

Alcool et comorbidités psychiatriques: que peut-on faire?

Dr. A. Dervaux, MD, PhD

a.dervaux@ch-sainte-anne.fr

- **Service d'Addictologie (Dr X Laqueille) CH Sainte-Anne Paris**
- **INSERM, Laboratoire de Physiopathologie des maladies Psychiatriques, Centre de Psychiatrie et Neurosciences, U894, Paris 5 (Pr. MO Krebs)**

Alcool et comorbidités psychiatriques

- 1) Aspects épidémiologiques**
- 2) Caractéristiques des patients à double diagnostic**
- 3) Impact de l'alcool sur l'évolution des troubles psychiatriques**
- 4) Aspects thérapeutiques**
- 5) Cas clinique**

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Fréquence des troubles psychiatriques dans l'alcoolodépendance

- **NESARC : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions**
- **Comorbidités psychiatriques chez les sujets alcoolodépendants (population générale, n= 43 000) [Grant et al. Arch Gen Psychiatry 2004;61:807-16]**

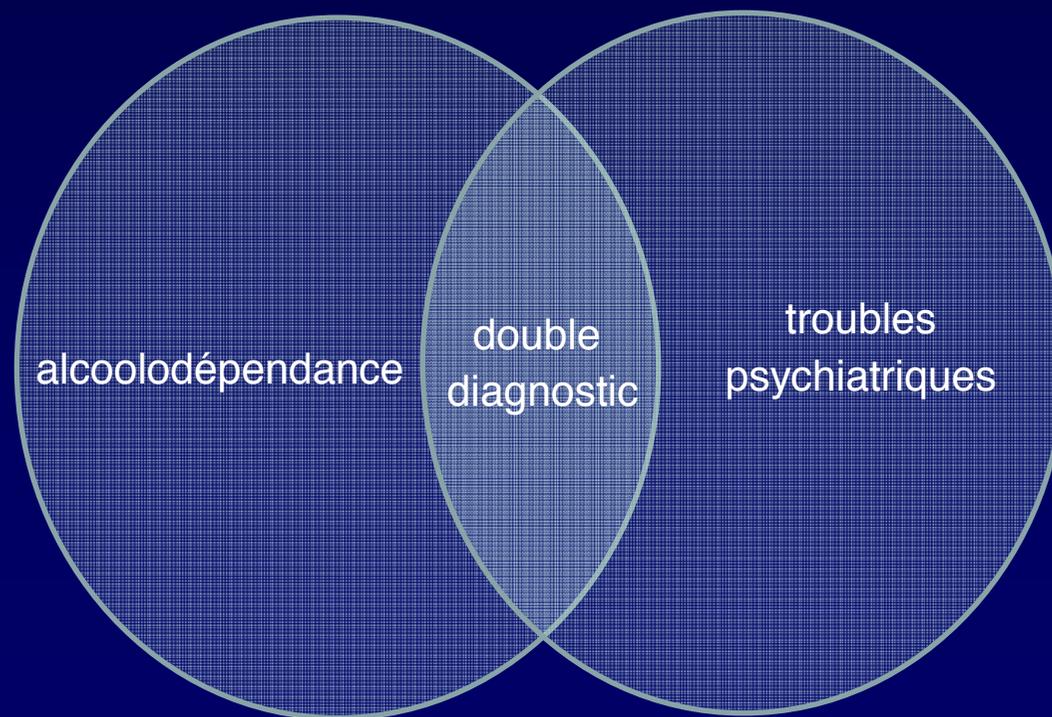
	Fréquence récente (12 mois)
Troubles dépressifs	25%
Troubles anxieux	23,5%
Episode maniaque	8%
Troubles psychotiques	4%
Troubles de la personnalité	40%
TP psychopathique	18%

Fréquence de l'alcoolodépendance chez les patients présentant des troubles psychiatriques

- **Alcoolodépendance chez les patients psychiatriques**

	Fréquence récente (12 mois)
Troubles dépressifs (NESARC, <i>Grant 2004</i>)	11%
Troubles anxieux (NESARC, <i>Grant 2004</i>)	8%
Episodes maniaques (NESARC, <i>Grant 2005</i>)	18%
Troubles psychotiques (méta-analyse <i>Koskinen 2009</i>)	10%
TP psychopathique (NESARC, <i>Grant 2004</i>)	19%

Caractéristiques des patients à double diagnostic



Caractéristiques des patients avec comorbidités addictions + troubles psychiatriques

- ▶ **Impulsivité**
- ▶ **Alexithymie**
- ▶ **Expression symptomatique comportementale des troubles psychiatriques**
- ▶ **Désorganisation du comportement**
- ▶ **Situations de crises**
- ▶ **↗ du risque suicidaire, de la violence, la désinsertion sociale, problèmes médico-légaux, ↗ la fréquence des réhospitalisations**
- ▶ **Difficultés à s'inscrire dans les schémas classiques de soins**

Impulsivité

- **Fréquente chez les patients avec addictions** [*Allen 1998 ; de Wit 2009 ; Johnson 1996, Sher et Trull 1994 ; Rogers et al. 2010 ; Vangsness et al., 2005*]
- **Favorise l'émergence des conduites addictives et favorise les rechutes après sevrage** [*Crews et al., 2009 ; Lejuez et al. 2010*]

Impulsivité et troubles de la personnalité antisociale

- Trouble de personnalité antisociale (DSM-IV, DSM-5)
= personnalité dyssociale (CIM-10) = psychopathie
- Le + fréquent chez les patients avec addictions +++
- NESARC: 18% des sujets alcoolodépendants *[Grant et al. 2004]*
- Population générale: 3% (USA) *[Regier et al 1990]* 0,7% (Europe) *[Torgersen et al 2001]*

Impulsivité et troubles de personnalité état-limite (= borderline)

- **NESARC : prévalence vie entière du trouble de personnalité état limite chez les sujets alcoolodépendants: 16%, OR = 3,9 (IC99%: 3,33-4,64) [Grant et al. 2008]**
- **Méta-analyse études cliniques : 14% dans l'abus/dépendance à l'alcool (n = 1337 patients) [Trull et al. 2000]**

Alexithymie

- **Difficulté ou incapacité à exprimer ses émotions, sentiments et affects**
- **Au lieu de décrire des sentiments et des affects, décrit des sensations physiques** *[McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. Revue Française de Psychanalyse 2004; 68: 511-527]*
- **63% des patients alcoolodépendants** *[Guilbaud et al. 2002; Taieb et al. 2002]*
- **10-20% en population générale** *[Guilbaud 2002, Taylor 1990, Troisi 1999]*

Expression symptomatique des troubles psychiatriques: sur un mode comportemental

- **Expression symptomatique de la dépression chez les sujets alcoolodépendants :**
 - Irritabilité [*STAR-D: Davis et al. 2006*]
 - Conduites de risques [*Havard et al. 2006*]
 - Comportements agressifs
 - Conduites suicidaires [*STAR-D: Davis et al. 2006*]

 - Intoxications massives
 - Réveil de l'appétence pour les substances

Leventhal AM et al. Agitated depression in substance dependence. Drug Alcohol Depend 2011;116:163-9

Expression symptomatique des troubles psychiatriques: sur un mode comportemental

- **Signes dépressifs habituels au 2^{ème} plan du tableau clinique :**
 - tristesse
 - ralentissement
 - perte de l'élan vital
 - auto-dévalorisation
 - etc...

Conduites suicidaires

- **Risque suicidaire ↗ dans l'alcoolodépendance +++** *[Brady 2006; Sher 2006]*
- **Suicides plus fréquents au décours ivresse**

Antécédents de troubles post-traumatiques

- **Nombreuses études : les troubles post-traumatiques favorisent les conduites addictives** *[Hasin 2012]*
- **Fréquence des des traumatismes psychologiques**
- **2 à 9 x plus fréquentes dans les addictions**
- **Comparés aux sujets témoins**

Wu et al. Addictive Behaviors 2010; 35:68-71

Fréquence des troubles de l'attachement dans les addictions

- Fréquents +++++
- 67% des patients alcoolodépendants [*Wedekind et al. 2013*]
- Revue: 10 études adolescents + 13 études adultes [*Schindler et al. 2014*]
- Troubles de l'attachement :
 - Inséure-évitant
 - Inséure-désorganisé
 - Inséure-ambivalent.

Impact de l'alcool sur l'évolution des troubles psychiatriques

Impact sur les troubles anxieux

- **NESARC : troubles anxieux comorbides souvent primaires :**
[Kessler et al. 1997; Grant et al. 2005; Conway et al. 2006]
 - **Attaques de panique : 6,5%**
 - **Phobies sociales: 6,3%**
 - **Troubles anxieux généralisés : 5,7%**
- **Alcool: aggravation +++ à long terme** *[Carrigan & Randall 2003]*

Symptomatologie de sevrage

- **Alcoolodépendance : symptômes anxieux (tension, irritabilité...) liée à la symptomatologie de sevrage**
- **Anxiété matinale, après sevrage nocturne, calmée par l'alcool**

Impact sur les troubles dépressifs

- **Alcoolodépendance → 90 % de dépressions secondaires**
- **Addictions et troubles dépressifs s'aggravent mutuellement** *[Davis et al. 2007 ; Lyons et al. 2006 ; Najt et al. 2011 ; Quello et al. 2005]*

Impact sur les troubles bipolaires

- **Virages thymiques + fréquents** [*Ostacher 2010; Jaffee 2009; Vieta 2009*]
- **Rémissions de moins bonne qualité**
- **Accélération des cycles : ↗ fréquence des cycles rapides (> 4 épisodes/an) et états mixtes** [*Swann 2010*]
- **Risque suicidaire + ↗** [*Oquendo 2010; Agrawal 2011; Finseth 2012; Leclerc 2013; Pawlak 2013*]

Impact sur les troubles schizophréniques

- Aggravation des troubles positifs +++ → méta-analyse 23 études (n= 1565) *[Mullin et al. 2012]*
- Notamment idées délirantes et des hallucinations *[D'Souza et al. 2005, Negrete et al. 1986, Cleghorn 1991]*
- Aggravation des troubles cognitifs, avec impact fonctionnel après l'âge de 40 ans
- IRM: perte de substance grise cérébrale *[Mathalon et al. 2003, Nesvag et al. 2006, Sullivan et al. 2003]*
- ↗ le risque suicidaire *[Bartels et al. 1992, Soyka et al. 1993]*
- Observance aux traitements moins bonne *[Linszen et al. 1994]*
- ↗ le risque de rechutes *[Hides et al. 2006; Linszen et al. 1994]*

Alcoolodépendance : troubles cognitifs

- **Mémoire**
 - **Concentration**
 - **Fonctions exécutives**
 - **Inhibition comportementale**
-
- *Pitel AL et al. Alcohol Clin Exp Res 2008;32:1229-41.*

QUE PEUT-ON FAIRE ?

**ASPECTS
THÉRAPEUTIQUES**

Patients à double diagnostic

- ▶ **Sous diagnostiqués et sous traités**
- ▶ **Impulsivité**
- ▶ **Désorganisation du comportement**
- ▶ **Observance aux traitements – bonne**
- ▶ **Recours fréquent aux structures d'urgence**
- ▶ **Difficultés à s'inscrire dans les schémas classiques de soins**

PRISE EN CHARGE

- **Beaucoup de patients à double diagnostic traités dans des services de psychiatrie, au risque d'une méconnaissance de la dimension addictologique**
- **Ou dans des services d'addictologie au risque d'une méconnaissance de la dimension psychiatrique**

PRISE EN CHARGE

- **C'est pourquoi certains auteurs ont insisté sur l'intérêt de traiter simultanément les troubles psychiatriques et les addictions, en associant étroitement les équipes psychiatriques + addictologiques.**
- **La prise en charge globale a pour effet une amélioration symptomatique (Méta-analyse 23 études, 1565 patients) *[Mullin et al. 2012]***

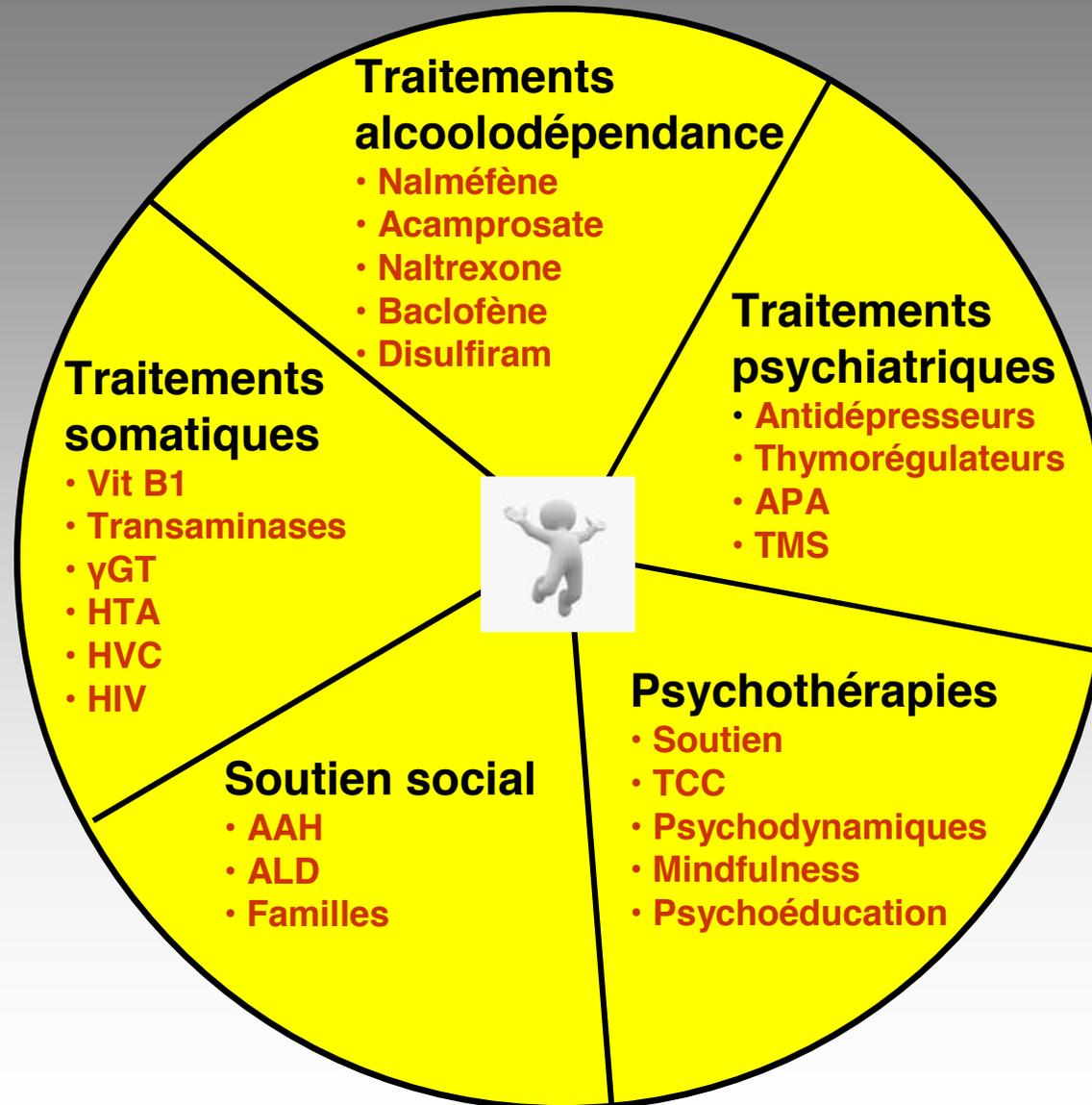
Modèle de Weiss : prise en charge des patients avec comorbidité alcoolodépendance/trouble psychiatrique

DeVido et Weiss Treatment of the depressed alcoholic patient. Curr Psychiatry Rep. 2012;14:610-8.

3 modalités de prise en charge de la comorbidité alcoolodépendance/ Dépression

- 1) Traitement séquentiel : le traitement optimal de la dépression chez un patient alcoolodépendant passe d'abord par le sevrage.**
- 2) Traitement simultané des troubles dépressifs par une équipe psychiatrique et de l'alcoolodépendance par une équipe addictologique.**
- 3) Traitement intégré des deux troubles par la même équipe.**

Traitement alcoolodépendance + trouble psychiatrique



Stade de motivation	Comportement	Prise en charge
Prochaska Diclemente Précontemplation	Le sujet n'a pas d'intention de modifier sa consommation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information sur l'alcool et les conséquences induites par la consommation. ▪ Information sur les options thérapeutiques ▪ Entretiens motivationnels
Contemplation	Sujet ambivalent au changement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretiens motivationnels
Préparation	Le sujet se prépare au changement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propositions de modalités de sevrage ▪ TCC: gestion du craving
Action	Le sujet est dans un processus d'arrêt de sa consommation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide au sevrage ▪ TCC
Consolidation	Le sujet a arrêté sa consommation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCC, médiation artistique, corps, Mindfulness +++ ▪ Prévention de la rechute

EVALUATION: EN PSYCHIATRIE

- **Evaluation systématique:**
- **Fréquence, quantités d'alcool/jour, alcoolisations massives (≥ 6 verres)**
- **Le patient se sent-il en difficulté avec l'alcool ?**
- **Exploration systématiques des autres antécédents addictologiques**
- **Antécédents addictologiques familiaux**
- **Troubles cognitifs discrets, notamment troubles de la concentration et de la mémoire**

EVALUATION: EN PSYCHIATRIE

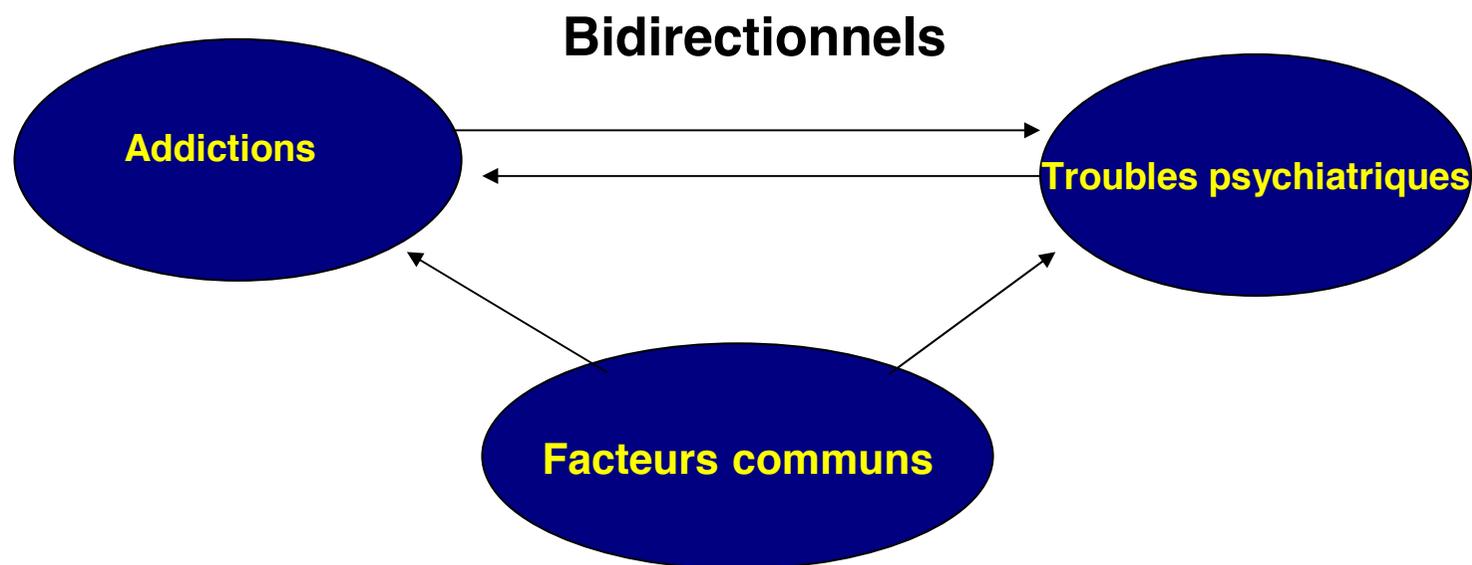
- **Parler de la consommation d'alcool avec un patient n'aggrave pas la situation, au contraire.**
- **En revanche, ne pas en parler risque de favoriser l'alcoolodépendance et ses complications.**

EVALUATION: EN ADDICTOLOGIE

- **Evaluation systématique:**
- **Exploration systématiques des antécédents psychiatriques**
- **Dépression, TS, « voix » ...**
- **HAD, Mood questionnaire, CAARMS**
- **Antécédents familiaux (troubles psychotiques...)**

EVALUATION : SENS DE COMORBIDITÉ

- Addictions primaires/troubles psychiatriques secondaires
- Troubles psychiatriques primaires/addictions secondaires, la substance servant d'automédication
- Ou facteurs communs



Stade de motivation	Prise en charge addictologique	Prise en charge psychiatrique		
Précontemplation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoéducation ▪ Entretiens motivationnels ▪ Nalméfène 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatique ▪ Syndrome métabolique ▪ Poids ▪ ASAT, ALAT ▪ γGT ▪ HTA ▪ HIV
Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretiens motivationnels 			
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalités de sevrage ▪ TCC 			
Action	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide au sevrage ▪ TCC 			
Consolidation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCC Prévention de la rechute ▪ Acamprosate, naltrexone ▪ Disulfiram, baclofène ▪ Médiation artistique, corps, ▪ Mindfulness +++ 			

Travail en réseau: intérêts

- **Complémentarité des approches**
- **Alternative à l'hospitalisation**
- **Optimisation des prises en charge (gains de temps+++)**
- **Prise en charge au plus près du lieu de vie et des besoins des patients**
- **Réduction des coûts**

Travail en réseau: obstacles

- **Evolution des situations rapide**
- **Manque de temps des professionnels,**
- **Difficultés de transmission des informations et de coordination entre les structures**
- **Chaque structure ou partenaire a ses règles, ses intérêts et ses habitudes de fonctionnement propres**
- **Valeurs dominantes de telle ou telle institution**

Cas clinique

- **Mr. X, âgé de 45 ans**
- **Adressé par CSAPA pour troubles du comportement**
- **Dépendance opiacée traitée par méthadone (70mg/jour), dépendance au cannabis et alcoolodépendance sévère (consommation déclarée d'alcool à 200g d'alcool pur/jour).**
- **Plusieurs hospitalisations**
- **Troubles psychotiques, avec épisodes délirants à mécanismes interprétatifs, hallucinatoires et à thème de persécution et hostilité marquée**

Cas clinique

- **Au début de la prise en charge psychiatrique et addictologique : cirrhose hépatique mixte, alcoolique et virale (HVC)**
- **Score de Child = 10, varices œsophagiennes de grade II, et épisodes d'encéphalopathie hépatique**
- **Pathologie stabilisée après hospitalisation en Médecine Interne, pour 1^{er} épisode de décompensation œdémato-ascitique.**
- **Alpha-foeto-protéine N (2,3 ng/ml)**
- **Hépatite virale C, de génotype 3a, traitée par interféron/rivabirine, négativant la charge virale.**

Cas clinique

- **Traitement initié méthadone 70 mg/j, propranolol 120mg/j, spironolactone 50mg/j, alprazolam 1mg/j.**
- **Aripiprazole 10mg/j a amélioré durablement la symptomatologie psychotique.**
- **Parallèlement, le patient a considérablement diminué sa consommation d'alcool sa consommation depuis 3 mois**
- **Stabilisation des fonctions hépatiques et une diminution après 16 mois du score de Child à 8**
- **Le reste du bilan biologique reste stable**
- **Traitement bien toléré.**

Conclusions

- ▶ **Comorbidités fréquentes, sous diagnostiquées/sous traitées**
- ▶ **Addictions et troubles psychiatriques s'aggravent mutuellement**
- ▶ **Importance de l'examen clinique +++**
- ▶ **Prise en charge simultanée: pas de traitement d'un trouble sans traiter l'autre**
- ▶ **Observance faible**
- ▶ **Médicaments à visée addictologique peuvent être utilisées sans difficulté chez les patients psychiatriques**