

Sommeil et tabac

DIU Tabacologie *15 mars 2013*

Docteur G Berthon, Psychiatre, CH Vichy
Consultation de sommeil, Pr PM Llorca, CHU Clermont-Fd

PLAN

I Introduction-Rappels sur le sommeil

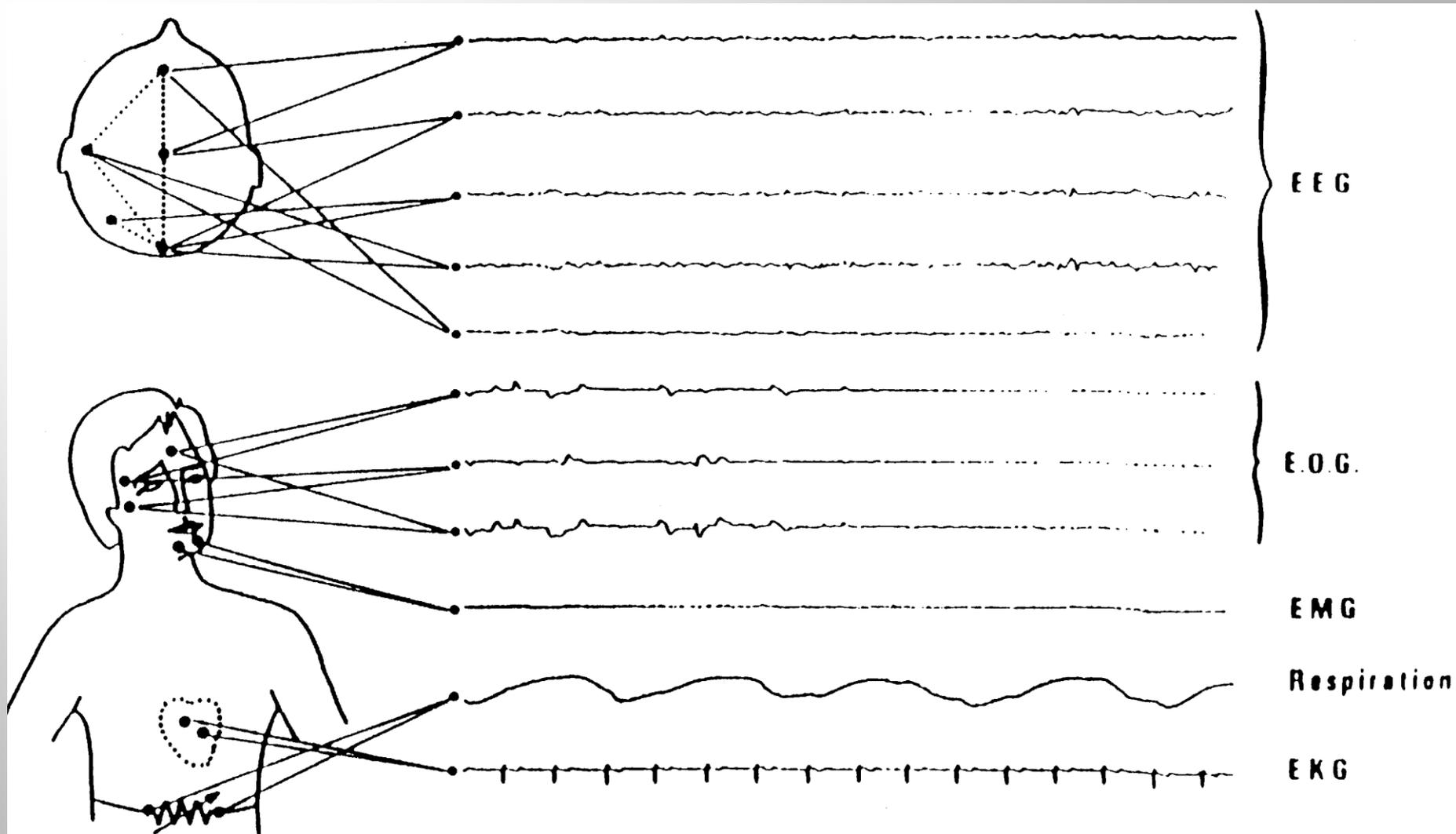
- Méthodes d'exploration et de représentation du sommeil

II Effets du tabac sur le cycle veille sommeil

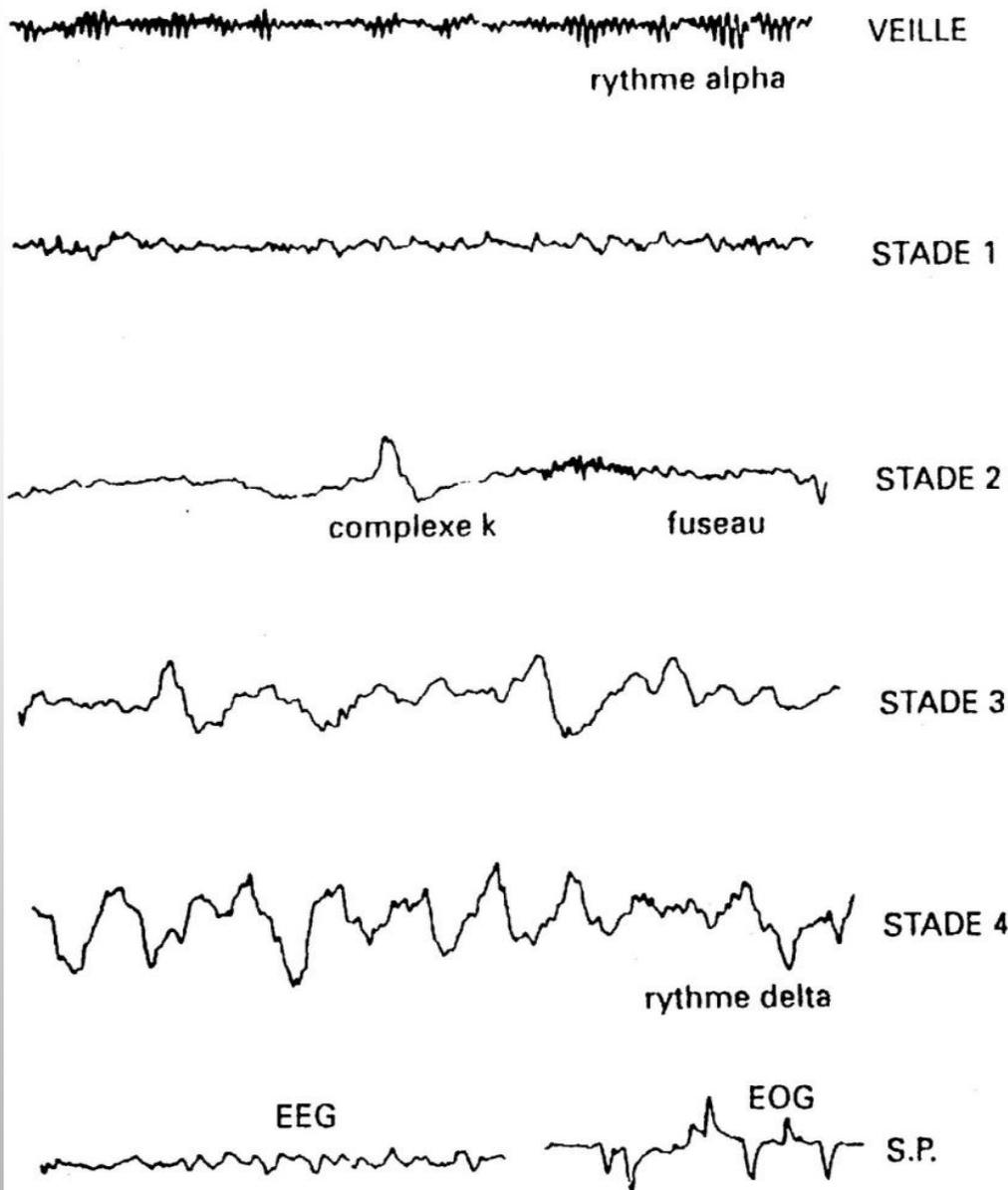
- Le sommeil du fumeur :
points de vue subjectifs et objectifs
- Similitudes avec les troubles anxieux et dépressifs

III Troubles du sommeil et sevrage tabagique

- Incidences des méthodes de traitement sur le sommeil

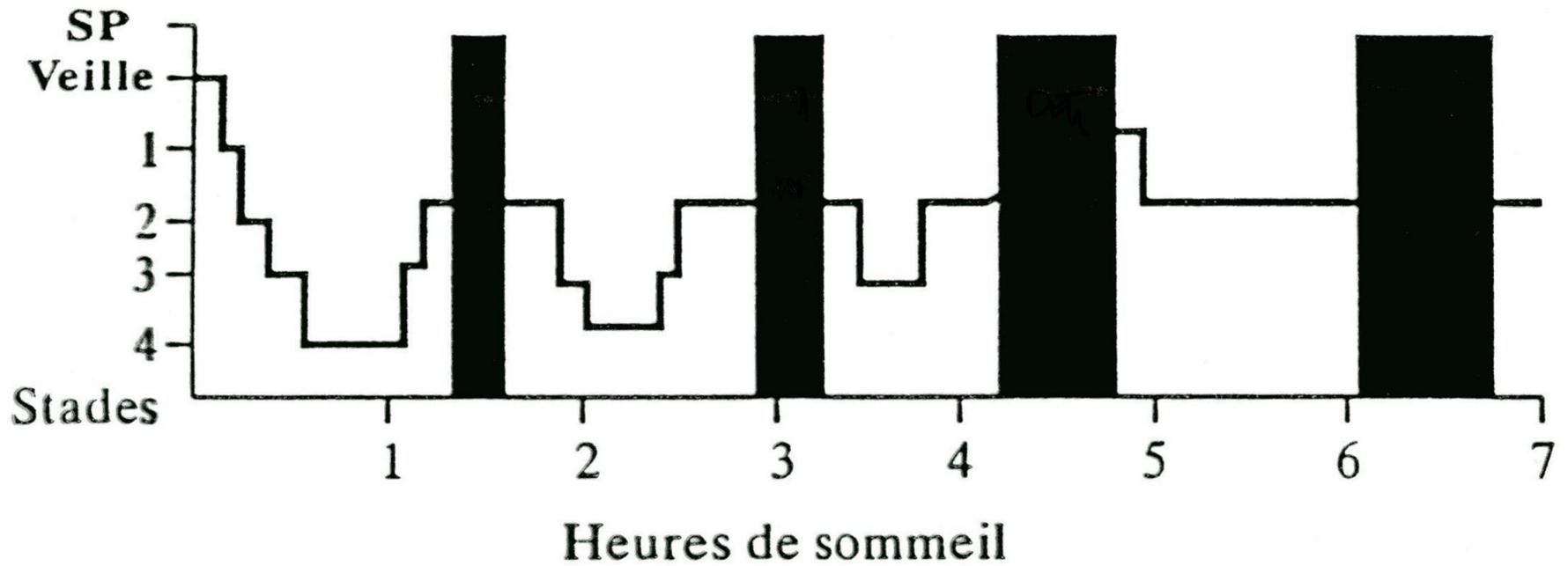


Enregistrement de sommeil. Le nombre et l'emplacement des électrodes dépendent des besoins spécifiques de l'investigateur. (D'après J. FORET et O. BENOIT)

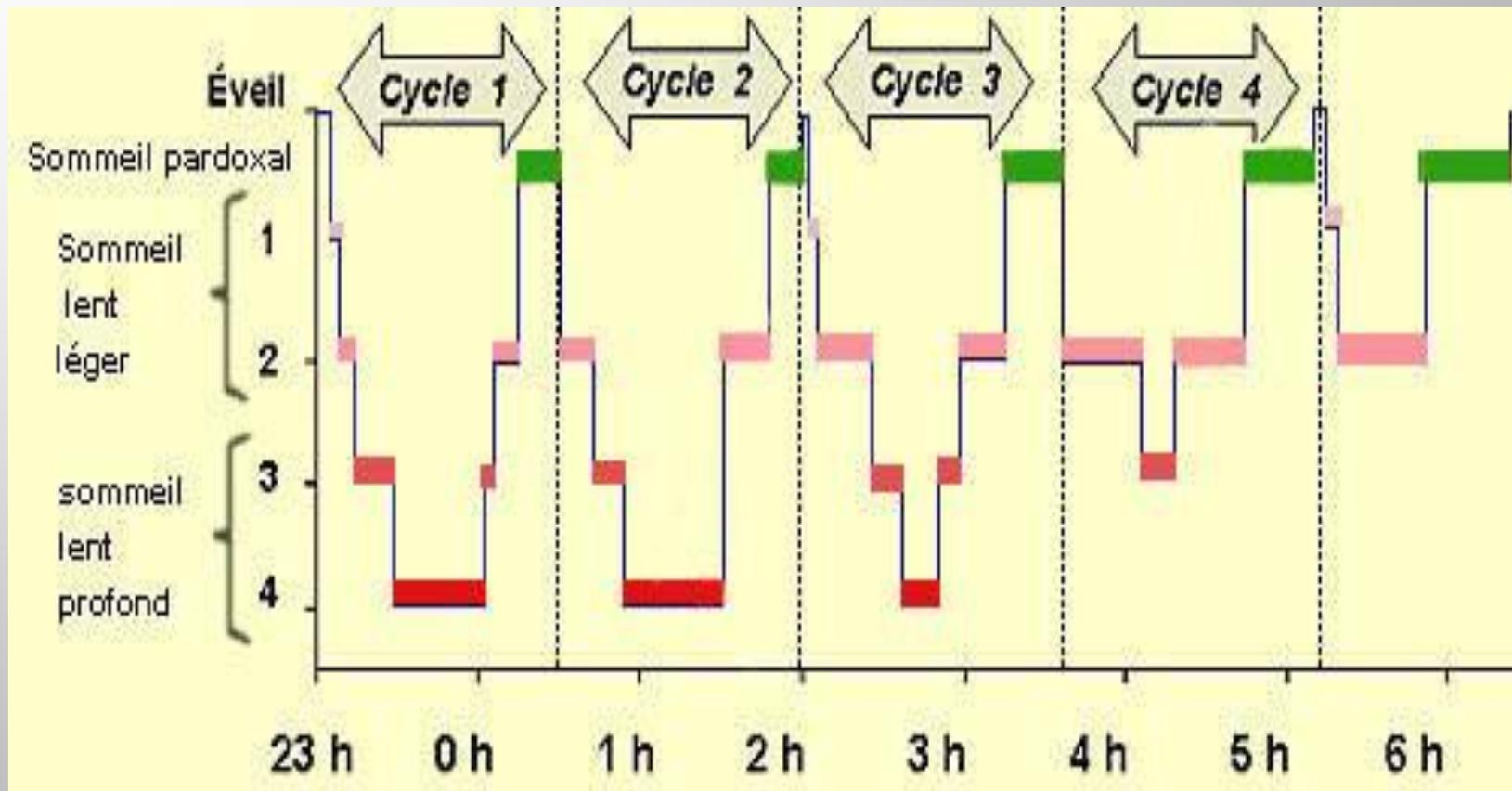


— Exemples de tracés électroencéphalographiques caractéristiques des divers stades du sommeil. Éveil : bouffées d'ondes alpha. Stade 1 : fréquences rapides et voltage faible. Stade 2 : fuseaux et complexes K. Stades 3 et 4 : présence qui va en augmentant d'ondes amples et lentes (rythmes delta). Sommeil paradoxal : tracé de faible voltage mal différentiable de celui d'un sommeil léger. Pour être sûr qu'il s'agisse de SP, il faut la présence simultanée de mouvements oculaires en bouffées.

Hypnogramme



HYPNOGRAMME



Le sommeil du fumeur : aspects subjectifs

C'est un mauvais sommeil avec des ronflements et parfois des cauchemars

Un sommeil tardif et court

Mais demeure peu étudié seul, donc peut-être lié aux cofacteurs : café, alcool, dépression, anxiété, etc.

Le sommeil du fumeur : aspects objectifs

± ↑ de la latence d'endormissement
↑ du stade 1
↓ du % du SLP
↓ de la latence d'apparition du SP avec diminution de la
quantité du SP chez les gros fumeurs

= profil hypnique proche de celui des déprimés

SURTOUT

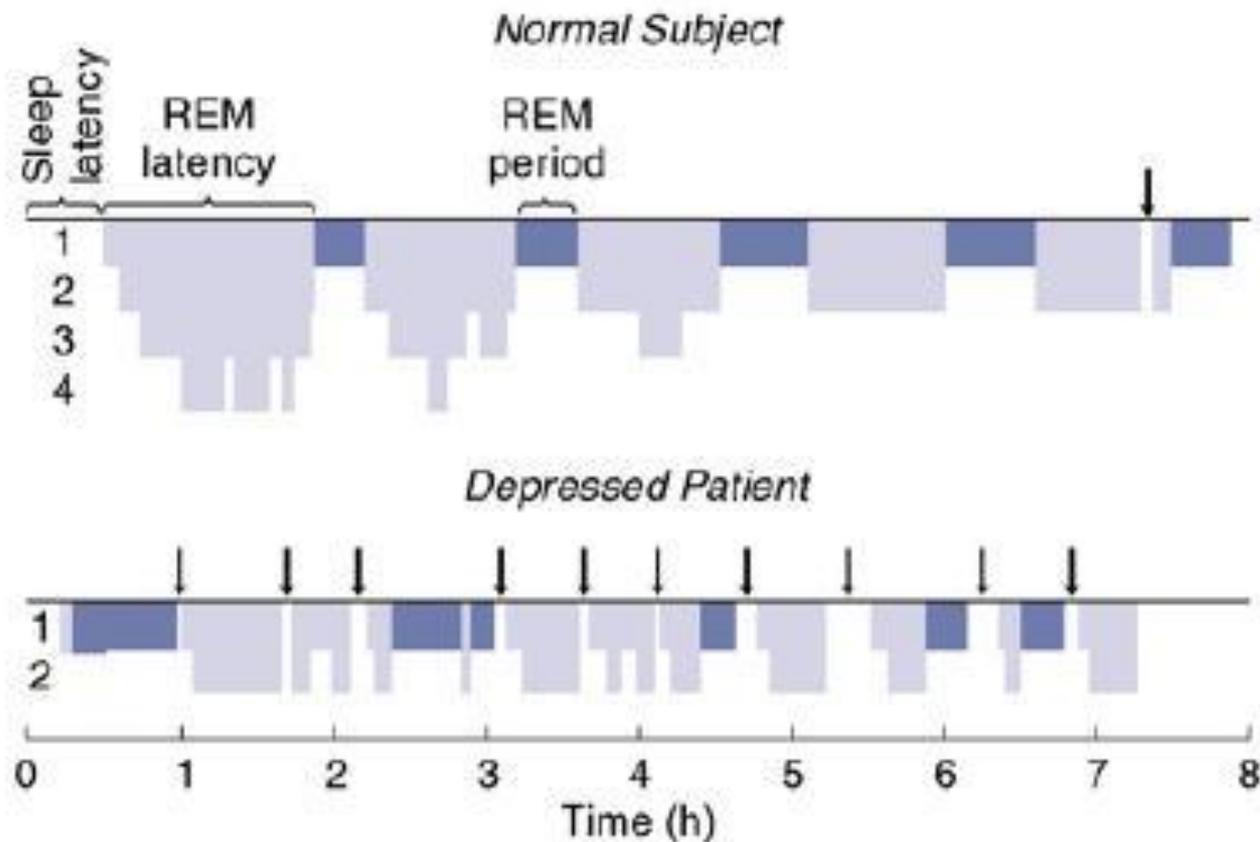
Fragmentation ++ du sommeil

Rq : Dépression et sommeil :

Le SP survient tôt et en abondance
souvent au détriment du sommeil à ondes lentes

mais ceci n'est pas spécifique de la dépression
(peut se voir dans l'anxiété et la schizophrénie)

HYPNOGRAMME DE DÉPRIMÉ



Le sevrage : aspects subjectifs

Le sevrage = mauvais sommeil, difficulté du maintien du sommeil (sommeil haché) et somnolence diurne

MAIS : Le problème de l'anxiété liée au sevrage,
associée aux troubles du sommeil
= risque de l'usage des BZD

Le sevrage avec patch :

Idem, sans la somnolence diurne et
souvent une activité onirique anormale (vivid dreams)
surtout les 15 premiers jours

(pas d'activités oniriques anormales sous patch chez le
non fumeur)

Le sevrage : aspects objectifs

↓ ou ↑ de la latence d'endormissement

↓ du TST

↑ des éveils en nombre et durée (fragmentation) avec rebond de SP chez les gros fumeurs

confirmation des données subjectives d'un mauvais sommeil

avec son corollaire diurne de somnolence
(manque de sommeil + absence de la nicotine éveillante)

Sous patch : ↓ fragmentation et

↑ SLP et ↓ % SP (pas toutes les études)

Alcool + tabac = sommeil en danger

OH = risque accru de syndrome d'apnées du sommeil (SAS)

Tabac = 2.5 fois plus de risques de SAS que non fumeur

Tabac = ↑ désaturation O₂

Tabac = baisse de l'oxygénation cérébrale, BPCO

Aggravation des conséquences du SAS et des BPCO
(HTA, fragmentation du sommeil)

Tabagisme : effet éveillant pour l'apnéique ?

Sevrage et prise de poids

L'insomnie est un facteur d'obésité (oréxines, leptine, ghréline)

L'arrêt du tabac peut entraîner l'obésité

Obésité → somnolence → éveillants (café, coca) → insomnie

↑ poids = risque accru de somnolence pathologique
(avec ou sans SAS)

Ressources bibliographiques

Handbook of sleep disorders. Michael J.Thorpy. Marcel Dekker, Inc. New York. 1990.

ICSD - International Classification of Sleep Disorders. American sleep disorders association. Rochester. 1990.

ICSD – R International Classification of Sleep Disorders, revised. American sleep disorders association. Chicago, 2001.

Le sommeil humain. Bases expérimentales, physiologiques et physiopathologiques. O.Benoit, J.Foret. Masson. 1992.

Le sommeil normal et pathologique. Michel Billiard. Masson. 1994.

Clinique de l'insomnie. Lucile Garma. Puf Nodules. 1994.

DSM IV- TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson. 2003.

Nicotine et troubles neuropsychiatriques. Henri-Jean Aubin. Masson. 1997.

Principles and practice of sleep medicine. Third edition. Kryger, Roth, Dement. W.B Saunders Company. Philadelphia. 2000.

Sleep medicine. Teofilo L.Chiong, Michael J.Sateia, Mary A. Carskadon. Hanley and Belfus, Inc./ Philadelphia. 2002.

Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. Lin Zhang et al. American J Epidemiol, 2006 ;164:529-537.

Tabagisme et troubles du sommeil. M. Underner , J. Paquereau , J.-C. Meurice. Rev. des Maladies Resp.Vol 23, N° SUP3 - juin 2006 pp. 677-

Sommeil et Addictions [http, Jean Vignau, 2008, http://www.splf.org/s/IMG/pdf/Vignau-sommeil_addiction.pdf](http://www.splf.org/s/IMG/pdf/Vignau-sommeil_addiction.pdf)

Sommeil et médecine générale: <http://sommeil-mg.net/spip/-Accueil->

Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. Jaehne A et al. Sleep Med Rev. 2009 Oct;13(5):363-77

DIU Tabacologie 2012