

# Ethylisme chronique

7 janvier 2020

Véronique Masserey-Bonvin

# Plan

- Trop, c'est combien? Définitions
- Comment faire le diagnostic
- Physiopathologie en très bref
- Paradoxe français, alcool et système cardiovasculaire
- Autres conséquences
- Traitements
- Rechutes
- Messages clés

# Combien de personnes dépendantes?

- Dans les pays occidentaux, la majorité des individus présentant des problèmes d'alcool ne sont pas dépendants.
- Il y a 4x plus de consommateurs à risque que de dépendants.
- Epidémiologie (Europe occidentale): 5% dépendance, 20% de consommation à risque et abus, 65% de consommation sans risque, 10% abstinence.

# Définition de la consommation à risque

Homme <65ans:

→ >14 boissons alcoolisées standards par semaines ou >4 boissons alcoolisées standards par occasion.

Femmes et hommes >65 ans:

→ >7 boissons alcoolisées standards par semaines ou >3 boissons alcoolisées standards par occasion.

Définition de l'agence américaine de la santé traitant des questions liées à l'alcool (NIAAA).

# Définition de la dépendance à l'alcool

- Tolérance augmentée.
- Symptômes de sevrage (tremblements, anxiété, sudations, épilepsie à l'arrêt de l'alcool).
- Difficulté à contrôler la quantité d'alcool consommée.
- Préoccupation liée à l'approvisionnement.
- Désir persistant et infructueux de diminuer ou interrompre la consommation.
- Répercussions négatives de la consommation sur les loisirs et la vie sociale.
- Consommation persistante malgré des problèmes de santé physiques ou psychique.

# Age moyen d'apparition des problèmes d'alcool chez l'homme:

- Alcoolisation dans des situations dangereuse: 20 ans
- Boit plus que prévu: 22 ans
- Black-out (trou de mémoire): 23 ans
- Problèmes familiaux ou relationnels dus à l'alcool: 23 ans
- Tolérance augmentée: 24 ans
- Se sent coupable à propos de l'alcool: 25 ans
- Tentative de diminution ou d'arrêt: 26 ans
- Se considère comme un buveur excessif: 26 ans
- Symptômes de sevrage: 29 ans
- Première période d'abstinence: 30 ans
- Demande d'aide auprès d'un professionnel: 31 ans

>>> même si les problèmes somatiques arrivent 20 ans plus tard , les patients à repérer sont jeunes!

# Dépistage

- Certaines questions permettent de repérer les consommateurs à risque:
  - En moyenne, combien de jour par semaine consommez-vous de l'alcool?
  - Un jour où vous consommez de l'alcool, combien de boissons alcoolisées buvez-vous?

L'enquête peut être complétée par un questionnaire standardisé comme le CAGE ou l'AUDIT.

Vade Mecum d'alcoologie, Médecine et Hygiène, J.-B. Daepfen

# CAGE, AUDIT

- Scores performants sensibles et spécifiques , CAGE pour la dépendance et AUDIT pour consommation à risque, abus ou dépendance.
- **CAGE** + bref ( Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) **ACME** (arrêter, coupable, matin, ennuyé).
- **AUDIT** score définit par l'OMS auto-administré, peut être rempli par patient en salle d'attente.

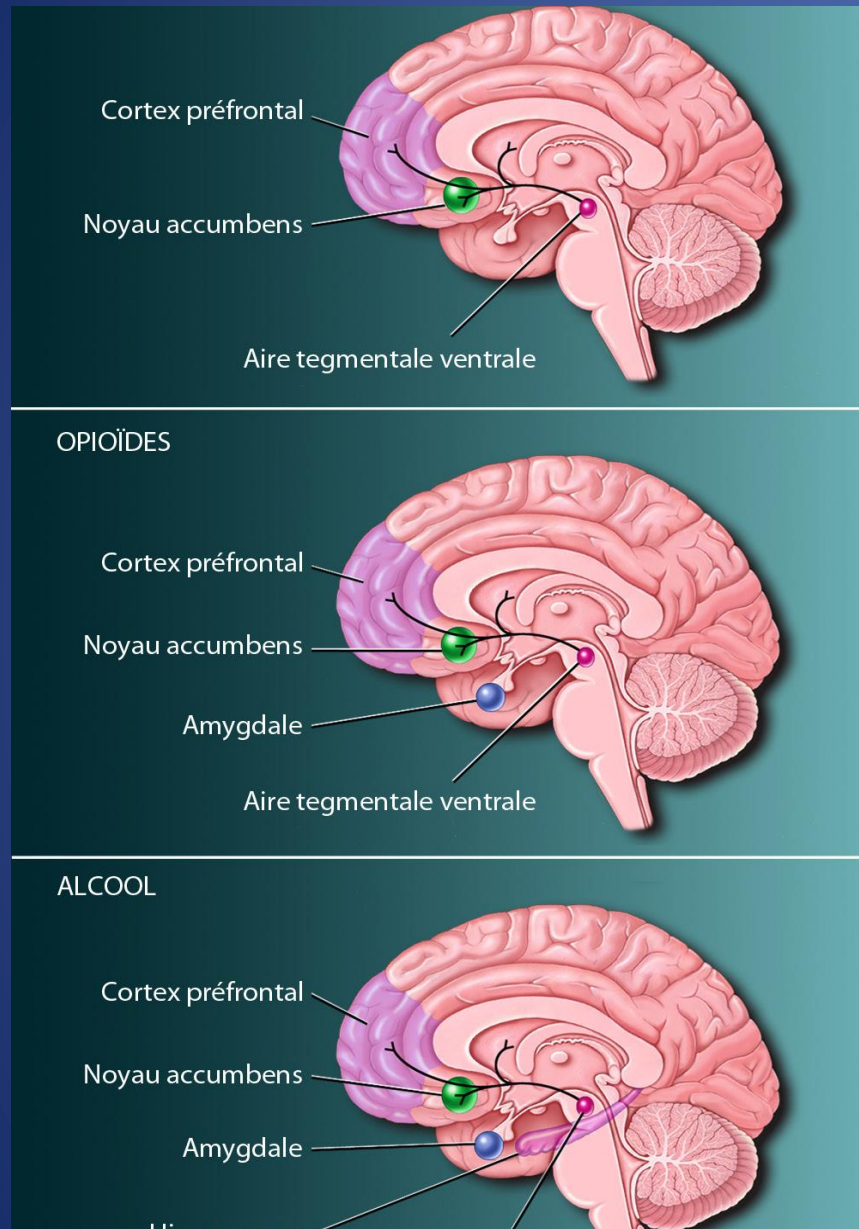


## Rappel dépendance physiopathologie

Certaines structures communes à toutes les drogues

-les neurones à dopamine de l'aire tegmentale ventrale > projettent sur le noyau accumbens, mais aussi sur d'autres régions, telles que le cortex préfrontal, l'amygdale ou l'hippocampe. Toutes les drogues (psychostimulants, opiacés, alcool,..) exercent leurs effets principalement via l'activation de ce système à dopamine avec certaines autres spécificités au niveau des différentes régions en interaction avec le GABA et le glutamate.

*Cerveau en fiches*, 2013 Society For Neuroscience & Société des Neurosciences, Addictions



# Signes cliniques de dépendance à l'alcool

- Généraux:

- Foetor
- HTA
- Mauvais état général
- Mauvais état d'hygiène bucco-dentaire
- Perte d'appétit
- ...

- Neurologiques:
  - Atrophie musculaire des extrémités
  - Hypoesthésie des membres inférieurs
  - ATCD de crises convulsives
  - Sensation de brûlures des pieds

- Gastro-intestinaux

- Diarrhées

- Epigastralgies

- Hépatomégalie

- Nausées et vomissement principalement le matin

- Psychiatrique:
  - Dépression, tentamen
  - Troubles anxieux
  - Troubles de la personnalité

# Complications cardiaques et vasculaires

- Paradoxe français: mortalité cardio-vasculaire en France moindre que dans d'autres pays malgré des FRCV au moins aussi importants.

# Effets de l'OH sur le système CV

## • Prévient:

- Maladie coronarienne
- AVC ischémique

## Favorise:

- Cardiomyopathie alcoolique
- Arythmie
- Mort subite
- AVC hémorragique
- Hémorragie sous-arach.

# To Drink ou not to Drink? That is the Question

- Une méta-analyse de 2007 avec 34 études prospectives sur la relation entre dose d'OH et mortalité.
- Méta-analyse qui regroupe >1 million du sujet dont 94500 sont décédés.
- Courbe en J entre la consommation d'alcool et la mortalité cardiovasculaire totale → réduction initiale de la mortalité.
- Mortalité la plus basse avec 6g/j soit 1/2 verre.



# Alcool et mort subite

- Prise >5 verres/j est associé à une augmentation de risque d'arythmie ventriculaire et mort subite.
- Hommes qui consomment 2 à 4 verres/j → diminution du risque

Alberts CM, Manson JE, Cook NR, Ajani UA, Gaziano JM, Hennekens CH. Moderate alcohol consumption and the risk of sudden cardiac death among US male physicians. *Circulation* 1999;100:944-950

# Alcool et maladie coronarienne

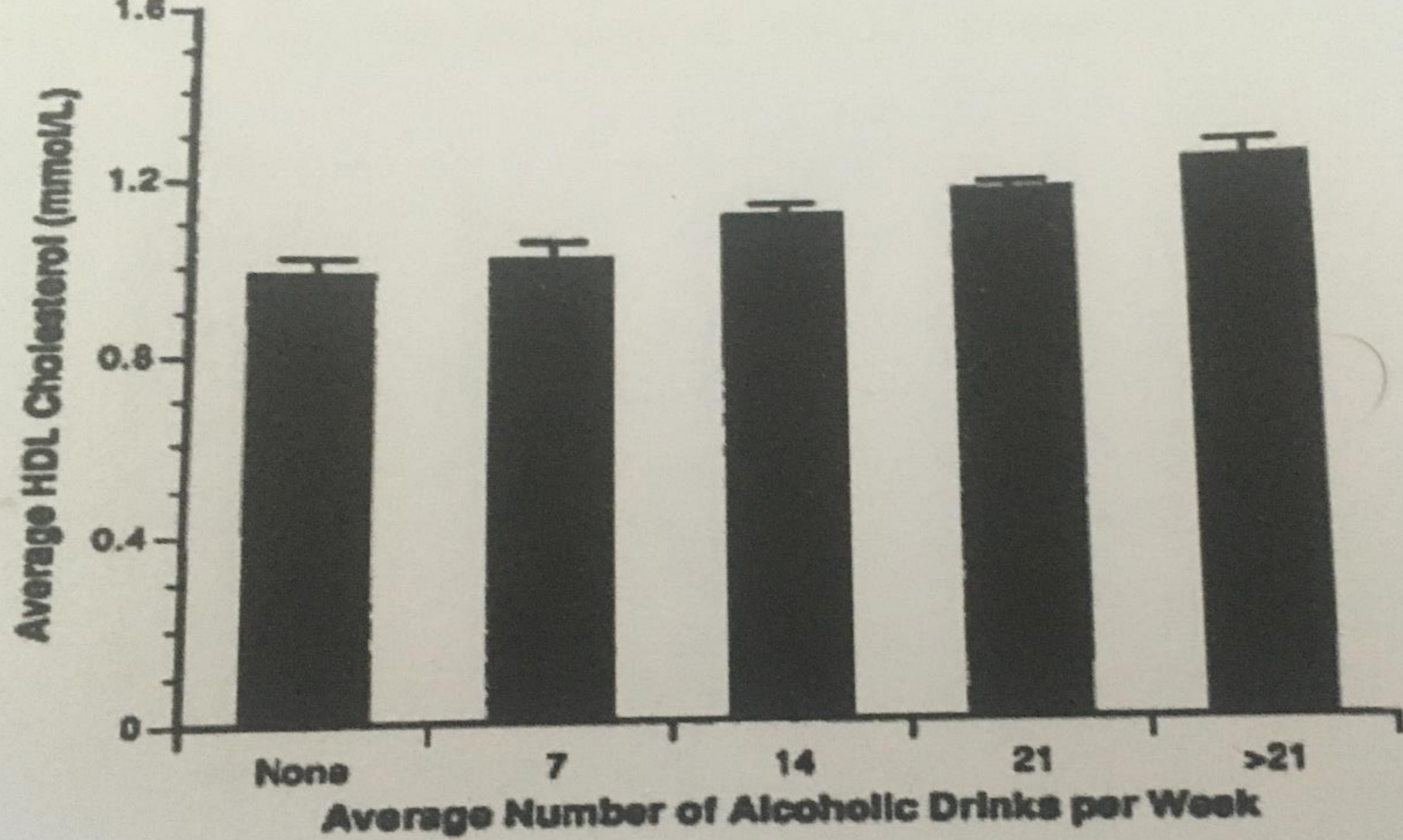
- Réduction de l'incidence d'évènements coronariens et aussi au niveau angiographique pour les patients qui consommaient entre 7 et 13 boissons alcoolisées par semaine.
- Moins d'évidence entre la consommation d'alcool et la calcification des coronaires bien qu'une étude récente ait montrée une réduction de 50% de calcification chez les gens qui consomment entre 1 à 2 boissons/j.

Yanok, Rhoads GG, Kagan A, Coffee, alcohol and risk of coronary heart disease among Japanese men living in Hawaii. N. Engl J Med 1977;297:405-409

Vlighthart R, Oei HH, van den Elzen AP, van Rooij FJ, Hofman A, Oudkerk M, Witteman JC. Alcohol consumption and coronary calcification in general population. Arch Intern Med. 2004; 164:2355-2360

# Mécanismes des effets bénéfiques de l'alcool

- Endothélium vasculaire → vasodilatation (probablement due aux flavonoïdes et polyphénols du vin plutôt qu'à l'OH).
- Diminution des marqueurs inflammatoires (surtout interleukin-6).
- Majoration des HDL (sujet à variation génétique)



**Figure 4.** Average HDL cholesterol increases with alcohol consumption. Reprinted from Suh et al,<sup>54</sup> with permission from the publisher. Copyright © 1992, the American College of Physicians.

# Alcool et cardiomyopathie

- Bien décrite chez les gros consommateurs.
- Amélioration de la FEVG après 3 ans d'abstention.
- Dysfonction systolique au 2/3 et 1/3 de dysfonction diastolique et majoritairement les 2.
- Pas de courbe en J.

# Alcool et insuffisance cardiaque

- Egalement courbe en J avec diminution du risque d'apparition d' IC si consommation modérée.
- >Suivi sur 18.4 ans.
- Groupes avec consommation de <1, 1 à 4, 5 à 7 et >7 boissons/semaine.
- Ajustement des groupes en fonction de l'âge, du BMI, du tabac et des maladies valvulaires.

Autre étude qui montre que même une consommation de 7 à 13 boissons par semaine diminue le risque par rapport aux abstinents...

Djoussé L, Gaziano JM. Alcohol consumption and risk of heart failure in physician's health Study I. Circulation 2007; 115:34-38

Bryson CL, Mukamal KJ, Mittleman MA, Fried LP, Hirsch CH, Kitzman DW, Siscovick DS. The association of alcohol consumption and incident heart failure. J am Coll Cardiol. 2006; 48:305-311

# Alcool et HTA

- Probablement aussi courbe en J mais avec 1 verre par jour.
- Mortalité cardiovasculaire diminuée chez les consommateurs modérés mais probablement en raison des effets sur l'endotelium et HDL.

# Complications hépatiques

- L'alcool est la 1<sup>ère</sup> cause de maladies et de décès lié à des maladies hépatiques en occident.
- Facteurs de risques héréditaires, environnementaux et nutritionnels.



# Complications hépatiques

- Hépatite alcoolique (inflammation)
- Stéatose (dégénérescence graisseuse)
- Cirrhose (fibrose):
  - 10-20% des malades alcoolo-dépendants,
  - en relation avec la quantité ingérée et facteurs de risques (féminité, hépatite virale, hémochromatose)
  - La mortalité à 4 ans du diagnostic est de 60%
  - Evolution en CHC

# Complications hépatiques

- Utile à savoir.
  - La malnutrition liée à la dépendance à l'alcool favorise l'apparition de complications de l'insuffisance hépatique et augmente la mortalité.
  - L'hépatite C a une prévalence élevée chez les alcoolodépendants.
  - Chez les porteurs de l'hépatite C, la consommation de plus d'une boisson alcoolisée par jour est déconseillée et une abstinence complète est recommandée.

# Complications neurologiques

- SNP:

- > 2<sup>ème</sup> cause de PNP (après le diabète).

- > Dysautonomie (érythème, atrophie cutanée, dyshidrose...)

## SNC:

- > encéphalopathie de Gayet-Wernicke (confusion, nystagmus, ataxie).-> Déficit en thiamine due au faible apport.

- > Psychose de Korsakoff

- > Démences alcooliques «non-Korsakoff»

# Femmes et alcool

- Taux sanguins plus élevés à consommation égale avec les hommes.
  - Rapport eau/graisse inférieur chez la femme donc l'alcool se dilue dans un volume plus petit.
  - Moins d'élimination lors du 1<sup>er</sup> passage gastrique.
- Proportion d'alcool absorbée plus grande

# Femmes et alcool

- Développement de cirrhose avec des doses d'alcool jugées inoffensive pour un homme.
- Cancer du sein favorisé par une consommation > 14 boissons/semaine.

# Mais encore...

- Troubles psychiatriques: dépression, personnalité anti-sociale
- Adolescents et alcool: risque augmenté de dépendance pour les descendants de parents alcoolo-dépendants...
- Personnes âgées: risque de chute car déjà d'autres troubles sensoriels, difficile de différencier tr. Cognitifs et de l'équilibre dus à l'alcool ou à l'âge...

# Effacité des traitements

- On peut dire qu'après un an de traitement spécialisé, un tiers des patients est abstinent, un tiers va mieux mais consomme toujours de l'alcool et un tiers a rechuté.

# Traitement de la dépendance à long terme

- Objectif: diminuer le risque de rechute.
- Traitement médicamenteux sous-utilisé.
- Mais traitement médicamenteux doit être administré en parallèle à un suivi psychoéducatif (thérapie combinée).

*Dépendance à l'alcool Guide de traitement combiné, Flammarion, J.B Daeppen*  
*Prévention de la rechute, Stratégies de maintien en thérapies des conduites addictives , G Alan Marlatt et Dennis M. Donovan, Médecine et Hygiène*



# Disulfirame (Antabuse)

- Malaise, flush, tachycardie si prise concomittente d'alcool.
- Inhibition de l'acétaldéhyde-déshydrogénase.
- CAVE insuffisance respiratoire et cardiopathie ischémique.  
Risque de névrite optique et d'hépatite médicamenteuse → test hépatiques au moins 3x/an.
- Les études n'ont pas clairement mis en évidence d'effet bénéfique.
- 200mg/j à débiter après 2 à 3 jours d'abstinence complète.

# Acamprosate (Campral)

- Structure similaire à l'acide gamma-amino-butyrique (GABA) > stimule la neuromédiation inhibitrice GABAergique et antagonise l'action des acides aminés excitateurs, en particulier celle du glutamate.
- Les études montrent une réduction de la fréquence de la consommation d'alcool et du taux de rechute.
- 3x 2 cp/j pendant 6 à 12 mois, à débiter dès le 1<sup>er</sup> jour du sevrage.
- A éviter en cas d'insuffisance rénale, grossesse ou allaitement.
- Effets secondaires: nausées, diarrhées, prurit.
- Bien toléré en cas d'insuffisance hépatique.

# Naltrexone (Nemexin)

- Réduit les effets positifs de l'alcool et l'envie irrésistible de boire **CRAVING**
- **Antagoniste compétitif des opiacés**
- mécanisme d'action chez le sujet alcoolodépendant n'est pas complètement élucidé. Il a été montré, chez des rats, que l'alcool entraîne une sécrétion d'opiacés endogènes qui met en jeu le système limbique.
- Actuellement, 15 études contrôlées dont 11 montrent un résultats positifs.
- Permet aussi de **réduire la consommation** chez des patients ne visant pas l'abstinence.
- 50mg/j.
- **CAVE: ne pas administrer d'opiacés conjointement**
- **Hépatotoxique** >> tests hépatiques.
- Effets secondaires: nausées, diarrhées, anxiété, troubles du sommeil.

***Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings A Systematic Review and Meta-analysis*** Daniel E. Jonas, MD, MPH; and co,  
*JAMA. 2014; 311(18):1889-1900.*

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** Both acamprosate and oral naltrexone were associated with reduction in return to drinking. When directly compared with one another, no significant differences were found between acamprosate and naltrexone for controlling alcohol consumption. Factors such as dosing frequency, potential adverse events, and availability of treatments may guide medication choice.

# Traitement du syndrome de dépendance à l'alcool ( CAGE $\geq$ 2, AUDIT $\geq$ 12)

- Il faut une prise en charge interdisciplinaire (médicale, sociale, psychologique).
- La prise en charge peut être résidentielle ou ambulatoire.
- ambulatoire serait autant efficace qu'une prise en charge résidentielle avec un coût inférieur
- L'ambulatoire permet aussi un changement des habitudes de vie directement dans les conditions de vie habituelles.

# Messages

- Penser à dépister (complications somatique arrivent avec environ 20ans de retard).
- Nombreux systèmes atteints
- Malgré le paradoxe français, ne pas recommander la consommation d'alcool.
- Certaines populations plus à risque (femmes, personnes âgées,...)
- Prise en charge multidisciplinaire pour diminuer le nombre de rechute