

Prise de poids pharmaco-induite par les psychotropes et sa prise en charge : revue des données de la littérature

O. RUETSCH⁽¹⁾, A. VIALA⁽¹⁾, H. BARDOU⁽¹⁾, P. MARTIN⁽¹⁾, M.N. VACHERON⁽¹⁾

Résumé. La prise de poids lors d'un traitement psychotrope chez les patients souffrant de troubles psychiatriques est connue depuis la découverte des premiers psychotropes, mais elle semble s'intensifier depuis quelques années. Elle est calculée à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) et peut aller de la surcharge pondérale à l'obésité. C'est un facteur de risque important et elle expose à de nombreuses complications tant somatiques (hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, accident vasculaire cérébral, intolérance au glucose, diabète non insulino-dépendant, dyslipidémie, troubles respiratoires, ostéoarticulaires ou néoplasiques) que psychologiques et sociales (sentiment de démoralisation et de mise à l'écart). Ces conséquences parfois sévères entraînent un risque d'interruption du traitement et de rechute de la pathologie traitée, et peuvent parfois engager le pronostic vital. L'article fait le point des études menées depuis quelques années au point de vue de l'épidémiologie, mais aussi du mécanisme d'action et des possibilités de prise en charge des patients souffrant de prise de poids sous antidépresseurs, thymorégulateurs ou antipsychotiques. Des données générales, mais aussi spécifiques à chacune des 3 classes médicamenteuses sont ici résumées et rapportées aux données de la littérature. Si les notions épidémiologiques sont mieux connues, les mécanismes étiologiques restent délicats à élucider (rôle du contrôle nerveux central, métabolisme du glucose, pharmacogénétique). Il faut souligner aussi leur association pour ces patients à la difficulté d'équilibrer leur alimentation, au manque d'exercice physique et aux associations médicamenteuses. La prise en charge comporte des mesures associant la surveillance régulière et précoce du poids et de ses variations, un bilan biologique à intervalle régulier, des conseils hygiéno-diététiques pouvant associer un régime prudent à une activité physique régulière, mais aussi une prise en charge psychothérapeutique individuelle et dans le cadre de groupes de patients. L'instauration la plus précoce possible de ces mesures, associée à l'information donnée aux patients le plus tôt possible par rapport à la prescription sont essentielles pour limiter cette prise de poids et

les risques qu'elle génère, de mauvaise compliance ou d'interruption du traitement avec risque de rechute, voire d'accident majeur.

Mots clés : Épidémiologie ; Prise en charge ; Prise de poids ; Psychotropes.

Psychotropic drugs induced weight gain : a review of the literature concerning epidemiological data, mechanisms and management

Summary. Weight gain is associated with the use of many psychotropic medications, including antidepressants, mood stabilizers, antipsychotic drugs, and may have serious long term consequences : it can increase health risks, specifically from overweight (BMI = 25-29,9 kg/m²) to obesity (BMI ≥ 30 kg/m²), according to Body Mass Index (BMI), and the morbidity associated therewith in a substantial part of patients (hypertension, coronary heart disease, ischemic stroke, impaired glucose tolerance, diabetes mellitus, dyslipidemia, respiratory problems, osteoarthritis, cancer) ; according to patients, psychosocial consequences such as a sense of demoralization, physical discomfort and being the target of substantial social stigma are so intolerable that they may discontinue the treatment even if it is effective. The paper reviews actual epidemiological data concerning drug induced weight gain and associated health problems in psychiatric patients : there is a high risk of overweight, obesity, impaired glucose tolerance, diabetes mellitus, premature death, in patients with schizophrenia or bipolar disorder ; and the effects of specific drugs on body weight : Tricyclic Antidepressants (TCA) induced weight gain correlated positively with dosage and duration of treatment, more pronounced with amitriptyline ; Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) decrease transiently bodyweight during the first few weeks of treatment and may then increase bodyweight ; weight gain appears to be most prominent with some mood stabilizers (lithium, valproate) ; atypical antipsychotics tend to cause

(1) Centre Hospitalier Sainte-Anne, Secteur 13, 1, rue Cabanis, 75014 Paris.

Travail reçu le 24 juin 2004 et accepté le 24 septembre 2004.

Tirés à part : M.N. Vacheron (à l'adresse ci-dessus).

more weight gain than conventional ones and weight gain, diabetes, dyslipidemia, seem to be most severe with clozapine and olanzapine. Concerning the underlying mechanisms of drug induced weight gain, medications might interfere with central nervous functions regulating energy balance; patients report about : increase of appetite for sweet and fatty foods or « food craving » (antidepressants, mood stabilizers, antipsychotic drugs) and weight gain despite reduced appetite which can be explained by an altered resting metabolic rate (TCA, SSRI, Monoaminoxidase Inhibitors MAO I). According to current concepts, appetite and feeding are regulated by a complex of neurotransmitters, neuromodulators, cytokines and hormones interacting with the hypothalamus, including the leptin and the tumor necrosis factor system. The pharmacologic mechanisms underlying weight gain are presently poorly understood : maybe the different activities at some receptor systems may induce it, but also genetic predisposition. Understanding of the metabolic consequences of psychotropic drugs (weight gain, diabetes, dyslipidemia) is essential : the insulin-like effect of lithium is known ; treatment with antipsychotic medications increases the risk of impaired glucose tolerance and diabetes mellitus. Several management options of weight gain are available from choosing or switching to another drug, dietary advices, increasing physical activities, behavioural treatment, but the best approach seems to attempt to prevent the weight gain : patients beginning maintenance therapy should be informed of that risk, and nutritional assessment and counselling should be a routine part of treatment management, associated with monitoring of weight, BMI, blood pressure, biological parameters (baseline and three months monitoring of fasting glucose level, fasting cholesterol and triglyceride levels, glycosylated haemoglobin). Psychiatrists must pay attention to concomitant medications and individual factors underlying overweight and obesity. Weight gain has been described since the discovery and the use of the first psychotropic drugs, but seems to intensify with especially some of the second generation antipsychotic medications ; understanding of the side effects of psychotropic drugs, including their metabolic consequences (weight gain, diabetes, dyslipidemia) is essential for the psychiatrists to avoid on the one hand a risk of lack of compliance, a discontinuation of the pharmacological medication and also a risk of relapse and rehospitalization, and on the other hand to avoid acute life threatening events (diabetic ketoacidosis and non ketotic hyperosmolar coma, long term risk complications of diabetes and overweight).

Key words : Epidemiology ; Management ; Psychotropic medication ; Weight gain.

INTRODUCTION

Le 3 novembre 2003, le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, dans le cadre du programme national nutrition santé qui a notamment pour objectif de réduire la prévalence et de prévenir l'obésité, a adressé un *disque de mesure de l'indice de masse corporelle* (IMC, rapport poids en kg de la taille en m²) aux médecins français (57).

La *surcharge pondérale* est définie par un IMC = 25-29,9 kg/m² et l'*obésité* par un IMC ≥ 30 kg/m² (34, 57).

L'obésité est une maladie fréquente des pays industrialisés (7 à 10 % des adultes en France) (2). Actuellement la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité augmente et expose au risque de *nombreuses complications*, en particulier cardio-vasculaires (insuffisance coronarienne, hypertension artérielle – HTA, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral – AVC – par thrombose artérielle, insuffisance veineuse), métaboliques (insulinorésistance et hyperinsulinisme, intolérance au glucose, diabète non insulinodépendant – DNID, dyslipidémie et en particulier hypertriglycéridémie, syndrome métabolique*), respiratoires, ostéoarticulaires, néoplasiques (sein, endomètre, côlon), isolement psychologique et social. L'étiologie de la surcharge pondérale et de l'obésité est multifactorielle : notamment génétique, physiologique, environnementale, psychologique et socioéconomique (22, 34, 74).

Une prise de poids peut survenir pour des raisons diverses, parfois associées, liées à la difficulté d'équilibrer son alimentation, au manque d'exercice physique, à l'utilisation de certains médicaments.

Depuis les années 1950 et la découverte des premiers psychotropes, la prise de poids constitue un effet secondaire fréquent des traitements instaurés chez les patients présentant des troubles psychiatriques, avec risque d'arrêt du médicament en cause (10, 11, 69) et éventuelle rechute de la pathologie traitée.

Les psychotropes potentiellement à l'origine d'une prise de poids appartiennent aux 3 principales classes thérapeutiques prescrites : les antipsychotiques, les thymorégulateurs et les antidépresseurs.

Les patients considèrent la prise de poids comme un effet latéral invalidant de leur traitement (17, 32).

C'est récemment que la recherche en psychiatrie s'est intéressée aux effets des psychotropes sur l'appétit et la régulation du poids, probablement parce que depuis une dizaine d'années, on reconnaît l'impact négatif de l'obésité sur le bien-être, la santé, la survie (74).

C'est dans ce contexte qu'il nous est apparu nécessaire d'effectuer une étude des données actuelles de la littérature, portant sur l'épidémiologie, les mécanismes d'action et les moyens mis en œuvre pour remédier à la prise de poids pharmaco-induite par les psychotropes.

* Le syndrome métabolique est défini par l'association de 2 ou plus des critères suivants chez un patient présentant un DNID ou une intolérance au glucose, ou une résistance à l'insuline : HTA > 160/90 mm Hg, hypertriglycéridémie ou réduction du HDL cholestérol, obésité et/ou rapport taille/hanche > 0,9 chez l'homme et > 0,85 chez la femme, microalbuminurie ≥ 20 µg/min, et est associé à un risque accru d'insuffisance coronarienne et d'AVC ; notion de vulnérabilité génétique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9379579>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9379579>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)