

Sevrage d'alcool et maladies chroniques du foie

 **Camille BARRAULT**

 Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie
Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil - 40 avenue de Verdun - 94000 Créteil
 camille.barrault@chicreteil.fr

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Comment évaluer la dépendance ?
- Comment organiser le parcours de soins du patient ?
- Connaître les traitements de soutien proposés au patient cirrhotique
- Connaître les critères justifiant une hospitalisation pour sevrage
- Connaître les modalités de suivi après le sevrage

LIENS D'INTÉRÊT

Aucun lien d'intérêt

MOTS-CLÉS

Cirrhose ; alcoolo-dépendance ; sevrage

ABRÉVIATIONS

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
HGE : Hépto-Gastro-Entérologie
MoCA : Montreal Cognitive Assessment
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
TCLA : Troubles Cognitifs Liés à l'Alcool

Introduction

Après une diminution régulière depuis les années 1960, la consommation d'alcool en France s'est stabilisée et reste à un niveau encore élevé de 11,7 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2017. En France, 10 % des 18-75 ans déclarent consommer de l'alcool chaque jour et les hommes trois fois plus que les femmes. La majorité des personnes consomme modérément (10 % de l'alcool vendu), tandis que 8 % des personnes (ce qui correspond aux personnes dépendantes) consomment 50 % de l'alcool vendu. Du point de vue de la santé, la mortalité globale attribuable à l'alcool est élevée : 7 % des décès en 2017, ce qui correspond à 41 000 morts (30 000 hommes et 11 000 femmes). La fraction attribuable de l'alcool dans la mortalité des 35-64 ans est de 15 %. La mortalité est liée à des maladies digestives -essentiellement des cirrhoses- dans 16 % des cas c'est à dire 6 000 décès par an et le mésusage d'alcool reste la 1^{re} cause de maladie hépatique en France [1].

Comment évaluer la dépendance ?

Définition : le mésusage d'alcool

Il existe un *continuum* entre l'usage simple et le mésusage comprenant l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance. Le diagnostic peut être fait en utilisant les critères du CIM-10, du DSM-IV ou du DSM-5. Pour mémoire, le mésusage d'alcool comprend trois catégories : 1) l'usage à risque, 2) l'usage nocif, 3) l'usage avec dépendance. Dans l'usage à risque, il existe une consommation excessive d'alcool mais pas - ou pas encore - de conséquence manifeste de l'usage. Les troubles liés à l'usage de l'alcool, représentés par l'usage nocif et l'usage avec dépendance, correspondent aux formes symptomatiques de l'usage. L'usage nocif correspond à une consommation associée à des complications médicales, socio-professionnelles ou judiciaires. La dépendance est la « perte de la liberté de s'abstenir d'alcool », le patient ne peut plus contrôler de sa consommation (**figure 1**).

Figure 1

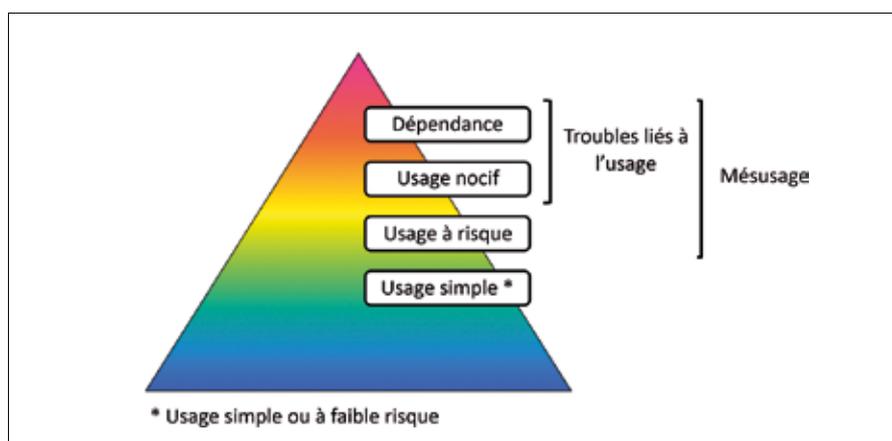


Tableau 1

1) À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?		
Jamais		0
1 fois par mois ou moins		1
2 à 4 fois par mois		2
2 à 3 fois par semaine		3
Au moins 4 fois par semaine		4
2) Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?		
1 ou 2		0
3 ou 4		1
5 ou 6		2
7 à 9		3
10 ou plus		4
3) Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?		
Jamais		0
Moins de 1 fois par mois		1
1 fois par mois		2
1 fois par semaine		3
Tous les jours ou presque		4
TOTAL (0 à 12)		[]
Questionnaire AUDIT-C : 3 premières questions du Alcohol Use Disorders Identification Test		
Score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme : mésusage probable de l'alcool		

Repérage et évaluation du mésusage d'alcool

Des indicateurs sociaux, généralement précoces, et médicaux peuvent faire suspecter un mésusage d'alcool. Le repérage peut être fait de façon systématique, c'est-à-dire avant l'apparition des complications, par tout intervenant médico-social en utilisant le questionnaire AUDIT-C (**tableau 1**). Celui-ci correspond aux 3 premières questions de l'auto-questionnaire AUDIT (validé pour le dépistage du mésusage d'alcool et ses complications) : 1) à quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? 2) combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? 3) au cours d'une même

occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ? Zéro à 4 points sont attribués à chaque question selon la réponse obtenue. Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool (un score ≥ 10 chez la femme ou chez l'homme doit faire évoquer une dépendance à l'alcool).

Dans le contexte particulier de la consultation ou de l'hospitalisation en hépato-gastro-entérologie (HGE), la découverte d'une complication somatique de la consommation permet de poser le diagnostic de trouble de l'usage d'alcool : usage nocif ou dépendance. L'AUDIT-C peut alors être utile pour dépister une dépendance (score ≥ 10).

Dépendance physique

L'interrogatoire permet de rechercher des arguments pour une dépendance physique : des symptômes de manque généralement matinaux, comme les nausées et/ou les vomissements, les tremblements des extrémités, les sueurs (qui peuvent également être nocturnes) et des antécédents de *delirium* ou de crise convulsive généralisée. Pendant une hospitalisation, la dépendance peut être diagnostiquée à l'interrogatoire en utilisant l'échelle CIWA-Ar (**tableau 3**) qui permet de mettre en évidence des signes de manque parfois discrets et subjectifs

L'index de Cushman (**tableau 2**) permet d'évaluer la gravité d'un syndrome de sevrage physique avec signes cliniques adrénergiques et d'adapter le traitement.

Tableau 2

Score de sevrage	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	≤ 80	81-100	101-120	> 120
Pression artérielle systolique				
18 - 30 ans	≤ 125	126 -135	136 -145	> 145
31 - 50 ans	≤ 135	136 -145	146 -155	> 155
> 50 ans	≤ 145	146 -155	156 -165	> 165
Fréquence respiratoire	≤ 16	17-25	26- 35	> 35
Tremblements	0	main en extension	tout le membre supérieur	généralisés
Sueurs	0	paumes	paumes et front	généralisées
Agitation	0	discrète	généralisée contrôlable	généralisée incontrôlable
Troubles sensoriels	0	géné par bruit, lumière	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

Index de Cushman : index de gravité du syndrome de sevrage alcoolique
score < 7 : état clinique contrôlé
score de 7 à 14 : sevrage modéré
score > 14 : sevrage sévère

Tableau 3

<p>Nausées et vomissements : Demander : « Avez-vous des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observer.</p> <p>0 Ni nausée, ni vomissement 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur 7 Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements</p> <p>Tremblements : Evaluer bras tendus et doigts en face de l'examineur. Observer.</p> <p>0 Pas de tremblement 1 Invisibles, mais sentis du bout des doigts 4 Modérés, lorsque les bras sont tendus 7 Sévères, même avec les bras non tendus</p> <p>Sueurs paroxystiques : Observer.</p> <p>0 Pas de sueur visible 1 Sueur à peine perceptible, paumes moites 4 Front perlé de sueur 7 Sueurs profuses</p> <p>Anxiété : Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observer.</p> <p>0 Pas d'anxiété. Détendu. 1 Légèrement anxieux 4 Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété 7 Equivalent d'état de panique aiguë, tel que l'on peut le voir dans les états délirants sévères ou les réactions schizophréniques aiguës.</p> <p>Agitation : Observer.</p> <p>0 Activité normale 1 Activité légèrement accrue par rapport à la normale 4 S'agite et gigote, modérément 7 Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment</p> <p>Troubles des perceptions tactiles : Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? Des engourdissements ? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau ? »</p> <p>0 Aucun trouble de ce registre 1 Très peu de démangeaisons, de sensations de fourmillements, de brûlures ou d'engourdissements 2 Peu de troubles cités ci-dessus 3 Troubles cités ci-dessus modérés 4 Hallucinations modérées 5 Hallucinations sévères 6 Hallucinations extrêmement sévères 7 Hallucinations continues</p>	<p>Troubles des perceptions auditives : Demander : « Etes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent ? Sont-ils plus stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous perturbe ? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »</p> <p>0 Aucun son troublant 1 Sons très peu stridents ou effrayants 2 Sons peu stridents ou effrayants 3 Sons modérément stridents ou effrayants 4 Hallucinations modérées 5 Hallucinations sévères 6 Hallucinations extrêmement sévères 7 Hallucinations continues</p> <p>Troubles des perceptions visuelles : Demander : « La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous perturbent ? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »</p> <p>0 Aucun trouble de ce registre 1 Troubles très peu sensibles 2 Peu sensibles 3 Modérément sensibles 4 Hallucinations modérées 5 Hallucinations sévères 6 Hallucinations extrêmement sévères 7 Hallucinations continues</p> <p>Céphalées : Demander : « Avez-vous des sensations anormales au niveau de la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête serrée dans un étoupe ? » Ne pas évaluer les étourdissements, ni les sensations de tête vide. S'attacher plutôt à la sévérité.</p> <p>0 Céphalée absente 1 Très légère 2 Légère 3 Modérée 4 Modérément sévère 5 Sévère 6 Très sévère 7 Extrêmement sévère</p> <p>Troubles de l'orientation : Demander : « Quel jour sommes-nous ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »</p> <p>0 Orienté(e) et peut faire des additions en série 1 Ne peut faire des additions en série ou est incertain(e) de la date 2 Erreur sur la date de moins de 2 jours 3 Erreur sur la date de plus de 2 jours 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes</p>
---	---

Échelle CIWA-Ar. – *Clinical Institute Withdrawal Assessment for alcohol, revised version*. Score maximum = 67 – Score < 15 : syndrome de sevrage léger – Score de 16 à 20 : syndrome de sevrage modéré – Score > 20 : syndrome de sevrage sévère.

Comment organiser le parcours de soins du patient ?

Évaluation de la situation addictologique

Le mésusage d'alcool est une maladie bio-psycho-sociale tant en terme de causes qu'en terme de conséquences et la prise en charge peut varier considérablement d'un patient à l'autre. Afin de pouvoir organiser le

parcours de soins, il faut « avoir une vue d'ensemble » et évaluer 1) les complications somatiques, 2) la situation psychologique et une éventuelle comorbidité psychiatrique, 3) la situation sociale (existence et qualité de l'entourage, hébergement) et professionnelle (activité, ressources) et 4) d'éventuelles complications judiciaires. Les patients ayant une complication somatique doivent faire l'objet d'une prise en charge coordonnée entre hépato-gastro-entérologie, addictologie et médecin traitant. Le

médecin généraliste reste le pivot de la prise en charge, mais sa place va fortement dépendre de son niveau de formation et de son souhait d'implication dans le suivi du mésusage de l'alcool. Il ne faut pas hésiter à faire appel à un psychiatre pour évaluer et orienter le patient, car les comorbidités psychiatriques sont fréquentes. Le parcours de soins doit être adapté au patient en terme logistique (proximité du domicile ou du lieu de travail) mais il dépend également fortement des spécificités de son territoire de

santé : milieu urbain ou rural, possibilité de transport, existence d'un réseau adapté, proximité d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), d'une consultation addictologique hospitalière ou d'une équipe psychiatrique offrant des soins pour le mésusage de l'alcool.

Rôle de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Si le patient est suivi par une équipe hospitalière, celle-ci peut s'appuyer sur l'ELSA. Elle a pour rôle d'aider les soignants au repérage et à l'évaluation de l'addiction, puis à l'élaboration du projet de soins, à la mise en place d'une prise en charge médico-psychosociale au cours de l'hospitalisation et à la préparation de la sortie pour orienter la personne vers le dispositif spécialisé hospitalier, médico-social, la ville, avec l'aide du réseau de santé s'il existe sur le territoire. Ce projet doit être monté en étroite collaboration avec l'équipe d'HGE en tenant compte de la situation médicale du patient. En effet, les addictologues ont des pratiques différentes, certains attendent que la demande de soins vienne des patients. Toutefois, des études suggèrent que l'ambivalence et le déni pourraient être la conséquence de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA) qui modifieraient les possibilités d'évaluation de la gravité de la situation [3]. De plus, en cas de cirrhose, une encéphalopathie minime peut probablement aggraver les troubles cognitifs. Enfin, en cas d'hospitalisation pour maladie du foie sévère liée à l'alcool, le patient n'est pas toujours demandeur de soins addictologiques et il doit également accepter l'annonce d'une maladie somatique parfois grave. La prise en charge addictologique devra alors être centrée sur le travail motivationnel. S'appuyant sur cette réalité, certaines équipes d'HGE recommandent donc que le rendez-vous d'addictologie soit fixé avant la sortie du patient, comme pour les autres spécialités requises (diabétologie, pneumologie etc.). La pratique clinique montre que la majorité des patients honore cette première consultation ambulatoire, surtout 1) en cas de rencontre antérieure (c'est à dire pendant l'hospitalisation) avec l'ELSA et 2) si le discours des hépato-gastroentérologues et des addictologues est commun, ce qui implique la nécessité d'un projet collaboratif entre spécia-

listes L'instauration d'une réunion de concertation rassemblant les soignants des équipes d'addictologie et d'hépatologie pourrait être une piste d'amélioration de la prise en charge du patient.

Importance du réseau de soins

Lorsqu'il s'agit d'un patient suivi en ambulatoire ou lorsque l'hôpital ne dispose pas d'une ELSA, le gastro-entérologue peut avoir recours à une consultation hospitalière d'addictologie ou au CSAPA pour orientation et/ou suivi. Les sites internet d'Alcool Info Service <https://www.alcool-info-service.fr> et de l'ANPAA <https://www.anpaa.asso.fr> peuvent aider à trouver un contact en addictologie sur le territoire. Des documents, des référentiels sont disponibles sur les sites de la SFA Société Française d'Alcoologie <https://www.sfalcoologie.asso.fr/> et de la Fédération Addiction <https://www.federationaddiction.fr/>.

Certaines de ces structures proposent une prise en charge individuelle ou de groupe de l'entourage familial. Des thérapies familiales peuvent également être proposées. Compte tenu de la prévalence élevée de patients ayant un mésusage d'alcool en HGE, il paraît judicieux que chaque praticien (ou service) noue des contacts privilégiés et/ou monte un réseau de soins avec des acteurs du champ de l'addiction de la ville et/ou de l'hôpital.

Éléments du parcours de soins

Le suivi est généralement ambulatoire (en consultation) et prolongé, de plusieurs mois à plusieurs années : le « temps addictologique » peut sembler très long à l'hépatogastroentérologue, surtout en cas de maladie avancée mettant en jeu le pronostic vital à court ou moyen terme. Il n'est habituellement pas linéaire, avec des poussées et rémissions. Le parcours peut comporter des hospitalisations : 1) de courte durée pour sevrage simple ou parfois seulement une « pause vis-à-vis de l'alcool » ou 2) de plus longue durée en « soin résidentiel complexe » (c'est-à-dire en soins de suite et de réadaptation en addictologie), de plusieurs semaines à plusieurs mois, parfois suivis d'une hospitalisation de jour spécialisée et prolongée pour consolider l'abstinence... Le suivi ambulatoire est plus adapté aux patients dont l'insertion sociale est correcte et qu'il faut maintenir en priorité dans ce contexte.

Connaître les traitements de soutien proposés au patient cirrhotique

Objectif thérapeutique

L'objectif thérapeutique s'inscrit dans un projet de soins personnalisé défini avec le patient et utilise différents moyens pour un changement de la consommation d'alcool vers l'abstinence ou la réduction de la consommation et pour prévenir la rechute (figure 2).

En l'absence de données claires sur l'existence d'un seuil de toxicité de l'alcool en cas de cirrhose, un objectif d'abstinence est recommandé. Si le patient ne souhaite pas arrêter l'alcool, des objectifs intermédiaires de réduction de consommation pourront être envisagés afin de réduire les dommages, mais l'objectif à atteindre reste l'arrêt total de la consommation. Il est recommandé d'encourager une démarche d'arrêt du tabac et de proposer systématiquement une aide pharmacologique chez les fumeurs lors d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire de l'alcool.

Traitement psycho-sociaux

Le suivi psychologique doit être adapté au souhait et aux possibilités (fréquence non négligeable des troubles cognitifs) d'introspection du patient. Parmi les interventions psycho-sociales, les interventions brèves (du type « avez-vous déjà pensé à réduire ou arrêter votre consommation d'alcool ? » ou le questionnaire FACE ou DETA), les entretiens motivationnels – très utiles dans le cas d'une hospitalisation pour une maladie liée à l'alcool – et les thérapies cognitivo-comportementales (apprentissage de la gestion des émotions, travail sur la prévention de la rechute...) individuelles ou en groupe bénéficient d'un niveau de preuve d'efficacité satisfaisant. D'autres méthodes complémentaires (relaxation, hypnose, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), méditation en pleine conscience, ostéopathie...) se développent, font actuellement l'objet d'études et peuvent être proposées. Enfin, certains patients pourront et/ou souhaiteront être suivis par un psychologue en psychothérapie de soutien, d'autres en psychothérapie d'inspiration analytique par exemple.

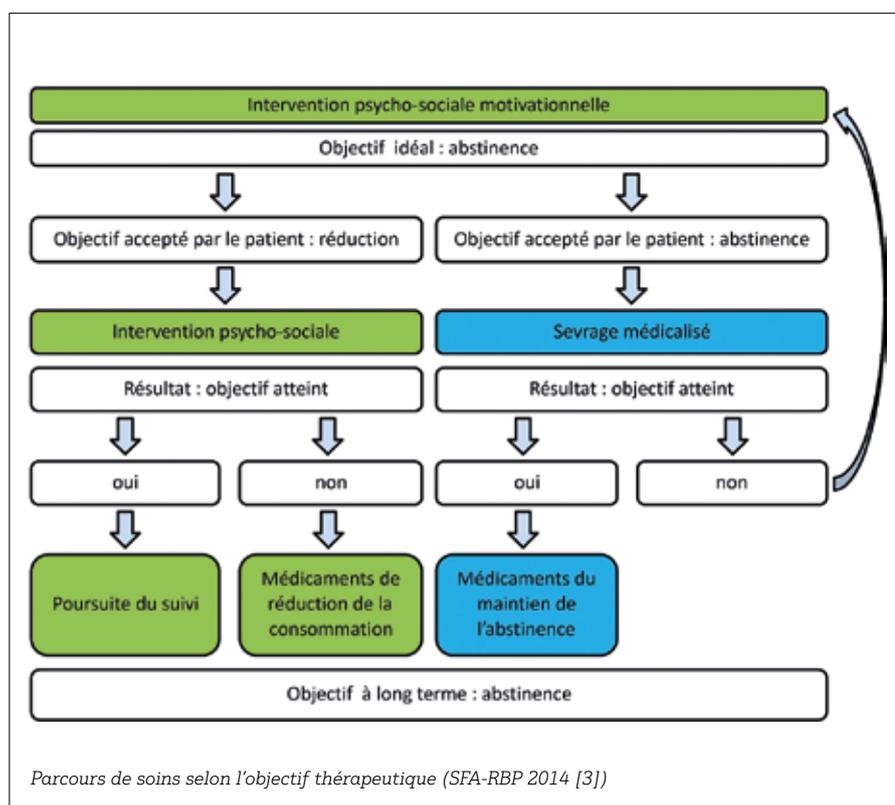


Figure 2

Associations d'entraide

Le soutien par des pairs (associations encore appelées « associations néphalistes » ou « groupe d'anciens buveurs ») peut améliorer le pronostic addictologique. De nombreuses associations avec des styles d'approche différents sont basées sur tout le territoire.

Médicaments

Les traitements pharmacologiques peuvent aider à diminuer la consommation et/ou à maintenir l'abstinence. Parmi eux, les traitements *anti-craving* sont ceux qui diminuent l'envie de consommer de l'alcool (acamprosate, naltrexone, baclofène, nalméfène). Les traitements pharmacologiques ne devraient pas être prescrits seuls en dehors d'une prise en charge globale de la maladie et doivent être adaptés à la maladie du foie associée, comme le recommande l'EASL [4]. Parmi les médicaments disponibles, l'acamprosate, la naltrexone et le disulfiram sont indiqués dans le maintien de l'abstinence. L'acamprosate (dont le mécanisme d'action est mal élucidé, probable action sur les récepteurs au glutamate) est autorisé en cas de cirrhose. La naltrexone est un antagoniste des récepteurs opiacés ayant une plus forte affinité que les agonistes opiacés avec un risque d'in-

teraction médicamenteuse : risque de syndrome de sevrage du traitement substitutif des opiacés (méthadone, buprénorphine) et d'inefficacité des antalgiques. En cas d'insuffisance hépatocellulaire sévère (ascite, taux de prothrombine < 50 %, ictère), son utilisation est contre-indiquée. Dans les maladies alcooliques du foie moins sévères, y compris les cirrhoses compensées, le traitement par naltrexone est possible sous couvert d'une surveillance biologique mensuelle (taux de prothrombine, transaminases). Le nalméfène est un antagoniste opiacé autorisé dans la réduction de consommation et peut être utilisé en cas de cirrhose compensée. En l'absence de données, il n'est pas recommandé – à ce jour – en cas de cirrhose décompensée. Le baclofène est un agoniste GABA qui a fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation depuis 2014 pour réduire la consommation d'alcool et/ou maintenir l'abstinence. Il vient d'obtenir une autorisation de mise sur le marché dans l'indication de réduction de la consommation. Il peut être utilisé quel que soit le stade de la cirrhose car son élimination est essentiellement rénale [5]. En cas d'utilisation de diurétiques, la surveillance doit être accrue, car il existe un risque de surdosage en cas d'insuffi-

sance rénale. Le disulfirame est un traitement aversif qui ne diminue pas l'envie d'alcool, mais qui a pour conséquence des effets très désagréables en cas de consommation d'alcool (effet antabuse). Il est proposé chez des patients motivés à utiliser ce médicament, il a un risque hépatotoxique et n'est pas recommandé en cas de maladie chronique du foie.

D'autres psychotropes sont utilisés en cas de comorbidité psychiatrique (antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques) ou de troubles du sommeil. Ceux-ci doivent être systématiquement recherchés et traités (règles d'hygiène du sommeil et si besoin hypnotiques, place de la mélatonine à définir), car leur persistance après un sevrage est prédictive de rechutes. Il conviendra donc d'être attentif aux traitements prescrits par d'autres spécialistes (médecin traitant, addictologue, psychiatre) en cas de cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire du fait du risque d'encéphalopathie. Dans cette situation particulière, la collaboration entre spécialistes doit être étroite, autant pour éviter un effet indésirable médicamenteux que pour éviter, à l'inverse, la non-prescription d'un traitement qui pourrait être utile au patient.

Connaître les critères justifiant une hospitalisation pour sevrage

Dans un objectif d'abstinence, l'intervention thérapeutique se déroule typiquement en deux phases : 1) sevrage médicalisé de l'alcool ; 2) maintien de l'abstinence (ou prévention de la rechute).

L'indication principale du sevrage hospitalier (ou sevrage simple, 5 à 7 jours) est la dépendance physique avec syndrome de sevrage sévère (delirium, crise convulsive généralisée) constaté ou rapporté dans les antécédents. Les autres indications sont (**tableau 4**) : 1) une consommation associée de substances psychoactives à dose élevée, notamment la prise de benzodiazépines, 2) l'existence d'une comorbidité somatique telle que la cirrhose qui nécessite une surveillance médicale et une adaptation « à la carte » de la dose des benzodiazépines en raison du risque potentiel d'encéphalopathie

Tableau 4

Indications d'un sevrage résidentiel

- delirium ou crise comitiale dans les antécédents ou au moment de l'évaluation
- consommation associée de substances psychoactives à doses élevées, notamment prises quotidiennes, anciennes et à fortes doses de benzodiazépines
- importance du syndrome de sevrage, échec de sevrages ambulatoires itératifs
- comorbidités sévères ou instables, fragilité liée à l'âge
- demande pressante de l'entourage, faible soutien social, situation sociale précaire
- grossesse

hépatique, 3) une situation sociale défavorable : faible soutien social, situation sociale précaire, 4) un échec de sevrage ambulatoire antérieur. Une hospitalisation pour sevrage peut également être l'occasion d'un bilan à la recherche d'autres complications somatiques (ORL, cardiologiques, neurologiques et également pneumologiques en cas de tabagisme associé).

Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement médical du syndrome de sevrage [2] s'appuie sur l'hydratation, la vitaminothérapie B1 et les benzodiazépines. L'hydratation peut être orale, mais la voie veineuse permet de mieux contrôler les apports et d'y associer de la vitamine B1 dont l'absorption intestinale est probablement diminuée en cas de mésusage d'alcool (modifications du microbiote et de l'absorption des nutriments, diarrhée fréquente...) et qui devrait être poursuivie de préférence 5 à 7 jours (utilisation possible d'un cathon obturé) compte tenu des TCLA fréquents. La vitaminothérapie B1 *per os* n'a pas montré de bénéfice clinique et n'est plus remboursée. Dans la majorité des cas, le traitement vitaminique ne doit pas être poursuivi au-delà de l'hospitalisation. Le diazepam par voie orale est utilisé en première intention car il a une demi-vie longue et permet de prévenir les crises convulsives généralisées. La prescription et la dose doivent être adaptées à la gravité du syndrome de sevrage, en s'aidant des antécédents et du score de Cushman (un protocole doit être disponible dans chaque hôpital). En cas d'antécédent connu de crise convulsive généralisée ou de syndrome de sevrage sévère, ou en cas de crise convulsive généralisée à l'arrivée, la prescription

de diazepam doit être systématique et diminuée progressivement. Dans les autres cas, le diazepam doit être prescrit à la carte, adapté au score de Cushman. Chez les patients avec cirrhose, *a fortiori* avec insuffisance hépatique, le score et l'état de vigilance du patient doivent être ré-évalués plus fréquemment en raison du risque d'encéphalopathie hépatique. L'usage intra-veineux des benzodiazépines doit être exclusivement réservé aux services de réanimation.

Les Soins de Suite et Réadaptation addictologiques

L'hospitalisation en « post-cure » ou soins de suite et réadaptation (SSR) concerne essentiellement les patients ayant une dépendance sévère et souvent ancienne, plus particulièrement les personnes souffrant de comorbidité somatique et/ou psychiatrique importantes, d'une situation sociale difficile (conditions d'hébergement) ou d'un environnement peu soutenant dans la démarche de soins. Certaines structures de soins de suite proposent une prise en charge intégrée hépato-gastroentérologique et addictologique et accueillent des patients alcoolo-dépendants ayant une cirrhose grave. Les sujets souffrant de troubles cognitifs significatifs bénéficient particulièrement d'une hospitalisation prolongée à l'abri de la consommation d'alcool, permettant le plus souvent une récupération progressive partielle ou complète des capacités cognitives essentielles à l'approfondissement de la motivation au changement et à l'adoption des stratégies permettant de prévenir la rechute. Malheureusement, peu de centres prennent en charge les patients ayant des troubles cognitifs sévères de type Korsakoff.

Connaître les modalités de suivi après le sevrage

Avant tout, il est indispensable de se rappeler que le parcours des patients ayant un mésusage de l'alcool n'est pas linéaire en terme de consommation, ni en terme d'objectif de consommation. Des améliorations comme des aggravations peuvent se produire spontanément ou à la suite d'événements de vie. Les professionnels de santé doivent pouvoir adapter leur intervention à ces changements de situation, de motivation et d'objectifs de soins.

Il est judicieux d'organiser le suivi en amont du sevrage hospitalier, ou pendant celui-ci s'il a eu lieu en urgence, mais toujours avant la sortie du patient. Une fois encore, il ne faut pas hésiter à faire appel à l'ELSA. Il faudra vérifier avant la sortie du patient que la suite du parcours est bien organisée (en particulier que la date de rendez-vous de consultation d'addictologie n'est pas trop éloignée de la date de sortie). Après sevrage, la prise en charge doit être poursuivie afin d'aider le patient à maintenir l'abstinence. Idéalement, la recherche d'une comorbidité psychiatrique d'une part, et de troubles cognitifs liés à l'alcool d'autre part, sera réalisée après le sevrage pour éviter les facteurs confondants liés à l'imprégnation alcoolique, au syndrome de sevrage ou aux benzodiazépines. Les troubles neurologiques peuvent impacter fortement l'investissement du patient dans son projet, dans l'observance thérapeutique et sont un obstacle à un changement durable de la consommation de l'alcool en favorisant la rechute. Ils peuvent

être dépistés par le test d'évaluation neuropsychologique de Montréal (MoCA). Le suivi addictologique est habituellement ambulatoire et associe les moyens pharmacologiques et médico-sociaux disponibles, à un rythme fixé entre l'addictologue et le patient et susceptible d'évoluer en fonction de la situation. Une hospitalisation en SSR addictologie après sevrage court peut être nécessaire (cf. indications du sevrage hospitalier). Une hospitalisation à temps partiel en « hôpital de jour d'addictologie » (par exemple 3 demi-journées par semaine pendant une période de 4 à 12 semaines) est possible pour les patients qui nécessitent des soins continus et spécifiques en addictologie, ou en alternative à une hospitalisation à temps plein tout en maintenant une certaine autonomie.

En l'absence de cirrhose, il peut être intéressant de proposer un suivi hépatologique régulier et relativement fréquent, par exemple trimestriel, en raison de la prévalence importante des comorbidités hépatiques (syndrome dysmétabolique, hépatite chronique virale C...) chez les patients alcoolo-dépendants et du risque d'évolution rapide de la fibrose. Dans certains cas, en l'absence de symptomatologie clinique, le résultat du bilan biologique peut permettre au patient de se situer et de mieux comprendre les enjeux de la maladie. En cas d'ambivalence du patient vis-à-vis de la consommation d'alcool, l'addictologue pourra également s'appuyer sur la nécessité d'abstinence exprimée régulièrement et clairement par l'hépatologue. En ce qui concerne les patients avec une cirrhose, au début, le suivi hépatologique doit être rapproché pour surveiller la fonction hépatique mais aussi pour renforcer l'alliance thérapeutique, parfois difficile à instaurer, avec le patient. À moyen-long terme, il pourra être calqué sur le rythme de

dépistage semestriel du carcinome hépato-cellulaire si l'abstinence est maintenue. Dans tous les autres cas (réduction de la consommation sans abstinence, mise en évidence d'une consommation fluctuante, cirrhose grave, projet de transplantation hépatique...), les consultations doivent être plus rapprochées en raison du risque de décompensation et d'aggravation brutale de la maladie hépatique. Enfin, dans le cas d'une cirrhose grave, l'hospitalisation de jour pour ponction d'ascite (ou ligature de varices œsophagiennes...) peut être un moment favorable à une consultation d'addictologie de suivi ou d'évaluation par l'ELSA. En cas de sevrage maintenu et de non amélioration de la fonction hépatique, la possibilité d'une transplantation hépatique doit être rapidement évoquée, discutée et travaillée en équipe en incluant l'addictologue.

Conclusion

Chez les patients ayant une maladie chronique du foie liée à l'alcool, une prise en charge addictologique précoce, structurée, pluridisciplinaire et « à la carte » est cruciale pour éviter l'évolution vers une cirrhose ou pour en limiter les complications. Elle est d'autant plus importante que ces patients ont tendance à rapidement disparaître du suivi médical classique pour des raisons multiples, en particulier des difficultés psychologiques et sociales parfois majeures. L'abstinence doit toujours être l'objectif thérapeutique recherché, en acceptant parfois d'abord temporairement une réduction de la consommation. Le suivi est long et complexe et fait intervenir différents spécialistes des champs médical et psycho-social qui doivent travailler en coopération et s'aider des médicaments dispo-

nibles pour diminuer au maximum les risques de consommation excessive ou de rechute. Les équipes hospitalières peuvent s'appuyer sur les ELSA pour les aider à créer un parcours de soins personnalisé et constituer un réseau en utilisant les ressources du territoire. Les addictologues et les hépato-gastroentérologues doivent également travailler à des actions de formation croisées compte tenu de la persistance d'une forte prévalence de la morbi-mortalité liée au mésusage d'alcool en France.

Références

1. Bonaldi C et Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(5-6):97-108. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6>
2. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie.* 2015;37:5-14. <http://www.sfalcoologie.asso.fr>
3. Vabret F, Boudehent C, Blais Lepelleux A.C., Lannuzel C, Eustache F *et al.* Profil neuropsychologique des patients alcoolo-dépendants: identification dans un service d'addictologie et intérêt pour leur prise en charge. *Alcoologie et Addictologie.* 2013;35 (3), 215-223.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol.* 2018;68:154-18. <https://easl.eu/publication/management-of-alcohol-related-liver-disease/>
5. Barrault C, Lison H, Roudot-Thoraval F, Garioud A, Costentin C *et al.* One year of baclofen in 100 patients with or without cirrhosis: a French real-life experience. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2017 Oct;29(10):1155-1160

5

Les cinq points forts

- L'existence d'une maladie du foie liée à l'alcool permet de poser le diagnostic de trouble de l'usage d'alcool c'est-à-dire un usage nocif ou déjà une dépendance.
- Le parcours de soins doit être coordonné et prendre en compte la situation somatique, psychologique, psychiatrique et socio-professionnelle. Les hépato-gastroentérologues doivent s'appuyer sur les structures de soins addictologiques existantes et en particulier les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).
- Un antécédent de syndrome de sevrage sévère et une cirrhose décompensée justifient une hospitalisation pour sevrage médicalisé qui repose sur l'hydratation, les benzodiazépines et la vitaminothérapie B1.
- L'obtention et le maintien de l'abstinence des patients avec cirrhose sont indispensables et devraient idéalement associer au suivi hépatologique : un suivi social, un suivi psychologique et un médicament *anti-craving* adapté à la fonction hépatique avec l'aide de l'addictologue.
- Le suivi après sevrage doit être très régulier pour renforcer l'alliance thérapeutique, prolongé et coordonné entre équipes d'HGE et d'addictologie. Généralement ambulatoire, il peut parfois nécessiter une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation ou en hôpital de jour d'addictologie.