

PREVENIR ET TRAITER LES ACCIDENTS DE SEVRAGES ALCOOLIQUES POUR LES PERSONNES ALCOOLO- DEPENDANTES

Objet	Domaine d'application
-------	-----------------------

Ce mode opératoire a pour but de permettre une bonne prévention des accidents de sevrage alcoolique.

Les médecins, IDE, sages-femmes des services de soins du centre hospitalier de Saint-Nazaire.

Référence(s)

⇒ Conférence de consensus HAS : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo – dépendant (mars 99).

Définition(s)

- ⇒ **BZD** : Benzodiazépines
- ⇒ **SPA** : Substances Psycho actives
- ⇒ **Sevrage** : arrêt brutal des boissons alcoolisées chez une personne alcoolo dépendante
- ⇒ **Syndrome de sevrage non compliqué** : Tremblements, sueurs, agitation, avec conscience conservée
- ⇒ **Accidents de sevrage** (5 % des sevrages) = urgence médicale :
 - ❖ Crise convulsive
 - ❖ Delirium Tremens : état confusionnel avec agitation majeure, hallucinations (surtout visuelles), sueurs profuses et tremblements importants, HTA, tachycardie, fièvre.

Document(s) associé(s)

Document d'enregistrement : Index de gravité des états de sevrage alcoolique de CUSHMAN

Processus

1. Questions a l'entrée : interrogatoire, examen clinique, antécédents

- 1) Vient-il pour un accident de sevrage ?
- 2) A t-il des signes de sevrage ?
- 3) A-t-il des antécédents d'accidents de sevrage ?
- 4) Chez lui, doit-il boire dès le matin pour éviter les tremblements ?
- 5) Est-il alcoolisé lors de l'examen ? (masque le syndrome de sevrage)
- 6) Insuffisance hépatocellulaire ou respiratoire ? (CI aux BZD et autres)
- 7) Traitement habituel par BZD ? (risque accru car double sevrage alcool + BZD)
- 8) Consommation d'autres SPA, dont tabac ?

2. Surveillance

Calcul du Score de CUSHMAN (cf. document d'enregistrement) :

J1 = à partir de l'arrêt des alcoolisations, H2, H4, puis toutes les 4 heures en fonction de l'évolution (ne pas réveiller le patient s'il dort)

J2 = à adapter selon l'évolution

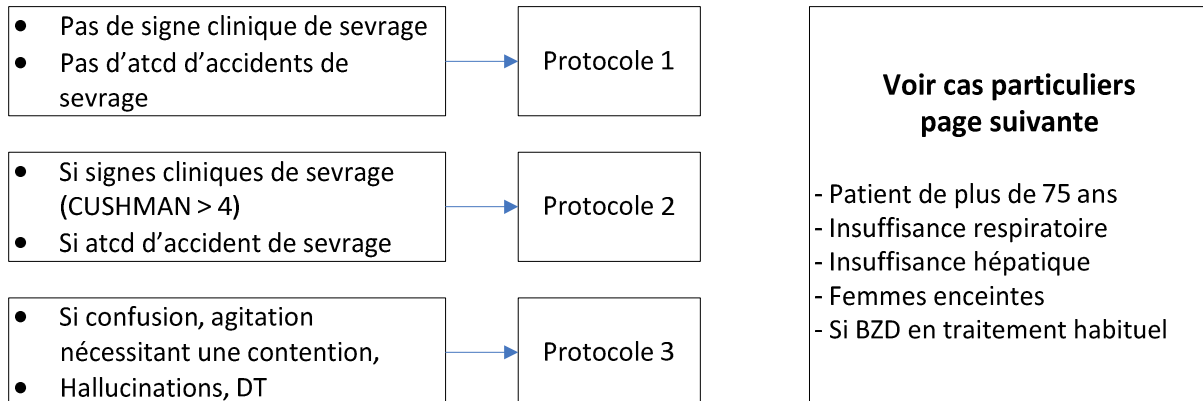
3. En systématique : Vitamine B1

- Per os (à privilégier) : 1 cp 250 mg 3 fois/j
- IV (si patient perfusé) : 500 mg IV dans 50 ml de NaCl 0,9 % en 30 min avant perfusion (y penser chez le patient qui vient pour une pathologie intercurrente médicale ou chirurgicale)



Jamais de perfusion de glucose sans B1 injectable

4. Arbre décisionnel



Protocole 1	Protocole 2
<ul style="list-style-type: none"> • Diazepam 5 mg (VALIUM®) per os <ul style="list-style-type: none"> ➢ à l'arrivée : 2 cp, puis 1 cp toutes les 3h jusqu'au sommeil ➢ J1 : 2 cp matin, 1 midi, 1 soir, 2 coucher ➢ J2 : 2 - 1 - 1 - 1 ➢ J3 : 1 - 1 - 1 - 1 ➢ J4 : 1 - 0 - 1 - 1 ➢ J5 : 0 - 0 - 1 - 1 ➢ J6 : 0 - 0 - 1 - 0 • Vit B1 250 mg : 1 - 1 - 1 • Faire boire 2 L / 24 H • Contacter ELSA pour conseil ou si le patient le souhaite 	<ul style="list-style-type: none"> • Diazepam 5 mg (VALIUM®) per os <ul style="list-style-type: none"> ➢ à l'arrivée : 4 cp, puis 2 cp toutes les 3h jusqu'au sommeil ➢ J1 : 4 cp matin, 2 midi, 2 soir, 4 coucher ➢ J2 : 4 - 2 - 2 - 2 ➢ J3 : 2 - 2 - 2 - 2 ➢ J4 : 2 - 0 - 2 - 2 ➢ J5 : 0 - 0 - 2 - 2 ➢ J6 : 0 - 0 - 2 - 0 • Vit B1 250 mg : 1 - 1 - 1 • Faire boire 2 L / 24 H • Contacter ELSA pour conseil ou si le patient le souhaite
Protocole 3 URGENCE MEDICALE	
<ul style="list-style-type: none"> • Vitamine B1 = 500 mg IV (avant le G5) + polyvitamines 1 amp / 24 h • Diazepam (VALIUM®) IV : 10 mg dans 50 ml de G5 % en 15 min toutes les heures, pendant 3 heures si besoin jusqu'à une somnolence légère <ul style="list-style-type: none"> ➢ Si pas d'amélioration, avis réa ➢ Si amélioration du score de CUSHMAN, espacer toutes les 3 à 6 heures QSP Patient calme Diminution progressive sur 2 - 3 semaines et arrêt • G5 % + NaCl 4g/l + Kcl 2 g/l (selon iono) + magnesium 1 amp/l + phoshore 1 amp/l : 3 litre / 24 h, à adapter ensuite selon clinique et biologie (iono quotidien) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance horaire des paramètres vitaux : pouls, TA, T°, FR, saturation, signes d'encombrement • Relais per os dès que l'état clinique le permet, en augmentant de 20 mg per os la dose journalière de Valium® IM. Puis revenir à la décroissance du protocole 2. • Patch nicotine dosage maximum si patient fumeur <ul style="list-style-type: none"> • Discuter d'une chambre seule à proximité de la salle de soins, au calme (limiter les stimuli : pas de télé ni radio, créer une pénombre, limiter les visites) • Discuter d'une contention sur prescription médicale (selon le protocole institutionnel)
Cas particuliers
<ul style="list-style-type: none"> • Patients de plus de 75 ans : diminution des doses de moitié puis évolution clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance respiratoire : CI aux BZD. Avis médical
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance hépatique : Avis médical. Privilégier le SERESTA®, à adapter en fonction de la clinique.
<ul style="list-style-type: none"> • Si BZD en ttt habituel (depuis plus d'un mois) et si bonne observance avant le sevrage : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Remplacer le ttt habituel par du VALIUM® à dose équivalente + dose prévenant le sevrage <p style="margin-left: 40px;">Equivalences : 50 mg : oxazepam ; SERESTA® = 15 mg VALIUM® 2 mg : loxazepam (TEMESTA®) = 10 mg VALIUM® 1 mg : alprozalam (XANAX®) = 10 mg VALIUM®</p> ➤ Diminuer la posologie de 20 % par paliers de 3 jours ➤ Si résurgence de symptômes anxieux ou crises convulsives (= dépendance aux BZD) : diminution très lente par paliers d'une semaine.
<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes : SERESTA®

	Nom - Fonction	Date	Visa
Rédacteur	F. MARTINEZ, Responsable d'unité ELSA ; A. AMELIN, médecin médecine polyvalente ; E. GRAF, responsable d'unité gastro-entérologie ; F. THIBAUT, chef de service réanimation ; J. RAMOND, médecin urgentiste	01/10/12	
Vérificateur	Groupe PAQ addiction		
Approbateur	Dr GRINAND, président de CME	02/10/12	Signé
Approbation par la cellule qualité et risques pour mise en application le			16/10/12
ADD-MO-001	PREVENIR ET TRAITER LES ACCIDENTS DE SEVRAGES ALCOOLIQUES POUR LES PERSONNES ALCOOLO-DEPENDANTES	Version 1	Page 3 sur 3