

Conduites alimentaires dans les pathologies duelles:

Pourquoi? Quand? Et comment s'en préoccuper?



Déclaration de liens d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt	
Intérêts financiers dans une entreprise	
Propriétaire, dirigeant, employé, participation à un organe décisionnel d'une entreprise	
Autres activités régulières dans une entreprise	
Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude	
Interventions ponctuelles : rapports d'expertise	<i>Lundbeck, BMS, Astra Zeneca, Indivior</i>
Interventions ponctuelles : activités de conseil	<i>Lundbeck, Indivior, Bouchara Recordati</i>
Conférences : invitations en qualité d'intervenant	<i>Lundbeck, Indivior, Janssen</i>
Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)	<i>Lundbeck, BMS, Astra Zeneca, Bouchara Recordati, Janssen</i>
Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable	
Autres (à préciser)	

Clinique: liens entre addiction et alimentation

- Les addictions évoluent vers des troubles alimentaires
 - Les addictions s'accompagnent de carences alimentaires (B1, VD...)
 - Alcool et carences
 - Transfert vers des compulsions alimentaires au sortir des addictions
 - Boissons sucrées
 - Grignotages²



- Les Pathologies mentales

- Les TCA peuvent être des addictions
 - Binge eating disorders ...
 - Anorexie restrictive

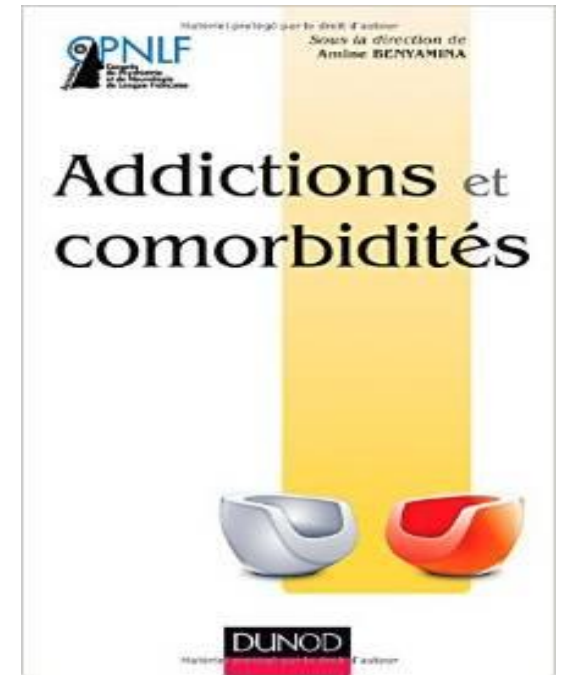
Addiction, Trouble conduites alimentaires et Trouble psychiatrique: pathologie duelle?

Pathologie duelle: La présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions.

- Si TCA considérée comme addiction: binge eating, anorexie mentale
- Si TCA considérée comme pathologie mentale
- Transfert d'addiction

Pathologie duelle + TCA

- TCA: trouble somatique
- TCA : Et traitement de pathologie duelle



Trois problématiques

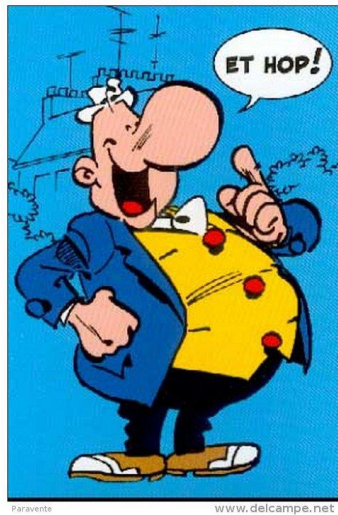
Diagnostics: TCA, SUD, Psychiatrie

Pronostics: TCA, SUD, Psychiatrie

Traitements: TCA, SUD, Psychiatrie

Epidémiologie pathologies duelles

- Fréquence élevée
 - 3,2% de la population Américaine¹
 - Patients souffrant de troubles mentaux prévalence élevée (vie entière) de l'abus ou dépendance à des substances (20 à 30%)²
 - Patients Substance Use Disorders: 40 à 50 % de troubles mentaux (OR: 4,5 de présenter un trouble psychiatrique³
 - Les populations précaires (SDF, prison) plus touchées¹
 - Plus grande prévalence en population hospitalière¹



Présence de pathologies mentales chez des patients toxicomanes: revue de la littérature⁴

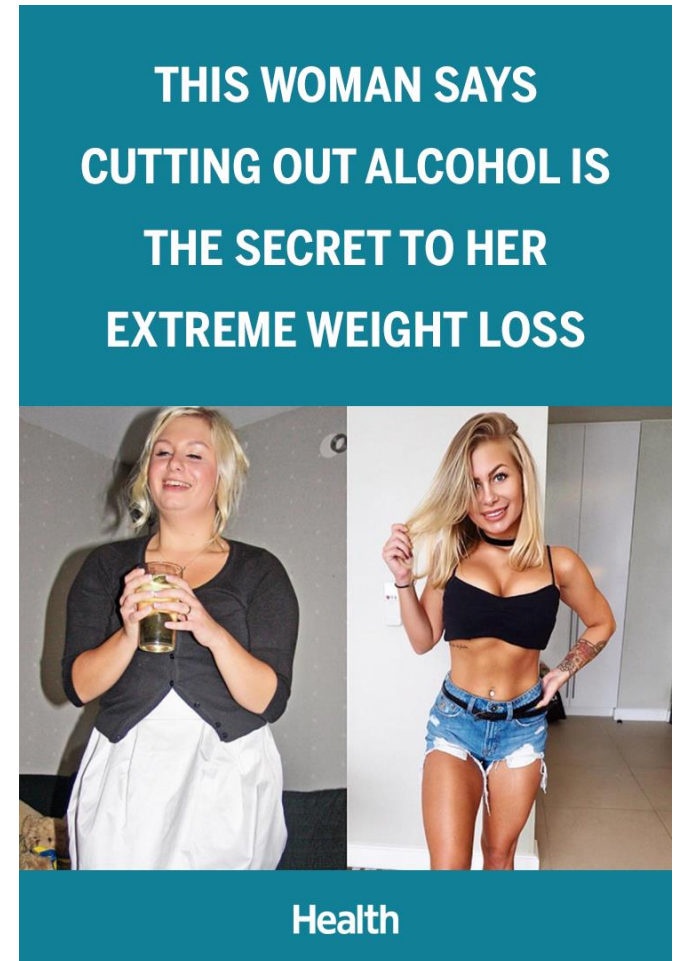
Bipolar Disorder	55%
Anxiety Disorder	52%
Depressive Disorder	46%
Posttraumatic Stress Disorder	42%
Borderline PD*	41%
Anti Social PD	51%
Histrionic PD	38%
Passive Aggressive PD	28%
Atypical Depression	12%
Psychotic Disorder	11%
Manic Disorder	0.1%

*PD = Personality Disorder.

TCA et addiction: femmes et alcool

- chez les femmes se présentant pour un traitement de Trouble d'usage d'alcool, 30% répondraient aux critères d'un TCA
- Un tiers des femmes en suivi ambulatoire pour un TCA répondraient aux critères de dépendance à l'alcool³
- Les femmes boulimiques auraient une dépendance à l'alcool (un quart) concomitante et la moitié présenteraient un abus d'alcool³
- *Liens entre TCA depression et addictions: Alcool chez les femmes²*
- Bien que l'alcool semble être la substance de choix la plus fréquente, d'autres substances sont également souvent consommées par les femmes boulimiques, y compris la cocaïne, les amphétamines et autres stimulants.

1 Becker et Grilo 2015; 2 Goldbloom et al 1992; 3 Cohen et al 2010



TCA chez patients SUD: incidence sur les soins

- 122 femmes traitement résidentiel pour SUD, durée 28 jours; Age 43 ans
 - 7% TCA, 65% alcool, 17% sortie Contre avis¹

Table 3

Logistic Regression Examining the Relationship Between ED Symptoms and Decisions to Leave AMA

	B	SE	Exp(B)	p	Nagelkerke's R ²	χ ²
					.19*	.02
Age	.04	.03	1.05	.10		
Education	-.16	.11	.85	.12		
Alcohol Use	.01	.02	1.01	.78		
Drug Use	.04	.03	1.04	.15		
Depression symptoms	-.10	.06	.91	.10		
ED symptoms	-.16	.08	.85	.03		

*
 $p < .05$,

**
 $p < .01$

TCA associés à sortie prématurée

L'association la plus fréquente?

- Les Binge eating disorders (BED) sont associées à des taux élevés de troubles de l'humeur et d'addictions (SUD) ¹
- 347 patients BED: 129 (37%) troubles de l'humeur, 34 (10%) SUD, 60 (17%) les 2

	Mood disorder (N = 129)		Substance use dis. (N = 34)		Both (N = 60)		Neither (N = 124)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2 (df = 3)
Any personality dis.	63	49	11	32	35	58	37	30	17.9 ***
Cluster A	15	12	1	3	7	12	4	3	8.6 *
Paranoid	12	9	1	3	7	12	3	2	8.2 *
Cluster B	9	7	3	9	11	18	6	5	10.1 *
Borderline	5	4	2	6	9	15	4	3	11.7 **
Cluster C	54	42	7	21	29	48	30	24	16.9 **
Avoidant	36	28	4	12	22	37	18	15	15.5 **
Obsessive-compulsive	32	25	4	12	16	27	15	12	10.0 *

Association BED + trouble de l'humeur + SUD

→ troubles de la personnalité plus fréquents

- Boulimie chez joueurs pathologiques 11%²

* $p < 0.05$.

** $p < 0.01$.

*** $p < 0.001$.

Trouble des conduites alimentaires, SUD, troubles de la personnalité

- Les personnes souffrant de SUD et de TCA comorbides diagnostic fréquents de troubles de la personnalité (entre 11,7 et 26%)¹
- La comorbidité de TP du cluster B s'est avérée plus fréquente chez les patients atteints de SUD et TCA, que pour ceux avec TCA seulement



20 patients TP/SUD/TCA...
Réduction des manifestations des TP/ TTT

Table 1. Change in pre- to post-treatment mean scores on measures for Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive personality disorder symptoms.

Pre-treatment				Post-treatment				
Variable	n	Mean	S.D.	Mean	S.D.	t	df	p
SCL-90-R:								
Global Symptom Index	20	69.78	7.53	58.78	11.10	4.59	19	0.000
High: >70								
Moderate: 60 – 69								
Average: 40 – 59								
Below average: <40								
Depression	20	70.10	4.19	60.75	10.12	4.06	19	0.001
Anxiety	18	65.61	10.58	59.89	9.18	2.58	17	0.010
Interpersonal Sensitivity	20	69.10	8.14	59.25	9.59	5.32	19	0.000
Psychoticism	20	68.20	8.17	59.40	8.33	4.36	19	0.000
Paranoid Ideation	20	62.05	10.80	52.10	9.11	5.67	19	0.000
Obsessive Compulsive	20	67.55	8.84	60.05	9.56	3.21	19	0.003
BDI-Total Score	20	21.75	7.46	12.80	9.94	3.40	19	0.002
Minimal: <14								
Mild: 14–19								
Moderate: 20–28								
Severe: >28								
BAI-Total Score	18	16.56	10.76	12.06	10.61	1.67	17	0.056
Minimal: <8								
Mild: 8 – 15								
Moderate: 16 – 25								
Severe: >25								
RAS:								
Over-Absorption	20	24.00	7.98	19.35	7.60	2.99	19	0.004
Minimal: <17								
Mild: 17–24								
Moderate: 25–32								
Severe: >32								

Alcool facteur de contrôle de la prise de poids dans la dépression?

- Etude examinant les associations entre la dépression majeure, troubles d'usage d'alcool et de drogues et les état de surpoids / obésité dans un échantillon représentatif d'adultes américains (n = 40 715).....

Table 2

Relative Risk Ratios for Diagnoses by Body Mass Index (BMI) Categories (n=40,715)

Relative Risk Ratios (95% Confidence Intervals)		
	Overweight vs Normal (ref)	Obese vs Normal (ref)
Alcohol & Depression	0.62 (0.47-0.80) ***	0.63 (0.47-0.84) **
Alcohol without Depression	0.98 (0.86-1.10)	0.80 (0.69-0.92) **
Depression without Alcohol	0.83 (0.73-0.94) **	1.46 (1.29-1.66) ***
Neither Alcohol nor Depression	1.00	1.00
Drug & Depression	0.58 (0.37-0.90) *	0.54 (0.36-0.81) **
Drug without Depression	0.79 (0.63-1.00)	0.70 (0.54-0.91) **
Depression without Drug	0.80 (0.71-0.91) **	1.38 (1.22-1.55) ***
Neither Drug nor Depression	1.00	1.00

*
 $p < .05$;

**
 $p < .01$;

 $p < .001$ with neither diagnosis and normal weight BMI as referents Note: Sex, age, race, education, and marital status were evaluated as potential covariates but did not substantively change the pattern of results.

- Les adultes souffrant de dépression majeure étaient plus susceptibles d'être obèses,
- Les adultes présentant des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues étaient moins susceptibles d'être obèses
- Entre les deux AUD+EDM

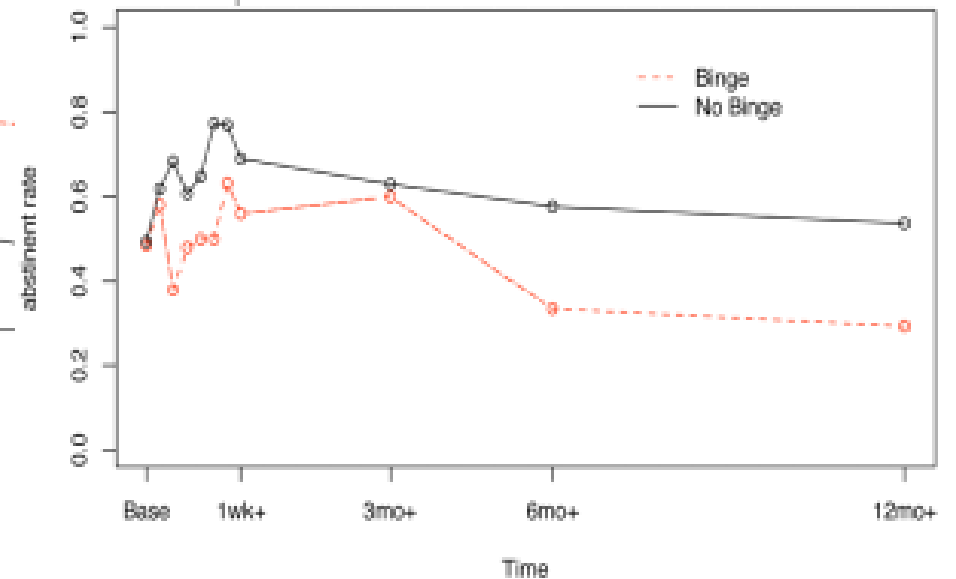
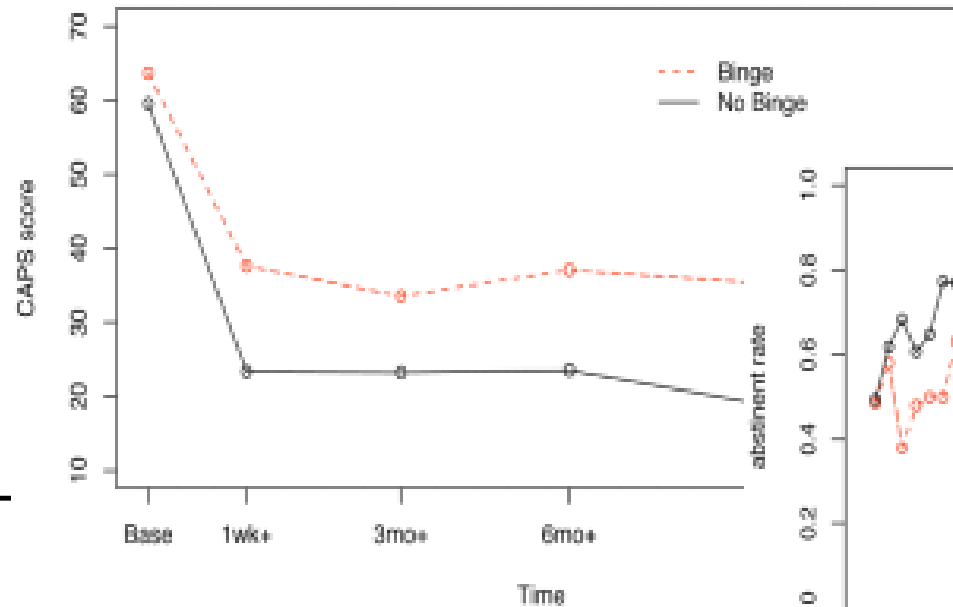
Trouble des conduites alimentaires, PTSD, SUD

- Dans un contexte de pathologie mentale PTSD et alcool
122 patientes



	Binge Eating Group (N= 35)		No Binge Eating Group (N=87)				
Characteristic	Mean	SD	Mean	SD	t/Chisq	df	p
EDE-Q subscales							
Restraint	0.83	1.03	0.85				
Eating Concern	1.31	1.21	0.40				
Weight Concern	2.46	1.76	1.32				
Shape Concern	3.14	1.70	1.92				
Global Scale	1.93	1.27	1.12				
PTSD Symptoms (CAPS)	59.60	18.4	63.7				
PTSD Symptoms (PSS-SR)	48.63	6.19	41.06				
Abstinence (%)	48.6		49.4				
Days of use in the past 30	5.40	9.48	6.12				
Depression Symptoms (BSI)	8.23	4.85	5.75				

Group	Point 1 (Time 0)	Point 2 (Time 1)
Binge Eating Group (Solid Black Line)	~60	~23
No Binge Eating Group (Dashed Red Line)	~64	~38



Sens de l'influence: alcool/femmes /anorexie

- la prévalence au cours de la vie d'AUD chez les femmes avec anorexie restrictive de 2% à 6%^{1,2}
- Etude prospective 136 femmes suivies (/6mois) pour Anorexie Restrictive ou boulimie (110) durant 8 ans
- 17% présentent un TLUA

TABLE 3. Univariate regression models from time to onset of alcohol use disorder in Subjects with ANs

Covariate	Coefficient	Hazard Multiplier	Significance
Global Assessment of Functioning	−0.0815	0.922	.0000
Drug use disorder episode during the study	1.1600	3.205	.0001
Major depressive disorder episode	0.3930	1.482	.0002
Global social adjustment	0.6780	1.969	.0007
Overconcern with weight and shape	2.1700	8.774	.0032
Vomiting over the study	0.9790	2.661	.0204
History of alcohol use disorder at intake	0.5650	1.759	.0222
History of hospitalization for a nonaffective disorder	1.1500	3.168	.0290
Suicide attempts	0.5230	1.687	.0297
Fluoxetine use	0.0219	1.022	.0379
Alcohol use disorder before new episode	1.0300	2.788	.0494

Note: AN = anorexia nervosa.

TABLE 5. Univariate regression models from time to recovery from alcohol use disorder in Subjects with ANs

Covariate	Coefficient	Hazard Multiplier	Significance
Hospitalization over course of study	2.720	15.227	.0001
Vomiting PSR	−1.540	0.215	.0013
History of hospitalization at intake for nonaffective disorder	−1.300	0.273	.0224
Global Assessment of Functioning	−0.417	0.659	.0301
Group therapy	1.340	3.827	.0356
Drug use disorder episode during the study	−0.670	0.512	.0449

Note: AN = anorexia nervosa; PSR = Psychiatric Status Rating.

TABLE 6. Univariate regression models from time to recovery from alcohol use disorder in Women with BNs

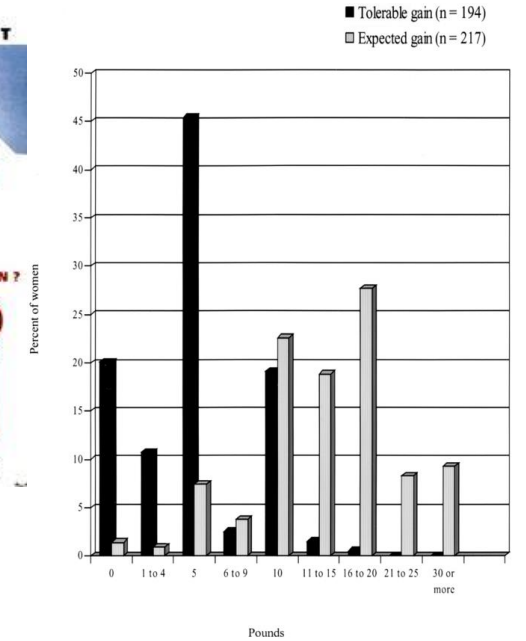
Covariate	Coefficient	Hazard Multiplier	Significance
Intake diagnosis of dependent personality disorder	−7.4500	0.001	.0129
Individual therapy	1.0800	2.936	.0189
Duration of intake eating disorder episode	−0.0698	0.933	.0230
Compulsive exercise PSR	1.5000	4.482	.0308
Drug use disorder during the study	−0.8050	0.447	.0420
Psychiatric hospitalization over course of study	2.2600	9.572	.0425

Note: BN = bulimia nervosa; PSR = Psychiatric Status Rating.

- Antécédents de dépression favorise association Anorexie TLUA, Risque suicidaire
- Influence du TCA sur évolution du TLUA
- Importance de la PEC psychothérapique pour limiter évolution péjorative

sevrage: prise de poids à l'arrêt du tabac

- La plupart des fumeurs prennent du poids (3 à 5 kilo) après avoir cessé de fumer et certains développent de nouveaux cas d'obésité et de diabète de type 2¹.
- Très mauvaise acceptation
- Peu de facteurs de risques identifiables pour prise de poids
- Des recommandations (cochrane) d'accompagnement à la prise de poids³



Expected" and "tolerable" weight gains among 2019 weight-concerned women smokers

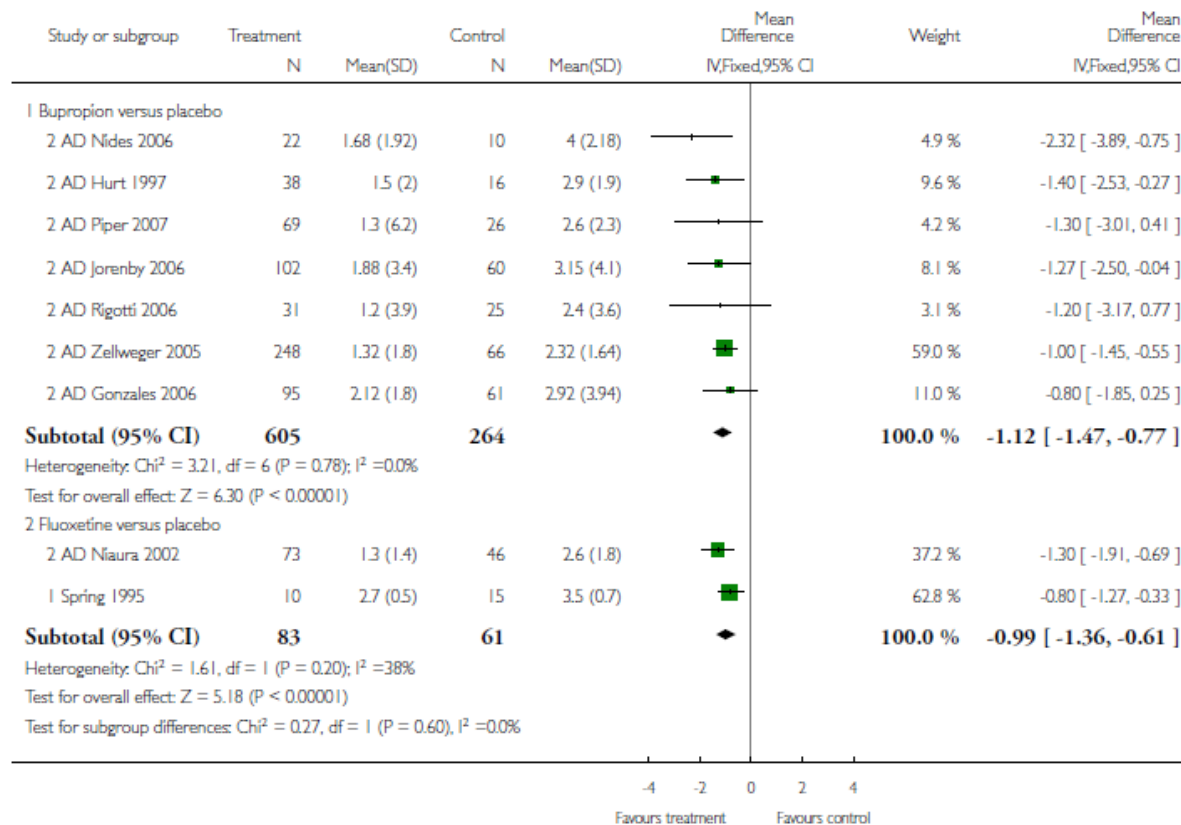
prise de poids à l'arrêt du tabac

Analysis 7.1. Comparison 7 All types of antidepressant versus placebo for smoking cessation: weight change, Outcome 1 Mean weight change (kg) at end of treatment.

Review: Interventions for preventing weight gain after smoking cessation

Comparison: 7 All types of antidepressant versus placebo for smoking cessation: weight change

Outcome: 1 Mean weight change (kg) at end of treatment



- Peu de pharmacothérapies efficaces: mais intérêt bupropion et fluoxetine³....

- 343 femmes arrêt du tabac⁴:
 - Un groupe symptômes dépressifs légers (53%)
 - Un groupe symptômes dépressifs modérés (33%)
 - Un groupe symptômes dépressifs marqués (14%)

Les deux derniers groupe risque de prise de poids et de rechute à 6/12 mois (2.93OR/ G1)

Clinique: liens entre addiction et alimentation

- Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives peuvent conduire à des malnutritions ou troubles métaboliques qui compromettent la modification de la composition corporelle et la santé mentale¹

Table 1
Summary of key studies showing evidence of nutrient deficiency or inadequate nutrient intake in participants with substance use disorders.

	Measures	n	Reference
Alcohol studies			
Vitamin A	Blood sample; diet quality and appetite questionnaire	76	Ross et al. (2012)
Thiamine	7-day dietary recall	73	Boyd et al. (1981)
	Blood serum; cerebrospinal fluid	59	Dastur et al. (1976)
Riboflavin	Blood serum; cerebrospinal fluid	59	Dastur et al. (1976)
Niacin	Blood serum; cerebrospinal fluid	59	Dastur et al. (1976)
Vitamin B6	Blood serum; cerebrospinal fluid	59	Dastur et al. (1976)
Folate	Blood sample	84	Wu et al. (1975)
Vitamin C	7-day dietary recall	73	Boyd et al. (1981)
Vitamin D	Blood sample	128	Quintero-Platt et al. (2015)
	7-day food diary; blood sample	80	Wilkins Knudsen et al. (2014)
	Blood sample	181	Samtani et al. (2000a)
	7-day dietary recall	73	Boyd et al. (1981)
Vitamin E	Blood sample	32	Tanner et al. (1986)
Vitamin K	Blood sample	20	Iber et al. (1986)
Magnesium	Blood sample	105	Dingwall et al. (2015)
	7-day food diary; blood sample	80	Wilkins Knudsen et al. (2014)
Selenium	Blood sample	32	Tanner et al. (1986)
Zinc	7-day food diary; blood sample	80	Wilkins Knudsen et al. (2014)
Drug studies			
Vitamin A	Blood sample; diet quality and appetite questionnaire	76	Ross et al. (2012)
	Blood sample	253	Nazrul Islam et al. (2001)
Thiamine	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
	Blood sample	149	el-Nakah et al. (1979) *
Riboflavin	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
	Prospective food record questionnaire	62	Varela et al. (1997)
	Blood sample	149	el-Nakah et al. (1979) *
Niacin	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
Vitamin B6	Prospective food record questionnaire	62	Varela et al. (1997)
	Blood sample	149	el-Nakah et al. (1979) *
Folate	Prospective food record questionnaire	62	Varela et al. (1997)
	Blood sample	149	el-Nakah et al. (1979) *
Vitamin B12	Blood sample	149	el-Nakah et al. (1979) *
Vitamin C	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
	Blood sample	253	Nazrul Islam et al. (2001)
Vitamin D	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
Vitamin E	Blood sample	253	Nazrul Islam et al. (2001)
	Prospective food record questionnaire	62	Varela et al. (1997)
Calcium	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
Copper	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
Iron	Blood sample	253	Hossain et al. (2007)
Magnesium	24-h dietary recall; blood sample	195	Saeland et al. (2011)
	Prospective food record questionnaire	62	Varela et al. (1997)
Zinc	Prospective food record questionnaire	62	Varela et al. (1997)

Table compiled from key papers published in the last two decades as well as highly cited studies carried out earlier that provided unique evidence, with sample sizes of at least 20.
* Study included heroin users only.

1 Jaynes et Gibson 2017

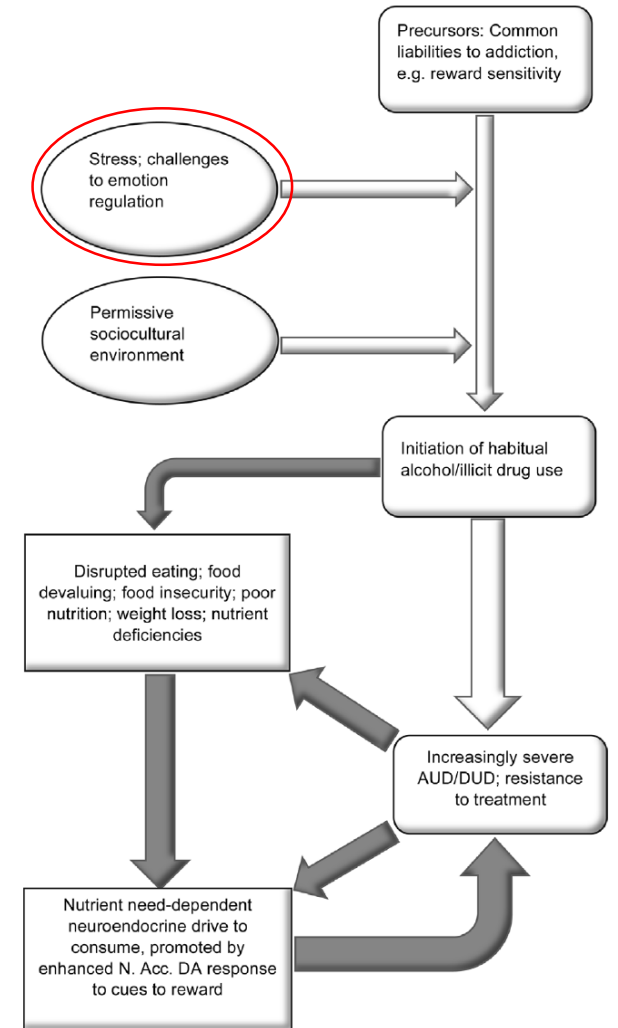


Fig. 1. A schematic illustration of the proposed feed-forward addiction-enhancing effect of deficient nutritional status on AUD and DUD that follows from the negative impact of SUD on food choice and eating behaviour. Rounded rectangles are behavioural states, ellipses are environmental influences, squared rectangles are nutrition-related consequences and effects. Arrows represent enhancing influences; darker shaded arrows form the feed-forward loop of nutritional influence. More details are given in Section 5; N. Acc. DA: nucleus accumbens dopamine.

Clinique: liens entre addiction et alimentation

- Pas de liens génétiques directs entre TCA et addictions
- Mais facteurs communs et liens avec pathologies mentales...

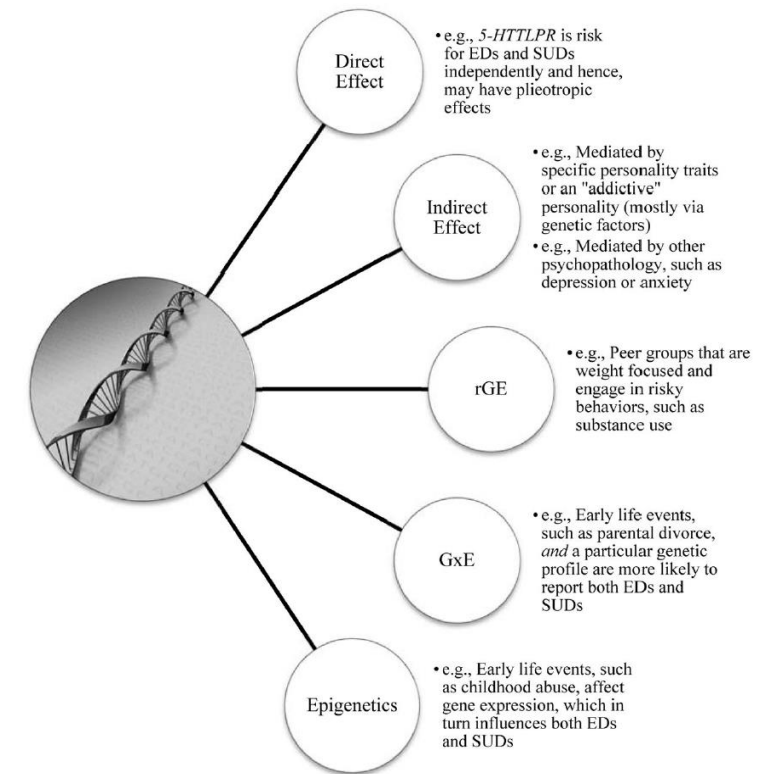


Figure.

How genetic risk may influence the comorbidity between eating disorders and substance use disorders

Addiction et Troubles conduites alimentaires: modèles

Table 1

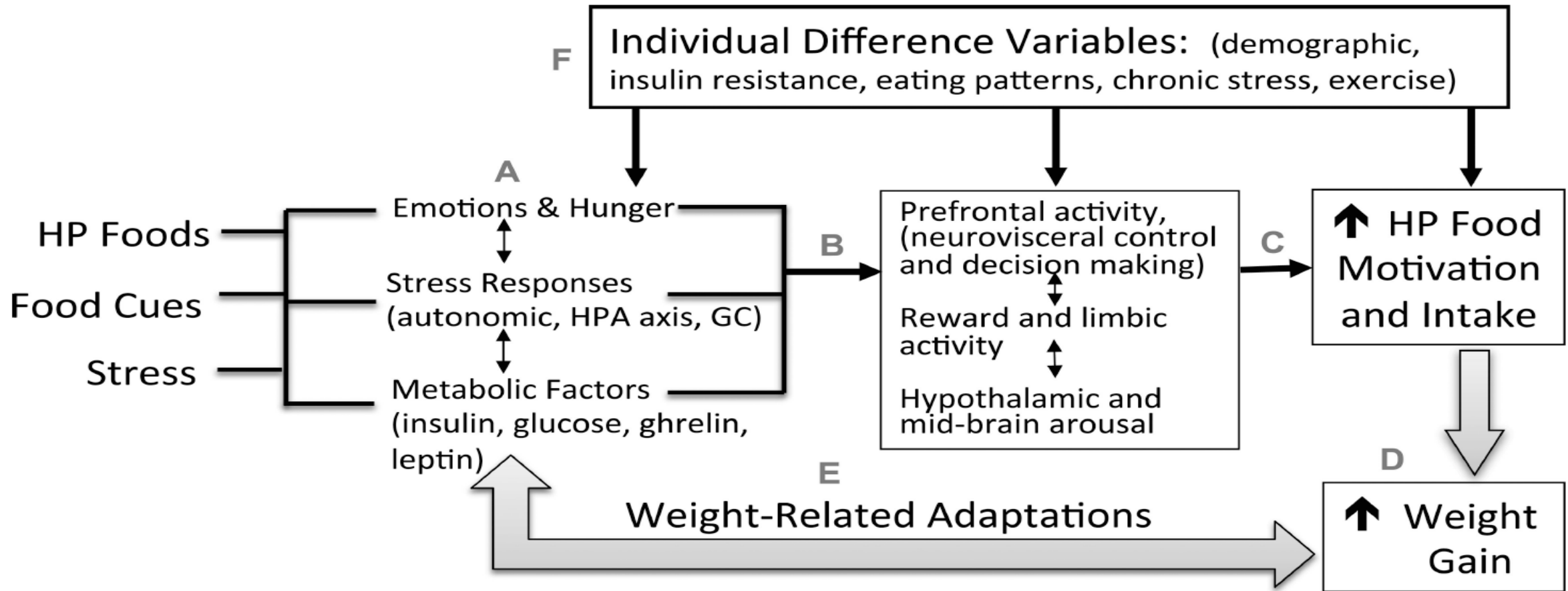


Figure 4.

A heuristic model is proposed of how HP foods, food cues and stress exposure may increase subjective (emotions, hunger) and also activate metabolic, stress and motivation systems in the brain and body to promote HP food motivation and intake (A). Stress-responsive

Liens entre carences et pathologies mentales?

- Les addictions s'accompagnent de carences alimentaires (B1, VD...)
- Alcool et carence: troubles cognitifs puis pathologies mentales: dépression???
- Quel repérage des carences ?
 - IMC bon facteur repérage¹



Alcohol and Alcoholism, 2018, Vol. 53, No. 1

67

Table 1. Biomarkers describing nutritional status and their association with MoCA score <26 points.

	Mean	SD	Median	N	NR	Above NR N (%)	Below NR N (%)	Association with MoCA score < 26 ^a Khi ² (N)	Sig.
Albumin (g/l)	39.5	5.56	38.7	80	38.5–47.5	3 (3.8)	37 (46.3)	0.667 (N = 52)	0.557
Prealbumin (g/l)	0.27	0.09	0.26	85	0.27–0.34	23 (27.1)	43 (50.6)	0.750 (N = 53)	0.562
Calcium (mmol/l)	2.39	0.14	2.37	43	2.2–2.55	6 (14)	2 (4.7)	0.633 (N = 29)	1
Phosphorus (mmol/l)	1.02	0.24	1.07	29	0.74–1.52	0 (0)	4 (13.8)	2.015 (N = 17)	0.471
Magnesium (mmol/l)	0.78	0.10	0.79	81	0.65–1.05	0 (0)	9 (11.1)	0.021 (N = 50)	1
Vitamin A (μmol/l)	2.62	1.24	2.06	14	1.5–2.7	4 (28.6)	1 (7.1)	-	-
Vitamin B1 (nmol/l)	153	62.8	141	52	60–200	15.3	0 (0)	-	-
Vitamin B3 (μmol/l)	130	46.2	126	12	55–98	9 (75)	0 (0)	-	-
Vitamin B6 (nmol/l)	189	165	119	34	35–110	20 (58.8)	0 (0)	-	-
Vitamin B9 (μg/l)	6.35	2.51	5.7	87	4.6–18.7	0 (0)	25 (28.7)	0.162 (N = 54)	0.766
Vitamin B12 (ng/l)	451	252	398	82	197–771	6 (7.3)	9 (11)	2.931 (N = 51)	0.168
Vitamin C (mg/l)	5.33	4.41	3.2	15	5.0–15	0 (0)	8 (53.3)	2.744 (N = 10)	0.183
Vitamin D (ng/ml)	21.3	10.5	19.6	75	20–80	0 (0)	39 (52)	1.042 (N = 47)	0.371
CRP (mg/l)	9.64	27	0	83	<6	25 (30.1)	-	0.944 (N = 52)	0.529

Abbreviations: NR, normal range, SD, standard deviation.

^aAll association tests were calculated with khi²(1df) testing for value below the normal range and low MoCA score, except for CRP where the association was calculated between low MoCA scores and values above the normal range. (N=) describes the number of subjects with both MoCA screening test and biomarker.

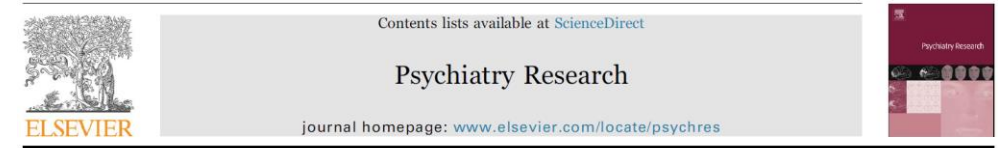
Bold are for mean values above the normal range.

1 Gautron et al 2018, 2 Bush et al 2016

Contexte: carence en Vitamine D dans les addictions?

- En psychiatrie, de faibles niveaux de vitamine D ont été associés à la schizophrénie, à la dépression, à des symptômes psychotiques¹
- la supplémentation en vitamines réduit l'intensité des symptômes de la dépression²
- Plus récemment, des études ont suggéré un lien entre faible niveau de VD des troubles liés à la consommation d'alcool¹
- Revue de la littérature: 49 articles liens alcool /VD
 - Liens positifs 15
 - Liens négatifs 18
 - Neutres

Pathologies duelles rarement évaluées alors qu'elles représentent une variable explicative majeure



Vitamin D and alcohol: A review of the current literature

Vitor Soares Tardelli, Mariana Pimentel Pádua do Lago, Dartiu Xavier da Silveira*, Thiago Marques Fidalgo

Addiction Unit (PROAD) – Universidade Federal de São Paulo, Brazil

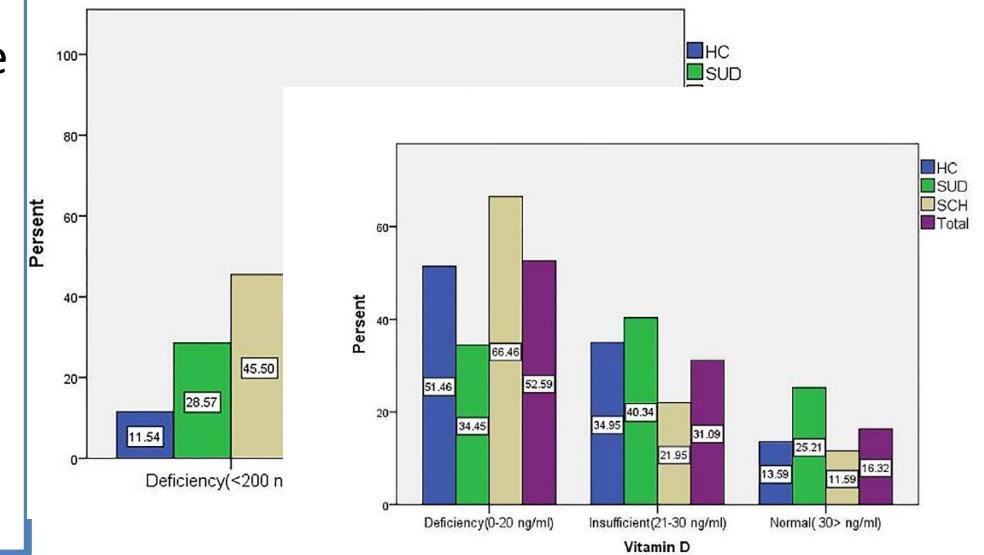


Fig. 2. Incidence of vitamin D deficiency in study groups (HC: Healthily Control, SUD: Substance use disorder, SCH: Schizophrenia).

189 SCZ, 119 SUD, 119 control
Comparaison taux VD et B12³

¹ Tardelli et al 2017; ² Bhimani, et al 2012; ³ Yazici et al 2019

Contexte: surcharge en fer chez les cocaïnomanes?

- 44 patients 44 volontaires sains
- Surcharge en fer (liée durée addiction) chez cocaïnomanes au niveau du Globus Pallidus

OPEN

Citation: Transl Psychiatry (2017) 7, e1040; doi:10.1038/tp.2016.271
www.nature.com/tp

ORIGINAL ARTICLE

Disrupted iron regulation in the brain and periphery in cocaine addiction

KD Ersche^{1,2}, J Acosta-Cabronero³, PS Jones⁴, H Ziauddeen^{1,2,5}, RPL van Swelm^{6,7}, CMM Laarakkers^{6,7}, R Raha-Chowdhury⁴ and GB Williams⁴

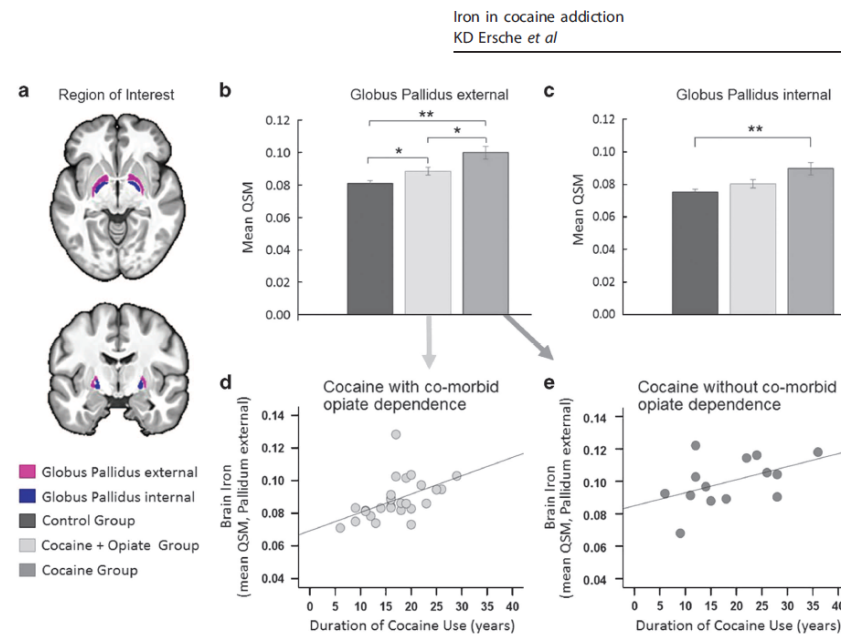


Figure 3. Cocaine-related abnormalities. **(a)** Illustration of the globus pallidus (GP), which was our region of interest. **(b)** *Post hoc* comparison of iron concentration in the GPe revealed significant differences between the groups, such that QSM levels in CUD patients with comorbid opiate dependence fell midway between the levels seen in healthy volunteers and CUD patients without comorbid opiate dependence. **(c)** Iron concentration in the GPi differed significantly between the groups, which was driven by significantly increased QSM in CUD patients without opiate dependence compared with healthy control volunteers. (Error bars denote s.e.m., ** $P < 0.005$ and * $P < 0.05$). **(d, e)** In both CUD subgroups, excessive iron accumulation in the GPe was associated with the duration of cocaine use, supporting the notion that chronic cocaine use is implicated in the observed pathology. No relationships were observed between iron concentration in the GPi and the duration of cocaine use or with the duration of opiate use (for statistical details see text and Supplementary Material). CUD, cocaine use disorder; GPe, external GP; GPi, internal GP; QSM, quantitative susceptibility maps.

Les pharmacothérapies des pathologies duelles

43 Recommandations

- Traiter à la fois les troubles psychiatriques et les troubles addictifs
 - Réduction de consommation réduction de risques
 - Addictolytiques, antabuses et substitution pour addictions
 - Traitements spécifiques pour les pathologies mentale
 - Dépression: antidépresseurs
 - BD: thymorégulation...
 - Trouble anxieux: anxiolytiques, antidépresseurs
 - PTSD
 - troubles psychotiques: Neuroleptiques : utilisation des APIIG doit d'abord servir à stabiliser le trouble psychiatrique qu'il faut savoir rechercher

Canadian Schizophrenia Guidelines

**Canadian Schizophrenia Guidelines:
Schizophrenia and Other Psychotic Disorders
with Coexisting Substance Use Disorders**

David Crockford, MD, FRCPC¹ and Donald Addington, MD¹



The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie
2017, Vol. 62(9) 624-634
© The Author(s) 2017
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0706743717720196
TheCJP.ca | LaRCP.ca
SAGE

1. Attention à la peur de la stigmatisation (produit de la réticence aux soins)

2. Promouvoir une relation durable, utiliser un langage clair, donner des informations claires sur le risques

3. Associer les familles

4. Traitements par des équipes spécialisées

5. Protéger les enfants

6. Traiter et surveiller les problèmes physiques

7. Traiter le tabac

8. Pharmacothérapies:
APIIG, AAP

Traitement de l'addiction
(alcool, THC, Cocaïne....)

Le syndrome métabolique (MetS)

- Le syndrome métabolique est un ensemble de facteurs de risque qui alimentent le développement de troubles cardiovasculaires et de diabète de type 2¹
- Problème majeur de santé publique avec une prévalence allant de 11 à 35% en population générale, sa fourchette et de 20 à 65% chez des patients atteints de maladie mentale²
- Associé à une mortalité élevée environ 10 à 30 ans durée de vie réduite des patients atteints de troubles psychiatriques^{3,4}
- Plus fréquents après 30 ans
- 30% des troubles psychotiques¹, 40% dans le trouble dépressif majeur, 33% dans les troubles liés aux substances⁵

Tableau 2

Définition du syndrome métabolique selon l'American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute²

Présence de trois des cinq paramètres suivants :

Paramètres	Critères diagnostiques
Circonférence de taille élevée*	102 cm chez les hommes 88 cm chez les femmes
Triglycérides élevés	150 mg/dL (1,7 mmol/L) ou traitement médicamenteux pour triglycérides élevés
C-HDL diminué	< 40 mg/dL (0,9 mmol/L) chez les hommes < 50 mg/dL (1,1 mmol/L) chez les femmes ou traitement médicamenteux pour C-HDL diminué
Tension artérielle élevée	130 mmHg (systolique) ou 85 mmHg (diastolique) ou traitement médicamenteux pour hypertension
Glycémie à jeun élevée	100 mg/dL ou traitement médicamenteux pour glucose élevé

* Mesure de la circonférence de la taille au niveau de la crête iliaque, en fin d'expiration.

Le syndrome métabolique (MetS)

- Utilisation fréquente de neuroleptiques dans populations addictions sévères
- Le dépistage doit être systématique (ex étude 41 patients traités pour troubles psychiatriques et ou addictions)
 - 50% MetS, plutôt femmes, associations NLP

Table 1
Characteristics of study group, *n* = 41

	No metabolic syndrome (<i>n</i> = 19[46.3%])		Metabolic syndrome (<i>n</i> = 22[53.7%])	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gender				
Male	11	57.9	12	54.5
Female	8	42.1	10	45.5
Primary diagnosis				
Schizophrenia spectrum disorders	9	47.4	5	22.7
Mood disorders	6	31.6	10	45.5
Other	4	21.0	7	31.8
Medication				
Olanzapine	4	21.1	3	13.6
Quetiapine	10	52.6	13	59.1
Risperidone	3	15.8	4	18.2
Aripiprazol	2	10.5	2	9.1
Combination therapy				
Single atypical	17	89.5	15	68.2
Atypical + atypical	2	10.5	2	9.1
Atypical + typical	0	0	5	22.7

Périmètre abdominal + PA



Table 3
Sensitivity, specificity, positive predictive value and likelihood ratios of the different criteria of metabolic syndrome

	Sensitivity	Specificity	PPV	+LR
High blood pressure ($\geq 130/85$ mmHg) or history of hypertension	88%	73%	73%	3.4
Raised fasting blood glucose (≥ 5.6 mmol/L) or a history of diabetes mellitus	75%	60%	55%	1.9
Raised fasting triglycerides (≥ 1.7 mmol/L)	84%	72%	73%	3.1
Lowered high-density lipoprotein (m. < 1.03 mmol/L, f. < 1.29 mmol/L)	88%	71%	68%	3.0
Central obesity (m. ≥ 102 cm, f. > 88 cm)	66%	81%	91%	3.6
Body mass index (BMI)	63%	72%	86%	2.3
High blood pressure and central obesity	93%	69%	64%	3.0
High blood pressure and BMI	63%	87%	95%	5.1

PPV, positive predictive value.

+LR, positive likelihood ratio.

Prise de poids et traitement des addictions

- Prise de poids et traitement par méthadone¹
- 114 patients, prospectif: augmentation BMI 22.5 à 24.4

TABLE 1 Groups characteristic

	Prospective cohort N=114, N(%)	Current sample N=109, N(%)
Opiate onset (year)	21.9±6.4	22.0±5.8
Opiate onset ≥20y	64 (56.1)	64 (58.7)
Admission age (years)	43.6±11	40.6±10.3
Admission age ≥40	68 (59.6)	51(46.8)
Opiate usage (years)	21.5±9.7	18.5±9.9
Opiate usage ≥20y	65 (57.0)	51 (46.8)
Education (years)	9.7±2.6	9.8±2.6
Gender (Female %)	27(23.7)	36(33.0)
Jewish	87(76.3)	86(78.9)
Israeli born	67(58.8)	76(69.7)
Marital: alone	82(71.9)	76 (69.7)
Drug injector	71(62.3)	64(58.7)
HIV antibody	11 (9.6)	3(2.8)
Hepatitis C antibody	69(60.5)	62(56.9)
Benzodiazepine Urine	68(59.6)	54(49.5)
Cocaine Urine	45(39.5)	29(26.6)

TABLE 2 Variables that significantly related to BMI change (Repeated Measures Analyses)

	Baseline Mean±S.D	Follow-up Mean±S.D	Time F(p)	Group F(p)	Interaction F(p)
Opiate onset			41.3(<0.0005)	2.9(0.09)	3.7(0.06)
<20 years (n=49)	22.9±4.4	25.3±4.8			
≥ 20 years (n=64)	22.3±3.3	23.6±3.8			
Hepatitis C			44.5(<0.0005)	1.1(0.3)	4.7(0.03)
No (n=45)	22.6±3.8	25.1±4.1			
Yes (n=69)	22.5±3.8	23.8±4.4			
HIV			5.4 (0.02)	1.2(0.2)	3.3(0.07)
No (n=100)	22.6±3.9	24.6±4.4			
Yes (n=11)	22.0±3.0	22.2±3.2			
Benzodiazepine			44.0(<0.0005)	0.8(0.4)	4.4(0.04)
No (n=46)	22.6±4.5	25.1±4.7			
Yes (n=68)	22.5±3.2	23.8±4.0			
THC			35.5(<0.0005)	0.3(0.6)	9.3(0.003)
No (n=106)	22.6±3.8	24.2±4.3			
Yes (n=8)	21.7±2.9	26.6±3.3			
BMI admission			110(0.001)	76.2(<0.0005)	1.8(0.2)
<18.5 (n=15)	17.1±0.9	19.9±2.8			
18.5-24.9 (n=74)	21.8±1.9	23.8±3.5			
25-29.9 (n=22)	27.5±1.5	28.1±2.8			
30+ (n=3)	31.9±2.5	33.8±3.4			
Methadone (mg/d)			27.4(<0.0005)	2.2(0.1)	1.8(0.2)
<100 (n=26)	21.7±2.6	23.0±3.8			
100-150 (n=59)	23.0±4.4	25.3±4.2			
>150 (n=29)	22.6±3.2	23.8±4.6			

Influence sur la prise de poids:

- Non abuseurs de BZD
- Sero négatifs HVC

Indépendant du dosage

Influence des psychothérapies associés²



HHS Public Access

Author manuscript

Int Rev Psychiatry: Author manuscript; available in PMC 2019 April 15.

Published in final edited form as:

Int Rev Psychiatry. 2018 October ; 30(5): 147–154. doi:10.1080/09540261.2018.1509843.

Double jeopardy: A review of weight gain and weight management strategies for psychotropic medication prescribing during methadone maintenance treatment

Nicolas J. Schlienz, Ph.D.¹, Andrew S. Huhn, Ph.D., M.B.A.¹, Traci J. Speed, M.D., Ph.D.², Mary M. Sweeney, Ph.D.¹, and Denis G. Antoine, M.D.¹

Dépister, Traiter

- Dépister et prendre en compte l'alimentation dans le traitement des addictions
- Traiter les carences
- Peu d'études sur les approches thérapeutiques
- Syndrome métabolique ++++++
- Il faut privilégier des approches intégrées: Addictologues, Psychiatres et médecins somaticiens
- Education thérapeutique
- Aide Physique adaptée
- Approche diététique (fruits) et planning alimentaire
- TCC: croyances et attitudes/ alimentation, stratégies coping, prévention rechute
- Pleine conscience
- Alimentation / regulations émotions
- Pairs aidants
- Travail avec entourage

Gregorowski et al. *BMC Psychiatry* 2013, 13:289
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/289>



REVIEW

Open Access

A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders

Claire Gregorowski, Soraya Seedat* and Gerhard P Jorjaan

Conclusions

- Liens important entre TCA Addictions et pathologies mentales
- Approche pragmatique des conduites alimentaires dans le traitement des addictions
- Prévention
- Rôle essentiel diététiciens/APA/psychologues
- Approche psychothérapique

