

TABLE DES MATIERES

EVALUATIONS & INTERVENTIONS

Overdoses chez des patients sous traitement d'opiacés. Page 1

Sévérité de l'utilisation d'alcool nocive pour la santé dans les hôpitaux et implications pour l'intervention brève. Page 2

Abstinence versus consommation contrôlée comme objectif de traitement. Page 2

Introduction d'un traitement de Buprénorphine « à domicile » versus « en cabinet » : impact sur la rétention après 30 jours. Page 3

Les traitements de SSRI peuvent améliorer la dépression chez les patients ayant une problématique d'abus de substances. Page 3

Le dépistage communautaire et l'intervention brève sont efficaces pour identifier et traiter les personnes âgées souffrant de dépression et d'abus de substances. Page 4

IMPACT SUR LA SANTE

L'alcool n'est-il pas bon pour mon cœur? Alcool et risques cardiovasculaires chez des hommes infectés et non infectés par le VIH. Page 4

L'augmentation de l'utilisation des opioïdes pour les douleurs chroniques est associée à une augmentation des pathologies mentales et des addictions. Page 5

Les patients souffrant d'addiction aux drogues sont-ils à risque de décès par overdose dans les 4 semaines suivant un traitement hospitalier ou résidentiel sans médication de substitution? Page 5

Une consommation modérée d'alcool pourrait aggraver une stéato-hépatite non alcoolique. Page 5

Facteurs associés à l'absence de traitement ambulatoire concernant le HIV chez les patients consommateurs de cocaïne-base (crack). Page 6

Facteurs associés à la mortalité du syndrome de sevrage d'alcool. Page 6

La consommation modérée d'alcool n'est pas associée à une augmentation de la prise de poids chez les femmes. Page 7

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

MARS - AVRIL 2010

Evaluations et Interventions

Overdoses chez des patients sous traitement d'opiacés.

L'occurrence d'overdose chez des patients avec un traitement d'opiacés prescrit et qui reçoivent un traitement analgésique à long terme pour une indication non-oncologique n'est pas connue. Dans cette étude, les overdoses ont été revues chez 9'940 patients qui étaient suivis dans une Health Maintenance Organization (HMO) et qui avaient reçu au moins 3 prescriptions d'opiacés durant les 90 jours avant le début de l'étude. La dose quotidienne moyenne durant les 90 jours a été établie sous forme d'équivalents en morphine en se basant sur la documentation des pharmacies impliquées. Des overdoses à l'issue fatale ou non-fatale ont été identifiées par la revue des dossiers médicaux et par les certificats de décès. Les participants, dont 60% femmes (âge moyen 54 ans, posologie quotidienne moyenne d'opiacés: 13 mg) ont été suivis pendant 42 mois en moyenne.

- Parmi les 51 overdoses dues aux opiacés qui ont été identifiées, 40 étaient graves (6 décès et 34 graves, non létales), tandis que les 11 cas restants étaient bénins.
- L'incidence annuelle d'overdose augmente au fur et à mesure que la prescription quotidienne (sous forme d'équivalents en morphine) augmente.
 - 0.2% pour une posologie de 1 à < 20 mg/j;
 - 0.3% pour une posologie de 20 à < 50 mg/j;
 - 0.7% pour une posologie de 50 à < 100 mg/j; et

- 1.8% pour une posologie de ≥ 100 mg/j.
- En comparaison avec les participants ayant reçu les prescriptions d'opiacés les plus faibles, les patients qui recevaient des prescriptions élevées étaient plus souvent des hommes, des fumeurs, des personnes avec des comorbidités et avec des antécédents de dépression ou de traitement d'abus de substance.

Commentaires: L'incidence d'overdose en lien avec un traitement par opiacés était plus élevé chez les patients qui recevaient des prescriptions élevées. Bien que le taux d'overdose ait été faible dans le groupe de patients recevant < 50 mg par jour, le nombre absolu d'overdose dans ce groupe a dépassé celui du groupe qui recevait des prescriptions plus élevées. Les résultats soulignent le besoin d'une surveillance précautionneuse pour tous les patients qui reçoivent un traitement d'opiacés au long cours pour des douleurs chroniques non-oncologiques.

Dr Ansgar Rougemont-Bücking
(traduction française)
Kevin L. Kraemer, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2010;152(2):85-92.

Sévérité de l'utilisation d'alcool nocive pour la santé dans les hôpitaux et implications pour l'intervention brève.

La sévérité de l'utilisation d'alcool nocive pour la santé chez les patients d'un hôpital général identifiés par dépistage pourrait avoir une influence sur la pertinence de l'intervention brève dans ce cadre. Dans une étude menée en Allemagne, des chercheurs ont déterminé par dépistage la prévalence et la sévérité d'une utilisation d'alcool nocive pour la santé* dans un échantillon de population urbaine et auprès des personnes admises à l'hôpital général dans la même zone géographique. Dans l'échantillon de population, l'utilisation d'alcool nocive pour

la santé et la consommation à risque ont été déterminées par des entretiens à visée diagnostique. Dans l'échantillon de patients hospitalisés, les personnes interrogées étaient sélectionnées par des questionnaires de dépistage.

- Dans l'échantillon de population, 7,6% des personnes interrogées avaient une utilisation d'alcool nocive pour la santé : 1,3% avaient les critères d'une dépendance, 1,2% les critères d'abus et 5,1% buvaient des quantités à risque (soit plus de 30 g d'alcool par jour pour les hommes et plus de 20 g d'alcool par

(suite en page 2)

Comité de rédaction

Rédacteur en chef

Richard Saitz, MD, MPH, FASAM, FACP
Professor of Medicine & Epidemiology
Boston University Schools of Medicine & Public Health

Rédacteur en chef adjoint

David A. Fiellin, MD
Associate Professor of Medicine
Yale University School of Medicine

Comité de rédaction

Nicolas Bertholet, MD, MSc
Alcohol Treatment Center
Clinical Epidemiology Center
Lausanne University Hospital

R. Curtis Ellison, MD

Professor of Medicine & Public Health
Boston University School of Medicine

Peter D. Friedmann, MD, MPH

Professor of Medicine & Community Health
Warren Alpert Medical School of Brown University

Kevin L. Kraemer, MD, MSc

Associate Professor of Medicine & Health Policy & Management
University of Pittsburgh Schools of Medicine & Public Health

Hillary Kunins, MD, MPH, MS

Associate Clinical Professor of Medicine and Psychiatry & Behavioral Sciences
Albert Einstein College of Medicine

Darius A. Rastegar, MD

Assistant Professor of Medicine
Johns Hopkins School of Medicine

Jeffrey H. Samet, MD, MA, MPH

Professor of Medicine & Social & Behavioral Sciences
Boston University Schools of Medicine & Public Health

Jeanette M. Tetrault, MD

Assistant Professor of Internal Medicine
Yale University School of Medicine

Alexander Y. Walley, MD, MSc

Instructor of Medicine
Boston University School of Medicine
Medical Director, Narcotic Addiction Clinic
Boston Public Health Commission

Responsable de la publication

Donna M. Vaillancourt
Boston Medical Center

Traduction française

Service d'alcoologie
Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaires
Section d'addictologie
Département de Psychiatrie
CHUV— Lausanne

Sévérité de l'utilisation d'alcool nocive pour la santé ... (suite page 1)

jour pour les femmes)

- Dans l'échantillon à l'hôpital, 14,5% des personnes interrogées avaient une utilisation d'alcool nocive pour la santé : 5,5% avaient les critères d'une dépendance, 2,8% les critères d'abus et 6,2% buvaient des quantités à risque

*définie comme une consommation à risque, un abus ou une dépendance

Commentaires : l'utilisation d'alcool nocive pour la santé est plus fréquente chez les patients hospitalisés que dans la population générale. En conséquence, la détection et l'intervention brève semblent avoir leur place à l'hôpital. Toutefois, ces données montrent que la plupart des patients hospitalisés et identifiés comme ayant une utilisation d'alcool nocive pour la santé ont un problème (abus ou dépendance) en lien avec leur consommation d'alcool, alors que cette situation ne concerne qu'une minorité de personnes dans

Abstinence versus consommation contrôlée comme objectif de traitement.

Il existe une controverse entre l'abstinence et la consommation contrôlée comme objectif de traitement pour les consommations d'alcool à problème. Néanmoins, lorsqu'il est établi par le patient, cela peut être un indicateur utile du résultat du traitement. Les chercheurs ont comparé les résultats du traitement à 3 et 12 mois, chez des patients présentant les critères d'abus ou de dépendance à l'alcool selon le DSM-IV, et qui, au départ, privilégiaient soit l'abstinence, soit un projet qui n'incluait pas l'abstinence. Un résultat réussi était défini soit par l'abstinence, soit par une consommation sans problèmes liés à l'alcool.

- Les patients dont le but initial était l'abstinence étaient davantage susceptibles d'avoir un résultat atteint à 3 mois (22% vs 13%). Cette différence n'était pas statistiquement significative à 12 mois (30% vs 23%, $p=0.06$).
- Parmi les patients avec un résultat atteint (c'est-à-dire abstinence ou consommation sans problèmes à 12 mois), la majorité des patients qui avaient établi une préférence pour l'abstinence comme objectif de traitement l'ont atteint par l'abstinence (71%). Un nombre considérable des personnes qui avaient préféré un objectif qui n'incluait pas l'abstinence ont en fait atteint leur objectif par l'abstinence (44%).

la population générale. Peut-être plus important encore, l'efficacité de l'intervention brève chez les patients souffrant de dépendance à l'alcool hospitalière n'est pas claire. Au minimum, si la détection était mise sur pied à l'hôpital, les soignants devraient être prêts à prendre en charge la dépendance chez un nombre important de patients.

Dr Cristina Garcia
(traduction française)
Richard Saitz MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence : Bischof G, Reinhardt S, Freyer-Adam J, et al. Severity of unhealthy alcohol consumption in medical inpatients and the general population: is the general hospital a suitable place for brief interventions? *Int J Public Health*. February 9, 2010

- Il n'y avait pas de différence dans la sévérité de la dépendance entre les groupes à 3 et 12 mois.

Commentaires : Dans cette étude, les patients qui avaient un objectif de traitement d'abstinence étaient davantage susceptibles d'avoir un résultat réussi à 3 mois que les patients dont l'objectif n'était pas l'abstinence. Nous ne devrions pourtant pas conclure que l'abstinence est le but privilégié pour chacun, puisque les taux de succès à 12 mois étaient similaires (et bas), indépendamment de la préférence exprimée au départ. Il est intéressant de remarquer que beaucoup de résultats favorables ont été obtenus alors que l'objectif du patient avait changé en cours de traitement. Les objectifs devaient donc être considérés comme dynamiques et susceptibles d'évoluer au cours du traitement sans mettre un résultat favorable en péril.

Kathrin Deléderray
(traduction française)
Nicolas Bertholet
(version originale anglaise)

Référence: Adamson SJ, Heather N, Morton V, et al. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. *Alcohol Alcohol*. 2010;45(2):136-42.

Introduction d'un traitement de Buprénorphine "domicile" versus "en cabinet" : impact sur la rétention après 30 jours.

Dans cette étude observationnelle, les auteurs comparaient la rétention après 30 jours de traitement entre des patients opio-dépendants ayant choisi l'introduction de Buprénorphine "en cabinet" et ceux ayant choisi une introduction "à domicile". Durant les 3 ans qu'a duré cette étude, 115 des 298 patients opio-dépendants qui se sont présentés dans une policlinique médicale en ville répondaient aux critères fixés et ont été inclus dans la cohorte. L'introduction du traitement "en cabinet" (n=64) consistait en une consultation de préparation, une consultation de 2 à 4 heures pour la première prise de traitement, une seconde consultation de 20 minutes 1 à 2 jours plus tard, et, enfin, le passage à un traitement de maintenance. L'introduction du traitement "à domicile" (n=51) consistait en une consultation de préparation, une autre consultation pour chercher un "kit d'introduction" (contenant des instructions détaillées, 3 jours de Buprénorphine/Naloxone, de l'ibuprofène, de la Clonidine et du Lopéramide) et, enfin, un suivi à 1 semaine avant de passer à un traitement de maintenance. Les groupes ne présentaient pas de différence significative dans leurs caractéristiques démographiques ou addictologiques.

- La rétention en traitement après trente jours était la même dans les deux groupes (78,1% dans le groupe "en cabinet" et 78,4% dans celui "à domicile" $p=0.97$)

Commentaires: Bien que cette étude observationnelle ait été limitée par son petit échantillon, l'absence de randomisation et sa confiance dans des données "cliniques" plutôt que dans des bases de données de recherche, ses résultats s'ajoutent à ceux de la littérature qui démontrent la faisabilité de l'introduction d'un traitement de Buprénorphine "à domicile" et sans surveillance. Des essais randomisés sont nécessaires pour évaluer les différences dans les effets secondaires, la rétention en traitement et l'abstinence.

Dr Fabien Porchet
(traduction française)

Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Sohler NL, Li X, Kunins HV, et al. Home- versus office-based buprenorphine inductions for opioid-dependent patients. *J Subst Abuse Treat.* 2010;38(2):153–9.

Les traitements de SSRI peuvent améliorer la dépression chez les patients ayant une problématique d'abus de substances.

Il y a une prévalence élevée de survenue conjointe de dépression et d'abus de substances (AS). Pourtant le traitement optimal de la dépression et son taux de réussite ne sont pas bien définis. Cette analyse observationnelle de sous-groupes de l'essai « Alternatives aux Traitements Séquencés visant à Soulager la Dépression (STAR-D) » a comparé, sur une période de 12 semaines, l'efficacité d'un traitement de Citalopram chez des patients avec un épisode dépressif majeur (EDM) et ayant ou non une problématique d'AS. Les participants à l'étude (qui avaient préalablement une réponse inadéquate à un traitement de la dépression) ont été recrutés dans des centres psychiatriques ou de soins de premier recours. Environ 29% des 2'867 participants avaient une problématique d'AS (19% une problématique d'abus d'alcool, 5,5% d'abus de drogue, et 5% les deux).

- Les taux de rémission rapportés étaient similaires parmi les participants avec EDM seul (33%) et ceux ayant une seule problématique d'AS (alcool ou drogue, respectivement 36% et 28%). Ils étaient plus faibles chez les participants ayant deux AS (alcool et drogue) : 22,5% ($p=0.02$).
- Le temps nécessaire pour atteindre la rémission était significativement plus long pour les participants ayant une double problématique d'AS que pour ceux ayant uniquement un EDM.
- Les participants avec une problématique d'AS étaient plus à risque de vivre un épisode de décompensation psychique (5% des participants ayant une double problématique d'AS, 4,5% de ceux abusant de drogue, 2,4% de ceux abusant d'alcool, et 1% de ceux n'ayant pas d'AS [$p=0.002$]) ou d'être hospitalisés en milieu psychiatrique (5,1% des participants ayant une double

problématique d'AS, 3,2% de ceux abusant de drogue, 2,1% de ceux abusant d'alcool, et 1,2% de ceux n'ayant pas d'AS [$p=0.001$]).

- 3 décès sont survenus (aucun par suicide) parmi les participants avec une problématique d'AS, tandis qu'aucun n'est survenu parmi ceux ayant uniquement un EDM ($p=0.02$).

Commentaires: Bien que les patients ayant une problématique d'AS répondent aux traitements à base de SSRI, ceux ayant une double problématique d'abus de drogue et d'alcool peuvent avoir des réponses moins bonnes et moins rapides que ceux n'ayant qu'un seul AS. Les patients avec AS étaient plus à risque de connaître un épisode de décompensation psychique ou d'être hospitalisés en milieu psychiatrique. Toutefois, cette étude présentant une analyse de sous-groupes rétrospective et observationnelle et n'ayant par ailleurs pas de volet comparatif, il convient de considérer ces résultats comme préliminaires.

Dr Yann-Karim Pittet
(traduction française)
Hillary Kunins, MD, MPH, MS
(version originale anglaise)

Référence: Davis LL, Wisniewski SR, Howland RH, et al. Does comorbid substance use disorder impair recovery from major depression with SSRI treatment? An analysis of the STAR*D level one treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 2010;107(2–3):161–70.

Le dépistage communautaire et l'intervention brève sont efficaces pour identifier et traiter les personnes âgées souffrant de dépression et d'abus de substance.

Le projet d'intervention brève de la Floride pour le traitement des personnes âgées (BRITE) a recruté des adultes de 60 ans et plus dans la communauté, référés par des services de soins primaires, sociaux, pour personnes âgées ou d'autres services, afin d'évaluer les besoins de traitement de la toxicomanie. La plupart des patients

ont été adressés en raison de préoccupations concernant la dépression (64%), puis, dans l'ordre, pour cause de mauvaise utilisation des médicaments (26%), d'abus d'alcool (10%) et d'utilisation de drogues illicites (1%). Les sujets ont été évalués sur une échelle de dépression gériatrique (SGDS) et le Short

(suite en page 4)

Le dépistage communautaire et l'intervention brève ... (suite page 3)

Michigan Alcoholism Screening Test, version gériatrique (SMAST-G). L'usage de drogues illicites a été évalué par des questions et l'utilisation abusive de médicaments sur ordonnance a été évaluée par un questionnaire à 17 items développé par les chercheurs. Parmi 3'497 sujets examinés, 1'999 présentaient des signes de dépression ou d'un abus de substance, dont 731 avaient reçu 1 à 5 sessions d'intervention brève menées par des conseillers au domicile des patients ou dans un autre emplacement de leur choix. Trois cent vingt-trois sujets ont complété des évaluations de suivi à 30 jours après l'intervention. Un projet d'évaluation de 90 jours de suivi n'a pas été réalisé en raison de la perte au suivi des sujets inclus.

- Bien que 10% seulement des patients référés l'étaient pour des raisons d'abus d'alcool, 26% des sujets présentaient des troubles liés à la consommation d'alcool. Il y avait une corrélation positive entre les scores de dépression et de dépistage de l'alcool
- Parmi ceux qui ont terminé le suivi, il y avait une baisse significative des scores SGDS et SMAST-G.
- Sur les 187 sujets ayant un dépistage positif pour l'utilisation abusive de médicaments sur ordonnance, 60 (32%) étaient

négatifs après l'intervention. Par contre, 86 sujets examinés positifs lors du suivi n'avaient pas été dépistés positifs à l'entrée.

Commentaires: Cette étude suggère que le dépistage et l'intervention brève dans la communauté peuvent être efficaces, du moins à court terme, pour identifier et traiter les personnes âgées souffrant de dépression et d'abus de substances, même si le faible taux de suivi impose de la prudence dans l'interprétation de ces chiffres. Les résultats mettent également en évidence la prévalence élevée de l'abus d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées.

Dr Houman Nozary
(traduction française)
Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Reference: Schonfeld L, King-Kallimanis BL, Duchene DM, et al. Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: the Florida BRITE project. *Am J Public Health*. 2010;100(1):108-14.

IMPACT SUR LA SANTE

L'alcool n'est-il pas bon pour mon coeur? Alcool et risques cardiovasculaires chez des hommes infectés et non infectés par le VIH.

Les données actuelles suggèrent qu'une consommation d'alcool à risque augmente le risque de maladies cardiovasculaires (MCV) et de mortalité. Si ces associations ont été démontrées à de nombreuses reprises chez les adultes sans infection au VIH, elles doivent maintenant être abordées chez les patients infectés par le VIH chez lesquels autant la progression de la maladie VIH que la thérapie antirétrovirale ont été liées aux MCV. Dans cette étude, les auteurs ont cherché à déterminer l'association entre consommation d'alcool et MCV chez des patients masculins infectés par le VIH en utilisant les données transversales de 4'743 participants de l'étude de cohorte 'Veterans Aging Cohort Study', une étude prospective d'hommes infectés par le VIH et de personnes-contrôles non infectées, assorties en termes de race, d'âge et de site. 51% des participants étaient infectés par le VIH. Les résultats étaient ajustés pour les variables sociodémographiques, les facteurs de risques cardiovasculaires traditionnels, les maladies du foie ou des reins, l'infection à l'hépatite C, la consommation de cocaïne, l'exercice, l'adhérence à la thérapie antirétrovirale et le nombre de CD4.

- Les MCV étaient courantes parmi les patients infectés et non infectés par le VIH (15% et 20% respectivement), tout comme la consommation d'alcool à risque* (33% et 31%) ainsi que l'abus et la dépendance à l'alcool (21% et 26%).
- La consommation d'alcool à risque, comparée à la consommation modérée, était associée à une prévalence augmentée de MCV (odds ratio [OR]: 1.43), ainsi qu'à l'abus et à la dépendance à l'alcool (OR: 1.55) parmi les hommes infectés par le VIH. Une interaction a été observée entre le statut VIH et la consommation d'alcool ($p=0.001$), suggérant que l'association entre consommation à risque d'alcool et MCV était plus prononcée parmi les hommes infectés par le VIH que parmi les non infectés.

* Défini dans cette étude comme une consommation de >14 verres par semaine ou de ≥ 6 verres par occasion.

Commentaires: Ces résultats suggèrent que, comparée à une consommation d'alcool modérée, une consommation d'alcool à risque est associée à une plus haute prévalence de MCV chez les patients infectés par le VIH. Cette association pourrait être plus prononcée chez les personnes ayant une infection VIH que chez ceux qui n'en ont pas. Toutefois, certaines limitations méthodologiques sont à noter. Premièrement, les études transversales ne permettent pas d'évaluer la causalité de la relation observée. Deuxièmement, l'exposition à la médication antirétrovirale était auto-reportée et des informations sur le cumul et le type d'exposition manquaient. Ceci est important, car la médication antirétrovirale a été associée au développement de facteurs de risques traditionnels des MCV (par ex. intolérance au glucose et hyperlipidémie). De prochaines études longitudinales devraient investiguer l'incidence des MCV chez les personnes infectées par le VIH ayant une consommation d'alcool à risque, en portant une attention particulière aux antécédents de traitements antirétroviraux.

Jacques Gaume
(traduction française)
Jeanette M. Tetrault, MD
(version originale anglaise)

Référence: Freiberg MS, McGinnis KA, Kraemer K, et al. The association between alcohol consumption and prevalent cardiovascular diseases among VIH-infected and VIH-uninfected men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;53(2):247-53.

L'augmentation de l'utilisation des opioïdes pour les douleurs chroniques est associée à une augmentation des pathologies mentales et des addictions.

L'utilisation des opiacés dans le traitement des douleurs non cancéreuses a augmenté et s'est accompagnée d'une augmentation des addictions à ces substances. Les individus présentant des pathologies mentales ou des addictions peuvent être particulièrement vulnérables également aux opiacés en terme d'addiction. La présente étude évalue les registres de l'assurance maladie Arkansas Medicaid et d'autres assurances commerciales entre 2000 et 2005, en focalisant sur les changements d'attitude de prescription dans un contexte douloureux non cancéreux et leur éventuelle association avec des maladies mentales et des addictions.

- En 2005, les assurés de Medicaid avaient une plus grande probabilité de souffrir d'un contexte douloureux non cancéreux que ceux des autres assurances commerciales (34% vs 24%). Ils étaient également plus susceptibles de se voir prescrire au moins un opiacé (63% vs 35%).
- Dans les deux cohortes combinées, le pourcentage présentant un contexte douloureux non cancéreux associé à une prescription d'opiacé est passé de 30% à 37%. Le pourcentage de patients qui ont reçu un traitement de plus de 90 jours est passé de 4,2% à 5,6%.
- Le pourcentage de patients présentant une maladie mentale ou

une addiction a augmenté d'environ 50% dans les deux cohortes.

- Les patients avec une maladie mentale ou une addiction ont une probabilité plus grande d'avoir reçu un traitement de plus de 90 jours.

Commentaires: Cette étude ne dit pas grand chose d'éventuelles « malprescriptions » dans les deux cohortes. La forte association entre les maladies mentales et les opiacés chez les individus renforce les craintes concernant l'augmentation de l'utilisation des opiacés. Il est possible que les taux reflètent une augmentation des diagnostics plutôt qu'une augmentation de la prévalence, mais pas à un taux pareil tout de même.

Dr David Knobel
(traduction française)
Darius A. Rastegar, MD
(version originale anglaise)

Référence: Edlund MJ, Martin BC, Devries A, et al. Trends in use of opioids for chronic noncancer pain among individuals with mental health and substance use disorders: the TROUP study. *Clin J Pain*. 2010;26(1):1-8.

Les patients souffrant d'addiction aux drogues sont-ils à risque de décès par overdose dans les 4 semaines suivant un traitement hospitalier ou résidentiel sans médication de substitution?

Les personnes souffrant d'addiction aux drogues pourraient être particulièrement vulnérables à une overdose après une période de non-consommation. Dans cette étude prospective norvégienne, les chercheurs ont examiné le taux de mortalité dans un collectif de 276 patients présentant une addiction aux drogues et ayant été admis soit en traitement hospitalier sans médication de substitution, soit en programme de communauté thérapeutique. Les décès et leurs causes ont été vérifiés auprès du registre national des décès de Norvège sur une période moyenne de 8 ans. Les taux de mortalité ont été exprimés en nombre de décès par 100 personnes-années à risque. Les chercheurs ont ensuite comparé les taux concernant la période de 4 semaines suivant le traitement aux taux concernant le reste de la période d'observation. Des analyses bivariées ont permis d'ajuster les résultats aux caractéristiques des patients. Le temps moyen du traitement était de 54 semaines avec des temps individuels variant entre 0 et 174 semaines. 41% des patients ont terminé leur traitement et 59% sont partis en drop-out.

- 36 décès (13% des patients) se sont produits au cours de la période de suivi (2.1 décès par 100 personnes-années), dont 24 décès par overdose, 7 décès violents incluant les accidents du trafic, et 5 décès de cause inconnue.
- Le taux de mortalité était le plus haut dans la période de 4 semaines suivant le traitement (ratio des taux des 4 premières semaines vs le reste : 15.7). Les 6 décès survenus au cours de cette période étaient dus à une overdose d'opiacés.

- On n'a pas trouvé d'association entre le taux de mortalité et des antécédents d'overdose ou la durée de traitement ou encore le fait d'avoir quitté le traitement en drop-out.

Commentaires : Comme ceci avait déjà été documenté chez les personnes souffrant d'addiction aux drogues à la sortie de prison, la période de 4 semaines suivant la sortie du traitement représente un moment de vulnérabilité pour des overdoses potentiellement fatales. Bien que les traitements de substitution soient disponibles en Norvège (avec un règlement strict), les auteurs n'ont pas fourni de comparaison avec les nombres d'overdoses chez les patients sous ce type de traitement. Des traitements efficaces et des programmes de prévention de l'overdose à destination des patients terminant leur traitement et de ceux partant en drop-out pourraient prévenir cette mortalité précoce.

Dr Jean-Philippe Falcheri
(traduction française)
Hillary Kunins, MD, MPH, MS
(version originale anglaise)

Référence: Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108(1-2):65-9.

Une consommation modérée d'alcool pourrait aggraver une stéato-hépatite non alcoolique.

La stéato-hépatite non alcoolique (NASH) a un pronostic variable et touche souvent des personnes qui ont une consommation d'alcool modérée et favorable à leur santé selon des études observationnelles (par ex. les personnes souffrant de diabète ou d'hyperlipidémie). Les effets d'une consommation d'alcool modérée sur le

NASH ne sont pas connus pour les humains. Afin d'avancer dans la compréhension d'effets potentiels, les chercheurs ont induit un NASH chez 20 rats soumis à un régime riche en graisses pendant 6 semaines ; puis la moitié des rats ont été soumis au même régime pour 4 semaines supplémentaires,

(suite en page 6)

Une consommation modérée d'alcool... (suite page 5)

alors que le régime imposé aux 10 rats restants a été modifié en remplaçant 16% des calories par de l'alcool.

- Après 4 semaines, le rapport entre le poids hépatique et le poids corporel a augmenté de manière significative chez les rats soumis à l'alcool. Ces rats avaient aussi davantage de foyers d'inflammation hépatique et d'apoptose hépatocytaire.

Commentaires : L'alcool a un effet délétère sur le NASH chez les rats de cette étude expérimentale. Alors que les auteurs avancent que la quantité d'alcool donnée aux rats est l'équivalent d'une consommation modérée chez les humains, cette quantité, un peu plus de 3 unités par jour, serait plus proche d'une consommation

excessive selon les guidelines américains. Aucune expérimentation humaine n'est actuellement disponible pour indiquer l'effet d'une consommation modérée sur le NASH. Cependant, ces résultats nous rendent attentifs au fait que l'alcool peut aussi être nuisible pour les personnes atteintes de NASH.

Dr Marie-Madeleine Friberg
(traduction française)
Richard Saitz MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Wang Y, Seitz HK, Wang XD. Moderate alcohol consumption aggravates high-fat diet induced steatohepatitis in rats. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34(3):567-73.

Facteurs associés à l'absence de traitement ambulatoire concernant le HIV chez les patients consommateurs de cocaïne-base (crack)

Un diagnostic tardif d'infection HIV entraîne une augmentation de la transmission de cette infection et a été lié à l'usage de la cocaïne. Afin de comprendre pourquoi les patients ne se présentent pas à la consultation spécialisée du HIV, des chercheurs ont investigué les données récoltées lors d'interviews effectuées entre 2006 et 2009 dans le cadre d'une étude comportementale interventionnelle effectuée à Atlanta et à Miami, incluant 355 patients HIV utilisateurs de cocaïne.

- 54% des patients avaient des CD4 inférieurs à 200 cell. / ml.
- 21 % des sujets n'avaient jamais reçu de soins ambulatoires en lien avec leur infection HIV.
- Les facteurs associés à l'absence de soins ambulatoires spécialisés liés au HIV incluaient un revenu annuel de 5'000 dollars ou moins (odds ratio OR, 8.17), l'absence de traitement addictologique (OR 4.13) et l'absence de soignant facilitant l'accès au traitement HIV, d'assistant social ou de membre de la famille au moment du diagnostic HIV (OR : 2.83).

Commentaires : Cette étude n'investigue pas pourquoi les patients

les plus pauvres infectés par le HIV vont moins s'adresser aux structures de soins ambulatoires. De même, d'autres facteurs tels que la dépression, l'usage d'alcool, le fait d'être sans abri, le statut d'assuré, la présence ou l'absence de support social ne sont pas explorés. Cette étude souligne par contre plusieurs moments favorables dans la trajectoire du patient, durant lesquels l'entrée dans un traitement ambulatoire spécialisé pour le HIV est facilitée, tels que l'annonce du diagnostic HIV, la période du traitement de la dépendance et/ou durant une hospitalisation.

Dr Anne Pelet, MD, MSc
(traduction française)
Alexander Y. Walley, MD, MSc
(version originale anglaise)

Référence: Bell C, Metsch LR, Vogenthaler N, et al. Never in care: characteristics of HIV-infected crack cocaine users in 2 US cities who have never been to outpatient HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr.* February 18, 2010 [E-pub ahead of print].

Facteurs associés à la mortalité du syndrome de sevrage d'alcool.

La plupart des patients avec un syndrome de sevrage d'alcool n'ont pas besoin de soins aigus ou de traitements spécifiques. Pour la minorité présentant des symptômes de sevrage suffisamment sévères pour nécessiter une hospitalisation, la mortalité a diminué de manière significative depuis l'introduction des benzodiazépines il y a plus de 40 ans. Mais les décès surviennent toujours. Afin de définir les facteurs de risque, des chercheurs espagnols ont passé en revue 16 ans de dossiers médicaux dans un hôpital et ont identifié 436 patients ayant présenté un syndrome de sevrage d'alcool pour un total de 539 hospitalisations. Tous les patients avaient été traités avec du chlorméthiazole, un sédatif n'appartenant pas à la famille des benzodiazépines, dont l'usage et l'efficacité pour le syndrome de sevrage d'alcool n'est pas reconnu aux Etats-Unis.

Le syndrome de sevrage était la raison de 62% des 539 hospitalisations. 71% de ces patients avaient ou ont développé un delirium tremens (DTs) (236 patients et 147 hospitalisations) et 41% ont présenté une crise d'épilepsie. Sept pour cent des patients sont morts pendant le sevrage.

- Les facteurs suivants ont été associés au décès dans une analyse multivariée : stéatose hépatique, cirrhose, DTs au moment du diagnostic de sevrage, comorbidités (hypertension, maladie cardiaque ou pulmonaire, diabète, épilepsie), ainsi que l'admission dans un service de soins intensifs (ICU) et l'intubation, particulièrement en présence de pneumonie.
- Les résultats des tests de laboratoire n'ont pas été retenus comme des prédicteurs significatifs.

Commentaires : Plusieurs points limitent l'utilité de ces résultats : l'analyse n'a pas tenu compte des admissions multiples d'un même patient, les patients ont été traités avec une médication connue pour augmenter le risque de pneumonie et pour prolonger le séjour aux soins intensifs et la sélection des cas a été faite sur une population sévèrement malade. Ce que nous pouvons retenir de ce rapport est évident, mais toujours utile : les gens avec les syndromes de sevrage d'alcool et les comorbidités médicales les plus sévères sont plus à risque de mourir. Un diagnostic précoce, un traitement pharmacologique rapide et un monitoring

Facteurs associés à la mortalité... (suite de la page 6)

continu peuvent probablement réduire ce risque.

Dr Chantal Bochud Tornay
(traduction française)
Richard Saitz MD, MPH
(version originale anglaise)

Référence: Monte R, Rabuñal R, Casariego E, et al. Analysis of the factors determining survival of alcoholic withdrawal syndrome patients in a general hospital. *Alcohol Alcohol*. 2010;45(2):151-8.

La consommation modérée d'alcool n'est pas associée à une augmentation de la prise de poids chez les femmes.

La littérature sur la relation entre la consommation d'alcool et la prise de poids est limitée et les résultats se sont révélés inconsistants. Des chercheurs ont conduit une étude prospective de cohorte avec 19'220 femmes américaines âgées de 39 ans ou plus, avec un BMI dans la norme (18,5 à < 25) et qui n'étaient pas connues pour une maladie cardiovasculaire, un cancer ou un diabète. La consommation d'alcool était évaluée avant le début de l'étude et le poids corporel était rapporté par les participantes au début de l'étude et dans des questionnaires annuels sur une durée de 8 ans après le début de l'étude. Les résultats ont été ajustés selon l'âge, le poids de base, le statut de fumeuse ou non-fumeuse, l'apport énergétique sans compter les apports dus à l'alcool, l'activité physique et d'autres facteurs diététiques et du style de vie.

- Après 13 ans de suivi, 41% des femmes souffraient de surpoids (BMI \geq 25) et 3,8% sont devenues obèses (BMI \geq 30)
- Il y avait une relation inverse entre la consommation d'alcool évaluée en début d'étude et la prise de poids. Les risques relatifs (RRs) d'atteindre un surpoids ou de devenir obèse étaient les suivants :
 - 0 g par jour, 1.00
 - 0 - 5 g par jour, 0.96
 - \geq 5 - < 15 g par jour, 0.86
 - \geq 15 - < 30 g par jour, 0.70
 - \geq 30 g par jour, 0.73
- Les risques relatifs concernant le fait de devenir obèse étaient les suivants :

- 0 g par jour, 1.00
- 0 - < 5 g par jour, 0.75
- \geq 5 - < 15 g par jour, 0.43
- \geq 15 - < 30 g par jour, 0.39
- \geq 30 g par jour, 0.29

Commentaires : Dans cette analyse bien conduite, les femmes qui consommaient entre 5 et 30 g d'alcool par jour (jusqu'à 3 boissons alcoolisées) avaient un risque moins élevé de souffrir de surpoids ou de devenir obèses que les femmes abstinentes, avec un risque environ 30% moins élevé pour celles qui consommaient \geq 15 g d'alcool par jour. Les buveuses modérées montraient même une plus grande réduction du risque de devenir obèses. Ces résultats vont dans le sens d'études préalables qui suggéraient que les femmes qui consomment des quantités modérées d'alcool sont moins susceptibles de prendre du poids au cours du temps que les non-buveuses. Le mécanisme d'un tel effet et la question de savoir si une telle relation inverse est présente également chez les hommes demeurent obscurs.

Dr Cécilia Fiori
(traduction française)
R. Curtis Ellison, MD
(version originale anglaise)

Référence : Wang L, Lee IM, Manson JE, et al. Alcohol consumption, weight gain, and risk of becoming overweight in middle-aged and older women. *Arch Intern Med*. 2010 ; 170(5) :453.61

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques est une lettre d'information gratuite diffusée en version anglaise par Boston Medical Center, soutenue par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux Etats-Unis). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'Ecole de Médecine et de Santé Publique de l'Université de Boston.

La version originale de la lettre d'information est disponible sur le site internet www.aodhealth.org.

Sont également disponibles sur ce site en version anglaise des présentations à télécharger, ainsi qu'une formation gratuite au dépistage et à l'intervention brève.

Visitez
www.alcoologie.ch
pour consultez la lettre d'information en ligne, et vous y inscrire gratuitement !

Les journaux les plus régulièrement consultés pour la lettre d'information sont :

Addiction
Addictive Behaviors
AIDS
Alcohol
Alcohol & Alcoholism
Alcoologie et Addictologie
Alcoholism: Clinical & Experimental Research
American Journal of Drug & Alcohol Abuse
American Journal of Epidemiology
American Journal of Medicine
American Journal of Preventive Medicine
American Journal of Psychiatry
American Journal of Public Health
American Journal on Addictions
Annals of Internal Medicine
Archives of General Psychiatry
Archives of Internal Medicine
British Medical Journal
Drug & Alcohol Dependence
Epidemiology
European Addiction Research
European Journal of Public Health
European Psychiatry
Journal of Addiction Medicine
Journal of Addictive Diseases
Journal of AIDS
Journal of Behavioral Health Services & Research
Journal of General Internal Medicine
Journal of Studies on Alcohol
Journal of Substance Abuse Treatment
Journal of the American Medical Association
Lancet
New England Journal of Medicine
Preventive Medicine
Psychiatric Services
Substance Abuse
Substance Use & Misuse

Pour d'autres journaux évalués périodiquement consultez :
www.aodhealth.org

Pour plus d'information contactez :

Alcool, autres drogues et santé :
connaissances scientifiques
actuelles
Service d'alcoologie
CHUV-Lausanne
info.alcoologie@chuv.ch