

Troubles de l'utilisation de l'alcool (TUA) et déficit en vitamines

Statut nutritionnel et TUA

Les patients avec TUA peuvent présenter de multiples carences. On trouve en tête de liste les vitamines du groupe B, en particulier la thiamine (vitamine B1), la riboflavine (vitamine B2), la pyridoxine (vitamine B6), l'acide folique (vitamine B9) et la cobalamine (vitamine B12). Les vitamines liposolubles peuvent toutes manquer, de même que les sels minéraux^{1,2}.

Carences et TUA: prise en charge

A notre connaissance, il n'existe pas de consensus concernant les suppléments en vitamines pour les patients avec TUA. **Seul le rôle d'une carence en thiamine dans la survenue du syndrome de Wernicke-Korsakoff est actuellement bien démontré.**

Thiamine (vitamine B1)

Sources et rôles

La thiamine est une vitamine hydrosoluble présente en grande quantité dans la viande, les levures, les légumineuses, le riz et les céréales, modérément dans les produits laitiers, les fruits et les légumes. Sa réserve est limitée à 25-30mg dans le cœur, le foie, les reins et le cerveau. **Le déficit apparaît 2-3 semaines après l'arrêt des apports.** La thiamine est un cofacteur de plusieurs enzymes intervenant dans le métabolisme des glucides, lipides et acides aminés et dans la production de neurotransmetteurs.

Conséquences d'une carence :

- Le **Beriberi** provoque des neuropathies, on l'observe dans les pays en voie de développement avec un régime riche en hydrate de carbone mais pauvres en autres aliments.
- Le **syndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK)** s'observe dans les pays industrialisés, il est dû à divers contextes de malnutrition: hyperémèse gravidique, anorexie, cancer, **grande consommation d'alcool.**

Il y a deux stades

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (EGW). Le diagnostic est clinique: triade classique constituée de **paralysies oculomotrices - troubles de la conscience - ataxie**. Le diagnostic est rendu difficile par le fait que seul 10% des patients atteints présentent simultanément la triade et que certains des symptômes se retrouvent également dans l'alcoolisation aiguë.

Le syndrome de Korsakoff. C'est la conséquence de l'encéphalopathie de Gaye-Wernicke pas ou mal traitée. Le déficit en thiamine provoque des **lésions structurelles cérébrales définitives** qui se manifestent par des troubles amnésiques sévères, chroniques et irréversibles.

Prévention et traitement du SKW (ce qu'une revue de la littérature nous enseigne)

Les **preuves des essais cliniques randomisés contrôlés sont insuffisantes** pour guider les cliniciens dans la détermination de la **dose**, la **fréquence**, la **voie** d'administration ou la **durée** du traitement avec la thiamine pour la prophylaxie ou le traitement du SWK dû à l'abus d'alcool³.

Quelle voie d'administration choisir ? **préférer la voie parentérale pour le traitement (iv ou im)**

- L'absorption orale dépend d'un **mécanisme actif saturable** aux doses étudiées (2-50mg).
- L'absorption **orale est faible chez le sujet sain, et diminuée encore par l'alcool et la malnutrition**⁴ Voir fig. 1 et 2

Fig.1 Effet de l'alcool sur l'absorption de thiamine

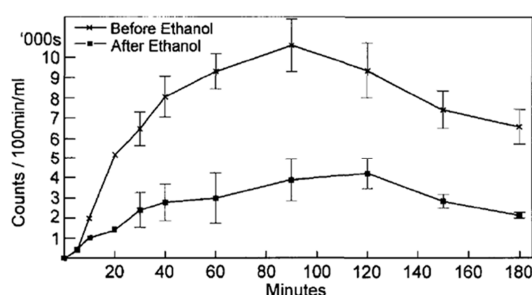
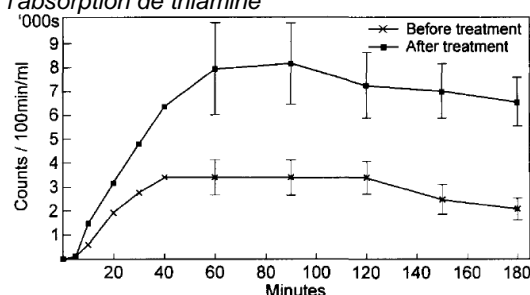


Fig.2 Effet de la renutrition (= after treatment) sur l'absorption de thiamine



Quelle dose choisir ? : adopter des doses d'au moins 200mg

- Une seule étude permettant une analyse quantitative a comparé les dosages 5, 20, 50, 100 et 200mg i.m. 1x/j pendant 2 jours⁵⁾. Parmi ces dosages, seul le dosage à 200mg a montré une différence significative avec celui à 5mg. Disposant d'ampoules de 100mg, sur le plan pratique, c'est la dose unitaire de 300mg qui est à privilégier.

Quelle fréquence et quelle durée adopter ? : aucune étude n'est disponible pour répondre à ces questions. Les pratiques courantes recommandées figurent ci-dessous

Recommandations pour la prévention et le traitement du SWK^{1,6,7)}

Pour le traitement

En milieu hospitalier, thiamine **300 mg 3x/j** i.v. (év. i.m.) perfusé en min. 30 minutes (pour réduire le risque de choc anaphylactoïde), **pendant 3 jours**, si réponse clinique favorable, poursuivre jusqu'à un total de 5 jours.

Pour la Prophylaxie

- en milieu hospitalier, chez tous les patients alcoolo-dépendants : thiamine **300 mg 1x/j** i.v. (év. i.m.), perfusé en min. 30 minutes (pour réduire le risque de choc anaphylactoïde), **pendant 3 jours**.
- en ambulatoire: l'administration de **thiamine p.o.** (100mg ou 300mg 1x/j au long court) semble être suffisante **chez un patient observant** car elle permettrait de couvrir les AJR malgré les déficits d'absorption liés à l'alcool ou la malnutrition (25% de 4.5mg ≈ AJR=1.2mg). Cette voie dispense d'une consultation chez le médecin traitant, pour une administration invasive et plus coûteuse. Chez les patients non-observant, l'administration injectable de thiamine est préférable (p. ex. 300mg 1x/mois). Benerva® cp 100mg et Vitamine B1 Streuli 300mg 100 cp sont remboursés par l'assurance de base.

Autres vitamines

Bien que l'efficacité des compléments multivitaminés oraux n'est pas démontrée, la Société américaine de médecine de l'addiction (ASAM) recommande des compléments multivitaminés pour tous les patients avec TUA présentant des signes d'alimentation déficiente. Gray et al.¹⁾ proposent de faire un bilan sanguin orienté par les signes cliniques puis de **supplémenter selon les carences objectivées**.

- Quel médicament choisir à l'hôpital? **Supradyn® Energy** (couvre les besoins journaliers en vitamines et compense les autres carences nutritionnelles) **ou vitamines ciblées selon les carences objectivées**
- Quel médicament choisir en ambulatoire? Les médicaments remboursés par l'assurance de base contenant les vitamines ciblées ou souvent carencées sont p. ex. **Vitamine B6® cp. 40mg**, **Andreafol® 0.4mg, etc.** (*Supradyn® Energy n'est pas pris en charge par les caisses maladie*)

A retenir

- La carence en thiamine (vitamine B1, Benerva®) peut provoquer un syndrome de Korsakoff caractérisé par des lésions définitives des structurelles cérébrales.
- L'absorption orale de thiamine est diminuée en cas de consommation d'alcool ou de malnutrition, la voie parentérale est donc préférée pour l'administration de thiamine en milieu hospitalier lors de suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Bien qu'il n'existe pas de consensus concernant la posologie, le schéma suivant peut être proposé :
 - **Prophylaxie** **300mg i.v./i.m. 1x/j** **pendant 3 jours**
 - **Traitement** **300mg i.v./i.m. 3x/j** **pendant 3 jours**
- D'autres vitamines sont fréquemment en déficit chez les patients avec TUA, mais l'efficacité des compléments multivitaminés oraux n'est pas démontrée. Des compléments multivitaminés oraux ou des vitamines ciblées selon les carences objectivées peuvent être prescrits.

Références

¹⁾ Gray R et al. Rev Med Suisse 2019 ; 15 : 1177-80; ²⁾ Gramlich L et al. Nutritional status in patients with sustained heavy alcohol use UpToDate 10.2014; ³⁾ Day E et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. ⁴⁾ Thomson A.D., Alcohol & Alcoholism Vol. 35, Suppl. 1, pp. 2-7, 2000; ⁵⁾ Ambrose ML et al. Alcohol Clin Exp Res 2001 Jan;25(1):112-6.; ⁶⁾ Meier S. et al., Rev Med Suisse, 2005, no 26 ; ⁷⁾ Farquet V. et al., Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 382-4