Syndrome d'alcool-dépendance**
  - A préférer au terme d'alcoolisme ou éthyliisme chronique
  - : tolérance, sevrage, etc.
  - critères DSMV du trouble d'utilisation de substance
- **Signes d'imprégnation alcoolique (!! non spécifiques)**
- Bouffissure du visage / hypertrophie bilatérale parotidienne / hépatomégalie / tremblements / hypersudation / HTA systolique/ tachycardie / erythrose faciale / varicosités faciales / injection conjonctivales / haleine alcoolique / irritabilité / polynévrite...
- **Complications liées à l'alcool ==> cf infra**
- **Marqueurs biologiques (4)** (= mais pas d'utilité en dépistage chez les personnes asymptomatiques)
  - Augmentation de la **CDT** (carbohydre déficient transferrin: dès 6v/j / le plus Sp)
  - Augmentation des gamma-GT (à partir de 10 verres /jour)
  - Augmentation du VGM (surtout si pas d'anémie associée)
  - Cytolyse hépatique (prédominant sur les ASAT)

#### Syndrome de sevrage

##### Critères diagnostiques du DSM-IV-TR

- A. Diminution ou arrêt de la conso d'OH qui était massive et prolongée
  - B. Au moins deux des symptômes suivants qui apparaissent qq heures à qq jour après :  
anxiété, agitation psychomotrice, insomnie, augmentation tremblement des extrémités, hallucinations ou illusions transitoires (visuelles, auditives, cénesthésique)  
nausée ou vomissements  
hyperactivité neurovégétative  
crise convulsive type "grand mal"
  - C. ses symptômes causent une souffrance, ou une altération sociale, professionnelle...
  - D. ces symptômes ne sont pas dus à un pb somatique ou à un autre trouble psy
- !! l'alcool est la seule substance addictive dont le sevrage peut être mortel

- !! le principal FdR de sevrage compliqué est l'actd de syndrome de sevrage compliqué
- **Sevrage non compliqué**
  - Typiquement, « sevrage matinal » de l'alcoolique d'où prise d'alcool dès le matin
  - **signes neuromusculaires**: tremblements / crampes / myalgies
  - **signes neurovégétatifs**: tachycardie / sueurs / hypotension
  - **signes psychiques**: anxiété / irritabilité / cauchemards / insomnie
  - **signes digestifs**: nausées / vomissements
  - !! **signes négatifs**: pas de confusion / pas de délire
- **Délirium tremens (DT) = syndrome confuso-onirique**
  - !! spécifique du sevrage d'alcool / URGENCE vitale et médico-légale
  - **syndrome confusionnel**: inversion nyctémérale / désorientation / vigilance
  - **syndrome délirant**: hallucinations visuelles (zoopsies ++ ) / thème onirique
  - **signes végétatifs**: [fièvre / sueurs / déshydratation] / [tachycardie / hypertension]
  - **signes neurologiques**: tremblements intenses / généralisés +/- convulsions
  - **2 grands risques**: choc vasoplégique (collapsus) / risque hétéro ou auto-agressif
- !! **Confusion chez un alcoolique = rechercher** (cf **État confusionnel et trouble de conscience chez l'adulte et chez l'enfant.**)
  - **hypoglycémie (A savoir !)** / Gayet-Wernicke (B1) / encéphalopathie hépatique (cirrhose)
  - trauma crânien / crise épileptique / infection (méningite, pneumopathie)

## Complications

### Complications d'une intoxication alcoolique aiguë

- **Métaboliques**: hypoglycémie et déshydratation +++
- **Traumatiques**: fractures / traumatismes crâniens (HED/HSD) / AVP, etc.
- **Digestives**: hépatite aiguë (cf **Pancréatite aiguë.**)
- **Neurologiques**: crise épileptique ++ / syndrome cérébelleux
- **México-légales**: passage à l'acte auto ou hétéro-agressif / accident, etc.

### Complications d'une intoxication alcoolique chronique +++

- **Digestives**: HAA / Stéatose / cirrhose / PA ou chronique
- **Néoplasiques**: CHC / cancers des VADS / cancer de l'oesophage, etc.
- **Neurologiques**: encéphalopathie (gayet-wernicke, hépatique...) / sd de korsakoff / atrophie cérébelleuse / neuropathie optique / épilepsie / polyneuropathie sensitivomotrice...
- **Psychiatriques**: dépression / troubles anxieux / du sommeil
- **Cardiovasculaires**: IC sur cardiomyopathies / HTA / TDR / athérosclérose
- **Socio-professionnelle**: désinsertion / précarité et pathologies associées
- **Hématologiques**: macrocytose / leucopénie / thrombopénie / anémie / troubles de la coagulation
- **Infectieuses**: cf immunodépression / pneumopathies d'inhalation..
- **Gynéco-obstétriques**: syndrome d'alcoolisme foetal / aménorrhée

### Remarque:

- **Encéphalopathie de Gayet-Wernicke (le plus svt carence en vitamine B1)** : syndrome cérébelleux / troubles oculomoteurs / confusion
- **Sd de Korsakoff (conséquence du Gayet-Wernicke)**: amnésie antérograde / fabulations / fausses reconnaissances / anosognosie / DTS

### COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

Dependance à l'alcool svt associée aux **troubles anxiodépressifs**, ces troubles peuvent être **primaire ou secondaires** à la conso d'OH.

L'association à une **coaddiction** est fréquente : A RECHERCHER! = **5%** des patients addicts à l'OH sont addicts d'une autres substance.

Association **pathologies psychiatriques** (schizophrénie, troubles bipolaire...) et OH à rechercher ==> ex : trouble bipolaire 4 x plus fréquent chez les patient dépendant à l'alcool par rapport à la pop générale.

## Traitement

### Traitement d'une intoxication alcoolique aiguë = URGENCE MEDICALE

- **Si ivresse simple**
  - Traitement en ambulatoire / **glycémie capillaire systématique** / repos et calme

- !! Eliminer une cause somatique ou toxique/iatrogène: ex. clinique complet
- **Hydratation per os +++**
- **Si ivresse pathologique**
  - Hospitalisation systématique / en urgence
  - Traitement symptomatique: **BZD** +/- neuroleptique sédatif (ex: cyamémazine) PO ou IM
  - Hydratation parentérale par NaCl isotonique 9‰ en IVL
- **Si coma éthylique**
  - Hospitalisation en urgence / en REA / monitoring avec scope
  - Ré-équilibrage hydro-électrolytique: hydratation IV +/- G5, etc.
  - Vitaminothérapie (B1/B6/PP) en parentéral

#### Traitement d'un syndrome de sevrage

- **Prévention du delirium tremens (A savoir !)**
  - Hydratation parentérale par NaCl isotonique (cf DEC)
  - Vitaminothérapie: B1 / B6 / PP (PO ou IV)
  - Benzodiazépine: diazépam (Valium®) PO ou IM si impossible
  - **Remarque:** si IHC, éviter Valium® (cf EH): préférer oxazépam (Seresta®)
- **Traitement d'un syndrome de sevrage non compliqué**
  - Hospitalisation en urgence / en médecine / éliminer cause somatique (**A savoir !**)
  - Agitation: sédation par BZD +/- neuroleptique sédatif (!! éviter contention)
  - **idem P° du DT:** hydratation IV / vitaminothérapie / BZD
  - **Surveillance:** conscience / constantes / orientation vers consultation après +++
- **Traitement d'un delirium tremens**
  - Hospitalisation en urgence / en **REA** / éliminer cause somatique / mise au calme ++
  - P° du risque suicidaire ++ / rechercher C° / éviter contention
  - **Chambre éclairée, calme, passage de soignants réguliers**
  - **idem P° du DT:** hydratation IV / vitaminothérapie / BZD IV (diazépam ou oxazépam)
  - **Traitement symptomatique:** rééquilibrage hydroélectrolytique IV / antipyrétique / NL sédatifs
  - **Traitement du délire:** neuroleptique anti-productif (halopéridol par ex.)
  - **Surveillance:** conscience / adaptation selon score de Cuhsmann / constantes / orientation vers **consultation** après +++
  - **!! Risque de fugue:** à prévenir
  - **TTT des crises convulsives:**
  - **TTT du sevrage**
  - Une crise unique = pas de TTT anticomitial

#### Modalités du sevrage (= les 10 points-clés)

- **Prise en charge**
  - Globale et pluridisciplinaire / consultation spécialisée en alcoologie
  - Sevrage ambulatoire (ex : CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)) ou en milieu hospitalier (++ aux ECN)
- **Evaluation pré-sevrage (5)**
  - Evaluation de la consommation (en g/j ; type d'alcool ; mode de consommation)
  - Evaluation de la dépendance (DETA ; tolérance ; syndrome de sevrage / atcd de DT)
  - Evaluation de la motivation (raisons d'arrêter / décision prise par le patient)
  - Evaluation du terrain: co-addictions (tabac / drogues) / co-morbidités
  - Recherche de complications: somatiques / psychiques / sociales (**A savoir !**)
- **Contrat thérapeutique +++**
  - Information et consentement éclairé du patient / **fixer une date**
  - Abstinence totale / pas de visite / pas de sortie au début
  - Si fait en ambulatoire : surveillance médicale +++
- **Traitement symptomatique du syndrome de sevrage +++ (A savoir !)**
  - **Hydratation:** hydratation PO (2-3L/j) + correction troubles hydro-électrolytiques
  - **Vitaminothérapie:** B1 / B6 / PP
  - **BZD:** diazépam (diazépam ou oxazépam) , avec décroissance progressive
  - **+/- BB non cardiosélectifs:** type propranolol si signes adrénergiques francs
- **Entretiens motivationnels +++**
  - 
  - **Evaluer les objectifs et la motivation +++ du patient**
  -

#### PRISE EN CHARGE AU LONG COURS : PLURIDISCIPLINAIRE

- **Traitement médicamenteux: pour maintien de l'abstinence (traitement addictolytique)**
  - Réducteurs de l'appétence / à instaurer après le sevrage
  - **Aotal® (acamprosate):** 3x2cp/j pendant 1an (agoniste GABA) dès J1

- Révia® (naltrexone): 1cp/j pendant 3M (antagoniste des opiacés) CI si atcd prise d'opiacés
- Esperal® (disulfiram) : provoque un effet antabuse
- Baclofène : Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) depuis mars 2014 (pour une durée de 3 ans): après échec des autres ttt disponibles, accompagné d'une prise en charge psycho-sociale. aide au maintien de l'abstinence et réduction de la consommation jusqu'au niveau faible OMS
- 
- Mesures associées
  - ■ Evaluer la motivation +++ du patient
    - Psychothérapie (type TCC+++)
    - Mesures hygiéno-diététique: activité physique / régime
    - Prise en charge de la famille peut être une aide importante
    - Proposer adhésion à une association de patients
    - Prise en charge sociale(A savoir !)
- Surveillance
  - Tolérance physique et psychique du sevrage
  - Relais du sevrage par post-cure de consolidation
  - Suivi au long cours et recherche de rechute (+/- GGT)

## Synthèse pour questions fermées en addictologie

3 complications à envisager en cas d'hospitalisation d'un patient alcoolique chronique ?

- Délirium tremens                      - Epilepsie de sevrage                      - Encéphalopathie Gayet Wernicke

4 marqueurs biologiques de l'alcoolisme chronique ?

- CDT(augmenté)  
- GGT (augmentée)  
- VGM (augmenté)  
- Cytolyse hépatique prédominante sur les ASAT

2 effets du sevrage tabagique attribués au traitement ?

- Dépression  
- Troubles du sommeil

1 drogue pour laquelle la sensation de craving est la plus importante ?

- Cocaïne

6 traitements symptomatiques d'un syndrome de sevrage en opiacés ?

- Réhydratation  
- Anti émétique  
- Antalgiques non morphiniques  
- Anxiolytique (pas de BZD)  
- Spasmolytique  
- Antihypertenseur central