



Traitement pharmacologique du trouble de consommation d'alcool

Caitlin R. Finley MSc Carly Rumley MD Christina S. Korownyk MD CCFP

Question clinique

Quels traitements pharmacologiques homologués par Santé Canada sont efficaces contre le trouble de consommation d'alcool?

Résumé

L'acamprosate et la naltrexone ont entraîné des bienfaits par rapport à un placebo pour ce qui est de l'abstinence d'alcool. Pour chaque tranche de 12 patients sous l'acamprosate, et chaque tranche de 20 patients sous la naltrexone, 1 patient de moins que sous le placebo recommence à boire après 12 à 52 semaines. En matière de réduction des méfaits, la naltrexone réduit la reprise de la consommation abusive chez 1 patient sur 13.

Données probantes

Les résultats sont statistiquement significatifs, à moins d'indication contraire.

- Dans une revue systématique d'études contrôlées à répartition aléatoire portant sur des traitements sur 12 à 52 semaines, la plupart des études comprenaient une intervention de soutien et exigeaient la désintoxication. Les résultats par rapport au placebo étaient les suivants¹:

-Reprise de toute consommation :

—Sous l'acamprosate (16 études contrôlées à répartition aléatoire, N = 4847), la dose la plus fréquente était de 666 mg 3 fois par jour. Le taux était de 76% contre 83% sous le placebo (nombre de patients à traiter [NPT] de 12).

—Sous 50 mg/jour de naltrexone orale (16 études contrôlées à répartition aléatoire, N = 2347), le taux était de 63% contre 68% sous le placebo (NPT = 20).

—Aucune différence n'a été observée sous la naltrexone par injection (2 études contrôlées à répartition aléatoire, N = 939) ou le disulfiram (2 études contrôlées à répartition aléatoire, N = 492).

-Reprise de la consommation abusive :

—Sous 50 mg/jour de naltrexone orale (19 études contrôlées à répartition aléatoire, N = 2875), le taux était de 46% contre 54% sous le placebo (NPT = 13).

—Aucune différence n'a été observée sous l'acamprosate (7 études contrôlées à répartition aléatoire, N = 2496).

- Des revues systématiques antérieures ayant porté sur l'acamprosate² et la naltrexone³ ont rapporté des résultats comparables.

- Les données probantes sont insuffisantes ou révèlent que l'acamprosate ou la naltrexone n'ont aucun bienfait sur la mortalité^{1,4,5} ou la qualité de vie¹.
- Les effets indésirables les plus fréquemment liés à la naltrexone^{3,5} étaient : nausée (26 c. 16% sous le placebo, nombre nécessaire pour nuire [NNN] de 10) et somnolence (21 c. 16% sous le placebo, NNN = 20). Sous l'acamprosate⁴, l'incidence de diarrhée (16 c. 10% sous le placebo, NNN = 17) s'est abaissée après les 4 premières semaines du traitement.

Contexte

- Les lignes directrices préconisent l'acamprosate visant l'abstinence ou la naltrexone visant la réduction de la consommation ou l'abstinence comme pharmacothérapies de première intention, et fournissent des conseils pratiques de prescription⁶.
- Des données limitées ont évalué la naltrexone au besoin. Celle-ci pourrait réduire la consommation d'alcool lorsqu'elle est utilisée durant les fortes envies ou avant une occasion prévue de boire⁷.
- Les interventions de soutien, y compris les brèves interventions en première ligne, seraient bénéfiques chez 1 personne sur 10 aux prises avec une consommation abusive d'alcool⁸.
- Si les patients ne répondent pas aux médicaments homologués, il serait raisonnable de faire l'essai d'autres médicaments (p. ex. topiramate, gabapentine)⁶.

Mise en œuvre

Au Canada, la consommation d'alcool est liée à quelque 8% de tous les décès⁶. Les hospitalisations pour un trouble de consommation d'alcool se sont multipliées au fil du temps, tout comme le nombre de patients se présentant en première ligne pour une maladie attribuable à l'alcool⁹. Seulement un nombre limité de personnes aux prises avec un trouble de consommation d'alcool se voient offrir un traitement⁶. L'existence de multiples médicaments accompagnés de données étayant leurs bienfaits offre d'autres options pour une prise de décision partagée et éclairée avec les patients. Bien que l'abstinence soit louable, la réduction de la reprise de la consommation abusive ou la réduction des jours de consommation abusive sont également associées à de meilleurs résultats¹⁰.



M^{me} Finley est étudiante en médecine, la D^{re} Rumley est résidente de deuxième année en médecine familiale et la D^{re} Korownyk est médecin de famille et professeure agrégée au département de médecine familiale à l'Université de l'Alberta à Edmonton.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans Outils de la pratique sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et les politiques du Collège des médecins de famille de l'Alberta.

Références

1. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R et coll. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014;311(18):1889-900.
2. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(9):CD004332.
3. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD001867.
4. Rosenthal RN, Gage A, Perhach JL, Goodman AM. Acamprosate: safety and tolerability in the treatment of alcohol dependence. *J Addict Med* 2008;2(1):40-50.
5. Bolton M, Hodgkinson A, Boda S, Mould A, Panagioti M, Rhodes S et coll. Serious adverse events reported in placebo randomized controlled trials of oral naltrexone: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2019;17:10.
6. British Columbia Centre on Substance Use, BC Ministry of Health, BC Ministry of Mental Health and Addictions. *Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder*. Vancouver, BC: British Columbia Centre on Substance Use; 2019.

7. Heinälä P, Alho H, Kiianmaa K, Lönnqvist J, Kuoppasalmi K, Sinclair JD. Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: a factorial double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21(3):287-92.
8. Salvalaggio G, Korownyk C. *Getting patients to drink less—are words mightier than drink?* Tools for Practice #134. Edmonton, AB: Alberta College of Family Physicians; 2015.
9. Slaunwhite AK, Macdonald S. Primary health care utilization for alcohol-attributed diseases in British Columbia Canada 2001-2011. *BMC Fam Pract* 2015;16:34.
10. Witkiewitz K, Roos CR, Pearson MR, Hallgren KA, Maisto SA, Kirouac M et coll. How much is too much? Patterns of drinking during alcohol treatment and associations with post-treatment outcomes across three alcohol clinical trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2017;78(1):59-69.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the August 2020 issue on page 583.

Les articles d'Outils pour la pratique dans *Le Médecin de famille canadien* (MFC) sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résumant les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans le MFC sont coordonnés par D^r G. Michael Allan, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et ils font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA: www.acfp.ca.