TABAC ET TCA

Docteur Nathalie MICHEL

ARCA Sud

SANTÉ ET ADDICTION

MOIS SANS TABAC

INTRODUCTION

- Début du mois sans tabac
- Problème de santé publique
- Pourquoi ce focus tabac/TCA
  - plusieurs études attestent d’un lien entre tabac et tca: 2 fois plus de TCA chez les patientes fumeuses/population générale (JohnU, 2006)
  - fumer est souvent associer avec le contrôle de l’appétit et donc du poids
  - sous diagnostic des TCA

PLAN

Rappels

Focus tabac

Focus TCA

Les liens

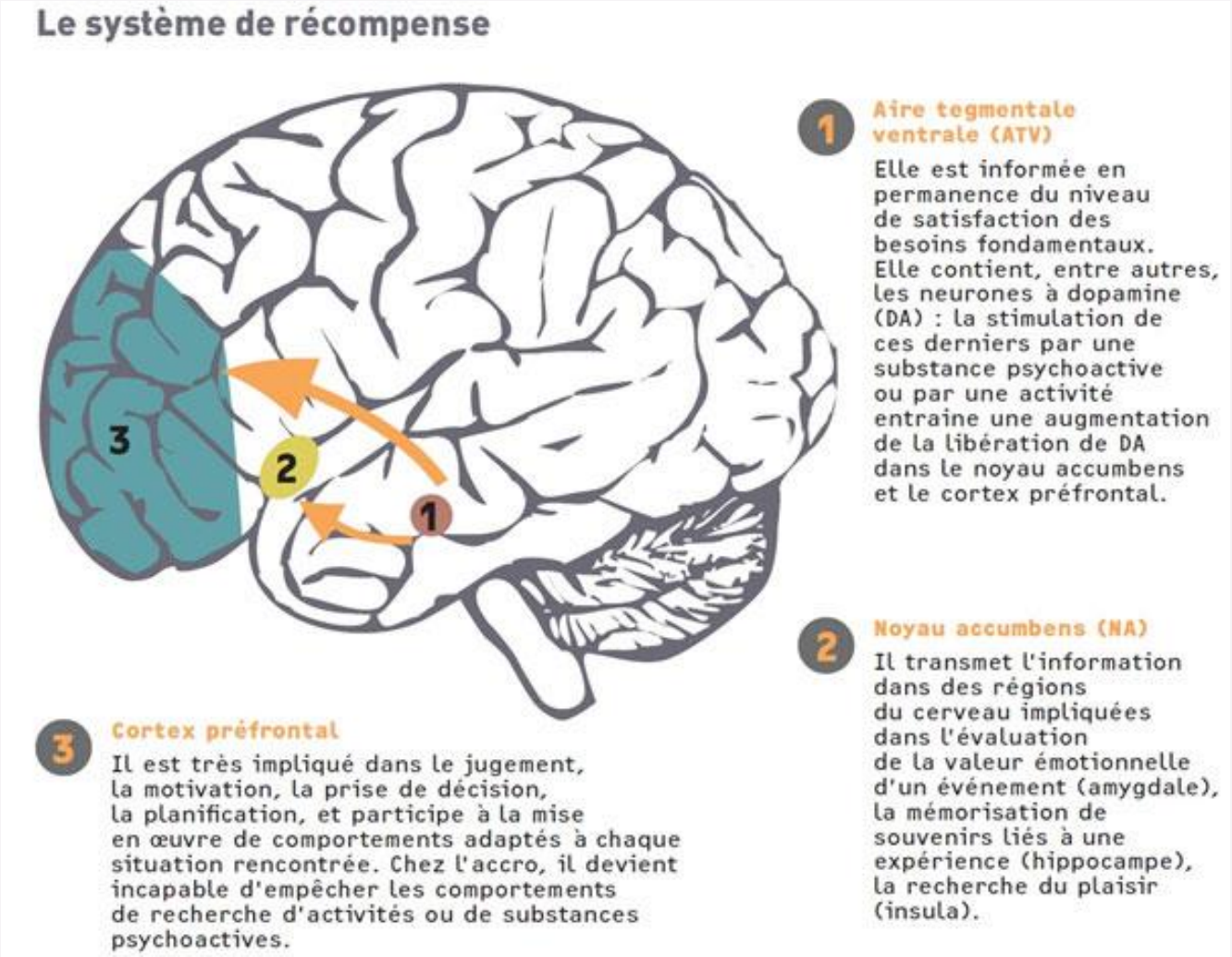
Les conséquences sur la pec

RAPPELS

- Définition de l’addiction

  "L’addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l’usage compulsifs de substance ou d’un comportement, malgré la connaissance de ses conséquences nocives."

- Addiction avec et sans substances (ou comportementales)
- En débat actuellement pour les TCA…
- Concept de codépendance



CIRCUIT DE LA RECOMPENSE

LE TABAC substance addictive principale: la nicotine

TABAC

Quelques données épidémiologiques

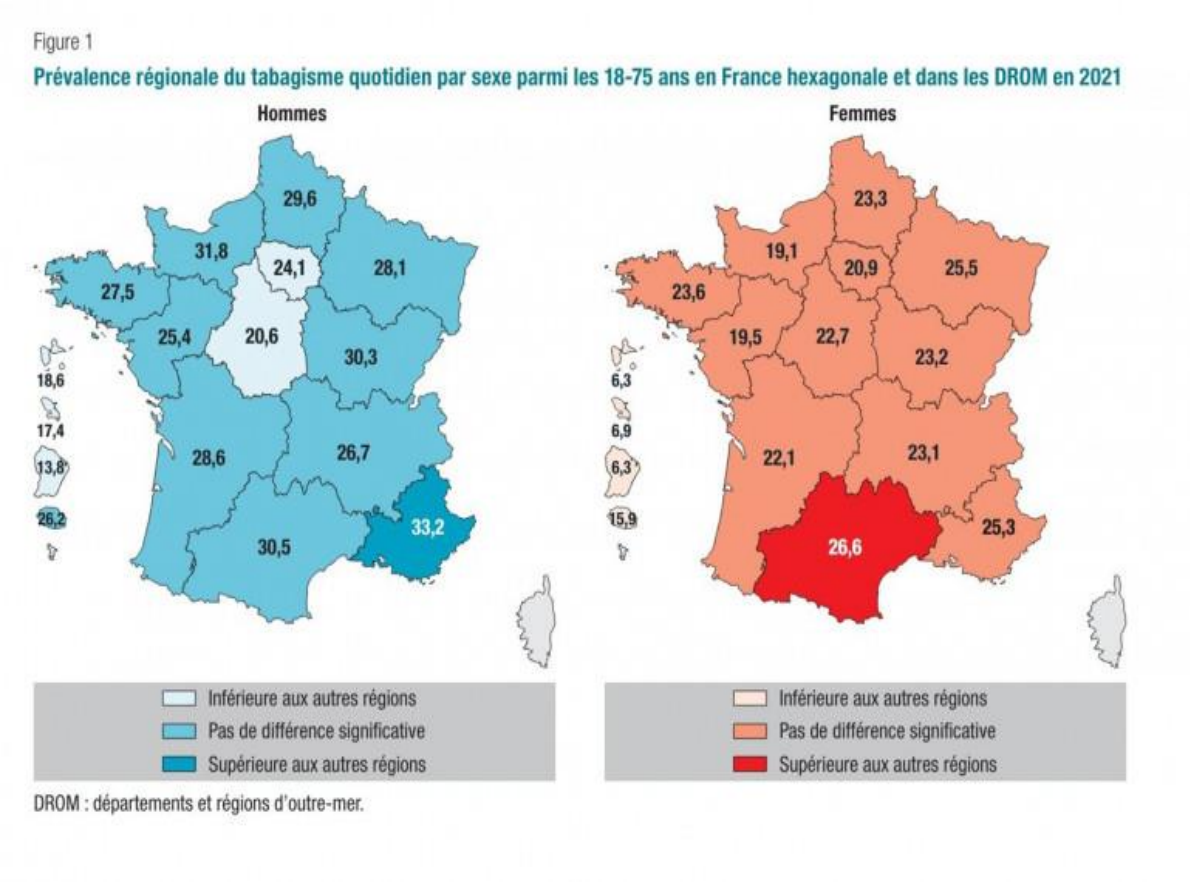
- Première cause de mortalité évitable dans les pays industrialisés
- En France hexagonale, les prévalences régionales du tabagisme quotidien en 2021 variaient de 20,6% à 33,2% chez les hommes et de 19,1% à 26,6% chez les femmes selon le Baromètre de Santé Publique France
- Pourcentage de fumeuses a doublé entre 2000 et 2015

TABAC en PACA
Données du BEH, Santé publique france

- Prévalence plus élevée que dans les autres régions (33,2%)
- Spécificités régionales du tabagisme

  culturelles?

  différences socio-économiques?
- Moins de motivation à l'arrêt que dans les autres régions
- Taux stable depuis 2010



TABAC

- Fumer est souvent associé à l’idée de contrôle du poids, de minceur, de réduction de l’appétit
- Sur le plan physiologique

  anorexie vraie

  augmentation métabolisme de base

  diminution des sensations olfactives et gustatives
- 50% des femmes et 26% des hommes craignent une prise de poids (Clarck et al 2006)
- Cause la plus souvent citée à l’arrêt, risque de rechute (Cabanac et al 2002)
- Plus de motivation à l’arrêt lorsque peu de préoccupations corporelles (HJ Aubin et al 2009)

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- Perturbation de l’alimentation ou du comportement lié à l’alimentation

Perturbations significatives et durables de la prise alimentaire

Comportements afin d’éviter l’absorption

Conséquences nuisibles sur la santé physique et/ou psychique

- Notion de seuil pathologique
- L’étiopathogénie des TCA mal connue, origine multifactorielle
- Facteurs de vulnérabilité (« terrain » génétique et/ou anomalies biologiques préexistantes)
- Facteurs déclenchants (moqueries au sujet du poids, régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et œstrogènes)
- Facteurs d’entretien (déséquilibres biologiques induits par le trouble, « bénéfices relationnels » vis-à-vis de l’environnement).
- Différents types TCA: anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique

ANOREXIE MENTALE

- Prévalence: 1,4 % chez les femmes et à 0,2 % chez les hommes (sex-ratio 1 homme pour 8 femmes)
- Début entre 15 et 25 ans
- Taux de mortalité élevé: environ 5 % 10 ans après le début de la maladie
- Taux de suicide associé le plus important de toutes les maladies psychiatriques

ANOREXIE MENTALE DSM-5

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas.
- Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie),faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle) ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.
- TYPE RESTRICTIF

Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l’exercice physique excessif.

- TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF

Au cours des 3 derniers mois : présence de crises d’hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs

ANOREXIE MENTALE
Comportements associés

- Restriction alimentaire, sélection des aliments
- Vomissements provoqués: la plus fréquente des stratégies de contrôle, avec risque d’hypokaliémie pourvoyeuse de troubles du rythme cardiaque.
- Prises de laxatifs fréquentes, pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et à une hypokaliémie.
- Prises de diurétiques, coupe-faim, hormones thyroïdiennes ou dérivés des amphétamines.
- Potomanie: consommation excessive et souvent compulsive de liquides non caloriques.
- Hyperactivité physique, expositions accrues au froid

BOULIMIE

- Fréquence 1,9% chez les femmes, 0,6% chez les hommes
- Comorbidités psychiatriques et addictives fréquentes

  troubles addictifs dans 30 à 40 % des cas (alcool, tabac, médicaments anxiolytiques)

  épisode dépressif caractérisé (très fréquent)

  trouble bipolaire (plus rarement)

  personnalité borderline

  troubles anxieux et phobie sociale

BOULIMIE DSM-5

- Survenue d’épisodes récurrents d’hyperphagie incontrôlée, c’est-à-dire:

  - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (moins de 2h);

  - associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s’arrêter.

- Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
- Fréquence moyenne d’au moins 1 fois par semaine durant au moins 3mois.
- L’estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.
- Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d’une période d’anorexie mentale

HYPERPHAGIE BOULIMIQUE DSM-5

- Survenue d’épisodes récurrents d’hyperphagie incontrôlée:

  - prises alimentaires largement supérieures à la moyenne, par exemple en moins de 2h;

  - associées à une impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s’arrêter.

- Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants:

  - manger beaucoup plus rapidement que la normale;

  - manger jusqu’à éprouver une sensation pénible de distension abdominale;

  - manger de grandes quantités de nourriture en l’absence d’une sensation physique de faim;

  - manger seul parce que l’on est gêné de la quantité de nourriture que l’on absorbe;

  - se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

- Détresse marquée en lien avec l’existence de cette hyperphagie.
- Les épisodes d’hyperphagie se produisent au moins 1fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.
- Le trouble n’est pas associé à l’utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c’est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l’anorexie mentale

LIENS???

EN COMPARAISON

TABAC

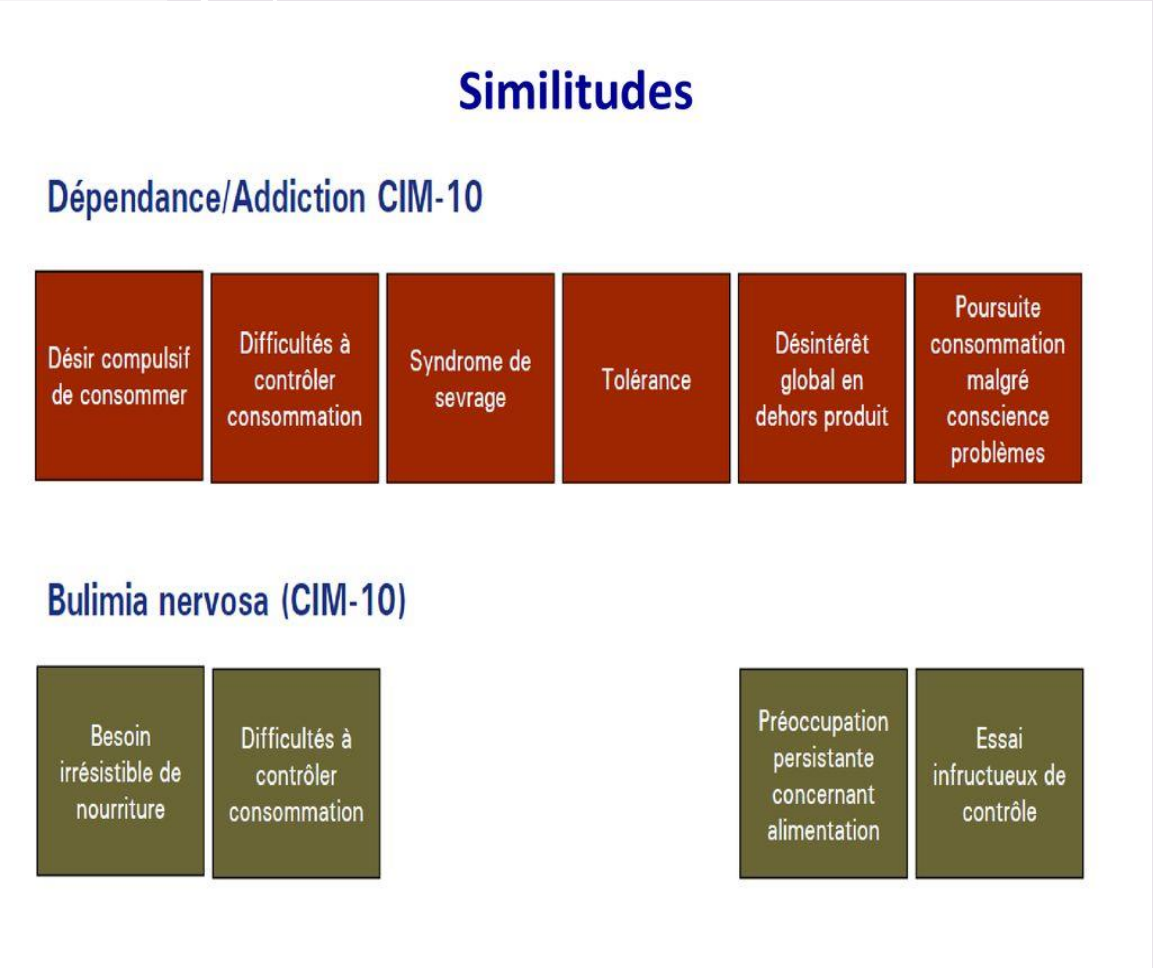
- Eléments sociaux (groupe, valorisation,⋯)
- Eléments sensoriels: plaisir olfactif et gustatif pour la fumée
- Eléments émotionnels: gestion des émotions (angoisse, tristesse,⋯)

TCA

- Eléments sociaux: valorisation par gestion du poids et image corporelle
- Eléments sensoriels: plaisir procuré par le jeûne ou la compulsion
- Eléments émotionnels: anxiété, dépression, estime de soi

Dans la boulimie

- Perte de contrôle
- Craving
- Utilisation compulsive
- Conséquences négatives
- Connaissance du trouble



UN SIMPLE LIEN OU UNE CO-ADDICTION?

Plusieurs hypothèses

- **Autorégulation par l'auto-médiation:** « traiter » une pathologie sous-jacente (Khantzian, 1997; Schoemaker et al., 2002), apaiser le « chaos intérieur » (Barbarich-Marsteller et al., 2011)
- **Facteurs de risque**: perfectionnisme, impulsivité, recherche de nouveauté etc.. (Minhas et al., 2021; Schulte et al., 2016)
- **Maintien d'un TCA avec une substance:** caféine, nicotine et stimulants peuvent réduire l'appétit et ainsi maintenir la restriction calorique mais aussi masquer la fatigue intense liée à un faible IMC (Striegel-Moore et al., 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.

Anzengruber D, 2006

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 binging 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

DONNEES DE LA LITERRATURE

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

	p	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]

Krug I, 2008

DONNEES DE LA LITERRATURE

DONNEES DE LA LITERRATURE

Il existe donc un lien entre tabagisme et TCA

Liens sont mieux établis chez la femme

TCA à forme compulsive

Formes restrictives fument moins, moins longtemps

Méta-analyse Devoe et al (2021) sur 52 études

(1) les taux de prévalence des comorbidités entre les TCA et les TUS ou la consommation de substances,

(2) la prévalence des TUS et de la consommation de substances par type de TCA

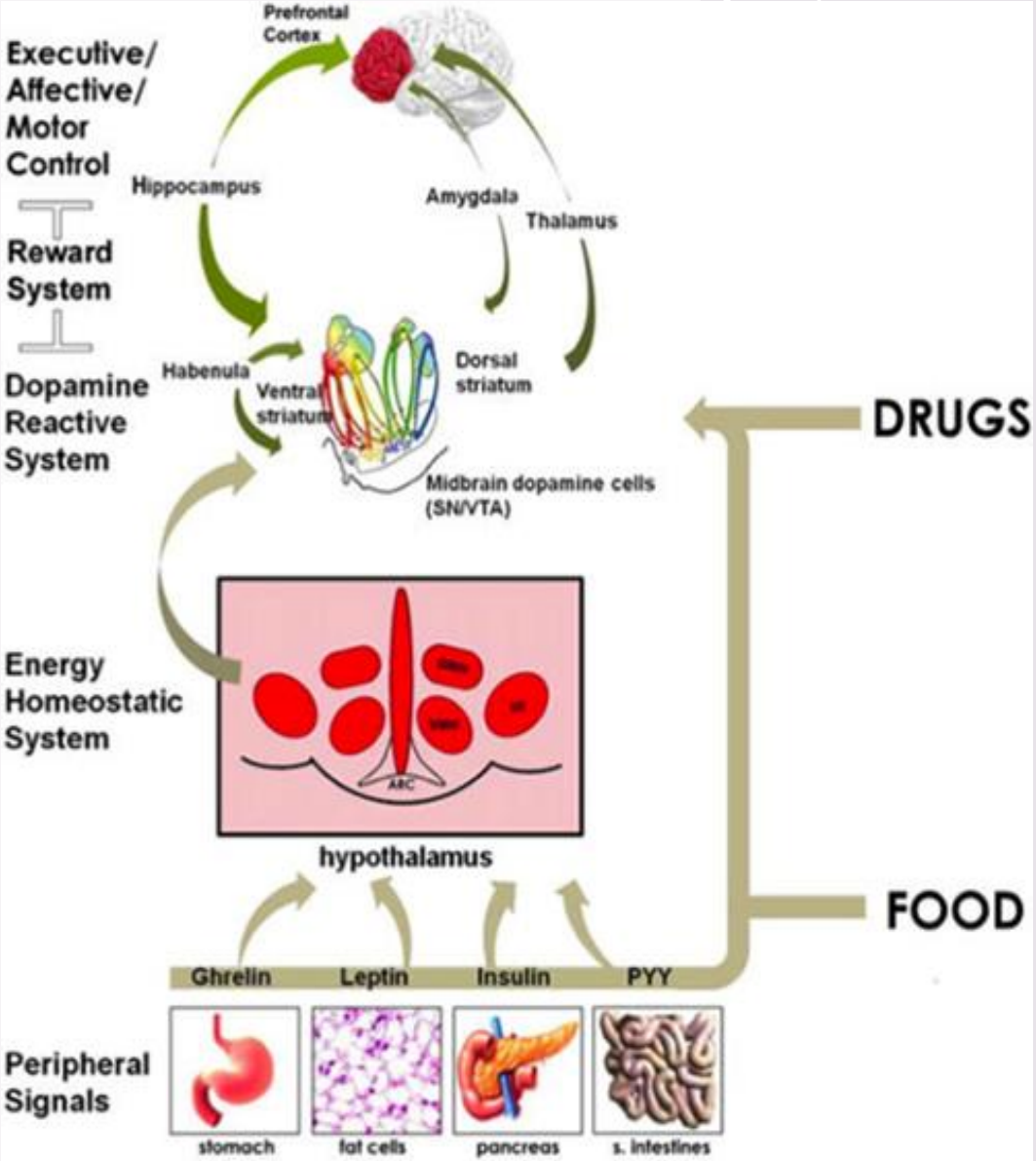
(3) évaluer la qualité des écrits sur ce sujet

Résultats

prévalence globale de la consommation de substances parmi les troubles de l'AM était de 20 % (comprenant : la caféine (37 %), l'alcool (29 %), le tabac (25 %), le cannabis (14 %) et les stimulants (14 %))

prévalence globale de tous types de **TUS** était de 16 %, (y compris l'abus ou la dépendance aux médicaments (7%), à l'alcool (10%), au cannabis (6%) et aux amphétamines (5%))

la consommation de drogues parmi la population mondiale âgée de 15 à 64 ans est estimée à 0,71% (Drugs & Crime, 2019)



CIRCUIT DE LA RECOMPENSE ET NOURRITURE

- Perturbation du système dopaminergique
- La ghréline favoriserait l'activation du circuit de la récompense
- Concentration basale de ghréline inversement proportionnelle aux réserves énergétiques
- AC peptides orexigènes

PRISE EN CHARGE

CONSEQUENCES PHYSIOLOGIQUE DE L’ARRÊT DE LA NICOTINE

- Diminution des dépenses énergétiques
- Augmentation de la lipogenèse (augmentation de l’insuline)
- Retard d’apparition de satiété et augmentation de l’appétit
- Diminution taux de sérotonine
- Fringales

PRISE EN CHARGE

Rechercher les TCA par l'interrogatoire

Calcul de l'IMC

Possible utilisation d'échelles diagnostic

Evaluer angoisse, thymie, TOC, TDAH,…

Encourager l'arrêt

Créer de la dissonance entre les deux comportements

PRISE EN CHARGE

Multidisciplinaire

- IDE ou médecin tabacologue
- Psychiatre
- Psychologue
- Diététicien

LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

PRISE EN CHARGE

- Facteurs de risques de prise de poids à repérer
- ATCD de compulsions alimentaires
- Evaluation thymique
- Contre-indication du bupropion
- Intérêt majeur des TSN

TABAC ET TCA

Docteur Nathalie MICHEL

ARCA Sud

SANTÉ ET ADDICTION

MOIS SANS TABAC

04 88 92 68 88

www.arca-sud.fr