



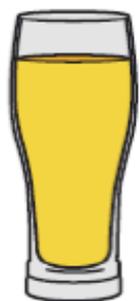
Approches cliniques et biologiques pour la prise en charge du patient alcoolique

Dr Ghali SQALLI, Médecin biologiste, LaboCita

gsgalli@citadelle.be ou 04 321 53 15

Soirée AABC
22/03/2024

Un verre standard =



=



=



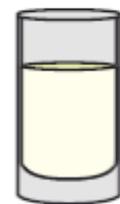
=



=



=



=

**une unité
d'alcool**

Une chope
de bière
à 5°
(25 cl)

Une coupe
de champagne
à 12°
(10 cl)

Un verre
de vin
à 12°
(10 cl)

Un verre
d'apéritif
à 18°
(7 cl)

Un verre
de whisky
à 40°
(3 cl)

Un verre
de pastis
à 45° (un peu
moins de 3 cl)

soit 10 g
d'alcool

Définitions

NEW : 10 US/SEMAINE
ET 2 jours d'abstinence/semaine
ET moins 4 US/occasion
ET en dehors de situation à risque

❖ Mésusage d'alcool :

1. **Usage à faible risque** = consommation sous les seuils d'unités préconisés par l'OMS :

14 US/semaine chez la femme ou **21 US/semaine** chez l'homme et **< 4 US en une fois**.

+ nécessité **d'au moins un J d'abstinence** par semaine + **absence de consommation en situation à risque (grossesse, conduite automobile, usage de machines)**

1. **Usage à risque** = consommation supérieure aux seuils d'unités préconisés par l'OMS

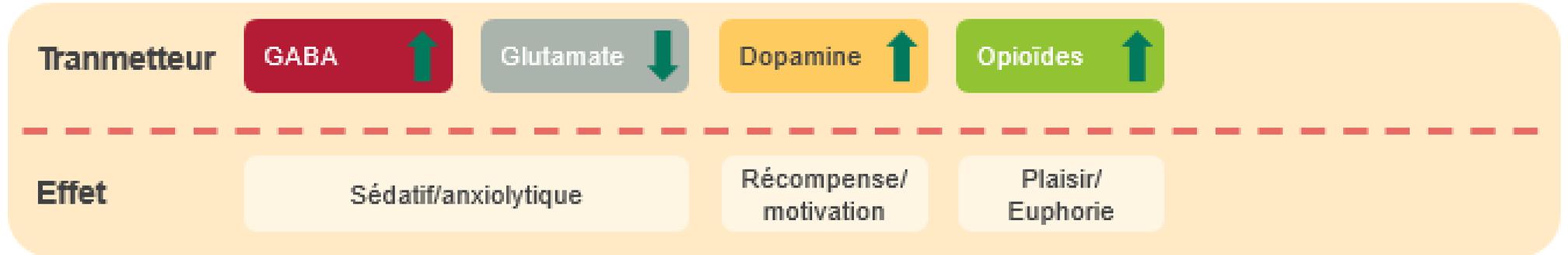
2. **Usage nocif** = consommation accompagnée de conséquences médicales, psychologiques ou sociales

❖ **Dépendance** : La dépendance « celui qui n'a pas la liberté de s'abstenir de boire des boissons alcoolisées » *Pierre Fouquet, fondateur de la Société Française d'Alcoologie*

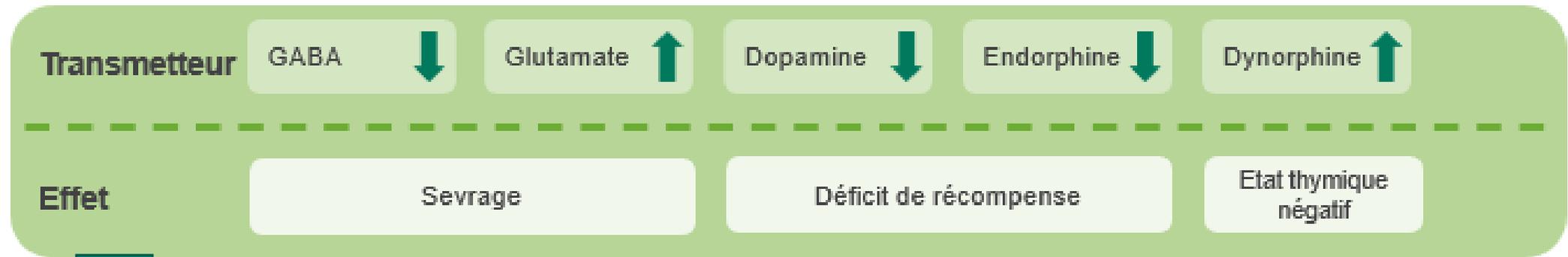
« En médecine générale, 20 à 25 % des patients fréquentant les cabinets sont touchés par des problèmes d'alcool. Seuls 8% des alcoolodépendants sont pris en charge. »

Neuroadaptation

Consommation aiguë d'alcool



Consommation chronique d'alcool



Inhibition frontale : Augmentation de l'impulsivité : « Ne sait pas s'arrêter »

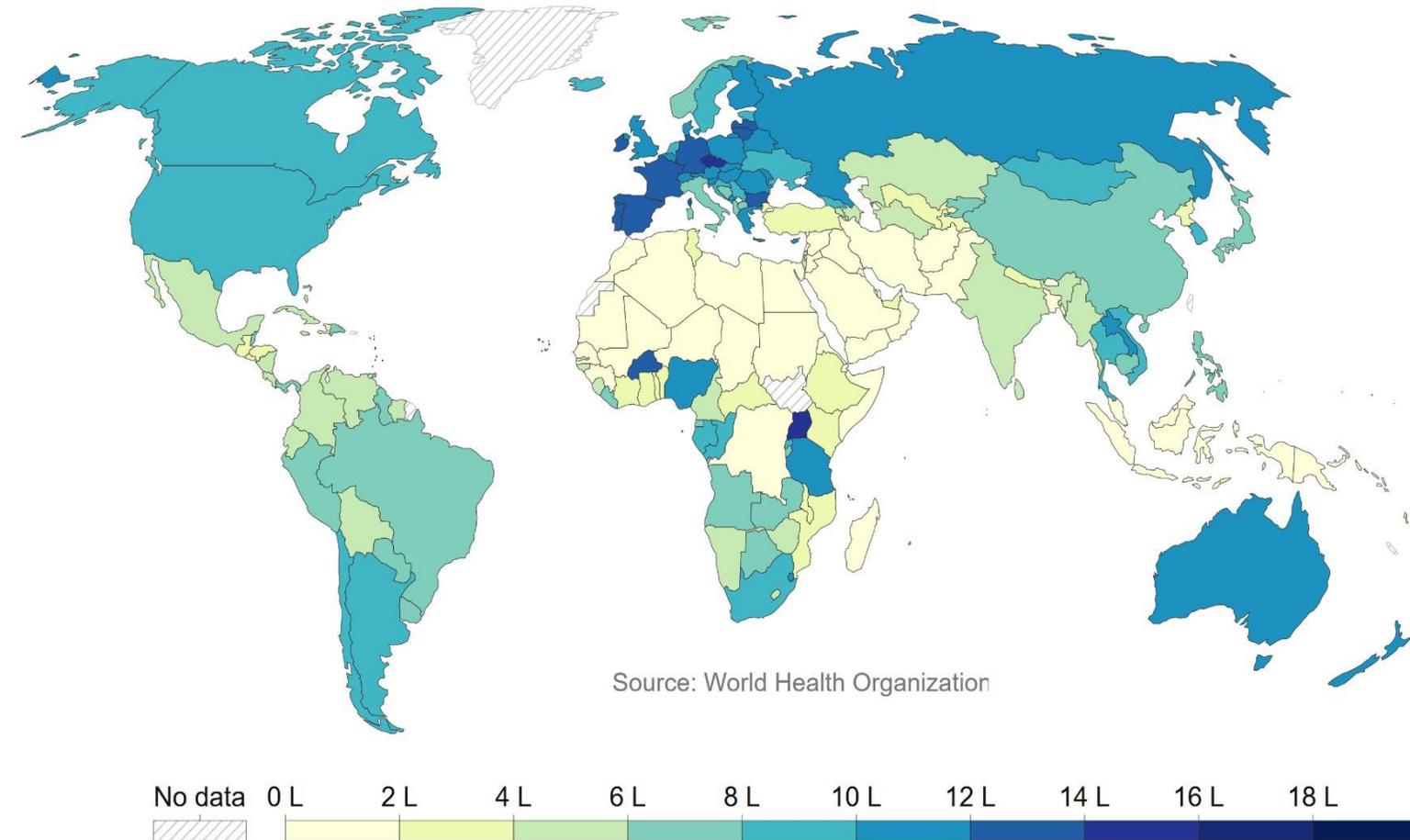
Hypoactivité sérotoninergique : Craving

Hypoactivité dopaminergique : Augmentation de la tolérance

QUELQUES CHIFFRES

Alcohol consumption per person, 2018

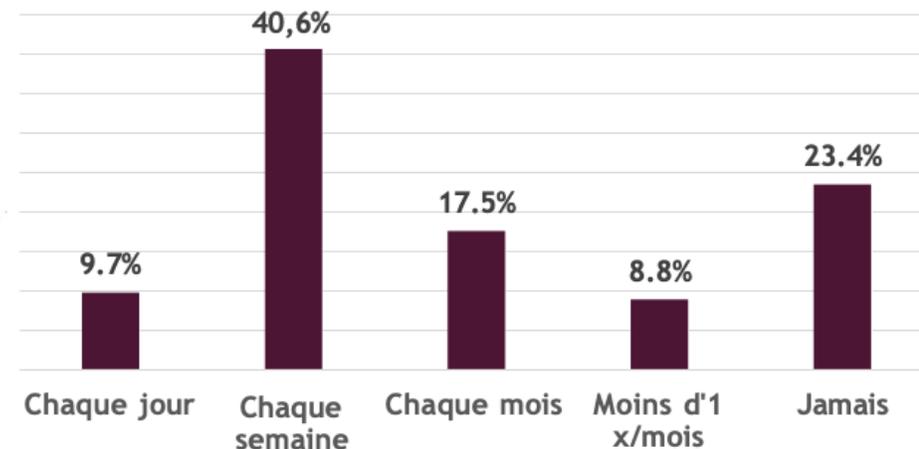
Consumption of alcohol is measured in liters of pure alcohol per person aged 15 or older.



⇒ Belgique 2018: 11 litres/habitant/an

= 2,3 US/jour/habitant

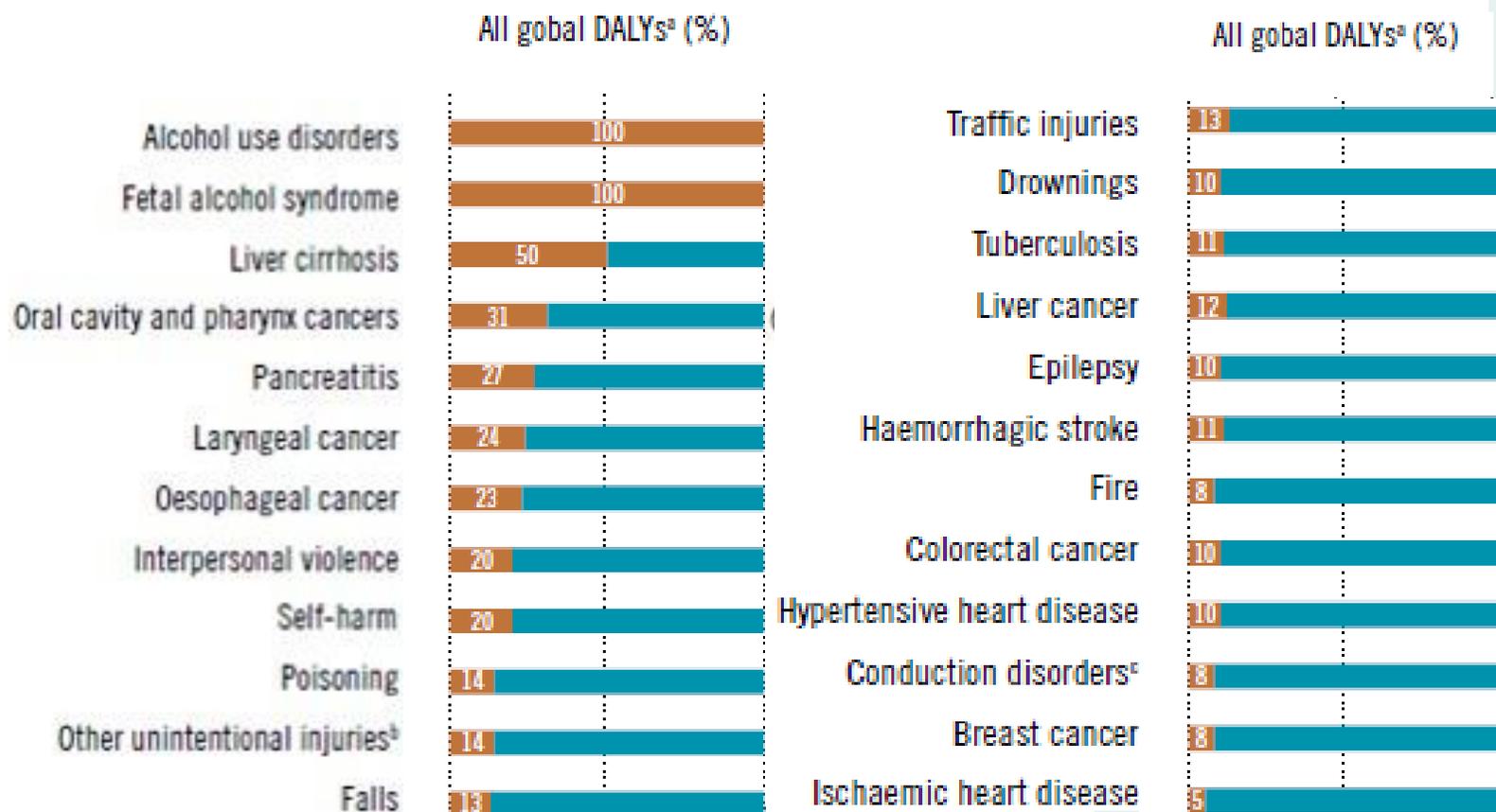
Fréquence de consommation (12 derniers mois) parmi la population belge de 15 ans et +



Enquête HIS 2018 (Drieskens et al.)

MORBIDITE ET MORTALITE

Alcohol-attributable fractions (AAFs) for selected causes of death, disease and injury, 2012



DALY: disability-adjusted life years due to death or disease

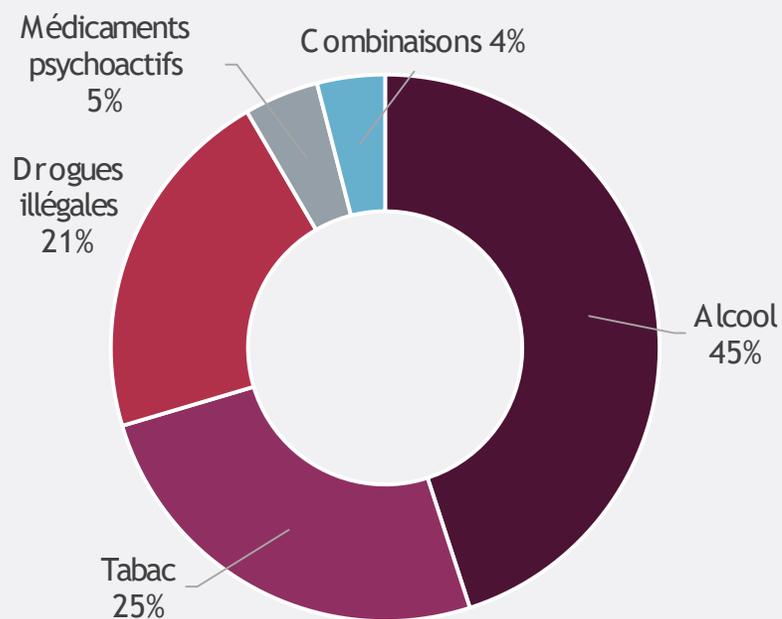
= *Années de vie perdues ou en mauvaise santé*

❖ Causerait 5,9% des décès à l'échelle mondiale (3millions/an)

COÛT SOCIAL DE L'ALCOOL ET DES DROGUES

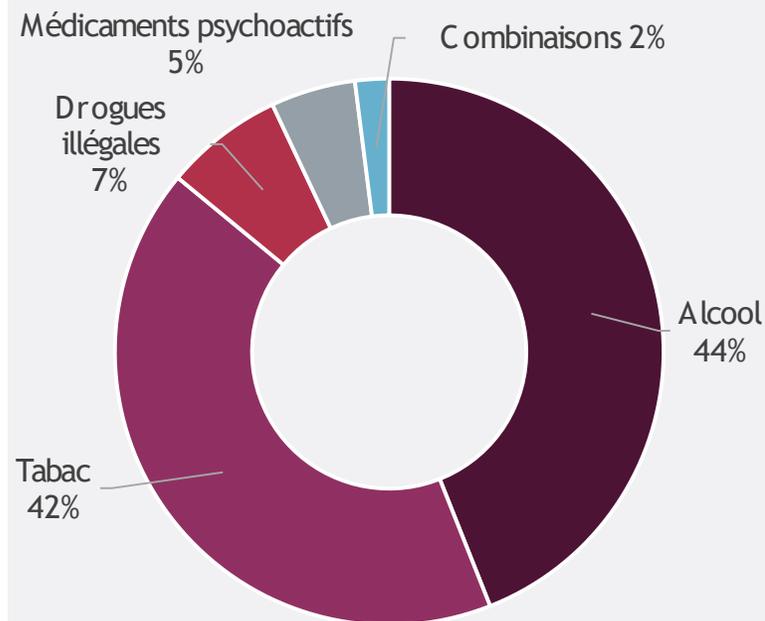
Etude SOCOST (Lievens et al, 2016)

Figure 1: Coûts directs selon le type de substance (2012)



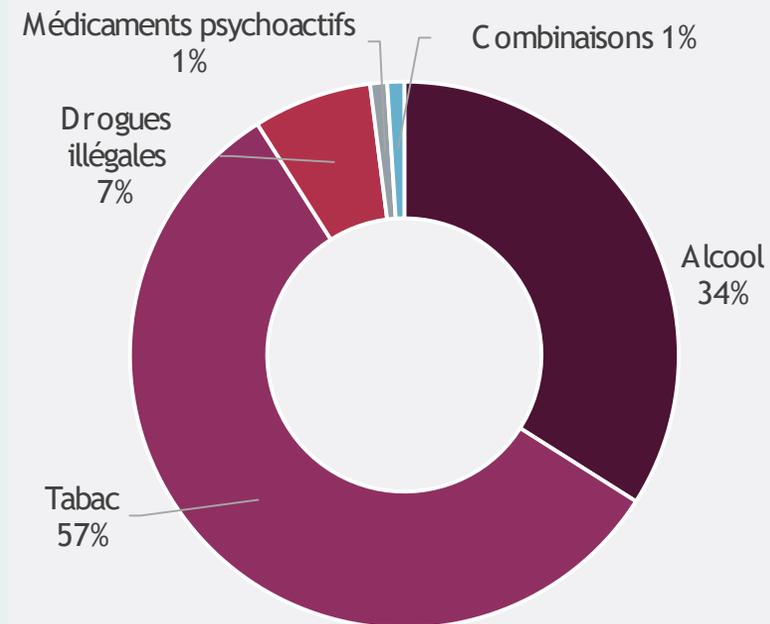
Alcool = 1290 millions d'€

Figure 2 : Coûts indirects selon le type de substance (2012)



Alcool = 778 millions d'€

Figure 3 : Coûts intangibles selon le type de substance (2012)



Alcool = 175100 années



Attitude thérapeutique

La consultation en alcoologie

_ Anamnèse :

1. Attentes du patient, évaluer les situations à risque de consommation du patient
2. Caractériser les ATCD, Craving, autres drogues, jeux d'argent ?
3. Questionnaire : AUDIT : Auto-questionnaire R!

_ Examen clinique

_ Prise en charge multidisciplinaire (Psychothérapie)

_ Examen complémentaire :

1. Biologie sanguine (biomarqueurs, Fibrotest)
2. Imagerie médicale : Fibroscan, scan etc..

_ Traitement médicamenteux

Traitement médicamenteux

_ Nalmefène (SELINCRO)

But : Réduction de la consommation. Non étudié chez les personnes âgées.

Mécanisme d'action : Bloque récepteur Opiacés

Délai d'action : Rapide après 3h et dure jusque 5 jours

_ Naltrexone : même mécanisme d'action que le Nalmefène étudié pour une population <70 ans

_ Disulfiram (ANTABUSE)

But : réduction de la consommation. Pas traité les personnes âgées

Mécanisme d'action : Via l'effet Antabuse (accumulation acétaldéhyde)

_ Acamprosate (CAMPRAL)

But : Maintien de l'abstinence. Etudié chez le patient âgé de <65 ans

Mécanisme d'action : Stimule le GABA et inhibe le Glutamate.

Délai d'action ? 7-10 jours, Débuter le traitement 2 semaines avant le sevrage.

“ Contre-indications ” au sevrage ambulatoire

- _ Antécédents de délirium, d'épilepsie sur sevrage, d'encéphalopathie
- _ Dégradation de l'état général, problèmes somatiques importants liés ou non à la dépendance
- _ Décompensation d'un trouble psychiatrique co-morbide (état psychotique, état maniaque, dépression sévère, idées suicidaires...)
- _ Antécédents d'échecs à répétition de sevrages ambulatoires
- _ Sevrage dans le cadre de consommation associée à d'autres substances psychoactives
- _ Sevrage nécessitant de hautes doses de médicaments (p.ex. dépendance croisée à l'alcool et aux benzodiazépines)
- _ Environnement social et familial insuffisant : isolement social ou faible soutien social ; environnement incompatible avec l'arrêt de la boisson ; absence d'une personne ressource sobre au domicile
- _ Absence de compréhension des instructions ; absence de fiabilité ou de compliance (impulsivité...)
- _ Demande pressante du patient ou de l'entourage familial ou professionnel
- _ => **Dossier le plus complet à transmettre (ATCD, bio, imagerie etc..).**



Biomarqueurs de la consommation chronique d'alcool

Marqueurs hématologiques (VGM)

- _ **VGM** qui est le volume globulaire moyen.
- _ Macrocytose qui se caractérise par **une taille du globule rouge augmentée**
- Origine est multifactorielle :
 1. Toxicité directe sur la moelle qui produit les GR
 2. Dénutrition du patient alcoolique en vitamine B9 et B12.
- Détection si : > **6 US /jour** durant **4 à 6 semaines**
- Normalisation : après abstinence après au moins 2 à 3 mois. **Sensibilité 30 à 50%** et **spécificité 26 à 90%**.

Marqueurs hépatiques

❖ Marqueurs de cytolyse :

- _ TGO (ASAT) **sensibilité 50%/spécificité 82%** et TGP (ALAT) : **sensibilité 35% et spécificité 86%**
- _ Généralement les valeurs < 10 VN soit ± 400 , et rarement au dessus > 600 U/L).
- _ **si RATIO $> 1,5$ ou 2 (VN = $0,8$) selon les études** plaide pour une origine alcoolique à la cytolyse hépatique.
- _ Depuis 01/01/2024 TGO et TGP ne sont plus cumulable par l'INAMI.

Marqueurs hépatiques

❖ Marqueurs de cholestase :

GGT

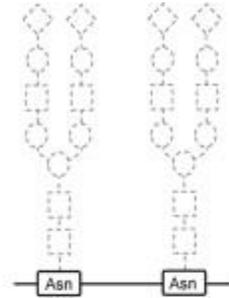
- Valeur augmente par un **facteur 3 à 10 VN** en cas de **consommation régulière et excessive**.
- Nécessite au moins **5 US /jour (parfois jusqu'à 20 US)** durant **plusieurs semaines (> 4 semaines)**
- Demi-vie **de 14 à 26 jours**.

— **Sensibilité : 30 à 80 % mais si** consommateur régulier et excessif dont le foie est sain, majoration uniquement dans 50 % des cas → Important à savoir !! Si hépatopathie associée, alors la **sensibilité est d'environ 80 %**.

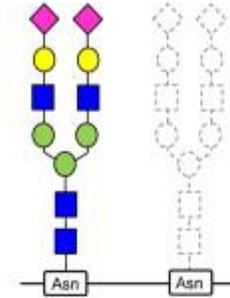
— **Spécificité : de 11 à 90 % =>** y a d'autres causes !! (Obstruction des voies biliaires , Tumeurs hépatiques, Obésité , Diabète , Hyperthyroïdie - antiépileptiques)

CDT

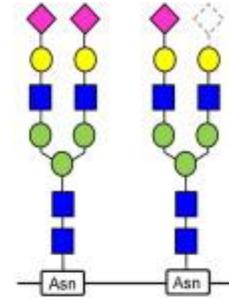
- Transferrine déficiente en carbohydrate
- Marqueur indirect
- Les isoformes avec moins de résidus sialiques **sont augmentées** par inhibition des sialyltransférases des hépatocytes par l'action de l'acétaldéhyde.



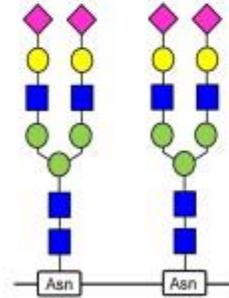
Asialo-transferrin (P₀)



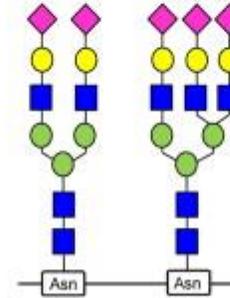
Disialo-transferrin (P₂)



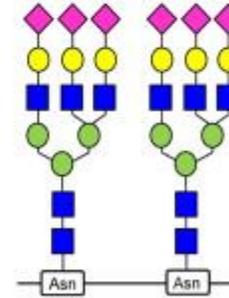
Trisialo-transferrin (P₃)



Tetrasialo-transferrin (P₄)



Pentasialo-transferrin (P₅)



Hexasialo-transferrin (P₆)

Interprétation

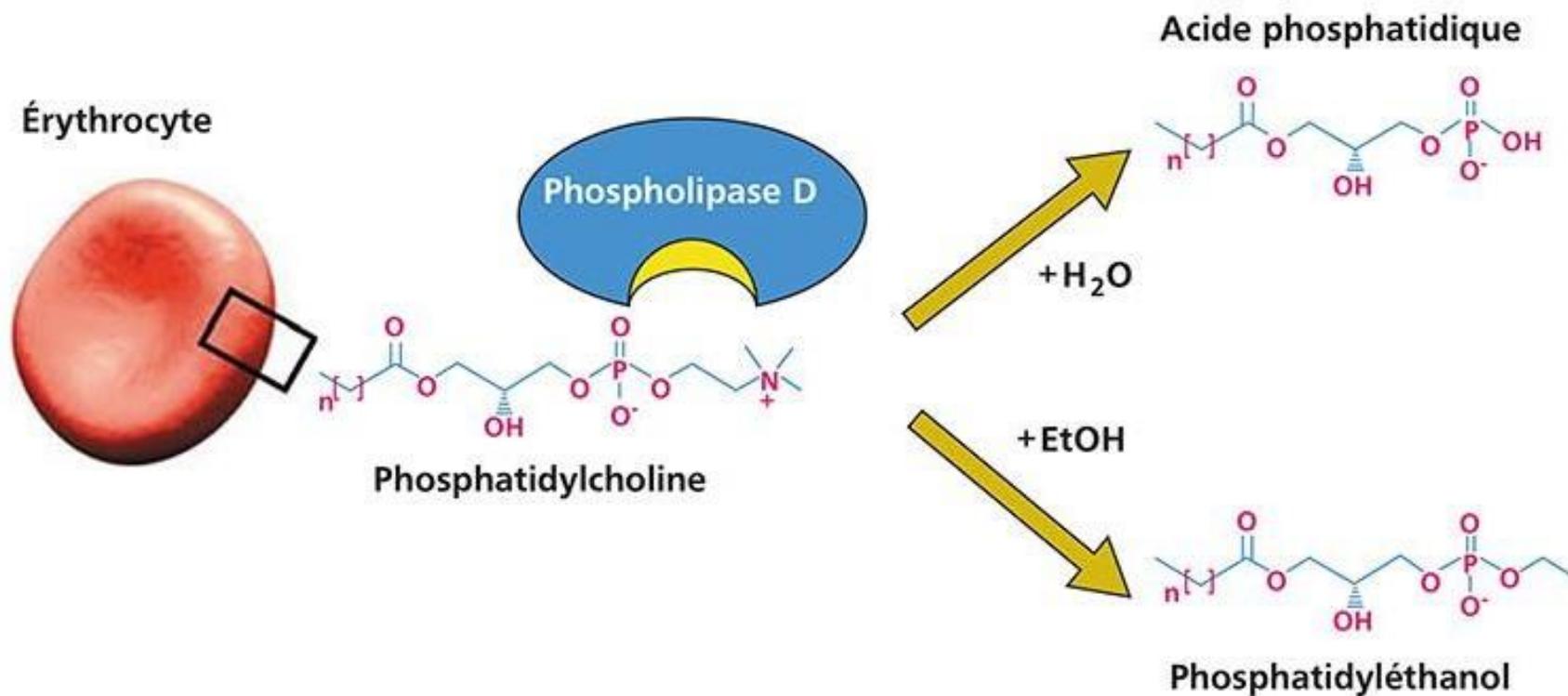
- **> 5 à 8 US** pour observer une positivité donc pas d'influence d'une consommation modérée d'alcool (< 4 US/ jour)
- **Pas d'influence d'une alcoolisation aiguë.**
- **Demi-vie 15 jours.**
- **Sensibilité : 30 à 82 % et Spécificité : 89 à 97 %**
- Des résultats faussement positifs sont parfois observés lors de cirrhose biliaire primitive, hépatite chronique active, sd des glycoprotéines déficientes en carbohydrates, augmentation au cours du 1er trimestre de grossesse

Exemple

Analyse	Résultat 09/01/2024 20:10	Intervalle de référence	Unité
CDT IFCC	9.10 Interprétation du CDT (calibration IFCC) > 2,0 % : Résultat positif (consommation abusive d'alcool) → 1,8 - 2,0 % : Consommation chronique d'alcool probable (à contrôler dans 3 à 4 semaines) < 1,8 % : Résultat négatif		%

- _ Zone grise
- _ Pas d'estimation de la quantité d'alcool consommé
- _ Délai : 1 x /semaine et coût : +/- 20 euros à charge patient car non remboursée par l'INAMI

Phosphatidylethanol



On décrit plusieurs isoformes :

1. PEth 16:0/18:1
2. PEth 16:0/20:4

Interprétation

- _ Demi-vie de **5-6 jours**
- _ Sensibilité de **86% à 95%** et spécificité de **95 à 100%** => **Meilleur marqueur.**
- _ **Pas influencé par l'âge, l'IMC, le sexe, la prise de médicament, une pathologie rénale ou hépatique.**
- _ **Valeurs de références :**

<10 ug/L : Compatible avec une abstinence totale d'alcool

10-20 ug/L : Compatible avec une consommation faible ou abstinence totale (< 2 US par jours, plusieurs jours par semaine)

Entre 20 et 200 ug/L : Compatible avec une consommation modérée (2 à 4 US par jours, plusieurs jours par semaines)

>200ug/L : Compatible avec une consommation excessive (> 4 US par jour, plusieurs jours par semaine)

Trouble d'usage de l'alcool

- Détection, l'évaluation et le suivi de la dépendance à l'alcool bien que d'abord entretien clinique +++
- Outil précieux pour confronter les patients minimisant ou niant leur consommation.
- Peut servir de valeur basale sur laquelle s'appuie les patients pour voir leur évolution.

Médico-légal

❖ Restitution du permis de conduire, requiert généralement abstinence ou consommation légère (< **2 US/J demandé sur 3 mois**).

❖ Extrait d'un jugement récent

« "...apporter à **l'assistant de probation** le résultat d'une analyse sanguine annuelle, à la date anniversaire du présent jugement, reprenant le PEth (phosphatidylethanol) ainsi que celle d'un suivi médical et psychologique régulier. En cas de constatation d'un manquement à ces obligations, l'assistant de probation en avertira sans délai la commission de probation ”

❖ Annexe **14 de la loi sur la circulation routière**

« Examen médical approfondi lors **duquel tous les moyens offerts par la médecine peuvent être utilisés** » ; et « Si le médecin estime que c'est nécessaire, l'aptitude peut être rendue dépendante d'une analyse de sang »

PETH et risque de complications hépatiques

RESEARCH ARTICLE · Articles in Press, April 12, 2025 · Open Access

Phosphatidylethanol levels distinguish steatotic liver disease subgroups and are associated with risk of major liver outcomes

[Juan Vaz](#)^{1,2,3} · [Patrik Nasr](#)^{4,5} · [Anders Helander](#)^{6,7} · ... · [Rickard Strandberg](#)¹ · [Emilie Toresson Grip](#)¹ · [Hannes Hagström](#)^{1,9} ... Show more

[Affiliations & Notes](#) ▾ [Article Info](#) ▾ [Linked Articles \(1\)](#) ▾

Journal of hepatology, 2025

Cohorte rétrospective populationnelle (HERALD, Stockholm) 2012-2020 : **46 406** individus testés pour PEth

Sous-groupes analysés : Individu sans SLD n = 37865. Patient avec SLD n= 8541 dont MASLD présumé (n = **6 377**), ALD, AUD,

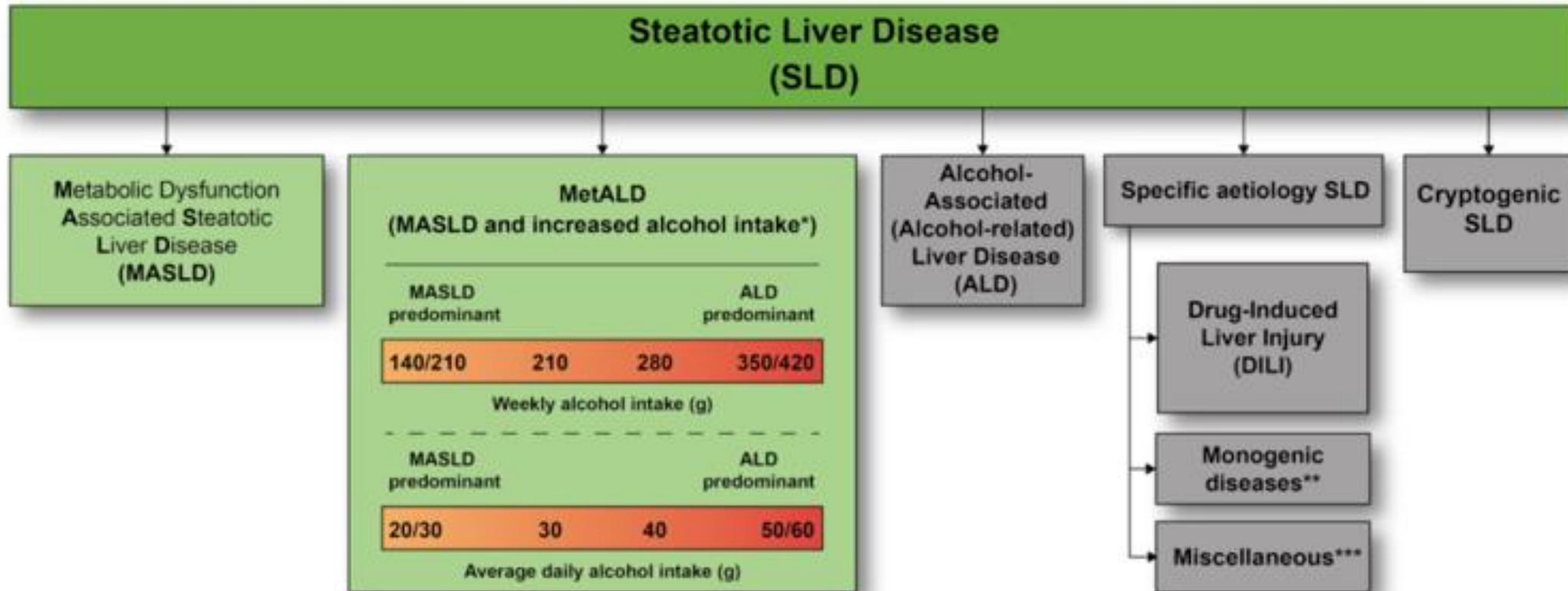
Seuils PEth :

- 35 ng/mL → consommation faible / abstinence
- 35 - 210 ng/mL → consommation excessive (MetALD)
- > 210 ng/mL → consommation très élevée (ALD)

Objectifs de l'étude :

1. **Reclasser les steatotic liver disease** via PEth
2. **Associer le PEth de base au risque de MALO** (Carcinome hépatocellulaire, ascite, hémorragie variqueuse, syndrome hépatorénal, transplantation hépatique, décès lié au foie sur 5 ans,

Steatotic Liver Disease Sub-classification



Objectif 1 => reclassement

Présumé MASLD	PEth	Reclassement	Nombre de patients
Vrai MASLD	< 35 ng/mL	MASLD confirmé	4 280 (67 %)
Faux MASLD (alcool modéré)	35 - 210 ng/mL	→ MetALD	1 289 (20 %)
Faux MASLD (alcool élevé)	> 210 ng/mL	→ ALD	808 (13 %)

=> 1 patient sur 3 initialement étiqueté MASLD avait en réalité un profil mixte (MetALD) ou purement alcoolique (ALD)

Objectif 2 => Associer le PEth de base au risque de MALO

Groupe interprété	PEth	Incidence MALO (5 ans)	Risque relatif (aHR)
MASLD pur	< 35 ng/mL	2,8 %	Référence
MetALD	35 - 210 ng/mL	4,5 %	aHR = 1,75 (1,12–2,74)
ALD reclassé	> 210 ng/mL	21 %	aHR = 3,98 (2,82–5,60)

⇒ Donc : **dès que PEth \geq 0,05 μ mol/L**, le risque de MALO **double**, et il est multiplié par **4** si PEth > 0,30 μ mol/L

=> Cette association est **indépendante du score FIB-4**

⇒ Chez les patients avec cirrhose à l'inclusion :

▶ le PEth **n'est plus un facteur prédictif indépendant** de MALO

⇒ Un patient dont le PEth augmente de **70 ng/mL** (ex : de 100 à 170 ng/mL) a un **risque instantané de MALO augmenté de 4 à 5 %**, même si son PEth reste en dessous de 210 ng/mL.

Greffe hépatique ?

- La MAF une cause majeure des cas de cirrhose diagnostiqués dont la transplantation hépatique est l'intervention thérapeutique recommandée.
- Une rechute dans la consommation d'alcool peut compromettre la survie du greffon (jusque 30% des patients dans certaines études)
- Règle communément admise de 6 mois d'abstinence basée généralement sur l'autodéclaration.
- Dans une étude parue en 2020, à Barcelone : 50 candidats à la TH à cause d'une cirrhose liée à l'alcool devant assister à une consultation psy : 6% ont reconnu consommer de l'alcool vs 36% ont été testés positifs (> 20ng/mL).
- Dans une étude parue en 2022, à au CHU de Kiel en Allemagne, 66 candidats à la TH ont été évalués (25 patients avec cirrhose liée à l'alcool, 41 cirrhoses non liées à l'alcool) et 53% de positivité au Peth a été retrouvé dans les deux groupes !!

e-ISSN 2329-0358
© Ann Transplant, 2022; 27: e936293
DOI: 10.12659/AOT.936293



Journal of
Clinical Medicine



Phosphatidylethanol (PEth) for Monitoring Sobriety in Liver Transplant Candidates: Preliminary Results of Differences Between Alcohol-Related and Non-Alcohol-Related

Article

Phosphatidylethanol for Monitoring Alcohol Use in Liver Transplant Candidates:

POST-GREFFE

Received: 9 May 2024 | Accepted: 7 October 2024
DOI: 10.1111/acer.15474

RESEARCH ARTICLE

Impact of phosphatidylethanol in the surveillance for alcohol use in post-liver transplant population: A retrospective study

Sergio A. De La Torre¹ | Brittney Ibrahim^{1,2} | Katherine Meneses² | Sammy Saab^{1,2} | Akshay Shetty^{1,2}

ALCOHOL
CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH

- Suivi de deux cohortes avec maladie alcoolique du foie aux USA
- Groupe 1 de 2016 => 2018 sans PETH n =114 et groupe 2 2019 à 2022 avec PETH (n=149)

— Résultats clés :

- Rechutes détectées : 7 % → 17 % (+143 %; $p = 0,012$).
- Groupe 2 = 74 % des rechutes détectées uniquement par Peth avec une détection plus précoce.
- Hospitalisations moyennes : 2,84 → 1,95 ($p < 0,001$).
- Rejets aigus : 28 % (32/114) → 15 % (22/149) ($p = 0,008$).
- Mortalité : pas de différence significative : Décès : 12 % (14/114) vs 11 % (17/149) – $p = 0,828$.
- Message clé : intégrer le PEth en routine améliore significativement la surveillance post-greffe.

Femme enceinte et nouveau-né?

- Prévalence mondiale du Trouble du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale est de **2,3%**.
- L'American Academy of Pediatrics souligne **qu'aucun trimestre de grossesse ni aucune quantité d'alcool ne peuvent être considérés comme sûrs pendant la grossesse et le dépistage est généralement basé sur l'auto-déclaration.**
- Une étude réalisée en 2020 au Brésil et en Uruguay a montré :
 1. La consommation d'alcool auto-déclarée au **3ème trimestre** était de **6% pour l'échantillon uruguayen** et de **9,1% pour l'échantillon brésilien**, comparativement à des niveaux de PEth maternels positifs de respectivement **45,8%** (M= 43,6 ng/ml) et **33,2%** (M= 31 ng/ml)
 2. Le taux de positivité pour les Nné uruguayens était de **86,8%** (M=77,4 ng/ml) et et de **76,9%** (M=61,1 ng/ml) pour les brésiliens.

> Alcohol Clin Exp Res. 2020 Jun;44(6):1292-1299. doi: 10.1111/acer.14339. Epub 2020 May 22.

Phosphatidylethanol Levels in Postpartum Women and Their Newborns in Uruguay and Brazil

Femme enceinte et nouveau-né?

❖ Corrélation entre concentration PEth et risque de complications obstétricales ?

- Une étude réalisée en 2015 dans le Cheil General Hospital and Women's Healthcare Center à Seoul a montré qu'une concentration de PEth au 1er trimestre supérieur aux normes serait associée à un risque de **fausses couches plus élevée**.
 1. 35 femmes enceintes au 1er trimestre qui ont signalé avoir consommé de l'alcool et avaient des concentrations sanguines de PEth > 4Nm.
 2. Un groupe témoin de 233 femmes enceintes au 1er trimestre, qui se sont décrites comme abstinentes ou consommatrices légères d'alcool et PEth inférieures à 4 nM,
 3. Concentrations de PEth > 4 nM avaient un risque relatif de FC de 3,21 (**95 % CI 0,93–11,06 ; P = 0,074**).
-
- **Dépistage prénatal de routine ?**

Could a first-trimester blood phosphatidylethanol concentration ≥ 4 nM be useful to identify women with moderate-to-heavy prenatal alcohol exposure who are at high risk of adverse pregnancy outcomes?

Jun-Young Yang^{a,b}, Ho-Seok Kwak^c, Jung-Yeol Han^{d,*}, June-Seek Choi^d, Hyun-Kyong Ahn^d, Young-Iun Oh^b, E. Yadira Velázquez-Armenta^e, Alejandro A. Nava-Ocampo^{e,f,g}

Limites du PETH

- _ Dosage peu disponible (équipements spécialisés).
- _ Demi-vie relativement courte signifie qu'il ne peut détecter la consommation d'alcool que sur une période limitée de 4 semaines. => Dosage répétés.
- _ Coût associé à l'analyse du Peth. Remboursement INAMI ?
- _ Nécessaire d'approfondir les connaissances sur la rentabilité du dépistage systématique de la consommation d'alcool, ainsi que sur les stratégies de conseil et de traitement en cas de consommation d'alcool pendant la grossesse ou en transplantation hépatique.

Méthode de dosage



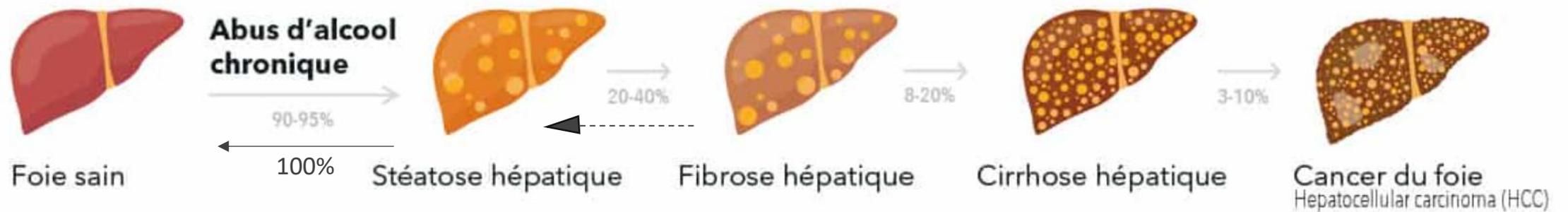
Sur un tube de sang EDTA
Temps de préparation +/- 3h
Temps d'analyse +/- 10 min par échantillon

Fréquence de réalisation: 1 à 2 x/ semaine
Délai moyen de réponse : 3 jours
Coût (LaboCita) = 55 euros à charge patient car non remboursée



Biomarqueurs de la fibrose hépatique

Maladie hépatique alcoolique



Adapté de Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH.
ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. Am J Gastroenterol. 2018 Feb;113(2):175-194.

ESTIMATION DE LA FIBROSE HEPATIQUE



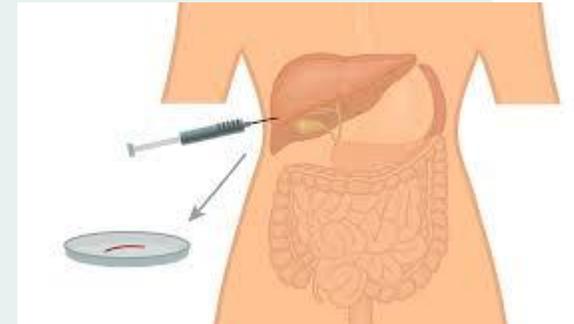
SCORE SANGUINS

- APRI
- FIB-4
- **Fibrotest**



IMAGERIE MEDICALE

- **Fibroscan**



BIOPSIE HEPATIQUE

- Histologie
- **GOLD-STANDARD**

Score de fibrose hépatique

❖ FIB-4

Le score FIB-4 est calculé à partir de quatre paramètres : l'âge du patient, AST, ALT, et plaquettes dans le sang.

Inconvénients : Pas très spécifique du foie, variable avec les plaquettes (hypersplénisme).

- **FIB-4 < 1,45** : suggère une faible probabilité de fibrose significative (stades F0-F1 de METAVIR), indiquant qu'une fibrose avancée est peu probable.
- **FIB-4 entre 1,45 et 3,25** : indique une probabilité intermédiaire de fibrose, et des évaluations supplémentaires peuvent être nécessaires pour déterminer le stade de la fibrose.
- **FIB-4 > 3,25** : suggère une probabilité élevée de fibrose significative (stades F3-F4 de METAVIR), indiquant qu'une fibrose avancée est probable.
- Avantages : **Facile à calculer** : Il utilise des données cliniques et de laboratoire de routine pour n'importe quel labo et **économique** : Calcul est disponible gratuitement et les analyses remboursées.

$$\text{FIB-4} = \frac{\text{Âge (ans)} \times \text{AST (U/L)}}{\text{Plaquettes (10}^9\text{/L)} \times \sqrt{\text{ALT (U/L)}}}$$

Score de fibrose hépatique

❖ FIBROTEST :

- a) Marqueurs de cytolyse : ALT (TGP)
- b) Marqueurs de cholestase : GGT, Bilirubine totale
- c) Marqueurs de synthèse hépatique : Apolipoprotéine A1, Haptoglobine, Alpha2-macroglobuline

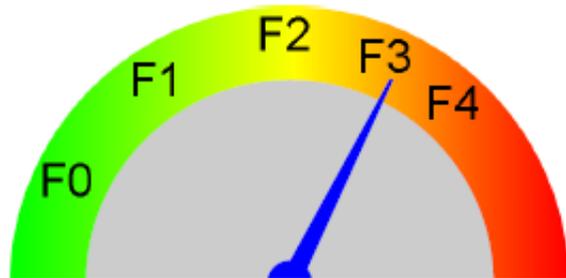
Ajusté à l'âge et au sexe

Meilleure corrélation/pertinence avec une biopsie de 25mm => METAVIR

Inconvénient : Le coût : 65 € car calcul sur Biopredictive et à charge patient. Dépend du laboratoire.

« FIBROTEST »

Estimation fibrose hépatique



0.65
Stade estimé: F3

	METAVIR Stade de fibrose estimé
0.75 - 1.00	F4
0.73 - 0.74	F3 - F4
0.59 - 0.72	F3
0.49 - 0.58	F2
0.32 - 0.48	F1 - F2
0.28 - 0.31	F1
0.22 - 0.27	F0 - F1
0.00 - 0.21	F0

F0 : pas de fibrose
F1 : fibrose portale et périportale sans septa
F2 : fibrose portale et périportale avec de rares septa
F3 : fibrose portale et périportale avec de nombreux septa
F4 : cirrhose

PROPOSITION DE SUM BIOLOGIQUE DU PATIENT AVEC TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL



Intérêt clinique

En Wallonie et à Bruxelles, 35% de la population ont une consommation abusive d'alcool. Parmi eux, 5% des femmes et 10% des hommes sont dépendants. Le repérage des problèmes avec l'alcool peut se faire précocement tant sur le plan clinique, biologique que social. Il est la cause d'atteinte multi systémique et de carences nutritionnelles.

Évaluation de l'état nutritionnel

1. Facteurs anthropométriques (Poids, Taille, BMI, perte de poids et vitesse de perte)
2. Anamnèse diététique
3. Perturbations biologiques (non exhaustives) :
 - Sang complet et ionogramme
 - Bilan lipidique (Cholestérol total, LDL-cholestérol, Triglycéride) et Glycémie à jeun
 - Bilan de coagulation (APTT, PT)
 - Pré-albumine : Marqueur précoce de dénutrition/renutrition
 - VGM : Augmente 1-2 mois après une consommation chronique. Normalisation après 3 mois de sevrage
 - Gamma-GT : Marqueur indirect augmente dans 43 à 90% des cas d'alcoolisme chronique sans manifestation clinique. Demie-vie de 5-7 jours.
 - CDT : Marqueur indirect, spécificité (89-97%) /sensibilité (30-82%) consommation chronique. Normalisation après 2 semaines de sevrage.
 - Phosphatidyl Ethanol sanguin : Marqueurs direct, spécificité (95-100%) / sensibilité (86-95%). Normalisation après 3-4 semaines.
 - TGO/TGP : >2 en faveur d'une origine éthylique à la cytolysé hépatique
 - Recherche de carence (cf. Infr)
4. Composition corporelle (Plis cutanés, circonférence brachiale, absorption biphotonique, Bio-impédance bioélectrique)

PROPOSITION DE SUM BIOLOGIQUE DU PATIENT AVEC TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL



Carence en vitamines et oligo-éléments

- Ca²⁺ : Paresthésie, tétanie.
- Mg⁺ : Crampes musculaires, intolérance au glucose.
- Zn²⁺ : Lésions cutanée, dépression, altération du système immunitaire, susceptibilité augmentée au risque de lésion hépatique, hypogonadisme, vision nocturne altérée.
- Vitamine A (Rétinol) : Cécité nocturne, sécheresse cutané.
- Vitamine B1 (Thiamine) : Encéphalopathie de Gayet-Wernicke associée ou non à un syndrome de Korsakoff et signes généraux (asthénie et anorexie).
- Vitamine B6 (Pyridoxine) : Anémie hypochrome microcytaire
- Vitamine B9 (Folate) : Anémie macrocytaire
- Vitamine D : Ostéomalacie/Ostéoporose, déficience immunitaire
- Vitamine E (Tocophérol) : Fragilité hépatique, stress oxydatif



Dr Jean-Marc Minon : Chef de Laboratoire

Rédaction : Dr. Sqalli Ghali



Alcool - Perturbations biologiques





Citadelle Hopital

Merci pour votre attention !