



## **La gabapentine pour le trouble de l'usage de l'alcool : diminuer le nombre de verres avec une pilule?**

### **Question clinique : La gabapentine est-elle efficace dans le traitement du trouble de l'usage de l'alcool (TUA)?**

**Conclusion : Davantage de patients sous gabapentine (27%) pourraient éviter les jours de forte consommation d'alcool (p. ex. plus de cinq verres standard par jour), comparativement aux patients sous placebo (9 %). Les données probantes concernant la gabapentine et l'abstinence sont mitigées. La gabapentine peut être considérée comme une thérapie de deuxième intention (pas officiellement approuvée) pour les TUA (après l'acamprosate ou la naltrexone). La discussion sur les méthodes thérapeutiques doit tenir compte des préoccupations relatives à l'abus ou au mauvais usage ainsi qu'aux effets nocifs du médicament.**

#### **Données probantes**

- Résultats statistiquement significatifs, sauf mention contraire.
  - Revue systématique, sept essais cliniques randomisés (ECR), 3 à 26 semaines, 730 participants présentant une dépendance à l'alcool ou un TUA, 300 à 3 600 mg de gabapentine par jour (libération immédiate ou différée) contre placebo, visites de suivi régulières après environ trois jours d'abstinence dans la plupart des cas. Gabapentine<sup>1</sup> :
    - Diminution du pourcentage de jours de forte consommation d'alcool.
      - Chiffres absolus non déclarés.
    - Aucune différence quant à l'abstinence totale.
    - Taux d'événements indésirables supérieur de 10 %, aucun événement grave n'a été signalé.
  - ECR récent (non pris en compte dans la revue mentionnée ci-dessus), gabapentine contre placebo :
    - 90 patients âgés en moyenne de 50 ans, 77 % de sexe masculin, moyenne de 11 verres par jour. Test urinaire objectif utilisé pour confirmer la consommation ou l'abstinence. Une dose de 1 200 mg de gabapentine par jour pendant 16 semaines a eu pour effet d'augmenter ce qui suit<sup>2</sup> :
      - Aucun jour de forte consommation d'alcool (plus de cinq verres standard par jour) :
        - 27 % contre 9 % (placebo), nombre de sujets à traiter (NST)=6.

- Abstinence totale :
  - 18 % contre 4 % (placebo), NST=8.
- Plus d'effets bénéfiques pour les patients présentant davantage de symptômes de sevrage.
- Événements indésirables : étourdissements, 56 % contre 33 % (placebo), nombre nécessaire pour obtenir un effet nocif=4.

### Contexte

- La gabapentine est recommandée (pas officiellement approuvée) en tant que thérapie de deuxième intention pour les TUA modérés à sévères<sup>3</sup>.
  - Les agents de première intention qui sont recommandés comprennent l'acamprosate et la naltrexone, avec un NST de 12 et 20, respectivement, pour l'abstinence<sup>3,4</sup>.
- Le mauvais usage de la gabapentine dans la population générale s'élève à environ 1 % et atteint jusqu'à 15 à 22 % chez les patients ayant des antécédents d'abus d'opioïdes. Le risque en cas d'antécédents d'abus d'alcool est moins évident<sup>5</sup>.
- Les cas liés à la gabapentine qui ont été signalés aux centres antipoison aux États-Unis ont augmenté de 72 % entre 2013 et 2017. L'abus ou le mauvais usage a augmenté de 120 %, et la suicidalité, de 80 %<sup>6</sup>.
- Une étude d'observation a rapporté que le taux de mortalité des personnes auxquelles on a prescrit de la gabapentine, pour quelque raison que ce soit, était le double de celui de la population générale (RR de 2,16). Les patients qui reçoivent ces ordonnances peuvent être exposés à un risque de base plus élevé<sup>7</sup>. La consommation excessive d'alcool augmente également la mortalité<sup>8</sup>.
- Les cliniciens doivent être conscients des risques d'abus ou de détournement lorsqu'ils prescrivent la gabapentine<sup>9</sup>.

### Auteurs

Justin Weresch, M.D., CCMF, Jessica Kirkwood, M.D., CCMF (MT), Christina Korownyk, M.D., CCMF

### Divulgations

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

### Références

1. Kranzler HR, Feinn R, Morris P, et al. *Addiction*. 2019;114(9):1547-55.
2. Anton RF, Latham P, Voronin K, et al. *JAMA Intern Med*. 2020;180(5):1-9.
3. 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 [En ligne]. Vancouver (C.-B.) : BCCSU. 2019 [consulté le 1<sup>er</sup> juin 2020]. Disponible : <https://www.bccsu.ca/clinical-care-guidance/>
4. Finley CR, Rumley C, Korownyk CS. *Can Fam Physician*. 2020;66(8):583.
5. Smith RV, Havens JR, Walsh SL. *Addiction*. 2016;111(7):1160-74.
6. Reynolds K, Kaufman R, Korenoski A, et al. *Clin Toxicol (Phila)*. 2020;58(7):763-72.
7. Torrance N, Veluchamy A, Zhou Y, et al. *Br J Anaesth*. 2020;125(2):159-67.
8. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, et al. *Arch Intern Med*. 2006;166:2437-45.

9. Lennox R, Mangin D. CMAJ. 2019;191(2):E47.