



Gérard Peiffer et Jean Perriot :
Pas de liens d'intérêt en relation
avec la présentation

TABAGISME ET SOMMEIL

Gérard Peiffer

Pneumologue - Tabacologue
DU Path. Respiratoire du Sommeil
CHR Metz-Thionville (Mercy)
peifferg@aol.com

Jean Perriot

Pneumologue - Tabacologue
Addictologue
IRAAT - Clermont-Ferrand
perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
Clermont-Ferrand le 18 Mars 2026



INTRODUCTION

- **Liens bidirectionnels entre tabagisme et troubles du sommeil:**
 - Tabagisme aggrave les troubles du sommeil
 - Ces derniers majorent certaines comorbidités liées au tabac
- **Les troubles du sommeil peuvent rendre le sevrage tabagique plus difficile et favoriser les rechutes.**
- **Objectifs : identifier les troubles et les prendre en charge.**
 - Mieux identifier ces troubles chez les fumeurs
 - Des interactions néfastes.
 - Proposer une prise en charge adaptée.



CONNAISSANCE SUR LES INTERACTIONS TABAGISME-SOMMEIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Connaissances limitées
des professionnels

450 pneumologues

et tabacologues

contactés par e-mail

■ 75 réponses reçues

■ **Formation nécessaire**

✓ **Créneau Sommeil dans
le DIU Tabacologie**

✓ **Sensibilisation des
médecins et patients**

Questions	■ Résultats :	Oui
Recherche systématique des troubles du sommeil chez le tabagique actif		39,74%
Recours à la consultation spécialisée de sommeil en cas de troubles		63,16%
Prescription des somnifères en cas d'insomnie		39,47%
Sensibilisation des patients sur l'impact du tabac sur leur sommeil		69,74%
Recherche systématique des troubles du sommeil lors du sevrage		72,37%
Prise en charge systématique lors du sevrage		21,05%
Importance p.e.c des troubles sommeil pour sevrage tabagique plus facile		59,21%
Impact p.e.c des troubles du sommeil sur la durée du sevrage		41,67%
Eviction de rechute par bonne p.e.c des troubles du sommeil		56,34%
Choix du traitement du sevrage selon son impact sur la qualité du S.		48,65%

Quelques sources synthétiques pour approfondir

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 6S67- 6S77.

Biomedicines 2024, 12, 1765.

Courrier des Addictions 2021;23 :15-19.

Série « Tabacologie »
Coordonnée par C. Raheison et P. Carré

Tabagisme et troubles du sommeil

M. Underner^{1,3}, J. Paquereau², J.-C. Meurice³

Résumé

Introduction Les troubles du sommeil rendent le sevrage tabagique plus difficile et favorisent les rechutes.

État des connaissances La nicotine augmente la vigilance et diminue le sommeil. Les troubles du sommeil observés chez le fumeur sont des difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil. Ils s'accompagnent de réactions d'éveil à l'électroencéphalogramme (EEG). Le tabagisme favorise les ronflements et les apnées obstructives du sommeil. L'insomnie fait partie des critères du syndrome de sevrage tabagique. Les réveils nocturnes et la somnolence diurne sont fréquents. Ils constituent un facteur prédictif de rechute. Les traitements nicotiniques substitutifs provoquent des réveils fréquents, une diminution de la durée totale de sommeil, une augmentation des rêves et des cauchemars. Ils entraînent une réaction EEG d'éveil. Les perturbations du sommeil sont également fréquentes avec le bupropion.

Perspectives La prise en compte des troubles du sommeil doit être intégrée dans la prise en charge globale du sujet souhaitant arrêter de fumer. Un bilan complémentaire reste toutefois nécessaire, à la fois clinique (agendas du sommeil) et paraclinique (EEG et polysomnographie).

Conclusion Chez les fumeurs, les troubles du sommeil augmentent la morbidité cardiovasculaire et vasculaire cérébrale. Au cours du sevrage tabagique, leur prise en charge rend le sevrage moins difficile et diminue le risque de rechute.

Mots-clés : Tabagisme • Sevrage tabagique • Nicotine • Bupropion • Sommeil.

Correspondance : M. Underner
Unité de Tabacologie, Espace Médico-Social, Pavillon René le Blaye Nord, CHU la Milétrie, BP 577, 80021 Poitiers Cedex.
m.underner@chu-poitiers.fr

Réception version princeps à la Revue : 22.12.2005.
Retour aux auteurs pour révision : 01.02.2006.
Réception 1^{ère} version révisée : 18.02.2006.
Acceptation définitive : 23.02.2006.

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 6S67-6S77

6S67

biomedicines

MDPI

Review

The Interactions between Smoking and Sleep

Ioanna Grigoriou¹, Serafeim-Chrysovalantis Kotoulas^{2,*}, Konstantinos Porpodis³, Dionysios Spyrtatos³, Ioanna Papagiouvanni⁴, Alexandros Tsantos⁵, Anastasia Michailidou⁶, Constantinos Mourelatos⁷, Christina Mouratidou², Ioannis Alevisoudis², Alexandra Mameri² and Athanasia Pataka¹

1

Respiratory Failure Clinic and Sleep Laboratory, General Hospital of Thessaloniki "G. Papanicolaou", Aristotle's University of Thessaloniki, 54642 Thessaloniki, Greece; ioanagrigoriou@hotmail.gr (I.G.); patakath@yahoo.gr (A.P.)

2

Adult ICU, General Hospital of Thessaloniki "Ippokratito", 54642 Thessaloniki, Greece; chrislmouratidou@gmail.com (C.M.); gstanitsalevisoudis@gmail.com (I.A.); alexia.tmr@gmail.com (A.M.)

3

Pulmonary Department, General Hospital of Thessaloniki "G. Papanicolaou", Aristotle's University of Thessaloniki, 54642 Thessaloniki, Greece; kporpodis@yahoo.gr (K.P.); dionysiospyrtatos@yahoo.gr (D.S.)

4

4th Internal Medicine Department, General Hospital of Thessaloniki "Ippokratito", Aristotle's University of Thessaloniki, 54642 Thessaloniki, Greece; ioanna.d.pap@gmail.com

5

Pulmonary Department, General Hospital of Thessaloniki "Ippokratito", 54642 Thessaloniki, Greece; alextsantos@yahoo.com

6

2nd Propedeutic Internal Medicine Department, General Hospital of Thessaloniki "Ippokratito", Aristotle's University of Thessaloniki, 54642 Thessaloniki, Greece; manastasia66@gmail.com

7

Genetics Laboratory, Aristotle's University of Thessaloniki, 54124 Thessaloniki, Greece; mourelatos@yahoo.com

*

Correspondence: alexkotoulas@hotmail.com

Abstract

Smoking a cigarette before bed or first thing in the morning is a common habit. In this review, the relationship between smoking and sleep is investigated based on the existing literature. Out of 6504 unique items that were identified via a PubMed search related to smoking and sleep, 151 were included in this review. Tobacco smoking disrupts sleep architecture by reducing slow wave and rapid eye movement (REM) sleep and undermining sleep quality. Furthermore, smoking affects sleep-related co-morbidities, such as obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS), insomnia, parasomnias, arousals, bruxism, and restless legs, as well as non-sleep-related conditions such as cardiovascular, metabolic, respiratory, neurologic, psychiatric, inflammatory, gynecologic and pediatric issues, while poor sleep quality also seems to worsen the chances of successful smoking cessation. In conclusion, the existing literature suggests that there is a wicked relation between smoking and sleep.

Keywords

smoking; tobacco; sleep; sleep disorders

1. Introduction

The majority of smokers start their day with smoking one or more cigarettes. Smoking after waking up in the morning is a strong marker of nicotine addiction. A last cigarette before going to bed at night is also another common habit among smokers. Smoking before and after sleep is associated with the nadir in nicotine levels at night due to smoking abstinence during sleep time. However, smoking and sleep are not irrelevant to each other. There are many studies which have demonstrated the relationship between smoking and sleep quality [1–4]. Poor sleep quality seems to be related to increased craving for tobacco smoke and reduced chances of successful smoking cessation [2], while smoking itself alters sleep architecture [3], and has detrimental effects on sleep quality [4]. Furthermore, smoking seems to worsen many aspects of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS) [5], while it is also related to other sleep disorders like insomnia [6], parasomnias [7], arousals [8], bruxism [9] and restless legs [10]. In addition, poor sleep or OSAHS along with smoking have a multiplicative action in several other medical conditions, such as obesity and metabolic

Le sommeil du fumeur et ses modifications au cours du sevrage tabagique

How do smokers sleep when they smoke and when they stop smoking?

I. Arnulf¹, W. Trzepizur², Gérard Peiffer³, M. Underner⁴, J. Perriot⁵

Le sommeil, indispensable à notre santé physique et mentale

Café et cigarettes : un effet synergique sur le sommeil ?

Le sommeil occupe un tiers de notre vie, bien que cette durée ait tendance à être réduite par le mode de vie moderne. Pourtant, au lieu d'être une perte de temps, dormir est essentiel pour la santé humaine. Le sommeil a en effet de nombreuses fonctions, dont certaines n'ont été découvertes que récemment. Par exemple, de nombreux déchets toxiques (y compris l'amyloïde, dont l'accumulation dans le cerveau provoque la maladie d'Alzheimer) sont éliminés pendant le sommeil, lorsque les vaisseaux lymphatiques s'ouvrent [7]. En plus de cette élimination mécanique, le sommeil aide à "digérer" les émotions négatives et rétablit une humeur matinale adéquate [2]. Pendant le sommeil, les cellules cancéreuses sont plus détruites que pendant l'éveil et les défenses immunitaires sont améliorées. Du côté du "gain", dormir consolide notre mémoire [3], favorise la perspicacité et la créativité [4]. Il pourrait aussi aider à s'entraîner virtuellement pendant les rêves à faire face aux menaces et aux problèmes [5]. C'est en sommeil lent profond que se libère l'hormone de croissance, qui favorise la croissance osseuse et musculaire et fait fondre la graisse [6]. Une cascade d'hormones (leptine qui augmente, ghréline qui diminue) permet de tenir ce long jeûne de la nuit,

Le sommeil est modifié par la prise de café et de tabac. Pour s'endormir, il faut inactiver les systèmes d'éveil, dont l'un, dans le télencéphale basal (noyau de Meynert), est cholinergique [8]. La nicotine agit la et active l'éveil. On comprend l'effet éveillant de la cigarette, même si c'est finalement un effet assez faible. Les produits qui favorisent la transmission cholinergique (anticholinestératiques dans la maladie d'Alzheimer, nicotine, substituts et agonistes nicotiniques) peuvent donc être éveillants : on évitera de les prendre le soir ou la nuit. Le système cérébral qui initie le sommeil paradoxal (le locus subcaeruleus) est situé dans le tronc cérébral mais fonctionne aussi avec de l'acétylcholine [9]. Le sommeil paradoxal ressemble en effet à de l'éveil cortical (par le côté assez rapide des ondes EEG corticales), mais dans un corps endormi et coupé du monde. C'est la phase de sommeil où l'on rêve le plus : ainsi, les mêmes produits qui augmentent la transmission cholinergique (muscariniques mais aussi nicotiniques) peuvent rendre les rêves plus intenses, plus lucides mais aussi plus cauchemardesques, en renforçant l'activation du cortex en sommeil paradoxal. Le système cérébral veille-sommeil est indépendant,

Nicotine & troubles du sommeil : Aspects cliniques et approche thérapeutique. P. Arvers. Congrès Français de Psychiatrie. Lyon 2023.

PLAN DE L'EXPOSÉ

- Rappels sur le sommeil.
- Tabagisme et qualité du sommeil
- Tabagisme et architecture du sommeil
- Tabagisme & comorbidités liées au sommeil :
 - Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS),
 - Autres comorbidités liées au sommeil : l'insomnie, les parasomnies, les éveils nocturnes, le bruxisme et le syndrome des jambes sans repos
- Sommeil de mauvaise qualité, associé au tabagisme : conséquences sur plusieurs affections médicales.
- Traiter l'addiction tabagique ET les troubles du sommeil

RAPPELS SUR LE SOMMEIL

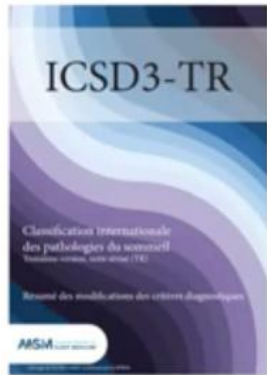
Le sommeil (1/3 de la vie) : essentiel pour la santé humaine.

De nombreuses fonctions, entre autres :

- Aide à “digérer” les émotions négatives du jour (bonne humeur matinale).
- Destruction des cellules cancéreuses plus que pendant l'éveil,
- Amélioration défenses immunitaires.
- Consolidation de la mémoire (perspicacité et créativité)
- Entraînement virtuel pendant les rêves à faire face aux menaces !
- Libération de l'hormone de croissance en sommeil lent profond
- Libération d'hormones (leptine, ghréline) : contrôle du jeûne de la nuit, & de stocker le glucose sous forme de glycogène.
- Elimination de nombreux déchets toxiques pendant le sommeil.



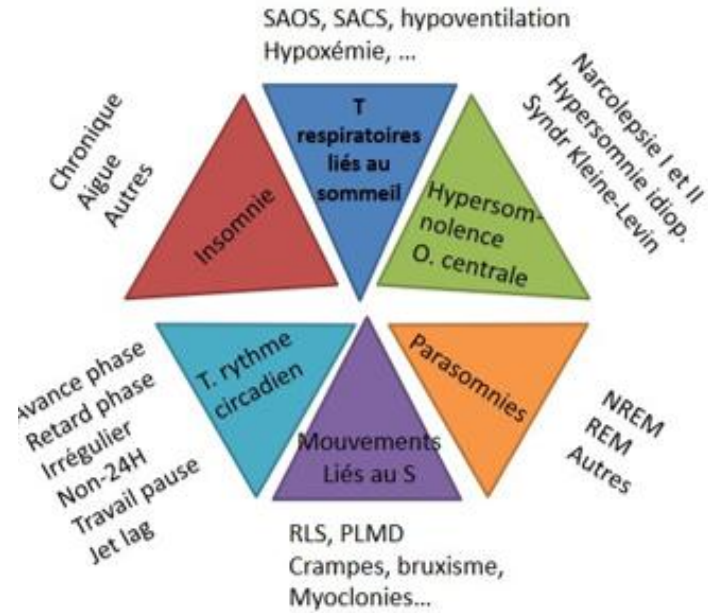
Classification internationale des troubles du sommeil



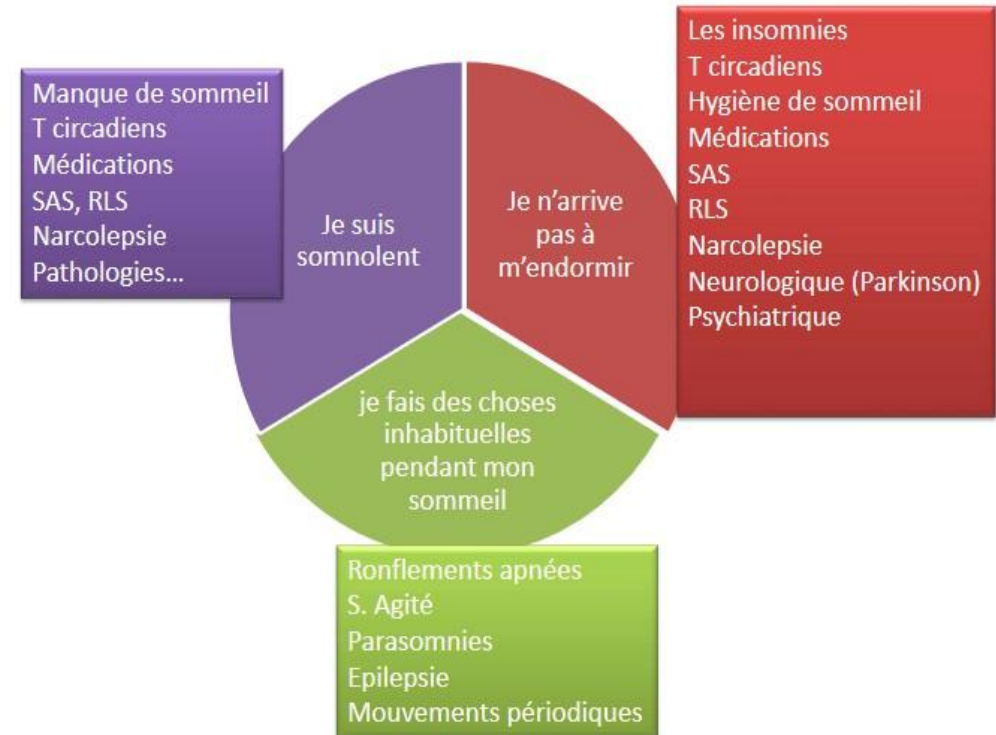
2023 / 2025



2023



Des effets du tabagisme sur le sommeil ?

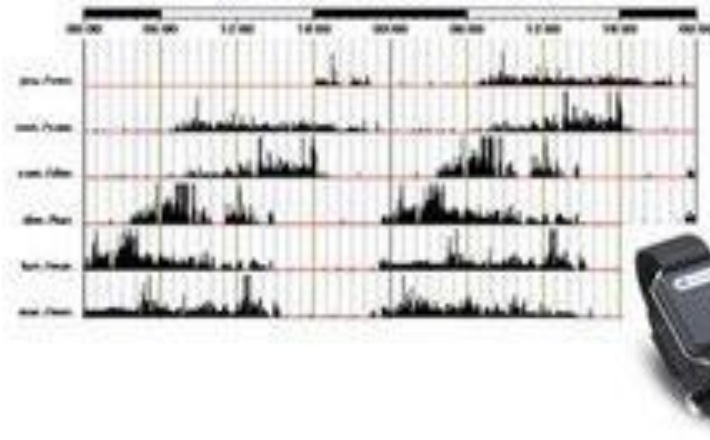


Le patient et la classification des troubles : Faire le tri !

COMMENT MESURER LE SOMMEIL ?

- Se référer aux mesures des **données objectives du sommeil**
- Questionnaires (EPWORTH), agendas de sommeil, actimétrie, la video, et surtout la **polysomnographie**, dans un laboratoire de sommeil.

Actimétrie



Agenda de sommeil

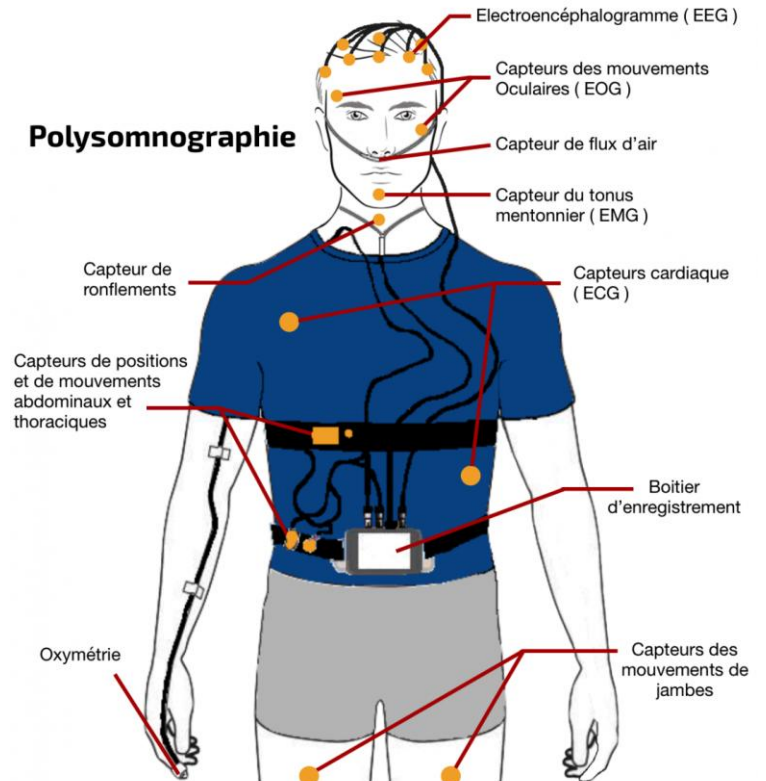
AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

Appréciation par : TB - B - Moy - M - TM

DATE	HEURES	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES
Nuit du ... au ...	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20				
EXEMPLE					
du 11 au 12	↓	B	B	B	
du 12 au 13	↓	Moy	B	B	Arrivée de vacances
du 13 au 14	↓	B	Moy	B	
du 14 au 15	↓	B	B	B	
du 15 au 16	↓	B	B	B	
du 16 au 17	↓	B	B	B	
du 17 au 18	↓	B	TB	B	
du 18 au 19	↓	B	B	B	
du 19 au 20	↓	B	TB	B	
du 20 au 21	↓	B	B	B	
du 21 au 22	↓	B	B	B	
du 22 au 23	↓	B	B	B	
du 23 au 24	↓	B	TB	B	Fête
du 24 au 25	↓	B	B	Moy	
du 25 au 26	↓	B	B	B	
du 26 au 27	↓	B	B	B	
du 27 au 28	↓	TB	TB	B	Nouvel an
du 28 au 29	↓	TB	TB	B	
du 29 au 30	↓	TB	TB	B	Expérience insomnie
du 30 au 31	↓	TB	TB	B	
du 31 au 1	↓	TB	TB	B	
du 1 au 2	↓	TB	TB	B	
du 2 au 3	↓	TB	TB	B	
du 3 au 4	↓	TB	TB	B	
du 4 au 5	↓	TB	TB	B	
du 5 au 6	↓	TB	TB	B	
du 6 au 7	↓	TB	TB	B	
du 7 au 8	↓	TB	TB	B	
du 8 au 9	↓	TB	TB	B	

↓ heure de mise au lit
 ◻ long réveil
 ↑ heure du lever

S Somnolence dans la journée
 R R R 1/2 sommeil



EEG, ECG, SaO2, EMG. . .

Plainte subjective de sommeil

Période de consommation



Qualité de sommeil ↓



Période de sevrage



Qualité de sommeil ↓ ↓ ?!



Période d'arrêt prolongé



Bonne efficacité de sommeil :
Prédictif du maintien de l'arrêt ?



Jaehne, A, et al. How smoking affects sleep: a polysomnographical analysis. Sleep Med. 2012 Dec;13(10):1286-92.
Purani, H, et al. Sleep quality in cigarette smokers . . . Addict. Behav. 2019, 90, 71–76.
Jaehne A, et al. . Sleep changes in smokers before, during and 3 months after Addict Biol. 2015 Jul;20(4):747-55.

QUALITÉ DU SOMMEIL ALTÉRÉE CHEZ LE FUMEUR

- Souvent le fumeur ne se plaint pas de son sommeil
 - Il faut aller rechercher ces troubles du sommeil !
- Les mesurer par l'indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI)
<https://mentaal.fr/tests/psqi>
 - Score global au **PSQI** en additionnant les scores des 7 composantes :
 - Score global de 0 à 21 points :
 - 0 voulant dire 'sommeil parfait',
 - 21 voulant dire 'qualité du sommeil médiocre'.
- **Scores PSQI systématiquement plus élevés chez les fumeurs** par rapport aux non-fumeurs



Corrélation entre la mauvaise qualité du sommeil et symptômes de sevrage à l'arrêt du tabac

- Essai contrôlé randomisé de 12 semaines
- Scores PSQI plus élevés corrélés à
 - Une augmentation des symptômes de sevrage (échelle MNWS)
 - Des envies de fumer (craving).
 - De l'intensité totale des envies.

Association between Sleep Quality & Smoking Outcomes

	PSQI $\beta \pm SE$	P-value	ISI $\beta \pm SE$	P-value
Average # of CPD (7 days preceding visit)	-0.15 ± 0.11	0.1547	-0.21 ± 0.16	0.1955
Nicotine Dependence (FTND Score)	-0.12 ± 0.22	0.5732	-0.43 ± 0.32	0.1867
MNWS Withdrawal Total	1.63 ± 0.53	0.0043*	2.90 ± 0.73	0.0004*
Angry, irritable, frustrated	1.17 ± 0.39	0.0059*	0.67 ± 0.59	0.0083*
Anxious, nervous	0.46 ± 0.42	0.2797	1.26 ± 0.59	0.0398*
Depressed mood, sad	1.47 ± 0.46	0.0031*	2.51 ± 0.64	0.0004*
Difficulty concentrating	1.05 ± 0.47	0.0313*	1.65 ± 0.68	0.0221*
Increased appetite, hungry, weight gain	0.50 ± 0.44	0.2687	1.50 ± 0.61	0.0204*
Insomnia, sleep problems, awakening at night	1.36 ± 0.42	0.0029*	2.21 ± 0.60	0.0009*

Autres paramètres du sommeil détériorés chez le fumeur

- **Fumeurs se plaignent d'insomnie** : pour 40% des fumeurs
- **Fumeurs ont plus grande latence d'endormissement.**
 - Plus longue chez les gros fumeurs que chez les non-fumeurs
- **Fumeurs ont plus de difficultés à rester endormi**, avec relations durée du sommeil diminuée $\leftrightarrow$ importance du tabagisme plus marquées :
 - Si **stress** marqué.
 - Si chronotype tardif (**« du soir »**) et travail posté.
 - Vu aussi en cas **d'exposition au tabagisme passif.**



Al-Mshari, A, et al. .J. Med. Life 2022, 15, 1392–1396.

Bellatorre, A. et al. Sleep 2017, 40, zsw031.

Bilsky, S.A., et al. J. Adolesc. 2016, 51, 123–132

Parkes, K.R, et al. J. Occup. Health Psychol. 2002, 7, 156–173

Nasri O, et al. J. Environ. Health Sci. Eng. 2021, 19, 1473–1481.

Confirmation des liens sommeil altéré - tabagisme :

- Par dosage de la cotinine :

- Des **taux élevés de cotinine** associés à une **mauvaise qualité du sommeil**

- Par étude génétique :

- Corrélations **négatives** entre le début du tabagisme, l'arrêt du tabac **ET** la durée du sommeil.
- **Corrélations positives** observées entre le début du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées par jour **ET** l'insomnie

- **Relation tabagisme ↔ mauvaise qualité du sommeil** commune avec d'autres comportements : mauvaise alimentation, consommation de caféine, **d'alcool**, de drogues illicites (cannabis, amphétamines).

Oh, S, et al. Tob. Induc. Dis. 2022, 20, 77

Gibson, M, et al. Nicotine Tob. Res. 2019, 21, 731–738.

Metse AP, et al. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021,18, 5946

Quantité de sommeil et quantité de tabac fumé :

- Une **privation de sommeil** ou le **passage d'un sommeil suffisant à un sommeil insuffisant** ⇒ majoration de la consommation de cigarettes :
Les travailleurs de nuit fument : espoir que le tabac réduise la somnolence subjective.
- **Mauvaise qualité de sommeil associée à une moindre efficacité du sevrage tabagique :**
 - Rechercher des troubles du sommeil chez les fumeurs
 - Si problème : promouvoir des interventions vis-à-vis du sommeil.

Patterson, F, et al. Addict. Behav. 2018, 77, 47–50.

Hamidovic, A, et al. Sleep deprivation increases cigarette smoking. Pharmacol. Biochem. Behav. 2009, 93, 263–269.

Nair, U.S, et al Health Psychol. 2019, 24, 1484–1493.

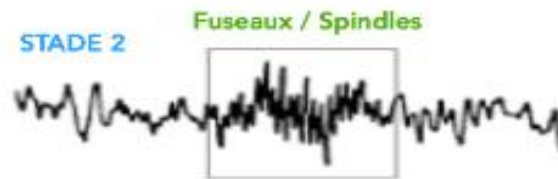
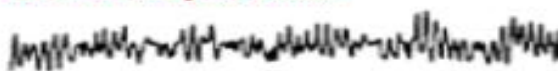
Chen, H, et al. J. Nerv. Ment. Dis. 2017, 205, 353–360.

Fillo, J, et al. Addict. Behav. 2016, 57, 6–12.

TABAGISME ET ARCHITECTURE DU SOMMEIL

MACROARCHITECTURE DU SOMMEIL NORMAL : 2 types de sommeil :

Eveil avec les yeux fermés



Sommeil paradoxal



Eveil



Le sommeil lent en 3 stades :

N1 endormissement

(2-5 % temps total de sommeil TTS)



N2 sommeil lent léger SLL

(45 - 55 % du TTS) **somnolence**



N3 sommeil lent profond SLP

(10 - 20 % du TTS)

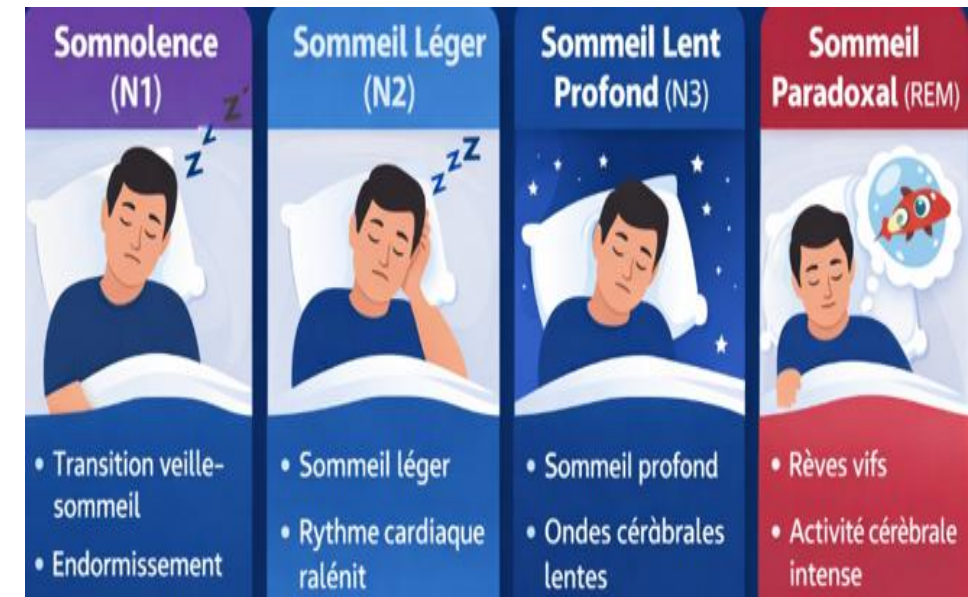
récupération physique



Le sommeil paradoxal

REM (20 - 25% du TTS)

récupération psychologique



UN HYPNOGRAMME

Eveil

le stade **N1** : endormissement

le stade **N2** : sommeil lent léger SLL

le stade **N3** : sommeil lent profond SLP

le stade **REM** : sommeil paradoxal

4 à 6 cycles successif / nuit de 90mn (90 à 110 mn)

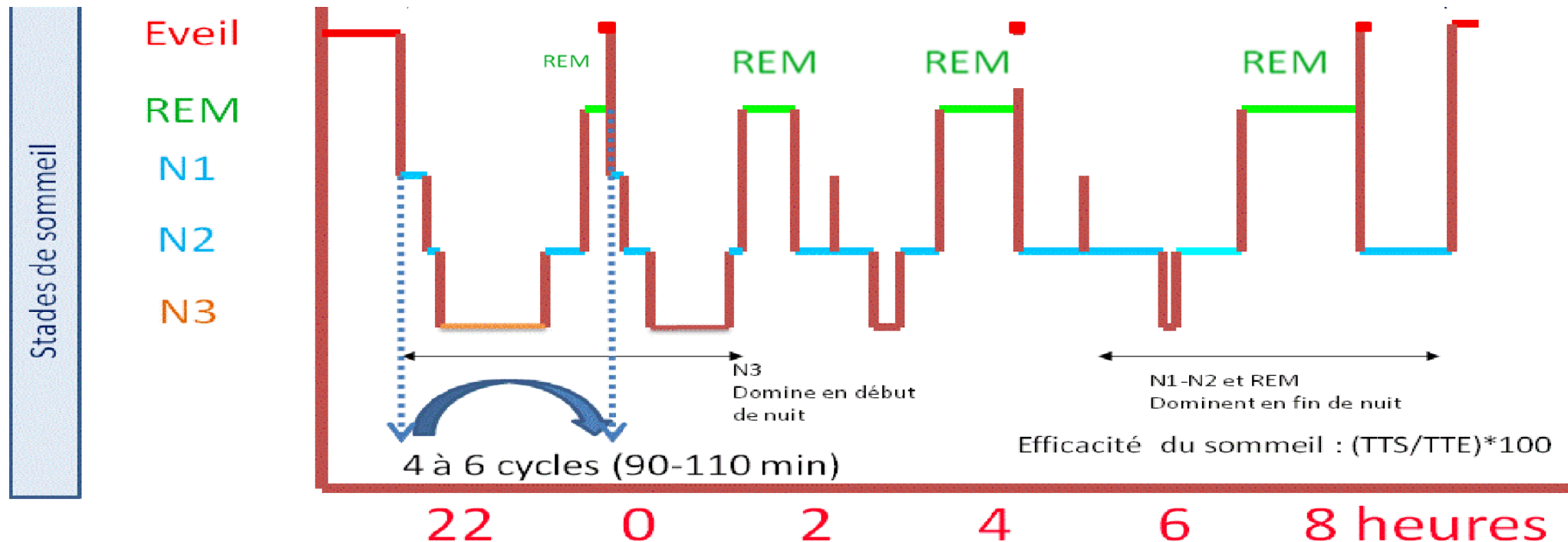
Eveil → Stade **N1** → Stade **N2** → Stade **N3** → **REM**

Début de nuit = beaucoup de **N3**

Fin de nuit = beaucoup de **REM**

Rêve . En **N3** : si réveil, peu ou pas de souvenir de rêve

. En **REM** : si réveil, beaucoup de souvenirs de rêve.



MODIFICATIONS DE L'ARCHITECTURE DU SOMMEIL DU FUMEUR

■ Stades du sommeil.

- Le fumeur s'endort plus tard.
- Stades **N1** et **N2** augmentés : **fait plus de sommeil léger**
- Stade **N3** diminué chez les fumeurs : **fait moins de sommeil profond** : manque de sommeil réparateur → levier motivationnel pour l'arrêt ?
- Stade **REM** : **quantité totale réduite chez le gros fumeur**

■ Modifications plus marquées chez les gros fumeurs dose-dépendantes

■ Sommeil des nourrissons de mères fumeuses.

- Nourrissons dorment moins, avec plus de mouvements corporels

McNamara JP, et al. Sleep disturbances associated with cigarette smoking. Psychol Health Med. 2014;19(4):410-9.

Zhang, L, et al. Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. Am. J. Epidemiol. 2006, 164, 529–537

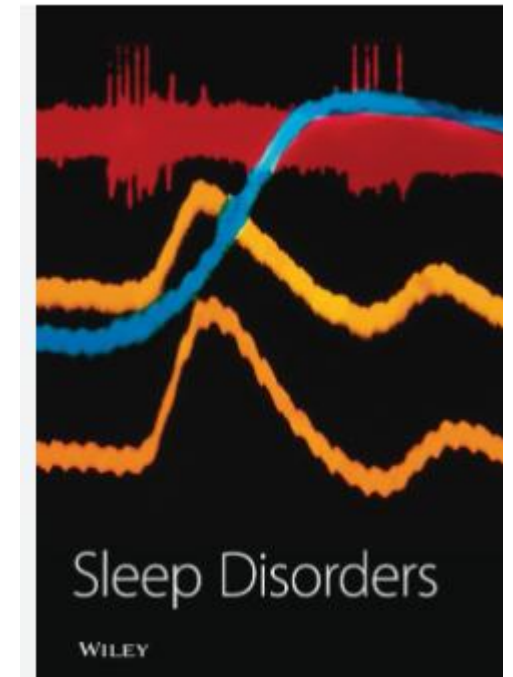
Stéphan-Blanchard, E, et al. The influence of in utero exposure to smoking on sleep patterns in preterm neonates. Sleep 2008, 31, 1683–1689



PHYSIO-PATHOLOGIE (tabagisme et sommeil perturbé)

Plusieurs facteurs s'associent :

- Effet **psychostimulant** de la nicotine : stimulation cholinergique
- Rétrécissement VAS du fait de l'**inflammation chronique**
- Modifications des **réflexes neuro-musculaires VAS**
- Majoration de l'**hypoxie nocturne**
- Effet shoot le jour, mais **manque durable de nicotine la nuit** : le fumeur doit lutter contre ce manque
- **Tabagisme altère l'expression de certains gènes de l'horloge biologique**



MODIFICATIONS DU SOMMEIL (sevrage tabagique)

Déficit d'apport en nicotine : Troubles du sommeil et craving au réveil !

- **↑ ou ↓ de la latence d'endormissement** : donc endormissement plus tardif ou plus précoce, variable d'une personne à l'autre.
- **↓ du Temps Total de Sommeil**
- **↑ des éveils en nombre et en durée :**
 - Sommeil « haché » : on parle de fragmentation du sommeil**
 - Désorganisation majeure de l'architecture du sommeil**
 - Plus de sommeil **REM** en début de nuit = donc réduction du **N3** réparateur
 - Augmentation des éveils intra sommeil → difficulté de ré-endormissement.

IMPACT SUR LE SOMMEIL DES TRAITEMENTS DU SEVRAGE.

Déficit d'apport en nicotine : Troubles du sommeil et craving au réveil !

Patches de nicotine :

Nicotine = **éveillante** ► Sommeil haché et micro-réveils ?

Avec patch 24 H / 16 H : ↗ **forte du sommeil N3** (récupération).

↘ la latence du sommeil **REM** et la durée du stade **N2**

Activité onirique dose-dépendante, parfois *vivid dreams*



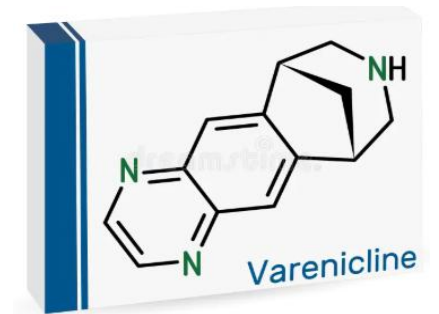
Varénicline :

Moins de modifications de l'architecture du sommeil

(**N1**, **N2**, **N3**, **REM**) ?

Qualité du sommeil moindre alléguée par les patients.

Hormis ↗ de la latence d'endormissement et des latences **N2 et N3**, efficacité et durée totale du sommeil conservées ?



Aubin, H.J, et al. Comparison of ... 24-hour nicotine patch and a 16-hour ...on smoking urges and sleep. Nicotine Tob. Res. 2006, 8, 193–201

Salin-Pascual, R.J. Relationship between improvement and sleep changes with acute nicotine administration ... Rev. Investig. Clin. 2002, 54, 36–40.

Pataka, A, et al. Varenicline administration for smoking cessation may reduce apnea hypopnea index in sleep apnea patients. Sleep Med. 2021, 88, 87.

TABAGISME & COMORBIDITÉS LIÉES AU SOMMEIL

Le tabagisme semble **aggraver** de nombreux aspects du sommeil :

Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

- Et le syndrome des jambes sans repos ?

Autres troubles du sommeil :

- l'insomnie [Nunez]
- les parasomnies [Grigoriou]
- les éveils nocturnes [Provini]
- le bruxisme [Frosztega]

Tabagisme, troubles du sommeil et autres comorbidités

Yosunkaya, S, et al. Effects of smoking on patients with obstructive sleep apnea syndrome. Clin. Respir. J. 2021, 15, 147–153.

Nuñez, A., et al. Smoke at night and sleep worse? The associations between cigarette smoking with insomnia severity and sleep duration. Sleep Health 2021, 7, 177–182.

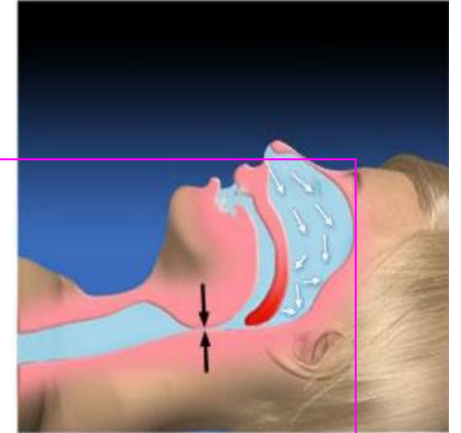
Grigoriou, I, et al. Smoking-Induced Disturbed Sleep. A Distinct Sleep-Related Disorder Pattern? Healthcare 2023, 11, 205.

Provini, F, et al. Sleep-related smoking syndrome. Sleep Med. 2008, 9, 903–905. [

Frosztega, W, et al. Polysomnographic Assessment of Effects of Tobacco Smoking ... on Sleep Bruxism. Intensity. J. Clin. Med. 2022, 11, 7453.

TABAGISME ET SYNDROME D'APNÉES-HYPOPNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL (SAHOS)

APNÉE DU SOMMEIL
OBSTRUCTIVE



- **Prévalence** : 4 à 10 % des adultes.
Fréquence accrue avec l'âge, le surpoids et chez les hommes.
- **Symptômes**
 - **Nocturnes** : ronflements, pauses respiratoires, suffocations.
 - **Diurnes** : somnolence, asthénie persistante, troubles de l'attention.
- **Diagnostic** polygraphie ventilatoire ou **polysomnographie** .
 - **Index d'Apnée Hypopnée (IAH)** : sévérité du SAHOS selon l'Index d'Apnée Hypopnée (nb IAH/h) **Traitement : PPC = traitement de référence si IAH > 30.**
 - Orthèse d'avancée mandibulaire pour formes légères/modérées.
 - Mesures hygiéno-diététiques (poids, alcool,...) .

Where There Is Smoke... There Is Sleep Apnea

Vidya Krishnan, MD, MHS; Sherrie Dixon-Williams, MD, MHS; and J. Daryl Thornton, MD, MPH, FCCP

CHEST 2014; 146(6):1673-1680



Tabagisme et ↗ de la prévalence du SAHOS ? **NON**

■ Rares études positives :

- Chez des anciens et actuels fumeurs de sexe masculin : **risque modérément et fortement accru de SAHOS.**
- Chez des fumeurs / non-fumeurs : **SAHOS plus fréquent.**

■ Nombreuses études & méta-analyse négatives :

- **Le tabagisme n'aggrave pas la prévalence du SAHOS**, après ajustement des facteurs de confusion : âge, le sexe, IMC et consommation d'alcool.
- **Méta-analyse** de Taveira : 14 études N= 5264
Le tabagisme n'entraîne pas d'augmentation de la prévalence du SAHOS.
En revanche, l'alcool majore la prévalence du SAHOS : **OR 1.33** (1.10-1.62).

Jang, Y.S, et al. Sci. Rep. 2023, 13, 9085

Zhang, Q et al. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2007, 28, 841–843

Wetter, D.W, et al. Arch. Intern. Med. 1994, 154, 2219–2224.

Kashyap, R, et al. Sleep Breath. 2001, 5, 167–172.

Taveira, K et al. J. of oral rehabilitation 2018; 45(11): 890–902.

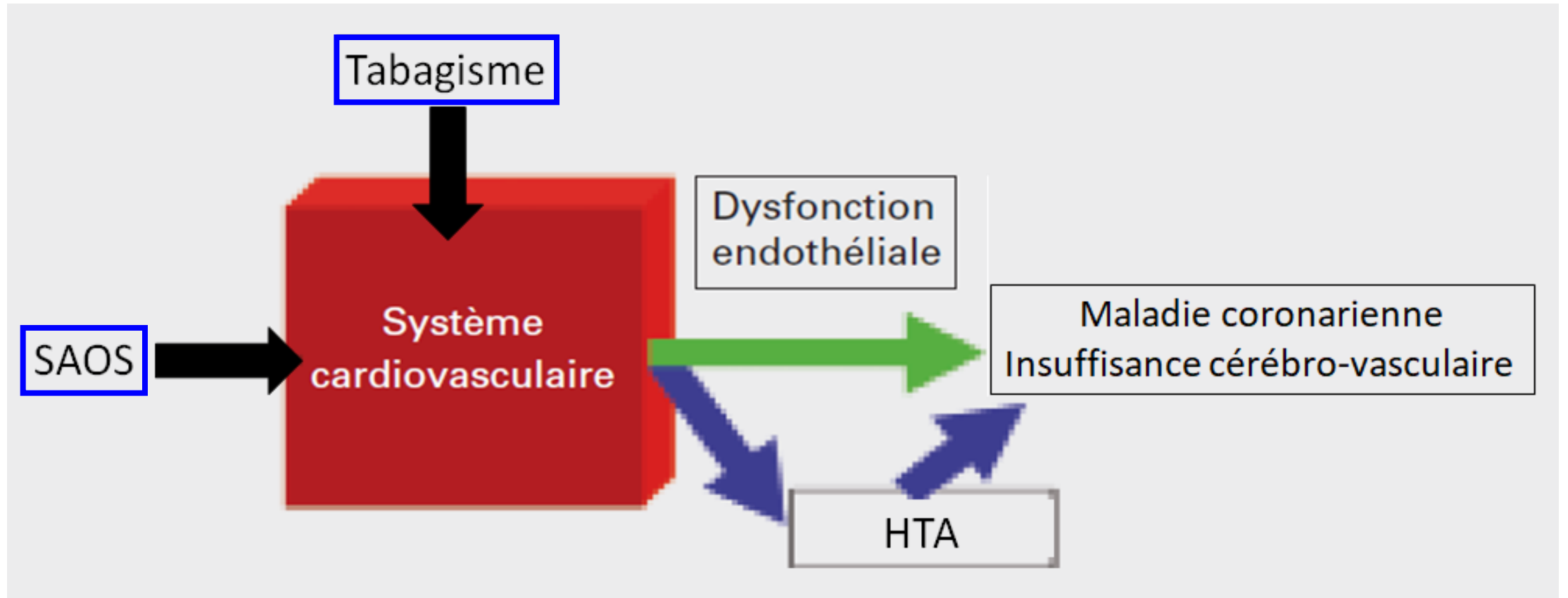
Tabagisme et ↗ de la sévérité du SAHOS ? **OUI**



Les fumeurs actuels / non-fumeurs :

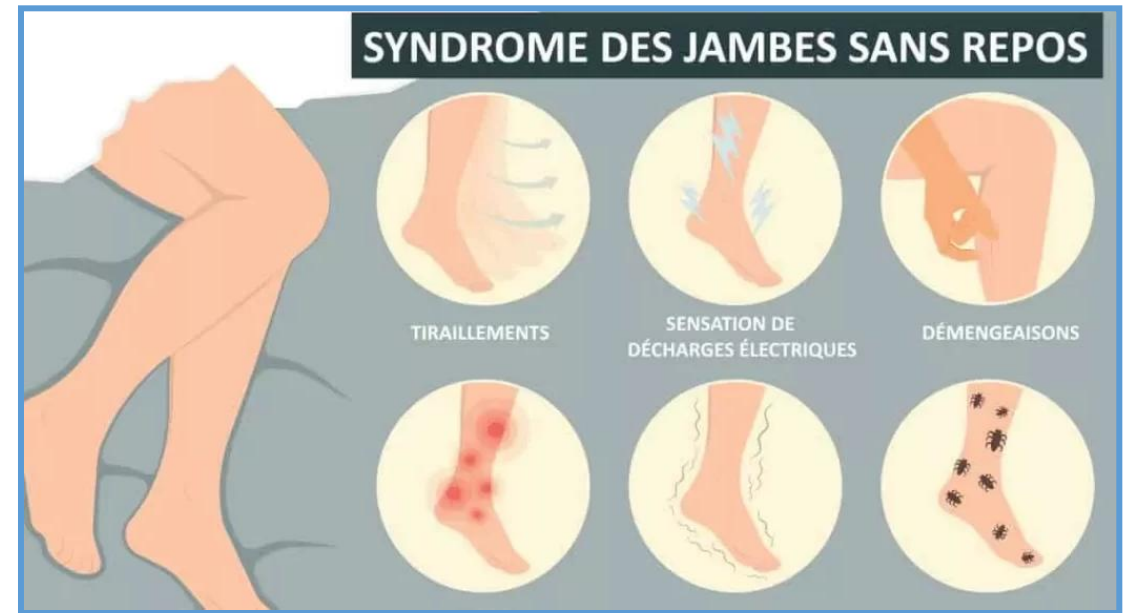
- Présentent un **SAHOS plus précoce** que les non-fumeurs
- Présentent un **SAHOS plus sévère** (majorité des études) :
 - IAH plus sévère
 - Désaturation en oxygène plus marquée
 - Durée moyenne des apnées plus marquée
- **Fumeurs qui présentent un SAHOS ont plus souvent des comorbidités** CV, métaboliques, respiratoires et gastro-intestinales / non-fumeurs

SAHOS + Tabagisme : conséquences sur le système cardiovasculaire



TABAGISME ET SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS (SJSR)

- **Besoin irrésistible de bouger les jambes**, surtout le soir ou au repos, avec des sensations comme des picotements /brûlures...perturbe l'endormissement et fragmente le sommeil.
- **Lien avec l'apnée du sommeil**
 - Les 2 troubles peuvent coexister.
 - Leur association contribue à un sommeil non réparateur
- **SJSR aggravé par le tabagisme** pour Jaehne et Kaneita Mais pas pour Lavigne



Jaehne, A., et al. Sleep Med. 2012, 13, 1286–1292.

Kaneita, Y, et al. Prev. Med. 2005, 41, 877–882.

Lavigne, GL, et al. Sleep 1997, 20, 290–293.

AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL AGGRAVÉS PAR LE TABAGISME

MAJORATION DE L'INSOMNIE

- **Le tabagisme** s'associe à
 - une augmentation du temps d'endormissement,
 - des difficultés de maintien du sommeil,
 - une durée de sommeil plus courte
 - un réveil matinal plus précoce.
- **Le tabagisme nocturne** significativement associé
 - à une insomnie plus importante
 - à une durée de sommeil encore plus courte.



■ Tabagisme et parasomnie :

❖ **Le comportement tabagique compulsif lié au sommeil**

ou « Nocturnal sleep- disturbing nicotine craving », besoin impérieux de fumer, lié à la $\searrow$ nicotémie pendant le sommeil ► réveil du sujet qui fume puis se rendort.

❖ **Somniloquie et mouvements anormaux**, plus fréquents chez les fumeurs / non-fumeurs.

■ Tabagisme aggrave le bruxisme*.

❖ Sans amélioration du bruxisme après sevrage tabagique.



Rieder A. et al. Acta Med Austriaca 2001 ; 28 : 21-2.

Kazi, S.E, et al. Sleepwalking, sleep-related eating disorder and sleep-related smoking ... Sleep Sci. 2022, 15, 370–373.

Grigoriou, I, et al. Smoking-Induced Disturbed Sleep. A Distinct Sleep-Related Disorder Pattern? Healthcare 2023, 11, 205

Lavigne, G.L, et al. Cigarette smoking as a risk factor or an exacerbating factor for restless legs syndrome and sleep bruxism. Sleep 1997, 20, 290–293

Ahlberg, J, et al. J. Oral Rehabil. 2024, 51, 117–118.

SOMMEIL DE MAUVAISE QUALITÉ CHEZ LE FUMEUR ET AFFECTIONS MÉDICALES

Obésité.

Maladies métaboliques et Cardiovasculaires.

Maladies pulmonaires.

Maladies gynéco-obstétricales et Infantiles.

Système nerveux et Troubles de l'humeur (dépression).



ALIMENTATION ET OBÉSITÉ (1)

■ La privation de sommeil

► Mauvaises décisions sur l'alimentation, avec ↗ des **aliments riches en calories**.

■ Prise de poids à l'arrêt du tabac :

► **Explications connues**
(nicotine, métabolisme de base...)

► Mais troubles du sommeil + troubles **alimentaires induits explicatifs**

The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain

Stephanie M. Greer¹, Andrea N. Goldstein¹ & Matthew P. Walker^{1,2} Nat Commun 2013;4:2259.

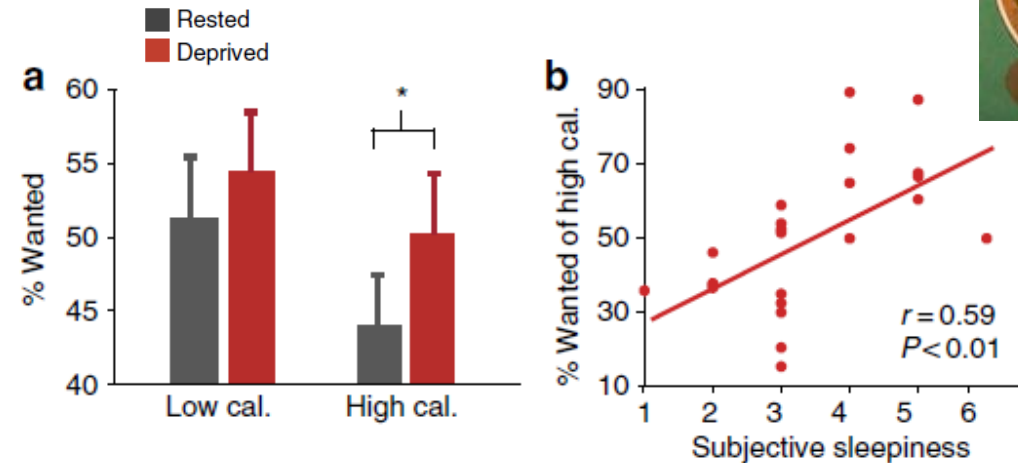


Figure 3 | Behavioural consequences of sleep deprivation on food desirability. Be

→ sleep loss may lead to the development and/or maintenance of obesity through the selection of foods carrying obesogenic (weight-gain) potential



ALIMENTATION ET OBÉSITÉ (2)

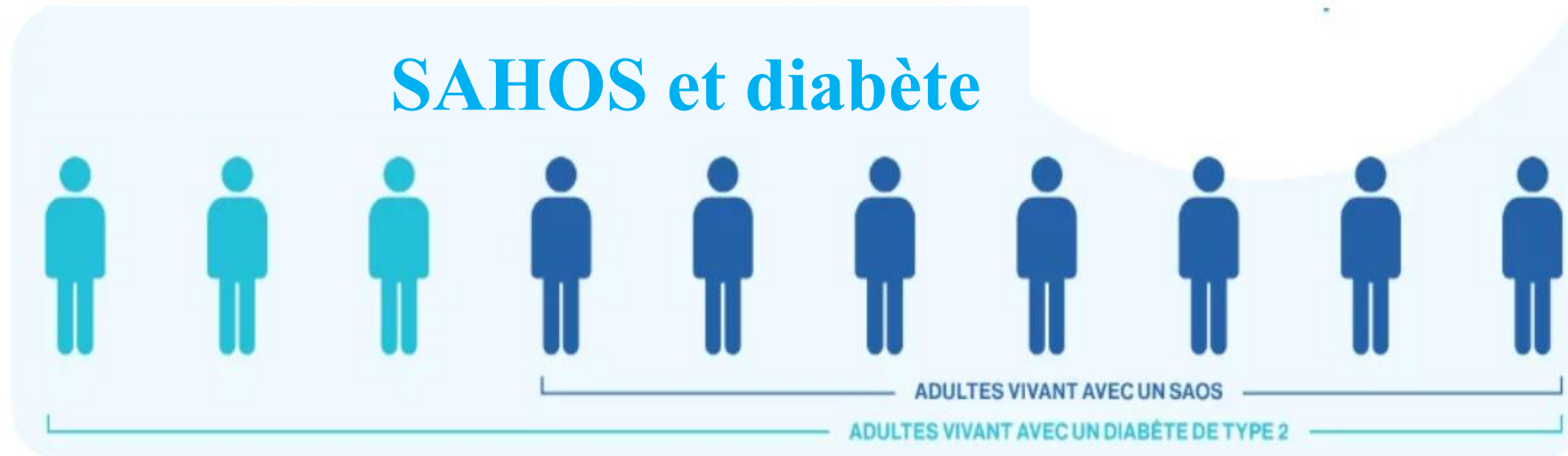
- Même si le poids des fumeurs est plus faible
- Le tabagisme majore l'obésité abdominale
= facteur de risque CV majeur.
- Au moment du sevrage : risque de prise de poids
(troubles du sommeil danger augmenté !)
 - L'insomnie facteur d'obésité : balance appétit/satiété (oréxines, leptine, ghréline)
 - ↑ poids = risque accru de somnolence pathologique (avec ou sans SAHOS)
 - **Obésité** → somnolence → éveillants (café, coca, tabac) → insomnie → **Obésité**



MALADIES MÉTABOLIQUES ET CARDIOVASCULAIRES.

TABAGISME + SAHOS = une courte durée de sommeil aboutit l'augmentation des Risques métaboliques et CV :

- **Plus de maladies métaboliques** (résistance à l'insuline)



- **Plus de maladies CV** (HTA, coronaropathie, ...)

MALADIES PULMONAIRES

■ Asthme :

- Chez des enfants asthmatiques
 - ▶ augmente la consommation de VENTOLINE
 - ▶ perturbe la qualité du sommeil des enfants.
- Chez l'adulte si SAHOS présent ▶ mauvais contrôle de l'asthme, indépendamment du tabagisme.



- BPCO : SAHOS et BPCO associé à un tabagisme persistant l'inflammation des VA majorée (tabagisme), avec
 - ▶ Taux encore plus élevés de CO expiré
 - ▶ Taux encore plus faibles de NO exhalé
 - ▶ VEMS/CVF encore plus bas, exacerbations + fréquentes



MALADIES OBSTÉTRICALES ET INFANTILES

- **Facteur de risque de diabète gestationnel** indépendamment du statut tabagique.

- **Tabagisme chez les femmes enceintes**

➤ **Qualité de vie dans la grossesse** (endormissement, durée sommeil, réveil précoce).

Effets néfastes sur le sommeil des nourrissons

- Sommeil **moins bon**. ↗ éveils et mouvements corporels.
- **Risque de RGO** ↗ pendant le sommeil paradoxal.
- Risque de **mort subite nourrisson** ↗.



SOMMEIL ET SYSTÈME NERVEUX

Fumeurs actifs souffrant de troubles du sommeil

Mécanisme complexe et troubles divers

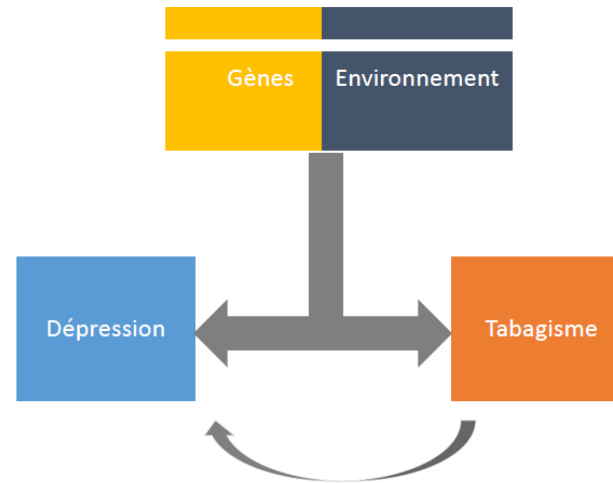
- ▶ **Nicotine éveillant**
- ▶ **Dopamine augmentée** (éveils, $\searrow$ REM sleep)
- ▶ **↑ marqueurs inflammatoires** (TNF- α , IL-1 β)
moins bonne qualité du sommeil.
- ▶ **Troubles cognitifs légers** (mémoire).



DÉPRESSION (1)

■ Tabagisme et dépression

Relation bidirectionnelle...



Chez les fumeurs sans dépression un sommeil de mauvaise qualité (réveils 2^{ème} partie de nuit, Fatigue le matin) **peut précéder l'apparition de la dépression.**

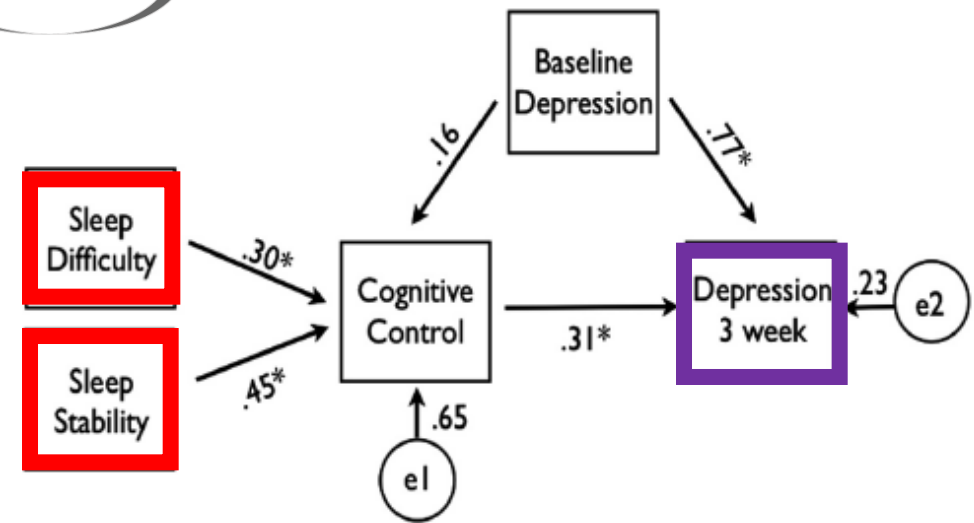


Fig. 2. Path analysis predicting change in depressive symptoms.

DÉPRESSION (2)

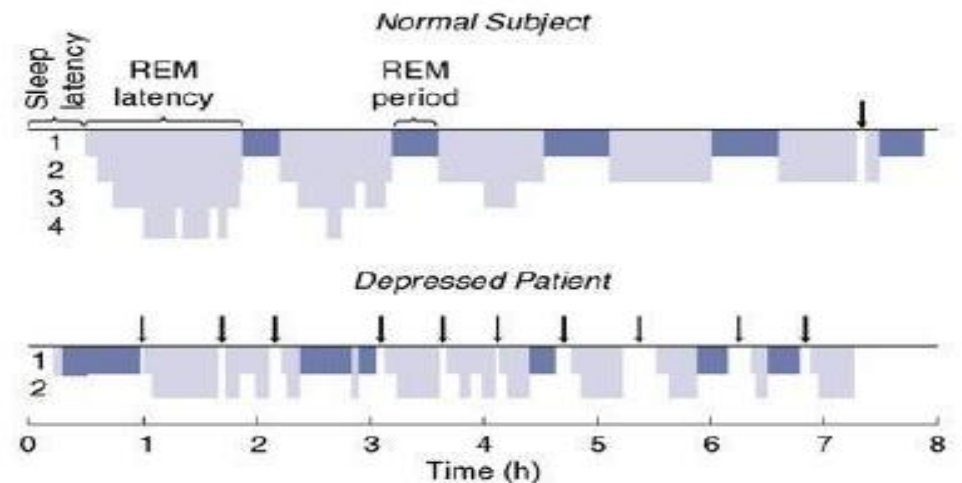
■ Identifier la dépression :

- Interrogatoire, clinique
- Antécédents personnels, familiaux
- Tests **HAD**, Hamilton, Beck...
- Avis spécialisé ?

■ Traitement :

- TCC
- Antidépresseurs : IRS, autres

Hypnogramme



Diminution de la latence du REM
Diminution du N3 ($\searrow$ récupération)
Augmentation de la densité du REM
Disparition du dernier cycle (réveil précoce)

SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET EFFETS SUR LE SOMMEIL

	Intoxication	Sevrage
Alcool	Aigue : augmentation du SL, diminution du SP Chronique : diminution du SL, augmentation du SP, fragmentation du sommeil de la 2ème moitié de nuit Aggravation SAS.	Augmentation du SP Fragmentation du sommeil
Caféine	Insomnie	Somnolence diurne (inconstante)
Cannabis	Aigue : réduction de la latence de sommeil, augmentation du SL, suppression du SP. Chronique : augmentation du SL	Insomnie, diminution du SL, augmentation du SP.
Opiacés	Aigue : somnolence diurne, réduction du SP Chronique : tolérance acquise Aggravation d'un SAS	Insomnie Jambes sans repos
Sédatifs, Hypnotiques, Anxiolytiques	Aigue : somnolence diurne Chronique : tolérance acquise Aggravation d'un SAS Parasomnies	Insomnie de rebond
Amphétamines et autres stimulants (dont Cocaïne)	Aigue : augmentation de la latence d'endormissement, fragmentation du sommeil, diminution du SP et du SL	Hypersomnie

Pourquoi parler de sommeil et de SPA ?
Isabelle Poirot

TRAITER L'ADDICTION AU TABAC **ET** LES TROUBLES DU SOMMEIL !

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES :

- **Evaluer la qualité du sommeil :**
un facteur important dans le **sevrage tabagique**.
 - **Durée satisfaisante du sommeil** positivement associée au **sevrage tabagique**.
 - **Insomnie** $\searrow$ **chances de réussite du sevrage tabagique**.
- **Si mauvaise qualité du sommeil durant le sevrage tabagique :**
 - Plus de symptômes de sevrage, et de craving.
 - Plus d'anxiété, de dépression
 - Intérêt des TCC.
- **Améliorer la qualité du sommeil** ► augmenterait les chances de réussite du ST.

Peltier MR, et al. . The influence of sleep quality on smoking cessation ... Addict. Behav. 2017, 66, 7–12.

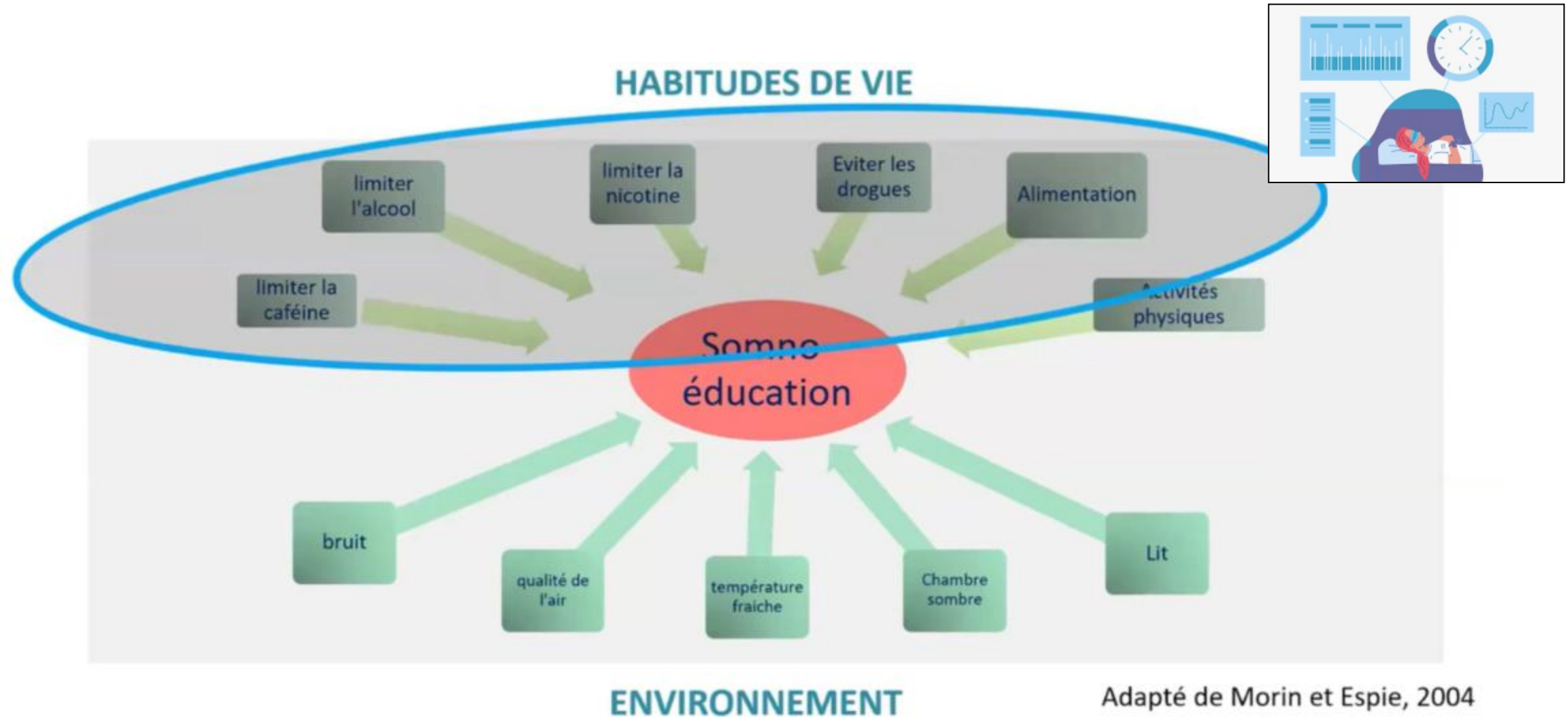
Rapp K, et al. Sleep duration and smoking cessation in student nurses. Addict. Behav. 2007, 32, 1505–1510.

Gibson M, et al. Evidence for Genetic Correlations ... Effects between Smoking and Sleep Behaviors. Nicotine Tob. Res. 2019, 21, 731–738.

Hahad O, et al. The association of smoking and smoking cessation with ...depression, anxiety, and sleep disturbanceJ. Affect. Disord. 2022.

Nair US, et al. Baseline sleep quality is a significant predictor of quit-day smoking self-efficacy... J. Health Psychol. 2019, 24, 1484–1493.

EN PREMIER LIEU : SOMNO-ÉDUCATION.

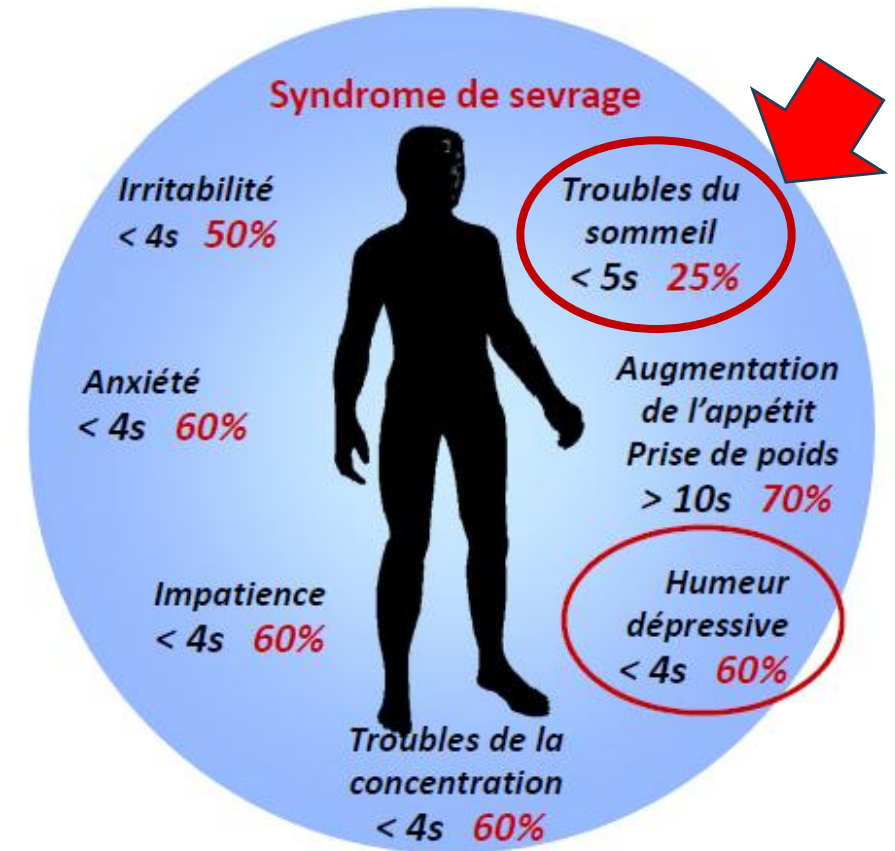


En pratique

- **Reformuler ce que dit le patient** à propos de ses connaissances / croyances sur le sommeil.
- **Les troubles du sommeil sont des troubles du rythme veille/sommeil**
considérer la veille qui le précède et le suit
- **Le sommeil se traite durant la journée**
 - Techniques de relaxation
 - Routine, rituel le soir
- **Hygiène du sommeil :**
 - Heures régulières coucher/lever
 - Pièce sombre, fraîche 16-18°, et calme
 - Repas légers le soir,
 - Lumière bleue des écrans à éviter.
- **Exercice physique :**
 - Activité physique suffisante pendant la journée ; effet sur le craving
 - Au moins 3 H avant l'endormissement
- **Réduire sa consommation de caféine :**
 - Arrêter de fumer peut modifier le métabolisme la caféine, majorée.
 - Diminuer le café, éviter prise plusieurs heures avant le coucher.
- **Réduire sa consommation d'alcool (et SPA).**

TROUBLES DU SOMMEIL AU MOMENT DU SEVRAGE

- **Sans aides, au moment du sevrage :**
 - . des troubles relèvent du **syndrome de sevrage**
 - . > 40% des fumeurs se plaignent d'insomnie
 - . Troubles du sommeil préexistants ↗ lors du sevrage
- **Présents dès les 1ers jours du sevrage,** durent au maximum quelques semaines
- **Avec les médicaments validés du ST :**
aggravation possible des troubles du sommeil
TSN, bupropion, varénicline



Sleep Disturbance During Smoking Cessation:
Withdrawal or Side Effect of Treatment?

Rebecca L. Ashare,¹ Caryn Lerman,² Rachel F. Tyndale,^{3,4} Larry W. Hawk,⁵ Tony P. George,³
Paul Cinciripini,⁶ and Robert A. Schnoll²

Journal of Smoking Cessation. 2017;12:63–70.

Mc Ewen A, Hajek P, Mc Robbie H, West R.
Manual of smoking Cessation.
Blackwell publishing, 2007.

TSN ET TROUBLES DU SOMMEIL.

- Chez 20 à 30% des fumeurs (tous les TSN?)
- Ils débutent souvent le jour de l'utilisation :



Table I. Number (%) of participants reporting application site reactions, sleep problems or musculoskeletal pain^a

Adverse experience category	Total	Mild	Moderate	Severe	Unknown severity	Permanent treatment discontinuation	Temporary treatment interruption ^b
<u>Any sleep problem</u>	669 (48.1)	386 (27.7)	222 (16.0)	61 (4.4)	0 (0)	20 (1.6)	232 (16.7)
<u>dreaming</u>	414 (29.7)	253 (18.2)	127 (9.1)	34 (2.4)	0 (0)	9 (0.6)	105 (7.5)
other sleep disturbance	447 (32.1)	267 (19.2)	148 (10.6)	32 (2.3)	0 (0)	15 (1.1)	182 (13.1)

- **Sommeil perturbé, rêves** (rêves « éveillés »), **somnolence diurne.**
- **Insomnie** : plus grande difficulté à l’arrêt, risque plus fréquent de rechute.
- **Mais TSN** : pas de déficit cognitif le lendemain et contrôle du craving au lever.

Gourlay SG, Predictors and timing of adverse experiences during transdermal nicotine therapy. Drug Saf. 1999;20(6):545–555.
Davila DG. et al. Am J Respir Crit Care Med 1994 ; 150 : 469-74.
Salin-Pascual RJ. et al. Neuroreport 1998 ; 9 : 57-60.
Aubin HJ, et al. Nicotine Tob Res 2006;8(2):193-201.

BUPROPION ET TROUBLES DU SOMMEIL

- Présents chez 4–21% des fumeurs :

Insomnie fréquente et rêves anormaux : 40%

- Un cas de somnambulisme

amnésie constante

- Plus de troubles du sommeil :

- Avec bupropion / placebo $p < 0.001$
- Avec bupropion / varenicline $p = 0.003$

- Pas d'augmentation significative des troubles du sommeil sous bupropion ?

ADVERSE EVENT	PLACEBO (N=159)	NICOTINE PATCH (N=243)	BUPROPION (N=243)	BUPROPION AND NICOTINE PATCH (N=244)
			percent	
Anxiety	6.3	6.6	8.6	10.3
Dizziness	6.3	3.3	10.7	8.2
Dream abnormalities	2.5	18.1†	4.5	13.5†
Dry mouth	4.4	4.1	10.7†	9.0
Influenza-like syndrome	10.7	7.4	8.6	7.8
Headache	32.7	28.4	25.9	26.6
Infection	15.7	14.8	14.8	15.2
Insomnia	19.5	30.0†	42.4†	47.5†

Jorenby DE, A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med. 1999;340(9):685–691.

Khazaal Y. et al. Addict Biol 2003 ; 8 : 359-62.

West R,. Psychopharmacology (Berl). 2008;197(3):371–377.

Shiffman S,. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. Psychopharmacology (Berl). 2000;148(1):33–40.

VARÉNICLINE ET TROUBLES DU SOMMEIL.

■ Fréquents troubles du sommeil (20 - 30%)

insomnie (sommeil moins dense).

Sentiment de rêver **tout éveillé**,
MOINS fréquent si forte dépendance
et/ou consommation...

■ Utilisateurs de varénicline

- 39–46% des difficultés à dormir
- 56–68% modification des rêves
- Premier mois de traitement

■ Peu d'effet sur l'architecture du sommeil chez les patients SAHOS ?

Symptom [†]	Probable Depression History [*]		Adjusted Regression [†]	
	% DH+ (n=542)	% DH– (n=421)	P [§]	OR (95% CI)
Nausea [¶]	61.6	53.3	0.13	1.24 (0.94–1.65)
Retching [¶]	11.7	7.6	0.17	1.39 (0.86–2.23)
Vomiting [¶]	12.0	7.4	0.12	1.47 (0.91–2.36)
Gas [¶]	57.8	53.0	0.57	1.08 (0.82–1.43)
Dysgeusia [¶]	49.5	43.7	0.22	1.19 (0.90–1.56)
Change in appetite ^{¶ #}	49.0	46.7	0.96	0.99 (0.75–1.31)
Change in dreaming [¶]	58.0	56.0	0.57	1.08 (0.82–1.43)
Difficulty sleeping [¶]	46.4	39.3	0.50	1.10 (0.83–1.46)

Troubles du sommeil	TNS (patches + gommes) N = 28	Varénicline N = 35
Insomnie	7,1 %	8,6 %
Rêves anormaux	7,1 %	17,1 %

Ferketich AK. et al. Nicotine Tob Res 2013 ; 15 : 247-54.

McClure JB, Mood, side-effects and smoking outcomes among persons ... taking varenicline. J Gen Intern Med. 2009;24(5):563–569.

Pataka A, et al. Varenicline administration for smoking cessation may reduce apnea hypopnea index in sleep apnea. Sleep Med. 2021, 88, 87–89

SI TROUBLES DU SOMMEIL : ADAPTER LES POSOLOGIES ?

TSN Si surdosage :

. Pas de syndrome de sevrage et réveil en forme.

Hyperactivité → ajuster les doses (↘ doses ?)

- Eviter le patch au coucher ou l'enlever et voir
- Eviter la nicotine 1h30 avant l'endormissement
- Passer d'un patch 24 h à 16 h (patch 24 h : moins de micro-éveils la nuit ?)

Si sous-dosage

. Craving et fatigue au réveil.

Insomnie, anxiété d'endormissement (↗ doses ?)

Varénicline

- . Prendre le cp du soir plus tôt à 16 h
- . Ajuster les doses : 0,5 mg le soir
- . Arrêt du traitement (rare ++)

Bupropion (attitude idem)

INSOMNIE PERSISTANTE : PROPOSER LES TTC (1)

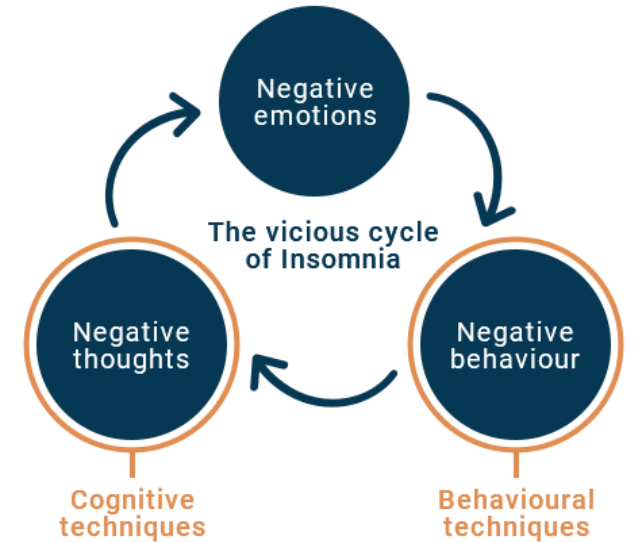
- **Contrôle du stimulus :**

- . Sentir les signaux de somnolence, rituel.
- . Si insomnie persistante, se lever pour activité relaxante, se recoucher quand la somnolence réapparaît...,
- . Se coucher et se lever à la même heure tous les jours.
- . Faire des siestes courtes (mini-sleep ≤ 20 mn).

- **Associés à un traitement cognitif**

travail sur les croyances et attitudes erronées.

- **Techniques de respiration, relaxation, mindfulness...**



EN CAS D'INSOMNIE PERSISTANTE : PHARMACOTHÉRAPIES (2)

Aucun médicament capable de rétablir le sommeil physiologique

Anti-histaminiques (hydroxyzine)

Benzodiazépines (BZD) : proposées par la FDA

Prescription pour une durée limitée (Zopiclone) : insomnie opiniâtre , échec TCC.

- **Effet moindre chez les fumeurs** (interférence avec les bêta-carbolines)
- **Risque de dépendance +++**
- **Imparfait** : ↗ N2, ↘ N3 ► sommeil peu réparateur + effet amnésiant ► somnolence diurne ↗ risque de reprise du tabac (éveillant) ► reprise de BZD (cercle vicieux)

Mélatonine à libération prolongée 2 mg.

« Monothérapie, pour traitement à court terme de l'insomnie laire caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité chez des patients > 55 ans ».

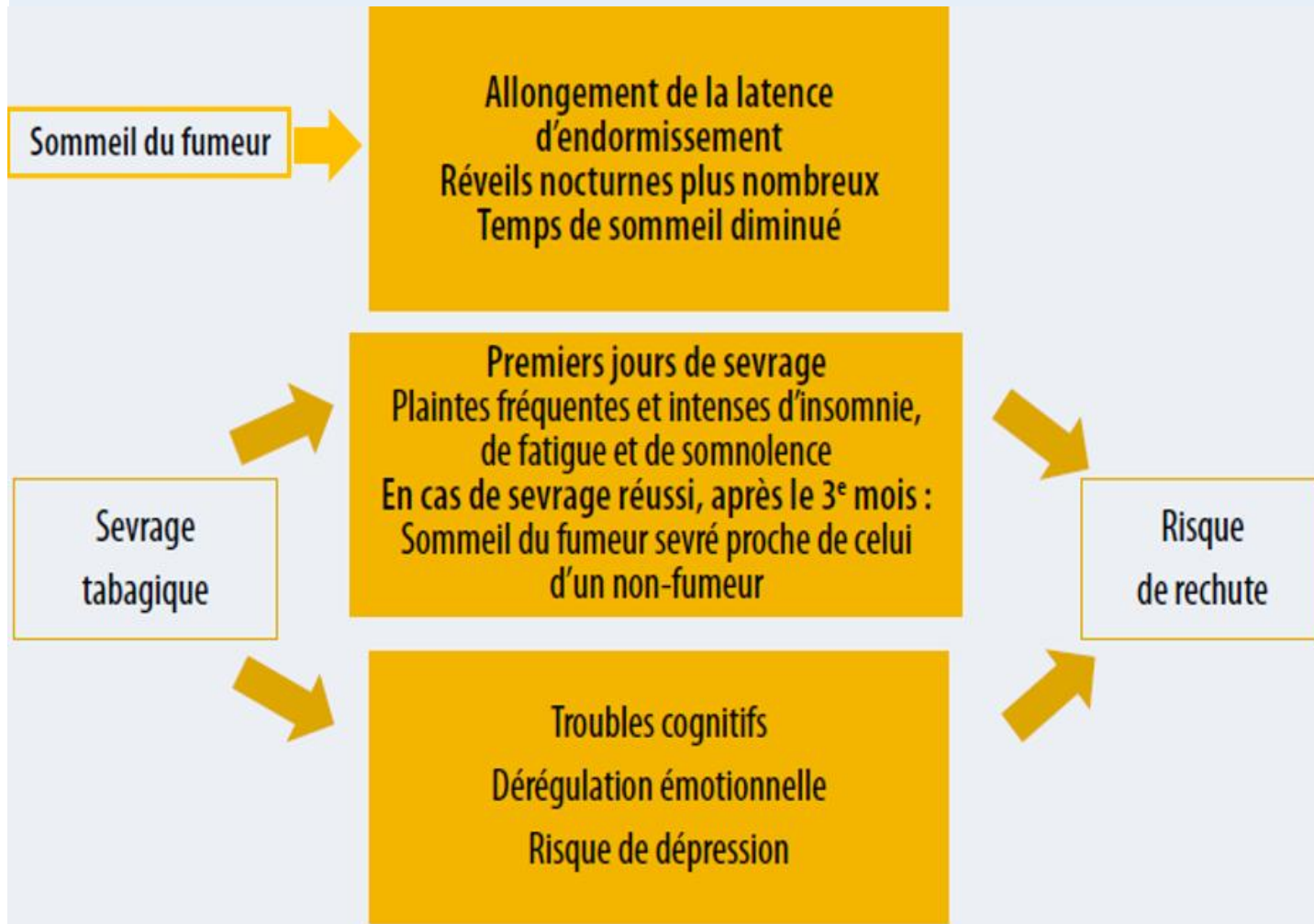
Antidépresseurs (aminotryptiline, mirtazapine, paroxétine).

Laudon M, Therapeutic effects of melatonin receptor agonists on sleep and comorbid disorders. Int J Mol Sci. 2014;15(9):15924–15950.

Kohsaka M, et al. Efficacy and tolerability of ramelteon in a double-blind, placebo-controlled, crossover study in Japanese patients with chronic primary insomnia.

Expert Rev Neurother. 2011;11(10):1389–1397.

Tabagisme, sevrage tabagique et troubles du sommeil



Prise en charge des troubles

1 - Identifier et évaluer le trouble

(I ou II, nature, intensité, étiologie)

2 - Prise en charge.

. **Expliquer** (fréquents et temporaires)

. **Propositions thérapeutiques:**

A. Somno-éducation.

B. Contrôler le syndrome de sevrage et évoquer trouble anxio-dépressif ou usage d'autres SPA).

C. Rôle des médicaments du sevrage. (adaptation posologique + évaluation).

D. Insomnie persistante

. TCC et relaxation.

. Pharmacothérapie (2^{ème} intention)

E. Avis spécialisé si besoin.

3 - Assurer un suivi

CONCLUSION

- . **Les troubles du sommeil sont fréquents** (déficit du diagnostic).
- . **Le tabagisme modifie la qualité et l'architecture du sommeil.**
- . **Le tabagisme provoque :**
 - **L'aggravation du SAHOS.**
 - Des troubles du sommeil (TS) : insomnie, parasomnies, bruxisme.
- . **Un sommeil de mauvaise qualité, associé au tabagisme :**
 - Effets somatiques et psychologiques divers.
 - Réduit les chances de sevrage tabagique.
 - **Prise en charge des TS lors sevrage tabagique.**
- . **Le sommeil se normalise à distance d'un sevrage réussi.**

Remerciements à : G. Brousse - Clermont-Ferrand.
P. Arvers - Grenoble.

