

Prise en charge pharmacologique du sevrage d'alcool

A l'approche des fêtes de fin d'année, les ventes d'alcool en tout genre montent en flèche. Au delà de cet usage culturel et rituel, il y a les conséquences et parmi celles-ci, l'alcool-dépendance qui nécessite le plus souvent, entre autres actions thérapeutiques, l'arrêt de l'alcool. Ce sevrage s'accompagne souvent de phénomènes cliniques à type d'anxiété, tremblements, crises convulsives, delirium tremens (DT), agitation d'intensité variable et peu prévisible. Un groupe de travail de la Société américaine de médecine des addictions a proposé des recommandations pour la gestion pharmacologique de cette phase difficile ¹

Le groupe comprenait des internistes, généralistes, psychiatres, pharmacologues et alcoologues. Une analyse systématique de la littérature sur 10 ans a été réalisée sur les thèmes suivants: médicaments du syndrome de sevrage alcoolique, effets sur sa sévérité (DT, convulsions), réussite du sevrage, effets secondaires, coûts. 134 articles ont été retenus, sur 42 médicaments, comparés entre eux ou au placebo, dans 65 essais contrôlés. Les études ont été soumises à une revue systématique; des recommandations ont été proposées avec niveau de preuve des données et force des recommandations.

Les benzodiazépines (BZD), comparées entre elles, ont la même efficacité sur la réduction des symptômes du sevrage. Les BZD d'action prolongée semblent plus efficaces sur la prévention des convulsions et donneraient un sevrage plus doux avec moins de rebonds; mais ils peuvent entraîner une sédation excessive chez les personnes âgées et au cours des maladies hépatiques. Les BZD d'action rapide contrôlent plus rapidement les symptômes si nécessaire, mais ont un risque plus marqué de création de dépendance. La voie orale est aussi efficace, que les voies injectables (qui augmentent largement le coût). Dans les études, le plus souvent la dose était fixe, (ex chlórdiazépoxyde, 50mg toutes les 6 heures pendant 5 jours). La posologie adaptée à la clinique, réduit largement la dose totale utilisée, sans réduire l'efficacité.

Parmi les autres sédatifs le clométhiazole a été étudiée, mais dans des études de taille insuffisante; les carbamates sont efficaces mais avec plus de risques de dépendance; les barbituriques, assez employés aux USA, n'ont pas fait l'objet d'études contrôlées, et présentent un plus

grand risque de dépression respiratoire et une sécurité moins grande que les BZD s'ils sont utilisés à forte dose. Les neuroleptiques sont moins efficaces que les BZD sur la prévention du DT et augmentent le nombre de convulsions (tant vs BZD que placebo). Ils sont réservés aux cas d'agitation non contrôlée par les BZD.

Les bêta-bloquants atténuent les symptômes de sevrage, mais sans action anticonvulsivante et pourraient favoriser le DT. La clonidine a un effet sur les symptômes mais pas d'action démontrée sur DT et convulsions. La carbamazépine est efficace sur les syndromes légers, mais les études de prévention sur convulsions et DT sont limitées.

Le magnésium, malgré l'abaissement de la magnésémie, n'a fait la preuve d'aucun bénéfice. Il en est de même pour l'adjonction d'alcool. L'apport de thiamine n'a aucun effet, mais peut être proposé à titre de prévention du syndrome de Gayet-Wernicke ou de Korsakoff.

Les auteurs proposent des recommandations privilégiant les BZD (grade A). Un traitement individualisé basé sur l'analyse des symptômes à partir d'une échelle est préféré à une dose standardisée (grade A). En cas de symptômes légers on peut opter pour une surveillance simple; avec des symptômes moyens les BZD seront introduits à la demande; ils seront systématiques à dose suffisante, dans les cas sévères. Un traitement médicamenteux d'emblée est proposé en cas d'antécédent de convulsions (niveau 3), et systématiquement en cas de comorbidité, (niveau 3), avec une surveillance étroite en cas d'usage de BZD d'action prolongée. En cas de méconnaissance de l'usage des échelles, l'attitude systématique est une alternative acceptable.

Ces recommandations sont très détaillées, et la place nous manque pour en apporter toutes les nuances. Leur intérêt réside en particulier dans leur argumentation et l'apport de leurs niveaux de preuve. Elles rejoignent les conclusions établies sur une méthodologie voisine par B. Rueff ²: il rappelle que des symptômes de sevrage (plus ou moins importants) surviennent dans environ 35% des cas, les convulsions dans 4 à 7%, les hallucinations dans 6 à 18%, plus chez les jeunes (# 35 ans) et les hommes; il conseille systématiquement pour tout sevrage un long entretien pour rassurer et informer, des recommandations de boissons abondantes (2l/j), une vitaminothérapie B1; il propose par ailleurs une stratégie individualisée voisine de celle des auteurs, notamment pour le sevrage ambulatoire dans les formes légères ou moyennes.

1 - Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. JAMA, 1997, 278, 2, 144-151

2 - Rueff B. Syndrome de sevrage alcoolique. in Alcoologie clinique. Flammarion Médecine-Sciences, 1989, p 67-71

Mots-clé: alcool, sevrage, médicaments, benzodiazépine



Bonnes fêtes de fin d'année à tous

Prochain numéro le 8 janvier 1998

Numéro 85 du 18 décembre 1997

