

Des médicaments réduisant l'appétence pour l'alcool pour traiter les troubles de consommation d'alcool modérés à graves

Jon Mong MD, Keith Ahamad MD, Paxton Bach MD MSc

■ Citation : *CMAJ* 2021 May 10;193:E695. doi : 10.1503/cmaj.200895-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200895

1 Les médicaments réduisant l'appétence pour l'alcool aident les patients à diminuer leur consommation

Le trouble de consommation d'alcool se caractérise par une consommation compulsive ou incontrôlable ainsi que par des conséquences néfastes liées à la consommation d'alcool. Les hommes qui ont bu plus de 5 verres standards et les femmes qui ont bu plus de 4 verres standards en 1 seule occasion au cours de la dernière année devraient faire l'objet d'une évaluation pour le trouble de consommation d'alcool¹. Les médicaments destinés à réduire l'appétence pour l'alcool peuvent contribuer efficacement à traiter un trouble de consommation d'alcool modéré à grave et peuvent être prescrits par les médecins de premier recours^{1,2}.

2 La pharmacothérapie fondée sur des données probantes doit s'accompagner d'interventions psychosociales

Des professionnels ou des groupes de soutien par les pairs peuvent offrir des interventions psychosociales efficaces pour les troubles de consommation d'alcool. Les entretiens motivationnels et la thérapie cognitivo-comportementale sont au nombre des interventions standardisées possibles^{1,2}.

3 La pharmacothérapie de première intention comprend la naltrexone et l'acamprosate

Le traitement par naltrexone peut être initié à tout moment avec une dose de départ de 25 mg/j, laquelle sera ensuite augmentée graduellement à 50 mg/j (nombre de sujets à traiter [NST] de 12 pour réduire la consommation excessive d'alcool; NST de 20 pour l'abstinence en combinaison avec des interventions psychosociales³). Parmi les effets indésirables possibles, notons les étourdissements et les nausées transitoires (ratio interventions/préjudices [RIP] de 16 et 9, respectivement³). Dans le cas de l'acamprosate, la dose de

départ est de 333 mg, 3 fois par jour (tid) après 3 jours d'abstinence. Elle est ensuite augmentée graduellement jusqu'à 666 mg tid NST de 12 pour l'abstinence en combinaison avec des interventions psychosociales³). Les effets indésirables incluent l'anxiété et la diarrhée transitoires (RIP de 7 et 11, respectivement³). La naltrexone est contre-indiquée chez les patients qui présentent un dysfonctionnement hépatique grave ou qui font un usage concomitant d'opioïdes (y compris dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes). L'acamprosate est contre-indiqué chez les patients atteints d'un dysfonctionnement rénal grave².

4 Les traitements de deuxième intention comprennent le topiramate et la gabapentine

Le topiramate a été moins étudié, mais pourrait avoir une efficacité semblable à celle du naltrexone⁴. La dose de départ est de 25 mg/j; elle est ensuite augmentée graduellement à raison de 25 mg par semaine jusqu'à 100–300 mg/j. Le médicament entraîne toutefois des effets indésirables importants, dont la paresthésie (RIP de 4) et une impression de « brouillard » cognitif (RIP de 12³). La gabapentine, administrée à des doses de 300–600 mg tid, s'est révélée efficace pour réduire les préjudices et la proportion de jours de consommation excessive, mais s'accompagne toutefois d'effets indésirables comme la fatigue et les étourdissements (RIP de 10⁵).

5 Les médicaments destinés à réduire l'appétence pour l'alcool ne servent pas à traiter les symptômes aigus du sevrage alcoolique

Les benzodiazépines et la thiamine demeurent la pierre angulaire du traitement des cas complexes de sevrage². Les médicaments destinés à réduire l'appétence pour l'alcool aident les patients à diminuer leur consommation, mais ne contribuent en rien à traiter les symptômes aigus du sevrage.

Références

1. Spithoff S, Kahan M. Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking: Part 1 — screening and assessment. *Can Fam Physician* 2015; 61:509-14.
2. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, et al. *The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder*. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2018. doi: 10.1176/appi.books.9781615371969.
3. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014;311:1889-900.
4. Blodgett JC, Del Re AC, Maisel NC, et al. A meta-analysis of topiramate's effects for individuals with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2014;38:1481-8.
5. Kranzler HR, Feinn R, Morris P, et al. A meta-analysis of the efficacy of gabapentin for treating alcohol use disorder. *Addiction* 2019;114:1547-55.

Intérêts concurrents : Keith Ahamad déclare avoir reçu une bourse de clinicien-chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada par l'intermédiaire de l'Université de la Colombie-Britannique et entretenir un partenariat avec le Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique, lequel a reçu du financement provincial. Paxton Bach déclare avoir reçu du financement de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Division de médecine interne générale (Mong), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Département de médecine familiale (Ahamad) et de médecine (Bach), Université de la Colombie-Britannique; Centre de traitement de la toxicomanie de la Colombie-Britannique (Ahamad, Bach), Hôpital St. Paul, Vancouver, C.-B.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attributions (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Pour plus de renseignements, consulter le <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Jon Mong, jonmong@alumni.ubc.ca