

Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

18 février 2020

Prise en charge pharmacologique du trouble de l'usage de l'alcool : cela vaut-il le coup?

Question clinique : Quels traitements pharmacologiques approuvés par Santé Canada sont efficaces pour le traitement du trouble de l'usage de l'alcool?

Conclusion : Par rapport au placebo, l'acamprosate et la naltrexone ont tous deux démontré un effet bénéfique pour l'abstinence d'alcool. Pour 12 patients traités par acamprosate et pour 20 patients traités par naltrexone par rapport au placebo, un patient de moins recommencera à boire après 12 à 52 semaines. Si l'objectif est la réduction des effets nocifs, la naltrexone peut réduire la reprise d'une consommation excessive d'alcool pour un patient sur 13.

Données probantes

- Résultats statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
 - Revue systématique d'essais cliniques randomisés (ECR) portant sur des traitements de 12 à 52 semaines, la plupart comprenant une thérapie de soutien et nécessitant une désintoxication. Résultats par rapport au placebo¹ :
 - Reprise de toute consommation d'alcool :
 - Acamprosate (16 ECR, 4 847 patients), la dose la plus courante étant 666 mg trois fois par jour :
 - 76 % versus 83 % pour le placebo.
 - Nombre de sujets à traiter (NST)=12.
 - Naltrexone par voie orale (16 ECR, 2 347 patients), 50 mg par jour :
 - 63 % versus 68 % pour le placebo.
 - NST=20.
 - Aucune différence avec la naltrexone injectable (2 ECR, 939 patients) ou le disulfirame (2 ECR, 492 patients).
 - Reprise d'une consommation excessive d'alcool :
 - Naltrexone par voie orale (19 ECR, 2 875 patients), 50 mg par jour :
 - 46 % versus 54 % pour le placebo.
 - NST=13.
 - Aucune différence avec l'acamprosate (7 ECR, 2 496 patients).
 - Des revues systématiques antérieures de l'acamprosate² et de la naltrexone³ ont donné des résultats similaires.
 - Les données probantes étaient insuffisantes ou n'indiquaient aucun effet bénéfique de l'acamprosate ou de la naltrexone sur la mortalité^{1, 4, 5} ou la qualité de vie¹.
 - Effets indésirables les plus courants :

- Naltrexone^{3, 5} :
 - Nausées : 26 % contre 16 % pour le placebo; nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif (NNN)=10.
 - Somnolence : 21 % contre 16 % pour le placebo, NNN=20.
- Acamprosate⁴ :
 - Diarrhée : 16 % versus 10 % pour le placebo, NNN=17.
 - L'incidence diminue après les quatre premières semaines de traitement.

Contexte

- Les lignes directrices suggèrent que la pharmacothérapie de première ligne comprenne l'acamprosate pour l'abstinence ou la naltrexone pour la réduction de la consommation d'alcool ou l'abstinence. Elles fournissent également des conseils pratiques pour leur utilisation⁶.
- Des données limitées ont permis d'évaluer la naltrexone utilisée « au besoin ». Elle peut réduire la consommation d'alcool si elle est utilisée lorsque l'envie de boire se fait sentir ou avant la consommation prévue⁷.
- Les interventions de soutien, y compris les interventions brèves dans le cadre des soins primaires, peuvent bénéficier à une personne sur dix ayant une consommation excessive d'alcool⁸.
- Si les patients ne réagissent pas aux médicaments approuvés, il peut être raisonnable d'essayer d'autres médicaments (p. ex. : topiramate, gabapentine)⁶.

Auteurs

Caitlin R. Finley, B. Sc. (santé), M. Sc., Carly Rumley, M.D., Christina Korownyk, M.D., CCMF

Divulgations

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. JAMA. 2014;311(18):1889-1900.
2. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Cochrane Database System Rev. 2010;9:CD004332.
3. Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Cochrane Database System Rev. 2010;12:CD001867.
4. Rosenthal RN, Gage A, Perhach JL, et al. J Addict Med. 2008;2(1):40-50.
5. Bolton M, Hodgkinson A, Boda S, et al. BMC Medicine. 2019;17:10.
6. British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Ministère de la Santé mentale et des Toxicomanies de la Colombie-Britannique, *Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder*, Vancouver (C.-B.), BCCSU, 2019 [consulté le 14 janvier 2020]. Disponible : <https://www.bccsu.ca/clinical-care-guidance/>
7. Heinälä P, Alho H, Kiiänmaa K, et al. J Clin Psychopharmacol. 2001;21(3):287-92.
8. « Amener les patients à moins boire : les mots sont-ils plus puissants que l'alcool? », *Tools for Practice*, n° 134 (2019) [consulté le 14 janvier 2020]. Disponible : https://www.acfp.ca/wp-content/uploads/tools-for-practice/1435962844_tfp134alcoholscreeningandinterventionsfv2-fr.pdf

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.