

Préoccupations en ce qui concerne la recommandation contre la prescription d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine dans la Ligne directrice canadienne pour la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble d'utilisation de l'alcool

La Ligne directrice canadienne élaborée par Wood et ses collègues¹ sur la prise en charge de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble d'utilisation de l'alcool (TUA) met en lumière un problème qui n'est pas assez reconnu. La plupart des recommandations présentées dans la Ligne directrice sont bien appuyées, mais la recommandation 13, qui met en garde contre l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) chez les personnes atteintes d'un TUA et d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble d'anxiété non provoqué par une substance psychoactive, nécessite une réflexion approfondie compte tenu des problèmes potentiels inexplorés.

Pour appuyer cette recommandation, la Ligne directrice cite des études de Charney et ses collègues² et de Friedmann et ses collègues³, ainsi qu'une revue systématique de Stokes et ses collègues⁴; ces études comportent toutefois des limites. Par exemple, l'étude de Charney et ses collègues² se concentre principalement sur le traitement du TUA, et non sur celui de la dépression, ce qui nous permet difficilement de tirer des conclusions sur l'utilisation des ISRS pour traiter le TUA en présence d'une dépression concomitante. L'étude de Friedmann et ses collègues³ utilisait de la trazodone à faible dose, et non un ISRS, et n'a pas permis de distinguer efficacement la dépression ou le trouble anxieux primaire ou associé à une substance psychoactive. Essentiellement, ces études n'ont pas été conçues pour évaluer l'efficacité des ISRS dans le traitement du TUA en concomitance avec un trouble dépressif majeur ou un trouble anxieux primaire; il est donc inapproprié de les utiliser

pour émettre une recommandation contre l'utilisation des ISRS dans ces cas.

Contrairement aux études portant sur les antidépresseurs en monothérapie chez les personnes atteintes d'un TUA, des études sur l'association des ISRS et du traitement du TUA chez les personnes présentant un tel trouble en concomitance avec un trouble dépressif majeur ont montré les bienfaits importants de cette stratégie. Par exemple, Pettinati et ses collègues⁵ ont constaté des issues améliorées lors de l'utilisation de la sertraline et de la naltrexone en polythérapie. Dans la même veine, Moak et ses collègues⁶ ont signalé que les personnes concernées consommaient moins d'alcool par jour lorsqu'elles utilisaient la sertraline et recevaient une thérapie cognitivo-comportementale (TCC), comparativement aux personnes qui prenaient un placebo et recevaient une TCC. Les modèles de soins intégrés sur l'usage de substances psychoactives et les traitements de la santé mentale se sont aussi révélés prometteurs — ils amélioraient tant les symptômes dépressifs que les issues liées à la consommation d'alcool^{5,7}.

Une revue systématique Cochrane indique que les ISRS pourraient être utiles dans le traitement du trouble dépressif majeur, de l'anxiété, du TUA ou de la cooccurrence du TUA et d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux, avec peu d'effets indésirables comparativement au placebo^{8,9}. Les études longitudinales menées par Cornelius et ses collègues¹⁰⁻¹³ montrent l'efficacité persistante de la fluoxétine à réduire les symptômes dépressifs et la consommation d'alcool chez les personnes atteintes d'un trouble dépressif majeur et d'un TUA. Des essais pragmatiques n'ont trouvé aucune différence significative dans les effets antidépresseurs des ISRS en traitement du trouble dépressif majeur seul comparativement au traitement du trouble dépressif majeur et du TUA concomitant¹⁴⁻¹⁶.

Le trouble dépressif majeur non traité chez les personnes atteintes d'un TUA entraîne des conséquences; Samet et ses collègues¹⁷ ont constaté qu'une dépression provoquée par une substance psychoactive

prédisait l'utilisation de substances psychoactives après l'obtention du congé hospitalier, et que le trouble dépressif majeur seul aggravait les troubles de consommation d'alcool et de cocaïne.

Les recommandations de la Ligne directrice déconseillent la prescription d'ISRS dans les cas de trouble anxieux et de TUA concomitant, malgré des données probantes limitées en ce sens. Pourtant, certaines données probantes indiquent que les ISRS pourraient aider, et qu'il est injustifié d'en décourager l'utilisation étant donné que les personnes concernées peuvent continuer d'avoir des symptômes dépressifs après avoir essayé d'autres traitements comme la psychothérapie.

En conclusion, la recommandation contre l'utilisation des ISRS chez les personnes atteintes d'un TUA et d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux concomitant n'est pas justifiée. Même s'il faut réduire au maximum la polypharmacie, des données probantes montrent que les ISRS pourraient être un traitement efficace chez les personnes atteintes d'un TUA et d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux concomitant bien diagnostiqué.

Anees Bahji MD

Psychiatre, Département de psychiatrie, Université de Calgary, Calgary, Alb.

Marlon Danilewitz MD

Psychiatre, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ont.

Matthew Sloan MSc MD

Psychiatre, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ont.

Victor Tang MSc MD

Psychiatre, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ont.

David Crockford MD

Psychiatre, Département de psychiatrie, Université de Calgary, Calgary, Alb.

■ CMAJ 2024 May 21;196:E685-6. doi :

10.1503/cmaj.149917-l-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, CMAJ 2024 March 18;196:E346-7.

doi : 10.1503/cmaj.149917-l

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.149917-l

Références

- Wood E, Bright J, Hsu K, et al.; Canadian Alcohol Use Disorder Guideline Committee. Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *CMAJ* 2023;195:E1364-79.
- Charnay DA, Heath LM, Zikos E, et al. Poorer drinking outcomes with citalopram treatment for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2015;39:1756-65.
- Friedmann PD, Rose JS, Swift R, et al. Trazodone for sleep disturbance after alcohol detoxification: a double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32:1652-60.
- Stokes PRA, Jokinen T, Amawi S, et al. Pharmacological treatment of mood disorders and comorbid addictions: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2020;65:749-69.
- Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, et al. Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype. *Alcohol Clin Exp Res* 2000;24:1041-9.
- Moak DH, Anton RF, Latham PK, et al. Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23:553-62.
- Samokhvalov AV. Theory and practice of treatment of concurrent major depressive and alcohol use disorders: 7 lessons from clinical practice and research. *Can J Addict* 2021;12:39-46.
- Agabio R, Trogu E, Pani PP. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD008581. doi : 10.1002/14651858.CD008581.pub2.
- Ipsier JC, Wilson D, Akindipe TO, et al. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD007505. doi : 10.1002/14651858.CD007505.pub2.
- Cornelius JR, Bukstein OG, Birmaher B, et al. Fluoxetine in adolescents with major depression and an alcohol use disorder: an open-label trial. *Addict Behav* 2001;26:735-9.
- Cornelius JR, Salloum IM, Haskett RF, et al. Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholics: a 1-year follow-up study. *Addict Behav* 2000;25:307-10.
- Cornelius JR, Bukstein OG, Wood DS, et al. Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder. *Addict Behav* 2009;34:905-9.
- Cornelius JR, Clark DB, Bukstein OG, et al. Fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder: a 3-year follow-up study. *Addict Behav* 2005;30:807-14.
- Tang VM, Yu D, Weissman CR, et al. Treatment outcomes in major depressive disorder in patients with comorbid alcohol use disorder: a STAR*D analysis. *J Affect Disord* 2023;339:691-7.
- 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;107:161-70.
- Davis LL, Pilkinton P, Wisniewski SR, et al. The effect of concurrent substance use disorder on the effectiveness of single and combination antidepressant medications for the treatment of major depression: an exploratory analysis of a single-blind randomized trial. *Depress Anxiety* 2012;29:111-22.
- Samet S, Fenton MC, Nunes E, et al. Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. *Addiction* 2013;108:115-23.

Intérêts concurrents : Anees Bahji reçoit du soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de l'Université de Calgary et de la Fiducie sanitaire Calgary Health Trust. Il déclare aussi avoir reçu des honoraires pour services-conseils de la Ville de Calgary, ainsi que des honoraires du Centre de conférences TED-Ed, et des bourses de voyage de l'Association des psychiatres du Canada (APC), de la Société médicale canadienne sur l'addiction, de l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association) et de la Société médicale américaine sur les dépendances (American Society of Addiction Medicine). Il est corédacteur au *Journal canadien d'addiction/Canadian Journal of Addiction*, membre du conseil d'administration de la Société internationale des éditeurs de revues sur les dépendances (International Society of Addiction Journal Editors), et coprésident du groupe de psychiatrie de la dépendance de l'APC. Marlon Danilewitz a reçu des honoraires personnels pour sa participation à des

comités consultatifs, des honoraires de conférencier, des honoraires de services-conseils et des bourses de formation des sociétés Eisai, Otsuka, Janssen, Lundbeck, Winterlight Labs, Rapids Health, Pearls for Primary Care, de l'Association des psychiatres de la Colombie-Britannique et de l'Institut ontarien du cerveau. Il reçoit une allocation de l'APC pour son travail administratif et a reçu du soutien financier pour sa participation à des congrès universitaires et à des présentations de la part du Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores, de l'Académie canadienne de psychiatrie de la toxicomanie (Canadian Academy of Addiction Psychiatry) et de l'APC. Matthew Sloan reçoit du financement des IRSC, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, de Santé Canada, du Fonds de la découverte du Centre de toxicomanie et de santé mentale et du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Il déclare avoir reçu des honoraires du Centre universitaire de santé McGill et des bourses de voyage de la Société de psychiatrie biologique (Society of Biological Psychiatry) et de la Société internationale de méthodologie des essais cliniques sur le système nerveux central (International Society for Central Nervous System Clinical Trials and Methodology). Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne