

Delirium Tremens en réanimation / USC

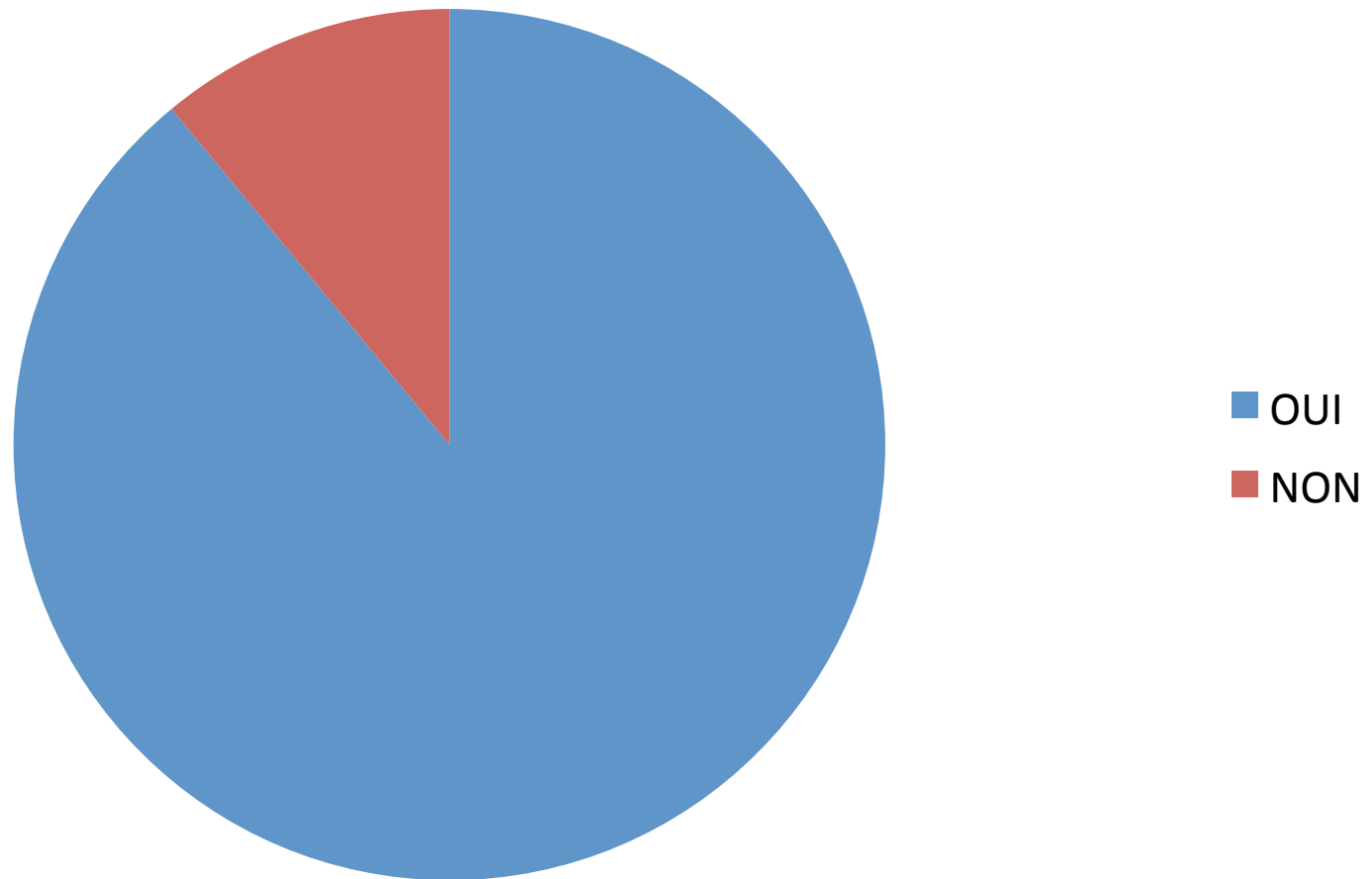
ARCO TOURS

28 septembre 2017

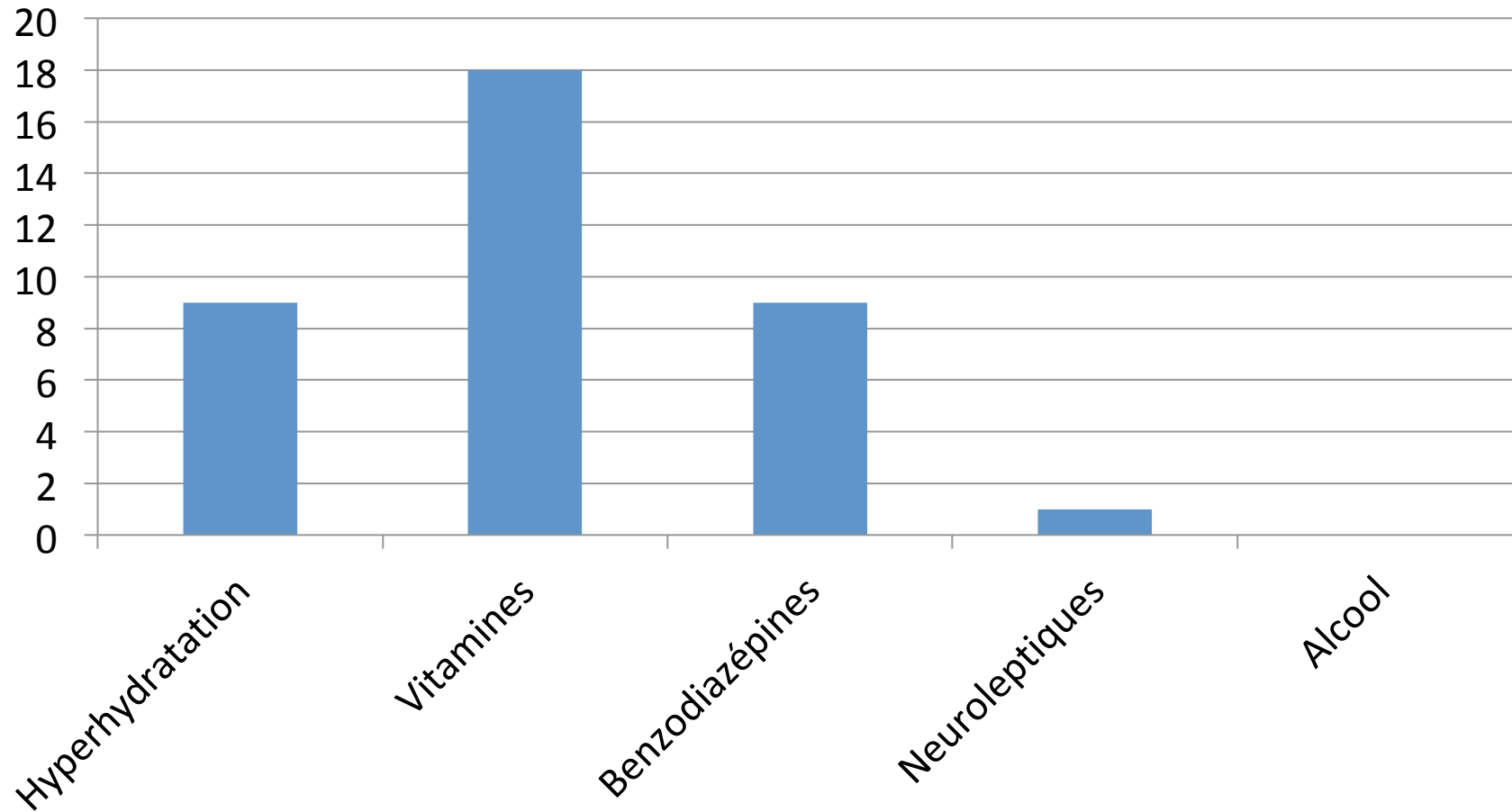
Réponses des centres : 18

- Bourges
- Vannes
- La Roche/Yon
- Saint-Brieuc
- Orléans
- Tours
- Chartres
- Nantes
- Poitiers
- Saint-Nazaire
- Quimper

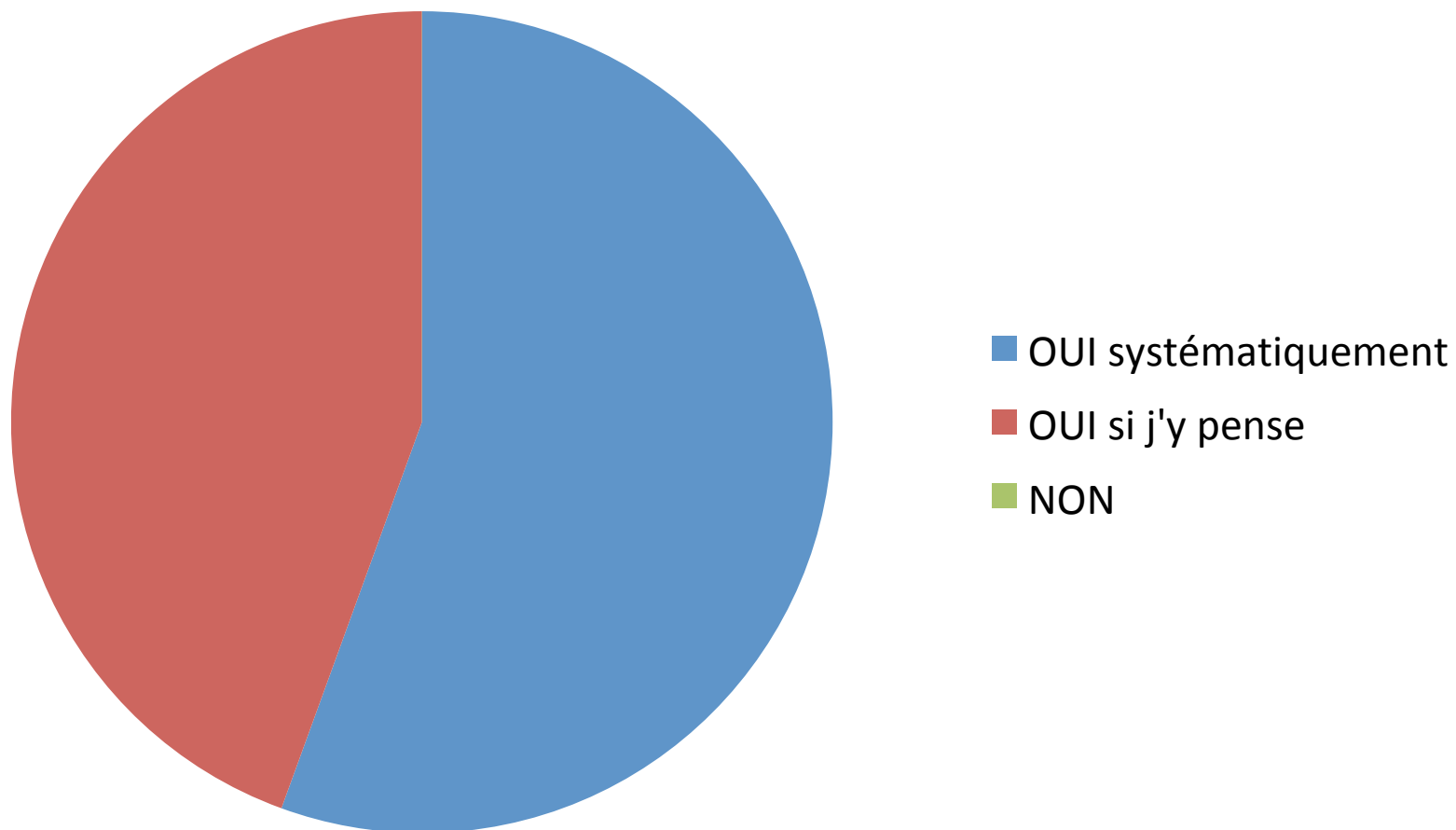
Chez un patient admis pour un autre motif mais à risque de sevrage alcoolique, mettez-vous en place des mesures de prévention?



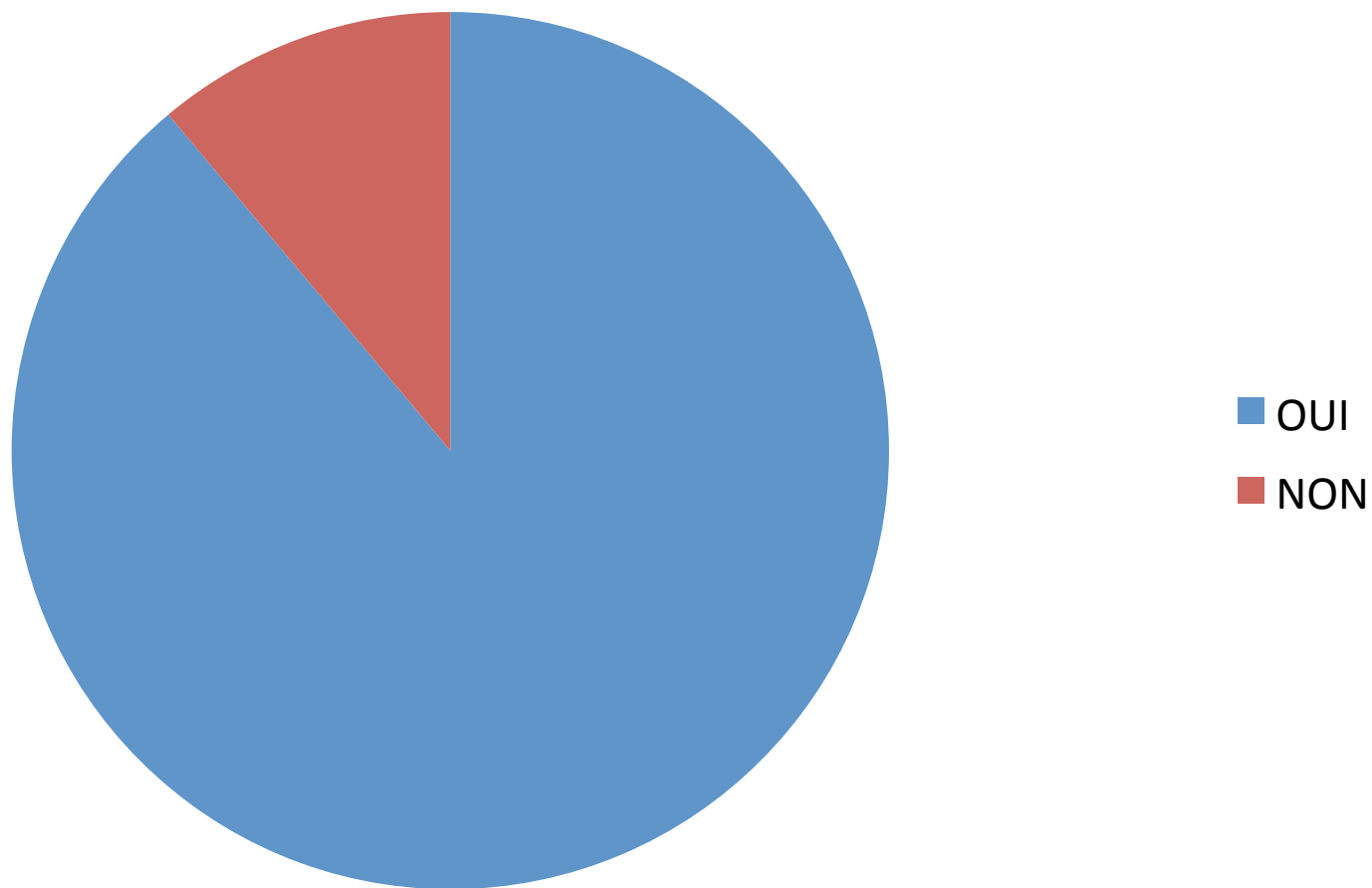
Si oui, quelles mesures? (18 réponses)



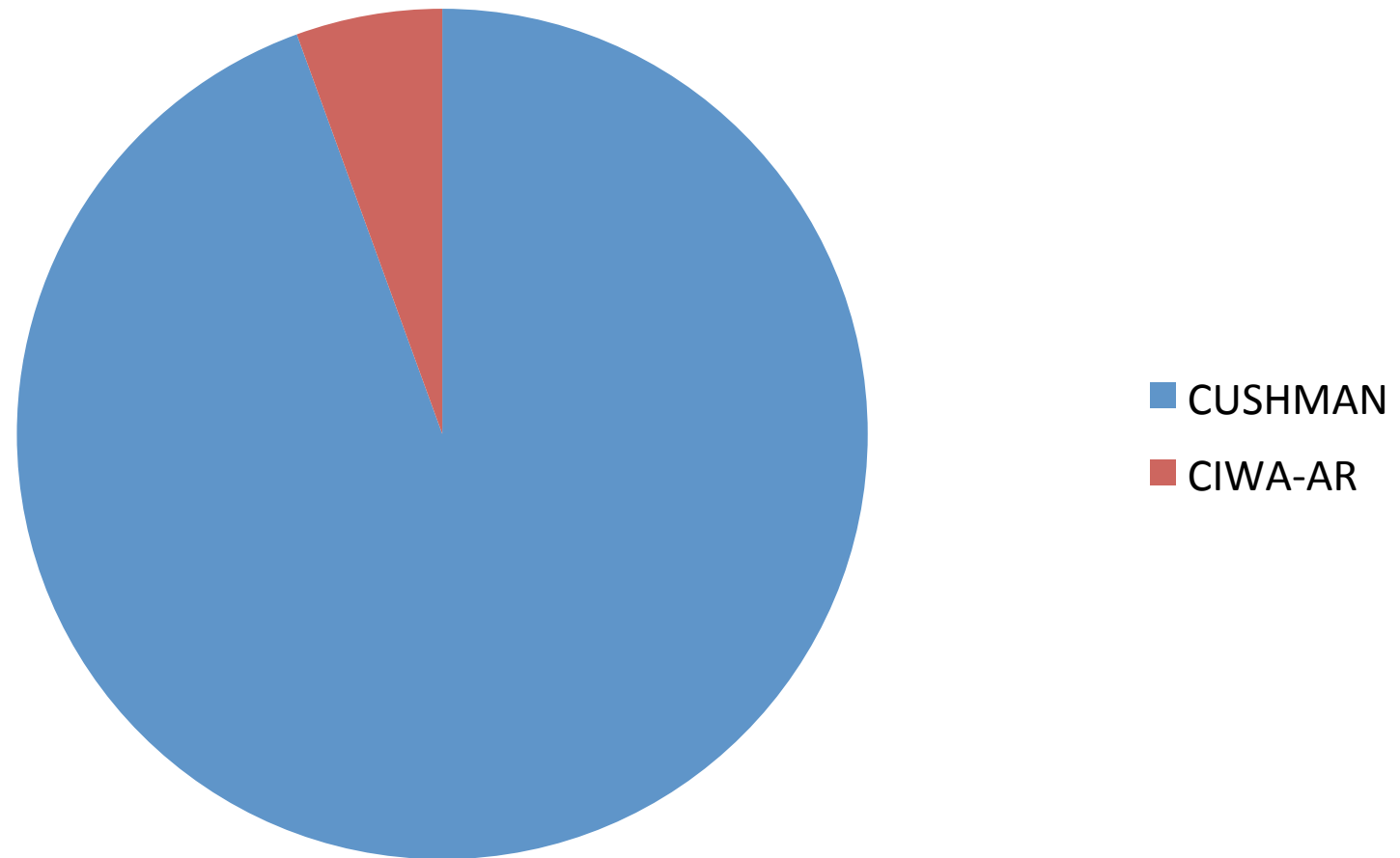
Prenez-vous en compte les autres addictions potentielles du patient (tabac, cannabis, opiacés...)?



**Vous arrive-t-il d'admettre un patient en réanimation
ou USC avec comme motif unique "syndrome de
sevrage alcoolique »?**



Quel score d'évaluation du DT utilisez-vous?

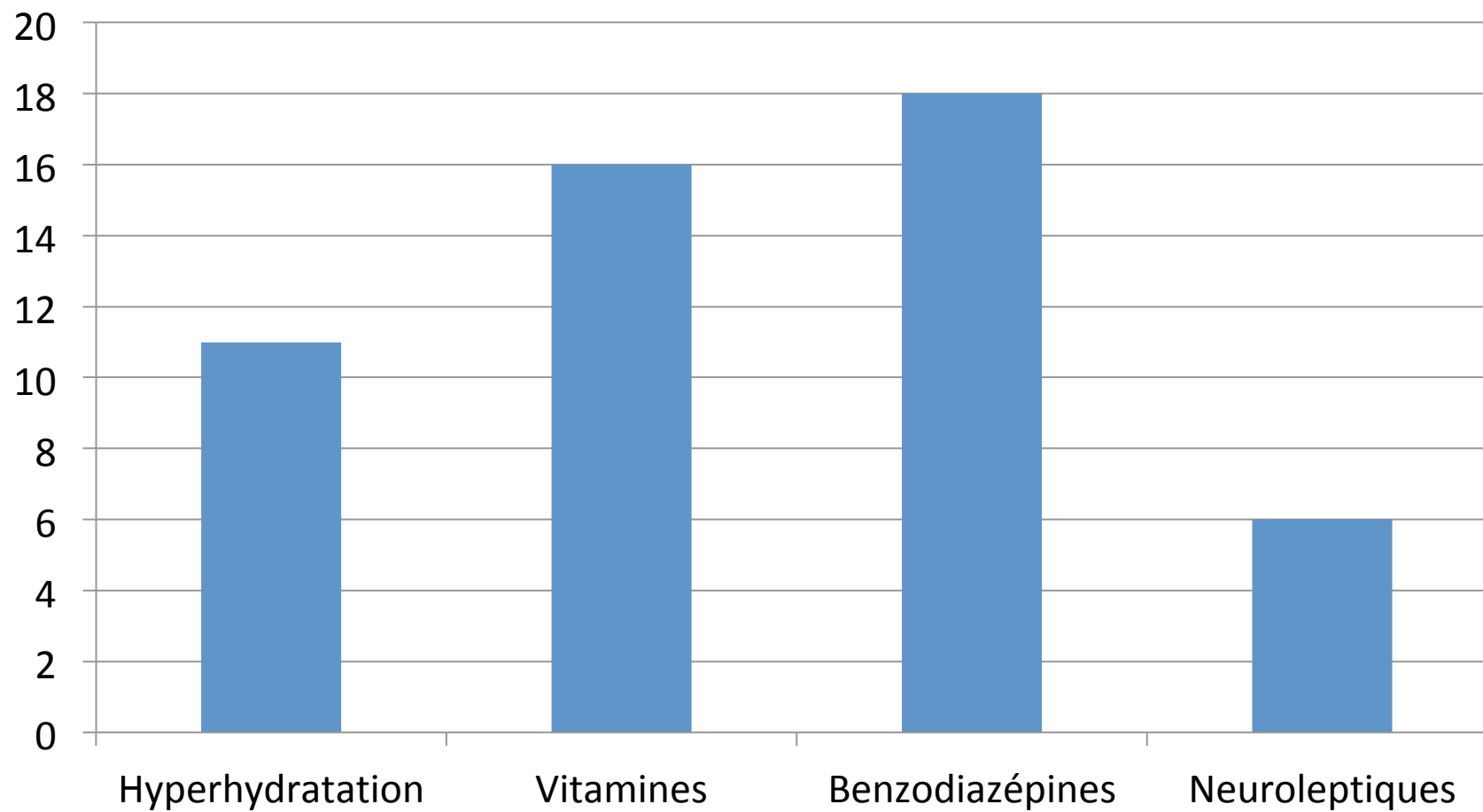


Score de Cushman	0	1	2	3
Pouls (battements/min)	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique (mmHg)				
18-30 ans	< 125	126-135	136-145	> 145
31-50 ans	< 135	136-145	146-155	> 155
> 50 ans	< 145	146-155	156-165	> 165
Fréquence respiratoire/min	< 16	16-25	26-35	> 35
Tremblements	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paume et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée/contrôlable	Généralisée/incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Gêne par bruit ou lumière Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

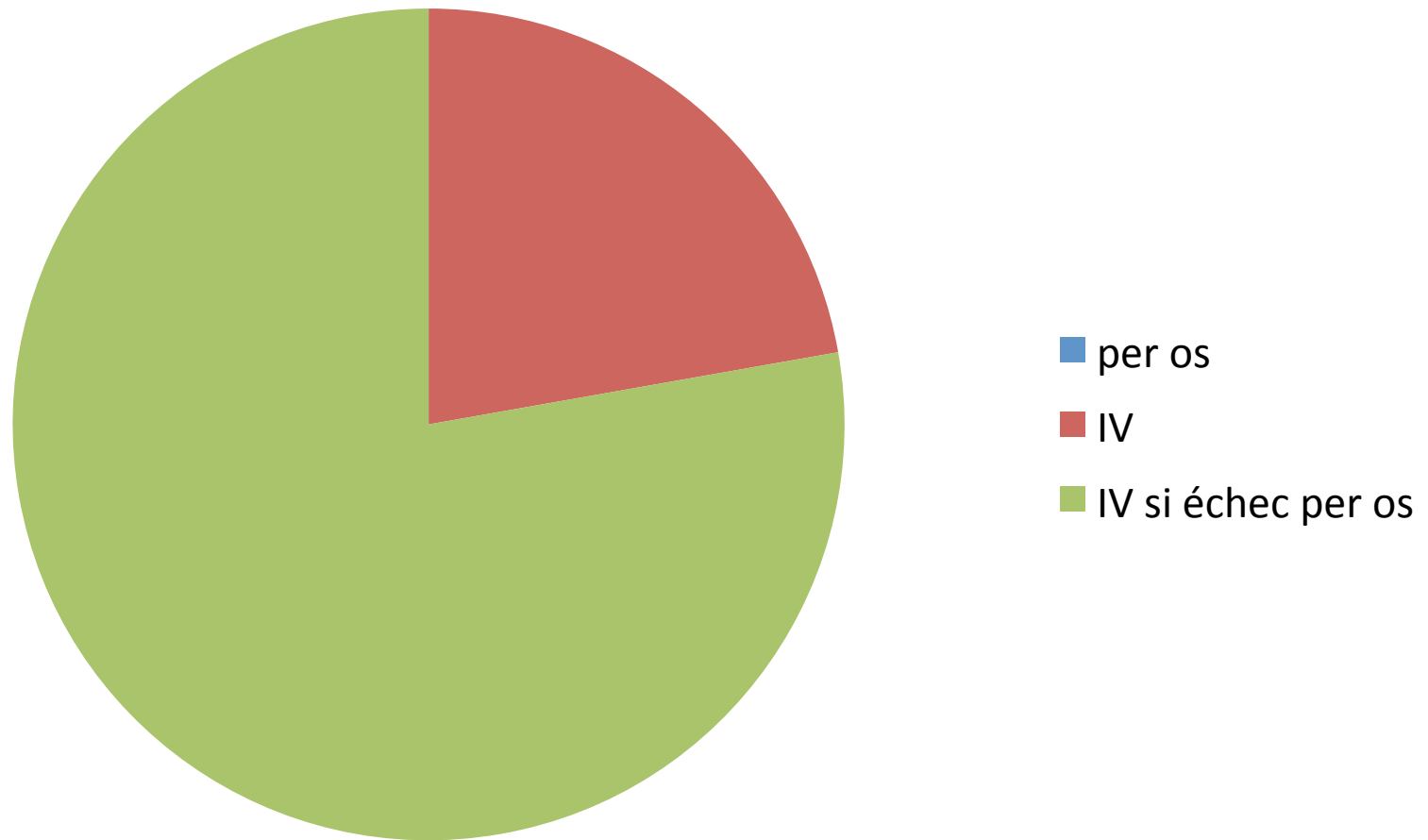
CIWA-Ar

- **NAUSEA AND VOMITING** — Ask "Do you feel sick to your stomach? Have you vomited?" Observation.
- **TREMOR** — Arms extended and fingers spread apart. Observation.
- **PAROXYSMAL SWEATS** — Observation.
- **ANXIETY** — Ask "Do you feel nervous?" Observation.
- **AGITATION** — Observation.
- **TACTILE DISTURBANCES** — Ask "Have you any itching, pins and needles sensations, burning sensations, numbness or do you feel bugs crawling on or under your skin?" Observation.
- **AUDITORY DISTURBANCES** — Ask "Are you more aware of sounds around you? Are they harsh? Do they frighten you? Are you hearing anything that is disturbing to you? Are you hearing things you know are not there?" Observation.
- **VISUAL DISTURBANCES** — Ask "Does the light appear to be too bright? Is its colour different? Does it hurt your eyes? Are you seeing anything that is disturbing to you? Are you seeing things you know are not there?" Observation.
- **HEADACHE, FULLNESS IN HEAD** — Ask "Does your head feel different? Does it feel as if there is a band around your head?" Do not rate for dizziness or lightheadedness. Otherwise, rate severity.
- **ORIENTATION AND CLOUDING OF SENSORIUM** — Ask "What day is this? Where are you? Who am I?"

Quelles thérapeutiques mettez-vous alors en place?



Administration des benzodiazépines dans le traitement du DT installé

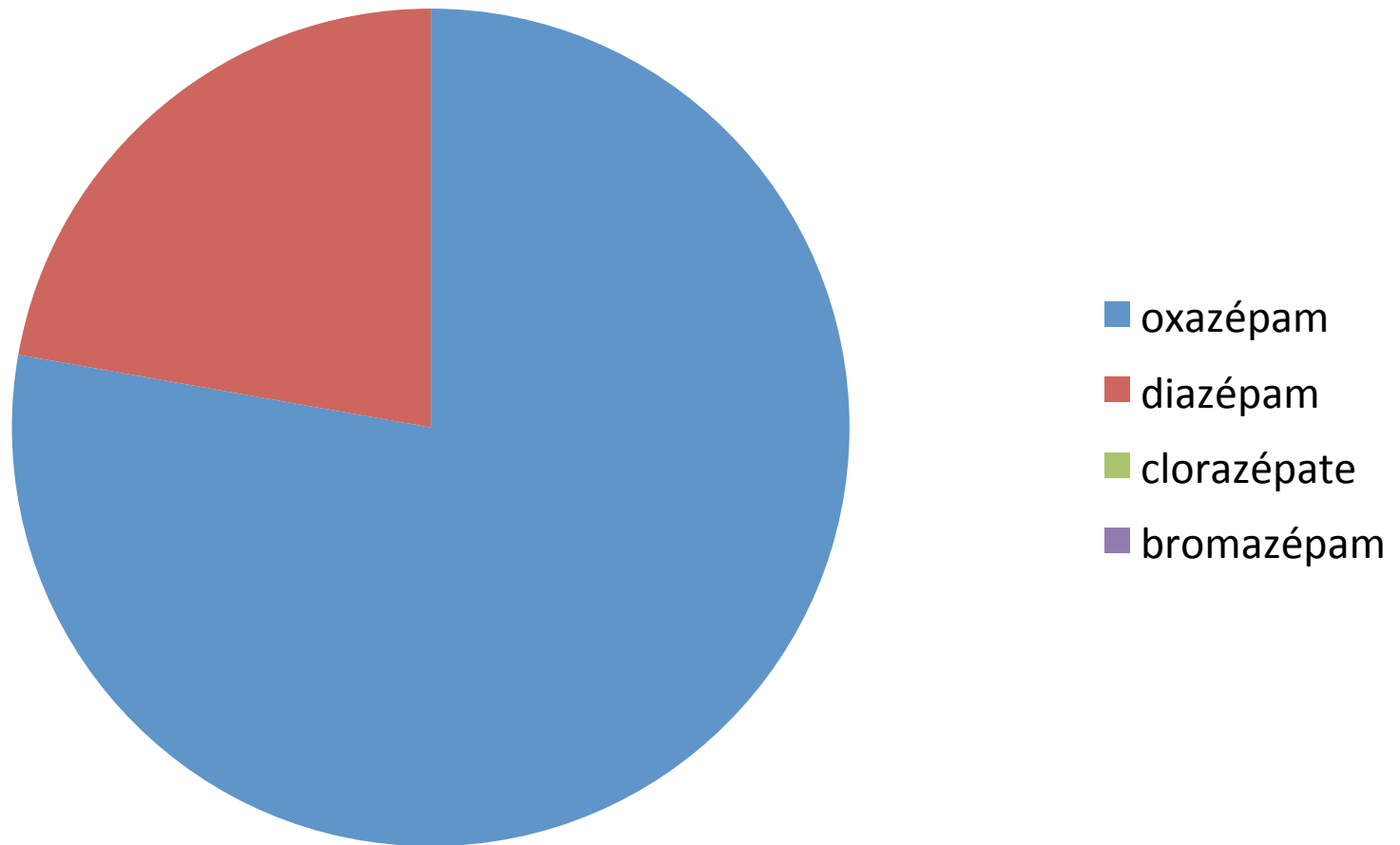


Si utilisé, quel neuroleptique a votre préférence?

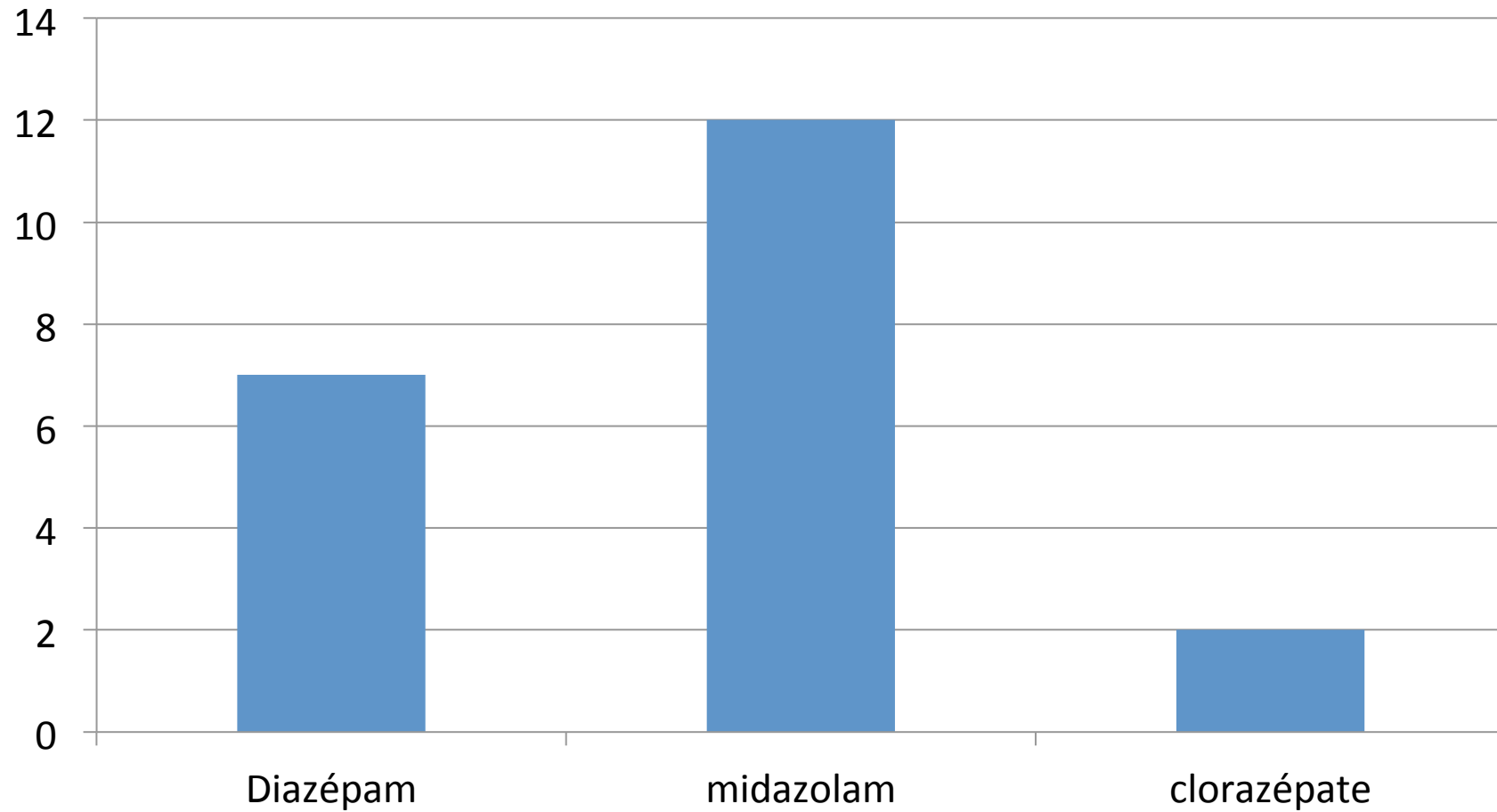
14 réponses

Halopéridol (haldol)	Loxapine (loxapac)	Chlorpromazine (Largactil)	Cyamemazine (Tercian)	Lévomépromazine (Nozinan)
7	1	1	4	1

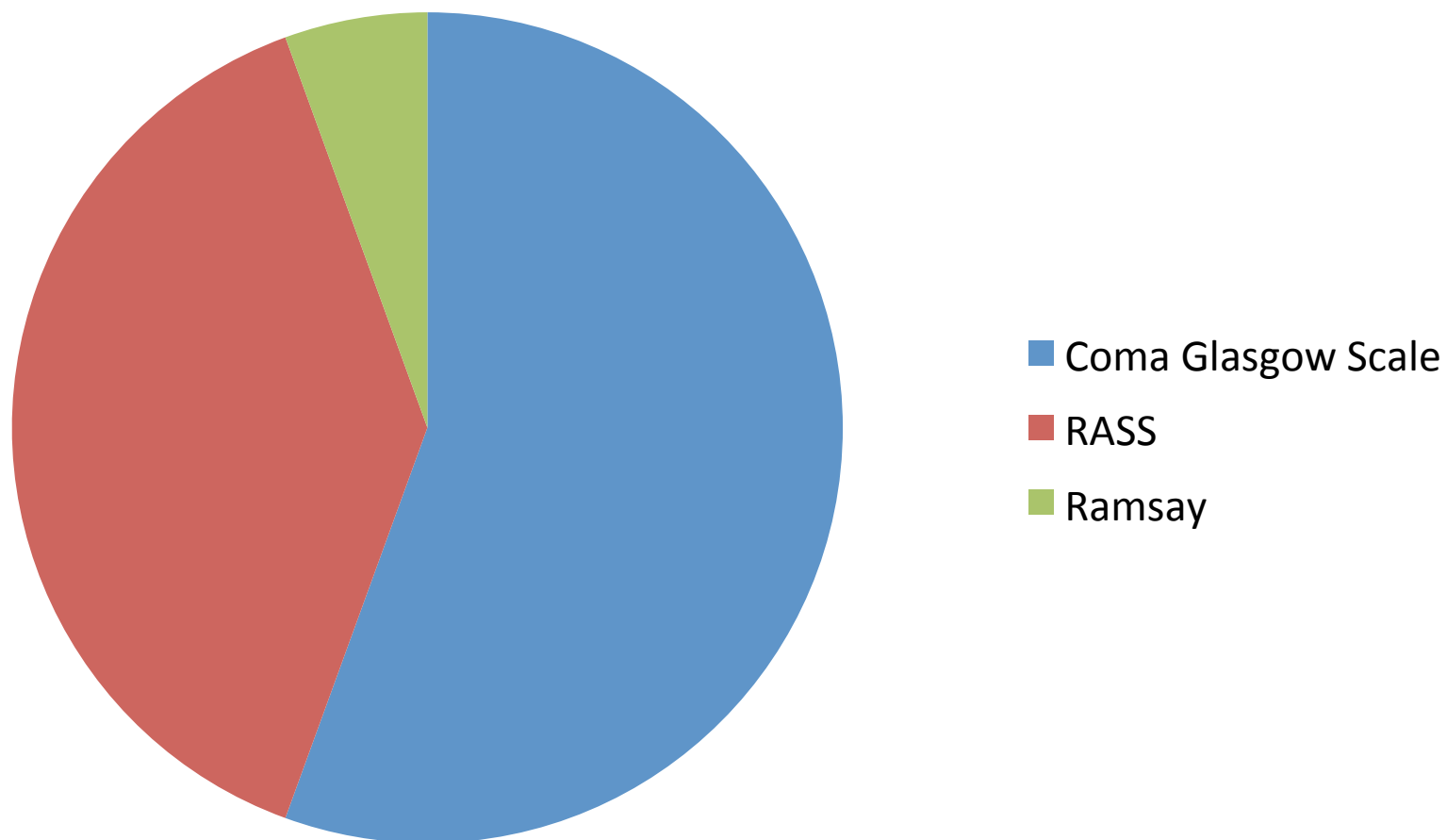
Quelle benzodiazépine privilégiez-vous par voie orale?



Quelle(s) benzodiazépine(s) privilégiez-vous par voie intraveineuse?



Comment surveillez-vous l'état de conscience de votre patient ?



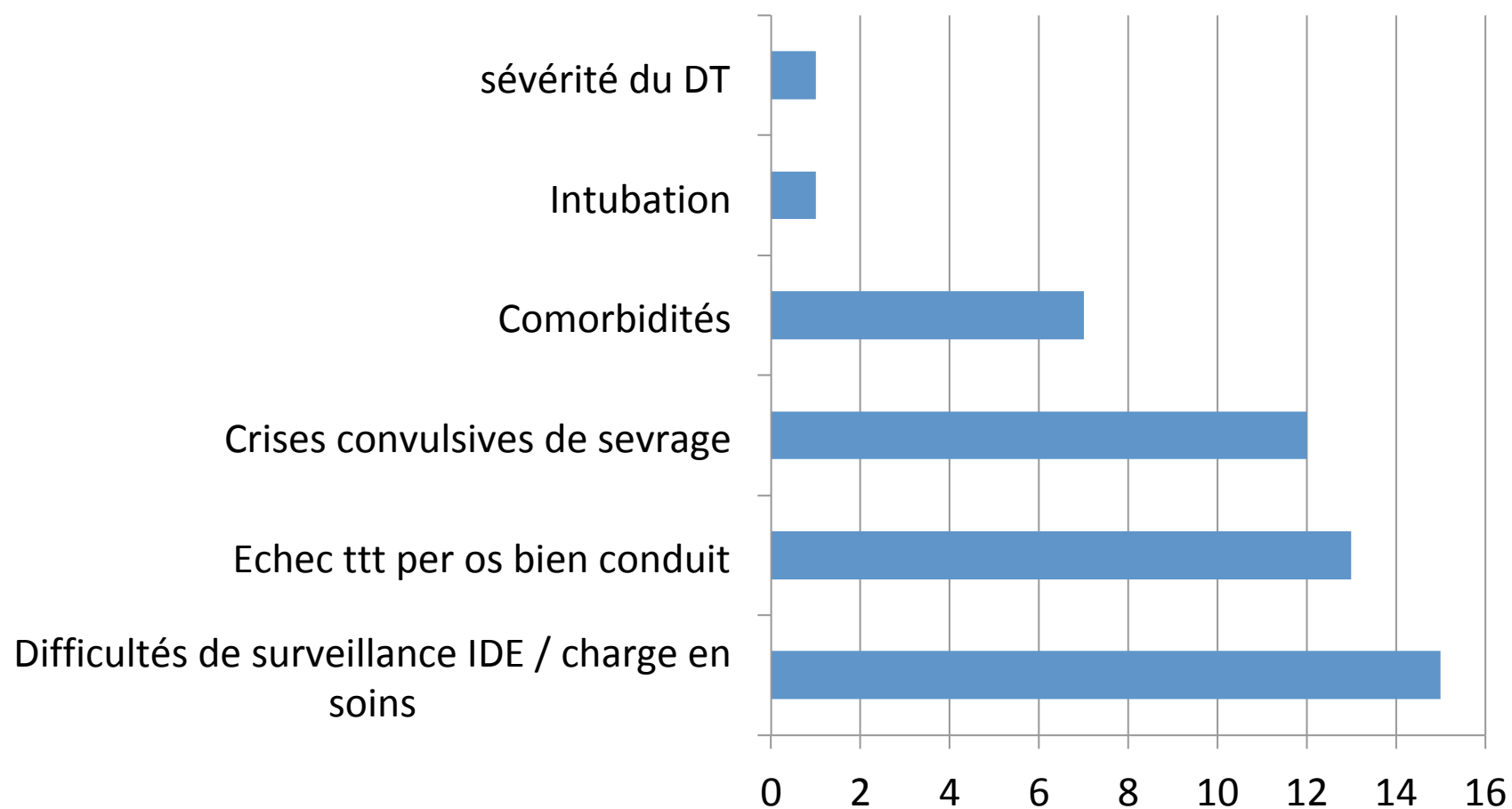
Place de la VM invasive dans votre prise en charge?

- J'adapte la sédation, j'évite au maximum le recours à la VM invasive 61%
- Le recours à l'intubation est guidé par le score de Glasgow sous sédation 28%
- ~~Tout delirium tremens qui vient en réanimation doit être intubé~~
- ~~Dès que je passe à une sédation intraveineuse~~
- « Un DT en réanimation, s'il est un peu cogné, va assez souvent inhaler. Il faut donc être attentif et avoir l'intubation facile, mais sans critère clair comme ceux proposés ici »
- « Plutôt sur un critère d'agitation non raisonnable »

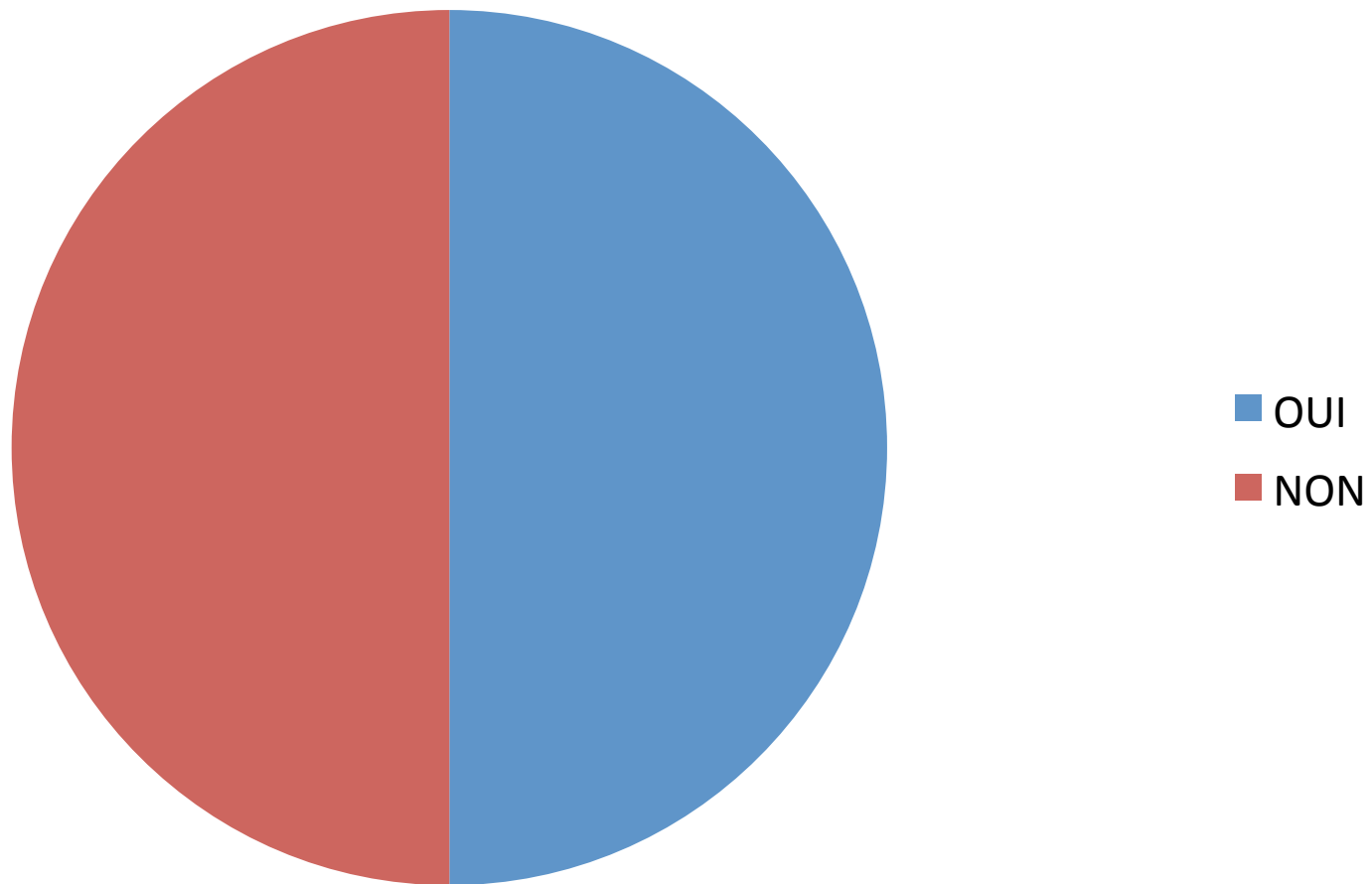
Quel score de Glasgow tolérez-vous avant d'avoir recours à l'intubation?

- CGS < 8 **72% (13)**
- **CGS < 12 1**
- Persistance d'un CGS < 8 malgré baisse ou arrêt de la sédation **1**
- Jamais d'intubation si protocole bien suivi **1**
- Ce n'est pas le seul critère **1**
- Si on se base sur le Glasgow, 8 est communément admis. Ceci dit, ce n'est pas le seul critère (Glasgow fluctuant) **1**

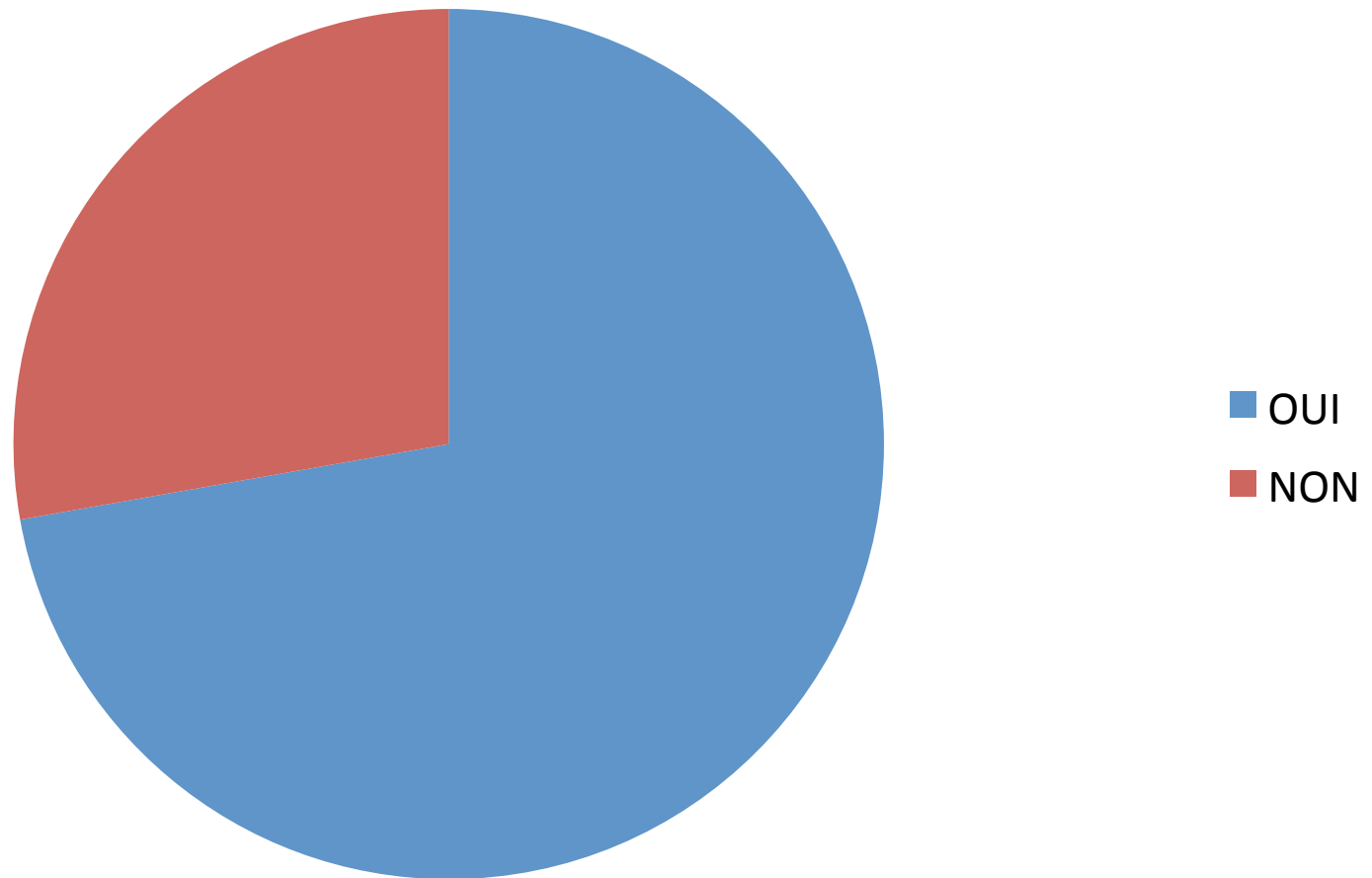
Quels sont pour vous les critères d'admission d'un patient en USC ou réanimation pour prise en charge d'un DT?



La crainte de survenue d'un sevrage alcoolique justifie-t-elle pour vous que l'on retarde la sortie de réanimation d'un patient?



Existe-t-il dans votre service un protocole écrit de prise en charge d'un delirium tremens?



Commentaires libres

- « Il y a une petite confusion à mon sens entre prévention du sevrage et mesures associées à prendre chez un alcoolique (prescription systématique de Vit B1 en prévention de l'encéphalopathie de Gayet Wernicke chez nous) »
- « Pathologie fréquente , prise en charge depuis 1987 de tout patient présentant un DT dans les autres services avec arrêt mortalité constatée dans autres services (données d'un ancien réanimateur devenu médecin DIM) , pas d'hyper hydratation car prise en charge avant les tableaux historiques des DT , pas de neuroleptiques , doses parfois considérables de BZP , arrêt souvent très rapide de toute thérapeutique. Intérêt de la création des USC pour ce type de patients. »
- « il y a un protocole d'institution mais pour les formes légères donner de l'alcool en préventif, on y pense mais on le ne fait pas en pratique (en général les patients ont déjà des signes de sevrage) »
- « Bonjour à tous ! »