



Vous n'êtes pas sans savoir qu'il manque un certain nombre de cours sur SIDA, notamment pour ceux de la phase d'approfondissement. En attendant qu'ils soient mis en ligne, l'AJMU vous propose quelques points de cours qui traitent les sujets manquants. On commence par l'alcool !

INTOXICATION AIGUË

Motif de recours fréquent aux urgences

Différents modes de présentation clinique : à rechercher largement devant coma, agitation, convulsions, AVP, TS ... y compris chez les patients pédiatriques !

Avoir un éthylotest aux urgences et à l'IOA facilite grandement le diagnostic et donc la prise en charge précoce et adaptée des intoxications éthyliques aiguës.

Notes :

- l'hypothermie, l'asthme, l'emphysème pulmonaire mésestiment l'alcoolémie dans l'air expiré → à compléter avec dosage sanguin
- le taux d'alcool expiré en mg/l d'air expiré reflète la moitié de l'alcoolémie (0,25 mg/l d'air expiré = 0,5 g/l d'alcoolémie)
- la gravité de l'intoxication n'est pas corrélée au chiffre d'alcoolémie

Il ne faut pas oublier de rechercher les co intoxications.

Examen clinique

- ECG / température/ glycémie/ paramètres vitaux
- rechercher un toxidrome en faveur d'une co intoxication
- faire un examen neuro pour éliminer un déficit neuro focal
- rechercher des lésions traumatiques

Gravité et complications

- trouble de la vigilance, anomalies des paramètres vitaux
- inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supra ventriculaires, acidocétose, hépatite aigue, TC ou polytraumatisme
- AVC ischémique et rhabdomyolyse
- chez l'enfant : coma, hypoglycémie, acidose métabolique
- chez l'adolescent, la consultation aux urgences à elle seule constitue un facteur de gravité

Prise en charge

Aucun examen complémentaire n'est obligatoire de manière systématique : leur prescription sera guidée par la clinique.

- hydratation PO ou IV, vitamine B1 PO ou IV pour prévenir le Gayet Wernicke
- hospitalisation :
 - o en secteur spécialisé si : coma, pneumopathie d'inhalation, crises convulsives itératives ou EME, TC, enfant
 - o sinon surveillance SAU ou UHCD
- surveillance rapprochée jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles. Particulièrement si sédation ou contention
- glycémie répétée par 2h ou par 4h
- vigilance
- Cushman : installation d'un syndrome de sevrage pendant l'hospitalisation ?

Si le patient refuse les soins, il est clairement dit que l'intoxication alcoolique aiguë retire au patient son libre arbitre et sa capacité à consentir. **La sortie contre avis médical n'est donc pas possible.**

Patient agité : si besoin de sédation chimique, neuroleptique en première intention en l'absence de suspicion de syndrome de sevrage (HALOPERIDOL, RISPERIDONE), sinon benzodiazepine (VALIUM) +/- contention physique (*toute contention physique impose une contention chimique !*)

Modalités de sortie du patient

Dimension psycho sociale ++ : motivation de l'intoxication, volonté suicidaire ? conduite addictive / mésusage ?

La sortie ne peut être autorisée que si rétablissement des fonctions relationnelles. Pas d'indication à une alcoolémie de sortie systématique, elle peut néanmoins être nécessaire occasionnellement à des fins médico légales.

Cas particulier : GAV ou CNH en cas d'OH aiguë

Le patient peut sortir sous la surveillance d'un tiers non médical s'il n'a pas été sédaté et s'il y a une permanence des fonctions relationnelles

PATIENT ALCOOLIQUE CHRONIQUE

Problématique n°1 : le sevrage, jusqu'au délirium tremens

S'installe dans les 8 heures suivant la dernière ingestion.

Penser aux diagnostics différentiels : hypoglycémie, hématome intra crânien, méningite, ...

Il faut en évaluer la sévérité et suivre l'évolution à l'aide du score de **Cushman**.

Prise en charge

- hydratation (favoriser la prise PO si absence de troubles de la vigilance ++)
- vitaminothérapie : B1 500 mg/j ; B6 250 mg/j et PP 250 mg/j PO ou IV
- surveillance régulière du dextro

Benzodiazépine selon Cushman

- si antécédent de délirium tremens ou Cushman > 8 : VALIUM 10 mg PO ou IV
- dès la mise en place du VALIUM : surveillance horaire du Cushman pendant 6 heures
- si besoin renouveler le VALIUM toutes les heures
- à H6 :
 - o si Cushman < 7 : sortie envisageable en l'absence d'autre décompensation avec VALIUM PO à décroissance progressive pendant 5 jours et vit B1B6 PO pendant 14 jours
 - o si Cushman > 7 : hospitalisation nécessaire pour la suite du sevrage et de la surveillance, UHCD, VALIUM horaire selon cushman
- critères de gravité : Cushman > 14 ou inhalation : avis réa

En cas de tachycardie ou HTA : prescrire un beta bloquant

Problématique n°2 : fragilités du patient alcoolique chronique

En dehors du risque de sevrage, une consommation chronique d'alcool entraîne des modifications et une fragilisation de l'organisme.

- dénutrition, fonte de la masse musculaire, risque d'escarres
- neurologiquement : encéphalopathie de Gayet – Wernicke (puis Korsakoff) par carence en vitamine B1 ; épilepsie ; neuropathie
- cirrhose/ insuffisance hépatocellulaire : encéphalopathie hépatique, varices œsophagiennes sur hypertension portale avec risque d'hémorragie digestive, ascite et infection, hypoglycémie sur insuffisance hépato-cellulaire, trouble de la coagulation
- oncologique : carcinome hépato-cellulaire, cancer des voies aériennes supérieures

Penser à la prévention de ces complications

Éviter les médicaments hépato-toxiques (PARACETAMOL ++)

Source principale : SFMU - actualisation 2006 de la conférence de consensus sur l'ivresse éthylique aigue dans les SAU"