



## **Sois tranquille mon cœur frémissant : l'alcool et la fibrillation auriculaire**

**Question clinique : Conseiller aux patients de s'abstenir de boire de l'alcool permet-il de prévenir la récurrence de la fibrillation auriculaire?**

**Conclusion : Les études d'observation font régulièrement état d'une association dose-effet entre l'alcool et l'apparition d'un nouvel épisode de fibrillation auriculaire. Selon un essai clinique randomisé (ECR) réalisé auprès de « buveurs réguliers » souffrant de fibrillation auriculaire paroxystique, il y a eu récurrence de la fibrillation auriculaire chez environ 50 % des personnes qui s'abstenaient de consommer, contre environ 70 % pour les personnes qui continuaient à consommer. Par rapport aux personnes qui continuent de consommer, l'abstinence peut prévenir une visite à l'hôpital liée à la fibrillation auriculaire toutes les neuf personnes après six mois.**

### **Données probantes**

- ECR de structure ouverte mené en Australie auprès de 140 patients atteints de fibrillation auriculaire (principalement paroxystique) depuis environ six ans et consommant « régulièrement » de l'alcool (16 verres par semaine en moyenne). Âge moyen de 62 ans, 85 % d'hommes, randomisés pour recevoir des conseils oraux et écrits d'abstinence d'alcool avec un suivi mensuel et un renforcement ou contrôle positif (pas de conseils sur la consommation d'alcool). Après six mois<sup>1</sup> :
  - Consommation moyenne d'alcool par semaine : 2 verres (intervention) contre 13 verres (contrôle).
  - Abstinence totale : 61 % (intervention).
  - Récurrence de la fibrillation auriculaire : 53 % versus 73 % (contrôle), nombre de sujets à traiter (NST)=5.
  - Admissions à l'hôpital liées à la fibrillation auriculaire : 9 % versus 20 % (contrôle), NST=9.
  - Autres avantages : perte pondérale de 3,7 kg pour le groupe ayant subi l'intervention.
  - Limites : 70 % des patients sélectionnés pour l'étude n'étaient pas intéressés par l'abstinence; les participants devaient avoir un rythme sinusal normal au moment de la randomisation.
- Meilleures revues systématiques des études d'observation sur la relation entre la consommation chronique d'alcool et l'apparition d'un nouvel épisode de fibrillation auriculaire<sup>2, 3</sup> :

- Le risque diffère selon les études en raison des différentes populations, des définitions de la consommation d'alcool, de l'ajustement des variables confusionnelles et de la séparation des résultats selon le sexe. Meilleures estimations :
  - Par rapport aux non-consommateurs ou aux faibles consommateurs (moins de deux verres par mois), le risque relatif de fibrillation auriculaire semble augmenter d'environ 10 % par verre par jour<sup>2</sup>.
  - Risque absolu (pour 1 000 années-patients) sur environ 4,5 ans :
    - 15 pour une consommation faible (moins d'un verre par semaine), 17 pour une consommation modérée (deux verres ou moins par jour pour les femmes et trois verres par jour pour les hommes) et 21 pour la consommation élevée (plus de deux verres par jour pour les femmes ou plus de trois verres par jour pour les hommes)<sup>4</sup>.

### **Contexte**

- Des données plus anciennes indiquent que jusqu'à 35 % des nouveaux cas de fibrillation auriculaire sont liés à une intoxication alcoolique aiguë<sup>5</sup> et il peut y avoir récurrence lors d'une subséquente hyperalcoolisation rapide<sup>6</sup>.
- Les lignes directrices recommandent des interventions axées sur le mode de vie en cas de fibrillation auriculaire, notamment la perte de poids, l'augmentation de l'activité physique, l'abandon du tabac et la réduction de la consommation d'alcool<sup>7</sup>.

### **Auteurs**

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, Pharm. D., et Michael R. Kolber, M. Sc., M.D., CCMF

### **Divulgations**

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

### **Références**

1. Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, et al. *New Engl J Med*. 2020;382:20-8.
2. Larsson SC, Drca N, Wolk A. *J Am Coll Cardiol*. 2014 Jul 22;64(3):281-9.
3. Gallagher C, Hendriks JML, Elliott AD, et al. *Int J Cardiol*. 2017;246:46-52.
4. Liang Y, Mente A, Yusuf S, et al. *CMAJ*. 2012 Nov 6;184(16):E857-66.
5. Lowenstein SR, Gabow PA, Cramer J, et al. *Arch Intern Med*. 1983 Oct;143(10) : 1882-5.
6. Krishnamoorthy S, Lip GYH, Lane DA. *Am J Med*. 2009;122:851-6.
7. Chung MK, Eckhardt LL, Chen LY, et al. *Circulation*. 2020 Mar 9; CIR0000000000000748. [Publication électronique avant impression]