

Consommation malsaine d'alcool chez un homme de 65 ans en attente d'une chirurgie

Thomas D. Brothers MD, Jillian Kaulbach MD, Allen Tran MD

■ Citation : *CMAJ* 2021 August 16;193:E1250-2. doi : 10.1503/cmaj.202128-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202128

Trois mois avant une arthroplastie de la hanche non urgente, sur les conseils de son chirurgien inquiet de sa consommation d'alcool, un homme de 65 ans atteint d'arthrose consulte son médecin de famille pour discuter d'une diminution de sa consommation en vue de l'opération. Le patient déclare boire entre 6 et 10 onces de whiskey chaque jour depuis 5 ans. Sa consommation d'alcool a graduellement augmenté après son départ à la retraite, et maintenant il ressent un besoin quotidien. Récemment, n'ayant pas bu pendant 4 jours alors qu'il visitait sa famille, il a commencé à se sentir irritable en plus de présenter des tremblements, des nausées et des maux de tête. Il n'a jamais eu de convulsions associées au sevrage ni d'épisodes de delirium tremens, et il ne consomme aucune autre substance. Il est par ailleurs en bonne santé, à part un problème d'hypertension, maîtrisé avec du périmopril. Il s'inquiète de son besoin d'alcool, de ses symptômes de sevrage et du risque de complications évoqué par son chirurgien; il envisage donc de réduire sa consommation d'alcool.

Pourquoi et comment devrait-on évaluer la consommation d'alcool avant une opération?

Une méta-analyse de 55 études observationnelles regroupant 1 234 923 participants a révélé qu'une consommation malsaine d'alcool était associée à un risque accru de complications post-opératoires, notamment d'infection, de déhiscence de la plaie, de syndromes de sevrage grave, voire de décès¹. Une méta-analyse de 3 essais randomisés indique pour sa part que l'abstention de toute consommation d'alcool réduit le risque de subir ces complications².

La consommation d'alcool est jugée malsaine si elle s'accompagne d'un risque élevé (c.-à-d., quantité qui accroît le risque de répercussions négatives sur la santé) ou si elle peut être qualifiée d'alcoolisme (c.-à-d., habitudes de consommation qui empêchent la personne de fonctionner normalement ou provoquent de la détresse)³. La question « Combien de fois au cours de la dernière année avez-vous pris plus de 5 consommations (pour les hommes) ou 4 consommations (pour les femmes) au cours d'une journée? » s'est montrée sensible à 81,8% et spécifique à

79,3% pour repérer une consommation malsaine d'alcool lors d'une étude de validation transversale regroupant 286 patients suivis en soins primaires⁴. Toute autre réponse que « 0 » justifie d'interroger le répondant sur la quantité, la fréquence et le caractère récent de la consommation d'alcool, ainsi que sur de possibles antécédents de symptômes de sevrage.

Le patient dont il est question ici a présenté des symptômes de sevrage, avait des envies irrésistibles, a bu plus qu'il ne l'aurait voulu et n'a pas réussi à réduire sa consommation lors de tentatives antérieures³. On est donc en présence des critères d'un alcoolisme modéré à grave, qui expose le patient à un risque accru de complications postopératoires.

Ce patient présente-t-il un risque de syndrome de sevrage grave s'il cesse de boire?

La gravité des symptômes du sevrage d'alcool varie considérablement d'une personne à l'autre, et le risque de syndrome de sevrage grave (p. ex., convulsions ou delirium tremens) est difficile à prédire. Les symptômes légers, tels que tremblements, irritabilité et maux de tête, commencent généralement dans les 6–24 heures qui suivent la dernière consommation et culminent en l'espace de 1–2 jours³. Faute de traitement, environ 3% des patients vivront une instabilité du système nerveux autonome et un état confusionnel, phénomène connu sous le nom de delirium tremens. Chez les patients à risque, des convulsions peuvent se manifester à tout moment durant le sevrage^{3,5}. Les patients à faible risque de syndrome de sevrage grave peuvent arriver à cesser de boire sans danger avec un suivi en clinique externe, mais les patients à risque élevé requièrent une surveillance médicale à l'hôpital et parfois une prophylaxie ou un traitement par benzodiazépines⁵.

Le questionnaire PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale) est un outil d'évaluation du risque de syndrome de sevrage grave (encadré 1)⁶. Dans une étude de validation prospective, les scores PAWSS de 4 et plus s'accompagnaient d'une sensibilité de 93,1% et d'une spécificité de 99,5% pour ce qui est de prédire un sevrage grave, défini par un score CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol – Revised) de 15 ou plus, ou des

Encadré 1 : Échelle de prédiction de la gravité du syndrome de sevrage de l'alcool PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale)⁶

Critères seuils (oui ou non; aucun point)

- Le patient a consommé de l'alcool, quelle que soit la quantité, au cours des 30 derniers jours OU le patient présentait une alcoolémie positive à l'admission

Si oui, posez les questions suivantes au patient (1 point chacune) :

1. Avez-vous été en état d'ivresse dans les 30 derniers jours?
2. Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi, d'une cure de sevrage ou d'un traitement pour la dépendance à l'alcool (p. ex., programmes thérapeutiques à l'hôpital ou en clinique externe ou fréquentation des Alcooliques anonymes)?
3. Avez-vous déjà connu des épisodes de sevrage d'alcool, quelle qu'en soit la gravité?
4. Avez-vous déjà fait l'expérience de trous de mémoire (blackouts)?
5. Avez-vous déjà eu des convulsions associées au sevrage de l'alcool?
6. Avez-vous déjà présenté un delirium tremens?
7. Avez-vous consommé de l'alcool avec d'autres « substances sédatives », comme des benzodiazépines ou des barbituriques, au cours des 90 derniers jours?
8. Avez-vous consommé de l'alcool avec d'autres drogues au cours des 90 derniers jours?

Critères cliniques (1 point chacun) :

9. L'alcoolémie du patient à l'admission était-elle ≥ 200 mg/dL ($\geq 43,4$ mmol/L)?
10. Le patient présente-t-il des signes d'hyperactivité du système nerveux autonome? (p. ex., fréquence cardiaque > 120 battements/minute, tremblements, transpiration, agitation, nausées)

Adaptation libre, reproduit avec l'autorisation d'Oxford University Press.

Remarque : Les scores PAWSS ≥ 4 sont associés à une sensibilité de 93,1 % et à une spécificité de 99,5 % pour ce qui est de prédire les syndromes de sevrage de l'alcool graves⁶.

symptômes de sevrage nécessitant des benzodiazépines ou des barbituriques⁶. Cependant, les patients qui n'ont pas connu de périodes d'abstinence récentes de plus de 48–72 heures ne peuvent pas avoir présenté, ni donc signalé, de symptômes de sevrage graves, ce qui rend le questionnaire PAWSS inutile pour eux.

Ce patient présente un risque relativement faible de syndrome de sevrage grave. Étant donné qu'il a été ivre au cours des 30 jours précédents et qu'il a déjà présenté des symptômes de sevrage sans signes de convulsions ou de delirium tremens associés, son score PAWSS est de 2. Il pourrait envisager une prise en charge en clinique externe, avec ou sans prophylaxie par benzodiazépines ou gabapentine³, ou alors une diminution graduelle de sa consommation avant son opération⁵.

Comment remédier à une consommation malsaine d'alcool avant une opération?

Pour la continuité des soins, après avoir établi un plan de sevrage, les médecins devraient offrir du counselling (p. ex., intervention brève, entretien motivationnel) à tous les patients

qui ont une consommation malsaine d'alcool, et une pharmacothérapie (p. ex., acamprosate) à ceux qui présentent un alcoolisme modéré à grave, pour les aider à atteindre leurs objectifs thérapeutiques personnels (abstinence ou réduction de la consommation)³.

S'abstenir de toute consommation d'alcool en prévision d'une opération réduit le risque de complications postopératoires. Une méta-analyse de 3 essais randomisés et contrôlés regroupant 140 patients qui avaient une consommation malsaine d'alcool a révélé que des interventions périopératoires menant à un arrêt de la consommation avaient réduit les taux de complications postopératoires, notamment en ce qui concerne les plaies, les opérations subséquentes, les syndromes de sevrage grave et les admissions aux soins intensifs (risque relatif 0,62; intervalle de confiance à 95 % 0,40–0,96)². Toutes les interventions appliquées lors de ces essais comprenaient un traitement aux benzodiazépines au besoin, un counselling motivationnel et une pharmacothérapie contre l'alcoolisme consistant en l'administration de doses de disulfirame sous observation. Le taux d'abstinence était de 7 % dans le groupe ayant subi le traitement de base et de 59 % dans le groupe d'intervention². Le disulfirame est le seul médicament contre l'alcoolisme qui a été spécifiquement étudié dans le cadre d'essais randomisés et contrôlés en période périopératoire, mais le corpus de données probantes n'appuie pas son utilisation systématique en premier recours en raison de problèmes d'innocuité associés aux réactions avec l'alcool et de la piètre observance thérapeutique³.

L'acamprosate est une option pharmacologique de première intention qui aide les patients alcooliques à rester abstinents⁷. Une méta-analyse d'essais randomisés et contrôlés a montré que ce médicament est efficace pour prévenir la reprise la consommation (nombre de sujets à traiter : 12)⁷. L'autre traitement pharmacologique de première intention contre l'alcoolisme, la naltrexone, est à éviter en période périopératoire, car il interfère avec les analgésiques opioïdes. Aucun de ces médicaments n'a été étudié en contexte préopératoire dans le cadre d'essais randomisés.

Comme le sevrage de l'alcool et l'opération peuvent tous deux déclencher une encéphalopathie de Wernicke, les cliniciens devraient recommander la prise de suppléments de thiamine et de multivitamines en prophylaxie. Aucune donnée probante de grande qualité ne porte sur l'utilisation prophylactique de la thiamine et des multivitamines dans ce contexte, mais il est envisageable d'appliquer cette intervention à faible risque à tous les patients qui ont une consommation malsaine d'alcool en période périopératoire⁸.

Faut-il procéder à des examens plus approfondis avant l'opération?

Les analyses préopératoires devraient viser à détecter certaines complications graves de la consommation d'alcool, comme l'hépatite, la cirrhose, la cardiomyopathie dilatée, les troubles cognitifs et les cytopénies. Même s'il n'existe aucune ligne directrice sur la prise en charge périopératoire de l'alcoolisme, on peut demander un dosage des enzymes hépatiques (alanine

aminotransférase, aspartate aminotransférase, phosphatase alcaline et γ -glutamyl transférase) et des épreuves de fonction hépatique (rapport international normalisé, temps de céphaline activée, taux de bilirubine et d'albumine)⁹. Ces tests détectent la présence d'une hépatite alcoolique ou d'une dysfonction de la synthèse hépatique qui pourraient commander l'annulation ou le report d'une opération non urgente étant donné les taux de mortalité postopératoires significativement accrus associés à ces anomalies¹⁰. De même, les patients qui présentent des signes de cirrhose à l'examen physique ou aux analyses de laboratoire devraient subir une échographie abdominale de confirmation, car la cirrhose influencerait sur la décision d'aller de l'avant avec la chirurgie non urgente. La consommation d'alcool peut entraîner une cardiomyopathie dilatée et, en présence de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, on demandera une échocardiographie préopératoire. Si on observe une atteinte cognitive liée à la consommation d'alcool, des tests cognitifs brefs (comme le Mini-Cog) permettent d'évaluer le risque de delirium tremens postopératoire⁵.

Revue du cas

Le patient a choisi de réduire par lui-même sa consommation de whisky d'une once par semaine, et même s'il répondait aux critères d'alcoolisme modéré à grave, il ne s'est pas montré intéressé par la pharmacothérapie. On a expliqué au patient et à sa femme qu'ils devaient mesurer sa consommation quotidienne totale d'alcool en vue de ce sevrage graduel et répartir sa consommation tout au long de la journée. On leur a décrit les signes et symptômes du sevrage et dit d'appeler à la clinique si ceux-ci se manifestaient⁵. Le patient a aussi immédiatement commencé à prendre des suppléments de thiamine (100 mg/j) et une multivitamine par jour.

Avec l'aide de sa femme et grâce au counselling reçu et aux évaluations des symptômes effectuées lors des visites hebdomadaires à la clinique, il a réussi à cesser de boire et a été abstinente pendant 1 semaine avant son opération, sans manifester de symptômes de sevrage.

Références

- Eliassen M, GrønkJær M, Skov-Ettrup LS, et al. Preoperative alcohol consumption and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2013;258:930-42.
- Egholm JW, Pedersen B, Møller AM, et al. Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;(11):CD008343.
- Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. Vancouver: British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU); 2019. Accessible ici : <https://www.bccsu.ca/clinical-care-guidance/> (consulté le 6 juin 2021).
- Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, et al. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med* 2009;24:783-8.
- Butt PR, White-Campbell M, Canham S, et al. Canadian guidelines on alcohol use disorder among older adults. *Can Geriatr J* 2020;23:143-8.
- Maldonado JR, Sher Y, Das S, et al. Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in medically ill inpatients: a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Alcohol* 2015;50:509-18.
- 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.

- Day E, Bentham PW, Callaghan R, et al. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):CD004033.
- Gordon AJ. Identification and management of unhealthy alcohol use in the perioperative period. UpToDate; 2019 Mar. 19; Accessible ici : https://www.uptodate.com/contents/identification-and-management-of-unhealthy-alcohol-use-in-the-perioperative-period?source=history_widget#H3082707 (consulté le 6 juin 2021). Connexion requise.
- Friedman LS. Surgery in the patient with liver disease. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 2010;121:192-204.

Intérêts concurrents : Thomas Brothers est soutenu par une bourse de recherche de la Fondation pour la recherche en médecine interne de l'Université Dalhousie, une bourse postdoctorale Killam, une bourse commémorative Ross Stewart Smith en recherche médicale et une allocation du Programme de cliniciens-chercheurs aux études supérieures (toutes de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie), une bourse de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada (NRF-IRSC n° 171259) et le programme Research in Addiction Medicine Scholars (RAMS) (National Institute on Drug Abuse; n° R25DA033211). Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Il s'agit d'un scénario clinique fictif.

Affiliations : Division de médecine interne générale, Département de médecine, Faculté de médecine (Brothers, Kaulbach, Tran), Université Dalhousie; Programme de cliniciens-chercheurs, Faculté de médecine (Brothers), Université Dalhousie, Halifax, N.-É.; UCL Collaborative Centre for Inclusion Health (Brothers), Institute of Epidemiology and Health Care, University College, Londres (Royaume-Uni).

Collaborateurs : Thomas Brothers et Allen Tran ont contribué à la conception des travaux. Tous les auteurs ont participé à la rédaction du manuscrit, en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée, et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (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. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Remerciements : Les auteurs remercient le Dr Karsten Gehrig, le Dr Tom Muise et la Dr^e Amy Gillis pour leurs commentaires constructifs sur les premières versions.

Correspondance : Thomas Brothers, thomas.brothers@dal.ca

Décisions est une série qui traite des approches pratiques fondées sur des données probantes pour des pathologies courantes en soins primaires. Les articles portent sur les décisions clés qu'un médecin peut devoir prendre lors d'un examen initial. La situation présentée doit habituellement pouvoir s'observer lors d'une consultation typique en soins primaires. Les articles ne doivent pas dépasser 650 mots, peuvent inclure un encadré, une figure ou un tableau et doivent commencer par une très brève description (75 mots ou moins) du cas clinique. Les décisions doivent être présentées sous forme de questions. On encourage la présentation d'un encadré renfermant quelques ressources utiles pour les patients ou les médecins.