

TABAC ET TROUBLES BIPOLAIRES

Congrès de la SFT, Paris, 26 novembre 2020

Dr Audrey SCHMITT

Service de soins complexes en addictologie et pathologie duelle

CHU Clermont-Ferrand

aschmitt@chu-clermontferrand.fr



Aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac, de l'alcool et des jeux, ainsi que l'industrie de la cigarette électronique

Constat

- La proportion de fumeurs chez les patients bipolaires est de 60 à 70% soit 2 à 3 fois plus élevée par rapport à la population générale (25-30%) *Heffner JL, 2011; Freeman MK, 2014; Lasser K, 2000*
- Alors que le tabagisme décroît en population générale, il reste élevé dans les cohortes de patients atteints d'affections psychiatriques
- Ils sont + dépendant à la nicotine et sont des « heavy smokers » *Diaz FJ, 2009*
- Le taux de sevrage et d'abstinence sur le long terme est moins bon par rapport à la population générale
- Les co-addictions sont fréquentes (alcool, cannabis, addictions comportementales) aggravent l'addiction en elle-même et complexifient la PEC.
- Le tabagisme important, outre le fait qu'il impacte la maladie, contribue à l'augmentation de la morbidité-mortalité liée au tabagisme

source

Tobacco Use in Bipolar Disorder 2015

Daniel Thomson¹, Michael Berk^{2,3,4}, Seetal Dodd^{2,4}, Marta Rapado-Castro^{5,6,7}, Shae E. Quirk², Pernille K. Ellegaard⁸, Lesley Berk⁹, Olivia M. Dean²⁻⁴

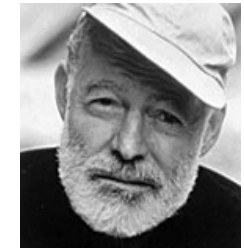
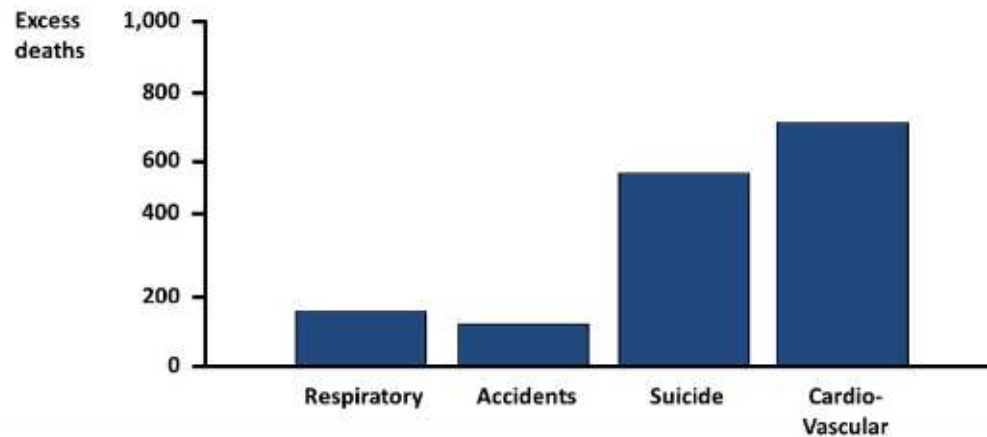
Baisse de l'espérance de vie des patients bipolaires



Maladies cardio vasculaires 1^{ère} cause de mortalité des troubles psychiatriques

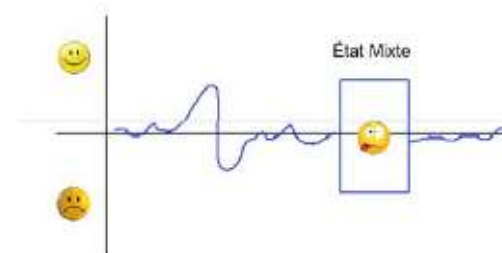
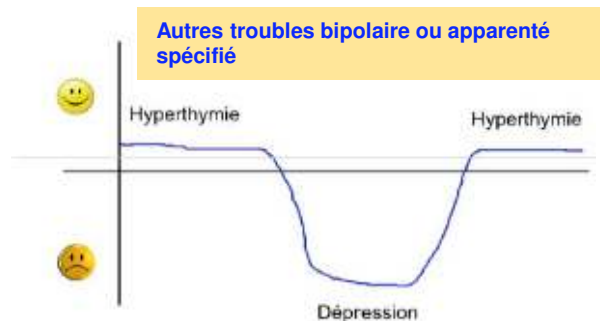
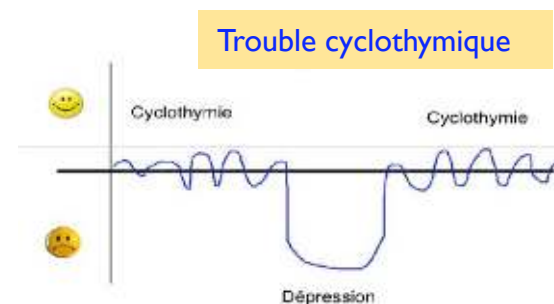
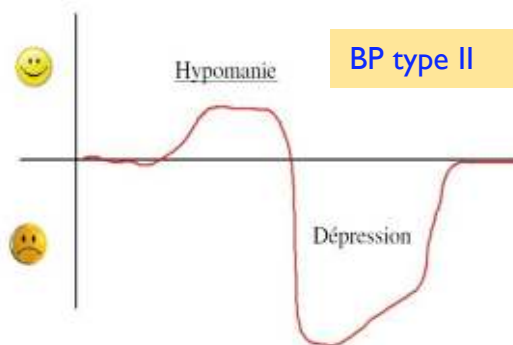
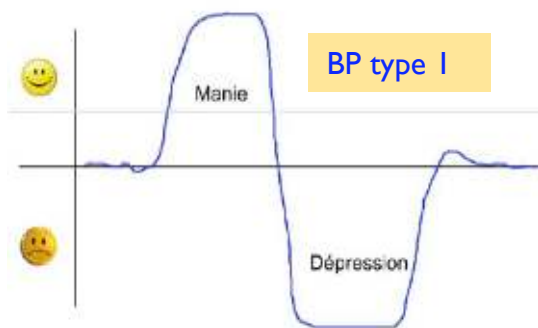
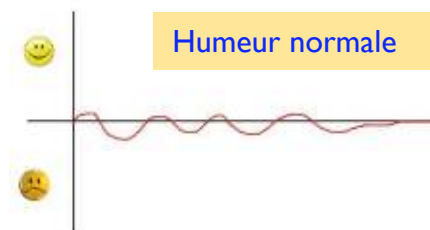


L'espérance de vie des patients est réduite de 15 à 20 ans par rapport à la population générale (Cour des comptes).



Weiner et al, Annals of clinical Psychiatry, 2011

LE TROUBLE BIPOLAIRE (TBP) DANS LE DSM-V



LES TROUBLES BIPOLAIRES (DSMV)

États dépressifs

- humeur triste
- idées noires
- perte de dyn
- anhédonie
- ralentisseme
- troubles de
- syndromes
- anxiété

Utilisations d'échelles spécifiques

▶▶ Mood Disorder Questionnaire: MDQ (Hirschfeld 2007)

▶▶ MDQ + 5 (Sanofi ®): (Swann et al 2005)

▶▶ Préciser la survenue des épisodes maniaques ou hypomaniaques par rapport aux périodes d'alcoolisation

▶▶ Antécédents familiaux de bipolarité

▶▶ Antécédents familiaux de Suicide

▶▶ Antécédents de dépression dans l'adolescence

▶▶ Antécédents d'hyperactivité dans enfance adolescence

▶▶ Relever les consommations de substances chez les patients bipolaires

États maniaques

- humeur joviale, expansive
- hyperactivité globale, excessive, « speed »
- accélération
- logorrhée,
- rapidité de
- syndromes

Beethoven



Camille Claudel



Vincent van Gogh

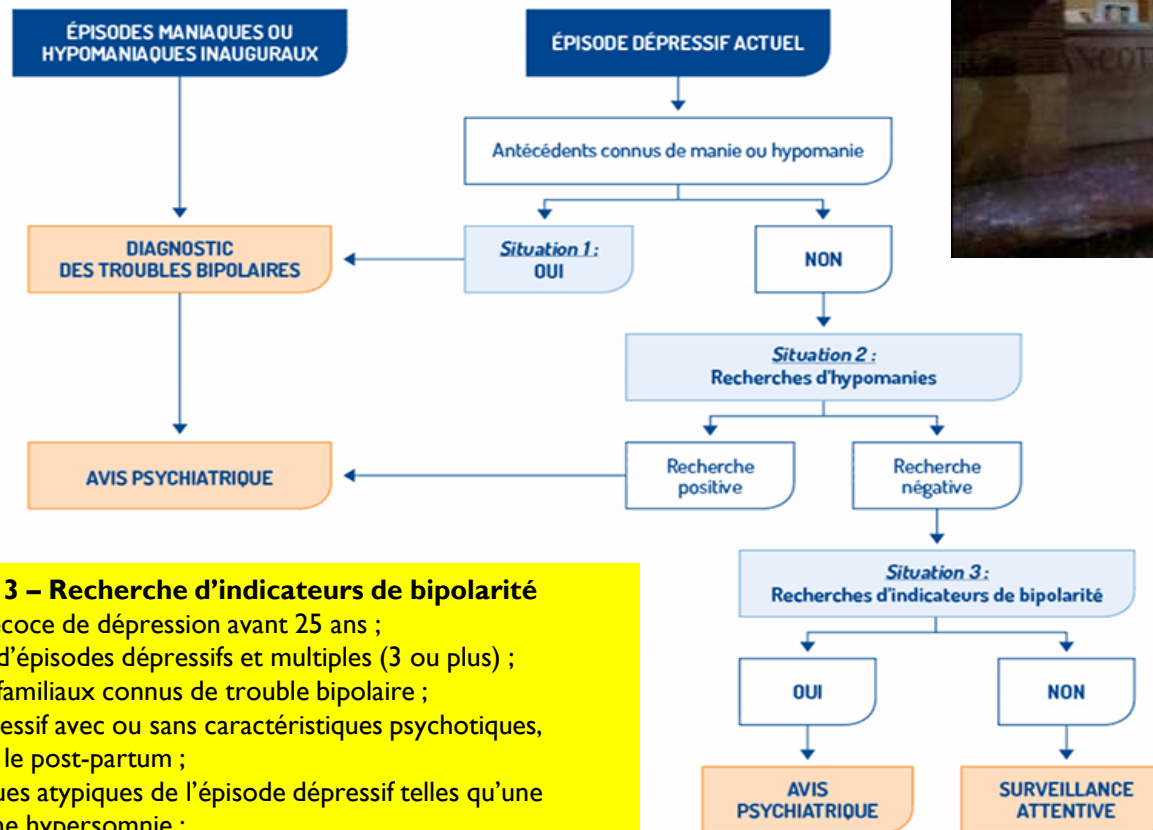


Points d'alerte (questions indispensables) (atelier IPFT 2020)

- ATCD dépressifs/maniaque et d'ATCD TS/ Hospit et prise de mdct
- Mésusage SPA passé ou actuel
- ATCD familiaux psychiatriques

REPERAGE DES TROUBLES BIPOLAIRES (HAS 2015)

Arbre décisionnel



SITUATION 3 – Recherche d'indicateurs de bipolarité

- survenue précoce de dépression avant 25 ans ;
- antécédents d'épisodes dépressifs et multiples (3 ou plus) ;
- antécédents familiaux connus de trouble bipolaire ;
- épisode dépressif avec ou sans caractéristiques psychotiques, survenant dans le post-partum ;
- caractéristiques atypiques de l'épisode dépressif telles qu'une hyperphagie, une hypersomnie ;
- caractéristiques psychotiques congruentes avec l'humeur ;
- réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique ; aggravation des symptômes ; apparition d'une agitation ; apparition de notion d'hypomanie même brève) ;
- épisode de manie ou virage maniaque sous traitement par antidépresseur (dans ce cas le diagnostic est établi).



Traitements prophylactiques

Le traitement prophylactique du trouble bipolaire repose en première intention sur un médicament normothymique (ou régulateur de l'humeur) : le lithium ou certains antiépileptiques (divalproate de sodium, valpromide).

D'autres traitements peuvent être utilisés en seconde intention ou à visée adjuvante :

- La lamotrigine⁴.
- L'olanzapine⁵.
- L'aripirazole⁶.
- La carbamazépine⁷.

Et hors AMM : les neuroleptiques conventionnels, la rispéridone, la gabapentine, le topiramate, l'oxcarbazépine, l'amisulpride, la clozapine.

⁴ Dans la prévention des épisodes dépressifs chez les patients présentant un trouble bipolaire de type I et qui ont une prédominance d'épisodes dépressifs.

⁵ Dans la prévention de récurrences d'épisodes maniaques chez des patients ayant présenté des épisodes à prédominance maniaque et pour qui les épisodes maniaques ont répondu à un traitement par olanzapine.

⁶ Dans la prévention de récurrences d'épisodes maniaques chez des patients ayant présenté des épisodes à prédominance maniaque et pour qui les épisodes maniaques ont répondu à un traitement par aripirazole.

⁷ Dans la prévention des épisodes maniaques ou hypomaniaques dans le cadre des psychoses maniaco-dépressives, dans les formes résistantes ou présentant des contre-indications au lithium.

DONNEES DE LA LITTÉRATURE SUR TABAGISME ET TBP

- Les liens entre tabac et troubles bipolaires
- Les effets du tabagisme sur l'humeur
 - Comportements suicidaires et tabac
- Qualité de vie
- La prise en charge et traitements d'aide à l'arrêt
- La cigarette électronique dans les troubles de l'humeur

source

Tobacco Use in Bipolar Disorder 2015

Daniel Thomson¹, Michael Berk^{2,3,4}, Seetal Dodd^{2,4}, Marta Rapado-Castro^{5,6,7}, Shae E. Quirk², Pernille K. Ellegaard⁸, Lesley Berk⁹, Olivia M. Dean²⁻⁴

LIENS ENTRE TABAGISME ET TBP

- Les patients bipolaires ont probablement une vulnérabilité importante au tabagisme
- Le début du tabagisme précède souvent l'entrée dans la maladie *Jacka FN 2010*
 - Début du tabagisme 16 ans
 - Début des troubles bipolaires 1: 23 ans chez H, 26 ans chez F
 - Début des troubles bipolaires 2: 29,7 ans chez H, 30,1ans chez F
- Une étude contrôlée chez des adolescents BP versus ado non malades montre avec appariement des âges que les ado BP démarrent le tabagisme + tôt que les autres (22% versus 4%) *Wilens TE, 2008*
- une ligne de recherche a postulé que des altérations persistantes de la neuroplasticité à la suite de l'abus de tabac peuvent démasquer une vulnérabilité sous jacente aux troubles affectifs incluant les troubles bipolaires *Jacka FN, 2013; Patten CA, 2001*
- Le mécanisme sous jacent entre tabagisme et trouble bipolaire est clairement complexe et multifactoriel, bidirectionnel

LIENS ENTRE TABAGISME ET TBP

- La présence de manie ou d'hypomanie est associée respectivement à 3,9 et 3,5% fois + de probabilité de dépendance tabagique en population psychiatrique (Grant BF, 2004)
- Lors des périodes d'arrêt, les patients bipolaires ont + de symptômes maniaques ou de récurrences dépressives transitoires (Thompson D, 2015)
- Scores d'humeur: (Adan A, 2004)
 - faibles chez les très dépendants au tabac,
 - intermédiaire chez les faiblement dépendants,
 - hauts scores chez les non fumeurs
- Sur une méta-analyse, il est montré que les symptômes de la maladie mentale s'améliorent, particulièrement sur la sphère dépressive, lors de l'arrêt du tabagisme (Cassidy F 2001)
- La théorie de l'automédication par la nicotine expliquée dans les troubles dépressifs (BERLIN I, 2001) (nicotine qui améliore l'humeur via IMAO) n'est pas forcément superposable aux TB
- La théorie de l'automédication par la nicotine pour corriger des troubles attentionnels (comme dans le TDHA avec co-occurrence fréquente aux TB) apparaît plus pertinente (LOW CWY, 2009) (Heffner JL, Bipolar disorder 2011)

TABAC ET TBP: DONNÉES PHYSIOPATHOLOGIQUES

RÔLE DU SYSTÈME DOPAMINERGIQUE ET GLUTAMATERGIQUE

- Des dysrégulations de la dopamine et du système glutamatergique dans différentes régions du cerveau (cortex préfrontal) peuvent avoir un lien avec le maintien et la rechute des comportements addictifs (Thompson D, 2015) (Heffner JL, Bipolar disord 2011)
- La nicotine est un agoniste des récepteurs cholinergiques nicotiniques qui provoque la libération de dopamine et de noradrénaline. Ces deux neurotransmetteurs sont impliqués dans la physiopathologie du trouble bipolaire et jouent probablement un rôle clé dans l'addiction. Cela peut influencer la sensibilité des personnes atteintes de TBP aux effets bénéfiques de la nicotine.
- L'utilisation de nicotine entraîne des changements persistants dans les synapses glutamatergiques excitatrices du noyau accumbens et ont montré un rôle dans la rechute des prises de substance.
- Des perturbations du système glutamatergique sont impliqués dans la physiopathologie du trouble bipolaire: (rôle de N Methyl D Aspartate qui imite l'action du glutamate et des inhibiteurs de NMDA : ketamine qui traite les dépressions résistantes des TBP) (Brown RM, 2013; Kalivas PW, 2009)

Tobacco Use in Bipolar Disorder

Daniel Thomson¹, Michael Berk^{2,3,4}, Seetal Dodd^{2,4}, Marta Rapado-Castro^{5,6,7}, Shae E. Quirk², Pernille K. Ellegaard⁸, Lesley Berk⁹, Olivia M. Dean²⁻⁴

TABAGISME ET TBP: EFFETS DU TABAGISME SUR L'HUMEUR CHEZ PATIENTS BP

- Des études montrent que le tabagisme chez les patients bipolaires est associé:
 - Un début précoce du premier épisode thymique (Ostacher MJ, 2006)
 - À une sévérité de la maladie (George TP, J Dual D Diagn, 2012)
 - Des cycles rapides (George TP, J Dual D Diagn, 2012)
 - + d'épisodes thymiques (George TP, J Dual D Diagn, 2012)
 - Davantages de symptômes psychotiques (Corvin A, Br J Psychiatry, 2001)
 - Des co-addictions qui sont des freins à l'arrêt (Limma D, 2020)
 - Des difficultés dans le fonctionnement et qualité de vie
 - + de temps passé dans les hôpitaux (Yee A, J Dual Diagn, 2012)
 - + de risques de tentatives de suicides

Tobacco smoking and other substance use disorders associated with recurrent suicide attempts in bipolar disorder

R. Icick^{a,b,c,d,*}, I. Melle^{e,f}, B. Etain^{a,b,c,d}, P.A. Ringen^e, S.R. Aminoff^{e,f}, M. Leboyer^{d,g,h,i}, M. Aas^{e,f}, C. Henry^{d,h}, T.D. Bjella^{e,f}, O.A. Andreassen^{e,f}, F. Bellivier^{a,b,c,d}, T.V. Lagerberg^{e,f}



- Facteurs de risques associés à des TS répétées :
 - sexe féminin, patients Français, **bipolarité avec polarité dépressive** majoritaire, tabagisme seul et tabagisme associé à une consommation d'alcool.
- **Tabagisme associé aux tentatives de suicide récurrentes, indépendamment des autres addictions.**
- Le risque de TS unique était quant à lui corrélé à la prise concomitante d'alcool et de tabac.

TABAGISME ET TBP: EFFETS SUR QUALITÉ DE VIE PATIENTS BP FUMEURS VERSUS NON FUMEURS

- Moins bonne alimentation
- Moins d'activité physique
- Sommeil de moins bonne qualité
- Niveau de fatigue exprimé directement corrélé au nombre de cigarette fumées quotidiennement
- Plus de symptômes dépressifs
- Moins de relations sociales
- Scores moins bons concernant la qualité de vie liée à la santé
- Statut socio-économique plus bas



Dodds S, 2010; Singh J 2005; Talbot LS, 2012; Patten CA 2009

TABAGISME ET TBP: UNE GÉNÉTIQUE??

TLR4 GENE POLYMORPHISM ASSOCIATED WITH LIFETIME CIGARETTE SMOKING IN BIPOLAR DISORDER

ELHADIZERDAZI, JOSÉOLIVEIRA, FLORENCEVORSPAN, MERIEMBENNABI, STÉPHANEJAMAIN· BRUNOETAIN, MARIONLEBOYER, RYADTAMOUZA, FRANKBELLIVIER

[JOURNAL OF NEUROIMMUNOLOGY](#) 2017

Prévalence importante du tabagisme chez patients bipolaires

des mécanismes neuro inflammatoires peuvent intervenir comme facteurs précipitants ces deux troubles

Toll Like Receptor 4 (TLR 4) est associée + fréquemment aux addictions et troubles bipolaires

L'allèle majeur rs10759932 SNP of the *TLR4* gène est présent de manière importante chez les patients fumeurs bipolaires

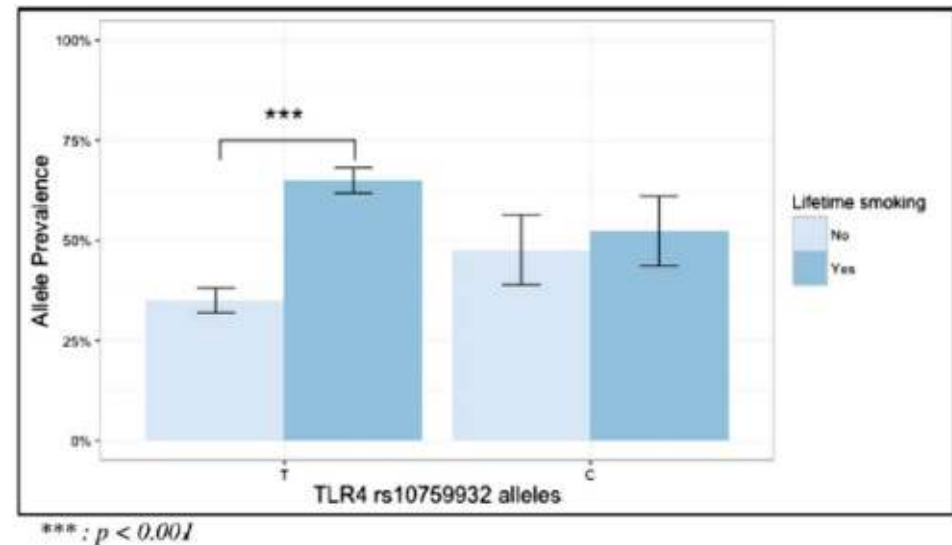


Fig. 1. Frequencies of *TLR4* rs10759932 SNP alleles in bipolar smokers and no smokers. ***: $p < 0.001$.

TABAC ET TBP: EFFET DU TABAGISME SUR LES TRAITEMENTS DE LA MALADIE BP

- Tabagisme augmente le métabolisme de certains médicaments: olanzapine, clozapine, haloperidol, fluvoxamine, et BZD
 - Via l'induction des cytochromes hépatiques P450 par les hydrocarbures aromatiques polycycliques du tabac
 - Augmentation des taux sanguins de certains médicaments dont les posologies sont à réévaluer à la baisse lorsque réduction ou sevrage du tabac
- Cela explique que chez les patients BP fumeurs il faut souvent augmenter les doses de médicaments de 50% par rapport à un non fumeur pour obtenir une réponse thérapeutique.

TABAGISME ET TBP: PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT QUELLES OPTIONS POUR OPTIMISER LE SEVRAGE?

- Afin que la prévalence diminue, des stratégies spécifiques doivent être mises en place dans cette population
- La délivrance de SN et les conseils doivent être proposés régulièrement en session collective ou individuelle de soins par des soignants spécifiquement formés à la question du tabac chez les patients atteints d'affection psychiatrique.
- Cette approche doit être portée par une politique de santé publique plus forte portée par les pouvoirs publics

Recommandations avis experts chez les patients atteints d'affections psychiatriques



La spécificité des P psychiatriques justifie **un accompagnement médicalisé et coordonné du sevrage tabagique par le psychiatre, le tabacologue et/ou les autres professionnels** (med traitant, psychologue, IDE). Des protocoles de délivrance de substituts nicotiniques doivent être mis à disposition des équipes.

Chez les patients atteints de tr de l'humeur, **l'arrêt du tabac est de préférence envisagé à distance des épisodes aigus**. En phase aigue, une réduction est souhaitée avec l'aide de SN

Cette SN prescrite en séjour hospitalier **augmente la probabilité d'une décision d'arrêt de 50%**

La SN doit être prescrite **dès l'admission**, à posologie suffisante et réajustée par les soignants en fonction des signes de manque

BMJ Open Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials

Robert Pearsall,^{1,2} Daniel J Smith ,² John R Geddes³

Table 2 Meta-analysis comparison: risk ratio of smoking cessation at 3 months

Outcome or subgroup title	No. of studies (available data)	No. of participants	Risk ratio (95% CI)	P value
Total meta-analysis				
Bupropion	6	n=235	3.96 (1.86 to 8.40)	0.0003
Varenicline	4	n=288	3.56 (1.82 to 6.96)	0.0002
NRT	1	n=298	2.74 (1.10 to 6.81)	0.03
Bupropion+NRT	2	n=110	2.39 (1.14 to 5.00)	0.02
NRT/Behavioural counselling	1	n=45	0.99 (0.44 to 2.23)	0.98
High/Low NRT	1	n=184	0.25 (0.03 to 2.19)	0.21
Schizophrenia				
Bupropion	5	n=230	3.95 (1.81 to 8.62)	0.0006
Varenicline	3	n=228	3.06 (1.32 to 7.10)	0.009
Bipolar disorder				
Bupropion	1	n=5	4.00 (0.24 to 67.71)	0.34
Varenicline	1	n=60	4.68 (1.68 to 14.50)	0.008

NRT, nicotine replacement therapy.

Pearsall R, 2019

Méta-analyse incluant 28 études
contrôlées randomisées

Concernant le BUPROPION

Pearsall R, 2019

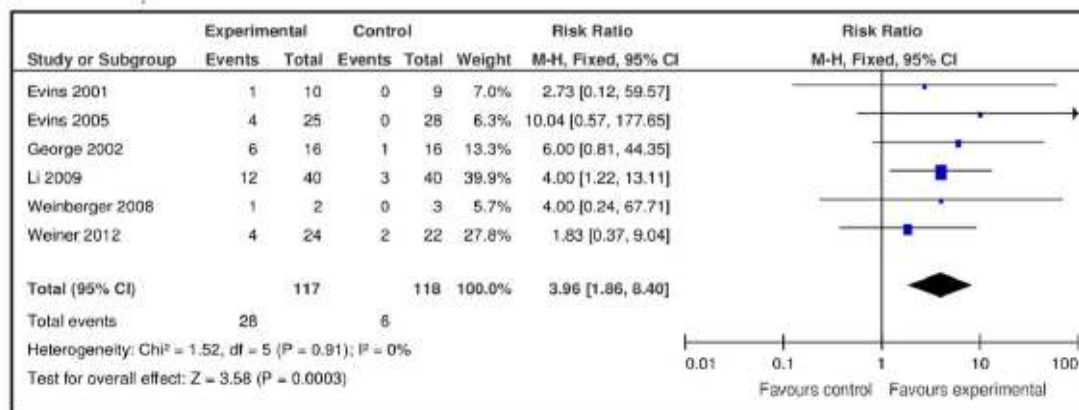


Figure 2 Pooled effect of bupropion vs placebo for smoking cessation at 3 months.

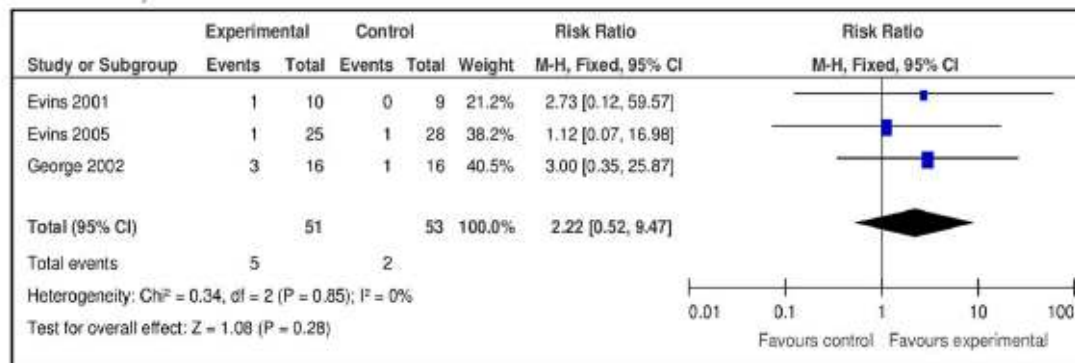


Figure 3 Pooled effect of bupropion vs placebo for smoking cessation at 6 months.

Le Bupropion est efficace à 3 mois à la dose de 300 mg/j, moins évident à 6 mois.

CONCERNANT LE BUPROPION

Pearsall R, 2019

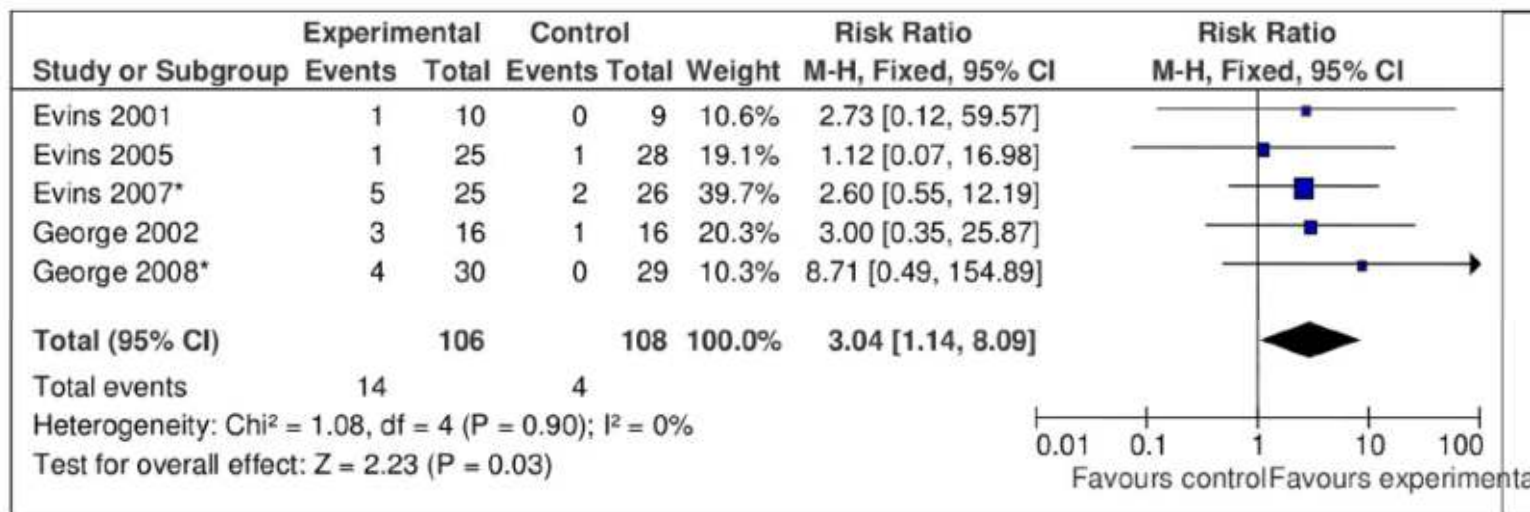


Figure 7 Pooled effect of bupropion only and combined bupropion/nicotine replacement therapy studies vs placebo for smoking cessation at 6 months.

**Le BUPROPION associé à la
SUBSTITUTION
NICOTINIQUE apparaît +
efficace que seul**

Concernant la VARENICLINE

Pearsall R, 2019

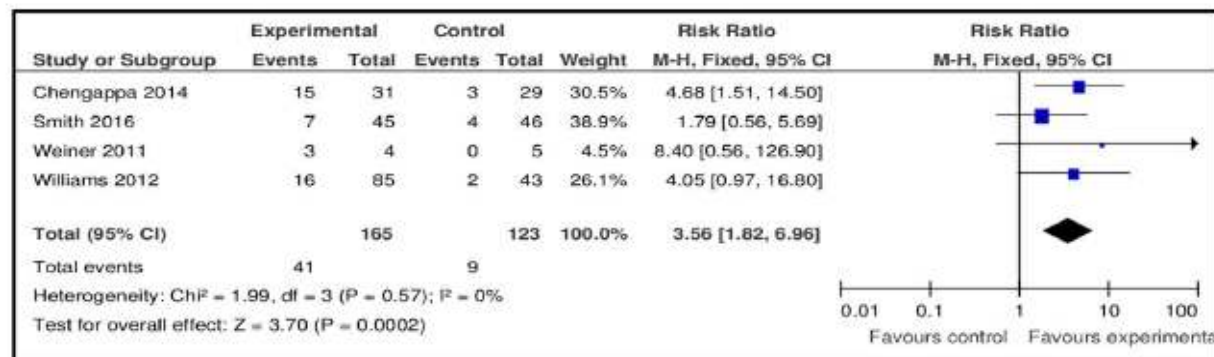


Figure 4 Pooled effect of varenicline vs placebo for smoking cessation at 3 months.

**VARENICLINE
augmente la
probabilité d'arrêter
de fumer à 3 mois et
à 6 mois**

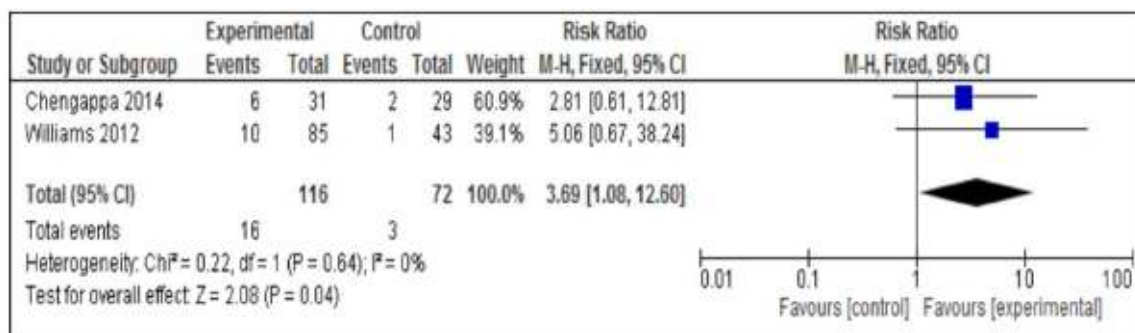


Figure 5 Pooled effect of varenicline vs placebo for smoking cessation at 6 months.

Concernant la SUBSTITUTION NICOTINIQUE

Pearsall R, 2019

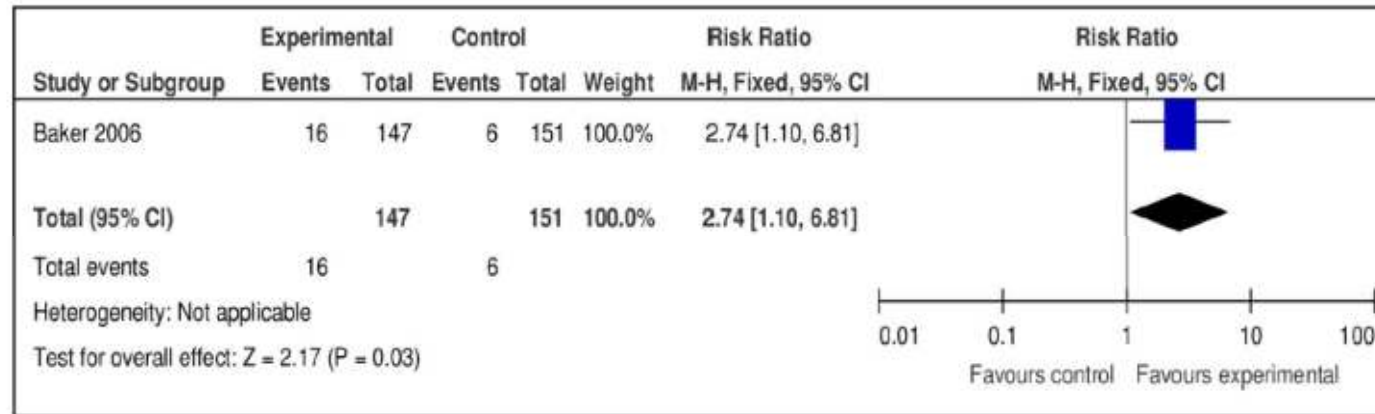


Figure 6 Pooled effect of nicotine replacement therapy vs placebo for smoking cessation at 3 months.

La SUBSTITUTION NICOTINIQUE est efficace sur l'arrêt et l'abstinence à 3 mois

Table 3 Risk difference (RD) and number needed to treat (NNT) of smoking cessation at 3 months					
Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	RD	NNT	P value
Bupropion	6	235	0.19 (0.10 to 0.28)	6	<0.0001
Varenicline	4	288	0.19 (0.11 to 0.27)	6	<0.00001
NRT	1	298	0.07 (0.01 to 0.13)	15	0.02
Bupropion+NRT	2	110	0.20 (0.05 to 0.36)	5	0.006
NRT/Behavioural counselling	1	45	0.00 (-0.28 to 0.29)	–	0.98
High/Low NRT	1	184	-0.03 (-0.08 to 0.01)	34	0.17

Les interventions comportementalistes ont montré peu d'avantages

Table 4 Smoking cessation side effects of treatment

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical result	P value
Bupropion				
Positive	2	n=85	SMD -0.24 (-0.66 to -0.19)	0.28
Negative	2	n=85	SMD -0.15 (-0.58 to -0.27)	0.48
Depressive	2	n=85	SMD -0.17 (-0.59 to -0.26)	0.44
Anxiety	1	n=53	SMD 0.18 (-0.36 to -0.72)	0.52
Varenicline				
Headache	3	n=188	RR 0.71 (0.45 to 1.13)	0.15
Sleep problem	4	n=288	RR 1.25 (0.77 to 2.03)	0.37
Nausea/Vomiting	4	n=288	RR 1.66 (1.23 to 2.24)	0.0009
Diarrhoea	2	n=188	RR 1.15 (0.38 to -3.49)	0.80
Depression	2	n=188	RR 1.72 (0.67 to -4.45)	0.26
Anxiety	2	n=188	RR 0.88 (0.29 to -2.66)	0.82
Suicidal ideation	2	n=188	RR 1.05 (0.33 to 3.41)	0.93
Nicotine replacement therapy				
Depressive	1	n=246	SMD -0.13 (-0.38 to -0.12)	0.31
Anxiety	1	n=212	SMD -0.05 (-0.32 to -0.22)	0.72

RR, risk ratio; SMD, standardised mean difference.

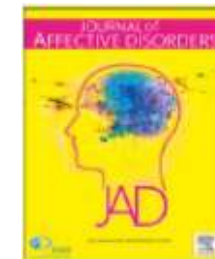
Le BUPROPION n'aggrave ni la symptomatologie négative, ni positive, ni les symptômes anxieux ou dépressifs.

VARENICLINE: pas d'aggravation des symptômes anxieux ou dépressifs, ni d'apparition d'idéations suicidaires

La SN: pas d'effets secondaires

Safety and efficacy of first-line smoking cessation pharmacotherapies in bipolar disorders: Subgroup analysis of a randomized clinical trial

Jaimee L. Heffner^{a,*}, A. Eden Evins^b, Cristina Russ^c, David Lawrence^c, Catherine R. Ayers^d, Thomas McRae^c, Lisa St. Aubin^c, Alok Krishen^e, Robert West^f, Robert M. Anthenelli^d



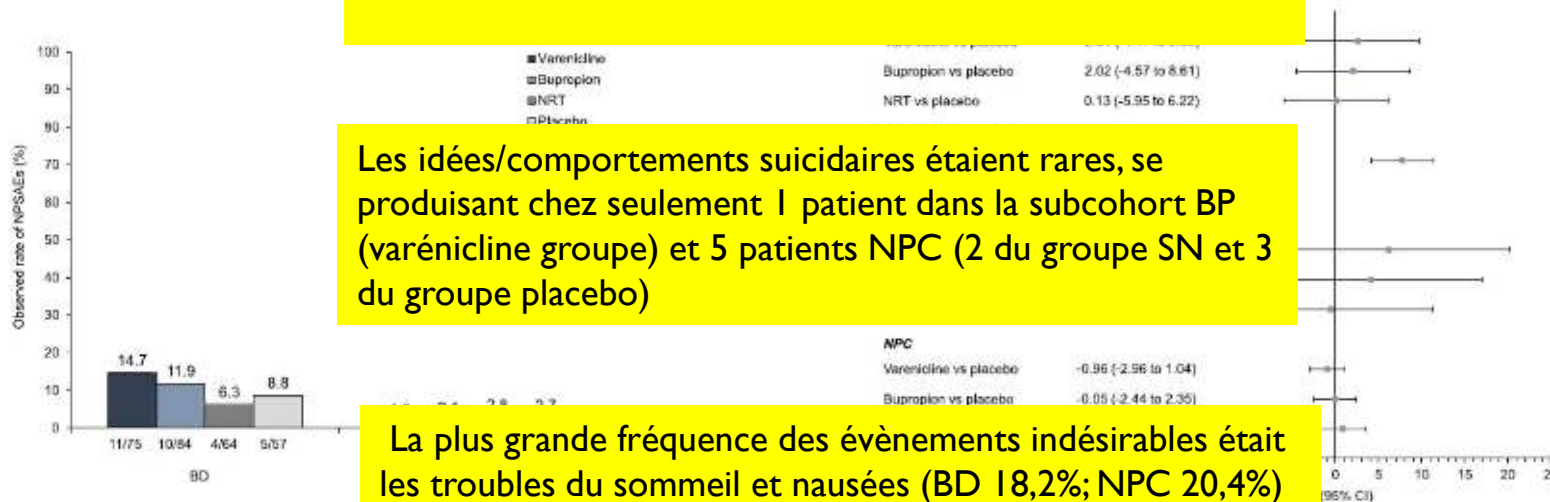
- 285 patients BP 1 et 2 (dont 81,4% de BP1) sont comparés à une cohorte de 2794 patients sans troubles psychiatriques (NP)
- Ils ont reçu soit **Varénicline (1mg X 2/J)**, **Bupropion (150 mg X2/j)**, **SN (21 mg/j)**, ou **placébo**
- Objectif: évaluation de la **tolérance et de l'efficacité** à 12 semaines de **l'abstinence tabagique**
- Qq différences entre la cohorte BP et NP
 - Poids BP > poids cohorte NP
 - Sévérité dépendance nicotinique BP > cohorte NP
 - Score d'anxiété et dépression BP > cohorte NP
 - ATCD TLU Alcool BP > cohorte NP
 - ATCD idées suicidaires BP > cohorte NP

Safety and efficacy of first-line smoking cessation pharmacotherapies in bipolar disorders: Subgroup analysis of a randomized clinical trial

Jaimee L. Heffner^{a,*}, A. Eden Evins^b, Cristina Russ^c, David Lawrence^c, Catherine R. Ayers^d, Thomas McRae^c, Lisa St. Aubin^c, Alok Krishen^e, Robert West^f, Robert M. Anthenelli^d

Analyse de
neuropsych

Notamment, la fréquence des symptômes maniaques parmi les participants recevant soit varénicline (6,7%) ou bupropion (6%) dans la subcohorte des BP était très similaire à ceux recevant le placebo (5,3%)



Les idées/comportements suicidaires étaient rares, se produisant chez seulement 1 patient dans la subcohorte BP (varénicline groupe) et 5 patients NPC (2 du groupe SN et 3 du groupe placebo)

La plus grande fréquence des événements indésirables était les troubles du sommeil et nausées (BD 18,2%; NPC 20,4%)

Effets de cohorte Incidence + forte sur la cohorte BP / cohorte NP (10,7%/2,3%)

Heffner JL, 2019

J.L. Heffner, et al.

Journal of Affective Disorders 256 (2019) 267–277

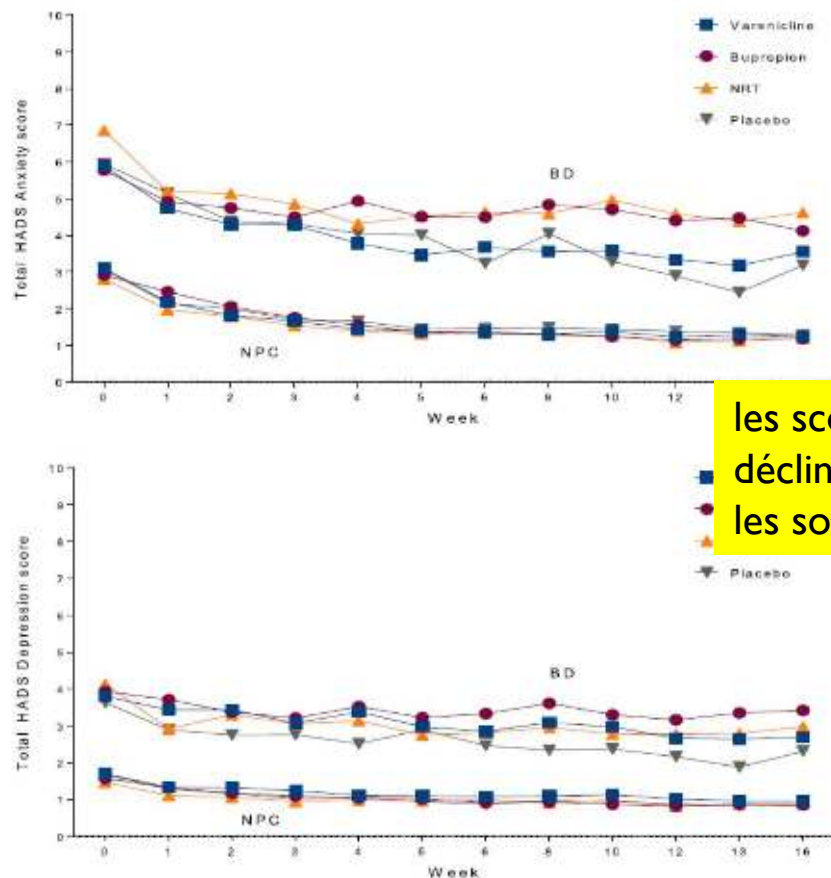
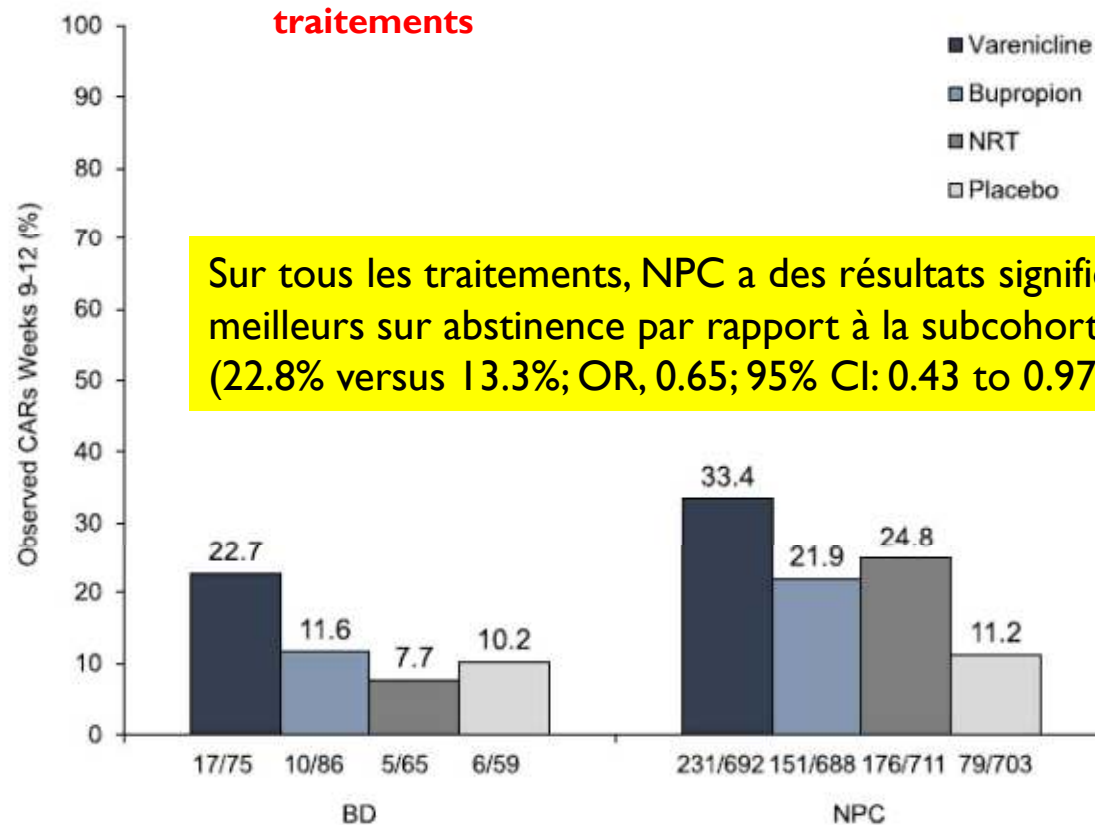


Fig. 2. Hospital Anxiety and Depression Scale scores during treatment and 30-day follow-up.

BD, bipolar disorders; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; NPC, nonpsychiatric cohort; NRT, nicotine replacement therapy (transdermal nicotine patch).

les scores aux échelles HAD Anxiété et dépression
déclinent ou restent stables dans le temps dans tous
les sous groupes et traitements

Analyse de l'efficacité des traitements



Sur tous les traitements, NPC a des résultats significativement meilleurs sur abstinence par rapport à la subcohorte BD (22.8% versus 13.3%; OR, 0.65; 95% CI: 0.43 to 0.97; P = 0.03)

Treatment overall comparison

Varenicline vs placebo	3.36 (1.68-6.74)
Bupropion vs placebo	1.75 (0.83-3.66)
NRT vs placebo	1.37 (0.59-3.22)
Varenicline vs bupropion	1.93 (1.07-3.48)
Varenicline vs NRT	2.45 (1.18-5.06)
Bupropion vs NRT	1.27 (0.59-2.74)

Cohort comparison

BD vs NPC	0.65 (0.43-0.97)
-----------	------------------

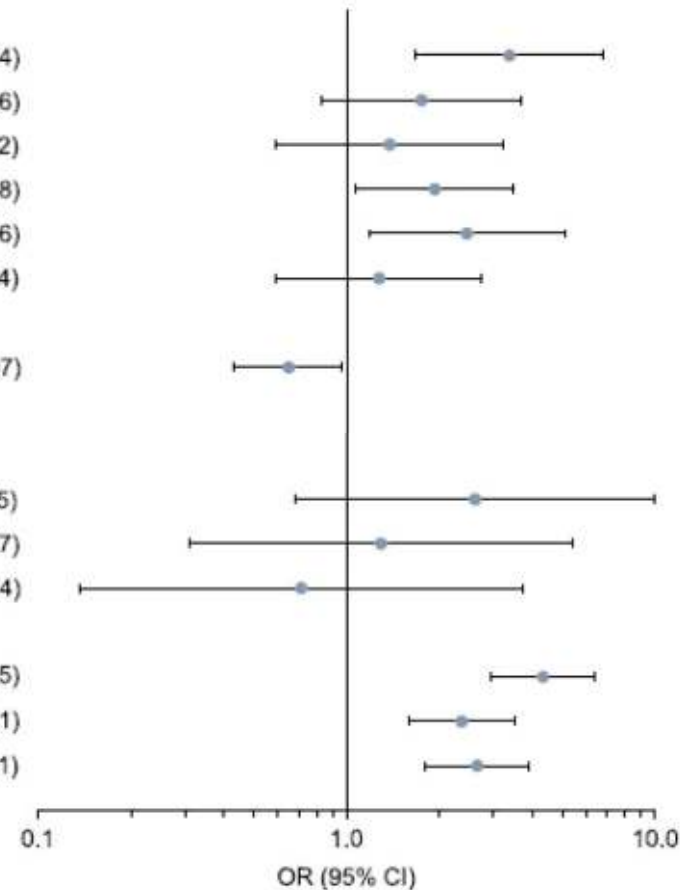
Treatments within cohort comparison

BD

Varenicline vs placebo	2.61 (0.68-9.95)
Bupropion vs placebo	1.29 (0.31-5.37)
NRT vs placebo	0.71 (0.14-3.74)

NPC

Varenicline vs placebo	4.33 (2.95-6.35)
Bupropion vs placebo	2.36 (1.58-3.51)
NRT vs placebo	2.65 (1.79-3.91)



- Manque d'efficacité statistiquement significative du bupropion et SN sur l'arrêt ds la cohorte BP, avec évidente supériorité de l'efficacité de la varénicline, même si le bupropion et la SN apparaissent quand même efficaces.
- Dans la cohorte NPC le bupropion et la SN se situent entre la varénicline (supérieure) et le placebo (inférieur) en terme d'efficacité, alors que ds la cohorte BP où le bupropion et la SN sont proches du placebo sur l'arrêt du tabac et seule la varénicline (supérieure) semble avoir un effet sur l'abstinence (Week 7 à 12) (OR, 2.93; 95% CI: 1.15 to 7.51)

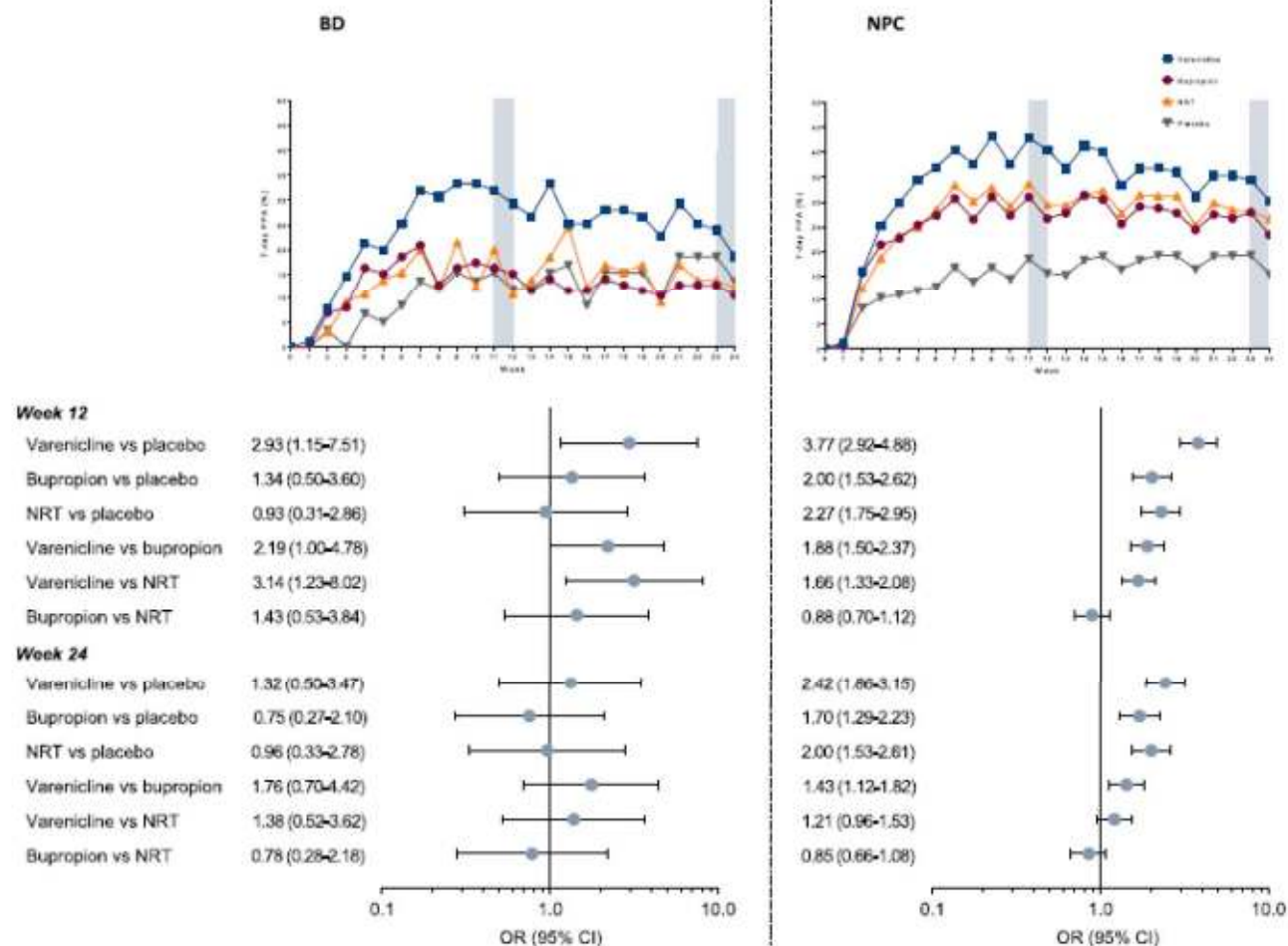


Fig. 4. Observed 7-day point prevalence abstinence during treatment and follow-up.

BD, bipolar disorders; CI, confidence interval; NPC, nonpsychiatric cohort; NRT, nicotine replacement therapy (transdermal nicotine patch); OR, odds ratio; PPA, point prevalence abstinence.

A 24 semaine, la supériorité de la varénicline/autres traitements n'est plus significative
Les patients bipolaires ont des résultats moins bons/NP

Maintenance pharmacotherapy normalizes the relapse curve in recently abstinent tobacco smokers with schizophrenia and bipolar disorder



A. Eden Evins ^{a,*}, Susanne S. Hoepfner ^{a,1}, David A. Schoenfeld ^b, Bettina B. Hoepfner ^a, Corinne Cather ^a, Gladys N. Pachas ^a, Kristina M. Cieslak ^a, Melissa Culhane Maravic ^a

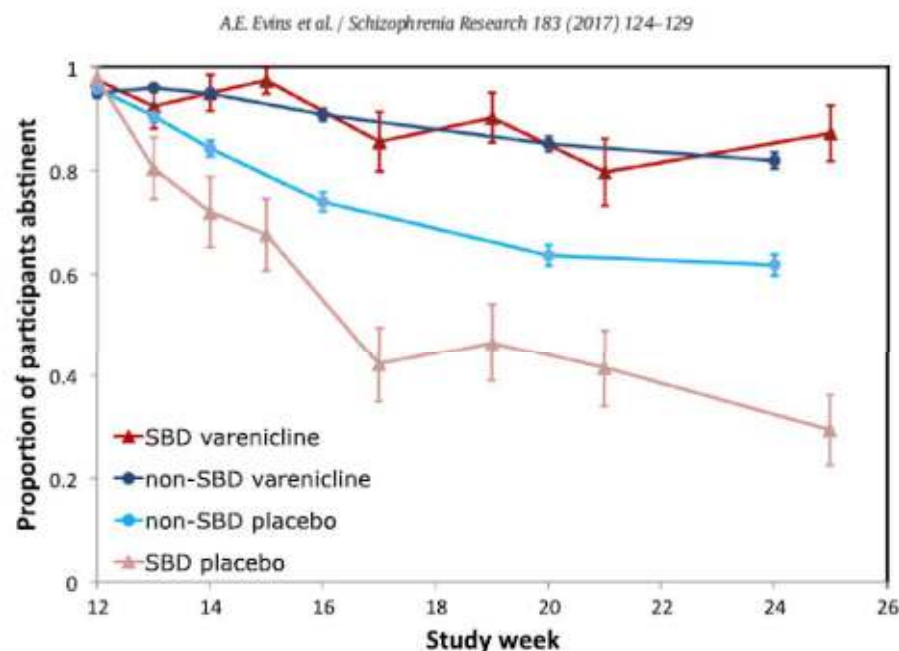


Fig. 1. Point prevalence abstinence rates at each study visit in recently abstinent smokers with or without schizophrenia or bipolar disorder during maintenance treatment with varenicline or placebo. Error bars represent standard deviations around the estimated mean proportion of abstinent participants from 50 imputed data sets.

Les auteurs démontrent l'intérêt de traiter au-delà de 12 semaines pour maintenir une abstinence prolongée chez les patients BP ou schizophrènes

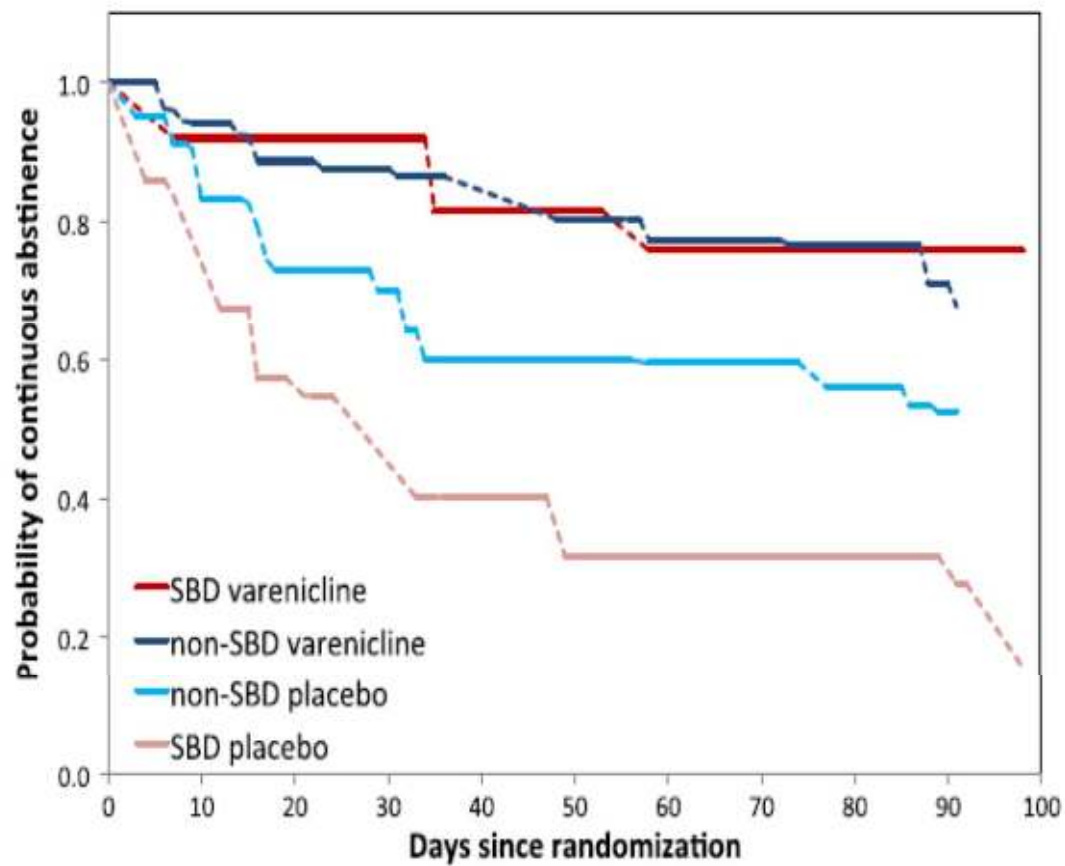


Fig. 2. Duration of continuous abstinence, censored at first lapse, in recently abstinent smokers with and without schizophrenia or bipolar disorder (SBD) assigned to varenicline or placebo. Dotted segments in each line are plotted across intervals for which the survival estimates are not defined.

SMOKING CESSATION FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS (SCIMITAR+): A PRAGMATIC RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. GILBODY S, PECKHAM E, BAILEY D. LANCET PSYCHIATRY 2019

- Recrutement de patients fortement dépendants schizophrènes ou bipolaires au Royaume Uni
 - PEC habituelle
 - **Les interventions sur-mesure en faveur de l'arrêt du tabac devraient être proposées préférentiellement aux soins ordinaires apportés aux personnes atteintes de maladies mentales graves**
- La proportion de participants ayant arrêté de fumer à 12 mois était plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe de soins habituels, de manière cependant non significative (34 [15 %] des 223 participants contre 22 [10 %] des 219 participants)
- En revanche, la proportion de participants ayant arrêté de fumer à 6 mois était nettement plus élevée dans le groupe d'intervention que dans le groupe de soins habituels (32 [14%] de 226 contre 14 [6%] de 217)

PREDICTORS OF TOBACCO ABSTINENCE IN OUTPATIENT SMOKERS WITH SCHIZOPHRENIA OR BIPOLAR DISORDER TREATED WITH VARENICLINE AND COGNITIVE BEHAVIORAL SMOKING CESSATION THERAPY

RANDI M. ET AL, ADDICT BEHAV, 2017



■ Facteurs prédictifs d'une abstinence 😊😊 :

- Trouble lié à l'usage de l'alcool
situé dans le passé
- Nombre de cigarette inf
- Se préparer au sevrage
avant l'arrêt
- Moins d'attente de support des autres
- Performances cognitives/vigilance
et moins de temps de réaction

Table 3
Independent Predictors of 14-day Smoking Abstinence in Multivariable Analysis

Factor	Effect (beta)	Odds ratio	95% CI	p-Value
Background Characteristics				
Prior alcohol dependence	1.07	2.91	1.33, 6.39	0.008
Smoking Characteristics				
Cigarettes per day	-0.03	0.97	0.94, 0.99	0.04
Change in withdrawal from baseline to quit day	-2.92	0.05	0.01, 0.38	0.004
Smoking Environment				
Others' helpfulness to aid quitting	-0.20	0.82	0.71, 0.93	0.003
Cognitive Performance				
Vigilance	0.52	1.68	1.13, 2.5	0.01
Reaction time variability	-0.40	0.67	0.46, 0.98	0.04

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE CHEZ LES PATIENTS BIPOLAIRES?



E-CIGARETTE USE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG SMOKERS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS

PECKHAM E, MISHU M, FAIRHURST C ET COLL. ADDICTIVE BEHAVIORS 2020



- Sous étude de l'étude SCIMITAR (Smoking cessation intervention for severe mental illness) essai contrôlé randomisé incluant des patients atteints de maladies mentales. Les troubles bipolaires représentaient 22 % des 526 patients fumeurs.
- Tous fumaient au moins cinq cigarettes par jour et exprimaient le désir de réduire leur consommation ou d'arrêter de fumer
- Analyse des comportements tabagiques:
 - 77,6% des patients ont déclaré avoir arrêté au cours des six derniers mois ont déclaré avoir arrêté de fumer, 22,4 % qui n'avaient pas essayé d'arrêter
 - 70,3 % ont déclaré avoir utilisé des e-cigarettes pendant les six derniers mois, 29,7 % n'ont pas utilisé d'e-cigarettes. Parmi ceux-ci, 9,5 % disent avoir utilisé des e-cigarettes pendant les six derniers jours.
 - Plus de la moitié des patients ont déclaré avoir utilisé des e-cigarettes dans le but d'arrêter de fumer, et 20,7 ont déclaré avoir utilisé des e-cigarettes pendant un an ou plus.

La vape est de plus en plus utilisée dans le sevrage, même si la plupart des patients restent vapo-fumeurs.

ETUDE COCHRANE: ELECTRONIC CIGARETTES FOR SMOKING CESSATION. 2020

HARTMANN-BOYCE J, ET AL 2020

- 50 études portant sur un total de 12430 adultes fumeurs portant sur l'utilisation des cigarettes électroniques pour arrêter de fumer.
- L'objectif est d'étudier combien de personnes ont arrêté de fumer pendant au moins 6 mois grâce au vapotage.
- Comparaison du vapotage avec SN (patch et orale)/Varénicline/vape sans nicotine/TCC/ rien

- Conclusion:

Les personnes qui arrêtent de fumer pendant au moins 6 mois en utilisant des e-cigarettes à la nicotine sont probablement + nombreuses que celles qui utilisent une SN ou des e-cig sans nicotine.
Le vapotage ne comprend pas plus d'effets indésirables que les autres substituts.

CONCLUSIONS: TABAC ET TBP



- Patients atteints d'affections bipolaires autant motivés que les autres
- Sont + en difficultés comme dans les autres pathologies psychiatriques
- Les troubles liés à l'usage de l'alcool sont fréquents
- La prise en charge intégrée est nécessaire: il faut traiter les deux, l'addiction et le trouble de l'humeur
 - Prescriptions de régulateurs de l'humeur
 - PEC conjointe avec psychiatre
- Les PEC personnalisées pour le sevrage semblent intéressantes
- Les traitements classiques dans le sevrage tabagique sont efficaces et bien tolérés
- La varénicline semble avoir une supériorité en terme d'efficacité
- Association SN + autres traitements
- Les interventions comportementales sont efficaces que si associées à un traitement pharmacologique
- La cigarette électronique n'est pas à ignorer

CONCLUSIONS: TABAC ET TBP

Nécessité d'identifier, de traiter et suivre sur le long terme

Arrêter de fumer diminue le stress, l'anxiété, les troubles de l'humeur

Encore mieux si activité physique associée

L'arrêt du tabac est un équivalent d'ATD

Bénéfice psychologique +++qualité de vie et santé +++

