



# Gestion du sevrage d'alcool et de ses complications en milieu hospitalier

*Sofiane Chougar inf. clinicien, service de médecine des toxicomanies du CHUM*  
*Louis-Christophe Juteau MD, MSc, CCMF (MT), service de médecine des toxicomanies du CHUM, CUMF Notre-Dame, Clinique Communautaire Dopamed*

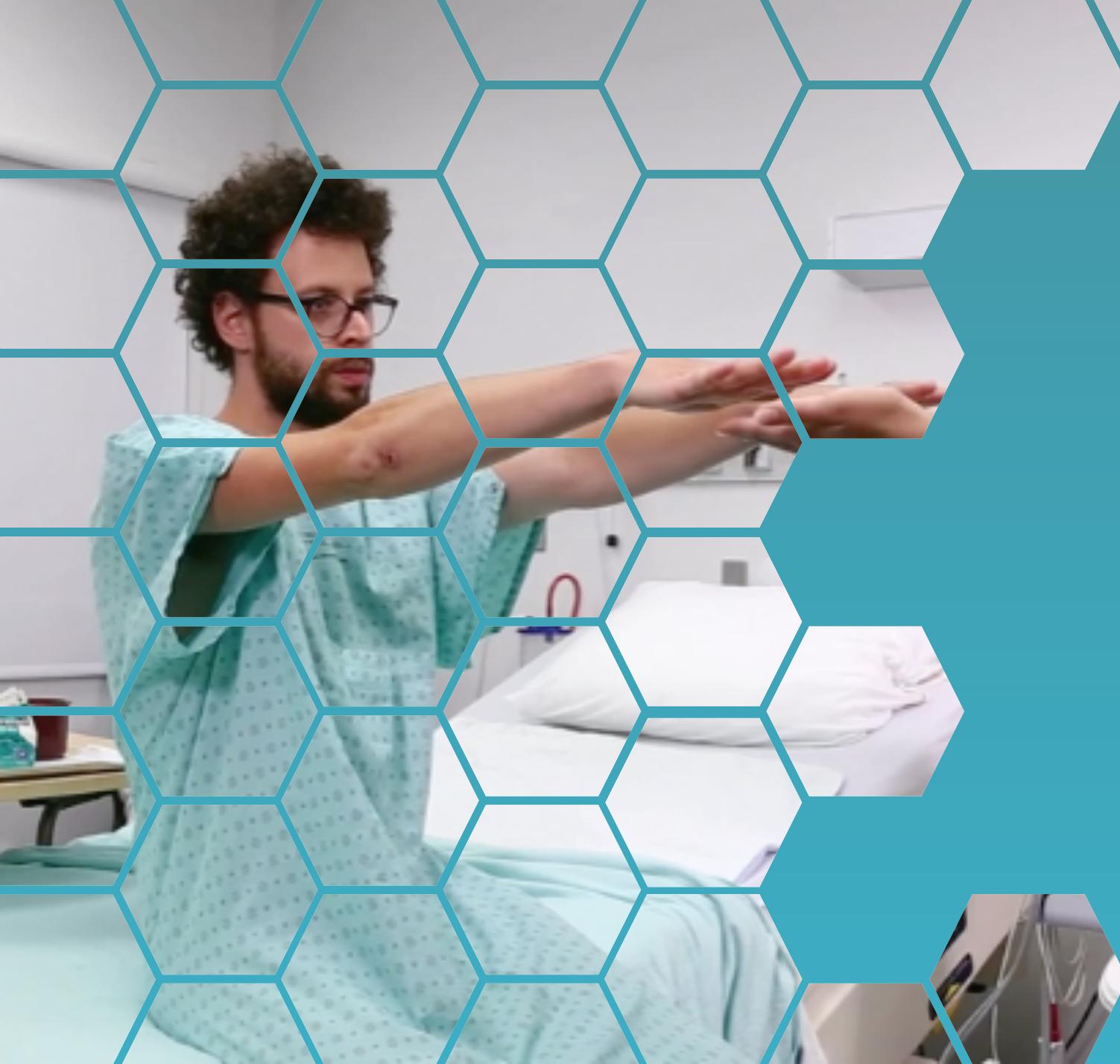


**01** Prédire les complications

**02** L'intégration du CIWA-Ar

**03** Prévenir les complications

**04** Prendre en charge les complications



# 01 Prédire les complications

# Sevrage alcool

- Pour s'adapter à la présence chronique de l'alcool (dépresseur via GABA), le SNC augmente sa composante excitatrice (glutamatergique)
- Au retrait de l'alcool, le SNC a besoin de temps pour comprendre qu'il n'a plus besoin de compenser l'effet dépresseur et reste pris avec une surexcitation temporaire

# Facteurs de risque d'un sevrage d'alcool compliqué

- ATCD de complications de sevrage
- Avoir fait de multiples sevrages (*kindling effect*)
- Sx de sevrage intense à 12h ou moins d'arrêt  
*ex.: un score de CIWA-Ar de 12 ou plus; besoin de consommer la nuit ou dès le réveil pour contrôler sx de sevrage*
- Comorbidités  
*ex.: Hépatite alcoolique, pancréatite alcoolique, cirrhose, désordres électrolytiques, lésions cérébrales (AVC, masse...), traumatismes crâniens, épilepsie, âge avancé...*



August 28, 2018

# Will This Hospitalized Patient Develop Severe Alcohol Withdrawal Syndrome?

## The Rational Clinical Examination Systematic Review

Evan Wood, MD, PhD, FRCPC<sup>1,2</sup>; Loai Albarqouni, MD, MSc<sup>3</sup>; Stacey Tkachuk, BSc, Pharm<sup>2</sup>; *et al*

[» Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA. 2018;320(8):825-833. doi:10.1001/jama.2018.10574



## Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)

Maldonado *et al*, 2015

### Part A: Threshold Criteria:

("Y" or "N", no point)

Have you consumed any amount of alcohol (i.e., been drinking) within the last 30 days? OR did the patient have a "+" BAL on admission? \_\_\_\_\_

*IF the answer to either is YES, proceed with test:*

### Part B: Based on patient interview:

(1 point each)

1. Have you been recently intoxicated/drunk, within the last 30 days? \_\_\_\_\_
2. Have you ever undergone alcohol use disorder rehabilitation treatment or treatment for alcoholism? (i.e., in-patient or out-patient treatment programs or AA attendance) \_\_\_\_\_
3. Have you ever experienced any previous episodes of alcohol withdrawal, regardless of severity? \_\_\_\_\_
4. Have you ever experienced blackouts? \_\_\_\_\_
5. Have you ever experienced alcohol withdrawal seizures? \_\_\_\_\_
6. Have you ever experienced delirium tremens or DT's? \_\_\_\_\_
7. Have you combined alcohol with other "downers" like benzodiazepines or barbiturates, during the last 90 days? \_\_\_\_\_
8. Have you combined alcohol with any other substance of abuse, during the last 90 days? \_\_\_\_\_

### Part C: Based on clinical evidence:

(1 point each)

9. Was the patient's blood alcohol level (BAL) on presentation  $\geq 200$ ? \_\_\_\_\_
10. Is there evidence of increased autonomic activity? (e.g., HR > 120 bpm, tremor, sweating, agitation, nausea) \_\_\_\_\_

Total Score: \_\_\_\_\_

*Notes: Maximum score = 10. This instrument is intended as a SCREENING TOOL. The greater the number of positive findings, the higher the risk for the development of AWS. A score of  $\geq 4$  suggests HIGH RISK for moderate to severe (complicated) AWS; prophylaxis and/or treatment may be indicated.*

# Les complications de sevrage

Syndromes	Descriptions cliniques	Dernière conso
Sevrage mineur	Tremblements, anxiété, céphalée, sudation, palpitations, inappétence, nausée, diarrhée.	6-36 heures
Convulsions de sevrage	Épisode(s) bref(s) de convulsions tonico-cliniques généralisées avec période de confusion courte. Absence de déficit neurologique.	6-48 heures
Hallucinose de sevrage	Hallucinations visuelles, tactiles et/ou auditives. Absence de confusion et autocritique généralement préservée. Sx sevrage modéré.	12-48 heures
Delirium tremens	Confusion, agitation, hallucinations, tachycardie, sudation et tremblements importants.	48-96 heures

# Delirium tremens

## Critères diagnostiques du DSM-5 pour le délirium de sevrage d'alcool

### Critères pour sevrage d'alcool

- A. Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé.
- B. Au moins 2 des 8 manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après A
  - 1. Hyperactivité neurovégétative (ex: transpiration, FC > 100 bpm.)
  - 2. Augmentation du tremblement des mains
  - 3. Insomnie
  - 4. Nausées ou vomissements
  - 5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives
  - 6. Agitation psychomotrice
  - 7. Anxiété
  - 8. Crises convulsives généralisées tonico-cloniques

### ET critères pour un delirium

- A. Perturbation de l'attention et de la conscience (orientation)
- B. La perturbation s'installe dans un temps court et tend à fluctuer en sévérité tout au long de la journée
- C. Perturbation cognitive autre (langage, mémoire, des habiletés visuospatiales ou des perceptions)
- D. N'est pas mieux expliqué par un trouble cognitif préexistant ni par un état comateux

# Encéphalopathie de Wernicke

## Critères de Caine

Critères diagnostiques de Caine (présence d'au moins 2 des 4) :

- Carences nutritionnelles
- Dysfonctionnement cérébelleux (ataxie à la marche surtout)
- Atteinte oculomotrice (nystagmus, ophtalmoplégie rare)
- Altération de l'état mental (désorientation, inattention, indifférence, troubles de la mémoire)

Causée par une déficience en thiamine (vitamine B1) secondaire à ↓apport, ↓absorption et ↓conversion en métabolite actif en présence d'alcool



## 02 L'intégration du CIWA-Ar

# CIWA-Ar

- *Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol revised*
- Milieu communautaire et milieu clinique
- 10 évaluations cliniques → principaux symptômes de sevrage
- N'inclut pas la tension artérielle ni la fréquence cardiaque

# Pourquoi utiliser le CIWA-Ar ?

- Diminuer les risques de sevrage compliqué de 70% à 32%
- Augmenter les connaissances et les compétences en gestion de sevrage d'alcool
- Diminuer le temps de prise en charge du sevrage
- Harmoniser l'évaluation malgré l'aspect subjectif de l'échelle
- Diminuer de la durée du sevrage symptomatique et de la durée de l'utilisation des benzodiazépines

# CIWA-Ar

## CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT – ALCOHOL REVISED (CIWA-AR)

*Interprétation du degré d'intensité : < 8 (léger) 9-15 (modéré) >15 (important)*

<b>Nausée et vomissements</b>	<b>Tremblements</b>	<b>Sueurs</b>	<b>Anxiété</b>	<b>Agitation</b>
<p>Demandez : «Avez-vous mal au cœur ou des nausées? Avez-vous vomi ?» Observez :</p> <p><b>0</b> Pas de nausées ni vomissements <b>1</b> Nausées légères sans vomissements <b>4</b> Nausées intermittentes avec haut-le-cœur <b>7</b> Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements</p>	<p>Bras étendus, doigts écartés. Observez :</p> <p><b>0</b> Pas de tremblement <b>1</b> Non visibles, mais peuvent être perçus ou sentis au bout des doigts <b>4</b> Modérés, ayant les bras étendus <b>7</b> Importants, sans les bras étendus</p>	<p>Observez :</p> <p><b>0</b> Pas de sueur visible <b>1</b> Sueur à peine perceptible, paumes moites <b>4</b> Front perlé de sueur <b>7</b> Trempé de sueur</p>	<p>Demandez : «Vous sentez-vous nerveux?» Observez :</p> <p><b>0</b> Calme, détendu <b>1</b> Légèrement anxieux <b>4</b> Modérément nerveux et sur ses gardes <b>7</b> Équivaut à un état de panique aigu, un tableau semblable au délirium ou aux réactions schizo-phréniques aiguës</p>	<p>Observez :</p> <p><b>0</b> Normale <b>1</b> Normale, mais légèrement augmentée <b>4</b> Modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient <b>7</b> Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue ou agite les pieds et les mains (agitation presque constante)</p>

# CIWA-Ar

## 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 effrayant
- 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 étai 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 temps, espace et 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

# L'utilisation du CIWA-Ar à l'hôpital

- Formation disponible en ligne pour tous les professionnels du réseau de la santé :

<https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=2213>



# Exemple de l'implantation du CIWA-Ar à l'urgence du CHUM

- **Module de formation en ligne**
  - Grand nombre d'infirmière inscrite à la formation (+ de 300)
  - Formation rapide disponible en tout temps en ligne
- **Associé à une prescription standardisée**
- **Possibilité d'avoir accès à du support personnalisé**

# Avantages de l'implantation du CIWA-Ar

- Personnel plus confiant dans la gestion des sevrages d'alcool
- Moins de stigmatisation des patients TU ROH
- Meilleure continuité des soins (urgence → unité/CRD)

# Limites de l'utilisation du CIWA-Ar

- Sevrage mixte
- Présence de symptômes psychotiques
- Surévaluer les symptômes subjectifs peut mener à des symptômes d'intoxication aux benzodiazépines



## 03 Prévenir les complications

# Protocole de traitement

## DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE

### Patient à risque de sevrage d'alcool

- Soins Infirmiers :**  NPO  Diète:  
 Cathéter court intermittent :  1 accès  2 accès  Aucun  
 Télémétrie  Saturométrie en continu

Faire l'évaluation STAT avec l'échelle CIWA Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol revised*)  
si  $\geq 8$  ou FC  $\geq 110$  batt / min, prendre SV et CIWA q 1 h ad CIWA-Ar  $< 8$  et FC  $< 110$  batt / min  
si  $< 8$  et FC  $\leq 110$  batt / min, prendre SV et CIWA q 1 h x 4 puis q 2 h x 4 puis q 8 h  
Lorsque patient dort, faire SV q 1 h. Si dort  $> 4$  h ou pouls  $> 100$  batt / min, réveiller et reprendre mesure du CIWA

Aviser le médecin *stat* si : changement abrupt de l'état de conscience, convulsions ou température buccale  $\geq 38,5$  °C

Aviser le médecin dans la prochaine heure si:

CIWA-Ar change de léger (1 à 8) à modéré (9 à 15) ou de modéré (9 à 15) à important (15 ou plus)  
ou patient a reçu 40mg de diazépam (IV et po) ou plus au cours des deux dernières heures  
Cesser ordonnance antérieure de benzodiazépine prescrit pour le sevrage s'il y a lieu

**Traitement avec benzodiazépines** Si résultat CIWA-Ar  $\geq 8$  ou FC  $\geq 110$  batt / min :

- Diazépam 20 mg po q 1 h prn ou  
Diazépam 10 mg IV q 30 minutes prn si po non toléré ou si agité (mode d'administration au verso)  
Poursuivre diazépam ad résultat CIWA-Ar  $< 8$  ET FC  $< 110$  batt / min
- Autre benzodiazépine : \_\_\_\_\_  
Ordonnance à réévaluer dans 72 h

**Traitements adjuvants** (Note au prescripteur au verso) :

- Thiamine  100 mg po q 12 h  500 mg IV q 12 h x 3 jours  
 Pyridoxine 50 mg po die  Acide folique 5 mg po die  
 Multivitamines 1 co po die  Gomme nicotine 2 mg q 2 h prn  
 Timbre cutané de nicotine die  7 mg  14 mg  21 mg

# Protocole de traitement

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE  
Patient à risque de sevrage d'alcool

(verso de l'ordonnance)

## MODE D'ADMINISTRATION DU DIAZÉPAM IV

Administrer IV lentement, directement dans une grosse veine  
Si impossible, injecter dans la tubulure où une solution perfuse déjà,  
le plus près possible de l'insertion de la veine  
raison: peut causer des embolies si dilué  
Rincer la tubulure avec NaCl 0,9 % avant et après la dose  
Ne pas mettre dans un mini-sac.  
Ne pas mélanger avec d'autre médicament injectable  
Rester auprès du patient pour 5 minutes après administration pour s'assurer qu'il n'y a pas  
de dépression respiratoire

## THIAMINE : NOTE AU PRESCRIPTEUR

Thiamine 500 mg IV si :  
suspicion d'encéphalopathie de Wernicke (confusion, troubles mnésiques légers, amnésie,  
nystagmus, ataxie ou dysfonctions cérébelleuses, atteinte oculomotrice, hypothermie,  
polyneuropathie)  
  
OU convulsions actives  
OU malnutrition  
OU *delirium tremens*

Thiamine 100 mg po si en sevrage ou à risque de sevrage mais sans signes de dangerosité  
tels que décrits ci-haut

# Protocole de traitement

Pas de  
dose  
max...

**Diazepam 10-20 mg po q 1h PRN  
si CIWA-Ar  $\geq$ 8-10 ou FC > 100-110**

- Si très symptomatique à l'arrivée ou ATCD de DT ou de convulsion ajouter :  
**Dose de charge** diazepam 20 mg po q 1 h x 3 ou diazepam 10 mg po/iv q 30 min x 6
- Si atcd de convulsion de sevrage ou épilepsie ajouter :  
**Régulier** diazepam 10 mg po QID régulier et décroissant sur 8 jours (comme sevrage externe)  
*Ne pas donner le diazepam si dort ou somnolent*

# Vitamines

## **Vitamine B1** en prophylaxie :

- *Faible risque (aucun critère de Caine)*

thiamine 100 mg po BID x 2 semaines

- *Haut risque (1 critère de Caine, atcd +)*

thiamine 500 mg IV BID x 6 doses puis 100

mg po BID x 2 semaines

+

**Acide folique** 5 mg po die x 2 semaines

**Vitamine B6** (pyridoxine) 50 mg po die x 2 semaines

+/-

**Multivitamines** 1 co po die durant l'hospitalisation





## 04 Prendre en charge les complications

# Convulsions de sevrage

- Sécuriser l'environnement
- Prévenir les récurrences qui sont fréquentes lorsque non traitées (doses de charge de diazepam + prévoir doses régulières décroissantes)
- Examen neuro → si anormal investigation rapide
- Scan cérébral et EEG si premier épisode
- Si absence d'épilepsie = arrêt conduite auto 1 mois après la dernière prise de benzodiazépines



# Delirium tremens

- Diagnostic différentiel (à exclure):
  - Désordres électrolytiques, acido-basiques
  - Encéphalopathie hépatique
  - Trauma crânien, hémorragie intracrânienne
  - Intoxication médicamenteuse
  - Psychose
  - Troubles cognitifs chroniques préexistant
  - Encéphalopathie de Wernicke



# Delirium tremens

- Optimiser le protocole de traitement CIWA-Ar
- S'assurer d'avoir voie(s) IV
- Soins continus allant jusqu'aux contentions physiques si nécessaires
- Environnement calme en tout temps
- Peu d'évidence supporte le recourt aux antipsychotiques, clonidine, beta-bloqueur

# Delirium tremens

- Transfert à l'unité des soins intensifs ...
- Critères dépendent du milieu
- Si non réponse benzos haute dose :
  - Propofol ou phénobarbital (risque d'intubation élevé)
  - Dexmédétomidine (precedex; moins de preuve mais de plus en plus utilisé)

# Encéphalopathie de Wernicke

Vitamine B1 en traitement (>= 2 critères de Caine):

Thiamine 500 mg IV TID x 3 jours puis :

- *en l'absence de réponse cesser et passer à dosage po prophylactique*
- *si amélioration partielle poursuivre voie IV ad résolution des sx (ou à défaut ad plateau prolongé) puis poursuivre 100 mg po TID x 2 semaine, puis 100 mg po die x 1 mois*

MG





Merci de votre  
attention !

Et dans votre  
hôpital ?