

Comment conduire le traitement en vue d'un sevrage?
Le sevrage où ? Pour qui? Comment?

Docteur Bernard DOR



SOCIETE SCIENTIFIQUE de
MEDECINE GENERALE

Bruxelles, le 23 février 2018

Introduction

- Sevrage « accidentel ».
- Arrêt programmé avec perspective thérapeutique.
- Manifestations graduées « immédiates » ou différées (jusqu'au 10^{ème} jour !)

Syndrome de sevrage.

- Troubles subjectifs: anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars
- Troubles neuro-végétatifs: sueurs, tremblements, HTA, tachycardie
- Troubles digestifs : anorexie , nausées, vomissements, diarrhée.
- Ce tableau va régresser ou s'aggraver se compliquant parfois d'accident de sevrage (convulsions, hallucinations, délirium)

Facteurs de risque de sevrage avec complications

- Sévérité du mésusage (pas toujours...)
- Antécédents de sevrage difficile voire d'accident de sevrage.
- Poly-addiction
- Comorbidités associées (physiques ou psychiques)

Le sevrage sans complications: dans 95% des cas!

Principes généraux de prise en charge.

- Accompagnement global et parcours de soins.
- Ambulatoire? Résidentiel?
- Sevrage combiné tabac proposé et encouragé!
- Savoir parfois différer le sevrage pour raisons psychosociales (vidéo : <https://vimeo.com/195923005>)

Sevrage résidentiel hospitalier: 10 à 30 % des sevrages.

- Délirium, crise comitiale au moment de l'évaluation.
- Antécédent de délirium ou crise convulsive.
- Consommation associée de fortes doses de BZD (AE); sevrage secondaire de BZD (AE) (par exemple consommation associée de bromazepam; ajout diazepam 10 j ou Rivotril 10 j ; sevrage secondaire bromazepam)

Sevrage résidentiel hospitalier: 10 à 30 % des sevrages.

- Echec de sevrages ambulatoires itératifs.
- Comorbidité psychiatrique (bipolaire; trouble dépressif sévère avec idées suicidaires) / somatique (cirrhose décompensée...).
- Causes socio-familiales. Grossesse. Sénior?

Sevrage ambulatoire

- Schéma médicamenteux : de base + s.n
- Consultations rapprochées voire quotidiennes.
- Rester de disponibilité téléphonique.
- ITT
- Prudence pour la conduite automobile.
- Collaboration infirmière/ kiné?

Sevrage: BZD: hôpital : schéma ou « selon besoins »?

- Schéma 7 à 10 jours. Schéma modulable selon la clinique.
- Dose départ: jusqu'à 80 mg/j voire 100 mg/j. Durée 10 à 14 j

exp. perso : 4 X 20 mg ...2 à 3 jours

4 X 15 mg ...2 à 3 jours

4 X 10 mg...2 à 3 jours

5 mg + 5 mg+ 5mg + 10 mg; -----

Sécurité des BZD?

- Expérience clinique: pas d'incidents avec les BPCO... (même aux hautes doses!). Pas de fausse-routes... (hautes doses)
- Pas de dépendance induite dans conditions « normales ».
- Diazepam: demi-vie moyenne: 32 à 47 h: moins de risque de convulsions si compliance faible...
- Excès de sédation? > réduction des doses .Demi-vies « moyennes » permet adaptation « rapide ».

Sevrage: BZD: hôpital : schéma ou « selon besoins »?

- Selon besoins: échelle de Cushman : pouls, PA systolique, fréquence respiratoire, tremblement, sueur, agitation, troubles sensoriels (gêné par bruit, lumière, hallucination critiquée, hallucination non critiquée).
Différents scores.
- L'échelle de Cushman ? Nécessite observation clinique minutieuse: uniquement à l'hôpital.

Sevrage schéma domicile

- Par exemple : diazepam 10 mg:

10-10-10-10 J1 et J2

5-10 - 5- 10 J3

5- 5 - 5 -10 J4

0- 5 -5 - 10 J5

0 - 0- 0 - 10 J6 et J7 ; 0 dès J8.

Schéma manuscrit ; + si nécessaire « joker »

Sevrage à domicile : savoir le préparer

- Réduire de moitié...pendant une semaine avant le stop sous BZD. 50% de consommation en moins, c'est moins de BZD .
- Réduire de moitié par « l'alternance »...
- Arrêt des cubi... > bouteilles et « mesure »
- Ne plus boire en cachette...
- En parler chez soi, autour de soi.
- Prendre contact avec les groupes d'entraide?

Vitamine B1 (= thiamine, aneurol)

- « Stock » de B1 faible, pas de réserves
- Dose? « Référentiel de bonnes pratiques cliniques » de la SFA: 500 mg / jour.
- Dr Guetta : 1 g/jour! (et plus). Il vaut mieux « pêcher par excès! »
- Pas de toxicité de B1 ...
- Dose: sevrage? Post-sevrage? Prévention?

B1 : rappel: Dr Guetta...

- La Thiamine est absorbée au niveau duodéal.
- Son absorption est limitée en cas de de malnutrition, de maladie du grêle et de consommation alcoolique chronique.
- Le passage de la barrière hémato-encéphalique est passif (permettant d'obtenir des concentrations cérébrales élevées après administration parentérale).

Référentiel de Bonnes Pratiques Cliniques. SFA .2006

- La pyridoxine (B6)? La prescription est indiquée (500 mg/j) mais ne doit pas être prolongée (risque de neuropathies).
- Si B1 + B6: il est conseillé d'associer la vitamine PP à titre de cofacteur. (vitamine PP = niacine ou vit B3)
- Pas d'indication des B12!

Répertoire commenté des médicaments

- Befact: B1 250 mg, B6 pyridoxine 250 mg, B2 riboflavine 10 mg , B12 20 microgr
- Benerva : B1 300 mg
- Neurobion: B12 1 mg ,B6 100 mg, B1 100 mg / 3ml
- IV : vit B1 Sterop ampoules IM-IV-oral : 100 mg / 2ml ou 250 mg/2ml

Le sevrage à domicile

- **Tiapridal^o** désuet : abaisse par ailleurs le seuil épiléptogène ! Si recours à NL, Seroquel 200 à 400 mg/j
- **Campral[®]** : neuroprotection pendant le sevrage (études animales) : à commencer idéalement avant le sevrage...
- Pas d'**AD** a priori.
- Aide au sommeil: Trazolan, Atarax, Dominal.
- Nootropil^o: désuet

TAKE HOME MESSAGES : Recommandation SFA: Sevrage résidentiel hospitalier...AE

- Délirium, crise comitiale au moment de l'évaluation.
- Antécédent de délirium ou crise convulsive.
- Consommation associée de fortes doses de BZD (AE); sevrage secondaire de BZD (par exemple consommation associée de bromazepam; ajout diazepam 10 j ; sevrage secondaire bromazepam)

TAKE HOME MESSAGES : Recommandation SFA: Sevrage résidentiel hospitalier...AE

- Echec de sevrages ambulatoires itératifs.
- Comorbidité psychiatrique (bipolaire; trouble dépressif sévère avec idées suicidaires / somatique (cirrhose décompensée...)).
- Causes socio-familiales. Grossesse. Séniors?

TAKE HOME MESSAGES : Recommandation SFA: traitement pharmacologique.

- Le sevrage ne requiert le plus souvent pas de traitement pharmacologique (grade B) (sous réserve d'évaluations cliniques soigneuses et régulières)
- Lorsque ceci n'est pas possible il faut un traitement préventif systématique: les BZD sont le pivot de ce traitement. (grade A).
- Hormis symptômes dépressifs préoccupants, pas de traitement antidépresseur dès le sevrage! (AE)