

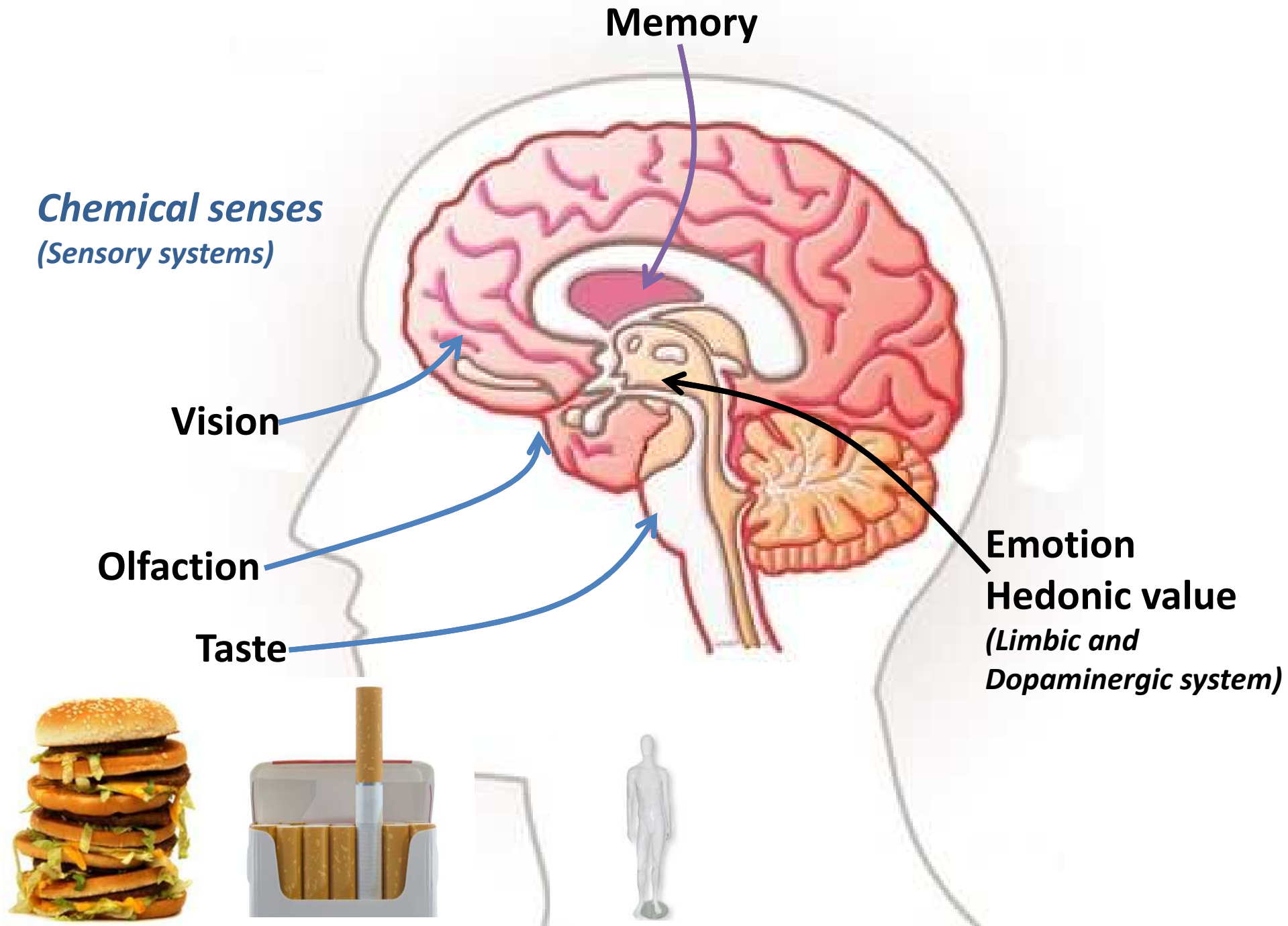
Tabagisme et troubles du comportement alimentaire

Dr Audrey Schmitt
aschmitt@chu-clermontferrand.fr

CHU Clermont-Ferrand

Liens entre tabagisme et TCA

- Les TCA appartiennent au grand cadre des pathologies de la consommation, pathologie du lien avec l'objet relationnel
- Plusieurs études ont cherché à mettre en évidence les liens entre tabagisme et les différents TCA:
 - 2 fois + de TCA chez les patientes fumeuses /pop générale (John U, 2006)
- Association entre TCA et consommation de substances psychoactives souvent au premier plan
- Le fait de fumer est souvent associé chez les patientes à un contrôle de l'appétit et du poids
- Problématique: TCA souvent sous diagnostiqué



Comportements alimentaires

- **Besoin: nutriments et energie**
Normal feeding behavior
- **Plaisir**
- **Certains aliments sont associés au plaisir**
Et apportent un sentiment de plaisir et satiété,
Les aliments gras et sucrés



- **odeur, gout, trijeminale sensations**

Grande variabilité : choix, aversion, préférence

« Food addiction » décrite avec craving, désir et compulsion pour aliments gras et sucrés

Neurobiology of food addiction (2010)

[Blumenthal DM, Gold MS.](#)

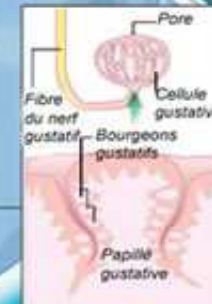
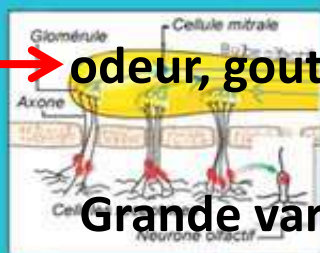
[Curr Opin Clin Nutr Metab Care 13\(4\): 359-65](#)

Food and addiction - sugars, fats and hedonic overeating (2011)

[Avena NM, Gold MS.](#)

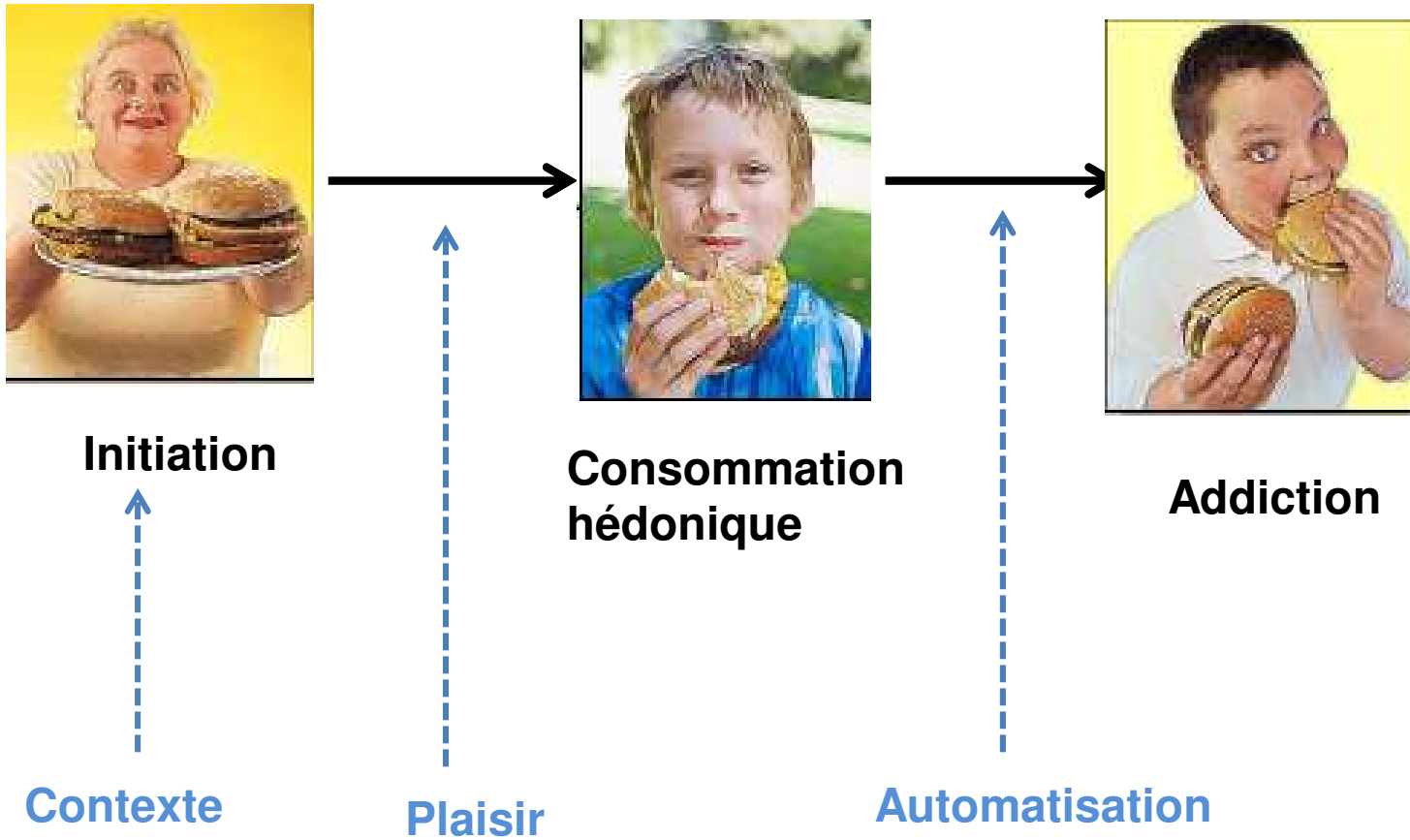
[Addiction. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03373.x](#)

Voie respiratoire (odeurs)
Voie rétronasale (arômes)



Le système du nerf trijumeau

Le pourquoi de la consommation



Similitudes

Dépendance/Addiction CIM-10

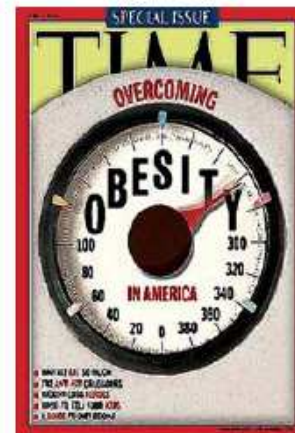
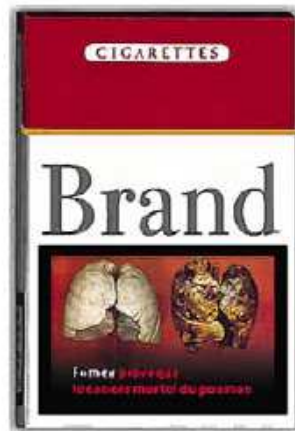


Bulimia nervosa (CIM-10)



La perte de contrôle

- Utilisation progressivement plus compulsive
- Même en face des conséquences négatives
- Pas une question de connaissances



Lien entre tabagisme et TCA

- fumer est souvent associé à l'idée de contrôle du poids, de minceur et réduction de l'appétit chez les patients (Klesges, 1989)
- Le tabac a des effets bien connus sur la prise alimentaire:
 - Responsable d'anorexie vraie (baisse sensation faim, prolonge la satiété)
 - Diminution sensations olfactives et gustatives
 - Léger amaigrissement (poids des fumeurs < à leur poids idéal) par le biais de la nicotine (augmentation des dépenses énergétiques de repos)

Tabagisme et contrôle de poids

- 50% des F et 26% des H qui souhaitent arrêter de fumer s'inquiètent de la prise de poids
(Clark et al, 2006)
- Prise de poids = inconvénient le + souvent cité à l'arrêt du tabac (61% des personnes interrogées), et cause de rechute (Cabanac et al 2002)
- Le fait d'être peu soucieux de son poids est souvent associé à une motivation + forte à arrêter le tabac (HJ Aubin et al, 2009)

Les troubles du comportement alimentaire (DSM IV)

- **L'anorexie mentale:**
 - Besoin de minceur, refus de s'alimenter à hauteur de ses besoins physiologiques, obsessions alimentaires+++ associées à une hyperactivité physique et psychique
 - Forme restrictive
 - Forme boulimique (avec vomissements), en fréquence croissante.
- **La boulimie**
 - Crises compulsives alimentaires répétées plusieurs fois /semaine terminées par un vomissement (manœuvre pour maigrir). Présence d'une pensée anorexique. La crise est sans faim, souvent sans plaisir, à la fois compulsives et impulsives. La moitié des malades boulimiques a un passé d'anorexie mentale.

Les troubles du comportement alimentaire (DSMIV)

- **Les TCA non spécifiés où se classe l'hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorders BED):**
 - Répétition plusieurs fois/semaine de crises compulsives alimentaires sans faim, avec un certain plaisir et sans refus de grossir. Personnes souvent un peu fortes, voir en surpoids ou obèses, car pas de recours aux comportements compensatoires.
 - 4 à 6% de la pop générale quelque soit le sexe (Herzog, 2001)
 - 20 à 60% des TCA traités (Anderson, 2001; Fairburn et Walsh, 2002)
 - Le BED
 - est le TCA le + fréquent aux EU (3,5% des F et 2% des H)
 - Est présent chez 10 à 15% des obèses
 - A une transmission génétique différente de celle de l'obésité
 - Les troubles non spécifiques débutants ont un meilleur pronostic que les troubles avérés. En revanche souffrance psychique pas moins intense que dans les TCA avérés. Comorbidité psychiatrique élevée (79%).

(R Palmer, K Norring, 2002)

Les troubles du comportement alimentaire

- Sexe féminin essentiellement
- Dans la population féminine de **15 à 35 ans**, on estime:
 - 7 à 10% de personnes souffrant de compulsions alimentaires fréquentes
 - 4 à 5% de boulimiques
 - 1,5% d'anorexie
- Anorexie et boulimie = pensée obsessionnelle de minceur, de restriction, de lutte contre la faim
- La différence:
 - L'anorexique arrive à maigrir, est dans la totale maîtrise du poids
 - La boulimique échoue
- Passage entre les différentes formes de TCA sur une vie entière (Herzog, 2001)

Lien entre tabagisme et TCA?

- Tabagisme = dépendance physique, psychologique et comportementale
- Le comportement de fumer est appris en fonction de 3 types d'éléments:
 - Éléments sociaux: le fumeur se croit valorisé « fumer donne l'air d'être + adulte et + fort »
 - Éléments sensoriels: le plaisir de fumer est non niable (plaisir olfactif tiré de la fumée du tabac ou du goût du tabac)
 - Éléments émotionnels: fumer peut devenir un moyen de gérer ses émotions (angoisses, insatisfaction, difficultés face au regard de l'autre) par le biais de la nicotine

Les troubles du comportement alimentaire

- Il s'agit d'un comportement appris en fonction de 3 types d'éléments
 - Éléments sociaux: le (la) malade, au début, se sent valorisée par la gestion de son poids, par la maîtrise de son alimentation, ainsi qu'à la valorisation d'une silhouette mince (l'idéal « minceur » est mis en avant par les médias)
 - Éléments sensoriels: plaisir et gratification procurés par le jeûne (addiction à la faim), ou à l'inverse par la compulsion alimentaire
 - Éléments émotionnels: le (la) malade gère ses émotions au travers de son TCA: anxiété, états dépressifs, angoisses face à l'avenir ou aux autres, problème d'estime de soi...

La littérature concernant TCA et Tabac

- **Environ 20 publications internationales sur le thème TCA et Tabac ces 15 dernières années**
 - Widerman et al 1996
 - Haug et al 2001
 - Stock et al 2002
 - Rigaud D et al, 2006
 - Anzengruber et al 2006
 - Krug I et al, 2008.
 - Renate E, Berlin I, 2009
- **TCA et Tabac chez les adolescents**
 - Ross et al 1999
 - Piran et al 2006
 - Sandager 2008

Consommation de SPA et TCA

Exhibit 6. Lifetime Comorbidity Estimates of EDs and SUDs (n=2,980)⁸

Disorder	Alcohol Abuse or Dependence (%)	Illicit Drug Abuse or Dependence (%)	Any Substance Use Disorder (%)
Anorexia nervosa	24.5	17.7	27.0
Bulimia nervosa	33.7	26.0	36.8
Binge eating disorder	21.4	19.4	23.3

Prévalence consommation SPA chez les patients souffrant d'un TCA

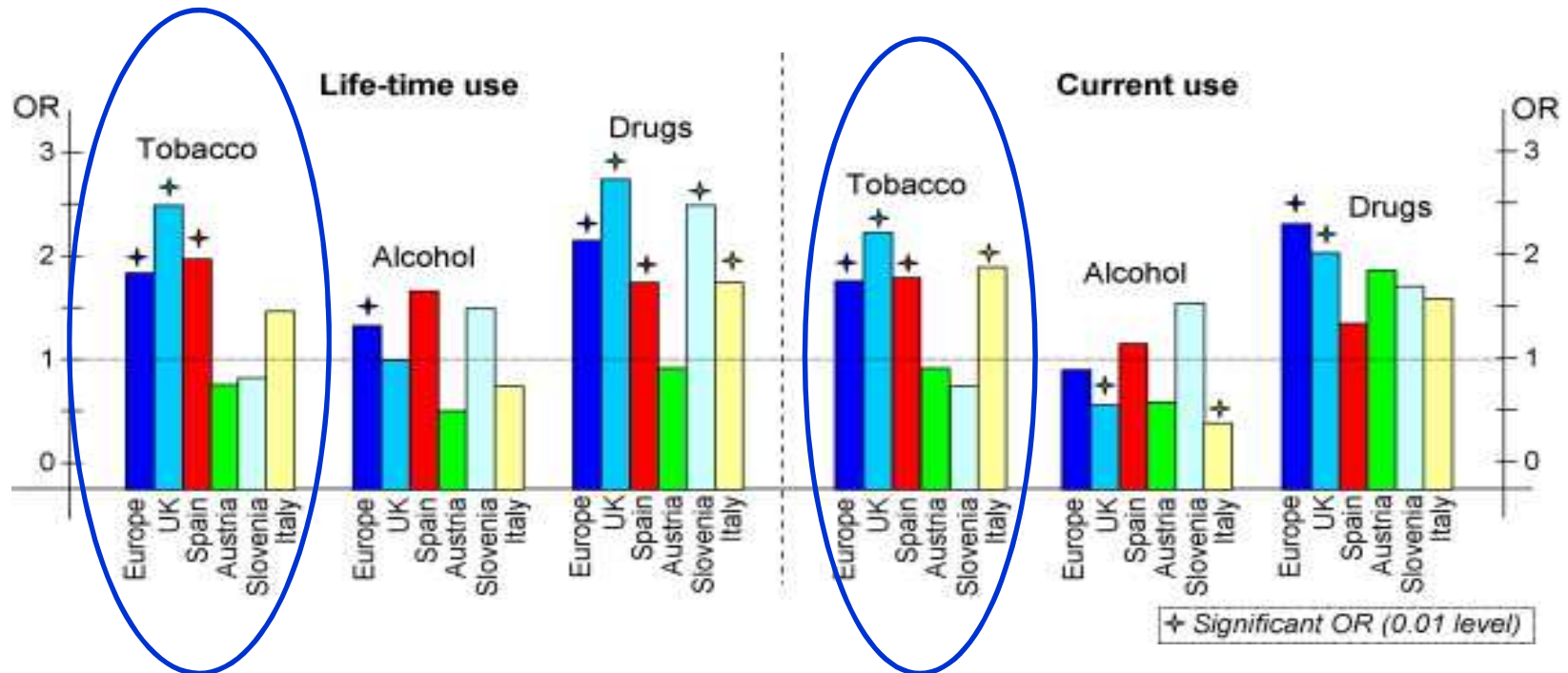


Fig. 1. Comparison for ED patients vs. control (OR adjusted by age, sex and education).

Prévalence de la consommation de tabac en fonction du sous type de TCA

Table 1
Prevalence of smoking across participant groups

Groups	Smoker % (n)	Non-smoker % (n)	Odds Ratio (95% CI)
Control (n=674)	29.7 (200)	70.3 (474)	-
RAN (n=306)	25.5 (78)	74.5 (228)	0.85 (0.62, 1.15)
BPAN (n=293)	39.9 (117)	60.1 (176)	1.56 (1.17, 2.08)
BN (n=251)	61.0 (153)	39.0 (98)	3.33 (2.44, 4.55)

Note. RAN=restricting anorexia nervosa, BPAN=anorexia nervosa with bingeing and/or purging behaviors, BN=history of bulimia nervosa, with or without a history of anorexia. Odds ratios compare rate of smoking in eating disorder groups compared to controls.

Anzengruber D, 2006

Score de dépendance au tabac en fonction du sous type de TCA

Table 2

Frequency of smoking behaviors by participant group

Groups	1. How soon after waking do you smoke your first cigarette? ^a			2. Is it difficult to refrain from smoking in forbidden places?		3. Which cigarette would you hate to give up most?		4. Do you smoke more frequently during the first few hours after waking?		5. Do you smoke if you are so ill that you are in bed most of the day?	
	Within 5 minutes % (n)	Within 1 hour % (n)	After 1 hour % (n)	No % (n)	Yes % (n)	First in the morning % (n)	All others % (n)	No % (n)	Yes % (n)	No % (n)	Yes % (n)
Control (n=200)	3.0 (6)	33.5 (67)	63.5 (127)	94.9 (186)	5.1 (10)	10.9 (21)	89.1 (172)	95.9 (188)	4.1 (8)	92.4 (181)	7.6 (15)
RAN (n=78)	7.7 (6)	52.6 (41)	39.7 (31)	88.0 (66)	12.0 (9)	23.3 (17)	76.7 (56)	81.3 (61)	18.7 (14)	73.0 (54)	27.0 (20)
BPAN (n=117)	15.4 (18)	47.0 (55)	37.6 (44)	84.4 (97)	15.6 (18)	32.5 (37)	67.5 (77)	82.6 (95)	17.4 (20)	67.0 (77)	33.0 (38)
BN (n=153)	18.3 (28)	46.4 (71)	35.3 (54)	74.5 (114)	25.5 (39)	36.0 (55)	64.0 (98)	83.7 (128)	16.3 (25)	64.0 (98)	36.0 (55)

^a An ordinal model for multinomial data without GEE corrections was used to analyze this 3-response item question.

Consommation de tabac et sous type de TCA

Krug I, 2008

Table 2

Comparison of prevalence for lifetime and current substances use

	Comparison: ED patients vs. controls				Patients with ED: comparison for diagnose subtype				
	Controls (n = 785) (%)	ED (n = 879) (%)	Odds ratio ^a	Effect size ^b	AN-R (n = 172) (%)	AN-BP (n = 156) (%)	BN (n = 250) (%)	EDNOS (n = 201) (%)	p
Lifetime									
Tobacco									
Ever smoked on regular basis	35.1	47.5	1.52*	0.254	35.5	55.3	57.4	44.3	0.003
Ever smoked instead of eating	9.2	34.1	5.11*	0.634	17.5	43.6	45.3	31.5	<0.0005
Current									
Tobacco									
Currently smoke cigarettes	24.2	34.8	1.56*	0.234	22.9	47.0	46.7	24.9	<0.0005
Number of cigarettes/day: >10	9.9	23.9	2.68*	0.380	21.5	22.6	32.1	21.9	0.100
Currently smoke instead of eating	9.1	26.8	3.66*	0.474	11.0	36.9	39.4	21.1	<0.0005
Comorbidity									
Currently take tobacco and alcohol	6.7	9.1	1.22	0.089	4.8	12.8	11.3	8.9	0.034
Currently take alcohol and drugs	1.7	6.9	3.99*	0.258	1.4	12.6	7.0	11.7	0.008
Currently take tobacco and drugs	2.0	10.2	5.74*	0.348	3.6	16.2	13.9	7.9	0.017
Currently take tobacco, alcohol and drugs	0.9	4.3	5.18*	0.215	0.7	8.2	5.1	5.6	0.076

Consommation de tabac et sous type de TCA

Table 3

Comparison of the prevalence for lifetime and current substances use between each diagnosis subtype and controls: OR adjusted by age, sex and education

	<i>p</i>	AN-R	AN-BP	BN	EDNOS
Lifetime					
Tobacco					
Ever smoked on regular basis	<0.0005	1.05	2.13 ^a	2.11 ^a	1.28
Ever smoked instead of eating	<0.0005	2.01 ^a	7.96 ^a	8.47 ^a	4.17 ^a
Current					
Tobacco					
Currently smoke cigarettes	<0.0005	0.93	2.79 ^a	2.32 ^a	0.98
Number of cigarettes/day: >10	<0.0005	2.16 ^a	2.73 ^a	4.13 ^a	2.49 ^a
Currently smoke instead of eating	<0.0005	1.10	6.29 ^a	6.72 ^a	2.60 ^a

Conclusions littérature

- Il existe un lien entre **tabagisme et TCA**
- Il existe un lien entre **TCA et dépendance tabagique**
- Les liens TCA-tabac sont mieux établis chez la femme

- Ces liens ne concernent surtout les malades souffrants de forme de TCA à forte **composante compulsive**: forme boulimique de l'anorexie mentale; boulimie à poids normal ou compulsions alimentaires (BED)

- A l'inverse les **anorexies mentales restrictives fument moins**, moins souvent et sont moins dépendantes au tabac/ autres TCA et aux témoins
 - Les anorexiques restrictives sont dans la maîtrise, ne souffrent pas du manque, la rupture avec les émotions les mettent elles à l'abri du tabagisme
 - Elles n'ont pas de dépendance au tabac, ce qui n'est pas la restriction alimentaire elles-mêmes?

Tabac et TCA:

Un simple lien ou une co-addiction?

Quel modèle?

Personnalités

- Composantes de personnalité des patientes anorexiques et boulimiques
 - Etude de Davis et al 1998
 - 83 patientes anorexique et boulimiques
 - Profil de personnalité « addictif » fréquemment retrouvé (usagers de drogues)
 - Addiction portant sur : restriction alimentaire, hyperphagie et hyper activité physique
 - Différence
 - Anorexiques: obsessionnelles, introverties, conformistes
 - Boulimiques: impulsivité, anti sociales
- Les boulimiques et anorexiques à formes boulimiques ont + de dysrégulations émotionnelles et troubles de l'impulsion (Harrop, 2010)

similitudes comportementales

M.Y. Pepino et al.

Behavior and Psychology

Obesity (2009)

Similarities in Food Cravings and Mood States Between Obese Women and Women Who Smoke Tobacco

- Etude de M.Y. Pepino:
- Les patientes obèses
 - Indépendamment de leur statut tabagique:
 - ont + souvent une humeur dépressive
 - Fument +
 - Ont un craving pour les aliments gras
- Les patientes fumeuses
 - Indépendamment de leur poids
 - Ont + souvent une humeur dépressive
 - Ont un craving pour les aliments gras
 - Ce craving baisse à distance de l'arrêt tabagique

Modèle biologiques

Dopamine

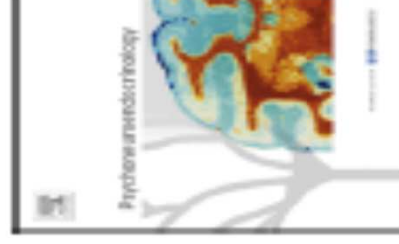
- Perturbation du système dopaminergique
- Le cerveau des patients obèses présenterait des modifications (ie addictives)
 - Hypo densité des récepteurs dopaminergiques (cause ou effet ?...)
(sensibilité diminuée du circuit de récompense?)
 - Hyper réactivité du système limbique à la récompense alimentaire
- La ghreline (secrétée par l'estomac, hormone orexigène) favoriserait l'activation du circuit de récompense
- La concentration basale de ghreline plasmatique est inversement corrélée à l'importance des réserves énergétiques
- Les anorexiques pourraient produire des anticorps contre les neuropeptides orexigènes (taux plasmatiques de ghreline et leptine effondrées) (Shioda SS, 2008)



available at www.sciencedirect.com



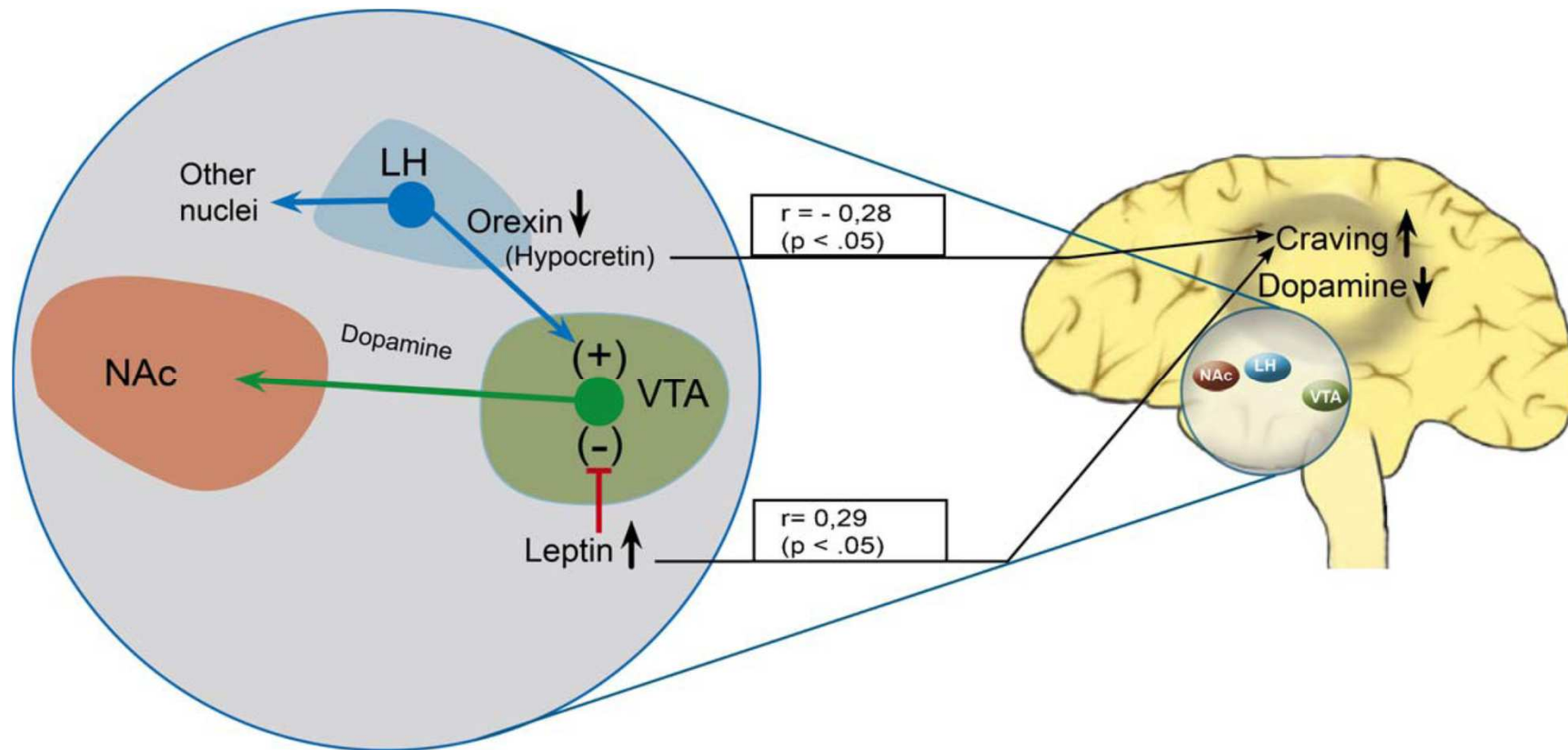
journal homepage: www.elsevier.com/locate/psyneuen



Orexin and leptin are associated with nicotine craving: A link between smoking, appetite and reward

Christoph von der Goltz^{a,*}, Anne Koopmann^a, Christina Dinter^a,
Anne Richter^a, Christine Rockenbach^a, Martin Grosshans^a, Helmut Nakovics^a,
Klaus Wiedemann^b, Karl Mann^a, Georg Winterer^c, Falk Kiefer^a

- Oréxines: peptides, hypothalamus latéral
- Leptine: adipocytes, rôle/appétit
- Chez le fumeur corrélation avec craving (QUS)

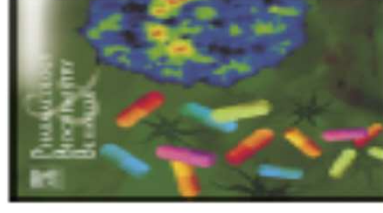




Contents lists available at ScienceDirect

Pharmacology, Biochemistry and Behavior

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pharmbiochembeh



Circulating leptin levels are associated with increased craving to smoke in abstinent smokers

Mustafa al'Absi^{a,b,c,*}, Stephanie Hooker^a, Koji Fujiwara^a, Falk Kiefer^d, Christoph von der Goltz^d,
Tiffany Cragin^a, Lorentz E. Wittmers^{a,b}

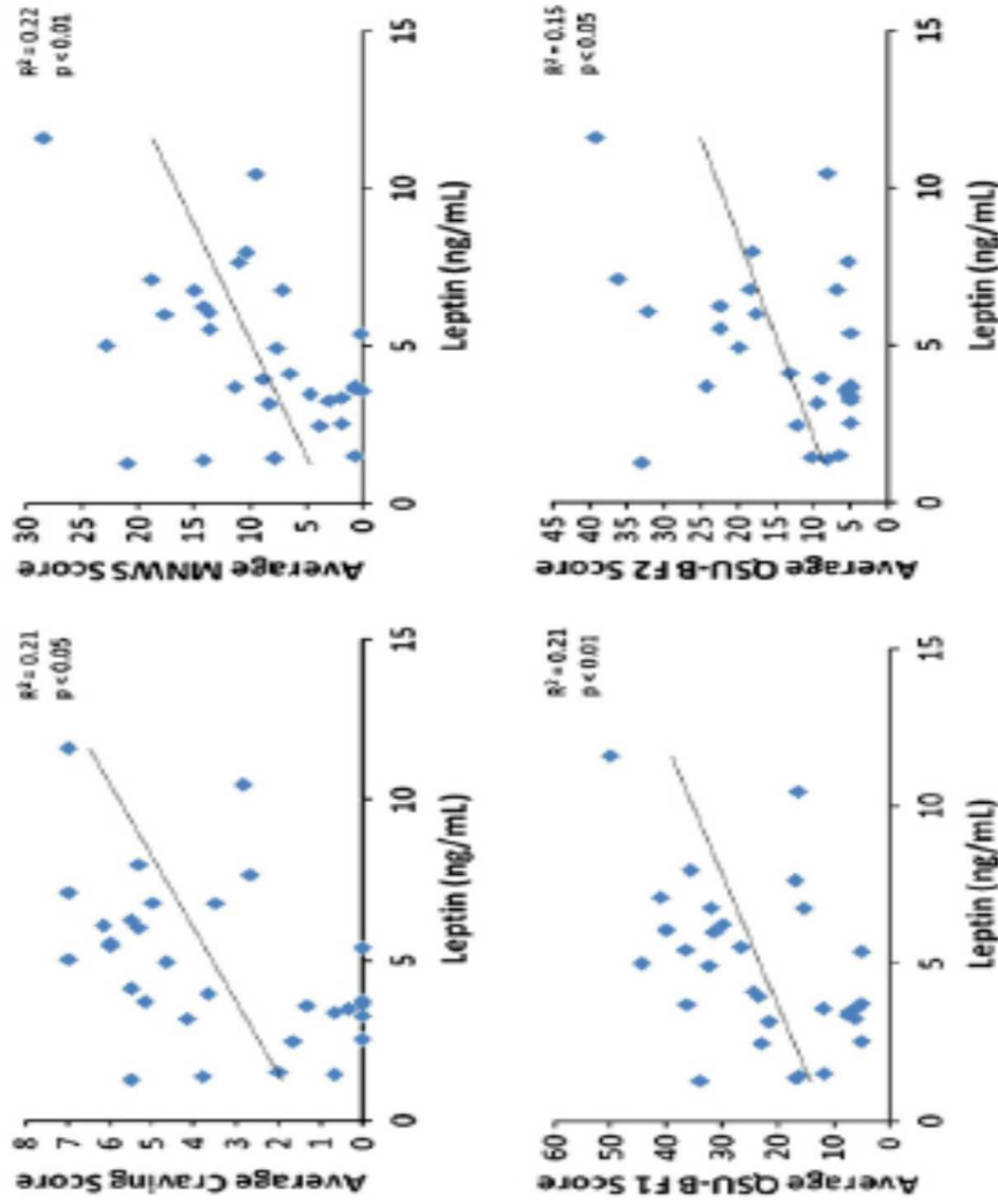


Fig. 1. Scatterplot depicting the relationship between leptin (ng/mL) and craving rating, MNWS, QSU-B F1 (Desire to Smoke), and QSU-B F2 (Relief of Negative Affect) score. All measures were collected after 24 h of verified abstinence. Note. MNWS = Minnesota Nicotine Withdrawal Scale; QSU-B = Questionnaire of Smoking Urges-Brief.

- **Modèle physiologique:**
 - **Abus de SPA et TCA ont pour conséquence des symptômes similaires (perte de poids, trouble de l'appétit, aménorrhée, insomnies, ...)**
 - **ces effets physiologiques ont des impacts sur la cognition et l'humeur.**

En pratique...

Repérage et implication
thérapeutique

Le repérage des TCA

- Assez simple chez l'anorexique mentale du fait de la maigreur
- Par l'interrogatoire chez les boulimiques et hyperphages
- Repérer le surpoids et l'IMC
- Échelle SCOFF validée en français: score $> 2/5$ révèle un TCA et doit faire envisager un traitement
- Autres éléments à prendre en considération: angoisses, troubles dépressifs, TOC, hyperactivité physique, préoccupations corporelles ...

Le repérage des TCA

- Questions à poser:
 - Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation?
 - Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec votre alimentation?
- L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Le Questionnaire SCOFF

Le questionnaire SCOFF est un outil qui permet de dépister les troubles alimentaires. Il se compose de 5 questions qui ont déjà fait leurs preuves.

Testé sur une population féminine, ce questionnaire s'est révélé très efficace en dépistant 85% des troubles alimentaires, tant dans le domaine de la boulimie que l'anorexie.

Les questions que composent ce questionnaire sont les suivantes :

- 1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien "l'estomac plein"?
- 2- Craignez d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?
- 4- Pensez-vous que vous êtes trop grosses alors que les autres vous trouve trop mince?
- 5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?

Seulement deux réponses positives à ce questionnaire révèlent des troubles alimentaires chez la patiente. Un traitement est donc envisagé.

Questionnaire of Eating and Weight Pattern Revised (QEWP-R)

1. Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des "crises alimentaires", c'est à dire de manger en une heure ou deux des quantités de nourriture que la plupart des gens considère comme importantes ou inhabituelles ?
2. Quand il vous est arrivé de manger de cette manière, avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas être capable de contrôler la façon dont vous mangiez ?
3. Durant les six derniers mois, en moyenne, combien de fois vous est-il arrivé de manger de cette façon (c'est à dire de grandes quantités de nourriture sans pouvoir vous contrôler) (il y a peut-être eu des semaines où cela ne vous est pas arrivé, mais essayez tout de même de donner une moyenne pour les semaines où cela vous est arrivé) ?

4. Lors de ces crises alimentaires, vous est-il arrivé de ressentir les impressions suivantes ?

- a) manger beaucoup plus rapidement que d'habitude ? OUI NON
- b) manger jusqu'à ce que vous vous sentiez "mal" ? OUI NON
- c) manger de grandes quantités de nourritures alors que n'aviez pas vraiment faim ? OUI
NON
- d) manger seul parce que vous étiez gêné(e) qu'on voit comment vous mangiez ? OUI
NON
- e) après ces crises alimentaires, vous sentiez-vous déprimé(e) ou dégoûté(e) de vous-même
ou très coupable d'avoir trop mangé ? OUI NON

5. Durant les six derniers mois, en général, vous sentiez-vous contrarié(e) d'avoir trop mangé
(c'est à dire de manger plus que ce que vous pensez être bon pour vous) ?

- Pas du tout contrarié(e) légèrement contrarié(e)
- Modérément contrarié(e) fortement contrarié(e) très fortement contrarié(e)

6. Durant les six derniers mois, en général, vous sentiez-vous contrarié(e) de ne pas
pouvoir vous arrêter de manger ou de pas être capable de contrôler votre façon de
manger ?

- pas du tout contrarié(e) légèrement contrarié(e)
- modérément contrarié(e) fortement contrarié(e)
- très fortement contrarié(e)

7. Durant les six derniers mois, quelle importance avez-vous accordé à votre poids ou à votre "ligne" pour le jugement (ou l'idée) que vous avez de vous-même ?

Mon poids ne me paraissait pas très important

Mon poids n'était qu'un des facteurs, parmi d'autres, pour le jugement que j'avais de moi-même

Mon poids était l'un des facteurs principaux pour le jugement que j'avais de moi-même

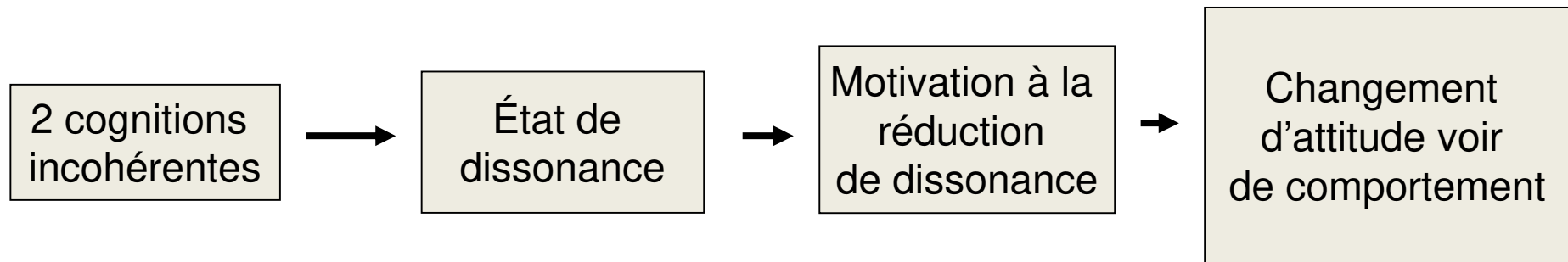
Mon poids était de loin le facteur le plus important pour le jugement que j'avais de moi-même

8. Au cours des trois derniers mois, après avoir trop mangé ou une crise alimentaire, vous est-il arrivé de faire une ou plusieurs des choses suivantes dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre ?

Prise en charge

- Conseil minimal et encouragement à l'arrêt
- Créer de la dissonance à la fois sur le comportement du tabagisme et alimentaire
- La maîtrise du poids doit être une composante majeure du programme tabagique (contrôler poids et IMC)
- Prise en charge interdisciplinaire (diététicienne, tabacologue, psychiatre...)
- Traitement des comorbidités psychiatriques+++

La dissonance cognitive (Festinger, 1957)



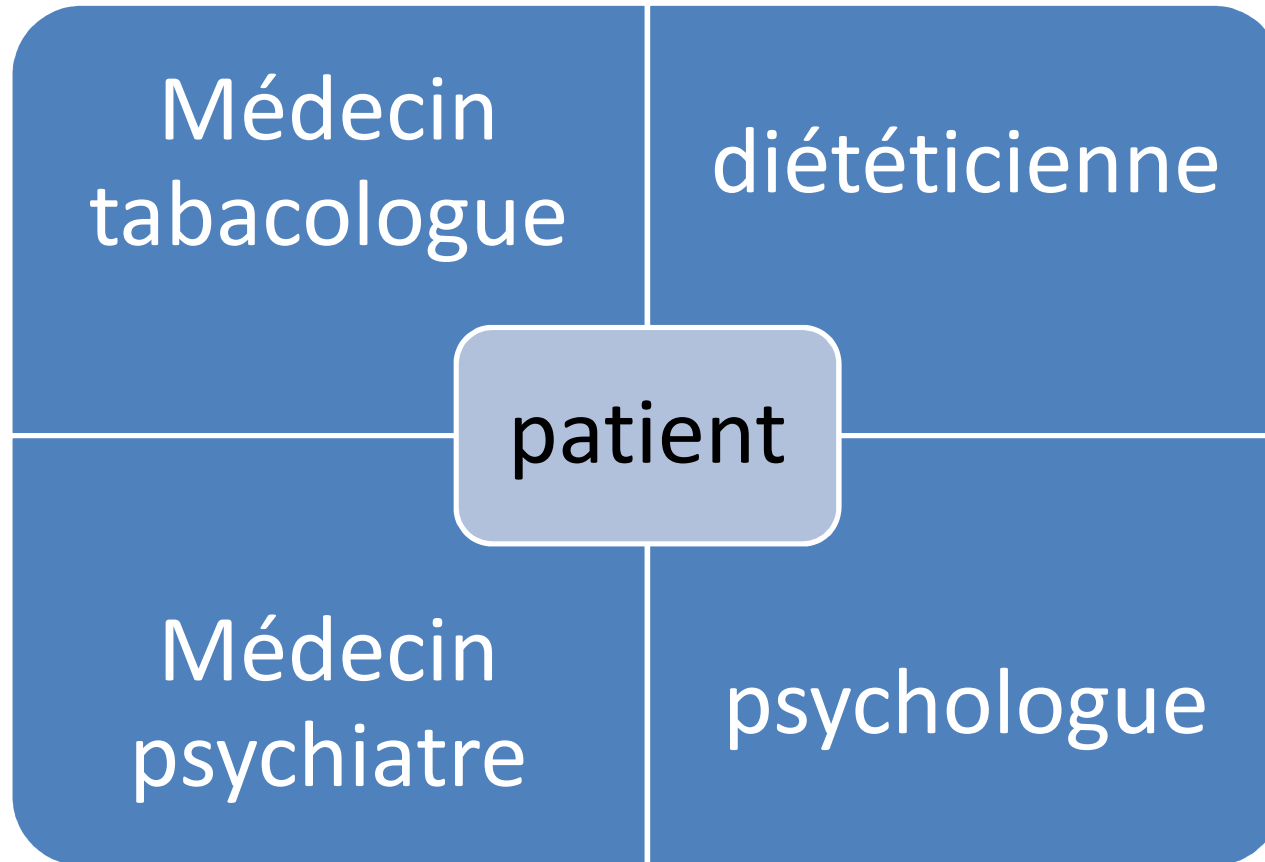
Efficace sur:

- l'obésité
- La dépendance à la cigarette
- La consommation excessive d'alcool (Binge drinking)
- Les pratiques sexuelles à risques
- Troubles du comportements alimentaires

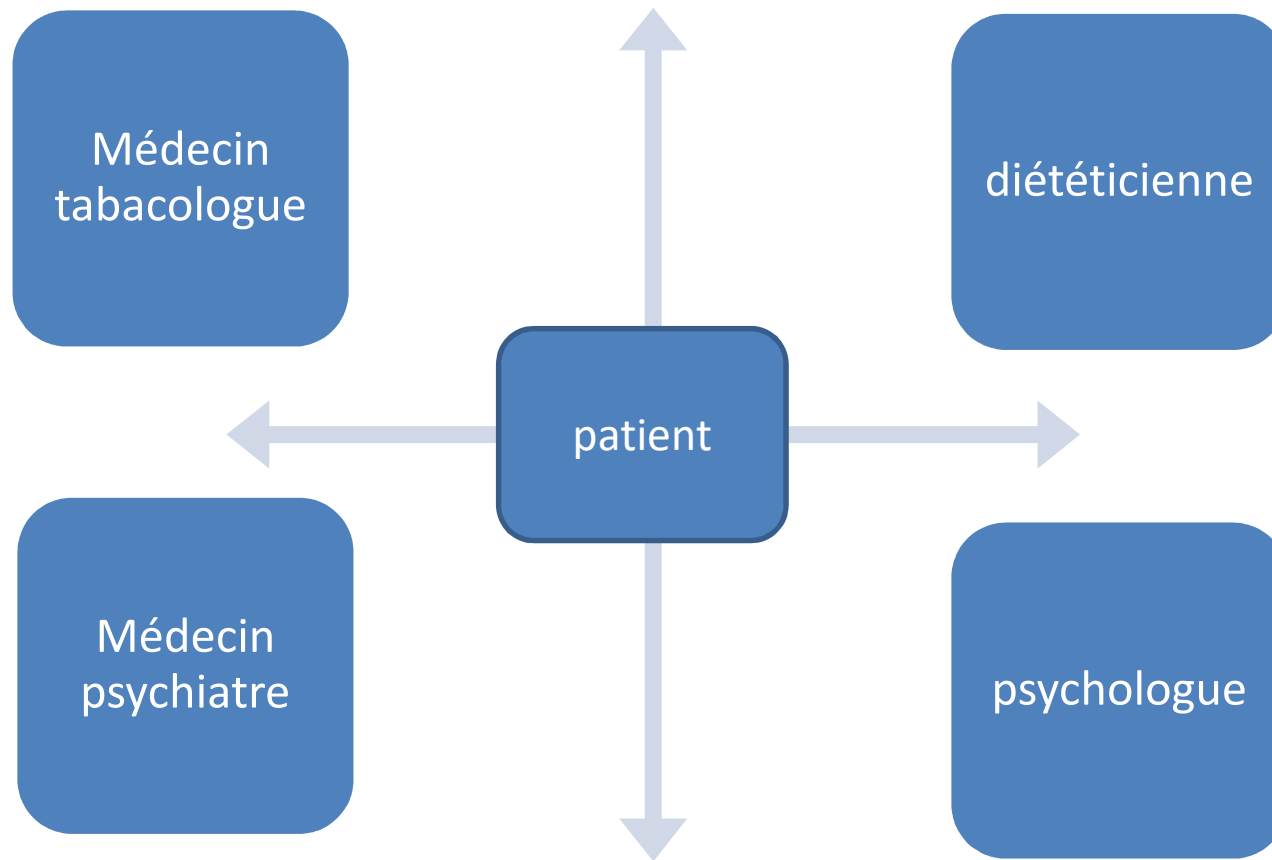
La prise en charge

- Nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire
 - iDE tabacologue
 - Médecin tabacologue
 - Psychiatre
 - Psychologue
 - Diététicienne
 - Prise en charge en groupe (thérapie cognitivo-comportementale afin de traiter les distorsions cognitives)
 - ...

Exemple d'une prise en charge interdisciplinaire



Exemple d'une prise en charge multidisciplinaire



Prise en charge du tabagisme chez les TCA

- Facteurs de risques de prise de poids à repérer chez les patients:
 - Conso > à 15 cig/j
 - Age < à 55 ans
 - Faible activité physique
 - IMC bas
 - Sexe féminin et surtout si alimentation restreinte
 - Prédisposition génétique
 - Comorbidités psychiatriques (et traitements associés)

Prise en charge du tabagisme chez les TCA

- Pas de recommandations en cours
- CI du bupropion chez patients TCA
- Intérêt majeur de la substitution nicotinique
 - Pallier au manque de nicotine
 - Limiter l'ouverture de l'appétit et les fringales afin de maîtriser au mieux les prises compulsives alimentaires (fringales liées au manque de nicotine)
 - Effets des substituts nicotiques sur le poids est dose dépendant (Gross J, 1989)

Prise en charge du tabagisme chez les TCA

- Interroger les malades sur les ATCD de compulsions alimentaires avant de les mettre au régime
 - Attention aux régimes trop hypocaloriques qui risquent d'entraîner des compulsions alimentaires
 - Favoriser les régimes isocaloriques plutôt qu'hypocaloriques si ATCD compulsions alimentaires
 - Apport suffisant en protéine mais pas excessif
- Évaluation de l'humeur du malade: si humeur instable ou dépressive, risque de compulsions alimentaires si régime trop strict

conclusion

- Le tabagisme:
 - Marqueur de comorbidité psychiatrique+++
 - Porte d'entrée pour le repérage de multiples pathologies
 - Les co-addictions **etles TCA**
- La mesure du **craving**: élément **fondamental à identifier**
 - Urgence à consommer
 - « trans-addictions »: substances et comportements
 - Marqueur de gravité de la maladie
 - Noyau unificateur des addictions?
 - Cible thérapeutique?

L'AGENT RESPONSABLE DE LA DÉPENDANCE

- LA NICOTINE
- Le manque provoque:
 - Irritabilité, anxiété, **faim, fringales**, incapacité de concentration, agressivité.

Les mécanismes physiologiques

- **La nicotine --> système sympathique --> catécholamines*:
perte de poids chez le fumeur**
 - **Augmentation de la lipolyse (réserves adipeuses)**
 - **Diminution de la lipogénèse, par inhibition de la
sécrétion d'insuline et action hyperglycémiant -->
Diminution de la prise alimentaire, -->
Perte de masse grasse.**
 - **Augmentation des dépenses énergétiques pour un
même travail musculaire (augmentation de la
thermogenèse)**
- **Diminution du goût et de l'odorat (sauces, sel). Le fumeur
mange moins de légumes et de fruits.**
 - ***(Grunberg, 1988; Cryer et al., 1976)**

Les mécanismes physiologiques

- **Les conséquences de l'arrêt:**
 - Diminution des dépenses énergétiques
 - Augmentation de la lipogénèse (augmentation de l'insuline)
 - Retard d'apparition de satiété et augmentation de l'appétit

Les mécanismes physiologiques

- **Fringales, pulsions sucrées: mécanismes possibles:**
 - **Augmentation de l'insuline: hypoglycémie**
 - **Mécanisme central: la diminution de la nicotine entraîne une baisse de sécrétion de sérotonine, provoquant les pulsions sucrées.**
 - **La nicotine freine l'appétit: réduction des sensations de faims par diminution des contractions**

Les mesures préventives

- **Les 4 stratégies du traitement:**
 - **La diététique**
 - **les traitements: nicotine, (bupropion), varenicline**
 - **les stratégies comportementales et cognitives (analyse et reconnaissance des compulsions, pour les prévenir)**
 - **L'exercice physique: INDISPENSABLE**

Les mesures préventives

- **Les thérapies comportementales et cognitives**
 - Encourager
 - Image corporelle
 - Bien être physique pendant le sport et en dehors
 - Prévenir les fringales
 - analyser la durée des envies
 - gestion du stress
 - Avoir des palliatifs peu caloriques
 - Savoir reconnaître la satiété (arrêter de manger quand on n 'a plus faim)

Melle Audrey D, 29 ans

- Adressée à la maternité à la consultation psychiatrie par medecin tabacologue
- Actuellement en démarche de FIV, on lui a conseillé d'arrêter le tabac
- Tabac arrêté depuis 2 mois avec champix, conjoint également, tous les 2 suivis pas tabacologue
- Demande de l'aide car poids fluctuants en lien avec compulsions alimentaires sur fond de cyclothymie

- ATCD:
- - suivie psychiatrique (2 psy différents à 2 moments de sa vie).
Traitement par epitomax pour les compulsions alimentaires
pdt 2 ans. Arret du suivi.
- Coliques néphrétiques
- HPV traité par laser
- Extraction dents de sagesse
- 2 FC à 3 SA et 8 SA. La 2^{nde} fausse couche a été suivie d'un
arret de W de 4 mois

- ATCD familiaux

- Père non suivi, stressé (tient un bar), peu présent, tendance paranoïaque. Se plaint de l'absence d'affects chez lui
- Mère dépressive
- 2 tantes paternelles bipolaires traitées par lithium
- 1 cousine bipolaire

- Parents divorcés quand elle avait 4 ans.
- Fratrie de 3 est la cadette
- Père remariée, entente moyenne avec sa belle mère
- Mère n'a pas refait sa vie, habite vers chez elle
- 1 frère et 1 sœur vont bien, sans enfant
- Profession: actuellement sans emploi, était ds la vente de matériel médical, puis burn out. Souhaite faire une formation dans l'esthétique

- Début des troubles vers 5 ans.
- Mangeait par compulsion
- Variations pondérales de 20 kg
- Tabac démarré à 13 ans
- Actuellement ne maîtrise pas ses compulsions, se plaint d'une augmentation de l'appétit depuis arrêt du tabac
- Craving persistants mais le gère avec 1 cp de champix à la demande

- Décrit une labilité émotionnelle
- Humeur plutôt basse actuellement, pleure facilement.
- Ruminations
- Traits obsessionnels (argent, peur de manquer,...)
- « mon cerveau n'est jamais en repos »

- Quelle conduite à tenir?