

Pratique professionnelle

Actualisation des conférences de consensus

- Les crises convulsives aux urgences (1991)
- L'ivresse éthylique aiguë aux urgences (1992)

Congrès « Urgences 2001 », Paris, 25, 26, 27 avril 2001

COMMISSION DU CONSENSUS, GROUPE DE VEILLE SCIENTIFIQUE DE LA SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE D'URGENCE : C. BUSSEUIL (Lyon), A. FICARELLI (Bry-sur-Marne), P. LEBRIN (Bry-sur-Marne), J.-L. LEJONC (Créteil), A. LEURET (Châlon-sur-Saône), J.-M. PHILIPPE (Aurillac), J.-Ph. SOMMEREISEN (Cholet), M.-D. TOUZE (Nantes).

La commission du consensus de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) a vu ses missions s'élargir en 2001 vers un travail de veille scientifique avec, en particulier, la responsabilité d'assurer l'actualisation des conférences de consensus de la SFMU.

Ainsi, en 2001, ont été actualisées les deux premières conférences de cette Société Savante, à savoir « Les crises convulsives de l'adulte en service d'accueil et d'urgence » qui s'est tenue à Genève en 1991 et « L'intoxication éthylique aiguë dans le service d'accueil et d'urgence » qui s'est tenue à Saint-Etienne en 1992.

MÉTHODOLOGIE

RÉALISATION EN PRÉAMBULE D'UNE ENQUÊTE DE PRATIQUE

Il s'agissait initialement d'un questionnaire téléphonique s'adressant aux médecins de différents services d'Urgence, reprenant les items de la conférence afin d'obtenir une « photographie » de ce qui était connu et de ce qui restait de chaque conférence. Les services d'Urgence ont été choisis de façon totalement aléatoire, en essayant d'avoir la meilleure couverture nationale

possible, chaque membre du groupe de veille se répartissant les questionnaires en fonction d'affinités diverses.

ANALYSE DE LA LITTÉRATURE

Elle s'est effectuée d'après la base de données Medline avec des niveaux de recherche décroissants en sélectionnant en priorité les articles classés sous les items suivants : étude randomisée contrôlée, guide pratique, méta-analyse ou revue des articles. En l'absence de publications entrant dans ces critères, un deuxième niveau de recherche a été retenu, beaucoup moins rigoureux, avec des publications pouvant éventuellement apporter un éclairage particulier sans avoir un niveau de preuve suffisant, en raison de la méthodologie utilisée ou de la faiblesse des groupes étudiés, ainsi que des articles sans rapport direct avec le sujet. C'est ce niveau qui a été principalement utilisé pour cette actualisation, en dehors de deux conférences de consensus sur l'état de mal épileptique et la prise en charge du syndrome de sevrage éthylique qui ont été les seuls travaux de premier niveau retrouvés.

Chaque conférence a été reprise, question par question, en rappelant l'intitulé de chaque question, l'analyse des recommandations et celle des éventuelles publications.

ANALYSE DES STRUCTURES ENQUÊTÉES ET DES MÉDECINS RÉPONDEURS

L'enquête téléphonique sur la persistance des deux premières conférences de consensus a été réalisée auprès

de 50 services d'urgences. En majorité, il s'agissait de services d'accueil des Urgences ou SAU (42), avec un nombre de passages annuel de 20 à 40 000 (29), disposant généralement d'un SMUR (42), recevant surtout des adultes et des enfants (32), avec une pathologie mixte, médicale, chirurgicale et psychiatrique (43), avec une unité d'hospitalisation de courte durée (41), d'un scanner en continu (49) et d'un radiologue permanent (50), mais

sans possibilité d'électroencéphalogramme en permanence (39).

Les médecins répondants étaient principalement des hospitalo-universitaires (42), chefs de service (30), âgés de 35 à 50 ans (32), travaillant aux Urgences depuis plus de 10 ans (35), y consacrant généralement 100 % de leur temps (31) et appartenant en majorité à la SFMU (35).

Les crises convulsives de l'adulte au service d'Accueil et d'Urgence

1^{re} conférence de consensus en Médecine d'Urgence, Genève, avril 1991

COMMISSION DU CONSENSUS, VEILLE SCIENTIFIQUE, PARIS, 2001, SFMU.

PERSISTANCE DES CONFÉRENCES DE CONSENSUS, ENQUÊTE PRÉALABLE (M.-D. TOUZE, J.-Ph. SOMMEREISEN)

Cette conférence est généralement connue des personnes interrogées, à leur disposition, mais n'ayant modifié leur pratique que dans 56 % des cas.

Certains messages ont été bien reçus :

- le dosage de la glycémie capillaire est systématique dans 84 % des cas ;
- le dosage des anti-épileptiques pour juger de l'observance médicamenteuse en cas de maladie épileptique suivie et traitée est effectué dans 98 % des cas ;
- la prescription d'Urbanyl® est généralement faite à la sortie du patient pour diminuer les récurrences précoces.

Par contre, certains messages ont été mal perçus :

- la définition et le cadre nosologique de la crise convulsive distinguaient la crise convulsive accompagnée (signes ou contexte indicatifs d'une gravité possible) et la crise convulsive isolée (absence de critère ci-dessus, soit occasionnelle, soit dans le cadre d'une maladie épileptique) : or, de cette classification découlait la prise en charge qui n'a donc pas été suivie ;
- les consignes de sortie préconisées n'ont pas été appliquées ou écrites.

ACTUALISATION DES CONFÉRENCES DE CONSENSUS (A. LEURET, E. CASALINO)

QUESTION N° 1 : QUELLE EST LA FRÉQUENCE ET LE MODE DE PRÉSENTATION DES CRISES CONVULSIVES DANS LES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCE [1-4] ?

En 1991, cette fréquence était de l'ordre de 3 % des patients examinés, considérée comme sous-estimée en raison des difficultés de définition de l'épilepsie et des différences méthodologiques des différentes enquêtes. Il semblerait, d'après les données actuelles de la littérature, que cette fréquence soit inférieure, avec une incidence de l'ordre de 50 pour 100 000 habitants en France [5, 6]. Il s'agit principalement de sujets masculins, de 40 ans, avec un contexte social défavorable (inactifs, toxicomanie, éthyliste, suivi ambulatoire illusoire), de crises récidivantes. Cet éthyliste est souligné dans la majorité des études publiées depuis, avec le sevrage comme mode de présentation.

QUESTION N° 2 : QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES SÉMILOGIQUES ET ÉTIOLOGIQUES DES CRISES CONVULSIVES DANS LES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCES [1, 4, 7-10] ?

Caractéristiques sémiologiques

Généralement, le diagnostic est porté sur l'interrogatoire et l'examen : antécédents de convulsions, descrip-

tion de la crise, morsure latérale de la langue, obnubilation post-critique, début sur un mode partiel (aura), déficit post-critique (en faveur d'une lésion cérébrale), circonstances évocatrices (manque de sommeil, fièvre, stimulation lumineuse intermittente, surmenage, sevrage médicamenteux, alcoolisme ou sevrage alcoolique, hypoglycémie). Après analyse de la littérature, ces caractéristiques sémiologiques restent pertinentes. A noter la valeur très limitée de l'EEG en Urgence, à interpréter par un spécialiste, normal dans 50 % des cas, les signes en foyer étant au mieux interprétables à partir de la 24^e heure.

Caractéristiques sémiologiques particulières

Récidive précoce fréquente dans les 24 heures (30 %), surtout si crise symptomatique (40 %) par rapport à une maladie épileptique (17 %). Le diagnostic d'état de mal est retenu devant des crises se succédant sans reprise de conscience après 30 min, devant des convulsions en série à intervalles rapprochés. La confusion post-critique est considérée comme anormalement prolongée après 30 min (en tenant compte de la cause de l'intoxication) et pouvant évoquer un état de mal non convulsivant (pour lequel seul l'EEG permet le diagnostic). Après analyse de la littérature [3, 8, 11-14], le risque de récurrence varie de 14 % à 70 %. Rathlev [4] insiste sur ce risque si alcoolisme associé avec 0 % en son absence et 36 % si éthyliisme.

Caractéristiques étiologiques

En 1991, étaient distinguées les crises occasionnelles et les crises s'intégrant dans le cadre d'une maladie épileptique. Ces crises occasionnelles pouvaient être symptomatiques d'accidents vasculaires cérébraux, de troubles métaboliques, de tumeurs cérébrales, d'atrophie cérébrale, de traumatisme crânien, de séquelles de lésions cérébrales anciennes, d'infection ou d'intoxication. Dans 25 % des cas, aucune cause n'était mise en évidence et il s'agissait soit d'une maladie épileptique, soit d'une circonstance favorisante chez un patient avec un seuil épileptogène bas. Le rôle majeur de l'éthyliisme est remarqué, soit dans le cadre d'un sevrage, soit comme facteur favorisant des autres causes. Les dernières études parues, en plus de l'alcool, ciblent le rôle de certains toxiques comme les amphétamines ou la cocaïne.

QUESTION N° 3 : QUELLE EST LA STRATÉGIE DE PRESCRIPTION ET DE PROGRAMMATION DES EXAMENS PARACLINIQUES AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE ?

Le geste diagnostique de première intention doit être de réaliser une glycémie capillaire. La stratégie de

prescription d'un examen complémentaire dépend ensuite du cadre de cette crise : « isolée » ou sans signe de gravité ni contexte particulier, ou « accompagnée » avec signe de gravité ou contexte particulier (traumatisme crânien, confusion mentale persistante, déficit post-critique, fièvre, alcoolisation, éthyliisme chronique ou sevrage, intoxication, troubles métaboliques, maladie générale, grossesse).

Devant une crise convulsive occasionnelle, le 1^{er} examen doit être l'EEG, dans les 24 heures, par un spécialiste. Si normal, imagerie dans un deuxième temps, après concertation avec un spécialiste. Si anormal, scanner cérébral immédiat car risque de lésion cérébrale et risque de récurrence. Les données de la revue de littérature sont reprises en fonction de l'examen complémentaire.

Dosage des anti-épileptiques [15-18]

Il s'agit généralement de patients épileptiques, plutôt suivis en Neurologie. Nous avons isolé les éléments les plus pertinents.

- Januzzi [16] : faible intérêt du monitoring des concentrations des anti-épileptiques.
- Moins de risque de récurrence comitiale après des arrêts courts des médicaments [17].
- L'arrêt des anti-épileptiques majore le risque à 1-2 ans [15].
- Les anti-épileptiques pourraient majorer le risque de crises comitiales [18].

Place de l'électroencéphalogramme (EEG) [9, 12, 19, 20]

L'EEG doit être fait à partir de la 24^e heure. Neufeld [20] trouve 69 % d'anomalies et 21 % d'activité comitiale lorsque l'EEG est fait avant la 48^e heure. Un EEG anormal implique un risque de récurrence plus important à 1 an. Aucun intérêt à pratiquer un EEG pour tout malaise d'origine indéterminée avec perte de connaissance.

Imagerie cérébrale

L'article de Greenberg [21] sur l'imagerie cérébrale dans les crises comitiales est au niveau d'une Conférence de Consensus. Il concernait 11 études regroupant 1935 patients ayant bénéficié d'un scanner cérébral aux Urgences : 17,7 % présentaient des anomalies au scanner.

Les anomalies retrouvées au scanner étaient : accident vasculaire cérébral : 37,8 %, néoplasme : 19,9 %, hémorragie sous-dural : 3,7 %, hémorragie intracérébrale : 6,2 %, atrophie : 18,6 %.

Les facteurs associés à une anomalie scanographique sont : les signes focaux : 41,1 %, les antécédents de cancer : 62,5 %, les troubles de conscience : 29,9 %, la crise inaugurale : 26,1 %.

En cas de problème d'alcoolisme, le scanner objective 51-58 % d'anomalies, dont 34,4 % d'atrophie.

Cet article permet d'affiner les recommandations en cas de première crise comitiale

Scanner en urgence : signes focaux, troubles de la conscience persistants (intoxication ou pas), fièvre, notion de traumatisme récent, céphalées persistantes, notion de cancer, traitement anticoagulant, suspicion de SIDA. Eventuellement, ce scanner sera demandé en urgence devant un âge > 40 ans et un début focal.

Scanner programmé (rendez-vous prévu avant la sortie ou examen réalisé avant la sortie si le suivi du patient paraît aléatoire) : évolution favorable, absence de cause documentée (hypoglycémie, hyponatrémie, intoxication aux tricycliques).

Recommandations si antécédents de comitialité

Scanner en urgence : signes focaux de novo, troubles de la conscience persistants (intoxication ou pas), fièvre, notion de traumatisme récent, céphalées persistante, notion de cancer, traitement anticoagulant, suspicion de SIDA.

Éventuellement, ce scanner pourra être demandé en urgence devant une crise comitiale de type différent, une confusion post-critique prolongée, une majoration des troubles de conscience.

Scanner programmé (rendez-vous prévu avant la sortie ou examen réalisé avant la sortie si le suivi du patient paraît aléatoire) : évolution favorable, absence de cause documentée (hypoglycémie, hyponatrémie, intoxication aux tricycliques).

Pas d'indication chez les patients avec une crise comitiale identique aux crises antérieures.

QUESTION N°4 : FAUT-IL HOSPITALISER OU NON LES PATIENTS SE PRÉSENTANT AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE POUR CRISE CONVULSIVE ? SI OUI, DANS QUELLE STRUCTURE ET DANS QUEL DÉLAI ? SI NON, QUELLE STRATÉGIE DE SUIVI FAUT-IL ADOPTER ?

Si crise accompagnée, l'hospitalisation est la règle.

Devant une crise convulsive isolée occasionnelle, tout patient de plus de 60 ans doit être hospitalisé, une sortie simple pourra être éventuellement organisée avec un repos obligatoire pour les plus jeunes après un réveil parfait, un examen normal et un entourage familial présent (examens et consultations spécialisés programmés dans un délai d'une semaine).

Devant une crise convulsive isolée d'une maladie épileptique, l'hospitalisation est obligatoire si la crise est différente, si l'observance est bonne. Une sortie simple

est possible devant une crise similaire et une bonne observance après un réveil parfait, un examen normal et un entourage familial présent (contact avec le neurologue ou consultation rapide).

Aucun élément nouveau dans la littérature n'a été retrouvé sur ce sujet.

QUESTION N° 5 : QUELS SOINS INFIRMIERS ET TRAITEMENTS SONT À PRATIQUER AUX URGENCES ?

Les infirmiers doivent éviter au malade de se blesser, assurer la liberté des voies aériennes supérieures, pratiquer une oxygénation et réaliser une glycémie capillaire.

Devant une crise convulsive isolée, aucune mesure thérapeutique médicamenteuse spécifique n'est à prendre, sauf si le risque de récurrence est important et peut faire prescrire des benzodiazépines per os, en particulier chez un épileptique traité, avec une bonne observance, dans l'attente de l'avis d'un spécialiste. Pas de modification dans la littérature quant à cette prise en charge [22].

Devant une crise accompagnée, le traitement est fonction du type de crise et du contexte :

- État de mal : les recommandations étaient d'instaurer un traitement intra-veineux par benzodiazépines, éventuellement renouvelable en cas d'échec et de ne mettre en place un traitement par phénytoïne qu'en cas de résistance. En 1995, la Société de Réanimation de Langue Française a publié un consensus sur la prise en charge des états de mal épileptiques avec, comme recommandations, celle de débiter immédiatement en association avec les benzodiazépines un traitement par un anti-épileptique de demi-vie longue, soit le phénobarbital, soit la phénoïne ou Dilantin®, remplacée actuellement par du Prodilantin®.

- Récidive convulsive précoce : hospitalisation, prévention éventuelle par benzodiazépine.

- origine métabolique = traitement de la cause,

- chez la femme enceinte = benzodiazépines,

- chez l'éthylique = mesures à prendre de façon générale comme pour tout éthylique.

CONCLUSION

Il n'y a que peu de modifications à apporter à l'exception de la prise en charge de l'état de mal épileptique ayant elle-même bénéficié d'une conférence. Les questions posées restent pertinentes, le texte reste d'actualité et les indications des examens complémentaires proposés restent valables.

RÉFÉRENCES

- [1] BRATHEN G, BRODTKORB E, HELDE G, SAND T, BOVIM G. The diversity of seizures related to alcohol use. A study of consecutive patients. *Eur J Neurol* 1999 ; 6 : 697-703.

- [2] LEONE M, BOTTACCHI E, BEGHI E, MARGANDO F, MUTANI R, AMEDEO G *et al.* Alcohol use is a risk factor for a first generalized tonic-clonic seizure. The ALCE (Alcohol and Epilepsy) Study Group. *Neurology* 1997 ; 48 : 614-20.
- [3] RATHLEV NK, D'ONOFRIO G, FISH SS, HARRISON PM, BERNSTEIN E, HOSSAK RW *et al.* The lack of efficacy of phenytoin in the prevention of recurrent alcohol-related seizures. *Ann Emerg Med* 1994 ; 23 : 513-8.
- [4] RATHLEV NK, ULRICH A, FISH SS, D'ONOFRIO G. Clinical characteristics as predictors of recurrent alcohol-related seizures. *Acad Emerg Med* 2000 ; 7 : 886-91.
- [5] COEVTAUX A, JALLON P, GALOVARDES B, MORABIA A. Incidence of status epilepticus in French-speaking Switzerland (EPISTAR). *Neurology* 2000 ; 55 : 693-7.
- [6] REUBER M, HATTINGH L, GOULDING PJ. Epileptological emergencies in accident and emergency: a survey at St James's University Hospital, Leeds. *Seizure* 2000 ; 9 : 216-20.
- [7] BEGHI E, CICCONE A. Recurrence after a first unprovoked seizure. Is it still a controversial issue ? First Seizure Trial Group (FIRST). *Seizure* 1993 ; 2 : 5-10.
- [8] D'ONOFRIO G, RATHLEV NK, ULRICH AS, FISH SS, FREEDLAND ES. Lorazepam for the prevention of recurrent seizures related to alcohol. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 915-9.
- [9] MARTINOVIC Z, JOVIC N. Seizure recurrence after a first generalized tonic-clonic seizure, in children, adolescents, and young adults. *Seizure* 1997 ; 6 : 461-5.
- [10] NIAZ FE, ABOU-KHALIL B, FAKHOURY T. The generalized tonic-clonic seizure in partial versus generalized epilepsy: semiologic differences. *Epilepsia* 1999 ; 40 : 1664-6.
- [11] BORA I, SECKIN B, ZARIFOGLU M, TURAN F, SADIKOGLU S, OGUL E. Risk of recurrence after first unprovoked tonic-clonic seizure in adults. *J Neurol* 1995 ; 242 : 157-63.
- [12] HAUSER WA, RICH SS, LEE JR, ANNEGERS JF, ANDERSON VE. Risk of recurrent seizures after two unprovoked seizures. *N Engl J Med* 1998 ; 338 : 429-34.
- [13] MECHEM CC, BARGER J, SHOFRER FS, DICKINSON ET. Short-term outcome of seizure patients who refuse transport after out of hospital evaluation. *Acad Emerg Med* 2001 ; 8 : 231-6.
- [14] ONSURBE I, MARCO J, SANCHEZ A. First spontaneous epileptic crisis in childhood: risk of relapse and prognosis factors. *Rev Neurol* 1999 ; 28 : 761-5.
- [15] CHADWICK D. Does withdrawal of different antiepileptic drugs have different effects on seizure recurrence? Further results from the MRC Antiepileptic Drug Withdrawal Study. *Brain* 1999 ; 122 : 441-8.
- [16] JANNUZZI G, CIAN P, FATTORE C, GATTI G, BARTOLI A, MONACO F *et al.* A multicenter randomized controlled trial on the clinical impact of therapeutic drug monitoring in patients with newly diagnosed epilepsy. The Italian TDM Study Group in Epilepsy. *Epilepsia* 2000 ; 41 : 222-30.
- [17] LAOWATTANA S, ABOU-KHALIL B, FAKHOURY T, ASHMEAD D. Brief antiepileptic drug withdrawal prolongs interval to next seizure. *Neurology* 2000 ; 54 : 2027.
- [18] PERUCCA E. The clinical pharmacokinetics of the new antiepileptic drugs. *Epilepsia* 1999 ; 40 (Suppl 9) : S7-13.
- [19] MUSICCO M, BEGHI E, SOLARI A, VIANI F. Treatment of first tonic-clonic seizure does not improve the prognosis of epilepsy. First seizure Trial Group (First Group). *Neurology* 1997 ; 49 : 991-8.
- [20] NEUFELD MY, CHISTIK V, VISHNE TH, KORCZYN AD. The diagnostic aid of routine EEG findings in patients presenting with a presumed first-ever unprovoked seizure. *Epilepsy Res* 2000 ; 42 : 197-202.
- [21] GREENBERG MK, BARSAN WG, STARKMAN S. Neuroimaging in the emergency patient presenting with seizure. *Neurology* 1996 ; 47 : 26-32.
- [22] PEETERS E. Treatment of epileptic seizures as medical emergencies: a prospective analysis of a decision-tree for non-medically trained staff. *Seizure* 2000 ; 9 : 473-9.

L'intoxication éthylique aiguë dans les services d'Accueil et d'Urgence

2^e conférence de consensus en Médecine d'Urgence, Saint-Étienne, avril 1992

COMMISSION DU CONSENSUS, VEILLE SCIENTIFIQUE, PARIS, 2001, SFMU.

PERSISTANCE DES CONFÉRENCES DE CONSENSUS, ENQUÊTE PRÉALABLE (J.-Ph. SOMMEREISEN, M.-D. TOUZE)

Sur la définition et le diagnostic de l'intoxication, il existe un décalage entre la bonne sensibilité et la spécificité de l'impression clinique d'après la confé-

rence, et les impressions cliniques des médecins interrogés qui leur semblent beaucoup moins spécifiques. Ce qui explique peut-être que l'alcoolémie soit plus recherchée que ne le recommandait la conférence (50 %).

Pour l'orientation d'une intoxication grave (dont les critères de gravité sont concordants entre médecins et

conférence), il y a beaucoup moins d'hospitalisation en Réanimation que ne le voudrait la conférence, avec une orientation presque équivalente en unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). Quant à l'intoxication non grave, où il était recommandé une surveillance en UHCD, il n'y a pas d'hospitalisation systématique pour les médecins interrogés dans 74 % des cas. Et quand cette sortie était possible, elle devait se faire idéalement, d'après la conférence, après un entretien psychiatrique (non systématique pour 80 % des centres) et avec maintien de la permanence des fonctions relationnelles (nécessaire et suffisante seulement pour 28 % des centres).

Enfin, la prise en charge thérapeutique est en accord avec les données de la conférence, que ce soit celle de l'agitation (exception faite des restrictions à l'utilisation du dropéridol) ou celle de la prévention du syndrome de sevrage qui n'est pas systématique dans 50 % des centres.

ACTUALISATION DES CONFÉRENCES DE CONSENSUS (C. BUSSEUIL, J.-M. PHILIPPE)

QUESTION N° 1 : QUELS SONT LES CRITÈRES CLINIQUES ET PARACLINIQUES PERMETTANT DE RETENIR LE DIAGNOSTIC D'INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË (IEA) ?

Le diagnostic de l'IEA est le plus souvent le résultat d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques. Le jury de la 2^e Conférence de consensus a, dans cette question, abordé ce problème sous l'angle des critères cliniques et toxicologiques. Les recommandations en faveur de la réalisation d'un examen clinique complet sont toujours valides et les diagnostics différentiels de l'IEA à évoquer systématiquement devant des troubles de vigilance restent les mêmes qu'en 1992.

Trois formes cliniques avaient été définies : IEA isolée, non compliquée (logorrhée, incoordination motrice, conjonctives injectées et odeur de l'haleine caractéristique), IEA avec agitation psycho-motrice, IEA avec troubles de vigilance. Ces signes s'avéraient avoir une sensibilité médiocre mais une excellente spécificité, ne reconnaissant pas l'IEA dans 22 % des cas et donnant un diagnostic par excès dans seulement 2 % des cas.

Ces données restent d'actualité et sont renforcées par une étude publiée en 1999 [1] qui corrélait, dans un service de Traumatologie, le dosage sanguin à une suspicion clinique d'IEA et concluait à la nécessité de réaliser ce dosage car 23 % des patients avec une IEA n'étaient pas identifiés cliniquement.

Une classification clinique un peu différente a été proposée par des psychiatres alcoologues [2], qui, sans

remettre en cause la précédente, apporte un éclairage nouveau. Elle distingue :

– *l'ivresse simple avec trois phases* : a) phase d'excitation psychomotrice avec désinhibition et euphorie, atteinte précoce des fonctions cognitives (perception, mémoire et vigilance) ; b) phase d'incoordination avec troubles de la vigilance (de la somnolence à la torpeur), syndrome cérébelleux, troubles de la vision, syndrome vestibulaire, troubles vasomoteurs ; c) phase avec coma profond sans signe de localisation neurologique, bradycardie et hypotension parfois associées ;

– *l'ivresse pathologique* : c'est un tableau prolongé, souvent récidivant, marqué par une dangerosité potentielle majeure, qui survient à l'occasion d'une absorption massive et récente d'alcool ou lors d'alcoolisation moins importante chez des sujets à risque. On distingue plusieurs formes : ivresse excito-motrice, hallucinatoire, délirante, avec troubles de l'humeur. Ellrodt [3] pose le principe d'une classification simplifiée en deux groupes :

– *IEA non compliquée* : ingestion d'alcool excessive survenant dans un contexte clinique global évocateur et absence d'anomalie des paramètres vitaux, de signes neurologiques focalisés, de lésions traumatiques et régression des manifestations cliniques en 3 à 6 heures ;

– *IEA compliquée si elle est associée à, au moins, un des tableaux suivants* : inhalation bronchique, épisode convulsif, traumatisme crânien, polytraumatisme, intoxication associée, infection, hypothermie, trouble du rythme, hypoglycémie, ivresse agitée, ivresse comateuse.

Sur le plan des *critères toxicologiques*, la conférence de consensus précise les 2 méthodes directes susceptibles de quantifier l'imprégnation éthylique : *éthanolémie* (mesure de l'éthanol sanguin) et *éthylométrie* (mesure de l'éthanol expiré). La détermination de l'éthanolémie demeure actuellement en milieu hospitalier la méthode la plus utilisée. La technique de distillation (Cordebard) complexe est supplantée par des méthodes enzymatiques automatisées [4]. La chromatographie en phase gazeuse reste la méthode de référence, mais demeure encore peu répandue du fait du coût du matériel [4]. Quant à la technique de mesure sur sang capillaire citée dans la conférence de 1992 [5], il ne semble pas qu'elle se soit développée au vue de la littérature. En ce qui concerne la mesure de l'éthylométrie, une étude publiée en 1995 [6] confirme l'excellente corrélation entre l'éthylométrie et l'éthanolémie (chromatographie en phase gazeuse). Toutefois, il faut savoir que l'éthylométrie minore d'environ 20 % l'éthanolémie. Cette différence quantitative dans le dosage ne paraît pas être en mesure de modifier la prise en charge du patient. Par ailleurs, il est nécessaire de réaliser la mesure de l'éthylométrie dans une ambiance exempte de vapeur d'alcool. La présence de ces vapeurs, qui n'est pas rare dans un service d'Urgence, pourrait

être à l'origine de taux positifs. En conclusion, les auteurs indiquent que l'éthylométrie présente un intérêt aux Urgences (appréciation rapide de l'éthanolémie, coût moindre) avec une fiabilité suffisante.

QUESTION N° 2 : QUELS SONT LES CRITÈRES DE GRAVITÉ D'UNE INTOXICATION ÉTHYLIQUE AIGUË ? A QUI PRATIQUER DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ? LESQUELS ? DANS QUELS BUTS ?

Ces IEA graves pouvaient s'intégrer dans 4 tableaux :

- *gravité secondaire à l'intoxication* : coma, manifestations excito-motrices, délires, hallucinations ;
- *IEA compliquée* : inhalation, crise convulsive, hypothermie, troubles du rythme supra-ventriculaire, hypoglycémie, acidocétose, gastrite, Mallory-Weiss, hépatite alcoolique aiguë ;
- *IEA associée* : traumatisme crânien, polytraumatisme ou autre traumatisme, autre intoxication, infection, toute autre pathologie ;
- *IEA de l'enfant* : coma, hypoglycémie, acidose métabolique.

Quelques publications récentes font mention d'un certain nombre de complications qui n'étaient pas citées lors de cette conférence et qu'il nous semble nécessaire d'intégrer :

- *risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)* : d'après Hillbom [7], l'absorption aiguë d'alcool dans les 24 heures augmente le risque d'AVC ischémique chez les sujets à risque ; ce risque d'ischémie serait multiplié jusqu'à 15 chez la femme au cours de l'IEA et le risque d'hémorragie par 2 à 4 [8, 9] ; enfin, ces AVC ischémiques pourraient être secondaires à l'arythmie complète par fibrillation auriculaire accompagnant les IEA [10-12] ;
- *risque de rhabdomyolyse* : par l'immobilisation accompagnant l'IEA [13-16].

Par ailleurs, il n'était pas fait mention d'exams complémentaires systématiques ou obligatoires, ceux-ci n'étant réalisés qu'en fonction du contexte et des données cliniques.

QUESTION N° 3 : QUELLE STRATÉGIE DE SURVEILLANCE ET D'HOSPITALISATION ADAPTÉE (EN RÉFÉRENCE AUX CAPACITÉS DU PATIENT, AU CADRE MÉDICO-LÉGAL, AUX STRUCTURES D'ACCUEIL) ?

Les bonnes pratiques de surveillance et d'hospitalisation décrites dans le consensus de 1992 sont toujours d'actualité. Les UHCD dans les services d'Urgence, rendues obligatoires par les décrets régissant l'activité des urgences, semblent bien adaptées à ce type de prise en charge. Sur le plan de la *décision de sortie*, un certain

nombre de publications confirment le critère essentiel comme étant la permanence des fonctions relationnelles.

Quels que soient l'agitation et les troubles du comportement associés, toute intoxication éthylique aiguë impose un examen médical complet et un bilan paraclinique simple. Le sujet conduit dans un service d'Urgence sera maintenu en observation jusqu'à ce que soit dissipé l'essentiel de ses troubles somatiques et psychiques [2]. D'autres [3] affirment que les critères de sortie sont réunis si le patient est capable de marcher et de converser normalement. Les mêmes [3] posent la question du taux légal d'alcoolémie en vigueur [16] pour la sortie du patient. Le médecin peut-il ignorer ce qui peut se passer, le seuil de l'hôpital franchi. Qu'en serait-il d'un patient autorisé à sortir des Urgences avec une alcoolémie > à 0,5 g/l et qui, prenant le volant, provoquerait un accident ?

Dans certains services d'Accueil des Urgences [17], des protocoles médicaux de prise en charge précisent, dès lors qu'une alcoolisation aiguë remplit les critères suivants, que le sujet doit être gardé quelques heures pour surveillance : fonctions de relation perturbées et/ou existence de complications et/ou existence de lésions associées et/ou alcoolémie ≥ 3 g/l.

Une étude récente [18] portant sur le taux d'alcoolémie chez les patients en UHCD conclut qu'il est médicalement concevable de ne pas hospitaliser des patients non éthyliques chroniques, âgés de 20 à 60 ans, accompagnés, dont les paramètres cliniques fondamentaux ne sont pas perturbés et dont l'alcoolémie peut être estimée < 43,4 mmol/l.

Le consensus de 1992 était clair pour ce qui est de la *validité de l'expression du consentement du patient en ivresse éthylique aiguë*. De nombreux auteurs confirment cette position :

- si la sortie prématurée demandée par le patient représente un danger pour lui-même ou son entourage, le maintien à l'hôpital est indispensable, parfois au prix d'une contention ; l'obtention d'une décharge par le malade n'est pas valide [19] ;
- il n'y a pas de « sortie contre avis médical » possible lors d'une IEA (médicalement, le patient est privé de capacité normale de discernement) ; le patient n'est donc pas compétent [3] ;
- certains proposent la notion de « consentement anticipé » qui implique que le médecin se porte garant du consentement à venir du patient ; le consentement du patient est alors donné à posteriori au sortir de la crise ; le recours à ce type de consentement permet de sauvegarder l'intégrité du patient en le protégeant et en lui assurant des soins [20].

Des études montrent [21] que l'augmentation importante du nombre d'hospitalisation sous contrainte dans le cadre de la procédure de péril imminent est souvent liée

à une IEA violente. Les auteurs dénoncent cette dérive et proposent l'utilisation large de la circulaire d'application de la Loi de 1990 dans ce cadre [22]. Cette circulaire indique : « toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité, un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte ».

Au niveau de la prise en charge du patient violent alcoolisé aux Urgences, qui refuserait les soins et l'hospitalisation, certains évoquent la notion de « mise en observation sans consentement » [23]. En effet, précise Boussiron [23], si l'on considère que, d'une part, toute intoxication éthylique peut se compliquer et présenter un risque non négligeable d'évolution péjorative pour le patient et que, d'autre part, l'état d'imprégnation alcoolique ôte au sujet son libre-arbitre, sa capacité à consentir ou à ne pas consentir, alors on se doit d'agir. La notion de risque vital impose d'outrepasser le consentement du patient. Il y a nécessité thérapeutique en référence à l'article 16-3 du Code civil et l'état du patient rend « nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». On pourrait parler ainsi d'une mise en observation sans consentement. Il est bien entendu que chaque fois que des proches sont présents, on se doit de les informer des mesures que l'on va prendre en les explicitant comme le Code de Déontologie nous y enjoint. Il faut raisonner en terme d'intérêt pour le patient : on sera davantage condamnable à laisser un patient courir un risque grave pour lui-même ou pour autrui qu'à le priver de sa liberté pendant quelques heures.

Toutefois, précise Boussiron [23], ce que l'on pourrait qualifier de « garde-à-vue alcoologique » (privation de liberté) ou ce principe d'observation sans consentement de quelques heures n'est pas sans poser de problèmes. Le choix des critères est critiquable. Ainsi, à partir de quel niveau d'alcoolémie, le patient perd-il son libre-arbitre, garde-t-il un libre-arbitre résiduel ? Quels moyens doit-on se donner pour le garder contre son gré : isolement, contention, sédation ? Pour le surveiller, il faut du personnel suffisant, et être capable, si besoin est, de prouver qu'on l'a surveillé. C'est à la libre appréciation du médecin, en fonction des informations dont il dispose, de savoir si le patient peut être sortant. Pour *les modalités de sortie*, le consensus est précurseur puisqu'il prévoit la mise en place d'un entretien psychiatrique et/ou alcoologique.

Roy [19] précise le double objectif de l'urgentiste :

- le premier consiste en une prise en charge immédiate avec évaluation de l'état clinique, contrôle de l'agitation alcoolique, et, enfin, le dépistage et le traitement d'une complication ;

- le second, une fois passée la phase aiguë, est la prise en compte du devenir avec analyse de la situation sociale, professionnelle et familiale, sensibilisation du patient sur sa maladie et élaboration d'une stratégie thérapeutique.

L'intérêt d'un entretien bref (intervention ultra-brève) réalisé au décours immédiat de l'IEA par une personne formée à ce type de prise en charge a montré son efficacité en obtenant une diminution de 28 % de la consommation d'alcool chez les patients qui en avaient bénéficié [24]. L'intervention ultra-brève de 5 minutes définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comprend : un « feed-back » donné au patient sur sa consommation d'alcool, une explication au patient de la notion « un verre d'alcool », une explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool, l'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites et la remise au patient d'un livret d'aide. Une étude récente [25] démontre que les services d'Urgences ont un rôle à jouer dans la mise en place d'une stratégie de prévention secondaire des problèmes liés à l'alcool. Le but étant de distinguer l'usage nocif d'alcool et alcoolodépendance pour proposer une prise en charge adaptée. La méthode utilisait des outils de dépistage simples dont le questionnaire « DETA » ou « CAGE » dans sa version anglosaxonne qui a été largement validé dans ce contexte [26, 27].

Les autorités sanitaires ont demandé à l'ANAES, en collaboration avec les grandes sociétés savantes dont la SFMU, de définir un cadre de Bonnes Pratiques Médicales en publiant des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) pour que se mette en place, dans les services d'Urgences, une politique concrète de prise en charge des patients en difficulté avec l'alcool au décours de l'IEA [28]. Ces recommandations font le lien entre notre conférence de consensus de 1992 et celle de la Société Française d'Alcoologie (SFA) de 1999 (objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant) [29]. Ce travail s'inscrit dans la mise en place et la collaboration avec les services d'Urgences des équipes d'alcoologie et/ou d'addictologie de liaison [30, 31].

Le consensus de 1992 a consacré un chapitre aux patients amenés aux Urgences par la police et présumés « en ivresse publique manifeste » (IPM). Ce problème est loin d'être résolu de manière satisfaisante, même 10 ans après. Les recommandations sont toujours parfaitement d'actualité. Quelques auteurs proposent des améliorations dans la gestion de ces situations :

- sur le plan médico-légal, Roy [19] propose de terminer la rédaction du certificat de non-admission en y ajoutant, de manière manuscrite, la formule suivante : « toutefois, la survenue de modifications inquiétantes de l'aspect de cette personne et notamment d'une détériora-

tion de l'état de conscience doit la faire soumettre immédiatement à un nouvel examen médical » ; cette proposition renvoie au décret n° 86.592 du Code de Déontologie de la Police Nationale, 1^{er} alinéa de l'article 10 : « toute personne appréhendée est placée sous la responsabilité et la protection de la police », et 3^e alinéa : « le fonctionnaire ayant la garde d'une personne dont l'état nécessite des soins spéciaux doit faire appel au personnel médical et, le cas échéant, prendre des mesures pour protéger la vie et la santé de cette personne » ;

– dans le cadre d'une prise en charge complète du problème alcoolique, en particulier des personnes retenues dans les locaux des forces de l'ordre pour IPM, Reynaud [32] déplore le manque de suivi de ces personnes et propose qu'au minimum une consultation médicale ait lieu dans les services de police afin d'organiser un projet de soins ultérieurs avec les généralistes ou les centres spécialisés : il serait nécessaire de sensibiliser les forces de l'ordre par le biais d'une formation adéquate, à la prise en charge alcoolique de ces sujets ;

– Boussiron [33], quant à lui, évoque la rédaction et la validation de 4 protocoles en matière d'ivresse éthylique et d'agitation : un protocole sur les règles d'appel du psychiatre de garde, un protocole sur la prise en charge du patient agité et présumé ivre, un protocole sur l'ivresse publique manifeste ou IPM, et une fiche de liaison police/Urgences ; des expériences, intéressantes dans ce domaine, sont actuellement réalisées dans certains services d'Accueil des Urgences : il s'agit, la plupart du temps, de protocoles réalisés avec les forces de l'ordre et des services d'Urgence (exemple du travail mené aux Urgences de Mulhouse [34]).

QUESTION N° 4 : CONDUITE À TENIR THÉRAPEUTIQUE PAR LE MÉDECIN ET L'INFIRMIÈRE

Si on reprend les trois formes cliniques, les recommandations de 1992 précisent :

– IEA isolée, non compliquée, avec régression spontanée des signes en 3 à 6 heures, aucune thérapeutique, soins infirmiers (hygiène, hydratation, confort, dialogue) essentiels ;

– IEA grave : prise en charge symptomatique, oxygénation correcte ;

– IEA avec agitation psychomotrice où apparaît une nécessité de sédation avec trois niveaux : verbale, benzodiazépine de préférence per os, dropréridol en intramusculaire, la contention physique n'étant utile que le temps nécessaire à l'action chimique.

Cette sédation, recommandée à l'époque, doit être nuancée. Le dropréridol n'est plus cité dans la littérature pour cette indication, et les formes orales ont été retirées du marché. Les benzodiazépines (diazépam, chlorazépate) occupent une place prépondérante [12] et peuvent

être associées, en cas d'effet insuffisant, à l'halopéridol (5 à 10 mg).

Le syndrome de sevrage alcoolique a fait, en partie, l'objet d'une conférence de consensus [29] et doit être traité en première intention par des benzodiazépines de demi-vie courte ou longue, per os ou en intra-veineux, éventuellement en fonction d'une échelle de gravité [35, 36]. Ses manifestations cardio-vasculaires (hypertension et tachycardie) peuvent être traitées par α - et/ou β -bloquants [37, 38]. Il reste convenu de ne pas administrer de glucosé sans vitamine B1. Et il peut être nécessaire de compléter les personnes âgées en magnésium [39].

CONCLUSIONS

Il n'y a que peu de modifications à apporter à cette conférence. Elles concernent principalement les suites immédiates de l'IEA qui font l'objet d'un travail en cours au sein de l'ANAES pour permettre à ces patients de bénéficier d'une prise en charge secondaire. D'autre part, les modalités de sédation du syndrome de sevrage éthylique, qui a justifié à lui seul la réalisation d'une conférence de consensus, sont différentes de celles de 1992.

RÉFÉRENCES

- [1] GENTILELLO LM, VILLAVECES A, RIES RR et al. Detection of acute alcohol intoxication and chronic alcohol dependence by trauma center staff. *J Trauma* 1999 ; 47 : 1131-9.
- [2] ADES D, LEJOYEUX M. Urgences psychiatriques dans l'alcoolisation aiguë. *Rev Prat* 1993 ; 43 : 16.
- [3] ELLRODT A. L'intoxication alcoolique aiguë (IAA) aux Urgences. In : Urgences médicales, éditions 2001-2002. Paris : Edition Estern.
- [4] RICORDEL I, PAILLER PM, BACQUEY C, WARNET JM. Le point analytique en matière d'alcoolémie. *Alcoologie* 1990 ; n° 3.
- [5] WAX PM, HOFFMAN RS, GOLDFRANK LR. Rapid quantitative determination of blood alcohol concentration in the emergency department using an electrochemical method. *Ann Emerg Med* 1992 ; 21 : 254-9.
- [6] DEROGIS V, BOURRIER P, DOUAY O, TURCANT A, PERROUX D. Ethylométrie dans l'air expiré versus éthanolémie : 204 cas dans un service d'Urgence. *Presse Med* 1995 ; 24 : 1067-70.
- [7] HILLBOM M, NUMMINEN H, JUVELA S. Recent heavy drinking of alcohol and embolic stroke. *Stroke* 1999 ; 11 : 2307-12.
- [8] LAURENT B, GARNIER P. Neurologic emergencies in acute alcoholic intoxication. *Rev Prat* 1993 ; 43 : 2056-9.
- [9] BOUGET J. Convulsive seizures of alcoholics in emergency situation. *Rev Prat* 1993 ; 43 : 2052-5.
- [10] RODIER V, SLETH JC. Atrial fibrillation and acute alcohol intoxication. *Ann Fr Anesth Reanim* 1997 ; 16 : 927-8.
- [11] SANGLA I, BILLE-TURC F, POUGET J, SERRATRICE G. Ischemic cerebral vascular accident with simultaneous acute alcoholic intoxication in a young subject. *Presse Med* 1995 ; 24 : 827.

- [12] DURIEUX A, CLAVELOU P. Alcohol intoxication: acute and chronic. Diagnosis, treatment. *Rev Prat* 1999 ; 49 : 1341-7.
- [13] BESSA O. Alcoholic rhabdomyolysis: a review. *Conn Med* 1995 ; 59 : 519-21.
- [14] HEWITT SM, WINTER RJ. Rhabdomyolysis following acute alcohol intoxication. *J Accid Emerg Med* 1995 ; 12 : 143-4
- [15] POTEI G, TOUZE MD, BARON D. Acute ethyl-alcohol intoxication. *Rev Prat* 1993 ; 43 : 2043-6.
- [16] DELORME D. L'abaissement du taux d'alcoolémie. *Concours Med* 1993 ; 117 : 2366-8.
- [17] Service d'Accueil des Urgences de Blois. Alcool et Urgences. Document interne, février 1997.
- [18] SCHMIDT H, KACEM S, MACHER JM, STIERLE F. Mesure du taux d'alcoolémie chez les patients hospitalisés à l'unité de porte (abstr P185). *JEUR Urgences* 2001 ; 14 : A70.
- [19] ROY C, CESTE A, ANES A, MARDON P, BEAUFILS JM. L'urgentiste et le sujet alcoolisé. *Alcoologie* 1998 ; 20 : 185-8.
- [20] LERY N. Responsabilité du médecin et stratégies de prise en charge de l'ivresse aiguë. *Reanim Urg* 1992 ; 1 (4bis) : 698-704.
- [21] PHILIPPE JM, CA L, COUTURIER V, SUCIU S, DELORT P. Pertinence des hospitalisations sur demande d'un tiers (HSDT) initiées dans un Service d'Accueil des Urgences (abstr P6). *JEUR* 2001 ; 14 : A4.
- [22] Circulaire DGS/SP3 n° 48 du 19 juillet 1993.
- [23] BOUSSIRON D. Le patient violent alcoolisé admis aux urgences : considérations cliniques, juridiques et propositions afin d'améliorer sa prise en charge. Thèse de Médecine, Clermont-Ferrand, 1999.
- [24] WHO Brief Interventions Study Group. A cross national trial of brief interventions with heavy drinkers. *Am J Public Health* 1996 ; 86 : 948-55.
- [25] VAN DER LINDEN T, MIRLAND MN, CABARET P, ROQUET V, BRONET N, LOEB P et al. Dépistage et prise en charge, aux Urgences, de la population présentant un problème avec l'alcool (abstr P147). *JEUR Urgences* 2001 ; 14 : A55.
- [26] CHERPITEL CJ. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *J Stud Alcohol* 1995 ; 56 : 695-700.
- [27] SORDERSTROM CA, SMITH GS, KUFERA JA, DISCHINGER PC, HEBEL JR, MC DUFF DR et al. The accuracy of the cage, the brief Michigan alcoholism screening test, and the alcohol use disorders identification test in screening trauma center patients for alcoholism. *J Trauma Inj Infect Crit Care* 1997 ; 43 : 962-9.
- [28] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins (publication fin 2001).
- [29] Société Française d'Alcoologie. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant ; 17 mars 1999, maison de la chimie. *Alcoologie* 1999 ; 21.
- [30] Circulaire DH/EO4 n° 96-557 du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalières de liaison. *Journal Officiel* 1996.
- [31] Circulaire DHOS/02- DGS/SD6B 2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives. *Bulletin Officiel* 2000 ; 1-14.
- [32] REYNAUD M, PARQUET PHJ. Les personnes en difficultés avec l'alcool. Paris : CEFS 1999
- [33] BOUSSIRON D. Objectifs et premiers résultats d'un programme d'amélioration de la qualité concernant la prise en charge des patients violents et ayant une pathologie liée à l'usage de l'alcool. 5^e Congrès Mondial de l'International Association for Emergency Psychiatry, Bruxelles, 1998 : 28.
- [34] STIERLE F. Service d'Accueil des Urgences de Mulhouse. Protocole de prise en charge de l'éthylisme aigu adressé par les forces de l'ordre. Document interne, 2000.
- [35] SAITZ R, O'MALLEY SS. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. *Med Clin North Am* 1997 ; 81 : 881-907.
- [36] YERSIN B. Ambulatory management of alcohol withdrawal syndrome. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1999 ; 88 : 1705-9.
- [37] LOHR RH. Treatment of alcohol withdrawal in hospitalized patients. *Mayo Clin Proc* 1995 ; 70 : 777-82.
- [38] BATEL P. Alcohol withdrawal syndrome in the hospital. *Rev Prat* 1999 ; 49 : 387-90.
- [39] KRAEMER KL. Managing alcohol withdrawal in elderly. *Drugs Aging* 1999 ; 14 : 409-25.