Colloque Médecine de Premier Recours

Mon patient boit trop:

Trop, c'est combien ? Que faire ?

4 mars 2020
Dr Thierry Favrod-Coune, UDMPR
Dr Stéphane COURT, AMGE

Hôpitaux Universitaires Genève

Vignette Clinique

- M. Ricard, 55ans
- MC : check up
- ATCD : hypertension traitée, surpoids, SAS appareillé
- Consomme 4 verres de vin/j parfois une bière. 30 unités/sem

Vignette Clinique

- Boit avec les amis les collègues après le travail, parfois seul.

- Rarement un jour sans alcool mais arrête parfois plusieurs jours.

- Pas de conséquences négatives prof ou familiales.

- Il pense qu’il boit trop mais ne pense pas être alcoolique. Son épouse aurait bien voulut qu’il diminue.

- Il ne se voit toutefois pas arrêter complètement la consommation.

- Il vous demande si vous pouvez l’aider.

Vignette Clinique

- Comment évaluer la consommation d’alcool ?
- Quelles sont les limites de consommation en 2020 ?
- Quelle prise en charge proposer ?

  - Comment aborder le problème ?

  - Abstinence ou réduction ?

  - Programme de consommation contrôlée ?

  - Médicaments ?

Objectifs

- Comment évaluer la consommation ?
- Nouvelles limites de consommation d'alcool à moindre risque
- Les différents axes de prises en charge
  - Comment en parler …
  - Objectifs de consommation
  - Mes Choix (Alcool)
  - Médicaments

Hôpitaux Universitaires Genève

Classification selon méfaits (société)

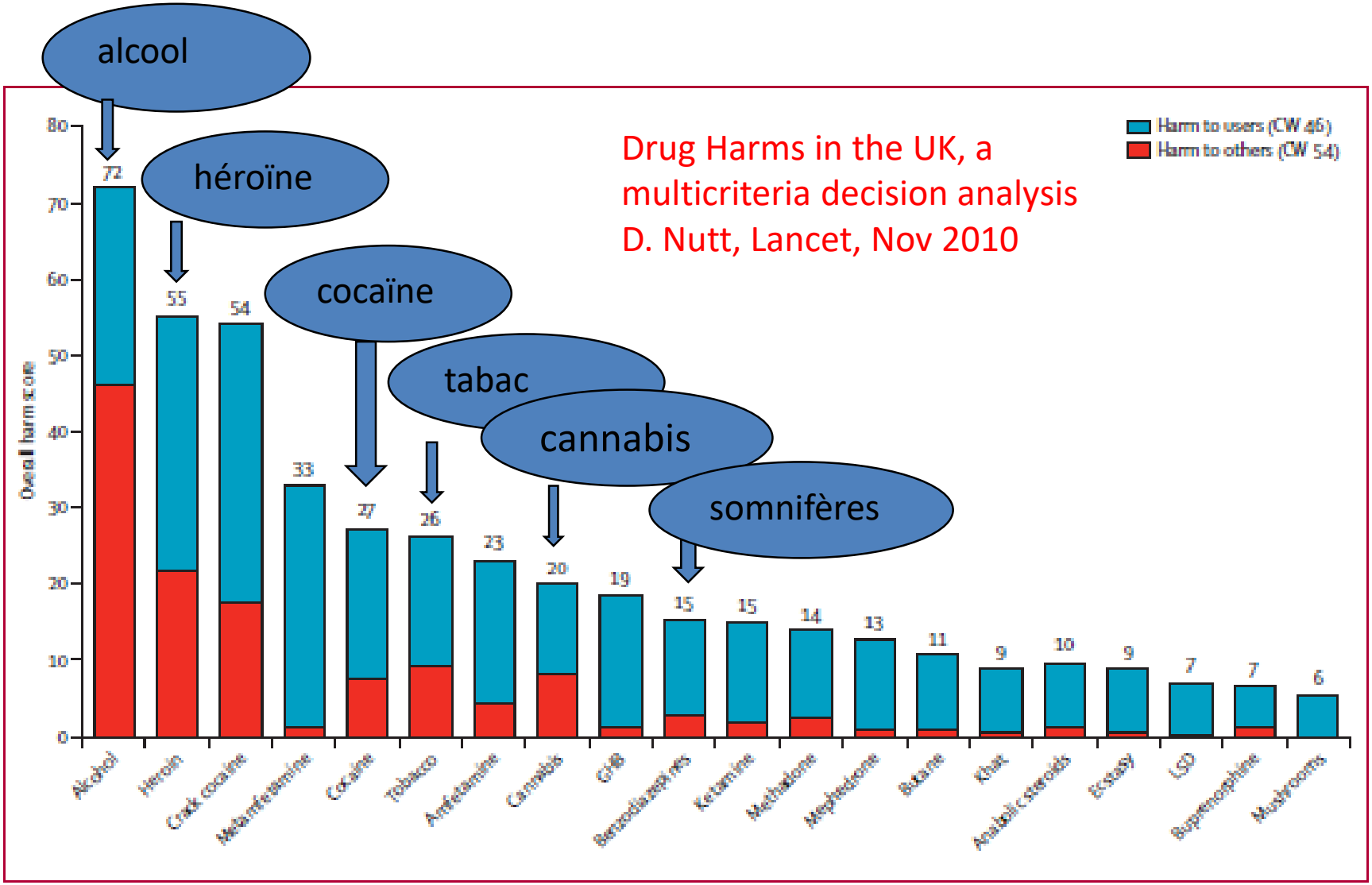


Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others
The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Trop ? Comment avez-vous évalué ?

- Anamnèse :
  - Fréquence de la consommation
  - Nb de verre(s) par jour «standard»
  - Nb de verres par jour «festif»

U par sem.

- ACME
- AUDIT ?
- CIM-10 (dépendance)

Spectrum of Drug Use

Non-problematic

- recreational, casual or other use that has negligible health or social impact

Dependent

- use that has become habitual and compulsive despite negative health and social impacts

Beneficial

- use that has positive health, spiritual or social impact
- e.g. medical psycho-pharmaceuticals; coffee to increase alertness; moderate consumption of red wine; sacramental use of ayahuasca or peyote

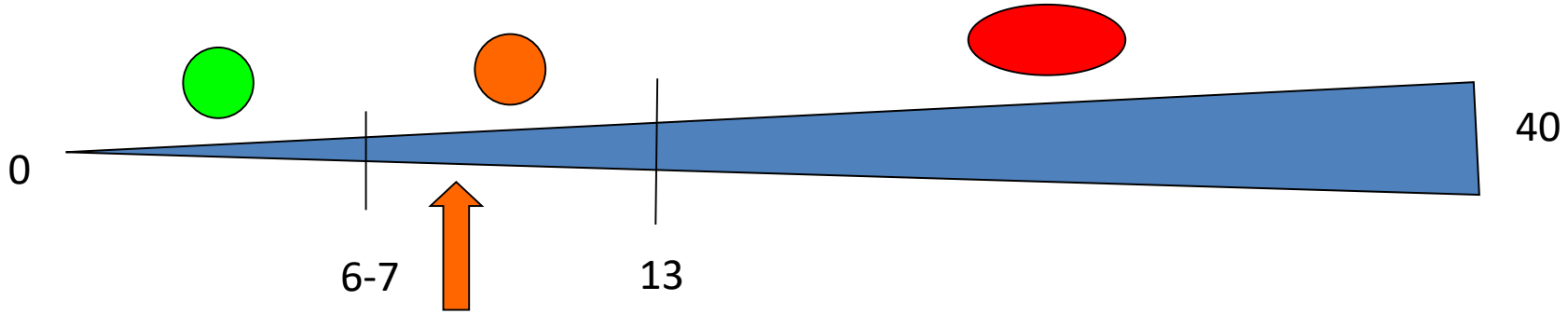
Problematic

- use that begins to have negative health consequences for individual, friends/family, or society
- e.g. impaired driving; binge consumption; harmful routes of administration

AUDIT

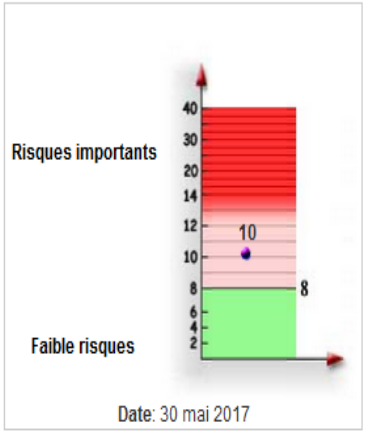
Sens 0.9 Spec 0.8
Saunders JB
Addiction 1993; 88: 791-804.

- Questionnaire OMS
- Dix questions
- Permet d'identifier trois types de consommation d'alcool :
  - non-problématique: score <=6 pour l'homme, <=5 pour la femme
  - excessive: score 7 à 12 pour l'homme , 6 à 12 pour la femme
  - risque d'alcoolo-dépendance : >= 13 points



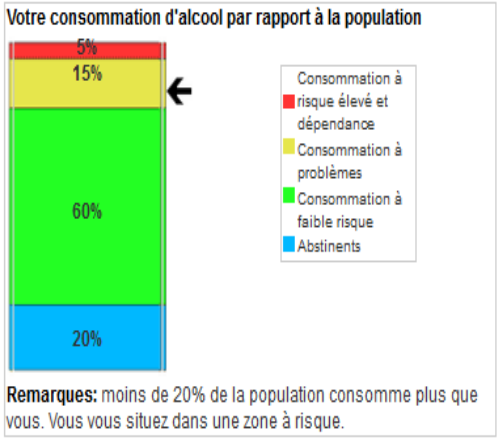
Vous vous identifiez comme un homme de 42 ans.
C'est le 1 premier test AUDIT que vous effectuez.

Le score total de votre test est de 10.



D'après les informations que vous nous apportez, **votre consommation habituelle est d'environ 27 verres standard par semaine** .

Vous buvez de l'alcool en une quantité ou d'une façon qui peut sembler normale dans votre environnement, mais qui à terme raccourcit votre espérance de vie et nuit à votre santé. C'est le cas d'environ un cinquième de la population en Suisse.



Usage problématique de substances psycho-actives (CIM-10)

- **Usage nocif pour la santé:** Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques
- **Dépendance** (au moins 3 critères/6 dans dernière année) :
  - désir puissant / perte de contrôle
  - tolérance / symptômes de sevrage à l'arrêt
  - abandon autres activités / poursuite consommation malgré effets négatifs

Consommation à faible risque

1. Combien de jour sans alcool ?
2. Combien de verres d'alcool par semaine ?
   - Femmes ?
   - Hommes ?
3. Combien de verre ne pas dépasser ?
   - Femmes ?
   - Hommes ?
4. Quand ne pas consommer ?

LIMITES DE CONSO à FAIBLE RISQUE Addiction Suisse POUR L'ALCOOL

ADDICTION | SUISSE

FEMMES

- MAX. 5 VERRES STANDARD PAR SEM.
  Ou 1 verre par jour

et, exceptionnellement

- MAX. 4 VERRES STANDARD PAR JOUR

HOMMES

- MAX. 10 VERRES STANDARD PAR SEM.
  Ou 2 verres par jour

et, exceptionnellement,

- MAX. 5 VERRES STANDARD PAR JOUR

PLUSIEURS JOURS SANS ALCOOL PAR SEMAINE

PAS D'ALCOOL dans certaines circonstances (grossesse ou désir de, travail, conduite, sport, …)

1 VERRE STANDARD CONTIENT 10 g. d' ALCOOL (25 cl de bière à 5°, 10 cl de vin à 12°, 7 cl d'apéritif à 20°, 3 cl d'alcool à 40°)

https://www.consommationdalcool.ch/pour-les-concernes
+ Qu'est-ce qu'une consommation à faible risque?

UK Medical Officer 2016:

- Max 11 unités par semaine, H&F

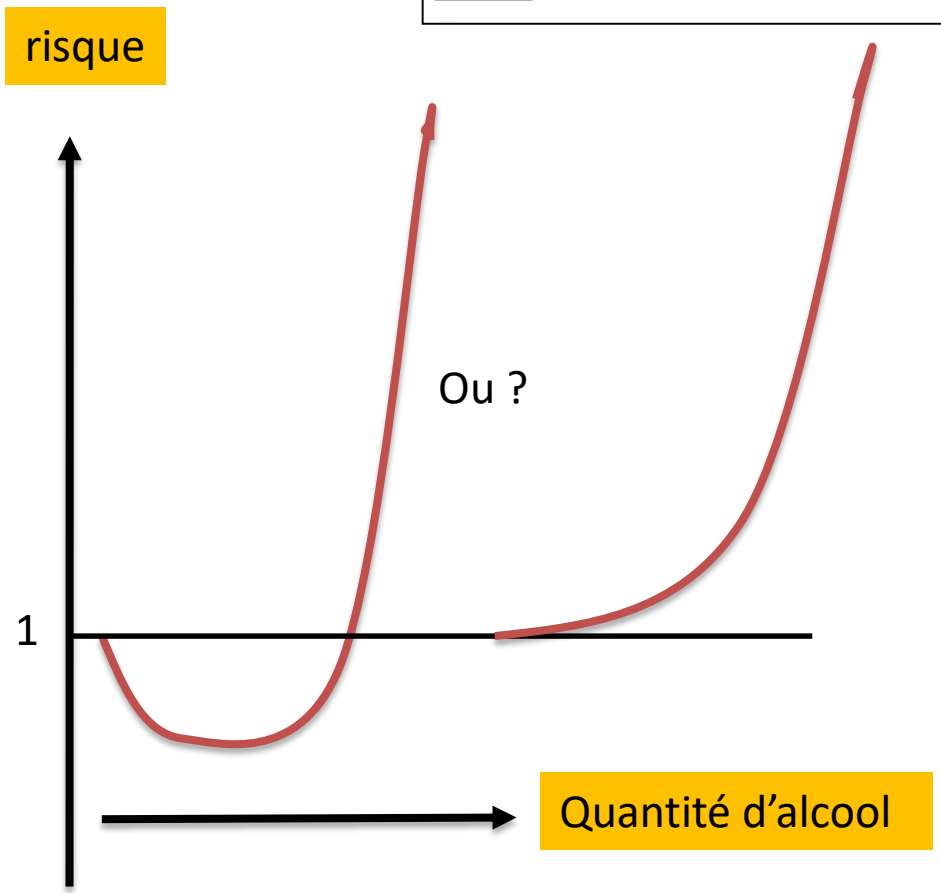
- Ne pas boire tous les jours

Alcool et santé: La peau de chagrin !

BMJ. 2015 Feb 10;350:h407. doi: 10.1136/bmj.h407.

Alcohol's evaporating health benefits.

Daube M[1].



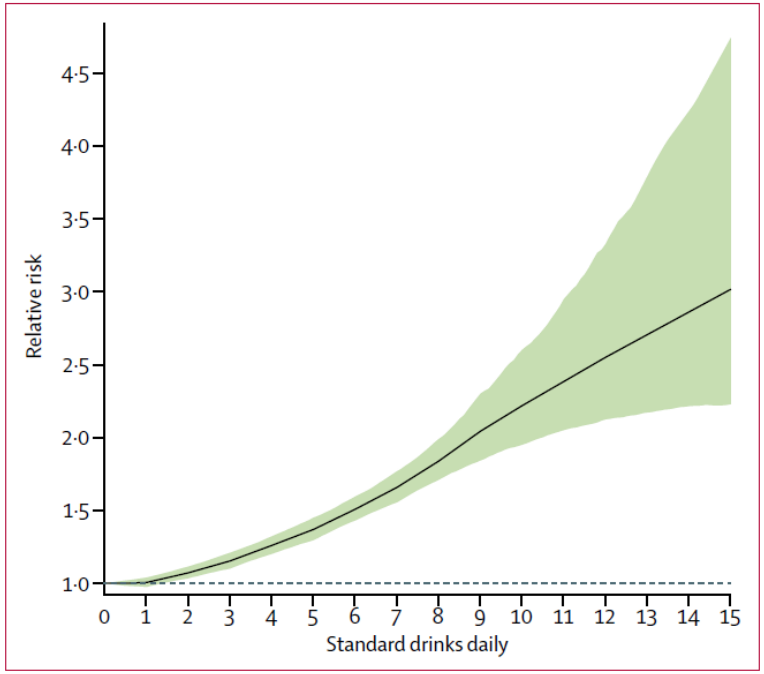


Figure 5: Weighted relative risk of alcohol for all attributable causes, by standard drinks consumed per day

Knott CS et al.

All-cause mortality and the case for age specific alcohol consumption guidelines: pooled analyses of up to 10 population based cohorts

BMJ 2015;350:h384

GBD 2016 Alcohol Collaborators

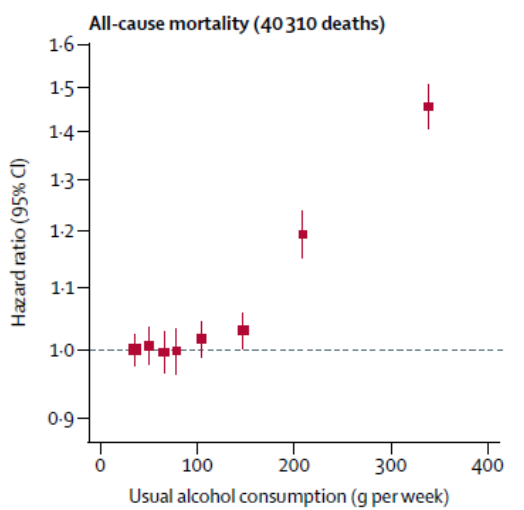
Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016

The Lancet 2018; epub

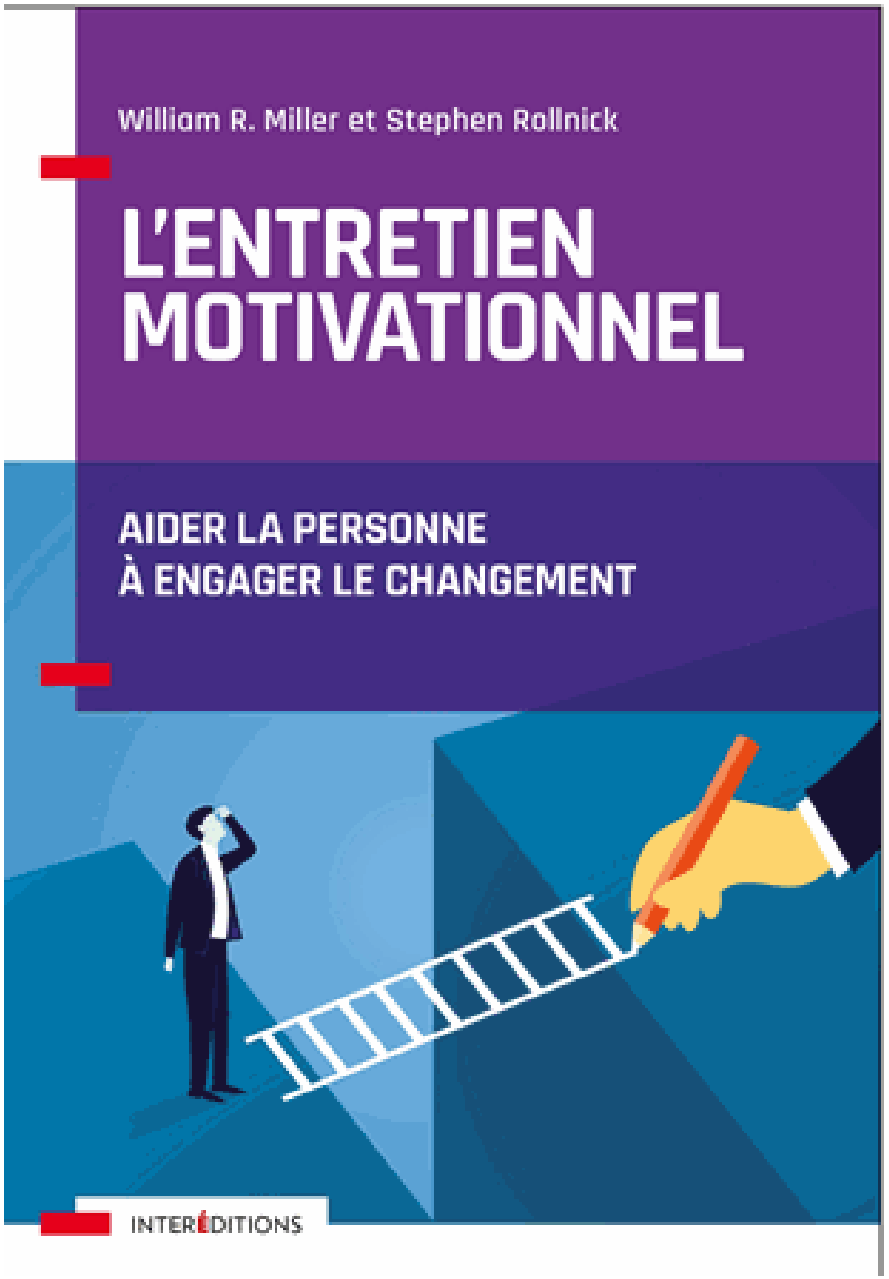
Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies

Findings In the 599 912 current drinkers included in the analysis, we recorded 40 310 deaths and 39 018 incident cardiovascular disease events during 5·4 million person-years of follow-up. For all-cause mortality, we recorded a positive and curvilinear association with the level of alcohol consumption, with the minimum mortality risk around or below 100 g per week. Alcohol consumption was roughly linearly associated with a higher risk of stroke (HR per 100 g per week higher consumption 1·14, 95% CI, 1·10–1·17), coronary disease excluding myocardial infarction (1·06, 1·00–1·11), heart failure (1·09, 1·03–1·15), fatal hypertensive disease (1·24, 1·15–1·33); and fatal aortic aneurysm (1·15, 1·03–1·28). By contrast, increased alcohol consumption was log-linearly associated with a lower risk of myocardial infarction (HR 0·94, 0·91–0·97). In comparison to those who reported drinking >0–≤100 g per week, those who reported drinking >100–≤200 g per week, >200–≤350 g per week, or >350 g per week had lower life expectancy at age 40 years of approximately 6 months, 1–2 years, or 4–5 years, respectively.

Interpretation In current drinkers of alcohol in high-income countries, the threshold for lowest risk of all-cause mortality was about 100 g/week. For cardiovascular disease subtypes other than myocardial infarction, there were no clear risk thresholds below which lower alcohol consumption stopped being associated with lower disease risk. These data support limits for alcohol consumption that are lower than those recommended in most current guidelines.



Wood AM et al.
Lancet 2018; 391: 1513–23



- Tout changement est difficile…
- Le changement vient de l'autre (mais l'union fait la force)
- Attention à la dissonance

L'esprit de l'EM

- L'acceptation, l'empathie
- Le partenariat
- La bienveillance
- L'évocation

Intervention brève
Les 6 A

Sommer J, Rieder A, Gache P.
RMS 2007; 126(3): 32597

<u>Posture</u> :

Non-jugement
Bienveillance
Empathie
Autonomie
Partenariat

Tableau 1. L'intervention brève motivationnelle
* nouvelle étape proposée.

Agenda*	• S'assurer de l'accord du patient • Définir le comportement à discuter en priorité
Evaluer l'ambivalence (Assess)	• Explorer l'ambivalence en cherchant à faire surgir du discours un changement (raisons de changer et confiance en soi) • Comprendre le vécu : les croyances, représentations, connaissances et expériences antérieures • Quantifier la consommation
Aviser, conseiller (Advise)	• Informer en respectant les trois phases (explorer, informer, explorer)
Accord (Agree)	• Définir ensemble des objectifs (réalistes et atteignables) en précisant la première étape • Clarifier les méthodes de changement
Aider (Assist)	• Clarifier et valoriser les ressources internes (qualités, ressources) et les ressources externes (réseau, entourage, soignants) • Anticiper les barrières
Arranger, organiser (Arrange)	• Définir les modalités de suivi • Définir les méthodes d'évaluation des résultats et les échéances

Abstinence ou Consommation contrôlée ?

CC = objectif de choix pour les consommateurs excessifs.

- Est probablement possible pour 10-15% des personnes dépendantes…
  - Dépendance moins grave
  - Dépendance moins vieille
  - Dépendance qui a fait moins de dégâts

?

- N’est pas antinomique de l’abstinence !!!

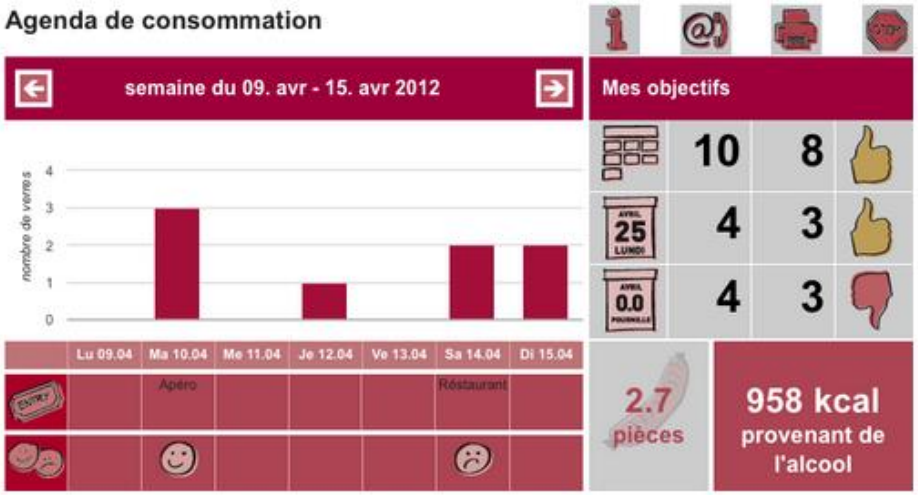
Home » Agenda de consommation

deutsch | français | english

- Test
- Agenda de consommation
- Login
- Questions fréquentes (FAQ)
- Feedback
- Services spécialisés

Agenda de consommation

A l'aide de cet agenda de consommation, vous pouvez observer votre consommation d'alcool pendant un certain temps, fixer et adapter chaque semaine vos objectifs.



Pour accéder à vos données dans cet agenda, il faut vous enregistrer avec une adresse courriel valable. Après l'enregistrement, vous pourrez vous connecter sous "login" et saisir vos consommations dans l'agenda.

L'agenda de consommation est disponible en tant qu'application - en savoir plus.

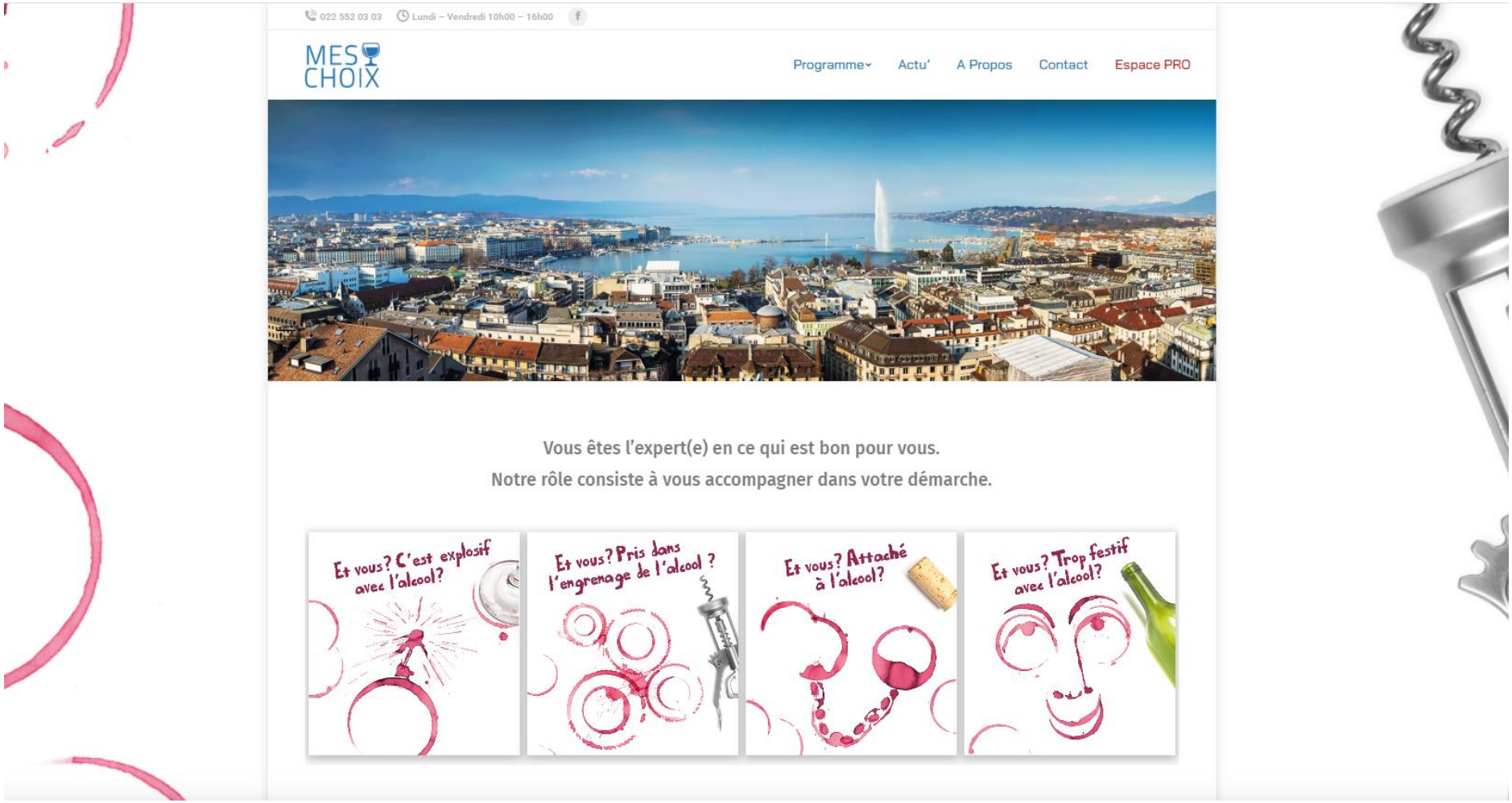
Tutoriel.

www.mydrinkcontrol.ch/fr

Si cela ne fonctionne
Pas…

C’est de vous que
Dépend d’atteindre
Les bénéficaires
De ce type de
Programmes …

meschoixalcool.ch



022 552 03 03
10-16h

Mes Choix Alcool: Contenu

- Appel – Orientation
- 6 parties d'une semaine
- 3 formes possibles
  - autonome, accompagnée, groupe
- Auto-observation / Situation à risques
- Stratégies / Objectifs personnalisés
- Plaisirs / Besoins / Plan d'urgence

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Carrefour addictions

CIPRET PRÉVENTION TABAC FEGPA PRÉVENTION ALCOOL RNVP PRÉVENTION JEUX

022 552 03 03
10-16h

DRUGS IN CONTEXT
RIGOROUS • RAPID • RESPONSIVE

A continuous publication, open access, peer-reviewed journal

ACCESS ONLINE

REVIEW

Practical outpatient pharmacotherapy for alcohol use disorder

Youngjung Kim[1], Laura M Hack[2], Elizabeth S Ahn[3], Jungjin Kim[2]

[1]Department of Psychiatry, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA; [2]Department of Psychiatry, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; [3]Department of Psychiatry, University of Florida School of Medicine, Gainesville, FL, USA

Abstract

Alcohol use disorder (AUD) is commonly encountered in clinical practice. A combination of psychosocial intervention and pharmacotherapy is the cornerstone of AUD treatment. Despite their efficacy, safety and cost-effectiveness, clinicians are reluctant to prescribe medications to treat individuals with AUD. Given the high rate of relapse with psychosocial intervention alone, increasing patient access to this underutilized treatment has the potential to improve clinical outcome in this difficult-to-treat population. Herein, we provide practical pharmacotherapy strategies to improve treatment outcome for AUD. We review the efficacy and side effects of both on- and off-label agents with a particular focus on clinical applicability. Recommendations are supported by findings from randomized controlled trials (RCT) and meta-analyses selected to be representative, where possible, of current treatment guidelines. The goal of this paper is to help readers use pharmacotherapy with greater confidence when treating patients with AUD.

Keywords: alcohol use disorder, alcoholism, addiction, pharmacotherapy.

Citation

Kim Y, Hack LM, Ahn ES, Kim J. Practical outpatient pharmacotherapy for alcohol use disorder. Drugs in Context 2018; 7: 212308.
DOI: 10.7573/dic.212308

Introduction

Alcohol use disorder (AUD) is a serious public health threat. It causes significant morbidity and mortality. Moreover, the economic burden of alcohol-related societal harm is nearly $250 billion annually in the United States (US) alone [1]. AUD as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [2] is common with a lifetime prevalence of 29.1% [3]. The high prevalence of AUD and alcohol-related death worldwide warrants a focus on improving screening, treatment and access to care [4].

The mainstay of AUD treatment is psychosocial intervention [5,6]. However, unfortunately, the relapse rate is higher with psychosocial intervention alone as compared to in combination with pharmacotherapy [7]. This suggests a clear role for pharmacotherapy, used in conjunction with psychosocial treatment, to reduce relapse rates. A number of AUD medications have demonstrated reduction in heavy drinking and prolonged periods of abstinence [8]. Three medications are approved by the US Food and Drug Administration (FDA) for AUD treatment: disulfiram, oral and extended-release injectable naltrexone and acamprosate. Two other agents, gamma-hydroxybutyric acid and nalmefene, are approved in Europe. Several other agents are used off-label to treat the symptoms of AUD.

Despite their efficacy and cost-effectiveness, however, clinicians are often reluctant to prescribe medications to treat AUD. Fewer than 20% of people treated for AUD are prescribed FDA-approved medications at substance abuse treatment facilities and this is likely to be even lower for off-label agents [9,10]. Lack of knowledge or familiarity with the medications and doubts about their effectiveness may contribute to such a low utilization rate. Given the high rate of relapse and associated health and social burden, expanding awareness and knowledge of pharmacotherapeutic options, including off-label agents, has the potential to improve clinical outcome for individuals with AUD. This paper is a synthesized editorial to improve the readers' comfort level in prescribing medications to treat AUD, particularly for decreasing alcohol use and maintaining abstinence. We provide practical pharmacotherapeutic strategies to optimize treatment outcomes that are grounded in empirical evidence and incorporate consideration of comorbidities and side-effect profiles.

Indication for pharmacotherapy and goal-setting

Most of the extant clinical trials were conducted on recently abstinent individuals with a DSM-IV-TR diagnosis of alcohol

«Moins de 20% Des patients Traités pour un Problème D'alcool sont Traités par des Médicaments Approuvés Par la FDA»

Les médicaments

- Acamprosate 2-3 x 2 cp (333 mg) par jour
  - Si visée abstinence, bien toléré (sympt. dig.)
- Naltrexone ½-1 cp par jour (50 mg)
  - Pour diminution conso. Ou promotion abstinence
  - Nausée, vomissement, dépression
  - Cave hépato-toxicité, opiacés ! Carte ttt.
- Nalmefene 1cp (18 mg) par jour – Uniquement dim. conso
  - Comme Naltrexone mais plus cher !
- Disulfiram ½-1 cp (400 mg) par jour ou 2 jours, prise cont.
  - Si visée abstinence, Nausées, vomissement, goût met.
  - Hépatotoxicité, (psychose, hypotension)
- Autres… (topiramate, gabapentine, odansétron, …)
- Référer…

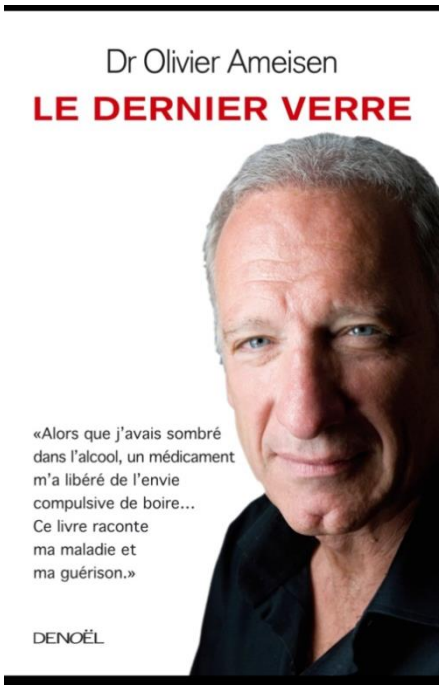
NNT = 9

Kim Y, Hack LM, Ahn ES, Kim J.
Practical outpatient pharmacotherapy for alcohol use disorder.
Drugs in Context 2018; 7: 212308.

Baclofen

Baclofen	Begin at 5 mg three times daily, may increase up to 10 mg three times daily	Dizziness, drowsiness, fatigue, weakness, **CNS depression, respiratory depression, seizures**	- Indicated for spasticity - Non-FDA use for intractable hiccups

Off label, max 85-90 mg/j selon Compendium, cave conduite vhc.



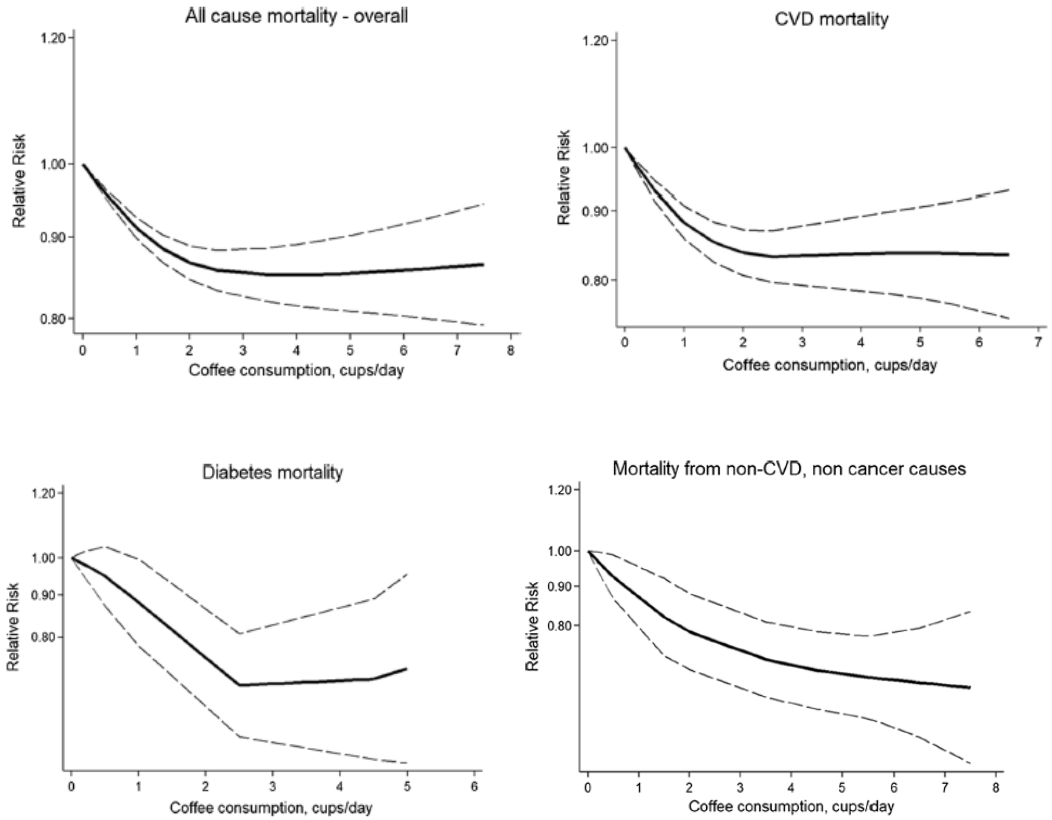
1. APLAD Study, Müller, 2015 (N=28) : +
2. EFFICACY AND SAFETY OF HIGH-DOSE BACLOFEN…, Beraha, 2016: -
3. BACLOVILLE (np), Jaury, 2017 : + mais….
4. ALPADIR (np), Reynaud, 2017 : -

→ En dernier recours si bonne tolérance probable…

Conclusion
Pas d'alcool mais du… : Café !

Table 2 Summary of pooled relative risks (RR) of all cause-and cause-specific mortality for coffee consumption

	No. of studies	RR	95% CI	Heterogeneity	
				I^2	P value
All-cause mortality					
High versus low	35	0.88	0.84–0.92	76.6	<0.001
Per 1 cup/day	30	0.97	0.96–0.98	83.3	<0.001
CVD mortality					
High versus low	29	0.87	0.82–0.94	49.5	0.001
Per 1 cup/day	24	0.96	0.95–0.97	59.8	<0.001
Cancer mortality					
High versus low	23	0.99	0.94–1.04	57.9	<0.001
Per 1 cup/day	20	0.99	0.99–1.00	70.5	<0.001
Respiratory disease mortality					
High versus low	9	0.90	0.75–1.07	75.6	<0.001
Per 1 cup/day	8	0.95	0.92–0.98	75.9	0.001
Diabetes mortality					
High versus low	4	0.76	0.65–0.90	0.0	0.59
Per 1 cup/day	3	0.91	0.88–0.95	27.4	0.25
Non-CVD, non-cancer causes mortality					
High versus low	5	0.65	0.51–0.83	52.1	0.08
Per 1 cup/day	5	0.93	0.91–0.96	5.9	0.38



Coffee consumption and all-cause and cause-specific mortality: a meta-analysis by potential modifiers

Youngyo Kim[1] · Youjin Je[1] · Edward Giovannucci[2]

European Journal of Epidemiology (2019) 34:731–752