

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

THESE N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE

DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 12 octobre 2016 à Poitiers
par **Daniela-Andreea BUJOR**

**Lien entre la prise de décision et la rechute
chez les patients alcooliques transplantés
hépatiques**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur Roger GIL
Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO
Dr. Ghina HARIKA-GERMANEAU
Dr. Diane LEVY-CHAVAGNAT

Directeur de thèse : Dr. Charlotte LEVY

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

THESE N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE

DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 12 octobre 2016 à Poitiers
par **Daniela-Andreea BUJOR**

**Lien entre la prise de décision et la rechute
chez les patients alcooliques transplantés
hépatiques**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur Roger GIL
Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO
Dr. Ghina HARIKA-GERMANEAU
Dr. Diane LEVY-CHAVAGNAT

Directeur de thèse : Dr. Charlotte LEVY



Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**sur-nombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**sur-nombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**sur-nombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**sur-nombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**sur-nombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation



- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

- WAGER Michel, neurochirurgie
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardiovasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale



UNIVERSITE DE POITIERS



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)• KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie• LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)• LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire• MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie• MARILLAUD Albert, physiologie• MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépatogastro-entérologie• MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale | <ul style="list-style-type: none">• POINTREAU Philippe, biochimie• REISS Daniel, biochimie• RIDEAU Yves, anatomie• SULTAN Yvette, hématologie et transfusion• TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire• TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)• VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale |
|---|---|

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement l'ensemble de mon jury de thèse, mes Maîtres, qui sont pour moi des exemples.

D'abord, mon président de thèse, Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah. Vous me faites le très grand honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail. Vos qualités professionnelles et votre rigueur sont pour moi des exemples à suivre.

Ensuite, je remercie ma directrice de thèse, le Dr. Charlotte LEVY. Je vous suis extrêmement reconnaissante. Merci d'avoir dirigé ce travail, de m'avoir accordé votre temps sans compter, de m'avoir soutenue tout au long de sa réalisation.

Mais aussi, Madame le Professeur Christine SILVAIN, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Je remercie également Monsieur le Professeur Roger GIL, de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Je remercie aussi Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO, de me faire l'honneur de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Mes remerciements s'adressent à présent au Dr. Ghina HARIKAGERMANEAU. Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie pour votre soutien, pour votre disponibilité. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Je ne pourrai terminer sans adresser mes sincères remerciements au Dr. Diane LEVY-CHAVAGNAT. Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie pour votre compréhension. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Je tiens à remercier l'équipe infirmière du service de gastro-entérologie du CHU pour leur soutien et leur disponibilité.

Un énorme merci à Lucie GOUVERNEUR et Nicolas LANGBOUR pour leur contribution à ce projet.

Au terme de ce parcours, je remercie enfin celles et ceux qui me sont chers et que j'ai quelque peu délaissés ces derniers mois pour achever cette thèse. Leurs attentions et encouragements m'ont accompagnée tout au long de ces années. Je suis redevable à mes parents, Margareta et Romeo Diaconescu, pour leur soutien moral et matériel et leur confiance indéfectible dans mes choix. J'ai une pensée toute particulière pour ma grand-mère, Claudia-Maria Teodorescu, sans laquelle mon parcours n'aurait pas été le même. Je remercie mon mari, Dramane Ouattara pour son soutien, pour ses conseils et surtout pour sa patience. Merci à mon fils, Michael, pour son compréhension. Ton sourire rend mes journées meilleures.

PLAN

INTRODUCTION

L'alcool et ses conséquences.....	1
Cirrhose alcoolique et transplantation hépatique	2
Rechute alcoolique et transplantation hépatique.....	2
Facteurs de risque de rechute éthylique post transplantation hépatique.....	4
Prise de décision et troubles addictifs.....	6

METHODES

Objectif principal.....	17
Objectifs secondaires.....	17
Critère principal d'évaluation.....	17
Définition de la rechute.....	18
Critère d'évaluation secondaire	18
Description de l'étude.....	19
Patients, lieu et durée de l'étude	19
Critères d'inclusion et de non-inclusion des patients	19
Déroulement de l'étude	21
Description des tâches.....	22
Analyses statistiques	26
Description de la population.....	26
Corrélation entre la prise de décision et les données cliniques	26

RESULTATS.....26

Données démographiques des patients	26
Caractéristiques cliniques	27
Résultats de l'IGT	29
Résultats des corrélations entre IGT et données cliniques	30
Résultats des corrélations entre IGT et échelles cliniques	31

DISCUSION.....	32
CONCLUSION.....	34
ANNEXE	37
BIBLIOGRAPHIE	40
RESUME	48
SERMENT.....	49

INTRODUCTION

L'alcool et ses conséquences

L'alcool est la substance psychoactive la plus utilisée au monde. Elle est également la substance la plus consommée dans notre pays, avec 44,4 millions d'expérimentateurs, et 8,8 millions d'usagers réguliers (au moins 3 usages par semaine). Au sein des 18-75 ans, 28 % des buveurs sont à risque ponctuel et 9 % à risque chronique (Beck et al 2011). Le trouble de l'usage d'alcool est un problème de santé publique dans notre pays et à l'échelle mondiale. Sur le plan mondial, chaque année 5,9% des décès sont causés par la consommation abusive d'alcool (OMS, 2015).

En France, la consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès par an, et correspond à la deuxième cause de mortalité évitable, après le tabac. En 2009, 36 500 décès ont été attribués à l'alcool chez les hommes (13% de la mortalité totale) et 12 500 chez les femmes (5% de la mortalité totale). Ceci inclut 15 000 décès par cancer, 12 000 décès par maladie cardiovasculaire, 8 000 par maladie digestive (cirrhose, autres pathologies du foie et du pancréas), 8 000 par cause externe (suicides, accidents sur la voie publique) et 3 000 par maladies mentales et troubles du comportement (BEH, 2013). Une forte consommation d'alcool est associée à un risque accru de développer des atteintes organiques multiples, parmi lesquelles le foie est souvent l'organe le plus sévèrement touché. Le stade ultime de la pathologie hépatique liée à l'alcool est la cirrhose hépatique au stade terminal et le carcinome hépatocellulaire non résécable, qui imposent une transplantation hépatique, seul traitement curatif disponible.

Cirrhose alcoolique et transplantation hépatique

La cirrhose alcoolique est une des principales indications de transplantation hépatique. En Europe et aux Etats-Unis, il s'agit de la deuxième indication de transplantation hépatique (32%) après les hépatites virales. Alors qu'en France, c'est la première indication de greffe hépatique (Donnadieu-Rigole, et al., 2015). L'indication de transplantation repose sur la gravité de la cirrhose, la capacité de récupération de la fonction hépatique et la présence d'une période d'abstinence supérieure ou égale à six mois. Ce dernier critère est cependant débattu. Le sevrage d'alcool est indispensable avant la greffe, et la période pré-greffe doit être utilisée pour forger la motivation à l'arrêt de l'alcool. Cet arrêt des consommations d'alcool engage le patient dans une démarche de soins addictologiques susceptible de le protéger de la rechute en post-greffe. La durée de 6 mois d'abstinence avant transplantation hépatique ne devrait plus être une règle intangible et ne devrait pas être considérée comme une condition à elle seule de l'accès à la transplantation hépatique (HAS, 2005). Ce délai d'abstinence est estimé à six mois afin de laisser le temps à la fonction hépatique de s'améliorer spontanément et obtenir une abstinence d'une durée suffisante pour espérer qu'elle se prolonge en post-greffe (Donnadieu-Rigole et al, 2015).

Rechute alcoolique et transplantation hépatique

La transplantation hépatique est une thérapeutique lourde et invasive nécessitant une abstinence totale de consommation d'alcool pré et post-opératoire. Malgré cela, il est observé une proportion significative de patients rechutant dans une consommation alcoolique excessive en post-transplantation hépatique pour cirrhose alcoolique. Cela concernerait environ 20 à 25% des patients (Dumortier et al., 2015; Telles-Correia et Mega , 2015). Une consommation d'alcool à risque moyen est définie pour des doses d'alcool pur quotidiennes > 20 g pour les femmes ou > 30 g pour les hommes depuis au moins 6 mois, ou > 2 verres standard chez les femmes ou > 3 verres standards chez les hommes (SFA, 2015). Le risque de rechute alcoolique par année suivant la greffe est de 5,6% par an, et le risque d'une consommation excès-

sive d'alcool est de 2,5% par an (Dew et al., 2008). La rechute peut être définie comme la ré-administration, après le sevrage, de la substance psychoactive ayant provoqué une dépendance. La rechute peut également, dans un autre contexte, signifier la réapparition de l'état d'origine dont souffrait un patient à l'arrêt d'un traitement efficace. D'un côté, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) considère l'abstinence comme l'absence de consommation de toute boisson alcoolisée et la rechute comme la prise d'une boisson alcoolisée, fusionnant consommation d'alcool et rechute. D'un autre côté, Fuller (1997) dans la littérature Nord-américaine définit la rechute comme étant la prise de boissons alcoolisées plus de cinq jours par semaine et/ou une journée d'alcoolisation excessive (60g chez l'homme et 40g chez la femme). Ces dernières consommations d'alcool correspondent à des consommations quotidiennes d'alcool à haut risque de dommages chroniques selon l'OMS, 2000.

Après une transplantation hépatique pour cirrhose alcoolique, la rechute de la consommation d'alcool est particulièrement problématique. La reprise de la consommation d'alcool excessive après transplantation hépatique implique des modifications hépatiques qui mettent en jeu le pronostic vital des patients. La rechute de la consommation d'alcool en post transplantation hépatique met en grande difficulté les équipes médicales qui la jugent comme inacceptable. La reprise des consommations d'alcool provoque également des réticences vis-à-vis du don d'organe dans la population générale (Neuberger J. et al., 1998).

Quel que soit l'opinion de la population générale ou des équipes médicales devant la rechute éthylique, les conséquences médicales pour le patient peuvent être potentiellement graves.

La rechute est associée à une modification de l'observance médicamenteuse. L'observance vis-à-vis du traitement médicamenteux, notamment immunosuppresseur, est primordiale après la transplantation hépatique. En effet, en cas d'arrêt de ces médicaments, un rejet peut survenir. La non-adhérence au traitement varie suivant les études de 3 à 47 % et n'est pas systématiquement secondaire à une reprise de l'alcool (Burra et al., 2011). D'ailleurs, Berlakovich et al. (2000) ont démontré que les patients « rechuteurs » n'avaient pas un taux de non-observance supérieur à celui des abstinents en post-greffe. D'autres éléments tels que les traits de personnali-

té, la qualité de la relation médecin-malade, la complexité du traitement et la qualité de l'entourage familial semblent peser davantage sur l'observance que l'alcool seul (Washington, 1999).

La rechute sévère avec reprise d'une consommation à haut risque peut occasionner une atteinte histologique telle qu'une augmentation de la fibrose et une stéatose. Les décès liés à une dysfonction du greffon suite à une rechute sévère sont inférieurs à 5 % (Pageaux et al., 2003).

Pour la survie à long terme, Cuadrado et al. (2005) ont démontré que la rechute après transplantation hépatique ne modifiait pas le pronostic des malades durant les 5 premières années post-greffe. Par contre, ces auteurs ont constaté une diminution significative du taux de survie en cas de rechute sévère (45 vs 85 %) durant la période comprise entre 5 et 10 ans après la greffe.

Une large étude épidémiologique descriptive rétrospective française (Dumortier et al, 2015), portant sur 1894 cas, de suivi des patients après la transplantation hépatique a démontré que la consommation chronique d'alcool après transplantation hépatique réduit considérablement le pronostic des patients et a un fort impact sur la survie à long terme. En effet, un tiers des patients ayant repris une consommation excessive d'alcool après une greffe hépatique développeront une cirrhose alcoolique récurrente (RAC : recurrent alcoholic cirrhosis). Or, la cirrhose alcoolique récurrente est un facteur pronostic significativement important de survie à long terme, avec une survie à 15 ans après la transplantation hépatique de 41,1% chez les patients sans RAC, contre 21% chez les patients avec RAC.

Facteurs de risque de rechute éthylique post transplantation hépatique

Cette problématique de rechute alcoolique post greffe a conduit plusieurs équipes à identifier des critères cliniques de rechute alcoolique sévère chez les patients transplantés hépatiques. Parmi ces critères, ils retrouvent l'âge supérieur à 50 ans, le sexe masculin, la dépendance à l'alcool, la polytoxicomanie, une pathologie

psychiatrique associée, un isolement social et un délai d'abstinence inférieur à 6 mois avant la greffe (Rigole et al., 2015).

D'autres études pointent le rôle important de l'histoire familiale de dépendance à l'alcool et d'un faible support social dans la récurrence alcoolique (Dumortier et al., 2015). De plus, certains auteurs ont évalué la pertinence de l'utilisation de l'échelle HRAR (High-Risk Alcoholism Relapse) en pré-transplantation afin d'estimer le risque de rechute après transplantation hépatique. Cette échelle a été développée dans une population d'anciens militaires américains dans le but d'estimer le risque de rechute alcoolique. La HRAR est employée régulièrement dans les études afin d'évaluer le risque de rechute en post greffe chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage d'alcool (Yates et al., 1993). Elle recueille les informations concernant la durée de la consommation d'alcool, la quantité quotidienne d'alcool consommée, et les antécédents de cure de sevrage d'alcool. Concernant le bilan pré-greffe, un score supérieur à 3 serait significativement associé à un risque de rechute sévère en post-greffe (Rigole et al., 2015). Toutefois, d'autres auteurs n'ont pas démontré d'association significative entre le score HRAR et la consommation d'alcool après transplantation hépatique (DiMartini et al., 2000).

La rechute éthylique post transplantation hépatique est une problématique fréquente avec un impact négatif sur le pronostic vital des patients. Prévoir cette rechute est donc primordial afin de mieux identifier et prendre en charge les patients à risque. Il est donc indispensable de développer de nouveaux outils cliniques afin de mieux caractériser le comportement de ces patients transplantés hépatiques vis-à-vis de l'alcool. De ce fait les tests neuropsychologiques de prise de décision semblent une bonne alternative dans cette évaluation. En effet, ce sont des outils simples d'usage, facilement reproductibles, objectifs et non invasifs. De plus certaines tâches comme l'Iowa Gambling Task (IGT) ont déjà été largement utilisés chez les patients présentant des troubles de l'usage d'alcool.

Prise de décision et troubles addictifs

Chez les patients alcooliques chroniques en général non transplantés hépatiques, de nombreuses études ont montré qu'une consommation excessive d'alcool est associée à une mauvaise capacité de prise de décisions. Les patients poursuivent leur consommation malgré les conséquences négatives sur le long terme liées à cette prise d'alcool. La prise de décision est un domaine important dans l'étude des addictions. Un outil largement utilisé dans l'étude de la prise de décision est l'Iowa Gambling Task (IGT) (Bechara et al., 1994). L'IGT est un test neuropsychologique initialement développé par Anton Bechara pour évaluer les anomalies comportementales de prise de décision des sujets cérébrolésés. Ce test reproduit en laboratoire, les paramètres d'une situation de la vie réelle qui requière que l'individu fasse le choix de bénéfices ou punitions à court et long terme. D'après Bechara et son équipe, les patients ayant une lésion localisée au niveau du cortex préfrontal ventromédial (CPFVM) ont de faibles performances à l'IGT, objectivant leurs difficultés à prendre des décisions dans la vie réelle. Chez les patients souffrant d'une lésion de cette région, ils observent une inadaptation aux conventions sociales et une altération des processus émotionnels. Les auteurs évoquent des difficultés à planifier le futur chez les patients souffrant d'une lésion au niveau du CPFVM, ce qui correspond à une insensibilité aux conséquences futures de leurs choix, qu'elles soient positives ou négatives.

Ce test consiste à demander aux sujets de choisir des cartes parmi des paquets de cartes permettant de faibles gains mais des pertes comparativement plus faibles encore (les bonnes cartes), ou bien des paquets de cartes offrant des gains plus importants mais des pertes encore plus fortes (les mauvaises cartes).

Le sujet ne sait pas qu'il va piocher 100 cartes. Il doit découvrir les piles avantageuses et celles désavantageuses. Dans les piles A et B, les gains sont élevés (100 \$ en moyenne), mais les pertes aussi (elles s'élèvent jusqu'à 2500 \$). Si le sujet pioche préférentiellement dans ces piles de cartes, il perd de l'argent. Les piles A et B sont des piles désavantageuses. Dans les piles C et D, les gains sont peu élevés (50 \$ en moyenne) mais les pertes sont très peu élevées. Si le sujet pioche préférentiellement dans ces piles de cartes, il gagne de l'argent. Les piles C et D sont les piles avantageuses. La pile A est une pile désavantageuse avec des punitions fré-

quentes, mais d'un montant peu élevé. La pile B est une pile désavantageuse avec des punitions rares, mais d'un montant élevé. La pile C est une pile avantageuse, avec des punitions fréquentes mais d'un montant peu élevé. La pile D est une pile avantageuse avec des punitions rares, mais d'un montant élevé. La performance à la tâche est mesurée par la différence entre le nombre de pioches dans les piles avantageuses et le nombre de pioches dans les piles désavantageuses, ceci constitue le score net total. Un score positif indique une bonne stratégie de prise de décision et un score négatif une mauvaise. Plus le score est élevé, plus la stratégie de prise de décision est bonne (Bechara et al., 1994).

L'altération de la prise de décision chez les patients éthyliques chroniques a été objectivée dans plusieurs études à l'aide de l'Iowa Gambling Task (Fein et al, 2004; Dom et al., 2006; Miranda et al., 2009; Lyvers et al., 2015; De Wilde et al., 2013; Goudriaan et al., 2007). Goudriaan et al., 2007 se sont intéressés au résultats de l'IGT et les différentes formes de mésusages de l'alcool dans une population de jeunes étudiants. Ils ont pris en compte également les traits psychopathologiques, l'impulsivité et la différence entre sexes. L'étude a comparé les étudiants ayant une consommation massive avec une fréquence faible, les étudiants avec une consommation massive avec une fréquence modérée, les étudiants qui ont augmenté leur fréquence de consommation massive durant les années d'études et les étudiants qui présentaient une fréquence élevée des épisodes d'alcoolisation massive avant et durant les deux premières années d'études.

L'étude a été réalisée sur un échantillon de 200 étudiants à l'Université de Missouri-Columbia. Ils ont été sélectionnés de manière aléatoire parmi le 2357 étudiants ayant rempli les 5 étapes de recrutement. Le critère pour définir une consommation massive d'alcool a été une consommation qui dépasse 5 verres d'alcool, lors d'une seule occasion. La prise de décisions a été mesurée à l'aide de l'IGT, l'impulsivité a été mesurée par l'IMPss (Impulsive Sensation Seeking Scale), le BIS (Barratt Impulsivity Scale) et le DIS - Diagnostic Interview Schedule (qui utilise les critères de diagnostic du DSM-IV pour évaluer les comorbidités psychiatriques). Le mésusage de l'alcool a été évalué en fonction de la fréquence et de l'intensité des effets recherchés en utilisant l'alcool.

Les résultats ont montré que la fréquence de punitions a eu un réel effet sur les choix de cartes avantageuses (punitions peu fréquentes) $F(1, 184) = 175.8$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.49$. Une différence entre les groupes a été observée concernant le nombre des cartes choisi ($F(3, 184) = 5.40$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.08$). Les participants avec une faible consommation d'alcool ont fait plus de choix avantageux comparé à ceux avec une consommation élevée d'alcool $F(1, 92) = 12.86$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.12$. Pas de différences notables entre les résultats de consommateurs faibles, modérée ($F(1, 89) = 4.33$, $p = 0.12$, $\eta^2 = 0.046$] ou en augmentation progressive ($F(1, 93) = 3.70$, $p = 0.16$, $\eta^2 = 0.038$). Une différence entre les sexes a été observée ($F(1, 184) = 14.31$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.07$) indiquant que les femmes ont fait plus de choix avec des punitions plus importantes mais peu fréquentes, que les hommes (F : 70%, H : 60.5%). Une analyse des résultats a montré qu'après une perte d'argent un pourcentage plus important de participants changeait le tas de cartes ($F(1, 180) = 412.3$, $p < 0.01$, $\eta^2 = 0.70$), avec 78.5% de femmes et 63.9% d'hommes. La présence des comorbidités n'a pas influencé les résultats de l'IGT : dépendance à l'alcool ($p = 0.28$), abus cannabis ($p = 0.52$), tabac ($p = 0.23$), symptômes de TDAH/troubles de la personnalité antisociale/trouble du comportement ($r = 0.04$), dépression/TOC/TAG ($r = -0.02$).

L'âge du début de la consommation d'alcool occasionnel n'a pas influencé les résultats de l'IGT ($\beta = -0.01$, $p = 0.86$), ni l'âge de la première ivresse ($\beta = -0.02$, $p = 0.78$) ou l'âge de la première utilisation d'alcool ($\beta = -0.01$, $p = 0.94$). Par contre la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool faible ont prédit des résultats avantageux à l'IGT ($\beta = -0.21$, $p < 0.01$). Plus la consommation est massive avec une fréquence élevée, plus les décisions à l'IGT vont être défavorables.

Concernant l'impulsivité, les consommateurs modérés et élevés ont eu des résultats plus significatifs au BIS et ImpSS. Aucun lien entre l'impulsivité et les résultats à l'IGT n'a été mis en évidence. En revanche les résultats ont montré une relation significative entre la quantité d'alcool et la fréquence de la consommation avec les scores BIS ($r = 0.19$, $p < 0.05$) et ImpSS ($r = 0.24$, $p < 0.01$).

En conclusion, les résultats montrent une différence significative à l'IGT entre les 2 groupes situés aux extrémités de l'étude : Le groupe de personnes ayant de « rares épisodes de consommation massive d'alcool » avait des scores à l'IGT significativement plus importants que le groupe de personnes ayant une « fréquence élevée d'épisodes de consommation massive ». La consommation régulière d'une

quantité importante d'alcool altère donc les performances décisionnelles à l'IGT, et ce d'autant plus qu'elle est importante.

Une autre étude s'est également intéressée à la consommation éthylique aigüe dans le cadre festif chez 49 étudiants. Les auteurs montrent que le score à l'IGT est corrélé négativement à la concentration plasmatique d'alcool. Une mesure de l'alcoolémie plasmatique a été effectuée avant la passation de plusieurs tâches neuropsychologiques, dont l'IGT. Les résultats ont confirmé que la prise aigüe d'alcool diminue de façon significative les performances à l'IGT, et donc les capacités décisionnelles (Lyvers et al., 2015).

La prise de décision chez les patients alcooliques chroniques resterait altérée même en cas de sevrage. Brevers et al (2014), dans son étude essaye d'évaluer la capacité des sujets alcoolo-dépendants à prendre des décisions en situation de risque ou en situation ambiguë, considérée altérée en rapport avec un groupe de contrôle. Une autre hypothèse proposée concerne la mémoire de travail directement concerné par la prise de décisions.

Le groupe étudié a été formé par trente patients alcooliques chroniques, sevrés comparés à un groupe de contrôle de trente personnes sans addictions.

La capacité de prise de décision dans une situation ambiguë a été évaluée avec l'Iowa Gambling Task. La prise de décision en situation de risque a été évaluée avec le Jeu de pile ou face de Tom et al (2007) (Coin Flipping Task, CFT) et avec le Cups Task (Levin, 2007). La mémoire de travail a été évaluée avec le « Test de Durée de Chiffres » (Digit Span Test) et l'Operation-Span Task, Ospan (Turner and Engle, 1989)

Les performances à l'IGT ont montré que le groupe contrôle a eu des meilleurs résultats ($F(1, 59) = 4.64, p < .05, \eta^2 = .07$), avec une amélioration progressive par rapport au groupe test ($F(4, 56) = 8.88, p < .001, \eta^2 = .13$). Les résultats des tâches, évaluant la prise de décision en situation de risque, ont démontré que les sujets du groupe test ont pris plus de décisions risquées ($F(5, 55) = 4.26, p < .01, \eta^2 = .07$). Le mémoire de travail était altérée chez les patients alcoolo-dépendants ($M = 0.55; SD = 0.25, t(59) = 4.70, p < .001$).

En conclusion les résultats montrent que les patients alcooliques présenteraient une prise de décision altérée et que même en période de sevrage la prise de

décision resterait altérée notamment en situation de risque. Cette altération de prise de décision représenterait un risque important de rechute même après plusieurs mois ou années d'abstinence (Brevers et al., 2014).

En contradiction avec les résultats de Brevers et al., l'IGT a été évalué chez les patients éthyliques chroniques abstinentes. En effet, une équipe américaine a évalué la prise de décision chez 44 sujets avec un antécédent d'alcoolodépendance, abstinentes depuis au moins 6 mois et dont la durée moyenne d'abstinence était de 6,6 ans (Fein et al., 2004) et 58 témoins. La prise de décision a été évaluée chez l'ensemble des sujets. Les résultats montrent une performance décisionnelle altérée dans le groupe de sujets abstinentes par rapport au groupe témoin. De plus, la durée d'abstinence était associée aux scores de prise de décision : les sujets abstinentes depuis une longue durée avaient des capacités décisionnelles supérieures aux sujets abstinentes depuis une courte durée. Ils retrouvent donc de manière significative une altération de la prise de décision chez les personnes ayant une histoire de trouble de l'usage d'alcool. De plus, une longue durée d'abstinence est corrélée à une moindre altération de la prise de décision. Ces résultats sont en accord avec ceux d'une étude de De Wilde et al., menée en 2013 dans laquelle 37 patients présentant une poly-addiction et suivant un programme de sevrage intensif de 8 semaines ont été évalués à l'IGT à 2 semaines et 6 semaines de traitement. Entre la 2^{ème} et la 6^{ème} semaine de traitement, les résultats à l'IGT des patients sont significativement améliorés, objectivant un lien entre l'amélioration au cours du temps de la prise de décision et une prise en charge spécifique de l'addiction (De Wilde et al., 2013).

L'alcoolisme chronique est souvent associé à un trouble de la personnalité. Ces troubles de la personnalité pourraient influencer la prise de décision, et donc indirectement le risque de rechute chez les patients éthyliques chroniques. Plusieurs études ont évalué la corrélation entre troubles de la personnalité et prise de décision altérée. Ces études concluent que les troubles de la personnalité n'auraient pas d'influence sur l'altération de la prise de décision chez les patients éthyliques chroniques (De Wilde et al., 2013 ; Körner et al., 2015 ; Cantrell et al., 2008). Par opposition à ces résultats, Dom et al. et Mazas et al. montrent qu'un trouble de l'usage d'alcool avec une personnalité antisociale ou borderline est associé à davantage de

biais de prise de décision qu'un trouble de l'usage d'alcool seul (Dom et al, 2006 ; Mazas et al, 2000).

L'étude de Dom et al (2006) compare les patients alcooliques avec ou sans troubles de la personnalité versus un groupe contrôle, afin d'évaluer si la prise de décisions altérée est directement liée à un troubles de la personnalité, notamment du cluster B. L'étude inclut 38 patients alcooliques sans trouble de la personnalité, 19 patients alcooliques présentant un troubles de la personnalité du cluster A ou C et 23 patients alcoolique avec un troubles de la personnalité cluster B comparés avec un groupe contrôle de 53 personnes. Pour déterminer les troubles de la personnalité un questionnaire semi-structuré SCID-II (Stuctured Clinical Interview for DSM-IV). Le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool avait été fait à l'aide des critères du DSM-IV.

La prise de décisions a été évaluée à l'aide de l'IGT, cinq semaines après le début de la cure. Les résultats n'ont pas montré des corrélations entre la prise de décisions et l'âge ($r=-0.061$) ou le sexe ($r=-0.084$). Par contre le nombre d'années d'études semble influencer les résultats de l'IGT ($r=0.241$; $p=0.006$). L'étude a montré que les sujets alcooliques (tous groupes confondus) n'ont pas montré un effet d'apprentissage, comparés au sujets contrôle. Les résultats ont montré que tous les patients alcooliques quel que soit le sous-groupe d'appartenance présentent une prise de décisions altérée par rapport à la population sans problème d'alcool, ce qui infirme l'hypothèse de départ ($F(2.79)=3.064$ ($p<0.05$)). Néanmoins l'association des troubles de l'usage de l'alcool avec un trouble de la personnalité du cluster B est compatible avec une prise de décision nettement plus altérée par rapport au groupe contrôle, mais aussi comparée aux deux autres groupes (Dom et al., 2006).

Körner et al (2015) comparent les compétences de prise de décision chez les personnes dépendantes à l'alcool avec un groupe contrôle abstinent afin de démontrer que le groupe contrôle a une meilleure prise de décision mesurée par l'IGT. Cette étude a également cherché à montrer si l'impulsivité (mesurée par le BIS-11) différait entre le groupe contrôle et le groupe de patients et si l'impulsivité affectait la prise de décision. L'objectif secondaire était d'examiner si le groupe contrôle présentait des traits de personnalité (mis en évidence avec le NEO-FFI) différents du groupe de patients et si ces différences de traits de personnalité expliquaient les va-

riations de performance à l'IGT. L'étude a comparé la prise de décisions chez 40 sujets alcooliques abstinents, avec un groupe contrôle de 47 individus. Le groupe de patients abstinents étaient sevrés depuis une période entre deux semaines et trente-huit ans.

Les résultats ont montré une supériorité de gains dans le groupe contrôle ($t(71) = 5.88, p < .001$). Concernant l'effet d'apprentissage, les résultats ont été significatifs pour les deux groupes ($F(3,218) = 9.38, p < .001$), avec des scores nettement plus élevés chez le groupe contrôle. Malgré le fait que les scores de BIS-11 ont été plus élevés dans le groupe des alcooliques abstinents ($t(69) = 3.43, p < .001$), aucune influence sur les résultats de l'IGT n'a été observée. Les traits de la personnalité n'ont pas influencé la prise de décision non plus. La prise de décisions a été évaluée aussi en fonction de la durée de l'abstinence, sans résultats significatifs.

Les résultats de l'étude soutiennent l'hypothèse initiale, que le groupe contrôle ont démontré une meilleure prise de décisions que les personnes alcooliques abstinentes et que l'impulsivité est associée à une prise de décision affaiblie. La détection précoce des personnes atteintes de déficits dans la prise de décision peut aider à mettre en place des stratégies préventives adéquates de la rechute (Körner et al., 2015).

De Wilde et son équipe (2011), dans une étude longitudinale, analyse les rôles de la capacité de retard de la gratification, mesurée par le Delay Discounting Task (DDT), et de la prise de décisions, mesuré par l'IGT, en prédisant une rechute à trois mois d'abstinence, chez une population d'alcooliques poly-toxicomanes.

L'étude a inclut trente-sept patients alcooliques, présentant de troubles addictifs à au moins trois autres substances, hospitalisés pour une cure de sevrage. Pendant les trois premières semaines de l'hospitalisation les patients avaient passé plusieurs tests pour évaluer la sévérité de l'addiction (EuropASI), les troubles de la personnalité (ADP-IV), de test d'intelligence (Raven PM et AVLTL), des auto-questionnaires évaluant l'impulsivité (BIS et SPSRQ). L'IGT et le DDT ont été passés après six semaines d'abstinence. Une nouvelle évaluation, trois mois après, a permis de partager les patients en deux groupes : rechutes et abstinents.

Les résultats ne montrent pas de corrélation entre les troubles de la personnalité et les scores à l'IGT ou DDT. Aucune différence entre les résultats des auto-questionnaires concernant l'impulsivité. Les résultats de l'IGT montrent une différence entre les deux groupes ($F(1,35) = 5.264$, $p = 0.028$), mais pas de différence concernant le DDT ($F(1,33) = 0.422$, $p = 0.520$). L'étude conclut que la rechute est influencée par une altération de la prise de décisions, tandis que l'impulsivité, est plutôt liée au craving. Une meilleure prise de décisions pourrait être associée avec le maintien de l'abstinence à long terme.

Dans l'étude de Cantrell (2008), l'objectif principal a été d'évaluer l'influence du degré de gravité des comorbidités avec la dépendance à l'alcool, les troubles de la conduite de l'enfance, un comportement antisocial à l'âge adulte, la dépendance au cannabis, et d'autres addictions, sur la prise de décision. Deux théories ont été analysées à travers la prise de décision (IGT) : l'insensibilité aux conséquences futures et la préférence pour des récompenses plus importantes dans l'immédiat.

L'hypothèse de cette étude a été que l'association d'un trouble de l'usage de l'alcool avec un trouble de la conduite pendant l'enfance sera associée avec une altération de la prise de décisions, comparé aux sujets alcooliques sans comorbidités. L'étude a inclut un total de 428 participants partagés en quatre groupes : 105 participants dans le groupe contrôle, 129 participants dans le groupe d'alcooliques sans comorbidités, 60 sujets dans un groupe avec trouble de la conduite pendant l'enfance et 134 participants dans le groupe d'alcooliques avec trouble de la conduite pendant l'enfance.

Les résultats ont montré que les patients avec un problème d'alcool, et ceux avec un trouble de la conduite pendant l'enfance ont eu des résultats supérieurs concernant l'insensibilité aux conséquences futures, mais les résultats du groupe des alcooliques associé avec un trouble de la conduite durant l'enfance n'ont pas montré une différence significative comparé avec les groupes précédentes. Un effet d'apprentissage a été remarqué chez les femmes non-alcooliques comparées au groupe de femmes contrôle (Cantrell, 2008).

Chez les patients présentant un trouble de l'usage d'alcool, Tomassini et al. ont cherché à évaluer la prise de décision chez des patients alcooliques abstinents

depuis au moins six mois par rapport à la prise de décision chez des sujets contrôles. Les résultats de cette étude montre une moyenne des scores à l'IGT chez les patients alcooliques abstinents inférieurs à la moyenne des scores à l'IGT des sujets contrôles (5,38 +/- 12,72 versus 16,91 +/- 38,052). Les résultats montrent également un effet d'apprentissage au cours de l'IGT chez les sujets contrôles qui n'est pas présent chez les sujets alcooliques abstinents (Figure 1).

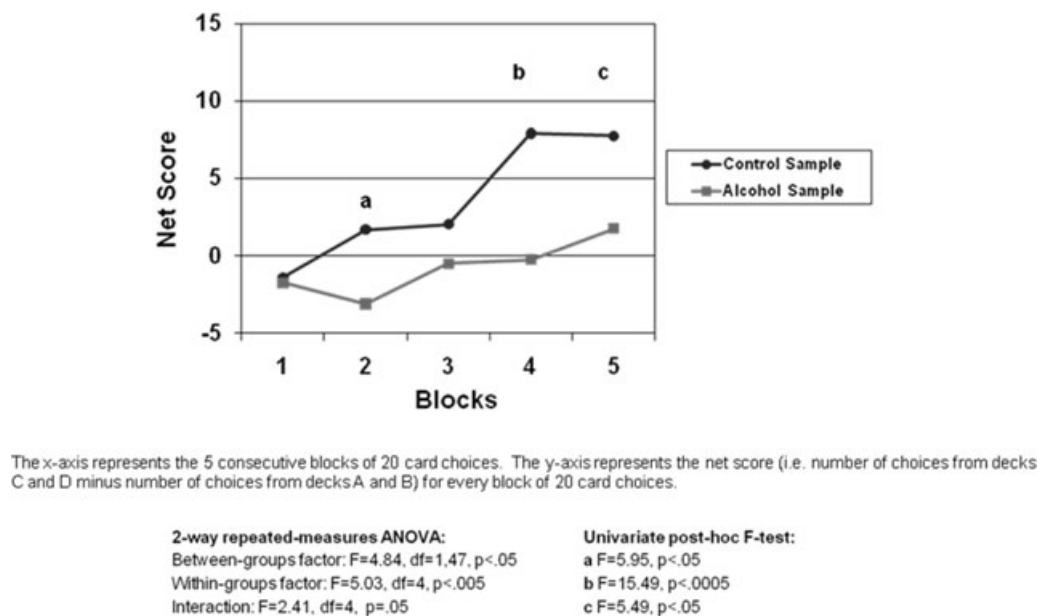


Figure 1 : Score net à l'IGT dans les cinq blocs pour les alcooliques abstinents et les sujets contrôles (Tomassini et al., 2012)

Malgré de nombreux articles (Körner et al., 2015 ; Brevers et al., 2014 ; Miranda et al., 2009 ; Dom et al., 2006) sur l'altération de la prise de décision chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, peu d'auteurs se sont intéressés à l'évaluation de la prise de décision en tant que prédicteur de la rechute alcoolique. La seule étude retrouvée dans la littérature est celle de Bowden Jones et al., (2005). Cette étude évalue la prise de décisions chez les patients alcooliques abstinents et le risque de la rechute, en partant du principe que chez les patients alcooliques on rencontre un déficit au niveau du cortex préfrontal qui intervient dans la prise de décision. Les auteurs se sont intéressés au lien entre la prise de décision, chez 31 patients éthyliques chroniques, et le risque de rechute éthylique à 3 mois. Les patients

inclus ont été recrutés dans le cadre d'un programme de réhabilitation psychosociale après 21 jours d'abstinence. Ils ont effectué trois tâches neuropsychologiques dont l'IGT et ils ont été suivis pendant 3 mois afin d'évaluer la rechute. Les patients qui ont rechuté (6 patients) comparés aux abstinents (15 patients) sélectionnent d'une manière statistiquement significative d'avantage de cartes dans le mauvais paquet. Les auteurs concluent à un risque de rechute plus important chez les patients ayant effectué un choix dans lequel la récompense immédiate était grande mais les conséquences à long terme étaient désavantageuses. Cette étude pilote a permis de réaliser un profil probable des patients avec plus de chances de rechute : patients jeunes, plus impulsifs, avec une prise de décisions altérée, mise en évidence avec l'IGT.

Par ailleurs, plusieurs études se sont intéressées au lien entre le risque de rechute et la prise de décision chez les patients présentant une dépendance au produit psychostimulant avec des résultats contradictoires. Une étude récente de 2016 (Adinoff et al., 2016) a évalué la rechute à 6 mois chez les patients présentant une addiction à la cocaïne et méthamphétamine en fonction de la performance à l'IGT et à la WCST. Ils ne retrouvent pas de lien statistiquement significatif. A l'inverse, l'équipe de Verdejo-Garcia et al., 2014 retrouve chez les patients dépendants à la cocaïne un risque de rechute corrélé à l'IGT. La rechute a été mesurée à trois mois et objectivée par une analyse de toxiques capillaire. Dans le même sens, l'équipe de Passeti et al., 2008 retrouve un risque de rechute à 3 mois plus important chez 37 patients dépendants aux opioïdes en lien avec une mauvaise performance à l'IGT .

Aucune étude n'a été retrouvée concernant la prise de décision chez les patients transplantés hépatiques pour cirrhose alcoolique.

De nombreuses études concernant la reprise des consommations d'alcool en post greffe hépatique ont été réalisées sans que la prise de décision soit étudiée dans ces études en tant que facteur prédictif de rechute. Plusieurs facteurs, comme par exemple, l'âge supérieur à 50 ans, l'addiction à l'alcool, la polytoxicomanie, l'isolement social, une comorbidité psychiatrique ont été définis comme des facteurs de risque de rechute (Pageaux et al., 2003 ; Perney et al., 2005 ; Karim et al., 2010). Afin d'évaluer un nouveau facteur prédictif de rechute, il serait pertinent d'étudier le

lien entre une altération de prise de décision et le risque de rechute alcoolique en post transplantation hépatique.

En résumé, le trouble lié à l'usage de l'alcool est donc un problème de santé publique majeur. Parmi ses conséquences cliniques graves, l'atteinte hépatique alcoolique est l'une des plus fréquentes. A un stade très évolué d'atteinte hépatique, le seul traitement disponible est la transplantation. Toutefois, en dépit de la prise en charge hépatique et addictologique proposée aux patients, près de 20% des patients alcoolo-dépendants sevrés rechuteront dans une consommation alcoolique sévère en post-greffe et un tiers d'entre eux développeront une cirrhose alcoolique récurrente, grevant sérieusement leur pronostic vital. De ce fait, anticiper cette rechute est actuellement un enjeu majeur dans la prise en charge des patients. Du fait de la rareté des greffons et la complexité de cette prise il est primordial de bien repérer les patients les plus à risque de rechuter en post greffe afin de mieux identifier les facteurs clinique et neurobiologique sous tendant cette rechute et proposer une prise en charge plus ciblée et plus adaptée à ces patients. Dans ce sens plusieurs auteurs se sont intéressés à l'identification des facteurs clinique prédictifs de cette rechute. L'objectif de notre étude est de tester des outils neuropsychologiques, valider chez les patients éthyliques chroniques, comme l'IGT et de corréler les résultats de ces tests au risque de rechute en post greffe hépatique. Les tâches neuropsychologiques comme l'Iowa Gambling Task (IGT) pourraient être un moyen objectif d'évaluer le risque de rechute. Ces tâches pourraient permettre une analyse plus fine du comportement des patients et permettront, si le modèle est validé, de mettre en place des études neurobiologiques et neuro-anatomique plus spécifiques.

METHODES

L'étude s'intéresse à la prise de décision dans la problématique addictive, et plus particulièrement, chez les patients en post-greffe hépatique pour cirrhose d'origine alcoolique. Notre étude est une étude pilote réalisée sur un faible effectif de patients en post transplantation hépatique.

Objectif principal

L'objectif principal de notre étude pilote est l'évaluation de la prise de décision chez les patients transplantés pour cirrhose éthylique.

L'objectif principal de l'étude générale est d'établir un lien entre la rechute éthylique en post transplantation hépatique et la prise de décision des patients évalués par l'IGT.

L'hypothèse proposée est que les patients transplantés hépatiques pour cirrhose éthylique qui rechutent en post greffe auraient une altération de la prise de décision par rapport aux patients qui ne rechutent pas.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont

- Evaluer de la corrélation entre la prise de décision et la consommation d'alcool en pré-greffe,
- Etablir un profil clinique des patients transplantés hépatiques,
- Evaluer l'impact des fonctions cognitives en tant que facteur limitant de la prise de décision,
- Etudier la corrélation entre dépression et prise de décision,
- Etudier la corrélation entre anxiété et prise de décision,
- Etudier la corrélation entre estime de soi et prise de décision.

Critère principal d'évaluation :

Le critère principal d'évaluation de notre étude pilote est l'évaluation de la prise de décision par la passation de l'Iowa Gambling Task chez les patients transplantés hépatiques pour cirrhose éthylique.

Le critère principal d'évaluation de l'étude générale est la comparaison des performances à l'IGT suivant la présence ou non d'une rechute en post transplantation hépatique lors de l'entretien d'évaluation réalisé au cours du suivi post greffe.

➤ **Définition de la rechute :**

Si le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » considère l'abstinence comme l'absence de consommation de toute boisson alcoolisée et la rechute comme la prise d'une boisson alcoolisée (fusionnant consommation d'alcool et rechute), nous avons choisi d'opter pour les propositions parues dans la littérature nord-américaine tendant à définir la rechute comme étant (Fuller, 1997) :

- La prise de boissons alcoolisées plus de cinq jours par semaine
et/ ou
- Une journée d'alcoolisation excessive (60 g chez l'homme / 40 g chez la femme)

Critère d'évaluation secondaire :

- Corrélation entre les variables cliniques et les scores de prise de décision (IGT)
- Corrélation entre la prise de décision (IGT) et l'intensité de la consommation avant greffe mesurée par le TAC
- Corrélation entre le score au MOCA test (fonction cognitive) et prise de décision (IGT)
- Corrélation entre prise de décision (IGT) et estime de soi (échelle de Rosenberg)

- Corrélation entre prise de décision (IGT) et dépression (MADRS)
- Corrélation entre prise de décision (IGT) et anxiété (STAI-A et STAI-B)

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive uni centrique non randomisée et ouverte. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre l'Unité de Recherche Clinique intersectorielle à vocation régionale du Centre Hospitalier Henri Laborit (Pr Jaafari) et le service de gastroentérologie du CHU de Poitiers (Pr Sylvain).

Patients, lieu et durée de l'étude

Les patients transplantés hépatiques sont recrutés au sein du service de gastro-entérologie du CHU de Poitiers. Les patients sont rencontrés en entretien d'évaluation en post transplantation au cours de leur suivi post greffe en consultation de gastro-entérologie. Les patients sont informés du déroulement de l'étude et doivent avoir donné leur consentement préalable.

Cette étude pilote se déroule sur une période de 4 mois de Juin 2016 à Septembre 2016

Le protocole de l'étude ainsi qu'une copie de l'information et du formulaire de consentement éclairé destinés aux patients ont été préalablement soumis au Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers. L'étude a reçu un avis favorable à sa réalisation selon les dispositions conformes à la loi française.

CRITERES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION DES PATIENTS

CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTS

Les patients doivent présenter tous les critères d'inclusion suivants pour être éligibles:

- Patients présentant ou ayant présentés avant greffe hépatique un trouble de l'usage de l'alcool selon les critères du DSM V et ayant entraîné une cirrhose éthylique nécessitant une greffe hépatique.
- Patients non alcoolisés lors de l'inclusion
- Absence d'un épisode dépressif sévère ou moyen actuel (MADRS < 20) ou de risque suicidaire.
- Patient d'âge compris entre 18 et 75 ans ayant donné son consentement éclairé après avoir reçu une information écrite sur la procédure envisagée.
- Patient bénéficiant de la sécurité sociale ou en bénéficiant par l'intermédiaire d'une tierce personne en accord avec la loi française sur la recherche biomédicale.
- Score au MOCA test > 20.
- Patient ayant une bonne maîtrise de la langue française.

CRITERES DE NON-INCLUSION DES PATIENTS

Les patients ne doivent présenter aucun critère de non-inclusions suivantes pour être éligibles :

- Patients hospitalisés sous contrainte (SPDT, SPDRE).
- Patients sous tutelle ou curatelle
- Situation d'urgence ou patient incapable de donner personnellement son consentement.
- Présence de pathologies neurologiques ou psychiatriques autres que de l'axe I : dépression sévère, schizophrénie, trouble bipolaire, retard mental.
- MOCA <20.
- Syndrome de Korsakoff ou pathologie neurodégénérative.
- Présence d'une encéphalopathie hépatique.

- Femme enceinte.
- Trouble de l'audition où trouble visuel non corrigé.
- Difficultés de compréhension et d'expression en langue française.
- Personnes non affiliées à un régime de sécurité sociale ou non bénéficiaires d'un tel régime.

Déroulement de l'étude

Au cours de l'entretien d'évaluation post transplantation hépatique, l'investigateur remet un exemplaire du formulaire d'information au patient et recueille le consentement libre et éclairé par écrit du patient.

Une fois ce consentement obtenu, sont réalisés :

- La vérification des critères d'inclusion et de non inclusion
- Un recueil des données sociodémographiques

Date d'évaluation
Age
Niveau d'étude
Sexe
Statut marital, nombre d'enfant(s)
Latéralité
Profession
Statut actuel / emploi
ATCD psy perso familial, ATCD familiaux de conduites addictives addiction (parents, fratrie)
ATCD médicaux et chirurgicaux
ATCD de TS
ATCD judiciaires (permis, violence)
ATCD d'hospitalisation sous contrainte

ATCD de consommation d'alcool pendant la grossesse

Historique TTT :

Vie entière (principalement TTT de l'addiction)

Actuel : posologie, catégories

Quantité de BZD consommé avant l'évaluation (sevrage initiation et décroissance)

Nombre d'hospitalisations en psychiatrie

Nombre de sevrages (Hospitalier ou ambulatoire)

- **Description des addictions**

Alcool	Tabac	Cannabis	Autres
Première ivresse	Nb de cigarettes	Quantité	Spécifier produit
Age de 1 ^{ère} expérimentation	Age de 1 ^{er} expérimentation	Age de 1 ^{er} expérimentation	Age de 1 ^{er} expérimentation
Usage régulier / quotidien	Usage régulier / quotidien	Usage régulier / quotidien	Usage régulier / quotidien
Age de l'apparition des troubles liés à l'alcool	Durée de consommation	Durée de consommation	Durée de consommation
Durée de consommation régulière de l'alcool			
Durée des troubles liés à l'alcool			
Type d'alcool			
Quantité TAC, HDD			

- **Des hétéro-questionnaires**

Le **MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)** est un questionnaire de diagnostic structuré reprenant les critères établis par le DSM-IV. Il a été conçu par Sheehan et al. (1998) pour la version anglaise et validé en français (Le-

crubier et al. 1998). Il permet au clinicien d'explorer de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le MINI est divisé en modules identifiés par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

Les principaux diagnostics psychiatriques évalués sont : dépression (module A), dysthymie (B), risque suicidaire (C), épisode (hypo)maniaque (D), trouble panique (E), agoraphobie (F), phobie sociale (G), trouble obsessionnel compulsif (H), état de stress post-traumatique (I), alcoolisme (J), utilisation des drogues (K), troubles psychotiques (L), anorexie mentale (M), boulimie (N), anxiété généralisée (O), trouble de la personnalité (P).

Nous utilisons donc le MINI dans sa version française n°5.0.0. Sa passation est brève, environ 15-19 minutes. Le MINI n'évalue pas les troubles de la personnalité en dehors de la personnalité antisociale.

Le **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** a été conçu pour l'évaluation des dysfonctions cognitives légères. Il évalue les fonctions suivantes : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visio-constructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. Le temps d'exécution est de dix minutes approximativement. Le nombre de points maximum est de 30; un score de 26 et plus est considéré normal.

L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg MADRS (Montgomery and Asberg depression rating scale) évalue les modifications de l'humeur sous l'effet du traitement par rTMS. Elle évalue l'intensité de la dépression. L'évaluation de l'anxiété et de la dépression doit être associée à la cotation des TOC, ceci en raison de la coexistence des symptômes anxiodépressifs et obsessionnels. L'échelle comprend 10 items cotés de 0 à 6. Le score seuil de dépression est fixé à 15 (Montgomery & Asberg, 1979).

- **Des auto-questionnaires**

Le **BDI (Beck Depression Inventory)** est une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée, plus le sujet est déprimé. Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

La **State-Trait Anxiety Inventory (STAI-A et STAI-B)** est un questionnaire d'auto-évaluation des aspects psychologiques de l'anxiété. Le test se compose de deux séries distinctes de vingt questions pour évaluer respectivement l'anxiété état (STAI-A) et l'anxiété trait (STAI-B). La première échelle STAI-A permet d'interroger la personne sur son niveau d'anxiété au moment précis de la passation de l'échelle. Le degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis de chacune des affirmations proposées est exprimé à l'aide d'une échelle allant de « Pas du tout » à « Beaucoup ». C'est un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquées par des situations particulières. En revanche, la seconde échelle STAI-B demande du sujet une évaluation de son niveau d'anxiété habituel en général dans sa vie quotidienne. La réponse est indiquée à l'aide d'une échelle continue variant de « Presque jamais » à « Presque toujours ». Ceci a pour but de repérer l'anxiété comme disposition stable. Chaque réponse à une proposition du questionnaire correspond à un score de 1 à 4: 1 indique le degré d'anxiété le plus faible et 4 le degré le plus fort. La note totale pour chaque sous-échelle varie de 20 à 80. (Spielberger et al, 1983; Schweitzer & Paulhan, 1990).

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg : L'échelle d'estime de soi est composée de 10 affirmations qui concernent l'évaluation ou le jugement que l'on porte sur soi-même. Le sujet évalue son degré d'accord ou de désaccord avec chaque affirmation à l'aide d'une échelle allant de 1=fortement d'accord à

4=fortement en désaccord. Plus le score est élevé, plus l'estime de soi est haute (Rosenberg et al, 1965).

- **La tâche informatique évaluant la prise de décision**

Le test informatique de l'**Iowa Gambling Task (IGT)** consiste à demander aux sujets de choisir des cartes parmi des paquets de cartes permettant de faibles gains mais des pertes comparativement plus faibles encore (les bonnes cartes), ou bien des paquets de cartes offrant des gains plus importants mais des pertes encore plus fortes (les mauvaises cartes). Le sujet ne sait pas qu'il va piocher 100 cartes. Il doit découvrir les piles avantageuses et celles désavantageuses. Dans les piles A et B, les gains sont élevés (100 \$ en moyenne), mais les pertes aussi (elles s'élèvent jusqu'à 2500 \$). Si le sujet pioche préférentiellement dans ces piles de cartes, il perd de l'argent. Les piles A et B sont des piles désavantageuses. Dans les piles C et D, les gains sont peu élevés (50 \$ en moyenne) mais les pertes sont très peu élevées. Si le sujet pioche préférentiellement dans ces piles de cartes, il gagne de l'argent. Les piles C et D sont les piles avantageuses. La pile A est une pile désavantageuse avec des punitions fréquentes, mais d'un montant peu élevé. La pile B est une pile désavantageuse avec des punitions rares, mais d'un montant élevé. La pile C est une pile avantageuse, avec des punitions fréquentes mais d'un montant peu élevé. La pile D est une pile avantageuse avec des punitions rares, mais d'un montant élevé. La performance à la tâche est mesurée par la différence entre le nombre de pioches dans les piles avantageuses et le nombre de pioches dans les piles désavantageuses, ceci constitue le score net total. Un score positif indique une bonne stratégie de prise de décision et un score négatif une mauvaise.

ANALYSES STATISTIQUES

Description de la population

Les caractéristiques démographiques et cliniques recueillies lors de l'étude sont résumées pour l'ensemble des patients. Les variables continues sont résumées par la moyenne, l'écart-type, la médiane, la valeur minimum et la valeur maximum.

Corrélations entre la prise de décision et les données cliniques

Les corrélations entre le score à l'IGT et les données cliniques (âge, quantité d'alcool consommée (TAC), année de sevrage et scores des échelles d'évaluation) ont été effectuées à l'aide d'une corrélation linéaire de Pearson avec le calcul du coefficient de corrélation r . Les analyses statistiques, qui montrent une valeur de p inférieure à 0.05, sont considérées comme significatives.

RESULTATS

Données démographiques des patients

L'étude pilote a permis d'inclure onze patients transplantés hépatiques pour cirrhose éthylique. Dix patients ne présentent pas de rechute éthylique. Un patient présente une rechute éthylique. Ce patient, qui a rechuté, a été informé de l'étude et a signé un consentement pour participer à l'étude, puis a retiré son consentement avant la réalisation des passations de tests.

Les caractéristiques démographiques des patients sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

	N	Moyenne	Médiane	Ecart- type	Minimum	Maximum
Age	10	62,9	67	8,8	43	73
Age fin d'étude	10	17,1	17	3,0	14	23
Traitement pour alcool	10	0,0	0	0,0	0	0
Problème OH entourage	10	0,0	0	0,0	0	0
Cure de sevrage	10	0,0	0	0,0	0	0
Age 1ere ivresse	10	19,3	18	4,8	14	30
Age 1ere expérimentation	9	17,1	17	1,9	14	20
Age usage régulier	10	25,0	23	7,9	17	40
Age trouble lié à l'alcool	8	42,8	46	16,9	20	61
TAC avant greffe	7	87,1	70	66,3	10	220
HDD avant greffe	9	26,3	30	5,2	16	30
Nombre d'année(s) de sevrage	9	5,8	4	5,0	1	18
Age de diagnostic	9	49,8	58	16,8	20	65
Première prise en charge	6	60,0	61	5,6	50	65
Durée maladie	5	19,2	12	18,1	1	40
Durée usage régulier	3	22,3	15	15,4	12	40
Tentative de suicide	10	0,0	0	0,0	0	0
Hospitalisation sous contrainte	10	0,0	0	0,0	0	0
Demande hospitalisation pour sevrage	10	0,0	0	0,0	0	0
Hospitalisation en postcure	10	0,0	0	0,0	0	0
Demande sevrage ambulatoire	10	0,1	0	0,4	0	1
Suivi psychologique actuel	10	0,1	0	0,4	0	1

Tableau 1 Données de démographiques et cliniques des patients transplantés hépatiques inclus

Caractéristiques cliniques

Parmi les dix patients qui n'ont pas rechuté, six patients présentent une consommation ponctuelle d'alcool évaluable cliniquement à 2 à 4 fois par mois en quantité modérée inférieure à 3 verres ou une demi-bouteille de vin en une prise. Quatre patients présentent une abstinence totale d'alcool depuis l'arrêt de consommations d'alcool précédant la greffe hépatique.

Un seul patient présente un antécédent avant greffe de demande de sevrage d'alcool en ambulatoire auprès de son médecin traitant. Ce même patient a un suivi psychologique mis en place une fois par mois.

Aucun des patients inclus n'a d'antécédent d'hospitalisation pour cure de sevrage, ni de post cure en institution.

Parmi les dix patients évalués seulement 4 d'entre eux avaient un traitement psychotrope, dont deux sous traitement antidépresseur de type ISRS/IRSNA et les deux autres ils avaient une prescription de somnifères en cas d'insomnie.

Le MINI montre une absence de comorbidité psychiatrique de l'axe 1 chez les patients inclus dans l'étude pilote (n=10).

Le MOCA test montre des scores allant de 24 à 29 avec une moyenne de 26,90 (+/- 1,595), ce qui correspond à des scores de MOCA tests normaux, ne mettant pas en évidence d'importants troubles cognitifs.

L'échelle de la MADRS a des scores allant de 0 à 15 avec un score moyen de 3 (+/- 4,922). Tous les patients ont des scores inférieurs à 16, ce qui correspond à des patients sains avec un score de 0 à 6, ou des patients présentant une dépression légère avec un score entre 7 et 19.

L'échelle de la BDI a des scores allant de 0 à 6 avec une moyenne de 2,10 (+/- 2,079), ce qui correspond à une absence d'épisode dépressif actuel.

L'échelle STAI-A « état » présente un score moyen de 26,90 (+/- 6,59) avec des scores allant de 20 à 37, ce qui correspond à des scores d'anxiété faible (de 36 à 45).

L'échelle STAI-B « trait » présente un score moyen de 33,70 ($\pm$ 6,343) avec des scores allant de 25 à 43, ce qui correspond également à des scores d'anxiété faible.

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg montre des scores de 21 à 31 avec une moyenne de 25,50 ($\pm$ 3,308). Ce score moyen est proche du score retrouvé en population générale pour cette échelle. Le score moyen en population générale est de 28,06 avec un écart type de 4,81 (Bigot et al., 2003).

Résultats de l'IGT

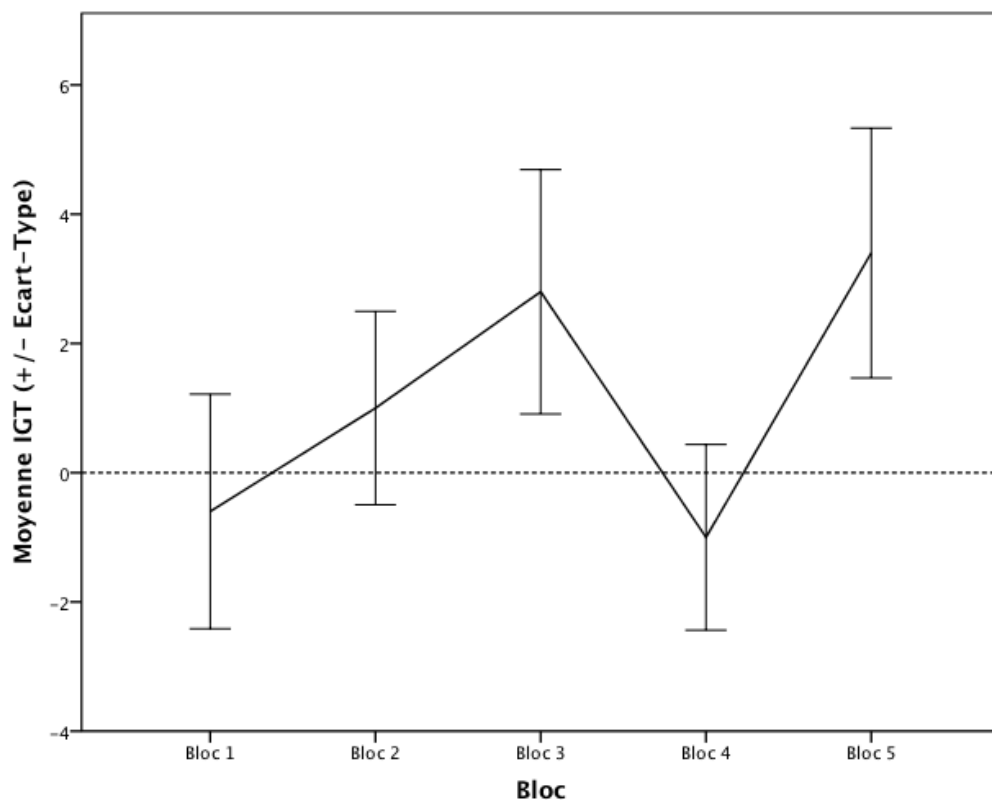


Figure 2 : Scores de l'IGT dans les cinq blocs consécutifs chez les dix patients transplantés qui n'ont pas rechuté

Le score total de l'IGT en moyenne est de 5,60 ($\pm$ 22,819) avec des scores allant de -18 à 46. Le score sur les 60 derniers essais (ou soit sur les derniers blocs) en moyenne est de 5,20 ($\pm$ 14,973) avec des scores allant de -16 à 36.

Ces scores de l'IGT ne permettent pas de montrer une tendance à un effet d'apprentissage au cours du test informatique entre les différents blocs.

Résultats des corrélations entre IGT et données cliniques

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et l'âge des patients est de $r = -0,660$ avec une valeur de $p = 0,038$, ce qui montre une corrélation négative significative entre le score total à l'IGT et l'âge des patients inclus.

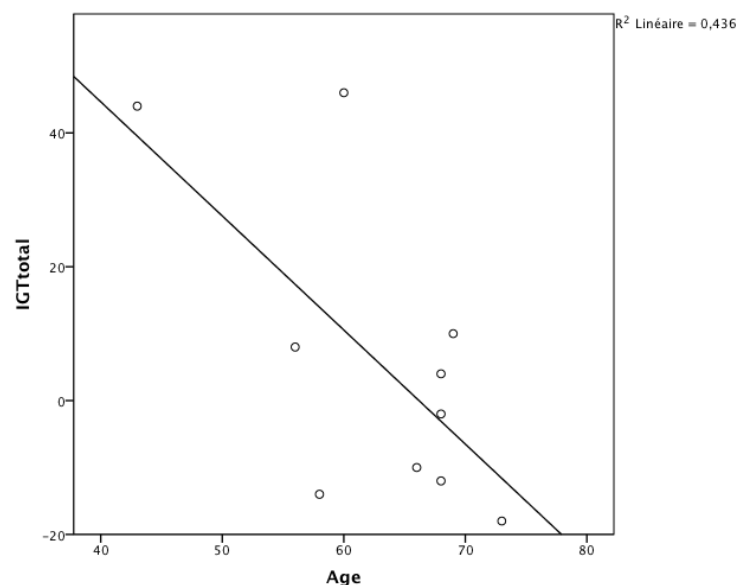


Figure 3 : *Corrélation entre les scores de l'IGT et l'âge des patients*

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et la quantité d'alcool consommée avant greffe (TAC en grammes d'alcool par jour) est de $r = 0,594$ avec une valeur de $p = 0,159$, ce qui montre une corrélation non significative entre le score total à l'IGT et la quantité d'alcool consommée avant greffe (TAC).

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et le nombre d'années de sevrage est de $r = -0,294$ avec une valeur de $p = 0,443$, ce qui montre une corrélation non significative entre le score total à l'IGT et le nombre d'années de sevrage d'alcool.

Résultats des corrélations entre IGT et échelles cliniques

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et le score du MOCA est de $r = -0,148$ avec une valeur de $p = 0,684$, ce qui montre une corrélation non significative entre le score total à l'IGT et le score du MOCA.

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et le score à la MADRS est de $r = -0,342$ avec une valeur de $p = 0,333$, ce qui montre une corrélation non significative entre le score total à l'IGT et le score à la MADRS.

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et le score de l'échelle BDI est de $r = -0,472$ avec une valeur de $p = 0,168$, ce qui montre une corrélation non significative entre le score total à l'IGT et le score de l'échelle BDI.

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et le score de l'échelle d'anxiété STAI trait est de $r = -0,598$ avec une valeur de $p = 0,068$, ce qui montre une corrélation négative à tendance significative entre le score total à l'IGT et le score d'anxiété trait.

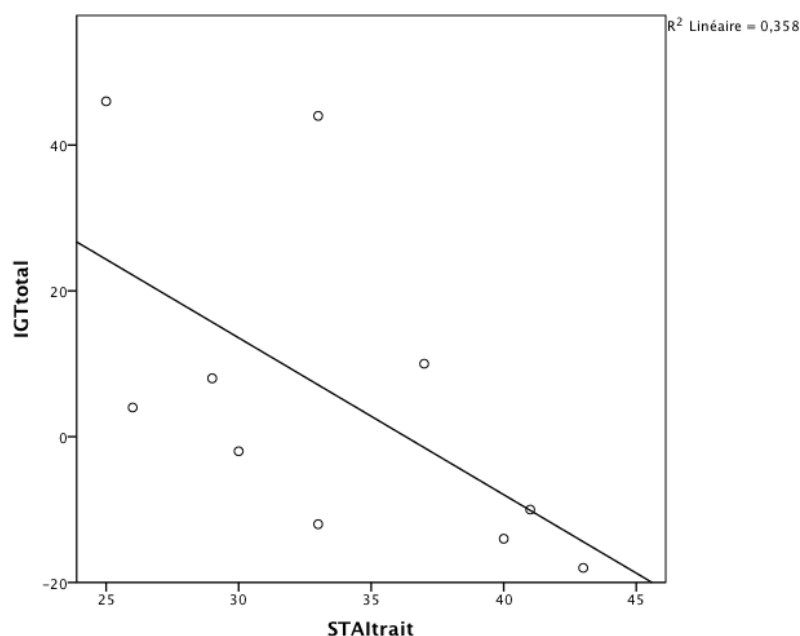


Figure 4 : Corrélation entre les scores de l'échelle STAI trait et les scores de l'IGT

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et le score d'anxiété de l'échelle STAI état est de $r = -0,473$ avec une valeur de $p = 0,167$, ce qui montre une corrélation non significative entre le score total à l'IGT et le score de l'échelle d'anxiété état.

Le coefficient de corrélation entre le score total à l'IGT et le score de l'échelle d'estime de soi est de $r = -0,277$ avec une valeur de $p = 0,439$, ce qui montre une corrélation non significative entre le score total à l'IGT et le score de l'échelle d'estime de soi.

DISCUSSION

Les patients transplantés hépatiques pour cirrhose alcooliques inclus dans notre étude pilote présentent un âge moyen élevé de 62,9 ans ($\pm 8,8$ ans). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en clinique les patients transplantés hépatiques pour cirrhose éthylique sont le plus souvent des patients qui ont eu un parcours de vie long en lien avec l'alcool ayant entraîné la greffe hépatique. Les patients présentent en moyenne une durée de la maladie alcoolique d'une vingtaine d'années. Chez les patients greffés inclus, nous remarquons une absence de demande sevrage en institution au cours de leur maladie alcoolique précédant la greffe.

Parmi les corrélations effectuées, la corrélation entre le score à l'IGT et l'âge des patients est significative. Plus l'âge des patients augmente, plus le score à l'IGT est faible. Plus l'âge est avancé, plus la prise de décision serait altérée selon nos résultats. Les scores à l'IGT obtenus seraient donc influencés par l'âge de nos patients inclus.

Les scores d'IGT obtenus chez nos patients se situent entre les scores obtenus chez des sujets contrôles et des sujets alcooliques abstinents décrits dans la littérature (Tomassini et al., 2012). Les patients greffés hépatiques inclus auraient une prise de décision moins bonne que des sujets contrôles. Chez les patients greffés, l'évolution des scores entre les cinq blocs consécutifs de l'IGT ne permet pas de montrer une tendance à l'apprentissage, contrairement aux sujets contrôles de l'étude de Tomassini et al. chez lesquels un effet d'apprentissage est identifié au cours des cinq blocs consécutifs de l'IGT. La limite de cette hypothèse est la différence de moyenne d'âge entre les patients greffés de notre étude pilote et les sujets contrôles de la littérature (40,8 ans $\pm 12,79$ ans). Par ailleurs, les patients greffés hépatiques inclus auraient une meilleure prise de décision que des patients alcooliques abstinents depuis au moins six mois. La seconde limite de ces hypothèses est le faible nombre de patients greffés inclus dans notre étude pilote. Une grande variation des scores à l'IGT est observée entre les patients greffés inclus avec des scores allant de -18 à 46.

Les scores de l'IGT pourraient également être influencés par le niveau d'anxiété trait des patients inclus. Plus le niveau d'anxiété des patients serait élevé, plus le score à l'IGT serait faible et montrerait une altération de la prise de décision. Ce résultat est à confirmer sur un plus grand nombre de patients greffés.

Le faible effectif peut s'expliquer par la difficulté à rencontrer ces patients et à obtenir leur consentement pour participer à l'étude. L'inclusion dans un protocole de recherche clinique des patients greffés hépatiques nécessite une collaboration active entre plusieurs disciplines médicales. Les dix patients inclus dans l'étude présentent une absence de rechute alcoolique. Pour ces patients greffés, évoquer avec les soignants leurs antécédents de maladie alcoolique n'est pas spontané et nécessite une mise en confiance. L'inclusion des patients greffés, qui présentent une rechute éthylique, paraît plus délicate, peut-être du fait d'un sentiment de culpabilité et de honte que la rechute génère chez ces patients. Pour certains patients, même une consommation occasionnelle et correcte d'alcool reste pénible à admettre et donc la rechute est difficilement évaluable.

Les dix patients inclus dans l'étude pilote n'ont pas présenté une rechute alcoolique. Dans ce contexte, nous avons remarqué que les facteurs protecteurs décrits dans la littérature (Pageaux and Faure, 2010) correspondent avec nos données : âge supérieur à 40 ans, absence de comorbidités psychiatriques et de toxicomanie, pas d'antécédent d'alcoolisme dans l'entourage proche, conditions sociales correctes. Les patients inclus ne présentaient pas des comorbidités psychiatriques que nous avons évaluées à l'aide de l'échelle MINI.

Concernant la prise de décision, on peut remarquer, que malgré des résultats inférieurs à l'IGT par rapport à la population contrôle (Tomassini, 2012), l'échantillon évalué est capable de maintenir l'abstinence. Ce qui peut indiquer une capacité des patients transplantés hépatique pour cirrhose éthylique de développer des mécanismes compensatoires pour maintenir le sevrage. Cette hypothèse est soutenue par Fein et al (2004) qui a évalué sur une population de 44 alcooliques abstinents et 58 sujets contrôle la prise de décisions mesuré par l'IGT, comme facteur prédictif de la rechute. Ses résultats montrent qu'une prise de décisions altérée et des traits de trouble de la personnalité antisociale n'implique pas forcément une rechute. Il émet

également l'hypothèse que la prise de décisions des patients qui rechutent est encore plus altérée, et les traits de trouble de la personnalité sont encore plus marqués (Fein et al, 2004).

CONCLUSION

Les troubles liés à l'usage d'alcool représentent un problème majeur de Santé Publique en France. Une conséquence grave d'une consommation importante d'alcool est la cirrhose hépatique, et nécessite assez fréquemment, une transplantation hépatique. Cependant, le risque de rechute chez les patients transplantés hépatiques pour cirrhose alcoolique est non négligeable et présente un enjeu éthique pour les équipes pluridisciplinaires de transplantation. Le risque de rechute est difficile à prédire chez ces patients, mais évaluer le risque de rechute apparaît primordial afin de mieux identifier et accompagner les patients à risque de manière pluridisciplinaire.

Dans la littérature, plusieurs auteurs se sont intéressés à évaluer les facteurs pouvant influencer la rechute chez les patients transplantés hépatiques. Une seule étude s'est intéressée à l'évaluation de la prise de décision en tant que facteur prédictif de la rechute alcoolique chez des patients éthyliques chroniques non transplantés. Aucune étude n'a été retrouvée concernant la prise de décision chez les patients transplantés hépatiques. Afin d'évaluer un nouveau facteur prédictif de rechute, il nous est apparu pertinent d'étudier le lien entre prise de décision et rechute éthylique en post transplantation hépatique. L'étude pilote n'a permis d'inclure qu'un faible nombre de patients transplantés hépatiques, qui présentent une absence de rechute éthylique, ce qui n'a pas permis de répondre à l'objectif principal. Par ailleurs, les patients inclus dans l'étude pilote présentent des facteurs cliniques protecteurs de rechute en cohérence avec la littérature existante à ce sujet.

Même si la taille de notre échantillon ne permet pas une généralisation des résultats, cette étude pilote met en avant l'importance de poursuivre les recherches dans le domaine de la transplantation hépatique, afin de pouvoir repérer les patients les plus à risque de rechute alcoolique.

ANNEXES

ANNEXE 1: Liste des Figures et Tableaux

Figure 1 : Score net à l'IGT dans les cinq blocs pour les alcooliques abstinents et les sujets contrôles (Tomassini et al., 2012)

Figure 2 : Scores de l'IGT dans les cinq blocs consécutifs chez les dix patients transplantés qui n'ont pas rechuté

Figure 3 : Corrélation entre les scores de l'IGT et l'âge des patients

Figure 4 : Corrélation entre les scores de l'échelle STAI trait et les scores de l'IGT

Tableau 1 : Données de démographiques et cliniques des patients transplantés hépatiques inclus

ANNEXE 2 : Liste des abréviations :

ADP-IV: The Assessment of DSM-IV Personality Disorders questionnaire

ATCD: Antécédents

AVLT: Test d'apprentissage auditivo-verbal

BDI: Beck Depression Inventory

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BIS: Barratt Impulsivity Scale

CFT: Coin Flipping Task

CPFVM: cortex préfrontal ventro-médial

DDT: Delay Discounting Task

DIS: Diagnostic Interview Schedule

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EuropASI: European Addiction Severity Index

HAS : Haute Autorité de Santé

HDD: Heavy Drinking Days

HRAR: High-Risk Alcoholism Relapse

IGT: Iowa Gambling Task

IMPss : Impulsive Sensation Seeking Scale

MADRS: Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MOCA: Montreal Cognitive Assessment

NEO-FFI: NEO five-factor inventory

OH : Alcool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAC: Recurrent Alcoholic Cirrhosis

Raven PM : Matrices Progressives de Raven

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV

SFA : Société Française d'alcoologie

SPDRE: Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

SPDT: Soins Psychiatrique à la Demande d'un Tiers

SPSRQ: Sensitivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

TAC: Total Alcohol Consumption

TAG: Trouble anxio-generalisé

TDAH: Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

TOC: Trouble obsessionnel compulsif

TTT: Traitement

WCST: Wisconsin Card Sorting Test

BIBLIOGRAPHIE

1. Adinoff B, Carmody J. T., Walker R., Donovan M. D., Brigham S. G. & Winhusen T., Decision-making processes as predictors of relapse and subsequent use in stimulant-dependent patients, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016.
2. Aggleton JP, Brown MW. Episodic memory amnesia and the hippocampal – anterior thalamic axis. *Behav Brain Sci*. 1999 ; 22 (3) : 425-44.
3. Alati R, AlMamun A, Williams GM, O'Callaghan M, Najman JM, Bor W. In-utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: a birth cohort study. *Arch Gen Psychiatr*. 2006 ; 63 : 1009-16
4. Association Américaine de Psychiatrie, DSM V, Troubles de l'usage d'une substance et troubles addictifs, 2015
5. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*. 2000 Mar;10(3):295-307.
6. Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances (OFDT)* 2011;(76):6.
7. Beresford TP, Arciniegas DB, Alfers J, Clapp L, Martin B, Du Y, Liu D, Shen D, Davatzikos C. Hippocampus volume loss due to chronic heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006 ; 30 (11) : 1866-70.
8. Berlakovich GA, Langer F, Freundorfer E, Windhager T, Rockenschaub S, Sporn E, et al. General compliance after liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *Transpl Int* 2000;13:129–35.
9. BIGOT F. L'estime de soi : validation française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg sur une population générale (mémoire pour le DESS de psychologie clinique et pathologique). Paris : Université Paris VIII, 2003.

10. Blazer D. Neurocognitive disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2013 ; 170 : 585-7
11. Bowden-Jones H., McPhillips M, Rogers R, Hutton S, Joyce E, Risk-Taking on Tests Sensitive to Ventromedial Prefrontal Cortex Dysfunction Predicts Early Relapse in Alcohol Dependency: A Pilot Study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 17:3, Summer 2005
12. Brevers D, Bechara A, Cleeremans A, Kornreich C, Verbanck P, Noël X. Impaired decision-making under risk in individuals with alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 Jul;38(7):1924-31.
13. Brevers D, Bechara A, Cleeremans A, Noël X. Iowa Gambling Task (IGT): twenty years after gambling disorder and IGT. *Front Psychol*. 2013 Sep 30;4:665.
14. Bryon Adinoff, Thomas J. Carmody, Robrina Walker, Dennis M. Donovan, Gregory S. Brigham & Theresa Winhusen . Decision-making processes as predictors of relapse and subsequent use in stimulant-dependent patients, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016.
15. Bulletin épidémiologique hebdomadaire InVS n°16-17-18, 7 mai 2013 Numéro thématique - L'alcool, toujours un facteur de risque pour la santé en France.
16. Burra P, Germani G, Gnoato F, Lazzaro S, Russo FP, Cillo U, et al. Adherence in liver transplant recipients. *Liver Transpl* 2011;17: 760–70
17. Burra P, Senzolo M, Adam R, Delvart V, Karam V, Germani G, et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease in Europe: a study from the ELTR (European Liver Trans- plant Registry). *Am J Transplant* 2010;10: 138–48.
18. Cantrell H., Finn P., Rickert M., Lucas J., Decision Making in Alcohol Dependence: Insensitivity to Future Consequences and Comorbid Disinhibitory Psychopathology, *Alcohol Clin Exp Res*. 2008 August ; 32(8): 1398–1407. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00714.x.

19. Cardenas VA, Studholme C, Gazdzinski S, Durazzo TC, Meyerhoff DJ. Deformation-based morphometry of brain changes in alcohol dependence and abstinence. *Neuroimage*. 2007 ; 34 (3) : 879-87.
20. Carlen PL, Wilkinson DA, Wortzman G, Holgate R. Partially reversible cerebral atrophy and functional improvement in recently abstinent alcoholics. *Can J Neurol Sci*. 1984 ; 11 (4) : 441-6.
21. Chanraud S, Martelli C, Delain F, Kostogianni N, Douaud G, Aubin HJ, Reynaud M, Martinot JL. Brain morphometry and cognitive performance in detoxified alcohol-dependents with preserved psychosocial functioning. *Neuropsychopharmacology*. 2007 ; 32 (2) : 429-38.
22. College Romand de Medecine de l'Addiction. Neurosciences de l'addiction [en ligne]. http://www.romandieaddiction.ch/pdf/Professionnel/Neurosciences/COROMA_A5_OK.pdf
23. Cuadrado A, Fabrega E, Casafont F, Pons- Romero F. Alcohol recidivism impairs long-term patient survival after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transpl* 2005;11:420–6.
24. De Gottardi A, Spahr L, Gelez P, Morard I, Mentha G, Guillaud O, et al. A simple score for predicting alcohol relapse after liver transplantation: results from 387 patients over 15 years. *Arch Intern Med* 2007;167: 1183–8.
25. De Wilde B, Bechara A, Sabbe B, Hulstijn W, Dom G. Risky Decision-Making but Not Delay Discounting Improves during Inpatient Treatment of Polysubstance Dependent Alcoholics. *Front Psychiatry*. 2013 Sep 3;4:91.
26. De Wilde B, Verdejo-García A, Sabbe B, Hulstijn W, Dom G. Affective decision-making is predictive of three-month relapse in polysubstance-dependent alcoholics. *Eur Addict Res*. 2013;19(1):21-8.
27. Dematteis M, Pennel L, Mallaret M. Alcool et démence. in : Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ, éditeurs. *Alcool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Issy-les-Moulineaux : Else-

vier Masson ; 2013. p. 164-79

28. Dew M A, DiMartini A F, Steel J, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Unruh M, Greenhouse J. Meta-Analysis of Risk for Relapse to Substance Use After Transplantation of the Liver or Other Solid Organs. *Liver Transpl.* 2008 Feb ;14(2) :159-172.
29. DiMartini A, Magill J, Fitzgerald MG, Jain A, Irish W, Khera G, Yates W. Use of a high-risk alcohol relapse scale in evaluating liver transplant candidates. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000 Aug;24(8):1198-201.
30. Dom G, De Wilde B, Hulstijn W, van den Brink W, Sabbe B. Decision-making deficits in alcohol-dependent patients with and without comorbid personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006 Oct;30(10):1670-7.
31. Donnadieu-Rigole H, Perney P, Pageaux GP. Alcohol consumption after liver transplantation in patients transplanted for alcoholic cirrhosis. *Presse Med.* 2015 May;44(5):481-5.
32. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Jul 1;96(1-2):99-110.
33. Dumortier J, Dharancy S, Cannesson A, Lassailly G, Rolland B, Pruvot FR, Boillot O, Faure S, Guillaud O, Rigole-Donnadieu H, Herrero A, Scoazec JY, Mathurin P, Pageaux GP. Recurrent alcoholic cirrhosis in severe alcoholic relapse after liver transplantation: a frequent and serious complication. *Am J Gastroenterol.* 2015 Aug;110(8):1160-6
34. Duvoux C., Samuel D. - La transplantation hépatique, *Gastroentérologie Clinique et Biologique* (2009) 33, 868-881
35. Faure S, Herrero A, Jung B, Duny Y, Daures JP, Mura T, et al. Excessive alcohol consumption after liver transplantation impacts on long-term survival, whatever the primary indication. *J Hepatol* 2012;57:306-12.
36. Fein G, Klein L, Finn P. Impairment on a simulated gambling task in long-term abstinent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 Oct;28(10):1487-91.

37. Fuller RK. Definition and diagnosis of relapse to drinking. *Liver Transpl Surg.* 1997 May;3(3):258-62.
38. Garrido I, Subirá S. Decision-making and impulsivity in eating disorder patients. *Psychiatry Res.* 2013 May 15;207(1-2):107-12.
39. Goudriaan AE, Grekin ER, Sher KJ. Decision making and binge drinking: a longitudinal study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007 Jun;31(6):928-38.
40. Hanson KL, Luciana M, Sullwold K. Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users.
41. HAS, Indications de la transplantation hépatique, *Journal de Chirurgie*, 142, N°3, Paris, 2005
42. Henrietta Bowden-Jones, Mike McPhillips, Robert Rogers, Sam Hutton, Eileen Joyce. Risk-Taking on Tests Sensitive to Ventromedial Prefrontal Cortex Dysfunction Predicts Early Relapse in Alcohol Dependency: A Pilot Study. 2005 American Psychiatric Publishing, Inc.
43. Karim Z, Intaraprasong P, Scudamore CH, Erb SR, Soos JG, Cheung E, et al. Predictors of relapse to significant alcohol drinking after liver transplantation. *Can J Gastroenterol* 2010;24:245–50.
44. Körner N, Schmidt P, Soyka M. Decision making and impulsiveness in abstinent alcohol-dependent people and healthy individuals: a neuropsychological examination. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2015 Jun 17;10:24.
45. Kotlyar DS, Burke A, Campbell MS, Weinrieb RM. A critical review of candidacy for ortho- topic liver transplantation in alcoholic liver disease. *Am J Gastroenterol* 2008;103:734–44.
46. Le Berre AP, Rauchs G, La JR, Mezenge F, Boudehent C, Vabret F, Segobin S, Viader F, Allain P, Eustache F, Pitel AL, Beaunieux H. Impaired decision-making and brain shrinkage in alcoholism. *Eur Psychiatry.* 2014 ; 29 (3) : 125-33.

47. Le Berre AP, Rauchs G, La JR, Segobin S, Mezenge F, Boudehent C, Vabret F, Viader F, Eustache F, Pitel AL, Beaunieux H. Readiness to change and brain damage in patients with chronic alcoholism. *Psychiatry Res.* 2013 ; 213 (3) : 202-9.
48. Lecrubier Y and e. al., M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview). SHEEHAN D, et al. University of South Florida-Tampa, USA. French version 5.0.0. DSM-IV. Traduction française. INSERM-Paris, France, 1998
49. Levin I, Weller J, Pederson A, Harshman L. Age-related differences in adaptive decision-making: sensitivity to expected value in risky choice. *Judgment Decision Making.* 2007; 2:225–233.
50. Li X, Lu ZL, D'Argembeau A, Ng M, Bechara A. The Iowa Gambling Task in fMRI images. *Hum Brain Mapp.* 2010 Mar;31(3):410-23.
51. Lyvers M, Mathieson N, Edwards MS. Blood alcohol concentration is negatively associated with gambling money won on the Iowa gambling task in naturalistic settings after controlling for trait impulsivity and alcohol tolerance. *Addict Behav.* 2015 Feb;41:129-35.
52. Mazas CA, Finn PR, Steinmetz JE. Decision-making biases, antisocial personality, and early-onset alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res.* 2000 Jul;24(7):1036-40.
53. Miranda R Jr, MacKillop J, Meyerson LA, Justus A, Lovallo WR. Influence of antisocial and psychopathic traits on decision-making biases in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009 May;33(5):817-25.
54. Montgomery SA, Asberg M, A new depression scale designed to be sensitive to change, *Br J Psychiatry.* 1979 Apr;134:382-9.
55. NEUBERGER J, ADAMS D, MACMASTER P, MAIDMENT A, SPEED M., ASSESSING PRIORITIES FOR ALLOCATION OF DONOR LIVER GRAFTS: SURVEY OF PUBLIC AND CLINICIANS, *BMJ* 1998; 317:172
56. OMS, Consommation d'alcool, Aide-Mémoire N° 349, Janvier 2015

57. Pageaux GP, Bismuth M, Perney P et al. Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease: does it matter? *J Hepatol* 2003;38:629-34
58. Passeti F, Clark L, Mehta MA, Joyce E, King M (2008) Neuropsychological predictors of clinical outcome in opiate addiction. *Drug Alcohol Depend* 94:82–91
59. Perney P, Bismuth M, Sigaud H et al. Are pre-operative patterns of alcohol consumption predictive of relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease? *Transpl Int* 2005;18:1292-6.
60. Rigole-Donnadieu H., Perney P , Pageaux G.P, Consommation d'alcool après greffe de foie chez les patients transplantés pour cirrhose alcoolique, *La Presse Médicale*, Volume 44, Issue 5, May 2015, Pages 481–485
61. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
62. Rustad JK, Stern TA, Prabhakar M, Musselman D. Risk factors for alcohol relapse following orthotopic liver transplantation: a systematic review. *Psychosomatics*. 2015 Jan-Feb;56(1):21-35.
63. Salgado JV, Malloy-Diniz LF, Campos VR, Abrantes SS, Fuentes D, Bechara A, Correa H. Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Mar;31(1):4-9.
64. Sheehan Dv, Lecrubier Y, Sheehan Kh, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar Gc, The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development And Validation Of A Structured Diagnostic Psychiatric Interview For Dsm-iv And Icd-10, *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;Quiz 34-57.

65. Societe française d'alcoologie, mesusage de l'alcool, depistage, diagnostic et traitement, recommandation de bonne pratique, 2015 ; 37 (1) : 5-84
66. Spielberger, C.-D. (1993). Inventaire d'anxiété état-trait, Forme Y (S.T.A.I.-Y) : Traduction et validation française par M. Bruchon-Schweitzer et I. Paulhan. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée
67. Telles-Correia D, Mega I. Candidates for liver transplantation with alcoholic liver disease: Psychosocial aspects. World J Gastroenterol. 2015 Oct 21;21(39):11027-33.
68. Tom SM, Fox CR, Trepel C, Poldrack RA. The neural basis of loss aversion in decision-making under risk. Science. 2007; 315:515–518.
69. Turner ML, Engle RW. Is working memory capacity task dependent? J Mem Lang. 1989; 28:127–154.
70. Verdejo-Garcia, A., Albein-Urios, N., Martinez-Gonzalez, J.M. et al. Psychopharmacology (2014) 231: 4179. doi:10.1007/s00213-014-3563-9
71. Washington A. W., Cross-cultural issues in transplant compliance, Transplant Proc, 31 (1999), pp. S27–S28
72. Yates WR, Booth BM, Reed DA, Brown K, Masterson BJ. Descriptive and predictive validity of a high-risk alcoholism relapse model. J Stud Alcohol. 1993 Nov;54(6):645-51.
73. Zhang XL, Wang GB, Zhao LY, Sun LL, Wang J, Wu P, Lu L, Shi J. Clonidine improved laboratory-measured decision-making performance in abstinent heroin addicts. PLoS One. 2012;7(1):e29084.
74. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 1983. 67(6): p. 361-70.

RESUME

Contexte : Le trouble lié à l'usage de l'alcool est un problème de santé publique majeur. Parmi ses conséquences cliniques graves, l'atteinte hépatique alcoolique est l'une des plus fréquentes. A un stade très évolué d'atteinte hépatique, le seul traitement disponible est la transplantation. Toutefois, près de 20% des patients alcoolo-dépendants sevrés rechuteront dans une consommation alcoolique sévère en post-greffe et un tiers d'entre eux développeront une cirrhose alcoolique récurrente, grevant sérieusement leur pronostic vital. Il apparaît primordial de bien repérer les patients les plus à risque de rechute en post greffe, afin de mieux identifier les facteurs prédictifs de cette rechute et proposer une prise en charge plus ciblée aux patients à risque. L'objectif de notre étude pilote est l'évaluation de la prise de décision, mesuré par l'Iowa Gambling Task, chez les patients transplantés pour cirrhose éthylique. Cette étude pilote s'inscrit dans une étude qui a pour objectif principal d'évaluer la prise de décision en tant que facteur prédictif de rechute en post transplantation hépatique.

Méthode : L'étude est descriptive uni centrique non randomisée et ouverte. Les patients transplantés hépatiques sont recrutés dans le service de gastro-entérologie du CHU de Poitiers.

Résultats : Nous avons inclus dix patients transplantés hépatiques qui ne présentent pas de rechute de consommation d'alcool. Nos résultats montrent une corrélation significative négative entre la prise de décision et l'âge des patients. Dans la population évaluée dans notre étude pilote, le score global de l'IGT est supérieur aux scores des patients alcooliques abstinents décrits dans la littérature, mais inférieur aux résultats de la population contrôle. Par ailleurs, les patients inclus présentent des facteurs cliniques protecteurs de rechute retrouvés dans la littérature.

Conclusion : La taille de l'échantillon recruté ne nous permet pas de généraliser les résultats. Cependant, on peut mettre en avant l'importance de continuer cette étude pour pouvoir mettre en évidence les différents facteurs qui influencent la rechute dans cette population à risque.

Mots clés : alcool, prise de décisions, IGT, rechute, greffe hépatique



SERMENT

□□□□□

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

□□□□□

RESUME

Contexte : Le trouble lié à l'usage de l'alcool est un problème de santé publique majeur. Parmi ses conséquences cliniques graves, l'atteinte hépatique alcoolique est l'une des plus fréquentes. A un stade très évolué d'atteinte hépatique, le seul traitement disponible est la transplantation. Toutefois, près de 20% des patients alcoolo-dépendants sevrés rechuteront dans une consommation alcoolique sévère en post-greffe et un tiers d'entre eux développeront une cirrhose alcoolique récurrente, grevant sérieusement leur pronostic vital. Il apparaît primordial de bien repérer les patients les plus à risque de rechute en post greffe, afin de mieux identifier les facteurs prédictifs de cette rechute et proposer une prise en charge plus ciblée aux patients à risque. L'objectif de notre étude pilote est l'évaluation de la prise de décision, mesuré par l'Iowa Gambling Task, chez les patients transplantés pour cirrhose éthylique. Cette étude pilote s'inscrit dans une étude qui a pour objectif principal d'évaluer la prise de décision en tant que facteur prédictif de rechute en post transplantation hépatique.

Méthode : L'étude est descriptive uni centrique non randomisée et ouverte. Les patients transplantés hépatiques sont recrutés dans le service de gastro-entérologie du CHU de Poitiers.

Résultats : Nous avons inclus dix patients transplantés hépatiques qui ne présentent pas de rechute de consommation d'alcool. Nos résultats montrent une corrélation significative négative entre la prise de décision et l'âge des patients. Dans la population évaluée dans notre étude pilote, le score global de l'IGT est supérieur aux scores des patients alcooliques abstinents décrits dans la littérature, mais inférieur aux résultats de la population contrôle. Par ailleurs, les patients inclus présentent des facteurs cliniques protecteurs de rechute retrouvés dans la littérature.

Conclusion : La taille de l'échantillon recruté ne nous permet pas de généraliser les résultats. Cependant, on peut mettre en avant l'importance de continuer cette étude pour pouvoir mettre en évidence les différents facteurs qui influencent la rechute dans cette population à risque.

Mots clés : alcool, prise de décisions, IGT, rechute, greffe hépatique