



Diantre ! Un autre sevrage d'alcool au cabinet !

Jacques Dumont

M. Sarto Dionysos, 52 ans, est alcoolique. Il vient vous consulter, car il entre en maison de thérapie. Il doit être sobre, mais pas en sevrage actif à l'admission. Il souffre d'hypertension artérielle légère et prend du losartan/hydrochlorothiazide (50 mg/12,5 mg) à raison d'un comprimé, 1 f.p.j., depuis trois ans. Vous notez que ses mains tremblent et que quelques gouttes de sueur perlent sur son front. Allez-vous l'envoyer en centre hospitalier pour sa désintoxication ?

L'ALCOOL ÉTHYLIQUE, OU ÉTHANOL, est une substance psychoactive, c'est-à-dire qui altère l'humeur. Son usage prolongé peut provoquer une tolérance (neuroadaptation) et son arrêt, un syndrome de sevrage. Ce produit module principalement les systèmes inhibiteurs GABA et excitateurs glutamate.

Le terme *désintoxication* est employé ici pour décrire le traitement du syndrome de sevrage. Vos objectifs sont de permettre un sevrage sécuritaire de l'alcool dans les meilleures conditions possibles pour le client et de préparer ce dernier à la suite de son traitement.

Puis-je faire un sevrage d'alcool au cabinet ?

Prédicteurs de risque de complications

La majorité des traitements de désintoxication peuvent se faire en consultation externe au cabinet (sevrage léger et modéré) alors que dans de 5 % à 10 % des cas, les patients devront être hospitalisés (sevrage important, dit *sévère*) dans un centre hos-

Le Dr Jacques Dumont, omnipraticien, exerce dans les centres régionaux de réadaptation en alcool et toxicomanie de Québec (CRUV) et de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA). Il est professeur clinicien au Département de médecine familiale de l'Université Laval, s'occupe de formation continue et est consultant en dépendances.

Encadré 1

Prédicteurs d'un sevrage d'alcool important

- ☉ Consommation importante depuis plus de dix ans
- ☉ Douze consommations et plus par jour
- ☉ Plusieurs traitements de désintoxication
- ☉ Prise d'alcool tôt le matin
- ☉ Antécédents de convulsions liés au sevrage ou de *delirium tremens*
- ☉ Troubles concomitants graves (physiques ou psychologiques)
- ☉ Patient de plus de 65 ans

pitalier général offrant des services spécialisés en désintoxication¹. Il existe aussi des ressources intermédiaires spécialisées, non hospitalières, qui offrent l'hébergement et le suivi médical, comme les centres de réadaptation publics régionaux en dépendance. Ces endroits, qui traitent les personnes nécessitant un sevrage dit modéré, évitent des hospitalisations et préparent activement le patient à la phase de réadaptation, sans les temps d'attente habituels. Ils sont actuellement en développement au Québec et devraient être accessibles dans la majorité des régions prochainement. Certaines maisons de thérapie privées et certaines ressources communautaires offrent aussi des services de désintoxication pour les cas plus légers.

Certains prédicteurs de risque devraient vous inciter

La majorité des traitements de désintoxication peuvent se faire en consultation externe au cabinet (sevrage léger et modéré) alors que dans de 5 % à 10 % des cas, les patients devront être hospitalisés (sevrage important).

Repère

Tableau I**Stades de sevrage**

Stade	Début des symptômes après la dernière consommation d'alcool	Symptômes
I	De 5 à 8 heures	Anxiété, nausées ± vomissements, diaphorèse, insomnie, pression artérielle et pouls élevés, hyperthermie possible
II (de 10 % à 15 % des cas, si le patient n'est pas traité)	De 24 à 48 heures	Mêmes symptômes qu'au stade I, mais plus intenses Hallucinations, convulsions généralisées (de 5 % à 10 % des cas)
III (5 % des cas, si le patient n'est pas traité)	~ 72 heures	<i>Delirium tremens</i> (psychose organique), perturbation importante des signes vitaux pendant en moyenne de deux à trois jours

à diriger le patient vers un centre hospitalier pour une évaluation ou carrément pour une désintoxication (encadré 1). Le sevrage d'alcool comporte trois stades (tableau I). D'emblée, les stades II et III nécessitent un plateau technique en centre hospitalier, du moins pendant les premiers jours. Un client dont l'état physique et mental est stable, souvent au bout de 48 à 72 heures, peut quitter le centre hospitalier pour des ressources intermédiaires ou externes.

Évaluation du sevrage actif

Votre évaluation initiale de M. Dionysos, en sevrage actif, comprend les bilans de dépendance ainsi que des bilans physiques et psychiatriques^{1,2}. Pour le bilan de dépendance, vous lui posez des questions sur sa consommation actuelle : fréquence, quantité, durée, dernière prise d'alcool et antécédents de toxicomanie. Vous vous servez de l'échelle appelée *Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol revised* (CIWA-Ar)^{3,4} pour l'évaluer (figure 1). Cet outil standardisé et validé est aussi pratique pour suivre le patient. L'interprétation des scores CIWA-Ar est donnée dans le tableau II.

L'examen physique de base permet d'évaluer le patient en cours de sevrage et les possibles complications découlant de sa consommation d'alcool. En consultation externe, les examens de laboratoire (GGT, AST, volume globulaire moyen) peuvent être utiles (sen-

sibles quoique moins spécifiques), principalement pour le suivi. Vous n'avez pas besoin d'un bilan sanguin pour entreprendre la désintoxication, sauf si vous soupçonnez une complication aiguë (Ex. : saignement digestif). Quant à l'anamnèse psychiatrique de base, elle doit comprendre l'évaluation du risque de suicide.

Comment prendre en charge le sevrage ?**Traitement du patient en sevrage**

Les sédatifs hypnotiques, de type benzodiazépines, constituent la base de la désintoxication¹. Ils en diminuent l'intensité des symptômes grâce à une tolérance croisée, préviennent les convulsions et sont sécuritaires. Certains autres types de médicaments ont été ou sont encore utilisés, mais les benzodiazépines sont de loin les plus employées. Bien que toute la famille des benzodiazépines pourrait être prescrite avec succès dans le traitement du sevrage d'alcool, il est plus facile et plus pratique de s'en tenir aux molécules les plus connues. Le bon vieux chlordiazépoxyde (Librium) (tableau III) demeure très utilisé, et avec raison. C'est une molécule à action prolongée (avec une demi-vie de 30 h) qui est efficace toute la nuit et qui « s'accumule » en début de traitement (*loading dose*). De plus, moins de patients abusent du Librium, car ce dernier provoque peu d'effets euphorisants.

Le lorazépam (Ativan) constitue un bon deuxième choix (avec une demi-vie de 15 h), car il peut se prendre par voie sublinguale, s'accumule moins et son métabolisme protège les foies moins fonctionnels.

Enfin, toute désintoxication devrait s'accompagner d'une ordonnance de thiamine (vitamine B₁) afin de prévenir une encéphalopathie de Wernicke.

Suivi de la désintoxication

Les chances de succès de M. Dionysos seront bien

Tableau II**Interprétation des scores CIWA-Ar**

Score	Degré d'intensité du sevrage
< 8	Léger
De 9 à 15	Modéré
> 15	Important

Fiche du CIWA-Ar

Année -- // Mois - // Jour - // Heure - // Pression artérielle // Mm Hg // Pulsations /Min // Température . °C

Nausées et vomissements – Demandez : « Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observez :

- 0 Pas de nausées ni de vomissements
- 1 Nausées légères sans vomissements
- 2
- 3
- 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- 5
- 6
- 7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements

Tremblements – Bras étendus, doigts écartés. Observez :

- 0 Pas de tremblements
- 1 Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis du bout des doigts
- 2
- 3
- 4 Modérés, le patient ayant les bras étendus
- 5
- 6
- 7 Importants, sans les bras étendus

Sueurs – Observez :

- 0 Pas de sueurs visibles
- 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
- 2
- 3
- 4 Front perlé de sueurs
- 5
- 6
- 7 Trempé de sueurs

Anxiété – Demandez : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observez :

- 0 Calme, détendu
- 1 Légèrement anxieux
- 2
- 3
- 4 Modérément anxieux ou sur ses gardes
- 5
- 6
- 7 Équivalent à un état de panique aigu ayant un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizo-phréniques aiguës

Agitation – Observez :

- 0 Normale
- 1 Normale, mais légèrement accrue
- 2
- 3
- 4 Patient modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient
- 5
- 6
- 7 Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)

Troubles tactiles – Demandez : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau ». Observez :

- 0 Aucun
- 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
- 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissements
- 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissements modérés
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations importantes
- 6 Hallucinations extrêmement importantes
- 7 Hallucinations continues

Troubles auditifs – Demandez : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ? » Observez :

- 0 Absents
- 1 Très peu stridents ou effrayants
- 2 Peu stridents ou effrayants
- 3 Modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations importantes
- 6 Hallucinations extrêmement importantes
- 7 Hallucinations continues

Troubles visuels – Demandez : « La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ? » Observez.

- 0 Absent
- 1 Très peu sensible
- 2 Peu sensible
- 3 Modérément sensible
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations importantes
- 6 Hallucinations extrêmement importantes
- 7 Hallucinations continues

Maux de tête, tête lourde – Demandez : « Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose vous serre la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étoupe ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête ? » **Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations d'ébriété. Évaluez plutôt l'intensité des autres symptômes.**

- 0 Absentes
- 1 Très légères
- 2 Légères
- 3 Modérées
- 4 Modérément importantes
- 5 Importantes
- 6 Très importantes
- 7 Extrêmement importantes

Orientation par rapport au temps, à l'espace et aux personnes –

Demandez : « Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- 0 Orienté(e) et peut additionner des nombres en série
- 1 Ne peut additionner des nombres en série ou est incertain de la date
- 2 Erreur de date de 2 jours ou moins
- 3 Erreur de date de plus de 2 jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace ou par rapport aux personnes

Score CIWA-Ar Total (max. = 67) :
(Additionner les scores de chaque point)

Nom de l'évaluateur : _____

Prénom, nom

Source : The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised (Sullivan, Sykora, Schneiderman et coll. 1989 ; Sullivan, Swift et Lewis 1991).

Tableau III**Médicaments utiles en désintoxication**

Agent	Présentation (comprimé)	Posologie	Durée de traitement	Commentaires
⊕ Chlordiazépoxyde (Librium)	5 mg, 10 mg, 25 mg	De 25 mg à 50 mg, 3 f.p.j.	De 5 à 7 jours	
⊕ Lorazépam (Ativan)	0,5 mg, 1 mg, 2 mg	De 1 mg à 2 mg, 3 f.p.j.	De 5 à 7 jours	Forme sublinguale utile, moins d'accumulation que pour le chlordiazépoxyde
⊕ Thiamine (vitamine B ₁)	50 mg, 100 mg, 500 mg	100 mg, 1 f.p.j.	7 jours	Maintien en cas de problèmes neurologiques

Exemple de traitement à posologie décroissante sur une semaine

Médicament	Dose	Jours	Posologie décroissante
Librium	25 mg	1 et 2	2 co, 3 f.p.j.
		3 et 4	1 co, 4 f.p.j.
		5 et 6	1 co, 3 f.p.j.
		7	1 co, 2 f.p.j.

meilleures si vous faites un suivi rapproché dans les 48 à 72 heures. Vous pourrez alors ajuster le traitement, au besoin, et ajouter les éléments du maintien de l'abstinence. Évidemment, votre clinique est surchargée, et il vous est difficile de prévoir un rendez-vous de suivi si rapproché. Cependant, cet effort vous évitera probablement plusieurs autres visites ou appels.

Au rendez-vous de suivi de désintoxication, vous vérifiez la consommation, l'évolution du sevrage et la fidélité du patient à son traitement². L'échelle CIWA-Ar (figure 1) est toujours pratique et vous permet de vérifier l'évolution du sevrage si vous vous en êtes servi initialement. Vous refaites le bilan de base physique et psychologique, tout en informant votre patient que vous pouvez lui offrir de l'aide s'il a des difficultés à rester abstinent. Si la visite de suivi est impossible, une ordonnance à dose décroissante sur une semaine est alors suggérée (tableau III). Un échec du sevrage en consultation externe devrait probablement vous ame-

ner à orienter votre patient vers une évaluation en milieu spécialisé.

Comment aider mon patient à rester abstinent ?**Suivi recommandé**

Pour le maintien de l'abstinence, votre entrevue ressemble à celle des visites du suivi de désintoxication². Vous interrogez votre patient sur les difficultés qu'il connaît et sur sa motivation et vous l'informez des ressources spécialisées, des groupes de soutien ainsi que des médicaments qui facilitent l'abstinence (encadré 2).

Dans les cas plus complexes, votre évaluation psychiatrique devrait être plus détaillée, car les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale sont fréquents (voir l'article du D^r Rouillard intitulé : « *Doc-teur, l'alcool me calme, mais me déprime !* » dans le présent numéro). Une évaluation en psychiatrie pourrait être nécessaire, surtout si votre patient présente encore des symptômes et qu'il consulte le spécialiste alors

Les sédatifs hypnotiques, de type benzodiazépines, constituent la base de la désintoxication. Toute désintoxication devrait s'accompagner d'une ordonnance de thiamine (vitamine B₁) afin de prévenir une encéphalopathie de Wernicke.

Au Canada, deux médicaments ont été approuvés pour l'aide à l'abstinence : la naltrexone (ReVia) et l'acamprosate (Campral). Au Québec, les deux sont présentement acceptés, le second à titre de médicament d'exception.

Repères

qu'il est sobre depuis quelques semaines. Le diagnostic différentiel sera alors plus facile.

Un parallèle intéressant peut être fait avec vos suivis pour l'arrêt du tabac (intervention brève, approche motivationnelle)⁵, car les mêmes techniques de base s'appliquent.

Médicaments utiles

Au Canada, deux médicaments ont été approuvés pour l'aide à l'abstinence : la naltrexone (ReVia) et l'acamprosate (Campral). Au Québec, les deux sont présentement acceptés, le second à titre de médicament d'exception. Ils sont utilisés dans d'autres pays depuis de nombreuses années (tableau IV).

Leurs effets sont intéressants, bien qu'ils ne soient pas miraculeux. Les études ont toujours comparé des processus de thérapie avec ou sans médicaments, et non l'emploi du traitement médicamenteux seul. Dans une revue systématique de onze études à double insu avec placebo⁶, la naltrexone a été associée à un moins grand nombre de rechutes vers la dépendance (38 % contre 60 %) et de patients qui recommençaient à consommer, à une diminution de l'état de manque et à un moins grand nombre de jours de consommation. Dans ces études, il fallait traiter en moyenne cinq patients pour éviter une rechute (*Number needed to treat* [NNT] = 5). Pour l'acamprosate, une revue systématique de quinze études⁷ a révélé que ce produit permet de réduire les rechutes à court et à long terme (plus de six mois) chez les patients qui ont une dépendance à l'alcool et qui suivent une thérapie. On note un nombre moins élevé de patients qui recommencent à consommer (NNT = 8) et un plus grand nombre de jours d'abstinence (NNT = 7). Ces chiffres, qui varient entre 5 et 8, indiquent clairement que cette approche thérapeutique est efficace.

Encadré 2

Ressources spécialisées en toxicomanie

Ressources publiques

Le médecin peut orienter vers le patient au centre de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes de sa région après avoir posé un diagnostic d'abus ou de dépendance.

De fait, chaque région a un centre spécialisé en toxicomanie comportant souvent plusieurs points de service. Pour plus d'information, consultez le site de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques ou toxicomanes (FQCRPAT) au www.fqcrpat.qc.ca (figure 2).

Ressources privées certifiées

Le ministère de la Santé et des Services sociaux propose, aux organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et assurant l'hébergement des patients, un programme volontaire de certification afin de s'assurer que les conditions offertes aux personnes présentant des problèmes de toxicomanie sont sécuritaires sur le plan physique, psychologique et moral.

Les organismes qui ont obtenu la certification du Ministère se sont inscrits dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de recherche de l'excellence au plus grand profit de leur clientèle. Si vous désirez connaître les organismes certifiés dans votre région, cliquez sur http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?certification_pour_les_organismes

Groupes de soutien

Alcooliques Anonymes (AA)

Pour en savoir plus, consultez le site officiel de l'organisme au http://aa-quebec.org/AA_Quebec/index.htm

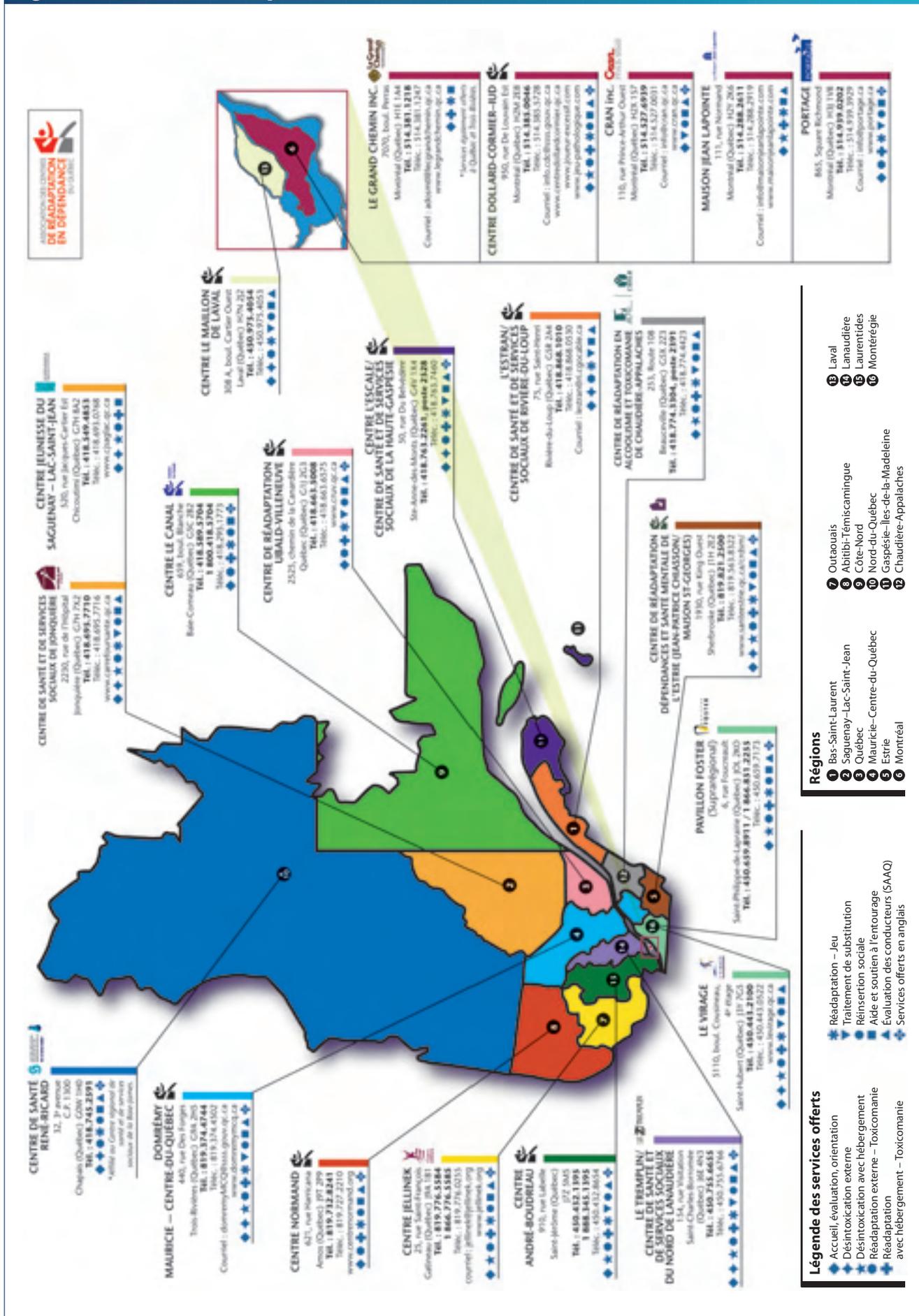
La naltrexone serait plus indiquée dans un contexte de rechutes fréquentes alors que l'acamprosate est plus efficace dans les cas d'abstinence avec forte envie de consommation (état de manque)⁸. Il s'agit finalement d'outils intéressants à intégrer au suivi médical habituel ou à la thérapie.

Vous pouvez traiter la majorité des patients en sevrage d'alcool, mais vous devez savoir comment et où envoyer les cas plus graves. Certaines molécules peuvent aider

Médicaments utiles au maintien de l'abstinence

Médicament	Présentation (comprimé)	Posologie de départ	Posologie cible	Durée de traitement	Effets indésirables les plus fréquents
⊕ Naltrexone (Revia)	50 mg	25 mg	De 50 mg à 150 mg	3 mois	Nausées, céphalées, anxiété, sédation Contre-indication : utilisation d'opiacés Hépatotoxicité rare : surveillance des enzymes hépatiques suggérée
⊕ Acamprosate (Campral)	333 mg	2000 mg (2 co, 3 f.p.j.)	2000 mg (2 co, 3 f.p.j.)	12 mois	Diarrhée, céphalées, nausées, vomissements, dyspepsie Contre-indication : insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min)

Figure 2 – Centres de réadaptation au Québec



Summary

Alcohol withdrawal at the medical office. A majority of alcohol withdrawal cases may be treated at the physician's office. Patient evaluation includes physical and psychiatric check-ups, and a dependence assessment using CIWA-Ar scale. Benzodiazepines with vitamin B₁ (thiamine), constitute a basis for the treatment of alcohol dependence. A close follow-up increases chances of pursuit and success of detoxification. Afterwards, a brief intervention of motivational psychotherapy is effective to maintain abstinence. This intervention can be completed with specialized dependence care and helpful medication.

vos patients à rester abstinents, en s'ajoutant à votre suivi ou à celui des ressources spécialisées.

VOUS AVEZ PRESCRIT à M. Dionysos une benzodiazépine à dose décroissante et de la thiamine, puis vous l'avez revu trois jours plus tard. Il est ensuite entré en maison de thérapie pour une période de quatre semaines. À la troisième semaine, il se disait très incommodé par un besoin impérieux de consommer. Le médecin visiteur du centre lui a alors prescrit de l'acamprosate. Vous reprenez le suivi six semaines après sa sortie, et votre patient est toujours sobre et plus à l'aise. ☺

Date de réception : 1^{er} août 2008

Date d'acceptation : 6 octobre 2008

Le Dr Jacques Dumont n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Mayo-Smith MF. Management of alcohol intoxication and withdrawal. Dans : Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF et coll., rédacteurs. *Principles of addiction medicine*. 3^e éd. Chevy Chase : American Society of Addiction Medicine ; 2003. pp. 621-31.
2. US Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping patients who drink too much. A clinician's guide. Updated 2005 Edition*. Le Département ; 2005. Site Internet : <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf> (Date de consultation : le 5 septembre 2008).
3. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J et coll. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989 ; 84 (11) : 1353-7.
4. Sullivan JT, Swift RM, Lewis DC. Benzodiazepine requirements during alcohol withdrawal syndrome: clinical implications of using a standardized withdrawal scale. *J Clin Psychopharmacol* 1991 ; 11 (5) : 291-5.
5. FMOQ, MSSS. *Soutien médical à l'abandon du tabagisme chez tout fumeur ou ex-fumeur de < 6 mois*. La Fédération et le Ministère ; 2007. Site Internet : www.fmoq.org/FormationProfessionnelle/Formulaires/tabagisme.pdf (Date de consultation : le 15 octobre 2008).
6. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* (1) : CD001867.
7. Mason BJ. Treatment of alcohol-dependent outpatients with acamprosate: a clinical review. *J Clin Psychiatry* 2001 ; 62 (suppl. 20) : 42-8.
8. Rosner S, Leuch S, Lehert P et coll. Acamprosate supports abstinence. Naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes *J Psychopharmacol* 2008 ; 22 (11) : 10-23.