

# Troubles Psychiatriques Méconnus et Dépendance Tabagique

*G. Lagrue – Hôpital Albert Chenevier – Créteil 94*

*D. Touzeau – Clinique Liberté – Bagneux 92*

**BREST – novembre 2009**

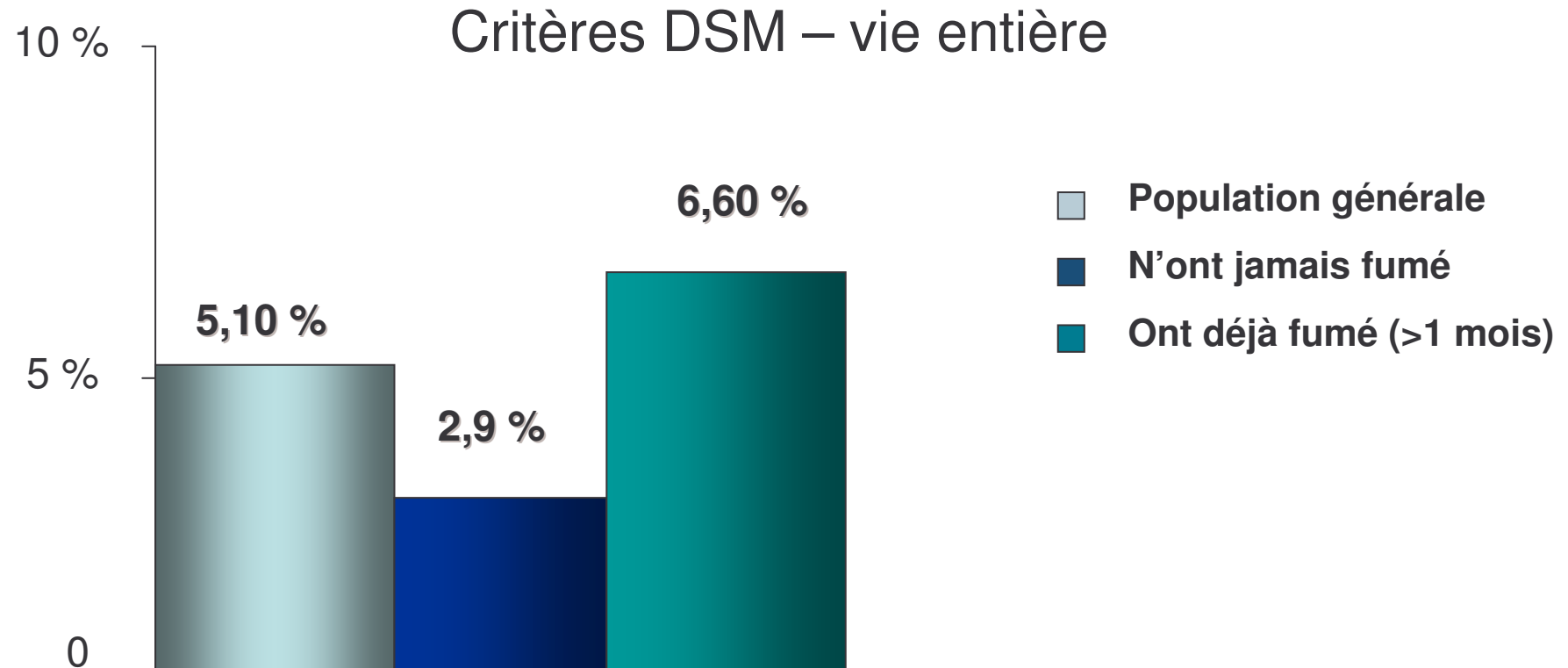
# Fréquence du Tabagisme en pathologie psychiatrique

Hughes (1988) - Consultation Psy.

<b>Schizophrénies</b>	<b>88 %</b>
<b>Troubles Bipolaires I et II</b>	<b>70 %</b>
<b>Dép. majeure</b>	<b>49 %</b>
<b>Tr. anxieux</b>	<b>47 %</b>

# Prévalence de la Dépression chez les fumeurs

Glassman et al (1990) JAMA



Prévalence de la dépression en %

# Valeur pronostique de la dépression chez les fumeurs - CES - D ( 0 - 60 )

R. Anda, Jama - 1990 , 264 : 1541 - 45

Pourcentage d'arrêt	à 4 ans	à 9 ans
Etat dépressif présent à J 0	→ 4 %	10 %
Absence d' état dépressif à J 0	→ 8 %	18 %

**C.S. Pomerlau**  
**Ann. Behav. Med. 1994 ; 16 : 117**

Arrêt sans intervention pharmaco. : synd. de sevrage (DSM)  
avec antécédent Dépression

- syndrome de sevrage plus intense
- pourcentage d'arrêts : inférieur
- état dépressif après arrêt : fréquent → *cause de reprise*
- Gravité à long terme : *complications – cancers, BPCO, accidents CV.*

# Caractéristiques des EDM post-sevrage

Glassmann ( Lancet 2001 ; 357 : 1929-32)

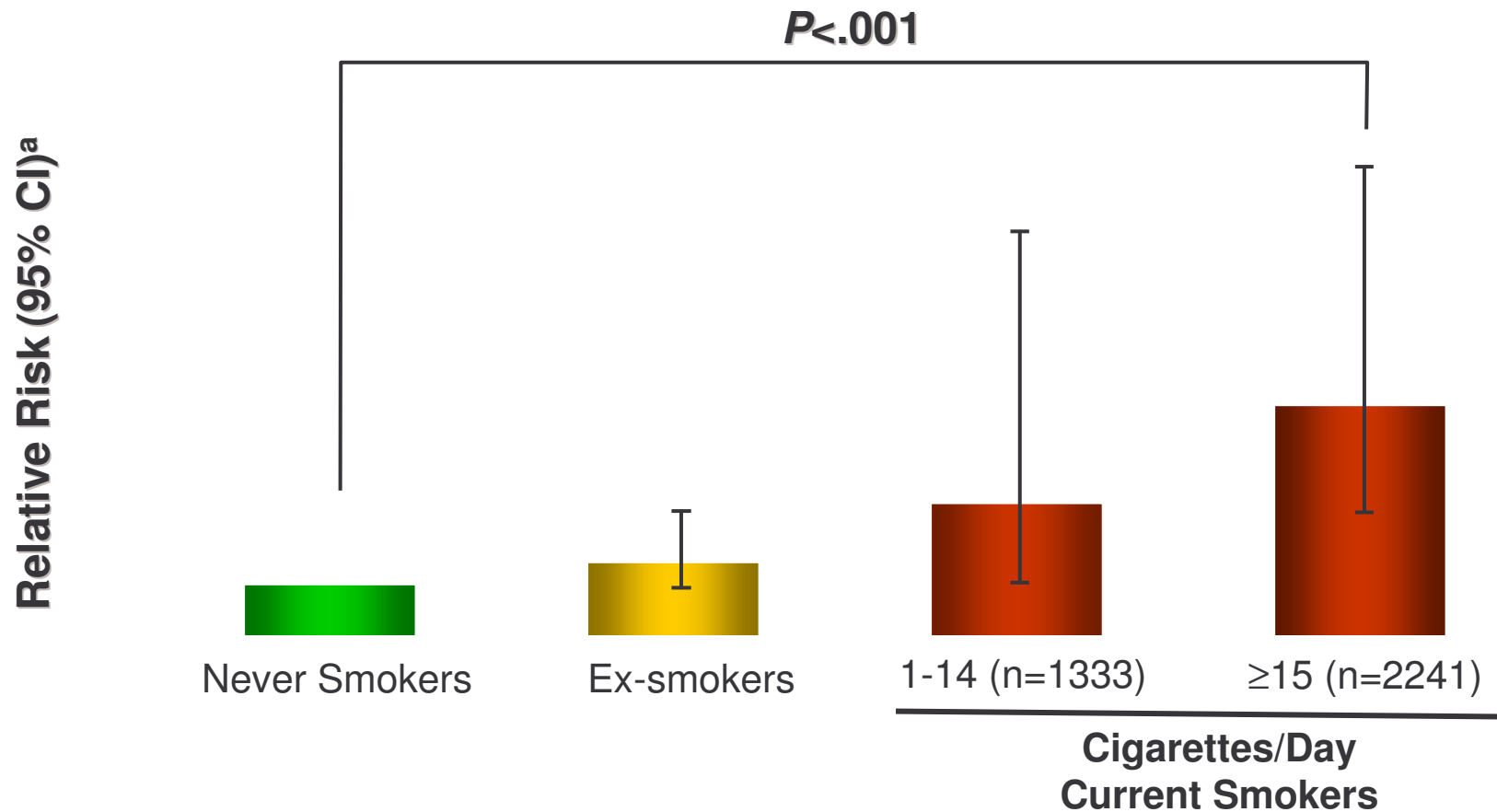
- 100 F sans Tr. dépres. appar. avec antéc. d 'EDM
- Tentative d 'arrêt avec Sertraline/placebo (11semaines)
- EDM après arrêt : Placebo = 9/21 (43 %)  
Sertraline = 4/21 (19 %)
- 9 F. placebo : Tr. de l 'humeur reprise cigarettes  
= amélioration rapide
- Conclusions : Arrêt tabac : vulnérabilité pour EDM

Traitement psychotrope nécessaire

# Augmentation du risque suicidaire chez les fumeurs

## RR de suicide par rapport aux NF

Miller et al. *Am J Public Health*. 2000;90:768-773. ■



# Tentatives de suicides ( J. Perriot)

Tabagisme	Tabac + cannabis	Tabac + alcool	Tabac + Cannabis + Alcool
<b>4,6 %</b>	<b>11 %</b>	<b>11 %</b>	<b>17 %</b>

# Association entre Tabagisme et anxiété Dépression chez l'adolescent.

## Ce lien existe dès l'adolescence

G.C.Patton, Amer J.Public health 1996, 86: 225-230

Clinical Interview Schedule (CIS) – Mal - être

## Scores CIS

	-	+	++
Filles fumeuses	<b>29 %</b>	<b>25 %</b>	<b>46 %</b>
Garçons fumeurs	<b>59 %</b>	<b>17 %</b>	<b>24 %</b>

## **H. Sonntag ( Eur. J.Psychiatry, 2000; 1 : 67-74 )**

3000 Ado de 14 à 24 ans (suivi à 1 an 1/2 - 3 ans)

Phobie sociale **7,2 %**

### **– Dépendance Tabagique ( DSM IV)**

**– Absence de PS 15 %**

**– Phobie sociale 31 %**

**Rôle important dans le tabagisme des ado.**

# Fréquence des troubles psy. chez les fumeurs

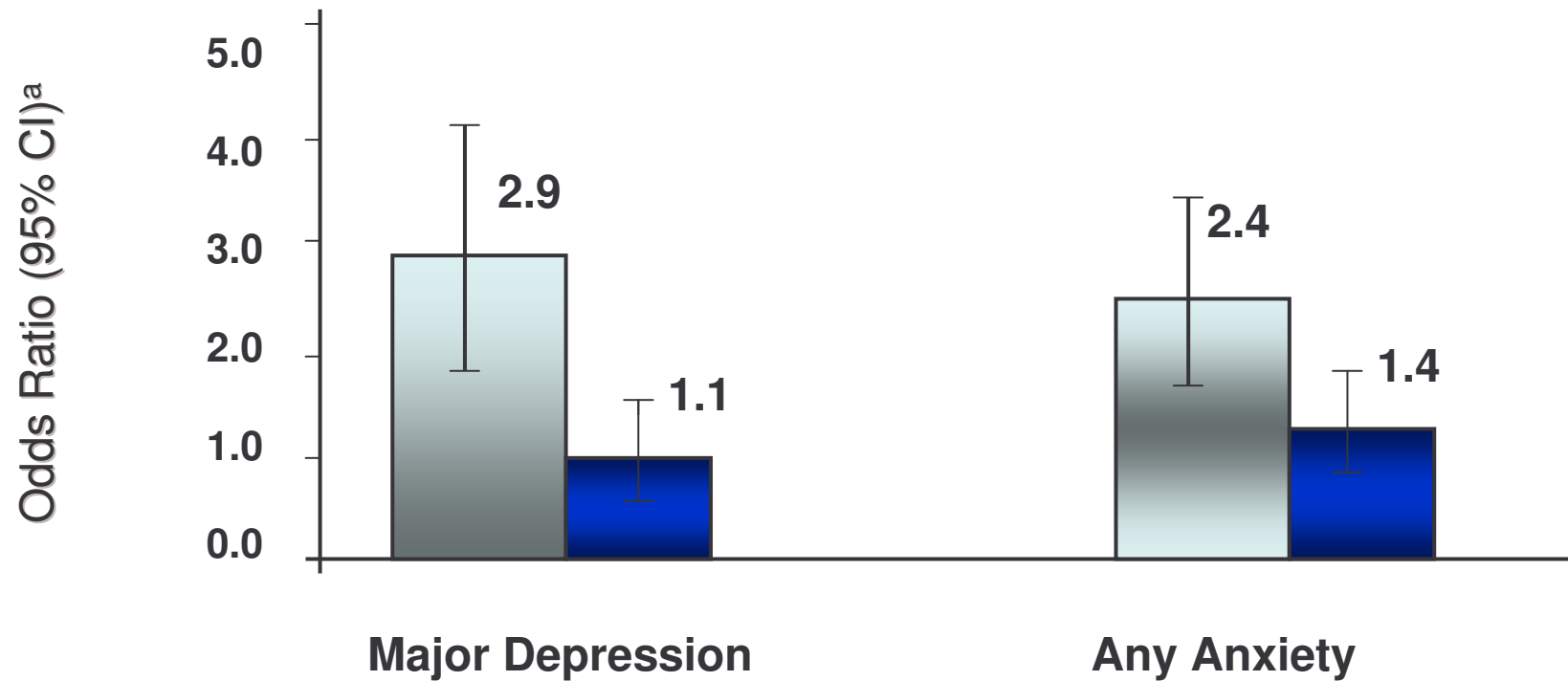
*A. Schumann- Europ. Addiction Research - 2002*

Population générale : 4075 sujets - âge moyen 42 ans  
F. Actuels 37 % dont 39 % dépendants

Diagnostic sur critères DSM  
*F. dépendants vs F. non dépendants (O.R)*

<b><u>Tr. de l'humeur</u></b>	<b>1,9</b>	<b><u>Tr. anxieux</u></b>	<b>2,1</b>
		<b>Anx. génér.</b>	<b>1,8</b>
<b>Dépr. majeure</b>	<b>1,7</b>	<b>Phobie Sociale</b>	<b>2</b>
<b>Dysthymie</b>	<b>1,5</b>	<b>TOC</b>	<b>2,8</b>
<b>Tr. bipolaire I et II</b>	<b>4,7</b>	<b>Tr. panique</b>	<b>2,2</b>
		<b>Agoraphobie</b>	<b>1,6</b>

# Troubles psychiatriques chez les fumeurs dépendants versus non dépendants



Breslau. *Behav Genet.* 1995;25(2):95-101.

# Intérêt Pronostic à 6 mois

*(Jean Perriot)*

	Abstinence	Echec
Tr. Dépressifs Vie entière	<b>36 %</b>	<b>64 %</b>
Tr. Anxieux Actuel	<b>40 %</b>	<b>60 %</b>
Tr. Bipolaires	<b>35 %</b>	<b>65 %</b>

# Troubles psychiatriques et Dépendance tabagique

## Cause ou conséquence?

- Association non fortuite
- Trouble Psy : facteur favorisant  
*chronologie et dépression postsevrage*
- D.T. / facteur de tble Psy : Neuroadaptation  
*DT prolongée : Panique et dépression*  
*Codépendance (alcool, cannabis)*
- Stress posttraumatique → *Syndrome anxio dép*  
*Tabac et autres SPA*
- Facteurs génétiques communs DT et dépression

## **200 Consultants (2002)**

*Hôpital Albert Chenevier – Créteil*

F. Avec Dépendance Tabagique 85 % fag  $\geq$  5  
(absence de Tr. Psy année précédente)

Diagnostic sur le MINI (Vie entière) 34 % BDI > 9

- **Antéc. EDM** **73 %**
- **EDM actuel** **23 %**
- **Dysthymie** **9 %**
- **Phobie sociale** **26 %**
- **Agoraphobie** **18 %**
- **Stress post-traum.** **13 %**
- **BP II** **9 %**
  
- **Tr.anx-dépressifs** **> 50 %**

**Correlation Tr. Anx. Dép – HAD (Jean Perriot)**

# **Autres troubles psychiatriques fréquents**

- Les états dépressifs bipolaires :
  - le spectre bipolaire
- Les troubles extériorisés :
  - Tr. des conduites
  - Tr. Hyperactivité avec déficit attention

**Existent dès l'enfance et l'adolescence**


# Tr. extériorisés

- Début Enfance et Adolescence
- THADA : 5 à 6 % enfants → adulte 1 sur 2
- Tr. des conduites, Tr. oppositionnel
- Persistance possible chez l'adulte
- Evolution : autres Tr.Psy : BP, Pers. Antisoc.
- Précède le Tabagisme :
  - + fréquent, + intense, + durable
  - fréquence des polyconsommations
  - RR = 2 à 4 fois

# Le Spectre Bipolaire

Angst J. Bipolar disorders 2002 ; 41 sup 1 :11-14

Hantouche E.– Akiskal H. - J . Affect. Disorders 2003 ; 73 : 39-47

- BP I - Maniaco Dépressif : MD  Psychiatrie
  - BP II – Hypomanie Dm : fond dépressif chr.  
périodes " hautes " ?
  - BP Ila – Cyclothymie : dm  
tous deux souvent méconnus
- } 4 %
- } 4/5 %

40 à 50 % des états dépressifs  BP

**En Tabacologie :**

**combien de Dépressions bipolaires méconnues**

# Caractéristiques des Dépressions Bipolaires

- Début : ado, adulte jeune – Dépr « mixte », récidivante
- Des hauts et des bas sur fond chr.
- Antidépresseurs mal tolérés : agitation, insomnie
- Biographie difficile :
  - échec scolaire, tr. du caractère, difficultés prof., TS
  - addictions : Tabac, Cannabis, Alcool...
- Antécéd. familiaux : facteur génétique
  - Tr. Psy. Multiples. Ts et suicides, addictions

# VULNERABILITE PSYCHOPATHOLOGIQUE

## IMPORTANCE DES DIFFÉRENTS FACTEURS

*P. Rohde* – Nicotine Tobacco Research 2004 ; 6 : 119-132

**Ados 14-18 ans : T. débutant, irrégulier**  
**1 an + tard : évolution → T. régulier**

<b>facteurs favorisants</b>	<b>OR</b>
- Etat dépressif	1,5
- Personnalité « limite »	1,8
- THADA	3,8
- <b>Tr. des conduites</b>	<b>16,3</b>
- Alcool aigu	2,3

**Chronologie : précession du trouble psychologique**

# Psychopathologie et Usage régulier de S.P.A

*King S. - 2004*

1300 Ados :

- Tr. Psychopathologiques à 10-12 ans (DSM IV)
- Usage T. , Cannabis, Alcool à 14-16 ans

Tr. Extériorisés : (prévalence chez usagers réguliers Tc. C. et Alcool)

	G	F	OR pour SPA
- THADA	9 %	4,5 %	2,1
- Tr. conduites	20 %	5 %	5
- Tr. extér.	28 %	14 %	2

- T. Intériorisés : EDM, Tr. anxieux  
OR usage SPA : 2

# Impulsivité

Rukstalis M. J. Subst. Abuse 2005 ; 28 : 297-304

- **Trait commun à plusieurs types catégoriels :**  
THADA, Tr. des conduites, Tr. BP., Pers. Antisociale
- **Rôle important dans usage et dép. aux SPA**
  - surtout Tabac, Cannabis, Cocaïne
  - facteur initiation avec recherche nouveauté
  - facteur de rechute rapide (N. Doran – 2004)
- **Mesure = échelle de BARRAT (Patton – 1995)**  
impulsivité motrice, cognitive ou de planification

# Comment déceler les Tr. Psy. Latents méconnus ?

## 1<sup>ère</sup> étape : *histoire personnelle*

- Tr. intériorisés (Tr. humeur – Tr. anxieux)
- Tr. extériorisés (THADA )- TS
- Trait. Psy : psychotropes – psychothérapies

## *antécédents familiaux :*

- Tr. Dépressifs – Tr. BP- Drogues, Suicides et TS

## 2<sup>ème</sup> étape :

- niveau habituel du moral, de l'anxiété, EVA (0 – 10 )
- les « hauts » et les « bas » (cyclothymie)
- l'hyperémotivité - l'impulsivité

# Comment déceler les Tr. Psy. méconnus ?

## 3<sup>ème</sup> étape : les autoquestionnaires

- le HAD et le BDI
- le questionnaire d'hypomanie (Angst)
- le questionnaire de cyclothymie (Akiskal)
- le Q. d'impulsivité (Barratt)

## 4<sup>ème</sup> étape : le Mini-interview

- nécessité de formation
- psychologue ?

**Mme Marcelle T. : née en 1959, enseignante**

**En fév 2007 :**

**Tab. modéré 10 cig/j – Fag à 5 Moral 4/10 - HAD (13-20)**

**Entretien : Hyperémotivité – moral variable**

**MiNi : ant. EDM – paniques – phobie sociale**

**Q. Cyclothymie = 14**

**Ant. F. : mère plusieurs EDM – Paniques**

**sœur 45 ans BP type I = Tr<sup>t</sup>.depuis 10 ans (Li)**

**sœur suicide à 33 ans**

**Traitements :Divalproate à 250 mg (1 puis 2)**

**Transformation en 1 semaine (bien-être général -  
émotivité normale)**

**Fin 2008 : va bien – moral 8/10 – Quest. C = 1**

**Madame Josiane H....âgée de 57 ans**

**Début du Tabagisme à 17 ans : rapidement 15 – 20 cigarettes/jour**

**Nombreuses tentatives d'arrêt → état dépressif**

**- reprise des cigarettes → rémission très rapide**

**Antéc. EDM après divorce : fluoxétine mal tolérée**

**Oct 2007 : 20 cig/j – Fag 7 – CO = 19 ppm**

**- moral actuel : 4/10 – mal être général très ancré**

**- des hauts et des bas – caractère saisonnier**



**- hyperémotivité, hypersensibilité au stress**

**- HAD : A = 10 , D = 7 BDI, abrégé à 8**

**- MINI : A.G , Cyclothymie – Q Cyclothymie 14 (++)**

**Traitement : Fluoxétine 5 puis 10 mg, Depakote 1 puis 2**

**Transformation rapide de l'équilibre psycho**

	<b>Octobre 2007 Avant</b>	<b>Déc 2007</b>	<b>Mai 2008 8 mois</b>	<b>octobre 2009 14 mois</b>
<b>AD</b>	<b>10/7</b>	<b>5/5</b>	<b>4/3</b>	<b>3/1</b>
<b>BDI</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Moral</b>	<b>4/10</b>	<b>7/10</b>	<b>8/10</b>	<b>9/10</b>
<b>Score Cyclothymie</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Confort psychologique</b>	<b>2/10</b>		<b>8/10</b>	<b>9/10</b>
<b>Traitement Fluoxétine 10mg Dépakote 250X2</b>				
<b>Arrêt Tabac (Fin Octobre)</b>	<b>Timbres jusqu'à fin Mars + 3 ou 4 gommes 2mg/j</b>			

# **Pourquoi et comment traiter les Tr. psychiatriques en Tabacologie**

- La dépendance Tabagique :
  - maladie chr. grave (complications somatiques)
  - 20 – 25 % de DT. forte (3 à 4 millions en Fr.)
  - dont 40 – 50 % de Tr. Psy. méconnus
- Nécessité :
  - de dépistage précoce (ados)
  - de trait. Pharmacologiques (anti D - Thymo R.)
  - de psychothérapies associées (TCC)

# Rechercher les Tr. Psy : indispensable

- Tr. anxieux et dépressifs (dép. uni ou bipolaire)
- THADA et Tr. extériorisés
- Démembrement de la Dép. Tabagique :
  - traitement adapté « sur mesure »
  - traitement intégré



**arrêt du tabac + facile**

**amélioration de la qualité de vie**

# Conclusions

**A côté de la recherche des Tr. Anx et Dépressifs**

**➔ Rechercher aussi les Tr. BP méconnus**

hyperémotivité, impulsivité, hypomanie, cyclothymie  
antécédents personnels et familiaux

**➔ Les traiter :**

souffrance psycho chronique : amélioration rapide  
traitement des dépendances : facilité

**La consultation de Tabacologie :  
Observatoire privilégié  
pour le dépistage des Tr Psy méconnus**

# Vignette clinique

Mme Danièle M, née en 1947

- T. ancien – début 14 ans : 30 - 40 cig/j (Fag = 8)
- Nov 2001 : arrêt avec Bupropion → agit. – insomn.  
manque ++  
après arrêt Tt. = dépression  
reprise cigarettes
- Sept 2002 : EDM ( BDI = 12, moral = 0)  
(45 ans) Tt. Fluoxétine
- Entretien : histoire depuis l'adolescence : anxiété sociale  
se dit « cyclothymique » (cycles courts)  
Q. d'hypomanie = 17 items /20  
Q. de cyclothymie = 18 items/20
- Critères DSM IV : Bipolarité type II

## Mme Danièle M. (suite)

- Fin 2002 : début Depakote 250 (1 puis 2)  
en association fluox. entre 10 et 20 mg/j
- Fin 2004 : va très bien
  - prend 1 à 2 G nicotine dans situation à risque
  - transformation spectaculaire
  - «hauts » et « bas » bcp – import., stabilité humeur  
a retrouvé tonus
  - module la dose de fluoxétine – Depakote 750 mg/j
- Fin 2009 : traitement idem – Va très bien