



Tabac et poids en pratique

Docteur Pascale Hugonnier
Médecin Tabacologue

Plan

- Frein à l'arrêt, cause de rechute
- Rappel sur le poids: IMC, RTH, PA, les 3 poids
- Grossit-on à l'arrêt du tabac? les études
- Pourquoi grossit-on? rôle de la nicotine
- Quelle est l'alimentation du fumeur
- Quelle est l'activité physique du fumeur?
- Peut-on éviter la prise de poids?
- TCA à l'arrêt du tabac
- Cas cliniques

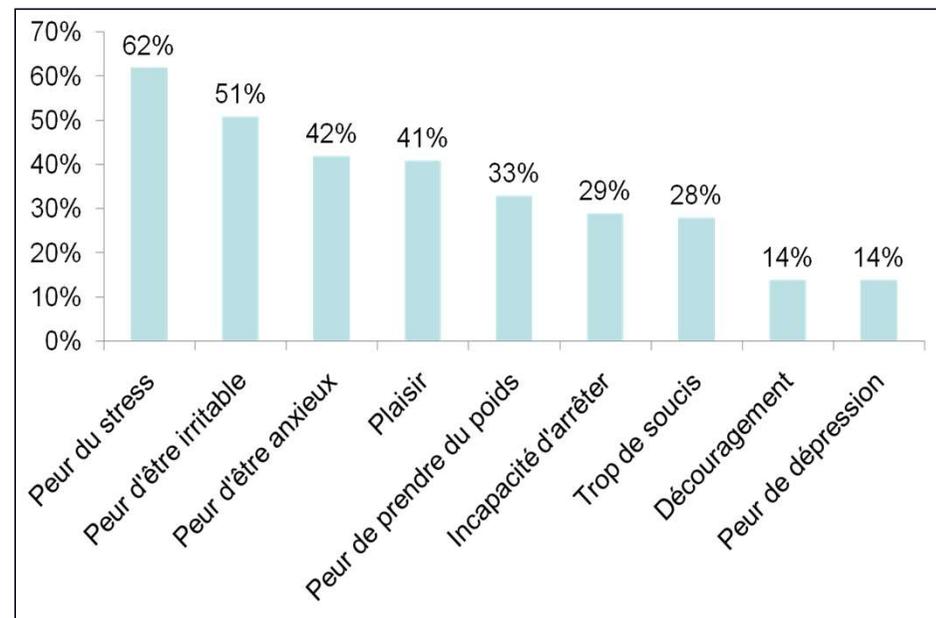
Tabac et poids

- **Le tabagisme est un problème majeur de santé publique**
- **La tabac est une bombe à retardement: si les conséquences désastreuses liées au tabac sont tardives, la prise de poids fait partie des inconvénients immédiats à l'arrêt**
- **La prise de poids est régulièrement évoquée et redoutée par le patient**
- **Elle ne doit pas être négligée par le soignant**

Tabac et poids: historique

- Pour les indiens d'Amérique, le tabac avait comme vertu de calmer la faim
- En 1885, on note dans le dictionnaire des sciences médicales: « un homme fumant en abondance présente une anorexie extrême; à l'arrêt du tabac, il présente une véritable boulimie tellement l'appétit est relevé »
- En 1925 les compagnies cigaretières utilisent l'image de la minceur dans leurs publicités

- La prise de poids au cours du sevrage tabagique est un frein à l'arrêt dans 1/3 des cas
- « je veux bien arrêter de fumer mais j'ai peur de grossir »
- Chez les adolescentes la cigarette est un moyen de contrôler le poids et peut être une porte d'entrée dans le tabagisme ou une justification de celui-ci



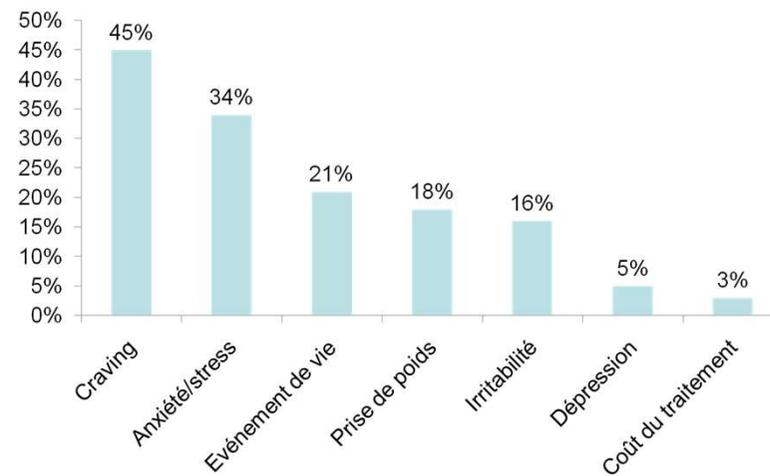
Cigarette électronique: E-liquides- les arômes

Chez les jeunes filles, façon de manger des bonbons sans prendre de poids



Prise de poids: cause de rechute

- o La prise de poids est une cause de rechute dans le tabagisme dans **18%** des cas



Prise de poids

- **L'augmentation de l'appétit fait partie du syndrome de manque**

Prise de poids: le vécu

- La prise de poids est particulièrement mal supportée par la femme préoccupée par son image corporelle
- En effet, la société occidentale cultive l' image de la minceur pour des raisons d'esthétisme en particulier chez la femme
- Il est important de prendre en compte le risque de prendre du poids pour optimiser le sevrage.



Image corporelle dans la société

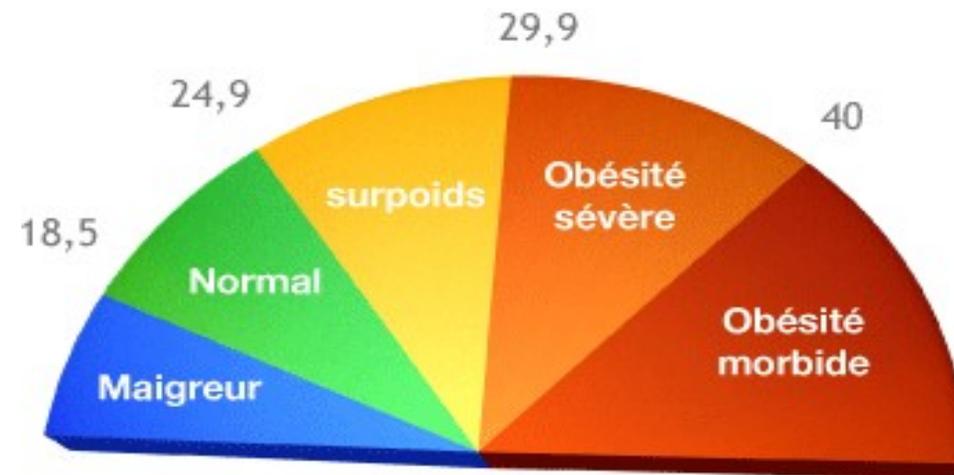


IMC

IMC: l'OMS donne une définition internationale de l'obésité et du surpoids chez l'adulte

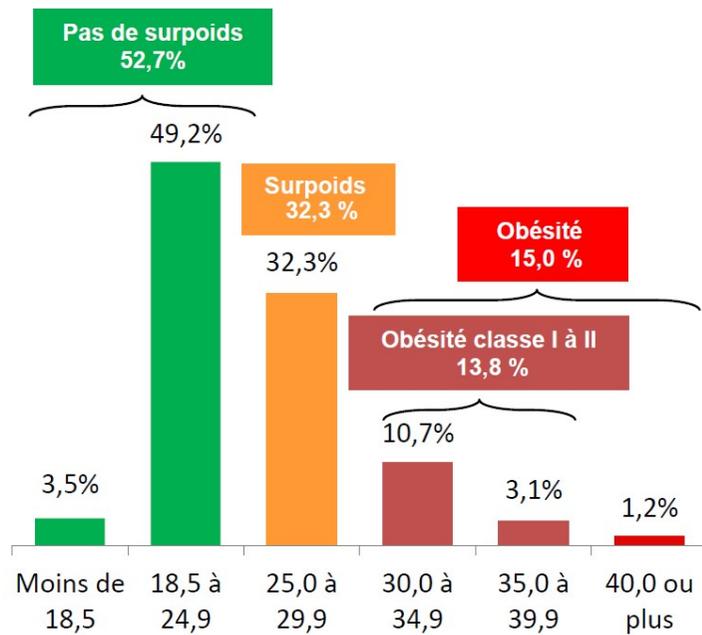
Le surpoids mesuré médicalement est une cause de morbidité et de mortalité plus élevée.

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en m)}}$$

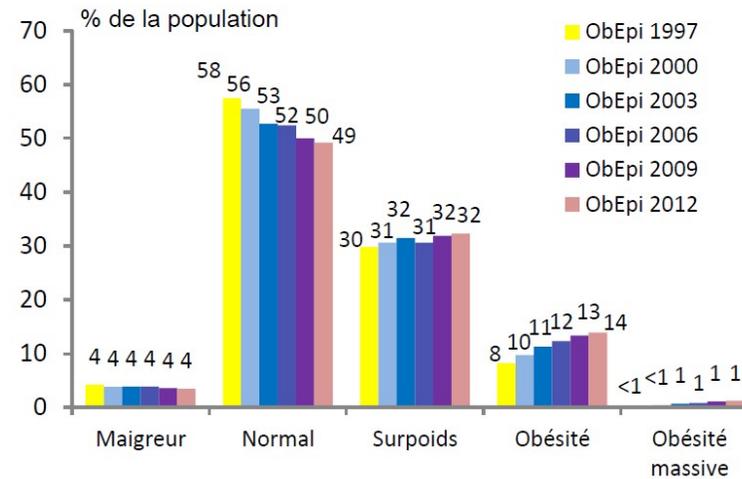


Indice de masse corporelle

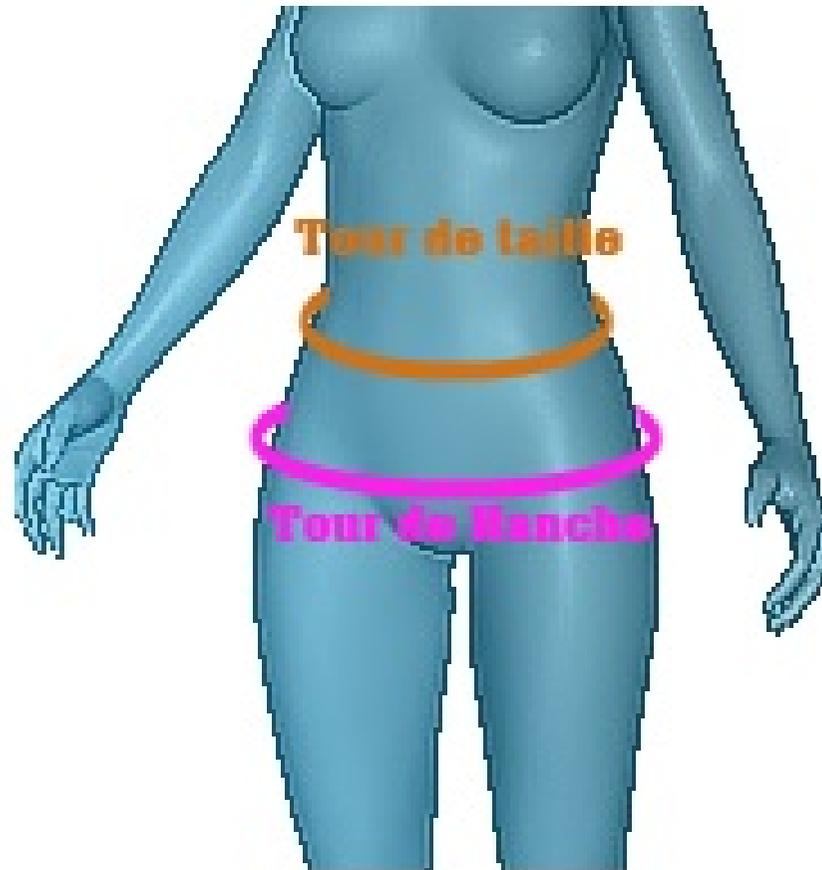
IMC des français en 2012



Evolution de l'IMC

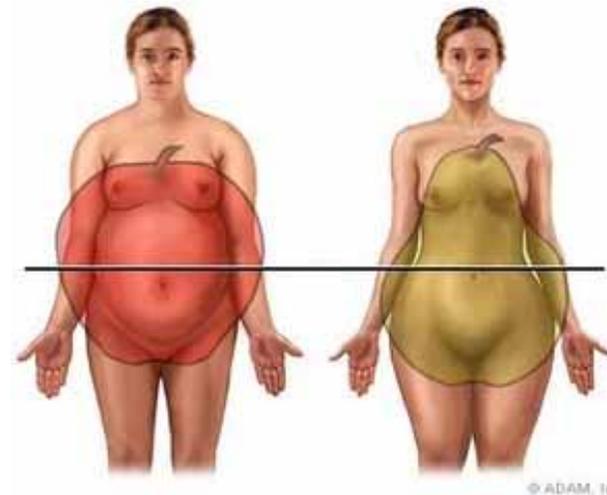


Tabac et poids: rapport tour de taille/tour de hanche



Tabac et poids: rapport tour de taille/tour de hanche

- Il définit la répartition des graisses: obésité androïde ou gynoïde
- Répartition androïde de la masse grasse sur le haut du corps avec obésité de type pomme: amas de graisse dans la zone du ventre(homme)
- Répartition gynoïde de la masse grasse sur le bas du corps avec obésité de type poire: amas de graisse sur les hanches(femme)



Tabac et poids: rapport tour de taille/tour de hanche

- Quand le rapport augmente, c'est à dire dans l'obésité androïde le risque de morbidité et de mortalité cardio-vasculaire augmente
- Risque si RTH supérieur à 0,85 chez la femme et supérieur à 1 chez l'homme

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Taille [cm]}}{\text{Hanche [cm]}}$$

Homme	Femme	Risque pour la santé basé sur le RTH
moins de 0.95	moins de 0.80	Faible risque
de 0.96 à 1.0	de 0.81 à 0.85	Risque modéré
supérieur à 1.0	supérieur à 0.85	Risque élevé

- Les fumeurs ont un IMC plus bas que les non fumeurs **mais** un tour de taille plus élevé et un tour de hanche plus faible donc augmentation de la graisse abdominale et une perte augmentée de la masse musculaire (à noter le risque IDMest plus liéé au rapport T/H que à l'IMC)

Akbartabartoori et al. Int J Obesity 2005; 29, 236–243)

Tabac et poids: le périmètre abdominal

Vous êtes une femme



Vous êtes un homme



Tabac et poids

Le fumeur a :

- o Un poids plus faible
- o Un IMC plus faible
- o Mais un **Périmètre Abdominal et Rapport Tour de taille/Hanche** augmentés: **morphologie androïde**
- o un **risque métabolique et cardiovasculaire augmenté**



Le poids génétique

- Le poids est déterminé par notre profil génétique pour 40 à 70%
- Nous ne maîtrisons pas notre poids
- Variation du poids au cours de la vie (entre 20 et 50 ans, on prend 10kg)
- Il existe des événements qui peuvent modifier l'histoire naturelle du poids: le tabac en est un



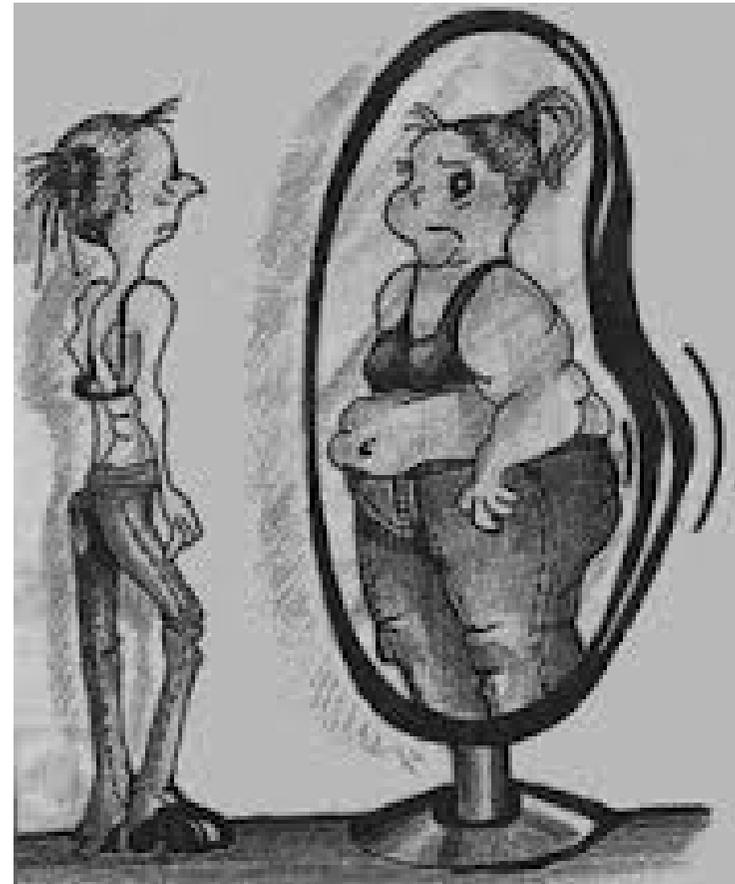
Le poids nutritionnel

- C'est le poids de l'erreur alimentaire, celui que l'on maîtrise
- Bilan entrées-sorties
- Enquête alimentaire: quantités ingérées, qualité, grignotages



Le poids psychique

- Il est **irrationnel**
- Poids où on se sent bien, **poids de forme**
- Si **décalage** entre **poids psychique** et **poids génétique** alors risque de TCA





Grossit-on à l'arrêt du tabac ?



Etude de Williamson

Etats-Unis, période de 10 ans, 9000 sujets, comparant fumeurs, ex fumeurs(un an d'arrêt) et non fumeurs.

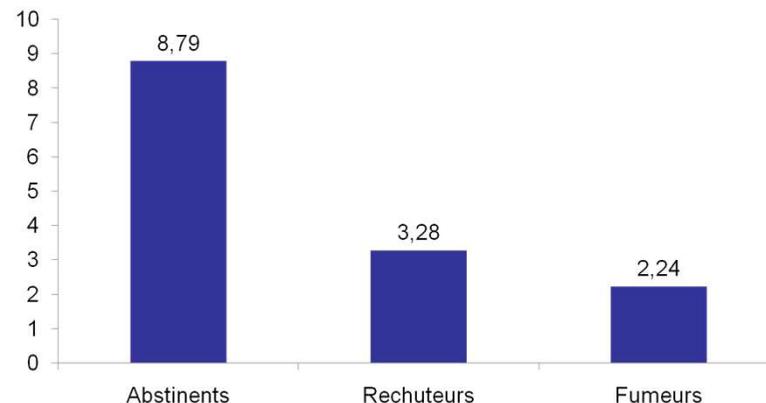
- Le fumeur a un poids inférieur à celui du non fumeur: il est donc en sous poids
- A l'arrêt du tabac, il va tendre à récupérer le poids qu'il aurait du avoir s'il n'avait jamais fumé
- Chez les fumeurs ayant interrompu leur tabagisme, la prise de poids moyenne est de 2,8kg chez l'homme, 3,8 kg chez la femme

Etude de Williamson

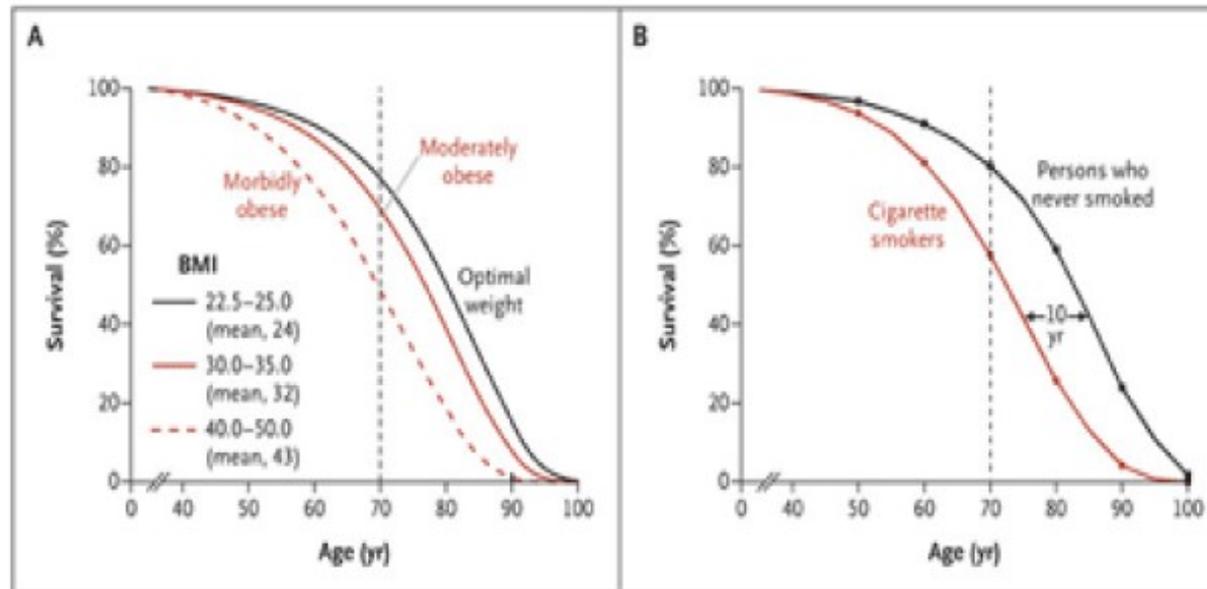
- La prise de poids est rapide en quelques mois (3 mois) maximale dans les deux ans qui suivent l'arrêt et s'atténue par la suite
- Il existe de grandes variations individuelles
1/3 ne prend pas de poids.
- Prise de poids + importante et + fréquente chez la femme, chez les sujets qui font des efforts pour rester minces.
 - d'autant + importante que la consommation de cigarettes est + grande

Méta- analyse 2012

- Revue de la littérature British medical journal
- Prise de poids à l'arrêt du tabac: 1kg à 1 mois, 2kg à 2 mois, 3kg à 3 mois, 4kg à 6 mois, 4,7 à 12 mois
- Prise de poids non systématique
- 13% prennent + de 10KG mais 16% perdent du poids
- SI IMC +++ au départ, prise de poids + +++



Tabagisme ou l'obésité: même réduction d'espérance de vie



Survie en fonction de l'indice de masse corporel (BMI)
chez les fumeurs et non-fumeurs

Peto R, Whitlock G, Jha P. Effects of obesity and smoking on U.S. life expectancy. N Engl J Med. 2010;362:855-856.

Pourquoi grossit-on?

rôle de la nicotine

FUMEUR

- la nicotine augmente les dépenses énergétiques: de base, postprandiales et à l'effort **10 calories/cig = 200cal/paquet**
- **Effet anorexigène**
- Diminution du stockage des graisses, augmentation de la masse maigre, **répartition androïde de la masse grasse**

EX FUMEUR

- Annulation de l'effet
- Augmentation de l'appétit
- Appétence pour le sucre
- **Répartition gynoïde de la masse grasse**

Pourquoi grossit-on? rôle de la nicotine

FUMEUR

- Augmentation de l'insulinorésistance et risque de diabète de type 2
- HDL cholestérol bas
- Maladies inflammatoires de l'intestin: effet protecteur dans la RCH, effet délétère dans la maladie de Crohn
- Accélération du transit

EX FUMEUR

- Risque d'hypoglycémie chez le diabétique à l'arrêt du tabac
- Risques de poussées de RCH
- Amélioration des symptômes dans le Crohn
- Constipation

Les effets du tabac sur le mécanisme de régulation des graisses

- **Le tabac augmente aussi les triglycérides, qui vont être absorbées lors de l'alimentation et stockées en réserve**
- **Chez les fumeurs, on retrouve**
 - **un taux de triglycérides plus élevé**
 - **un taux élevé d'acides gras**
 - **un taux réduit du HDL- cholestérol**

Les effets du tabac sur le périmètre abdominal

- Les fumeurs ont un poids moins élevé que les non-fumeurs
- Masse graisseuse abdominale plus élevée à cause des effets du tabac sur les mécanismes des graisses et l'accumulation de ces graisses au niveau abdominal
- Or, on sait que le risque cardio-vasculaire est autant lié, si ce n'est plus, à l'adiposité abdominale qu'à un IMC élevé

Au moment du sevrage

- **Suppression de l'activité sympathique** de la nicotine
- **Augmentation de la prise alimentaire**
- **Alors la reprise pondérale est possible**



Les habitudes alimentaires du fumeur

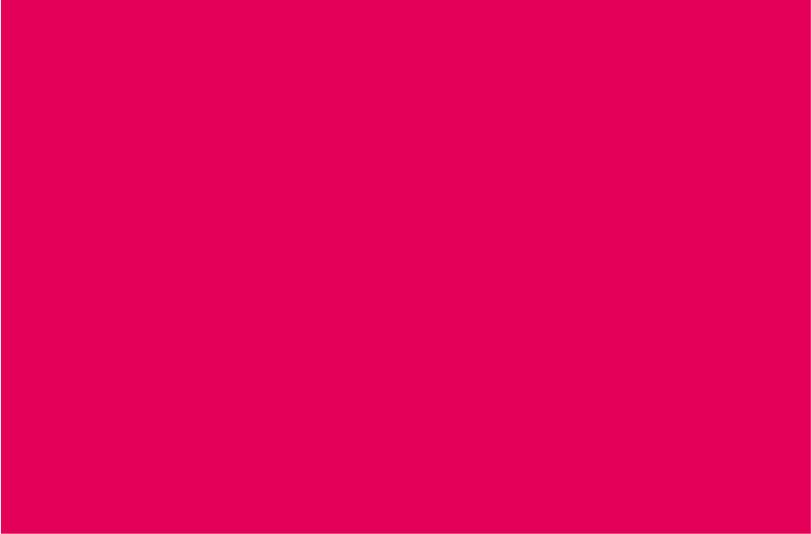
- le fumeur saute le petit déjeuner (café+cigarette)
- le repas du soir est souvent + important et + gras
- la cigarette met fin au repas
- consommation + importante de café et d'alcool qui "appellent la cigarette", d'où importance de diminuer ces produits à l'arrêt du tabac
- la fumée du tabac entraîne une diminution de la sensibilité olfactive et gustative: quasi anosmie
- alimentation +salée +épicée, alimentation + grasse car les graisses sont un exhausteur de goût
- moins de légumes et de fruits

- l'apport énergétique du fumeur est supérieur à celui du non fumeur.
- déséquilibre qualitatif avec prise de lipides et proportion d'acides gras saturés + importante
- carence en vitamine C, en fibres.

le fumeur a une alimentation déséquilibrée

Activité physique du fumeur

- Le fumeur est physiquement **moins actif** que le non fumeur
- Plus le fumeur avance dans son tabagisme, plus il devient **sédentaire**: en effet il **réduit son activité physique** du fait des **conséquences négatives** et en particulier **respiratoires** du tabagisme
- A l'arrêt du tabac, dès le premier mois de l'arrêt, il y a:
 - une **amélioration de la respiration**
 - une **meilleure adaptation à l'effort**,
 - une **meilleure récupération**
« il court + vite, + longtemps et récupère + vite »



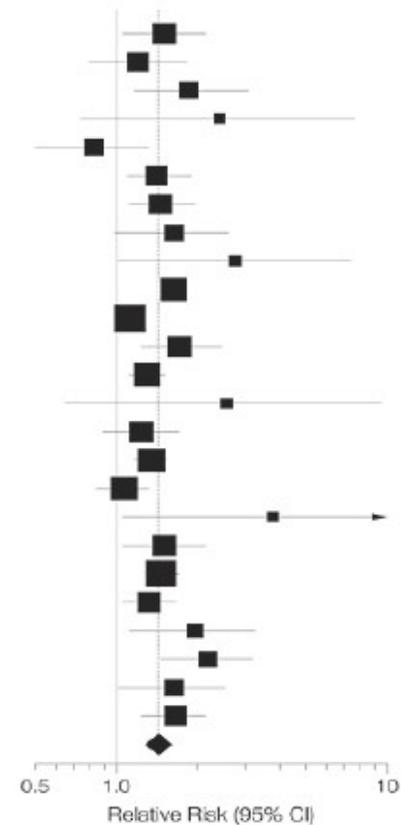
DIABETE ET TABAC

Diapos d'Ivan BERLIN

Adjusted Relative Risks of Diabetes for Current Smokers Compared With Nonsmokers

Méta-analyse 1

Source	Weight, % (Random Effects Model)	Relative Risk (95% CI)
Cassano et al, ³¹ 1992	3.88	1.50 (1.07-2.10)
Perry et al, ³² 1995	3.16	1.20 (0.80-1.80)
Rimm et al, ³³ 1995	2.59	1.88 (1.17-3.02)
Kawakami et al, ³⁴ 1997	0.62	2.38 (0.77-7.40)
Njølstad et al, ³⁵ 1998	2.69	0.82 (0.52-1.30)
Sugimori et al, ³⁶ 1998	4.97	1.42 (1.10-1.83)
Uchimoto et al, ³⁷ 1999	4.78	1.47 (1.13-1.92)
Strandberg et al, ³⁸ 2000	2.62	1.62 (1.01-2.59)
Nakanishi et al, ³⁹ 2000	0.84	2.74 (1.05-7.13)
Manson et al, ⁴⁰ 2000	7.42	1.63 (1.50-1.77)
Will et al, ⁴¹ 2001	7.69	1.13 (1.07-1.19)
Wannamethee et al, ⁴² 2001	3.91	1.74 (1.25-2.43)
Hu et al, ²⁷ 2001	6.92	1.30 (1.15-1.47)
Montgomery and Ekblom, ⁴³ 2002	0.46	2.47 (0.66-9.30)
Sawada et al, ⁴⁴ 2003	4.44	1.24 (0.93-1.66)
Sairenchi et al, ⁴⁵ 2004	6.80	1.35 (1.18-1.54)
Carlsson et al, ⁴⁶ 2004	5.71	1.06 (0.86-1.30)
Eliasson et al, ⁴⁷ 2004	0.53	3.74 (1.08-12.91)
Lysenko et al, ⁴⁸ 2005	3.88	1.50 (1.07-2.10)
Palja et al, ⁴⁹ 2005	6.85	1.46 (1.28-1.66)
Waki et al, ⁵⁰ 2005	5.58	1.31 (1.06-1.62)
Tenenbaum et al, ⁵¹ 2005	2.30	1.94 (1.16-3.25)
Foy et al, ⁵² 2005	3.52	2.15 (1.49-3.11)
Meisinger et al, ²⁹ 2006	2.90	1.62 (1.05-2.50)
Houston et al, ³³ 2006	4.94	1.65 (1.28-2.13)
Overall ($I^2 = 75.5\%$; $P < .001$ for Q statistic)	100.00	1.44 (1.31-1.58)



RR ajusté = 1.44 (95% CI, 1.31-1.58) = +44% de risque

Willi, C. et al. JAMA 2007;298:2654-2664.

Lien entre tabagisme actif et diabète

- Premier travail à avoir montré l'existence d'un sur risque de diabète en 2001 : l'étude WHS (Women Health Study) menée dans une cohorte de 40 000 professionnelles de santé aux États-Unis. Le risque de développer un DT2 chez les fumeuses comparativement aux non-fumeuses était augmenté de 15 %, avec un effet-dose proportionnel à l'exposition active.
- Ce lien ne concerne que le DT2, une étude ayant comparé durant 11 ans le taux d'incidence du diabète de type 1 et 2 chez des non-fumeurs, des fumeurs < 5 cigarettes/j et fumeurs > 5 cigarettes/j, n'a pas retrouvé de relation entre l'exposition au tabac et le DT1. En revanche, elle a une nouvelle fois conclu au lien entre tabagisme et diabète 2, avec un effet dose.
- Enfin, une méta-analyse de 25 études publiées sur le sujet(2), a estimé le risque relatif de diabète à 1,44 après ajustement sur l'hétérogénéité et les facteurs confondants.
- « Cette méta-analyse fait conclure que le risque de diabète 2 chez un fumeur actif est augmenté d'environ 40 %
- (2)C Willi, JAMA 2007;289 :2654-64

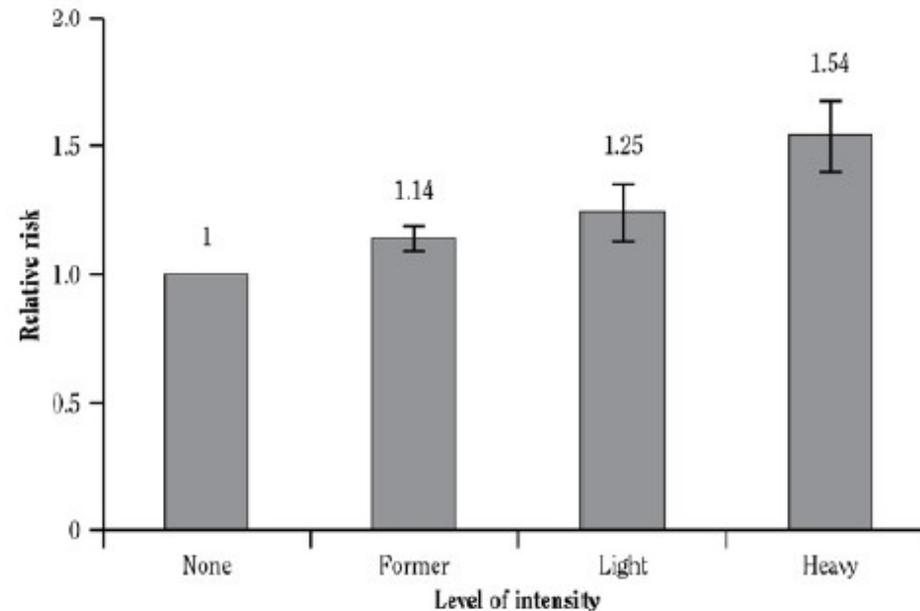
Méta-analyse 2

46 études, fumeurs actuels vs non fumeurs
RR = 1.37 (95% CI, 1.31–1.44) = + 37% de
risque

Ajustement sur

- âge,
- diète,
- facteurs génétiques,
- IMC,
- périmètre abdominal,
- sexe,
- ethnicité,
- exercice physique,
- consommation d'alcool,
- niveau d'éducation

Figure 10.3 Pooled relative risk of diabetes associated with various levels of smoking intensity



Risque dose-dépendant

<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>

Méta-analyse 3

Fumeur vs non-fumeur

RR=1.37 (1.33-1.42) = + 37 % de risque

Ex-fumeur vs jamais fumeur

RR=1.22 (1.10-1.35) = + 22 % de risque

Pan et al. 2015

Lancet Diabetes Endocrinol 2015;
3: 958-67

Association tabagisme passif et incidence d'intolérance au glucose (15 ans de suivi CARDIA study)

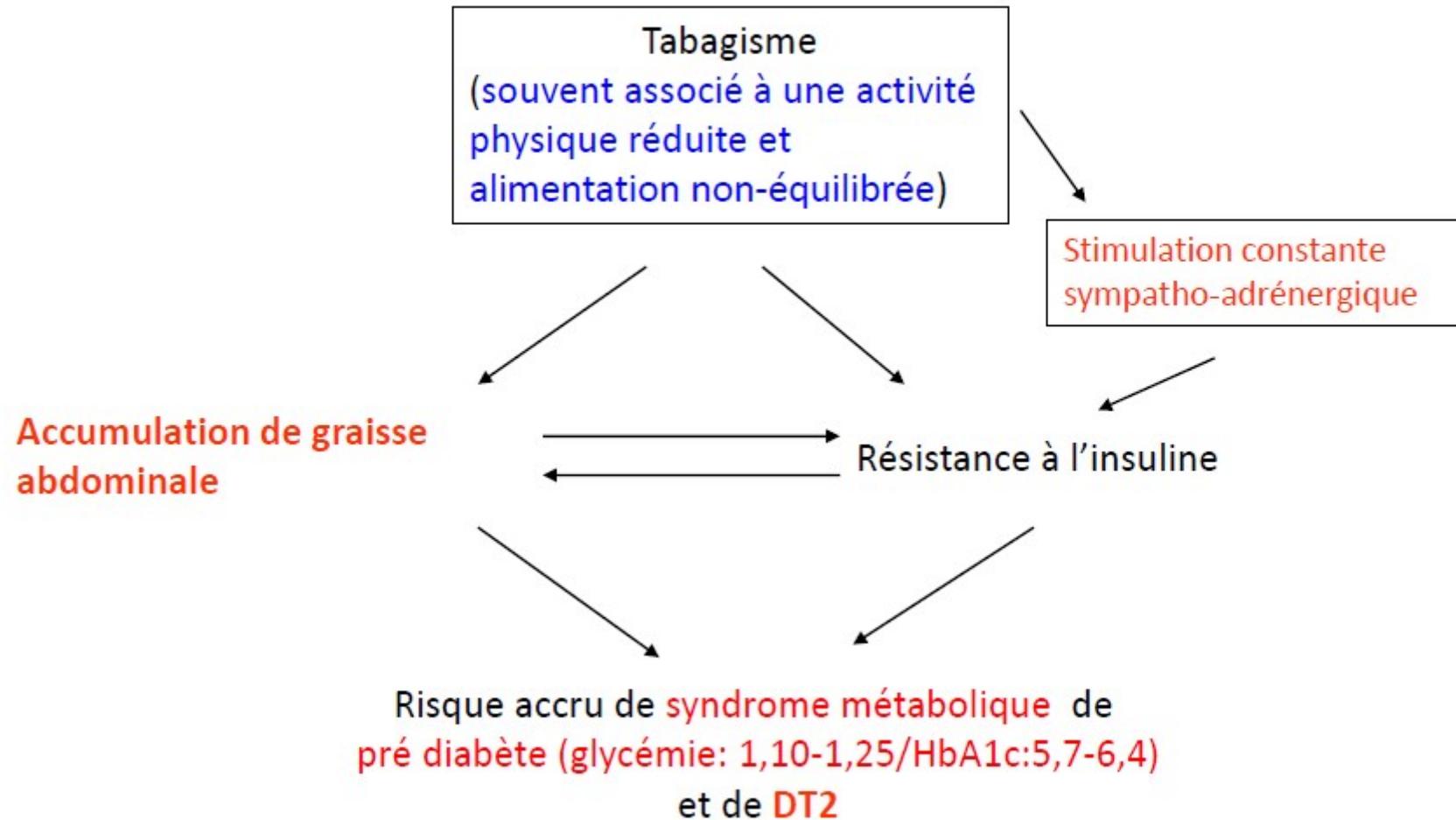
	Adjusted hazard ratio (95%CI)
Jamais fumé, exposition passive: non	1
Jamais fumé, exposition passive: oui	1.35 (1.06 to 1.71)
Ex-fumeurs	1.17 (0.86 to 1.57)
Fumeurs	1.65 (1.27 to 2.13)

Quelle explication ? Plusieurs sont évoquées comme le fait que le tabagisme augmente les niveaux de l'inflammation et entraîne des dommages cellulaires.

Différences liées au sexe

- Risque de diabète lié au tabagisme = plus marqué chez les hommes que les femmes⁶**
- 11,7% des cas de diabète chez les hommes et 2,4% chez les femmes sont attribuables au tabagisme actif**

Le risque d'insulinorésistance est augmenté chez les fumeurs



Fédération Internationale du Diabète: Définition du syndrome métabolique

Tableau 1 : Définition globale du syndrome métabolique de la FID

Obésité centrale

Tour de taille* – propre au groupe ethnique

Plus **deux** facteurs suivants

Taux élevé de triglycérides	≥1,7 mmol/L (150 mg/dL) ou traitement spécifique de ce trouble lipidique
Faibles taux de cholestérol HDL	<1,03 mmol/L (40 mg/dL) chez les hommes <1,29 mmol/L (50 mg/dL) chez les femmes ou traitement spécifique de ce trouble lipidique
Hypertension	Systolic : ≥130 mmHg ou diastolic : ≥85 mmHg ou traitement d'une hypertension diagnostiquée précédemment
Taux élevé de glycémie veineuse**	Glycémie veineuse à jeun ≥5,6 mmol/L (100 mg/dL) ou diabète de type 2 diagnostiqué précédemment Au delà de 5,6 mmol/L ou 100 mg/dL, un test oral de tolérance au glucose est fortement recommandé mais pas nécessaire pour définir la présence du syndrome.

Pour mieux mémoriser

H ≥ 94cm

F ≥ 80 cm

TG ≥ 1,50 g/L

HDL < 0.4 g/L

HTA

Glycémie à jeun > 1 g/L

https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_361_fr.pdf

Tabagisme et résistance à l'insuline

- La sensibilité à l'insuline est réduite de 10 à 40 %; et est inversement liée au nombre de cigarettes fumées (Eliasson Prog Cardiovasc Dis 2003;45:405)

Cluster caractéristique au fumeur

- résistance à l'insuline
- hyperinsulinémie,
- hypertriglyceridémie
- **HDL basse** (Reaven & Tsao J Am Coll Cardiol 2003; 41:1044) – remonte à l'arrêt – pourrait être un « indicateur » de l'abstinence à long terme.
- Toutefois la résistance à l'insuline peut être atténuée par le poids plus faible du fumeur

Le risque de développer un DT2 diminue à l'arrêt du tabac

- **les anciens fumeurs réduisent leur risque de devenir diabétique, avec une diminution d'autant plus importante que l'arrêt du tabac a été précoce et que celui-ci est ancien**
- **ainsi les ex-fumeurs qui ont arrêté il y a moins de 5 ans présentent un risque accru de 54% de DT2. Il était de 18% chez les personnes qui avaient arrêté entre 5 et 10 ans auparavant et de 11% chez ceux qui avaient arrêté le tabac depuis plus de 10 ans. lancet 2015**

- **Selon une étude britannique ¹⁹ réalisée par des chercheurs de l'Université de Coventry, le sevrage tabagique entraînerait une perte de contrôle glycémique durant les trois années qui suivent la dernière cigarette, chez les personnes de plus de 40 ans atteintes de DT2.**
- **Cette étude concerne 10 692 personnes suivies sur le long terme.**
- **Un an après avoir arrêté la cigarette, les 3 131 personnes abstinentes ont vu leur HbA1c, augmenter de 0,2 %. Toutefois, par la suite, cette dose a tendance à se stabiliser puis à diminuer au fil du temps si le patient poursuit sa période d'abstinence.**
- **Durant la même période, les diabétiques qui poursuivaient leur consommation de tabac ont vu leur HbA1c augmenter plus progressivement et par paliers.**

- L'étude de Will *et al.* a montré qu'arrêter de fumer pendant 10 ans chez les hommes et 5 ans chez les femmes ramenait le risque de DT2 au niveau de celui des non-fumeurs²⁰.
- Une seconde étude a indiqué que les bénéfices du sevrage étaient visibles chez les hommes d'âge moyen après 5 ans de sevrage et que le risque de diabète était ramené au niveau de celui des non-fumeurs après 20 ans de sevrage²¹. D'où l'intérêt d'arrêter de fumer le plus tôt possible !
- Sur le plan biologique, l'arrêt du tabac permettrait également²²
 - une amélioration du contrôle glycémique
 - une amélioration du profil lipidique
 - une diminution de l'albuminurie

La baisse de la sensibilité à l'insuline peut être normalisée quelques semaines ou quelques mois après l'arrêt du tabac

20 SG Wannamethee, AG Shaper, Ivan J. Perry, *Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men*, Diabetes Care, 2001 - Am Diabetes Assoc

21 JC Will, DA Galuska, ES Ford, A Mokdad, E. E. Calle, *Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study*- International journal of Epidemiology, 2001 - IEA

22. Voulgari et al, Metabolism, 2011



Comment éviter la prise de poids?

Dépister les sujets à risque

- **La femme, dépendance +++, problème de poids, prise de poids lors de sevrages antérieurs, période de ménopause**
- **Antécédents d'obésité**
- **Troubles anxio-dépressifs**
- **Dépister les TCA: anorexie, boulimie, restriction cognitive, hyperphagie boulimique**

Rétablir un équilibre alimentaire:

Bilan pondéral

- L'interrogatoire:
 - quel est votre poids? est-ce votre poids habituel?
 - variations récentes du poids? pourquoi? régimes?
 - si arrêts antérieurs, y-a-t-il eu une prise de poids?, de combien? a-t-elle été une cause de rechute dans le tabagisme?
- **La pesée: élément objectif à chaque consultation**

Enquête alimentaire

- Nombre de repas
- Aspect qualitatif et quantitatif
- Préférences: salé, sucré,
- Boissons (sodas-alcool)
- Grignotages
- Régimes

Rétablir un équilibre alimentaire: CAT

ATTENTION: JAMAIS DE REGIME RESTRICTIF, il accentue le craving

- **Changer les comportements alimentaires**
- **Faire 3 repas par jour**
- **Réapprendre à cuisiner différemment, se réorienter vers une alimentation plus saine et plus équilibrée, redécouvrir des saveurs oubliées**
- **Il faut que l' alimentation reste un plaisir, IL N'Y A PAS D'ALIMENT INTERDIT**
- **Suivi diététique si nécessaire**

Reprendre une activité



Reprendre une activité physique

- **Activité physique à inclure dans la vie de tous les jours**
- **Activité physique d'endurance adaptée au patient**
- **En fonction de l'âge du patient et de ses antécédents prévoir un bilan cardiaque**
- **Aide à la gestion du stress, effet antidépresseur**
- **Renforcement de la motivation grâce aux bénéfices à l'arrêt du tabac, Amélioration de l'estime de soi**
- **Lutte contre l'inactivité et l'ennui propice au tabagisme et/ou au grignotage; nouvel équilibre dans l'organisation de sa vie**
- **Effet significatif à court et à long terme sur la prise de poids**

Eviter le manque

1- Substitution nicotinique: associer patchs ET formes orales

Dosage adapté: dosage " de confort"

Durée du traitement: durée "de confort" 3 mois minimum, souvent 6 mois à 1an

Possibilité de prise de poids secondaire à l'arrêt du traitement: effet rebond

2- Médicaments d'aide au sevrage: Zyban(bupropion); Champix(varénicline) limite la prise de poids à court terme, mais l'effet s'atténue par la suite

Thérapies de type comportemental et cognitif:

- Etablir une alliance thérapeutique
- Travail sur le comportement: proposer des comportements alternatifs, anticiper des comportements à risque
- Travail sur la gestion des émotions: la cigarette, comme la nourriture aide à calmer l' anxiété
- Travail sur l' acceptation de la prise de poids et sur l' image corporelle surtout chez la femme
- Travail sur l'estime de soi: l'apparence physique est un critère de l'estime de soi
- Apprendre à se faire plaisir autrement que par le cigarette

TCA

- **A l'arrêt du tabac n'y-a-t-il pas un glissement d'une addiction « la cigarette » vers une autre addiction « la nourriture »?**
- **A l'arrêt du tabac n'y-a-t-il pas un glissement d'un comportement addictif « la fume » vers un autre comportement addictif « le comportement boulimique »?**
- **Dans les deux cas: perte de contrôle, notion de craving, notion de plaisir, notion de soulagement lors de la consommation**

astuces

gérer une envie

boire un verre d' eau, une tisane

- * manger un fruit**
- * sortir de table**
- * aller se laver les dents**
- * si envie de sucre, boisson light**
- * diminuer le café, prendre thé ou tisane**
- * aller prendre une douche**
- * bonbon ou gomme sans sucre**

activité physique

- je n' ai pas de temps pas l' argent pour une salle de sport»

-inclure l' activité physique dans la vie de tous les jours: monter les escaliers à pied, descendre un arrêt de tram avant, aller chercher son pain à pied, aller chercher ses enfants à

l' école à pied

-insister sur la régularité 30 à 40 minutes/jour

Tabac et poids: cas cliniques



Cas clinique: Margareth

- Margareth, 61 ans
- ATCDS: médicaux: HTA traitée
- Travaille, commerçante, sort en pause pour fumer
- Mariée, conjoint non fumeur, 1 fille NF qui attend un bébé
- Poids=71kg taille=1,56m IMC=29
- A pris 10kg en 2 à 3 ans: » j'ai fait des régimes toute ma vie, maintenant j'en ai marre de faire attention, je me lâche, je grignote, je prends des desserts »
- Saute le petit-déjeuner, sur le pouce à midi, vrai repas le soir
- Pas d'activité physique « pas le temps »

- Fume 1 paquet/jour depuis l'âge de 17 ans
- Fume dehors jardin ou garage, fume en voiture
- Le matin café- cigarette, fume beaucoup le soir se couche tard
- A arrêté pendant sa grossesse, reprise après accouchement
- F=8 HAD: A=10 D=2 COE=30
- Motivation 8/10: pour ma santé, mal à la gorge, voix rauque, peur du cancer, pour le futur bébé, j'en ai marre d'être prisonnière de la cigarette
- Peurs: être énervée, prise de poids
- Co-dépendances: café-cigarette, pas d'autre consommation
- « Je suis décidée à arrêter, je me suis fixée demain »

- **Substitution nicotinique:**
patch NICORETTE SKIN 25 mg/16h à porter
24h: 1 patch +ou- 1/2
formes orales: NICOPASS 1,5 mg: 1 à 10/j
- **Rebondir sur les motivations**
- **Faire tomber les peurs**
- **Travail sur le comportement**
- **Reprise d'une activité physique**
- **Rééquilibrer l'alimentation**

- Revue 10 jours après: a arrêté de fumer avec 1 patch $\frac{1}{2}$ + 3 à 4 pastilles/j: « au début j'avais mis un seul patch mais j'avais encore envie alors j'ai augmenté » ça se passe bien, je suis zen, je m'étonne moi-même
- Bénéfices: j'ai retrouvé l'odorat: tabac froid, je sens bon, mes collègues me l'ont dit, je ne suis plus obligée de sortir pour fumer et j'ai déjà fait des économies
- C'est encore difficile après les repas, alors je prends une pastille et ça me calme
- Le matin je déjeune et j'ai supprimé le café dans la journée, pas plus faim, pas envie de grignoter
- Poids: idem » ça m'encourage » CO=2

Cas clinique: Paul

- Paul, 47 ans
- ATCDS: médicaux: hernie discale
- Travaille, sort comme il veut pour fumer
- Marié, conjoint F (moins que lui), 2filles 14 et 12 ans NF
- Fume dans la maison sauf dans la chambre, fume en voiture
- Poids=79kg taille=1,76m IMC=26
- Poids stable, 3 repas/jour + goûter avec ses filles.
- Pas d'activité physique « pas le temps » aime le vélo, la natation

- Fume 30 à 40 cigarettes/jour depuis l'âge de 18 ans
- Plusieurs tentatives d'arrêt: sans rien, un an, avait pris 15 kg « c'était insupportable, je suis allé m'acheter des cigarettes, a essayé les patchs, les plus forts » ça n'a pas marché, j'avais envie toute la journée, j'enlevais les patchs pour fumer »
- F=9 HAD: A=9 D=4 COE=35
- Motivation 9/10: plus aucun plaisir à fumer, économies(soucis financiers, ce qui m'inquiète c'est de ne pas pouvoir m'acheter des clopes: culpabilité+++), mal à la tête en permanence, mes filles
- Peurs: être énervé, gestion du stress au W, prise de poids

- Co-dépendances: café-cigarette(10/J), apéros le week-end, pas d'autre consommation
- « Je suis décidé à arrêter lundi »
- Prescription: Substitution Nicotinique: NICORETTE SKIN 25/24H+1/2 25/journée+NICOPASS 1,5 1à10/J
- Quitting Day+8: arrêt le jour prévu, a mis 1 patch de 25, difficile, envies importantes, a eu des douleurs de dos a craqué, a fumé 1 cig, a culpabilisé, pb de sommeil, cauchemars, nuit hachée
- Bénéfices: dents blanches, arrêt toux
- COE=3 P=79kg

- CAT: coller le 1/2 patch prescrit rajouter 1/2 patch si nécessaire
- Enlever le patch la nuit
- QD+15 jours=est passé à 2 patchs, envie encore +++ au réveil, fume encore 3 cig/jour après les repas » je suis plus serein mais je n'arrive pas à imaginer un arrêt complet
- Pas plus faim qu'avant, je ne prends plus d'apéro le week-end, donc je ne grignote plus
- COE=19 p=79 ça m'encourage
- CAT: 3 patchs de 25 voudrait essayer d'arrêter pendant semaine de vacances

- A arrêté comme prévu, avec 3 patchs beaucoup plus confortable, contre toute attente ma famille trouve que je suis zen, suis allé à la piscine avec mes filles qui sont fières de moi ,je nage plus longtemps, je suis moins essoufflé, je me sens plutôt bien, j'ai plus d'énergie COE=3 P=78kg(-1kg) CAT: on continue 3 patchs 2 mois à la même dose
- nouvelle consultation: allergie aux patchs: zone rouge boursoufflée, prurit+++
- CAT: allergie à la colle, NICORETTE=NIQUITIN; NICOPATCH=NICOTINELL mettre le patch sous le pied, changer de marque: NICOPATCH 21mg: 3 patchs

- QD+3mois: allergie aux patchs, les a arrêtés, prends Nicopass 2,5mg12/j, pb intestinal= diarrhée, énervement+++ , pas envie de fumer mais de + en + faim, repas + +++
- COE=3 P=81kg
- QD+4mois: COE=2 P=84kg(+5) j'ai pris du poids, je ne me sens pas bien, suis serré dans mon pantalon. enquête alimentaire: matin café+prince vanille, midi fast food avec les filles, soir salade viande fromage+++ soirée compote
- QD+5mois: ça va, très peu d'envie, je gère bien, problème de la prise de poids, je me suis inscrit dans une salle de sport 2 fois/semaine avec un coach et un suivi diététique

- QD+ 6 mois: j'ai décidé de changer mon rythme de vie: arrêt du tabac, sport 2fois/semaine + piscine avec mes filles le week-end, alimentation changement radical on a supprimé sodas+gâteaux, fast food et pizzas à domicile, on a levé le pied, je cuisine, je me suis mis au wok, je commence à reperdre du poids, sur le plan physique ça va beaucoup mieux, je suis vraiment content
COE=0 P=83kg(a perdu 1kg)
- QD+ 8mois RAS COE=2 P=82kg prend toujours Nicopass qu'il alterne avec bonbons sans sucre

Cas clinique: Monique

- Monique 47ans
- ATCDS: nécrose myocardique il y a 6 mois lors d'un effort modéré avec arrêt cardiaque réanimée par une amie puis par le SAMU passage en réa aucune séquelle
- Fumait 10 cig/jour a arrêté lors de l'hospitalisation, n'a pas vu de tabacologue, pas de traitement
- QD+6mois: réadaptation cardiaque, ça a été très dur au début mais j'ai tenu bon car je reviens de loin, maintenant ça va, je n'ai plus d'envie MAIS j'ai pris 10kg c'est horrible, je ne me sens pas bien, je suis essouffée, je ne me reconnais plus, regardez comme je suis boudinée P=90kg T=1,70 IMC=31

- Il faut que je fasse un régime heureusement l'infirmière m'a dit que j'allais voir la diététicienne
- Fait 3 repas équilibrés/jour mais a + faim, avant je fumais après le repas, maintenant j'ai du mal à m'arrêter de manger
- C'est surtout en rentrant du travail, je tombe dans le frigo et là, je mange n'importe quoi, il faut que je me remplisse, après je me sens soulagée mais coupable, je me dis que c'est pas bien
- Comment ça se passait avant? Avant c'était pareil mais alors je fumais, ça me permettait de ne pas manger

- Prise de poids en relation:
- avec le manque, pas de SN: a + faim
- Avec le comportement: la cigarette après le repas met FIN au repas, FIN à la FAIM
- Décompensation d'un TCA qui existait déjà mais qui était contrôlé par la cigarette: hyperphagie boulimique en rentrant du travail en relation avec le lâcher prise chez les personnes anxieuses
- Surtout pas de régime, formes orales, prise en charge TCC, travail sur les émotions, l'image du corps, l'estime de soi

Cas clinique: Sylvie

- Sylvie, 40 ans
- Schizophrène: début de la maladie à 22 ans suivie en psychiatrie, traitée
- Vit seule, sous curatelle, voit son père, sa mère est dcd, 50 euros/semaine
- P=100kg T=1m,59 IMC=39,5
- enquête alimentaire: pas de petit déjeuner, pains au chocolats, sandwich à midi, repas le soir «si j'ai faim dans l' après midi, je me fais un repas»
- gym 1 fois/semaine

- **A commencé à fumer à 17 ans, à l'époque je fumais aussi des joints et je buvais de la bière, maintenant c'est fini**
- **Fume 15 cigarettes roulées/jour, ç'est moins cher, il m'arrive de ramasser les mégots dans la rue quand je peux plus acheter du tabac, parfois je me prive de manger pour acheter des cigarettes**
- **A essayé plusieurs fois d'arrêter mais n'a pas tenu un jour**
- **Motivation=8 j' ai toujours voulu arrêter de fumer, si je continue, à 55 ans je serai morte, j' ai peur de mourir étouffée, pour moi la cigarette c'est comme un instinct de mort**
- **F=9 HAD= A=6 D=4 CO=40**

- **Peurs: de prendre du poids**
- **Veut arrêter tout de suite, en a parlé à son psychiatre qui est d'accord: lettre au psychiatre**
- **Substitution nicotinique 1 patch de 25 mg + 1/2 + FO Nicopass 2,5mg**
- **QD+ 15 jours: a arrêté le lendemain de la consultation: je n' ai pas refumé, c' est comme si je n' y croyais pas, avant j' étais tout le temps en apnée, maintenant je respire mieux**
- **inconvenient: «je suis boulimique, je mange très vite comme si quelqu' un me surveillait P=104(+4kg) CO=1: on augmente de 1/2 patch(25+25)**

Cas clinique: Sylvie

- QD+1mois : crise de boulimie nocturne, ne s' en souvient pas au réveil; elle a déjà eu des crises quand sa mère est morte mais n' en avait plus
- Effet de la nicotine la nuit? On enlève les patchs la nuit
- P=107kg(+7kg) COE=2
- QD+1mois 1/2: je suis plus déterminée que jamais, c'est la première fois de ma vie que je réussis quelque chose, j'aurais jamais cru en être capable
- P=107 kg COE=1
- Appel psychiatre: hyperphagie nocturne ou night eating syndrome probablement avec une augmentation de l'anxiété

Cas clinique: Sylvie

- A fait une rechute » je me suis disputée avec mon père, il m'a dit que j'étais trop grosse, je suis allée acheter un paquet de cigarettes, elles étaient même pas bonnes ».....Tout rentre dans l'ordre, je me sens mieux, surtout je respire mieux surtout quand je marche, quand j'ai faim je mange des pommes que j'achète au marché
- QD+ 5 mois: revient d'une cure/ poids qu'elle fait tous les ans j'ai bien mangé, c'était bon, marche, piscine, vélo d'appartement P=104kg COE=0 on commence à diminuer les patchs
- QD+ 8 mois: P= 104kg COE=0

Cas clinique: Sylvie

- Cette patiente aimait beaucoup écrire et en particulier des poèmes:
- lettre d' adieu à la cigarette” aujourd' hui, sûre de moi, je te dis adieu, toi qui m' a consolée les soirs de cafard, les matins chagrin ou les jours heureux. tu donnes la mort et il faut combattre pour être débarrassé de toi.....que c' est bon de mordre dans un fruit, d' aller au marché faire des emplettes, faire des projets et t' oublier pour toujours... voilà où j' en suis maintenant, heureuse sans toi. alors ADIEU la cigarette; écrase toi.»

Cas clinique: Hélène

- Hélène, 56 ans
- ATCDS: médicaux: BPCO découverte lors d'un bilan CPAM il y a un mois, qui motive la consultation: on lui a conseillé d'arrêter le tabac
- KC sein il y a un an: tumorectomie + radiothérapie + ttt anti-œstrogène pendant 5 ans: effets secondaires+++ douleurs articulaires+++, fatigue+++ (on ne lui a pas proposé d'arrêt du tabac, on l'accompagnait pour fumer dehors)
- Suivi psy depuis le KC du sein: cymbalta 1cp/j
- Travaille, mi temps, sort en pause pour fumer
- Mariée, conjoint NF, 2 enfants NF, une qui attend un bébé

Cas clinique:Hélène

- Poids=55kg(elle précise entre 54,5 et 56,5)
taille=1,65m IMC=20
- Saute le petit-déjeuner, midi plat chaud + fruit, le soir c'est mon repas, pas de grignotage
- Fait attention, je ne supporte pas l'idée de grossir
- Activité physique: Qi Gong
- Bilan tabagique: fume depuis l'âge de 20 ans, cigarettes manufacturées ou tubes: 10/J mais contrôle, si seule ou angoisse fume +
- F=5 HAD A=16 D=8 COE=18 (a fumé 1 cig ce matin)

Cas clinique: Hélène

- Motivation: 5/10 ma fille va avoir un bébé, c'est la seule chose qui me ferait arrêter
- Peurs: de grossir, d'être obsédée par ça
- « la clope, c'est ma pause, un moment à moi, ma béquille, l'idée de la dernière clope je n'arrive même pas à me la mettre dans la tête, quand on a un cancer et qu'on fume, on nous culpabilise (mes parents, mon mari, ma fille qui attend un bébé) et c'est encore plus dur

- CAT: diminution sous SN: patch 21 mg + FO