II e Conférence de Consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales
L'IVRESSE ÉTHYLIQUE AIGUË DANS LES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCE

Saint-Étienne, 4 avril 1992

Résumé

Jury de consensus : D. Baron (Nantes) : Président, P.L. Blanc (Annonay), D. Elkharrat (Paris), V. Heinen (Reims), H. Lambert (Nancy), J.M. Rou-zioux (Lyon), F. Saulnier (Lille).
Bureau du consensus de la Société Francophone d'Urgences Médica-les : B. Bedock (Annonay), N. Bertini (Bourg-en-Bresse), B. Blettery (Dijon), F. Carpentier (Grenoble), L. Divorne (Genève), R. Ducluzeau (Lyon), G. Fournier (Lyon), J.L. Lejonc (Créteil), O. Pottier (Nancy), G. Tempelhoff (Roanne), P.F. Unger (Genève).
Comité d'organisation : F. Carpentier (Grenoble), R. Ducluzeau (Lyon), G. Fournier (Lyon), O. Pottier (Nancy), G. Tempelhoff (Roanne), P.F. Unger (Genève).

Une intoxication éthylique aiguë (IEA) est retrouvée cliniquement chez environ 10 % des patients admis dans les Services d'Urgence et d'Accueil (SUA). Leur personnel médical et paramédical ne peut se contenter du diagnostic d'ivresse. Il se trouve en présence d'une intoxication par ingestion aiguë qui réclame la même prise en charge que toute autre intoxication. L'objectif de la seconde Conférence de Consensus de la Société Francophone d'Urgences Médicales, qui s'est tenue à Saint-Étienne le 4 avril 1992 était de proposer une stratégie de prise en charge applicable dans tous les SUA quelles que soient leurs structures. Ce texte est le résumé du document de référence, qui, avec les communications des experts, est parue dans la Revue *Réanimation Urgences.*

Quels sont les critères cliniques et toxicologiques permettant de retenir le diagnostic d'intoxication éthylique aiguë ?

Le plus souvent, le diagnostic d'IEA est facile. Il est le résultat d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques qui permettent aussi d'en apprécier la gravité.
Les motifs d'admission, dont les circonstances de survenue seront recueillies par l'infirmière d'accueil auprès des accompagnateurs, sont très variés. Il peut s'agir d'une " ivresse aiguë ", mais 16 % d'entre elles ne sont pas des IEA, d'un traumatisme, en particulier crânien, d'une intoxi -.cation médicamenteuse, d'une agression, d'un malaise, d'une chute ou d'une sensation vertigineuse.

Les critères cliniques

L'IEA se présente sous 3 formes cliniques. L'IEA isolée, non compliquée (75 %) est reconnue sur une logorrhée avec parole hachée, bredouillante, une incoordination motrice, une injection conjonctivale, l'odeur de l'haleine. Tous ces signes ont, isolément, une sensibilité médiocre (< 0,77), mais une excellente spécificité (> 0,95). L'impression clinique globale a la meilleure spécificité et la meilleure sensibilité. Cependant, elle génère 2 % de diagnostics par excès et 22 % des IEA ne sont pas reconnues. Jointe à l'anamnèse, à la normalité des paramètres vitaux, à l'absence de signes de localisation neurologique et de lésions traumatiques, elle renforcera la présomption diagnostique qui sera confirmée par la régression des signes en3 à6 h.

Les deux autres formes de l'IEA sont les formes excito-motrices (18 %) et les formes avec troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma (7 %). Aucun signe ni aucune forme clinique de l'IEA n'étant pathognomonique, le risque sera d'autant plus grand de méconnaître des affections ayant une symptomatologie similaire, que l'anamnèse et l'examen clinique auront été incomplets. L'hypoglycémie sera éliminée en premier par la glycémie capillaire, puis seront éliminées une lésion intracérébrale, une autre intoxication, une encéphalopathie, une infection.

Les critères toxicologiques

Le taux d'éthanol peut être mesuré dans l'air expiré ou dans le sang par méthode enzymatique automatique ou chromatographie en phase gazeuse. Sa mesure ne fait que documenter la présence du toxique dans l'organisme. Elle n'est indispensable que si l'anamnèse et la clinique sont discordantes et si l'évolution clinique est inhabituelle. Dans ces circonstances, il faut rechercher un autre diagnostic, quel que soit le taux d'éthanolémie, *a fortiori* s'il est bas ou nul, la corrélation entre le taux, les signes cliniques et la gravité étant d'autant plus faible que le patient est un éthylique chronique.

Quels sont les critères de gravité d'une intoxication éthylique aiguë ? A qui pratiquer des examens complémentaires ? Lesquels ? Quand ? Dans quel but ? (Fig. 1)

Les IEA graves sont

- Les IEA dont la gravité est liée à l'intoxication elle-même. Ce sont les formes avec coma sans signe de localisation neurologique, non fébrile, et les formes excito-motrices ou délirantes.
  - Les IEA compliquées par une inhalation responsable d'une pneumopathie (radiographie thoracique), une hypothermie, une crise convulsive qui, si elle se répète ou si le coma post-critique perdure, impose une scanographie.
  - Les IEA associées. Tout argument en faveur d'un traumatisme crânien impose une surveillance étroite à la recherche d'un signe de localisation (dont une anomalie pupillaire), d'une crise convulsive, de la persistance ou d'une aggravation de la vigilance. La scanographie s'impose alors. L'IEA peut être associée à un autre traumatisme, une autre intoxication, une infection qui imposeront leur prise en charge spécifique.
  - L'IEA de l'enfant. Sa gravité est liée à la brutalité de survenue du coma, au risque d'hypoglycémie et d'acidose métabolique. Sa prise en charge se fera en milieu spécialisé.

Quelle stratégie de surveillance (y compris infirmière) et d' hospitalisation adopter (en référence aux capacités du patient, au cadre médico-légal, aux structures d'accueil) ?

- Doivent être hospitalisées en milieu spécialisé, les IEA comateuses, avec pneumopathie d'inhalation, crises convulsives itératives (ou état de mal épileptique), le traumatisé crânien sévère et l'enfant.

- Pour toutes les autres IEA, la structure d'hospitalisation la plus adaptée est l'Unité d'hospitalisation de courte durée du SUA et, à défaut, sa structure d'Accueil. La surveillance aura pour objectif le dépistage précoce de tout signe de gravité et la prévention des sorties prématurées. Elle sera horaire jusqu'au rétablissement des fonctions relationnelles.

- La sortie du patient se fait sur prescription médicale, dans l'idéal, avec l'entourage, après examen clinique et entretien psychiatrique et après avoir contre-indiqué la conduite automobile. Pour toute demande de sortie prématurée ou pour tout patient amené par la police, la sortie ne sera prononcée que si le maintien de la permanence des fonctions relationnelles est assuré, condition nécessaire pour le confier à un tiers non médical. Si le patient apparaît dangereux pour lui-même ou son entourage, l'obtention d'un consentement n'est pas valide et sera assimilée à une fugue, si le maintien à l'hôpital ne peut être obtenu.

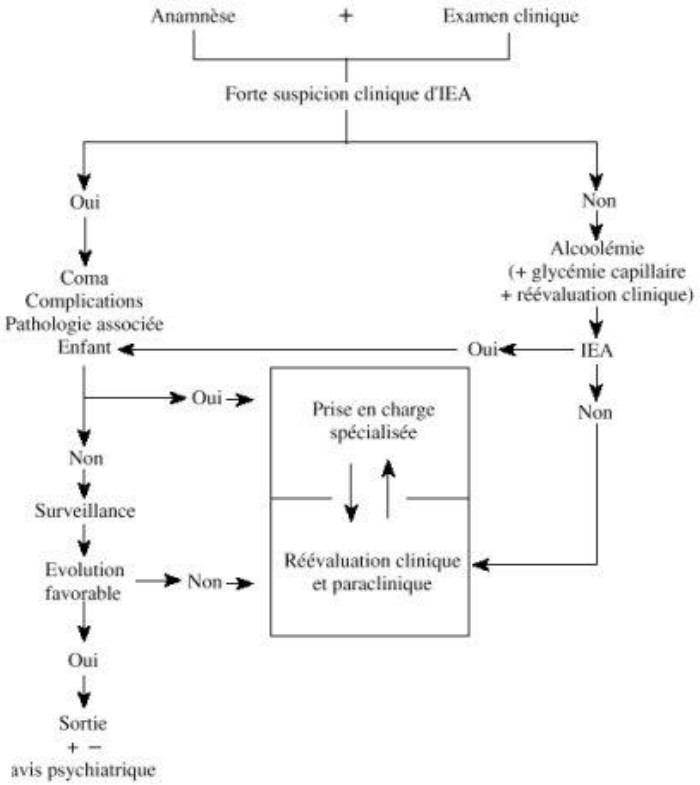

Fig. 1.

Conduite à tenir thérapeutique par le médecin et l'infirmière

L'IEA isolée, non compliquée

Son évolution est marquée par la régression spontanée des signes en 3 à 6 heures. Aucune thérapeutique n'est utile. Les soins infirmiers sont essentiels : hygiène, hydratation, confort, dialogue rassurant.

L'IEA grave

Sa prise en charge est d'abord symptomatique, en particulier pour assurer une oxygénation adéquate (intubation...).

L'IEA avec agitation psycho-motrice

Si elle est modérée, la sédation verbale sera d'abord entreprise. Son échec impose le recours aux benzodiazépines (clorazépate *per os :* 50 à 100 mg). Si elle est importante (agitation clastique, délirante), le dropéridol est le neurosédatif de choix par son action rapide et sa cinétique brève. La dose par voie intramusculaire sera de 10 à 25 mg. Si la contention physique a été nécessaire, elle sera levée dès l'obtention de la sédation médicamenteuse.

L'IEA de l'enfant

Un soluté glucosé IV assurera un apport glucidique parentéral : 0,5 g/kg seront injectés IV en présence d'une hypoglycémie. La dépression respiratoire sera traitée.

Le syndrome de sevrage

Il s'installe dans les 8 heures qui suivent la dernière ingestion. Les benzodiazépines à longue demi-vie seront choisies en utilisant une dose de charge (10 à 20 mg pour le diazépam, 50 à 100 mg pour le clorazépate toutes les 1 à 3 heures), jusqu'à disparition du tremblement.

Les suites de l'IEA

A l'exception de l'IEA occasionnelle, festive, toutes les autres IEA nécessitent un entretien psychiatrique. Pour l'éthylique chronique, les disponibilités locales et les choix du patient peuvent amener à l'orienter vers son médecin traitant ou un centre d'alcoologie.

Conclusion

La prise en charge de l'IEA est celle de toute intoxication, dont l'absence de signe pathognomonique, les complications ou les affections associées imposent une surveillance étroite. Ses modalités ont été schématisées sur un algorithme.