

Traitement par le baclofène de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie : une enquête Internet

Imbert S¹, Rat P² and de Beaurepaire R^{2*}

¹ 7rue Louis Blériot, Plaisance, France

² Groupe Hospitalier Paul-Guiraud, 54 Avenue de la République, France

***Auteur correspondant:** Renaud de Beaurepaire, Groupe Hospitalier Paul-Guiraud, 54 Avenue de la République, 94806 Villejuif, France

Reçu: le 11 août, 2017; **Accepté:** le 7 septembre 2017; **Publié:** le 14 Septembre 2017

Résumé

Objectifs: La Boulimie Nerveuse (BN) et l'hyperphagie (BED) sont des pathologies difficiles à traiter et pour lesquelles il existe très peu de traitements approuvés. Des études cliniques ont montré l'efficacité du baclofène dans l'hyperphagie, mais cette efficacité doit être confirmée.

Méthodes: Cette étude est une enquête Internet ciblant l'utilisation de baclofène pour le traitement de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie. Les questions de l'enquête ont été publiées sur le site Internet "Baclofène". Ces questions portaient sur l'efficacité du baclofène, les doses, l'augmentation du traitement, les effets indésirables et l'impact sur la qualité de vie.

Résultats: Cent huit personnes ont satisfait aux critères diagnostics d'hyperphagie et de boulimie (61 BN, 47 BED). 41% des participants du groupe BN et 40% des participants du groupe BED déclarent une guérison totale, tandis que 29% du groupe BN et 34% du groupe BED déclarent une amélioration. Les participants du groupe BN étaient significativement plus jeunes que ceux du groupe BED. Les doses efficaces individuelles étaient très variables (10-590 mg/j) et la moyenne de la dose maximale était de 174 mg/j. Il n'y avait pas de corrélation entre la dose maximale de baclofène et l'intensité des effets indésirables, la qualité de vie ou l'efficacité du traitement.

Discussion: Les pourcentages élevés de réussite de cette étude sont probablement supérieurs à la réalité de l'efficacité du baclofène pour ces pathologies, parce que les patients améliorés par le baclofène étaient probablement plus enclins à répondre à l'enquête que ceux pour qui le traitement avait échoué. Néanmoins, les résultats confirment l'efficacité des doses de baclofène ajustées individuellement pour le traitement de nombreux patients souffrant d'hyperphagie et suggère son intérêt potentiel pour la boulimie nerveuse. Des études contrôlées utilisant des doses de baclofène ajustées individuellement sont nécessaires.

Mots-clés: Trouble de l'alimentation; Titrage individuel; Effets indésirables; GABA-B; Qualité de vie

Introduction

Le baclofène, un agoniste du récepteur GABA-B, commercialisé depuis plus de 40 ans pour le traitement de la spasticité, est apparu récemment comme un traitement d'un intérêt majeur pour la dépendance à l'alcool. Des études ont montré que de faibles doses de baclofène (30 à 60 mg par jour) ont des effets équivoques dans le traitement de la dépendance à l'alcool [1-6], alors que les doses élevées ont démontré des effets positifs robustes dans des auto-observations et des études observationnelles [7-14]. Ces effets positifs ont récemment été confirmés dans une étude randomisée, en double aveugle versus placebo [15]. Le baclofène a également montré une efficacité dans l'hyperphagie (BED) à faible dose [16,17] et à des doses élevées [18]. Cependant, l'impact de ces études est limité en raison du faible nombre de patients

inclus (quatre dans l'étude de Broft et al. [16], 12 dans l'étude de Corwin et al. [17], cinq dans la série de cas de Beaurepaire et al. [18]). L'efficacité du baclofène dans l'hyperphagie doit être confirmée; son efficacité potentielle dans la boulimie nerveuse (BN) [16] doit faire l'objet d'études approfondies; et les doses doivent être déterminées plus précisément. Dans l'étude présente, ces questions ont été examinées en utilisant une enquête sur Internet.

Depuis la publication en 2008 par Olivier Ameisen d'un livre relatant le traitement de sa dépendance à l'alcool avec une forte dose de baclofène [19], l'utilisation du baclofène dans le traitement de l'alcoolisme s'est répandue en France [20]. En 2014, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament a accordé une recommandation autorisant la prescription de baclofène jusqu'à 300 mg/jour, mais pas au-delà, pour le traitement de la dépendance à l'alcool (décret ministériel du 13 juin 2014). Il existe plusieurs sites Internet consacrés à l'utilisation du baclofène dans le traitement de l'alcoolisme en France. Ces sites fournissent toutes sortes d'informations concernant le baclofène et mentionnent son efficacité potentielle dans les troubles du comportement alimentaire. En conséquence, un certain nombre de patients souffrant d'hyperphagie ou de boulimie nerveuse ont demandé à leurs médecins une prescription de baclofène. Compte tenu de la forte détresse psychologique des patients souffrant de BN et BED, de nombreux médecins ont accepté de leur prescrire du baclofène hors AMM. L'un des sites les plus populaires consacrés à l'utilisation du baclofène en France, le site "Baclofène" reçoit plus de 3000 visites par jour sur son forum. Sur ce forum, où les visiteurs relatent et discutent de leur expérience avec le baclofène, il a été observé une augmentation des discussions sur son utilisation dans le traitement des troubles du comportement alimentaire. Compte tenu de ce contexte favorable, le concepteur et administrateur du site, Sylvie Imbert, a décidé de faire une enquête sur l'utilisation du baclofène dans le traitement de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie.

Méthodes

Méthodes générales

L'enquête, ouverte aux personnes atteintes de boulimie et d'hyperphagie, a été proposée sur le site internet « Baclofène » durant un mois, entre le 6 novembre et le 5 décembre 2016. Il s'agissait d'une série de 14 questions (en plus de l'âge et du sexe):

1. Type de trouble alimentaire: BN ou BED (critères fournis incluant 1 : manger, en moins d'une période de 2 heures, une quantité anormalement élevée de nourriture; 2 : perte de contrôle pendant les épisodes compulsifs; 3 : comportements compensatoires)
2. Maladies psychiatriques et somatiques concomitantes, et médicaments pris dans ce cadre
3. Traitements non pharmacologiques alternatifs précédents ayant échoué (psychothérapie, nutritionniste, sophrologie, hypnose)
4. Nombre de crises d'hyperphagie compulsive par semaine avant le traitement
5. Date de début du traitement (afin de déterminer la durée de traitement)
6. Vitesse d'augmentation de la posologie
7. Dose de baclofène prise le jour de l'enquête (dose actuelle)
8. Dose maximale de baclofène prise
9. Effet du traitement. 1: aucun effet (nombre similaire de crises); 2: amélioration mais récupération incomplète (pas suppression complète des crises); 3: guérison (plus de crises)
10. Une liste des effets indésirables rencontrés

11. Intensité des effets indésirables, avec une gravité allant de 1 à 7. 1: aucun effet indésirable; 2: faible; 3: supportable; 4: moyenne; 5: forte; 6: très forte; 7: effets indésirables insupportables (le traitement a dû être arrêté)

12. Activité professionnelle pendant le traitement (activité à plein temps; activité à temps partiel; pas d'activité)

13. Pour ceux qui travaillent: effet du traitement sur l'activité professionnelle. 1: pas d'incidence particulière; 2: une incidence importante mais la personne continue de travailler; 3: arrêt du travail

14. Effets indésirables / changements liés à la qualité de vie durant le traitement allant de 1 à 5 (auto-évaluation du patient). 1: pas de changement; 2: difficultés mineures; 3: la vie est perturbée de façon significative; 4: la vie est fortement perturbée; 5: la vie est tellement perturbée que le traitement a dû être arrêté.

Compte tenu de la nature non interventionnelle de cette étude basée sur une enquête, le fait que la participation était volontaire et anonyme, le fait qu'il n'existe pas de recommandations éthiques établies dans la Déclaration d'Helsinki pour les enquêtes sur Internet, le fait que les comités d'Éthique ne sont pas formés pour aborder la question des sondages sur Internet (pour laquelle il n'y a pas de consensus) et comme dans d'autres enquêtes sur Internet du même type [21], une approbation spécifique par un comité d'éthique n'a pas été recherchée.

Analyses statistiques

Les résultats globaux sont exprimés en pourcentage et ont été analysés en utilisant un test χ^2 avec $\alpha = 0,05$. Les comparaisons entre les différents sous-groupes ont été analysées par ANOVA (analyse unidirectionnelle de variance) suivi, en cas de significativité, par un test PLSD de Fisher pour une analyse post hoc (Statview V4.57 Abacus Software, USA), $p < 0.05$ était reconnu comme statistiquement significatif. Les corrélations ont été analysées en effectuant une régression linéaire et en calculant la corrélation linéaire, coefficient r , dont l'importance est testée par le test F de Fisher (Epi Info™ 7.1.5); $p < 0,05$ a été reconnu comme statistiquement significatif.

Résultats

Général

Table 1: Variables examinées

Variable	total	BN	BED	P
Nombre de personnes	108	61	47	-
Age	40.2±1.0	37.8±1.2	43.4±1.6	<0.01
Sexe H/F	2/103	2/59	3/44	-
Effet du traitement : guérison + amélioration	78 (72%)	43 (70.5%)	35 (74.5%)	NS
Durée du traitement en mois	19.75±1.9	18.5±2.3	21.2±2.5	NS
Palier d'augmentation (nb jour/10mg)	6.0±0.3	6.1±0.4	6.0±0.5	NS
Dose actuelle (mg/j)	76.3±8.8	77.9±11.6	74.3±13.5	NS
Dose maximale (mg/j)	174.3±11.3	185.5±16.1	159.5±15.2	NS
Nb compulsions par semaine (avant trt)	8.6±0.5	8.8±0.6	8.3±0.7	NS
Intensité des EI (échelle de 1 à 7)	4.1±0.2	4.2±0.3	3.8±0.3	NS
Incidence des EI sur la qualité de vie (échelle de 1 à 5)	2.8±0.1	2.9±0.2	2.7±0.2	NS

Les valeurs de P correspondent aux comparaisons entre les groupes BN et BED. NS=non significatif. EI=effets indésirables

Cent dix-huit participants ont répondu durant le mois suivant le jour de mise en ligne de l'enquête. Dix ont été exclus parce qu'ils ne correspondaient pas aux critères de boulimie nerveuse BN ou d'hyperphagie BED. Parmi les 108 restant, il y avait 103 femmes (95%) et 5 hommes (6%), dont 61 BN (56%) et 47 BED (44%), âge moyen $40,2 \pm 1,0$ (BN: $37,8 \pm 1,2$; BED: $43,4 \pm 1,6$ [$p = 0,01$]), avec une moyenne de $8,6 \pm 0,5$ crises d'hyperphagie par semaine avant traitement (tableau 1). Quarante-quatre participants remplissaient les critères de guérison (moins d'un épisode compulsif par semaine) (41%), 34 ont été améliorés (31%), et le traitement a échoué pour 30 personnes (28%). En ce qui concerne le diagnostic des sous-groupes, 25 BN (41%) et 19 BED (40%) répondaient aux critères de guérison, 18 BN (29%) et 16 BED (34%) ont été améliorés et le traitement a échoué pour 18 BN (29%) et 12 BED (25%). La moyenne d'augmentation de la posologie a été de 10 mg de plus tous les $6,0 \pm 0,3$ jours, la moyenne de la dose maximale de baclofène prise était de 174 ± 11 mg/j (extrêmes: 10-590), et la moyenne de la dose actuelle était de $76,3 \pm 8,8$ mg/j ($n = 65$: 43 participants avaient arrêté le traitement avant l'enquête) (extrêmes: 10-350) (BN: $77,9 \pm 11,6$; BED: $74,3 \pm 13,5$). La durée moyenne du traitement était de 19,75 mois et 43 participants avaient arrêté leur traitement au moment de l'enquête. Parmi les 43 participants qui ont arrêté le traitement, 22 l'ont fait parce que les effets indésirables étaient insupportables, huit parce que le traitement avait échoué, sept parce que le traitement avait été couronné de succès et qu'ils se considéraient guéris, et six pour d'autres raisons (indéterminées).

Effets indésirables et qualité de vie

Presque tous les participants (93%) ont signalé au moins un effet indésirable, et 45 types différents d'effets indésirables ont été rapportés. Les plus fréquents (exprimés par au moins 20% des participants) étaient la fatigue (76%), la somnolence (68%), les endormissements brutaux (40%), l'insomnie (39%), la perte de concentration (38%), les vertiges (29%), les troubles sexuels (28%), les pertes de mémoire (26%), les nausées (26%), les douleurs musculaires (25%), la transpiration excessive (24%), les cauchemars (24%), les maux de tête (24%), les acouphènes (23%), les paresthésies (20%) et le gel des émotions (20%). Les effets indésirables ont été jugés absents ou sans importance (évalués 1 et 2) chez 12 participants (11%) et insupportables (évalués 7) chez 21 participants (19,4%). Parmi les participants ayant une activité professionnelle, le traitement n'a eu aucune incidence sur le travail chez 35 participants (41%), une incidence importante pour 36 participants, qui ont néanmoins continué à travailler (42%), tandis que quatre participants (5%) ont arrêté de travailler en raison du traitement et 10 (12%) ont choisi d'arrêter le baclofène pour continuer à travailler. En ce qui concerne l'évaluation subjective des conséquences des effets indésirables sur la qualité de la vie (107 réponses), 51 participants ont estimé que le traitement n'a pas changé ou juste modifié légèrement leur qualité de vie (évalué 1 ou 2) (48%), 23 ont signalé une altération significative de leur qualité de vie (note 3) (21%) et 23 considèrent que le traitement a fortement altéré leur qualité de vie (évalué 4 ou 5) (21%).

Maladies concomitantes, médicaments et autres formes de traitement

Treize participants ont signalé une maladie somatique concomitante (une personne peut avoir plusieurs maladies): hypertension (quatre cas), diabète (trois cas), fibromyalgie, asthme, accident vasculaire cérébral, algodystrophie, scoliose, cirrhose biliaire primaire, hypothyroïdie, insuffisance rénale; tous prenaient des médicaments somatiques appropriés. Cinquante-quatre personnes (50%) ont signalé une maladie psychiatrique concomitante (une personne peut avoir plusieurs maladies): dépression (43 cas), trouble anxieux (15 cas), dépendance à l'alcool (sept cas), bipolarité (cinq cas), et un trouble obsessionnel-compulsif (un cas). Quarante-cinq participants ont déclaré prendre un médicament psychotrope: antidépresseur (27 cas – principalement de la fluoxétine, prescrite pour le traitement du trouble du

comportement alimentaire dans la plupart des cas), anxiolytiques (neuf cas), stabilisateur de l'humeur (sept cas), antipsychotique (trois cas).

En outre, 99 participants (92%) ont signalé avoir essayé sans succès d'autres traitements non pharmacologiques avant de commencer le baclofène. Ceux-ci incluaient une psychothérapie (de tout type) dans 89 cas (82%), un régime alimentaire prescrit par un nutritionniste (74 cas, 68%), la sophrologie (31 cas, 29%), l'hypnose (28 cas, 26%).

Analyse de la variance

Les analyses de variance montrent que les doses de baclofène étaient plus élevées pour la boulimie nerveuse que pour l'hyperphagie, mais la différence n'est pas significative. Les participants du groupe BN étaient nettement plus jeunes que les participants du groupe BED ($p < 0,01$).

Il n'y a pas de corrélations entre les doses de baclofène et l'âge, l'intensité des effets indésirables, la qualité de vie et l'efficacité du traitement. L'intensité des effets indésirables est corrélée à un plus mauvais résultat du traitement ($p < 0,0001$) et à une plus mauvaise qualité de vie ($p < 0,0001$). Les effets indésirables ont été significativement plus intenses dans le groupe « échec du traitement » que dans le groupe « succès ou amélioration » ($p < 0,01$). L'intensité des effets indésirables et les altérations induites par le traitement sur la qualité de vie n'étaient pas différentes entre les groupes BN et BED. Il n'y a pas de corrélation entre la durée du traitement, la rapidité d'augmentation des doses, et l'effet thérapeutique.

Discussion

Cette enquête sur Internet montre qu'un nombre assez élevé des patients se sont intéressés à un questionnaire concernant leur expérience du baclofène dans le traitement de l'hyperphagie et la boulimie. Cent dix-huit participants ont répondu rapidement au questionnaire, produisant 108 résultats pouvant être analysés (61 BN, 47 BED). Bien qu'il n'existe pas dans la littérature de critères bien définis de résistance aux traitements dans le cas de l'hyperphagie et la boulimie, on peut considérer que les participants avaient un certain degré de résistance aux traitements, puisque 92% d'entre eux avaient déjà essayé au préalable et sans succès d'autres formes de traitement, y compris les antidépresseurs, la psychothérapie, la sophrologie, les régimes alimentaires encadrés et l'hypnose. Globalement, les résultats montrent que le traitement a été suivi d'une amélioration ou d'une guérison pour 70,5% des participants du groupe BN et 74,5% des participants du groupe BED (41% du groupe BN et 40% du groupe BED guéris, 29% du groupe BN et 34% du groupe BED améliorés). Étant donné qu'il y a très peu de médicaments approuvés pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie dans le monde (la fluoxétine pour la boulimie nerveuse, et seulement aux États-Unis, la lisdexamfetamine pour l'hyperphagie), ces résultats sont très encourageants. Toutefois, ils doivent être interprétés avec prudence. Ils ne signifient pas que le baclofène sera efficace pour 70 à 75% des patients atteints de BN ou BED. Il est très probable que les participants ayant des résultats positifs ont été plus enclins à répondre à l'enquête que ceux pour lesquels le traitement avait échoué, et les personnes qui ont choisi de compléter le sondage ne sont peut-être pas représentatives de la population générale des personnes atteintes de BN et de BED. En outre, chez un certain nombre de patients, la diminution des épisodes compulsifs peut avoir été due à des circonstances particulières ou à un effet placebo. Néanmoins, les résultats de cette étude confirment les résultats d'études antérieures suggérant que le baclofène peut être utile dans le traitement de l'hyperphagie [16-18]. Pour aller plus loin des études randomisées, contrôlées contre placebo, et utilisant des doses individualisées de baclofène (adaptées à chaque patient) sont nécessaires.

Le traitement n'a pas montré de différence en termes d'efficacité pour les groupes BN et BED. Les participants du groupe BN étaient significativement plus jeunes et avaient tendance à recevoir des doses plus élevées de baclofène, bien que ce point ne soit pas statistiquement significatif. Le fait que les participants du groupe BN soient plus jeunes est conforme à la littérature, ce qui montre que la prévalence de l'hyperphagie augmente beaucoup plus avec l'âge que celui de la boulimie [22]. Aucune corrélation n'a été trouvée entre la dose de baclofène et l'effet thérapeutique (guérison, amélioration, aucun effet), l'intensité des effets indésirables et la qualité de vie. Ces résultats peuvent sembler surprenants étant donné qu'un lien dose-réponse a été rapporté dans le traitement par le baclofène de la dépendance à l'alcool [3]. Cependant, la présente étude, comme d'autres études [12-15], ne va pas dans le sens de l'existence d'une telle relation dose-réponse. Comme dans la dépendance à l'alcool, certains patients ont besoin de doses faibles, d'autres de doses élevées. Les raisons de telles variations individuelles sont inconnues. Il est probable que les participants qui tolèrent le mieux le baclofène (peu d'effets indésirables) atteignent plus facilement une dose optimale (qui peut être faible ou élevée), se sentent mieux et ont une meilleure qualité de vie, tandis que ceux pour qui l'augmentation de la dose est entravée par des effets indésirables ont des difficultés à atteindre une dose efficace, peuvent rester à des doses trop faibles, se sentir moins améliorés par le traitement, souffrir d'effets indésirables et vont donc avoir une mauvaise qualité de vie. Cette hypothèse est confortée par la corrélation significative trouvée dans cette étude entre l'intensité des effets indésirables et les mauvais résultats du traitement ainsi que la mauvaise qualité de vie. L'élément clé est que les doses doivent être ajustées individuellement de façon très attentive. La dose moyenne maximale dans cette étude était de 174,3 mg/j. Ceci est conforme aux études sur la dépendance à l'alcool. Les doses efficaces constatées sont également très variables chez les patients alcoolo-dépendants, avec une moyenne de 147 mg/j dans une étude [13] et 180mg/j dans un autre [15].

Les effets indésirables sont une préoccupation majeure du traitement par le baclofène. Une stratégie couramment utilisée pour minimiser leur apparition est d'augmenter lentement les doses de baclofène. Différentes options d'augmentation ont été proposées, dont une augmentation de 10 mg tous les trois jours, ou des augmentations beaucoup plus lentes [23]. Dans cette étude, les participants ont adopté des stratégies d'augmentation des doses très variables, allant de 10 mg tous les trois jours à moins de 10 mg par semaine (avec une augmentation moyenne de 10 mg tous les 6 jours). L'idée générale selon laquelle plus la dose augmente lentement, moins il y a d'effets indésirables, n'est pas validée par cette étude: les résultats ne montrent pas de corrélation entre la vitesse d'augmentation et l'occurrence des effets indésirables. Dans une étude récente menée auprès de patients dépendants de l'alcool, le baclofène a été augmenté 6 fois plus rapidement que la moyenne de cette étude (environ 10 mg par jour), pourtant aucune sévérité particulière des effets indésirables n'a pas été signalée [15]. La question de la stratégie optimale d'augmentation progressive du baclofène est encore non résolue, et la relation entre une stratégie donnée et la survenue d'effets indésirables n'a pas été démontrée.

Dans le cas de la dépendance à l'alcool, le traitement au baclofène n'est pas supposé être un traitement à vie : une étude antérieure a montré que 20% des patients dépendants à l'alcool guéris avec du baclofène ont cessé le baclofène dans les deux ans suivant la guérison, restant abstinents [13]. Dans la présente étude, 43 participants avaient arrêté leur traitement au moment de l'enquête. Quinze d'entre eux (19,2% du groupe guéris), avaient arrêté leur traitement parce qu'ils s'estimaient guéris ou suffisamment améliorés. Des suivis plus longs sont nécessaires pour déterminer si un tel arrêt de traitement après la guérison est durable ou associé à un risque de rechute. Parmi les 28 autres, 22 avaient arrêté le baclofène à cause d'effets indésirables insupportables. Parmi eux, la dose maximale atteinte était souvent faible (moins

de 100 mg chez neuf patients), montrant que la mauvaise tolérance au baclofène peut compromettre les chances de succès.

L'étude a des limites importantes, en grande partie liées à la méthode utilisée: un sondage sur Internet conçu pour être assez simple afin de ne pas décourager les participants potentiels. La première limite est qu'il n'y a pas d'investigation approfondie ni utilisation de protocoles validés permettant d'évaluer les diagnostics et le nombre d'épisodes compulsifs, limitant ainsi la validité des résultats et leur interprétation. Toutefois, concernant le diagnostic, les questions incluaient les principaux critères du DSM-5 pour le diagnostic de la boulimie et l'hyperphagie (nombre d'épisodes compulsifs, consommation rapide de grandes quantités de nourriture, perte de contrôle et comportements compensatoires), de sorte qu'il a été possible d'exclure ceux qui n'ont pas répondu à ces critères. Néanmoins, des erreurs restent possibles, en particulier le cas du sous-type « anorexie mentale, sous-type avec vomissements ou prise de purgatifs ». Une deuxième limitation est qu'une maladie somatique ou psychiatrique concomitante, ou l'utilisation d'une substance ou de médicaments, ont pu avoir eu une incidence sur la réponse au traitement. En effet, ces associations étaient fréquentes (13 participants ont déclaré une maladie somatique concomitante, sept une dépendance à l'alcool, 45 prenaient un médicament psychotrope). L'utilisation concomitante d'alcool et les médicaments psychotropes peuvent avoir aggravé les effets indésirables, puisqu'il a été montré que les médicaments psychotropes et le baclofène peuvent interagir pour produire des effets indésirables [24], et que la sédation produite par le baclofène est potentialisée par une consommation d'alcool concomitante [25]. Cependant, il n'est pas possible, compte tenu de la méthodologie de l'étude, d'évaluer précisément dans quelle mesure les maladies concomitantes et les traitements ont pu avoir une incidence sur la réponse au baclofène. Étant donné que les résultats montrent que les effets indésirables pourraient avoir limité l'efficacité de baclofène chez certains patients, on peut spéculer qu'une potentialisation des effets indésirables par les maladies et les médicaments concomitants peuvent avoir diminué son efficacité dans certains cas. Une autre limitation est inhérente à toutes les enquêtes anonymes sur Internet: des individus, utilisant différents pseudonymes et adresses e-mail, pourraient avoir rempli plusieurs questionnaires. D'autres limitations sont que les patients devaient se souvenir des données d'un traitement qui avait parfois eu lieu des années auparavant (exactitude des données) et la grande prédominance des femmes souffrant d'hyperphagie dans cette étude (alors que l'hyperphagie touche très souvent les hommes [22]).

En conclusion, la présente étude montre que, grâce à une enquête Internet, il a été possible d'obtenir très rapidement un grand nombre de participants ayant pris du baclofène pour leur hyperphagie ou boulimie nerveuse, et d'analyser avec une précision assez bonne les informations concernant leurs traitements. Les résultats confirment l'efficacité de baclofène dans le traitement de l'hyperphagie et suggère son intérêt potentiel pour la boulimie nerveuse. Des similitudes importantes semblent exister entre le traitement par le baclofène de l'hyperphagie, de la boulimie et celui de la dépendance à l'alcool, qui ont en commun l'existence d'épisodes d'envies compulsives (quelle que soit la substance). Des études contrôlées utilisant des doses ajustées individuellement de baclofène sont nécessaires.

Remerciements

Les auteurs remercient le Groupe Hospitalier Paul-Guiraud pour leur soutien de la recherche sur le baclofène.

References

1. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Domenicali M, Bernardi M, Janiri L, et al. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2002; 37: 504- 508.
2. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, et al. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet*. 2007; 370: 1915-1922.
3. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Bedogni G, Caputo F, et al. Baclofen Study Group Dose-response effect of baclofen in reducing daily alcohol intake in alcohol dependence: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 312-317.
4. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and safety of baclofen for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010; 34: 1849- 1857.
5. Gupta M, Verma P, Rastogi R, Arora SE, Iwadhi D. Randomized open-label trial of baclofen for relapse prevention in alcohol dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2016; 43: 324-331
6. Ponizovsky AM, Rosca P, Aronovich E, Weizman A, Grinshpoon A. Baclofen as add-on to standard psychosocial treatment for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial with 1year follow-up. *J Subst Abuse Treat*. 2015; 52: 24-30.
7. Ameisen O. Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: a self-case report of a physician. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40: 147-150.
8. Bucknam W. Suppression of symptoms of alcohol dependence and craving using high-dose baclofen. *Alcohol Alcohol*. 2007; 42: 158-160.
9. Agabio R, Marras P, Addolorato G, Carpiello B, Gessa GL. Baclofen suppresses alcohol intake and craving for alcohol in a schizophrenia alcohol-dependent patient: a case report. *J Clin Psychopharmacol*. 2007; 27: 319- 322.
10. Dore GM, Lo K, Juckes L, Bezyan S, Latt N. Clinical experience with baclofen in the management of alcohol-dependent patients with psychiatric comorbidity: a selected case series. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 714-720.
11. Pastor A, Jones DM, Currie J. High-dose baclofen for treatment-resistant alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 2012; 32: 266-268.
12. Rigal L, Alexandre-Dubroeuq C, de Beaurepaire R, Le Jeune C, Jaury P. Abstinence and 'low risk' consumption one year after the initiation of high-dose baclofen: a retrospective study among 'high risk' drinkers. *Alcohol Alcohol*. 2012; 47: 439-442
13. de Beaurepaire R. Suppression of alcohol dependence using baclofen: a 2-year observational study of 100 patients. *Front Psychiatry*. 2012; 3: 103.
14. de Beaurepaire R. The use of very high doses of baclofen in the treatment of alcohol dependence: a case series. *Front Psychiatry*. 2014; 5: 143.
15. Müller CA, Geisel O, Pelz P, Higl V, Krüger J, Stickel A, et al. High-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence (BACLAD study): a randomized.
16. Broft AI, Spanos A, Corwin RL, Mayer L, Steinglass J, Devlin MJ, et al. Baclofen for binge eating: an open-label trial. *Int J Eat Disord*. 2007; 40: 687- 691.
17. Corwin RL, Boan J, Peters KF, Ulbrecht JS. Baclofen reduces binge eating in a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Behav Pharmacol*. 2012; 23: 616-625.
18. de Beaurepaire R, Joussaume B, Rapp A, Jaury P. Treatment of binge-eating with high-dose baclofen: a case series. *J Clin Psychopharmacol*. 2015; 35: 357-359.
19. Ameisen O. *Le dernier verre*. Paris: Denoël, 2008.
20. Rolland B, Bordet R, Cottencin O. Alcohol-dependence: the current French craze for baclofen. *Addiction*. 2012; 107: 848-849.
21. Calderon MA, Cox L, Casale TB, Mösges R, Pfaar O, Malling HJ, et al. The effect of a new communication template on anticipated willingness to initiate or resume allergen immunotherapy: an internet-based patient survey. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2015; 11: 17.
22. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 61: 348-358.
23. Gache P, de Beaurepaire R, Jaury P, Joussaume B, Rapp A, de La Selle P. Prescribing guide for Baclofen in the treatment of alcoholism - For use by physicians. *Br J Med Med Res*. 2014; 4: 5.
24. Rigal L, Legay-Hoang L, Alexandre-Dubroeuq C, Pinot J, Le Jeune C, Jaury P. Tolerability of high-dose baclofen in the treatment of patients with alcohol disorders: A retrospective study. *Alcohol Alcohol*. 2015; 50: 551-557.
25. Rolland B, Labreuche J, Duhamel A, Deheul S, Gautier S, Auffret M, et al. Baclofen for alcohol dependence: Relationships between baclofen and alcohol dosing and the occurrence of major sedation. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015; 25: 1631-1636.