

# LA CARDIOMYOPATHIE ALCOOLIQUE

*Comment le cœur réagit-il à l'abus d'alcool ?*

PAR DANIEL MILHOMME, INF., M.S.C.

## OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

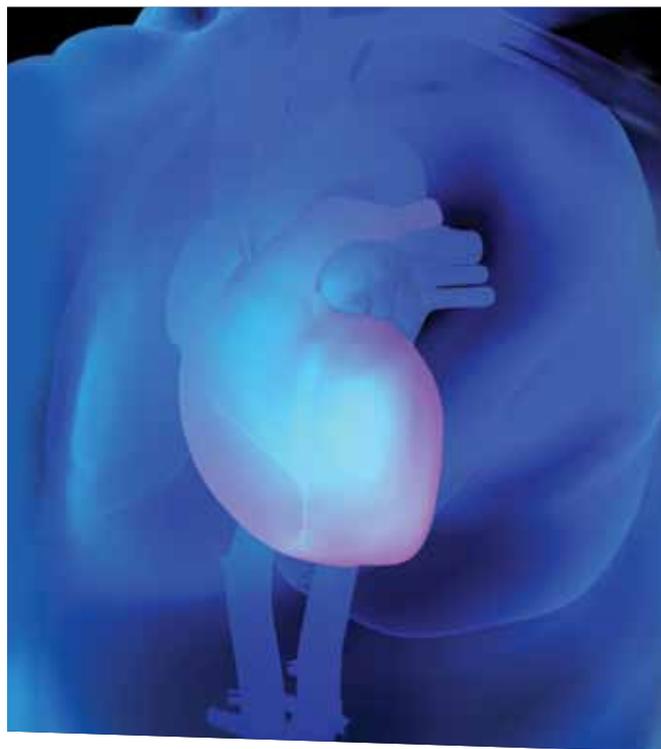
*Après avoir lu cet article, l'infirmière devrait connaître les principales caractéristiques de la cardiomyopathie alcoolique. Elle pourra décrire différentes conditions susceptibles d'influencer son développement et comprendre les éléments d'évaluation nécessaires au dépistage et à l'intervention auprès d'un client qui pourrait présenter une cardiomyopathie alcoolique.*

## MISE EN SITUATION

*Un homme de 55 ans se présente à l'urgence de votre établissement. À l'évaluation initiale, il dit avoir ressenti des palpitations alors qu'il fêtait l'un de ses amis. Vous procédez à l'examen physique ; vous remarquez un pouls rapide et irrégulier. À l'auscultation pulmonaire, vous entendez des crépitations aux lobes inférieurs gauche et droit. Vous poursuivez votre investigation et l'interrogez sur ses antécédents et ses habitudes de vie pour finalement aborder sa consommation d'alcool. En procédant à une évaluation attentive du patient, vous remarquez que plusieurs indices concordent avec une dépendance à l'alcool. Et maintenant, quel est le lien entre cette dépendance et la raison de la consultation ?*

La consommation d'alcool par les Québécois suscite de nombreuses réflexions. Pendant que les médias diffusent des campagnes de sensibilisation contre l'alcool au volant, Éduc'alcool rappelle que « la modération a bien meilleur goût ». Selon cet organisme, notre consommation moyenne serait d'un peu plus de 3 verres par semaine et de 2,5 verres par occasion de consommation. Bien qu'il s'agisse d'une consommation qualifiée de modérée, d'autres données sont préoccupantes. Par exemple, 7 % des Québécois consomment plus de 5 verres par occasion, 8 verres dans le cas de 3 % d'entre eux, et ce, au moins une fois par semaine.

En dépit du fait que certains bénéfices liés à une consommation modérée aient été démontrés, entre autres chez les femmes ménopausées et chez les hommes de plus de 40 ans, des effets néfastes, notamment sur le cœur, nous obligent à pondérer les effets bénéfiques de l'alcool. Certes, des études suggèrent que l'alcool, principalement le vin rouge, contribue à réduire le risque d'athérosclérose grâce au resvératrol, un antioxydant qui préviendrait les maladies cardiaques. Le resvératrol favoriserait un mécanisme moléculaire qui réduit les dommages artériels et l'activité de l'angiotensine II, accroît le taux d'oxyde nitrique et favorise la diminution de l'aggrégation plaquettaire. D'autres résultats indiquent toutefois que l'alcool peut provoquer des troubles du rythme cardiaque et aggraver l'hypertension.



## DÉPENDANCE ET EXCÈS

Les effets délétères de la consommation d'alcool sur la santé peuvent être liés à la dépendance ou à l'excès. Il faut ainsi distinguer la dépendance de l'excès. La dépendance résulte d'une consommation chronique d'alcool alors que l'excès correspond à une prise unique et excessive d'alcool qui provoque des effets aigus dont le risque est proportionnel au taux d'alcool dans le sang (Éduc'alcool).

En ce sens, un seul épisode d'ivresse aiguë peut causer de graves dysfonctionnements tels que des saignements gastro-intestinaux, une arythmie cardiaque, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une dépression respiratoire pouvant même entraîner la mort (Beyer, 2004 ; Éduc'alcool). Pareils accidents ont d'ailleurs été signalés lors de concours de « calage » d'alcool.

Pour de nombreux patients, la consommation d'alcool est beaucoup plus importante qu'elle ne devrait l'être. De ce fait, les indices recueillis en établissant l'historique de santé peuvent permettre de supposer des conséquences beaucoup plus graves que celles observées. Parmi elles, le « syndrome du cœur en vacances », de l'anglais *Holiday Heart Syndrome*, qui est parfois une manifestation précoce de la cardiomyopathie alcoolique (Beyer, 2004).

## MALADIE CARDIAQUE

La cardiomyopathie alcoolique (CA) est une maladie cardiaque dilatée non ischémique qui survient en raison d'une consommation abusive et chronique d'alcool (George et Figueredo, 2011). Étant l'une des principales causes de cardiomyopathies dilatées non ischémiques en Occident (Beyer, 2004), une étude de Piano (2002) indique que la cardiomyopathie dilatée alcoolique représente 3,8 % de toutes les cardiomyopathies, et 21 à 32 % de toutes les cardiomyopathies dilatées (George et Figueredo, 2011).

Chez les personnes souffrant déjà d'arythmie cardiaque, le lien de causalité entre fibrillation auriculaire (FA) et excès d'alcool se confirme encore dans une étude publiée en août 2012 dans l'*American Journal of Cardiology*. Une équipe de chercheurs de l'Université de Californie – San Francisco a interrogé 223 patients âgés en moyenne de 59 ans, souffrant d'arythmie cardiaque, plus précisément de fibrillation auriculaire et de tachycardie supraventriculaire paroxystique. Ainsi, la consommation d'alcool multiplie par 4,5 le risque d'une récurrence de FA chez le groupe souffrant de FA. Un épisode paroxystique réfère à ceux non soutenus ou intermittents.

### Physiopathologie

Le mécanisme par lequel l'alcool entraîne de l'insuffisance cardiaque est encore incertain. Alors que certains supposent que la CA résulte d'une déficience vitaminique (Constant, 1999), d'autres comme Urbano-Márquez *et al.* (1995) et Agarwal et Seitz (2001) croient plutôt que l'alcool a un effet toxique sur le myocarde même sans carence vitaminique. En fait, on reconnaît certains effets de l'éthanol, notamment sur le métabolisme des lipides et sur la concentration du calcium et son effet inotrope négatif sur les myocytes cardiaques.

Certaines études ont démontré qu'une consommation d'alcool à long terme favorise des modifications cellulaires telles que la perte de myocytes, la dysfonction intracellulaire, l'altération



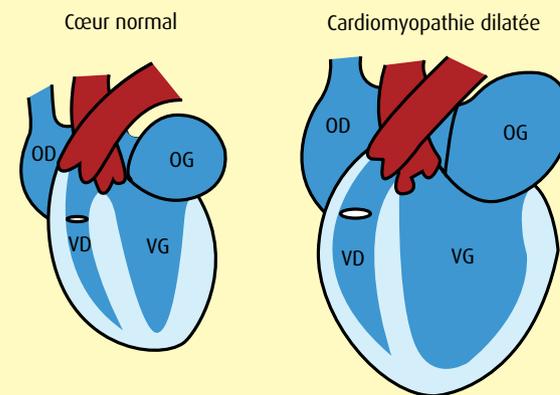
© istockphoto / Thinkstock

### LE SYNDROME DU CŒUR EN VACANCES

Le *syndrome du cœur en vacances* est une expression utilisée depuis 1978 pour décrire des patients qui, après une consommation excessive d'alcool, ont souffert de tachycardie supraventriculaire, principalement de fibrillation auriculaire (FA). Précisons que les tachycardies supraventriculaires comprennent la FA et d'autres types de tachycardies qui prennent naissance dans les parties supérieures des cavités cardiaques, des valves jusqu'aux oreillettes.

Le *syndrome du cœur en vacances* tient son nom du fait qu'habituellement les symptômes disparaissent après la fête ou les vacances, les patients ayant cessé de boire.

## TERMINOLOGIE



■ Muscle    ■ Cavité cardiaque    ■ Gros vaisseaux

OG = Oreillette gauche    VG = Ventricule gauche  
OD = Oreillette droite    VD = Ventricule droit

Source : Centre de référence pour les maladies cardiaques héréditaires

Une **cardiomyopathie dilatée** est une forme de maladie du muscle cardiaque. Elle se caractérise par une dilatation ventriculaire et une hypokinésie des ventricules. La dilatation provoque une augmentation de la taille des cavités cardiaques et un amincissement des parois alors que l'hypokinésie entraîne une faiblesse de la contraction du muscle cardiaque.

Cette défaillance peut indiquer une anomalie de la contraction du muscle cardiaque ventriculaire (dysfonction systolique) ou de remplissage (dysfonction diastolique), voire les deux.

**Ischémique** réfère à une diminution de l'apport en oxygène causée, par exemple, par une obstruction complète ou partielle d'une artère coronaire. **Non ischémique** veut tout simplement dire le contraire, c'est-à-dire qui n'est pas causé par une ischémie, une obstruction ou un manque d'oxygène.

des protéines contractiles et l'homéostasie du calcium (Piano, 2002). Il semble aussi plausible que certains types de cellules ou certains systèmes soient activés, notamment le système nerveux sympathique, le système rénine-angiotensine, les cytokinines ou le système des peptides natriurétiques (Piano, 2002).

On reconnaît l'existence d'un lien entre la CA et la durée d'exposition d'un individu à l'alcool, mais la quantité d'alcool et la durée d'exposition nécessaires ne sont pas précisément établies (Piano, 2002 ; Urbano-Márquez *et al.*, 1995). Ainsi, les effets toxiques de l'alcoolisme sur le muscle cardiaque se feraient davantage sentir après une longue période de consommation qu'après une brève période d'exposition (Adam *et al.*, 2008). Alors que Piano (2002) soutient qu'une consommation abusive et chronique de plus de 90 g d'alcool par jour, soit environ 7 à 8 consommations standards pendant plus de cinq ans, peut mener à une CA, d'autres sources affirment que la durée d'exposition doit être de plus de dix ans (Éduc'alcool). Par ailleurs, les répercussions d'une dépendance à l'alcool seraient plus graves pour la femme que pour l'homme, notamment la fréquence des effets néfastes, même si la durée d'exposition est plus courte (Fernández-Solà *et al.*, 1997). On remarque aussi des cas de CA chez des patients sans dépendance connue à l'alcool (Adam *et al.*, 2008) et tous les consommateurs abusifs ne seront pas atteints de CA (Piano, 2002).

## ÉVALUER

L'historique de santé, l'examen physique et des analyses de laboratoire ciblées permettront de déceler une consommation abusive d'alcool, voire la présence d'une CA (Adam *et al.*, 2008).

### L'historique de santé

« L'infirmière se doit d'être assez vigilante pour déceler l'usage problématique de l'alcool » (Jarvis, 2009). En fait, une évaluation précise et détaillée de la consommation est essentielle pour déceler la CA. Malheureusement, de nombreux cliniciens se préoccupent peu de la prévalence de l'alcoolisme. Leur investigation se réduit souvent à la simple question : « Buvez-vous ? » Le déni et la minimisation de la quantité consommée sont caractéristiques de l'abus d'alcool. En cas de doute, on peut demander au patient de se soumettre à un exercice d'autodéclaration de sa consommation sur une période de quelques jours. Il est primordial de repérer les cas problèmes pour les informer des dangers de l'abus d'alcool. L'infirmière devra soutenir les personnes atteintes de maladies cardiaques dans leur démarche vers l'abstinence (Laonigro *et al.*, 2009).

Différents outils tels que *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Volk *et al.*, 1997) ou le questionnaire CAGE (Ewing,



### LE QUESTIONNAIRE CAGE

- C** (*cut down*) : Avez-vous déjà pensé que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ?
- A** (*annoyed*) : Êtes-vous agacé lorsque quelqu'un critique votre consommation d'alcool ?
- G** (*guilty*) : Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou coupable à cause de votre consommation d'alcool ?
- E** (*eye-opener*) : Vous est-il déjà arrivé de boire en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou chasser « la gueule de bois » ?

Source : Ewing, 1984.

1984) complètent le questionnaire sur les habitudes de consommation d'alcool.

De façon générale, la CA serait encore plus fréquente en raison du sous-diagnostic de la dépendance à l'alcool.

### L'examen physique

En plus de l'histoire de santé du patient, l'examen physique cherchera certains signes permettant de déceler une CA : la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs, l'augmentation de la pression veineuse jugulaire et des crépitations à l'auscultation pulmonaire. Adam *et al.* (2008) soutiennent qu'il n'est pas possible de déceler la CA seulement avec l'examen physique, d'où l'importance d'obtenir beaucoup d'information en questionnant le patient.

Il faut retenir que la maladie cardiaque liée à la consommation d'alcool est progressive. D'abord asymptomatique, les signes et les symptômes apparaissent et la condition dégénère jusqu'à l'insuffisance cardiaque. Mentionnons parmi ces signes et symptômes : fatigue excessive, toux nocturne, dyspnée, douleur thoracique ou palpitations.

Certaines conditions peuvent aussi donner des indices de CA. Ainsi, face à un patient affecté d'un « syndrome du cœur en vacances », l'examen physique pourrait être approfondi de façon à rechercher s'il y a présence d'une CA encore asymptomatique (Beyer, 2004).

### HYPERTENSION

L'effet vasopresseur de l'éthanol peut expliquer l'association entre la consommation à long terme d'alcool et l'hypertension (Laonigro *et al.*, 2009). D'ailleurs, selon Beulens *et al.* (2007), les personnes buvant six verres ou plus par jour sont deux fois plus à risque de souffrir d'hypertension que les buveurs modérés ou les non-buveurs. L'hypertension est fréquente chez les alcooliques, mais les jeunes et les personnes sans hypertension préexistante sont moins susceptibles d'en souffrir que les personnes âgées ou prédisposées.

## DÉCELER UNE CA

### Historique de santé

#### Quelques questions à poser

Avez-vous des antécédents médicaux ? Lesquels ?  
Des problèmes cardiaques ? Respiratoires ?

Actuellement, avez-vous d'autres problèmes de santé ?

Prenez-vous des médicaments ?

Fumez-vous ? Faites-vous de l'activité physique ?  
Consommez-vous de l'alcool ? Par semaine, combien de verres ? (Voir consommation modérée Educ'alcool page 28) Avez-vous pensé à diminuer votre consommation ? (Questionnaire Cage)

*Surveiller le déni, proposer des mesures d'auto-évaluation de la consommation.*

### Examen physique

#### Quelques signes et symptômes à vérifier

Fatigue excessive, tremblements, toux nocturne, dyspnée, douleur thoracique ou palpitations pouvant dégénérer en arythmies cardiaques, œdème des membres inférieurs, augmentation de la pression veineuse jugulaire et détection de crépitations à l'auscultation pulmonaire.

### Analyses de laboratoire et autres examens diagnostiques

#### Quelques tests et analyses à faire

Analyses sanguines : résultats anormaux de AST, ALT, GGT, VGM.

ECG : voir indice de Sokolow-Lyon (tableau 2) et Score de Romhilt-Estes (tableau 1)

Échocardiographie : déceler une augmentation de la masse myocardique, une dilatation et un mouvement atypique des ventricules.

## Analyses de laboratoire et autres examens diagnostiques

Jusqu'à maintenant, aucun marqueur immunologique ou biochimique confirmant le diagnostic de la CA n'a été découvert (Adam *et al.*, 2008). Le bilan sanguin affiche toutefois des marqueurs liés à l'alcoolisme de même qu'aux fonctions hépatiques. Ainsi, en présence d'une consommation importante et soutenue sur une longue période, des résultats anormaux des marqueurs tels que la gamma glutamyltransférase (GGT), les aminotransférases (AST et ALT) et le volume globulaire moyen (VGM) sont des indices qui rappellent à l'infirmière l'importance de questionner le patient sur ses habitudes de consommation d'alcool.

Par ailleurs, des signes de la cardiomyopathie dilatée tels que l'augmentation de la masse myocardique, la dilatation des ventricules et l'amincissement des parois sont habituellement présents. Ainsi, la taille et la forme anormale des ventricules de même que leur mouvement atypique devraient paraître à l'échocardiographie.

Bien que l'échocardiographie soit de loin plus performant que l'électrocardiogramme (ECG) pour détecter l'hypertrophie ventri-

**TABEAU 2**  
Critères pour déceler l'hypertrophie gauche ou droite

INDICE DE SOKOLOW-LYON		
Hypertrophie ventriculaire	Critères	Scores
Gauche	Onde S ( $V_1$ ) + onde R ( $V_5$ ou $V_6$ )	> ou = à 35 mm <sup>1</sup> 1. > 45 mm si patient a moins de 35 ans.
Droite <sup>2</sup>	Onde R ( $V_1$ ) + onde S ( $V_5$ ou $V_6$ )	> ou = à 10,5 mm

\* Puisqu'il existe plusieurs versions de l'indice, il est possible que certains critères ou certains termes varient selon les auteurs.

**TABEAU 1**  
Critères pour déceler l'hypertrophie ventriculaire gauche

SCORE DE ROMHILT-ESTES		
CRITÈRES		POINTAGE
Onde R ou S la plus importante au plan frontal	> ou = à 20 mm	3 points
Onde S en $V_1$ ou en $V_2$	> ou = à 30 mm	
Onde R en $V_5$ ou en $V_6$	> ou = à 30 mm	
Segment ST-T orienté dans la direction opposée au QRS	Sans digitale	3 points
	Avec digitale	1 point
Négativité terminale de l'onde P en $V_1$	Profondeur > ou = 1 mm	3 points
	Durée > ou = à 0,04 s	
Déviations axiales gauches	Au-delà de - 30°	2 points
QRS élargis	Durée > ou = à 0,09 s	1 point
Déflexion intrinsèque en $V_5$ ou en $V_6$	> ou = à 0,05 s	1 point

INTERPRÉTATION		
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE	SCORE	
PROBABLE	4	
CERTAINE	5 et +	

\* Puisqu'il existe plusieurs versions du score de Romhilt-Estes, il est possible que certains critères ou certains termes varient selon les auteurs.

culaire, l'ECG peut aussi révéler certains signes. Ainsi, certains critères de sensibilité et de spécificité variables sont proposés par différentes méthodes, par exemple l'indice de Sokolow-Lyon (Gay *et al.*, 1990 ; Horacek, 2010) ou l'échelle de pointage (ou score) de Romhilt-Estes (Beaumont, 1993). D'ailleurs, ce score sert seulement à déceler l'HVG et ses critères sont plus précis que ceux de l'indice de Sokolow-Lyon.

## TRAITEMENT ET INTERVENTIONS

À part le fait que l'arrêt de la consommation d'alcool est l'un des facteurs clés du traitement (Balk, 2000), le traitement médical de la CA ne diffère pas du traitement conventionnel de l'insuffisance cardiaque (George et Figueredo, 2011).

Quoiqu'il existe une multitude d'approches thérapeutiques, le traitement de l'insuffisance cardiaque repose principalement sur des médicaments et sur l'étiologie du problème, soit en adoptant des mesures hygiéno-diététiques. Les médicaments couramment prescrits sont les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone, les bêtabloquants, les glycosides cardiaques, les diurétiques et les antiarythmiques. Parmi les mesures hygiéno-diététiques, mentionnons l'éducation à la santé : une saine alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabagisme et de la consommation d'alcool.

Comme dans toutes les situations de dépendance, l'information donnée par l'infirmière est très importante. En décrivant au patient ce que des organismes reconnus définissent comme une consommation modérée, elle lui offre d'importants repères qui peuvent contribuer à sa motivation et à sa santé. Ainsi, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC, 2009) recommande une consommation d'alcool à moins de deux verres par jour. Éduc'alcool présente une autre façon de consommer avec son programme 2 • 3 • 4 • 0 (voir page 28).



Le pronostic du patient atteint d'une CA est lié à ses habitudes de vie (Adam *et al.*, 2008). Ainsi, le taux de survie à quatre ans chez les patients qui continuent de boire de façon excessive est d'environ 50 % (George et Figueredo, 2011). L'infirmière doit soutenir son patient dans son cheminement vers l'abstinence.

Non seulement l'infirmière devra-t-elle évaluer si l'alcool a des effets néfastes sur la santé cardiovasculaire du patient qui la consulte (Beyer, 2004), mais elle devra également vérifier une panoplie d'autres problèmes liés à ses habitudes de vie. « Des comportements comme le tabagisme, l'abus de drogue et d'alcool et les excès alimentaires sont des façons malsaines de composer avec le stress et les difficultés quotidiennes » (ASPC, 2009). La promotion de saines habitudes de vie est une partie importante de l'intervention infirmière.

Des symptômes de sevrage peuvent apparaître quelques heures à quelques jours après l'arrêt d'alcool ou après une diminution importante de consommation. Ils peuvent causer une importante détresse physique et psychologique. Si c'est le cas, le suivi effectué par l'infirmière peut être déterminant. Bien qu'elle n'ait pas été abordée dans l'article, l'évaluation de la santé mentale de la personne aux prises avec un problème de dépendance à l'alcool permettra à l'infirmière de choisir des interventions et des traitements adaptés à son état psychologique. ■



#### L'auteur

Daniel Milhomme est professeur en soins critiques au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Lévis. Titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières, il poursuit actuellement ses études doctorales à la

Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Courriel : daniel\_milhomme@uqar.ca.

**Ndir :** Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il sera disponible sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



#### Références

- Adam, A., C. Nicholson et L. Owens. « Alcohol dilated cardiomyopathy », *Nursing Standard*, vol. 22, n°38, 28 mai 2008, p. 42-47.
- Agarwal, D.P. et H.K. Seitz. *Alcohol in Health and Disease*, New York, Marcel Dekker, 2001, 648 p.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). « Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada », 2009. [En ligne : [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca)] (Page consultée le 25 juin 2012).
- Allard, F. « Osez questionner vos patients sur l'alcool ! », *Médecin du Québec*, vol. 44, n°2, févr. 2009, p. 27-34.
- Balk, A.H. « Dilated cardiomyopathy, are a few drinks allowed ? », *European Heart Journal*, vol. 21, n°4, févr. 2000, p. 267-269.
- Beaumont, J.L. *Lecture progressive de l'ECG*, Boucherville, Gaëtan Morin, 1993, 231 p.
- Beulens, J.W., E.B. Rimm, A. Ascherio, D. Spiegelman, H.F. Hendriks et K.J. Mukamal. « Alcohol consumption and risk of coronary heart disease among men with hypertension », *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, n°1, 2 janv. 2007, p. 10-19.
- Beyer, S. « Cardiovascular disease in alcohol abusers », *Journal of Addictions Nursing*, vol. 15, n°2, 2004, p. 75-79.
- Centre de référence des maladies cardiaques héréditaires. *Brochure Patients - Cardiomyopathie dilatée*, Paris, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 8 p. [En ligne : [www.cardiogen.aphp.fr/articles/articles.php?cat=9&id=26](http://www.cardiogen.aphp.fr/articles/articles.php?cat=9&id=26)]
- Constant, J. « The alcoholic cardiomyopathies-genuine and pseudo », *Cardiology*, vol. 91, n°2, 1999, p. 92-95.
- Éduc'alcool. *Les Québécois et l'alcool*. [En ligne : <http://educalcoool.qc.ca/faits-conseil-et-outils/faits/les-quebecois-et-lalcoool>], 2012. (Page consultée le 15 mars 2012.)
- Éduc'alcool. *Les effets de la consommation abusive d'alcool*. [En ligne : <http://educalcoool.qc.ca/alcoool-et-vous/sante/les-effets-de-la-consommation-abusive-dalcoool>] (Page consultée le 15 mars 2012.)
- Éduc'alcool. « Alcochoix+ - Je bois, j'y vois ». [En ligne : <http://educalcoool.qc.ca/wp-content/uploads/2011/12/07-804-02FADepAlcochoix.pdf>] (Page consultée le 15 mars 2012.)
- Ewing, J.A. « Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire », *Journal of the American Medical Association*, vol. 252, n°14, 12 oct. 1984, p. 1905-1907.
- Fernández-Solà, J., R. Estruch, J.M. Nicolás, J.C. Paré, E. Sacanella, E. Antúnez *et al.* « Comparison of alcoholic cardiomyopathy in women versus men », *American Journal of Cardiology*, vol. 80, n°4, 15 août 1997, p. 481-485.
- Gay, J., P. Benoit et M. Denos. *L'électrocardiogramme, savoir l'interpréter*, Paris, Frison-Roche, 1990, 381 p.
- George, A. et V.M. Figueredo. « Alcoholic cardiomyopathy: a review », *Journal of Cardiac Failure*, vol. 17, n°10, oct. 2011, p. 844-849.
- Horacek, T. *Entraînement à l'ECG*, Paris, Lavoisier, 2010, 473 p.
- Jarvis, C. *L'examen clinique et l'évaluation de santé*, Montréal, Chenelière Éducation, 2009, 952 p.
- Laonigro, I., M. Correale, M. Di Biase et E. Altomare. « Alcohol abuse and heart failure », *European Journal of Heart Failure*, vol. 11, n°5, 30 mars 2009, p. 453-462. [En ligne : <http://eurjhf.oxfordjournals.org/content/11/5/453.full.pdf+html>]
- Piano, M.R. « Alcoholic cardiomyopathy-incidence, clinical characteristics and pathophysiology », *Chest*, vol. 121, n°5, mai 2002, p. 1638-1650.
- University of California-San Francisco (UCSF). « Alcohol may trigger serious palpitations in heart patients - new UCSF research examines causal link between alcohol consumption and atrial fibrillation », *American Journal of Cardiology*, 1<sup>er</sup> août 2012. [En ligne : [www.ucsf.edu/news/2012/06/12071/alcohol-may-trigger-serious-palpitations-heart-patients](http://www.ucsf.edu/news/2012/06/12071/alcohol-may-trigger-serious-palpitations-heart-patients)] (Page consultée le 6 juin 2012.)
- Urbano-Márquez, A., R. Estruch, J. Fernández-Solà, J.M. Nicolás, J.C. Paré et E. Rubin. « The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men », *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 2, juill. 1995, p. 149-154.
- Volk, R.J., J.R. Steinbauer, S.B. Cantor et C.E. Holzer. « The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds », *Addiction*, vol. 92, n°2, févr. 1997, p. 197-206.
- Women's Health and Education Center (WHEC). *Les maladies de la dépendance : troubles relatifs à l'alcool*, Springfield (MA), WHEC, 2009. [En ligne : [www.womenshealthsection.com/content/gynmhfr/gynmh011.php3](http://www.womenshealthsection.com/content/gynmhfr/gynmh011.php3)] (Page consultée le 6 juin 2012.)