BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO): ENJEUX ET PRATIQUE DU SEVRAGE TABAGIQUE

Docteur Jean PERRIOT

Pneumologue - Addictologue Dispensaire Emile Roux CLAT 63 - CRAMR perriotjean@gmail.com



DIU de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique Clermont-Ferrand le 21 Mars 2024



INTRODUCTION

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est un enjeu majeur de santé publique.

Monde 2030 : 3^{ème} cause décès, 5^{ème} cause de handicap

France: prévalence 7,5%%, décès 5%

Des déficits multiples

30% des BPCO sont diagnostiquées et 30 à 50% sont traitées

38 à 77% des patients BPCO fument (L/M: 54-77%; S/TS: 38-51%)¹

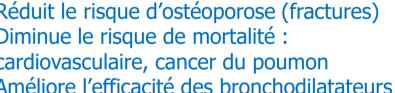
Tabagisme et BPCO: RR=4,01 (IC 95%: 3,18-5,05)2



Limite le déclin accéléré du VEMS Diminue le risque d'exacerbations D'hospitalisation et de décès induits Réduit le risque d'ostéoporose (fractures) Diminue le risque de mortalité : cardiovasculaire, cancer du poumon Améliore l'efficacité des bronchodilatateurs

PLAN DE L'EXPOSE

- BPCO et tabac.
- Sevrage tabagique du fumeur atteint de BPCO
- Synthèse pour la pratique.
- Conclusion



- ² Javes L, et al. *Chest* 2016 : 150:164-79.
- ³ Pezzuto, et al. *J Breath Res.* 2018 Aug 6:12:046007.
- ⁴ Jiménez-Ruiz CA, et al. Eur Respir J 2015; 46: 61-7
- ⁵ Au DH et al. *J Gen Intern Med.* 2009 Apr:24:457-63.
- ⁶ Thorin MH, et al. Osteoporos Int. 2016;27:249-55.











¹ Tonnesen P. Eur Respir Rev 2013; 22: 37-43.

BPCO ET TABAC

Conjonction d'une vulnérabilité personnelle et du tabagisme (20 à 30% des fumeurs ; vulnérabilité plus élevée de la femme fumeuse), Risque de BPCO identique pour l'homme et la femme,

Le tabagisme accroît le déclin du VEMS après 25 ans (Non fumeurs : 8 à 20 ml/an ; fumeurs actifs : 60 ml/an ; fumeurs + BPCO : 80 ml/an). Arrêt du tabac : déclin VEMS retour à celui du non fumeur.

FACTEURS DE RISQUE DES BPCO

Facteurs exogènes Facteurs endogènes

Polluants professionnels Génétiques (a-1-antitrypsine, GST)

Polluants domestiques Hyperactivité bronchique

Pollution urbaine Prématurité (inf. respi. enfance)

Infections respiratoires Prédisposition familiale

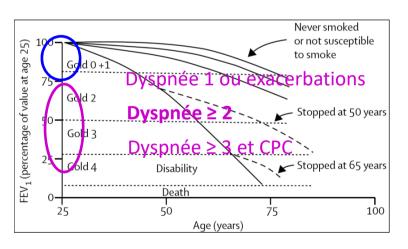
Précarité économique Reflux gastro-œsophagien

Tabagisme (80% BPCO) Sexe féminin

Cannabis & autres SPA (cocaïne, héroïne)

TABAC ET FONCTION RESPIRATOIRE

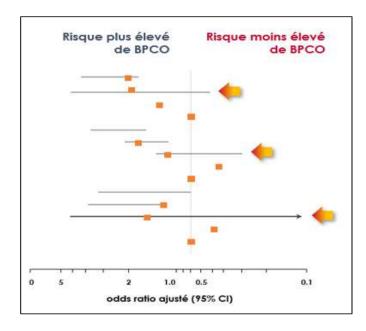
Relation Clinique / EFR imparfaite



Than WC, et al. *CMAJ* 2009 ; 180:814-20 Underner M, et al *Rev Mal Respir* 2013; 30:272-85 Thun MJ, et al.*N Engl J Med* 2013 ; 368 : 351-64

USAGE DE TABAC ET/OU CANNABIS ET RISQUE DE BPCO

Groupe	n/N	Odds ratio ajusté (95% CI)			
BPCO définie par test spirométrique					
Tabac et cannabis	25/160	2,90 (1,53 - 5,51)			
Tabac seul	79/286	2,74 (1,66 - 4,52)			
Cannabis seul	4/54	1,66 (0,52 - 5,26)			
Non fumeurs	35/364	1,00 (ref)			
BPCO définie par les symptômes rapportés par les patients					
Tabac et cannabis	98/160	2,39 (1,58 - 3,62)			
Tabac seul	174/286	1,50 (1,05 - 2,14)			
Cannabis seul	14/54	0,62 (0,31 - 1,27)			
Non fumeurs	163/364	1,00 (ref)			
BPCO définie par les symptômes rapportés par les médecins					
Tabac et cannabis	13/160	1,53 (0,71 - 3,31)			
Tabac seul	32/286	2,07 (1,10 - 3,90)			
Cannabis seul	1/54	0,67 (0,09 - 5,29)			
Non fumeurs	18/364	1,00 (ref)			

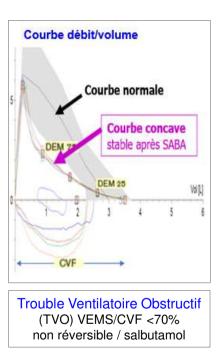


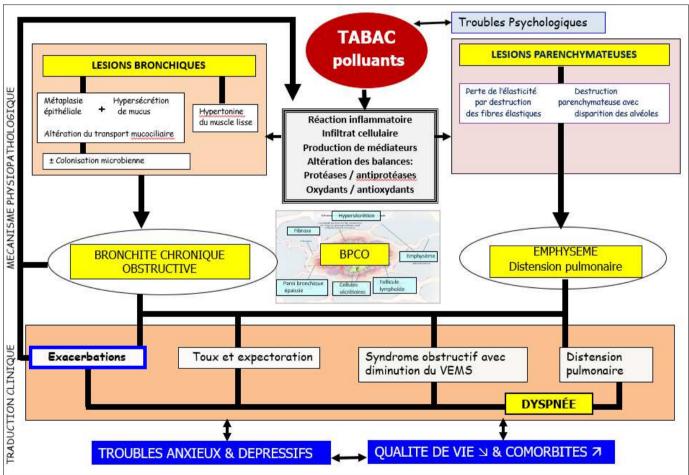
Tabac : OUI Cannabis : **EGALEMENT** Tabac + Cannabis : **OUI** (++) ≥ **TABAC**

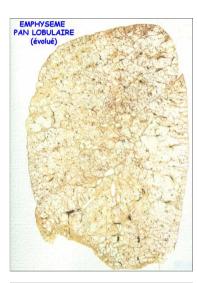
TABAC + CANNABIS : Bronchite chronique et atteintes fonctionnelle des petites bronches COCAÏNE et HÉROÏNE (inhalées) : Risque de BPCO (asthme) indépendant du tabagisme

Than WC, et al. *CMAJ* 2009; 180:814-20 Underner M, et al *Rev Mal Respir* 2013; 30:272-85 Tashkin DP. *Eur Respir J* 2010; 35: 3-5

BPCO: UNE MALADIE A MULTICOMPOSANTES DONT LE FACTEUR DE RISQUE PRINCIPAL EST LE TABAC







Distension Pulmonaire RP - TDM (clinique / EFR)

BPCO: INFLAMMATION ET TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

INFLAMMATION DANS LA BPCO 1-5

- Stress oxydatif, hypoxémie cérébrale.
- Troubles dépressifs et cognitifs (surrisque de démences).
- Tabagisme : entretien l'inflammation et Tr. Dépressifs.

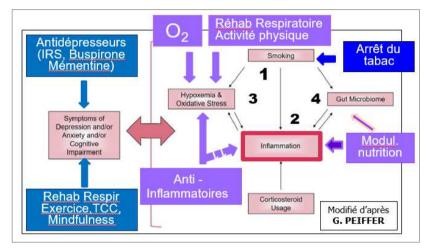
TROUBLES PSYCHOLOGIQUES: AGGRAVATION DE BPCO 6

- Mauvaise qualité de vie et isolement social.
- Risque d'exacerbations.
- Moindre observance du traitement broncho-dilatateur.

TAD ET LA REHABILITATION. RESPIRATOIRE (RR) 7-8

- Dépression ≥ l'activité physique (patients BPCO).
- Tabagisme \(\sigma \) adhérence à RR et nutrition adaptée.
- Perte d'activité physique et nutrition adaptée post RR.
 - 1 Pumar MI, et al. *J Thorac Dis* 2014; 6: 1615–1631.
 - 2 Pelgrim CE, et al. Eur J Pharmacol 2019; 842:99-110.
 - 3 Raftery AL, et al. Front Immunol 2020:11:2144.
 - 4 Wallin C.et al. Sci Rep 2017:7:14423.
 - 5 Liguori I, et al. Clin Interv Aging 2018;13:757-72.
 - 6 Peiffer G, et al. Rev Mal Respir 2021; 38:535-538.
 - 7 Duenas-Espin I, et al. Int J COPD 2016: 11: 1287-95.
 - 8 Hayton C, et al. Respir Med 2013; 107:401-7.



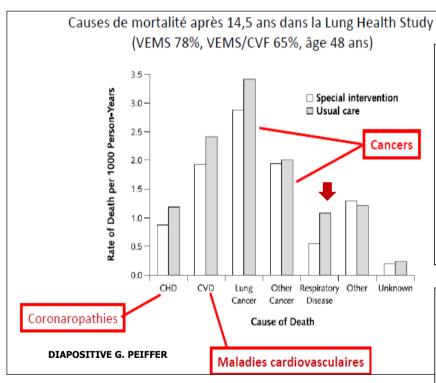




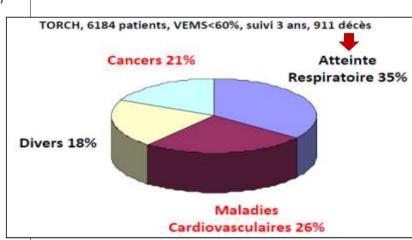
LES CAUSES DE DÉCÈS DES PATIENTS ATTEINTS DE BPCO

BPCO peu sévère

BPCO modérée à sévère



Anthonisen, et al. *Ann Intern Med* 2005; 142: 233-239 Calverley P, et al. *N Engl J Med* 2007; 356: 775-789 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010; 27: 1150-63T Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:133-44



Fumeur 1 à 4 cigarettes/jour

- Décès par cancer bronchique, AVC, nécrose myocardique (suivi 30 ans): RR=5 (vs NF)
- Coronaropathie aigue non létale (suivi 6 ans) RR=2 (VS NF)
- **Arrêt du tabac** (pas simple réduction)

SPIROMÉTRIE MINIATURISÉE : dépistage des Troubles Ventilatoires Obstructifs (TVO)



Ecran et zone de couleur définissant risque d'obstruction

Bouton d'affichage des résultats : VEMS VEM6, VEMS/VEM6 (réglage des paramêtres: sexe, âge et taille)

Néo 6: EXCELLENT OUTIL DE DEPISTAGE DES TVO durée du test 5 à 10 mn

Grille d'aération

Bouton contrôle

RESULTATS OBTENUS

VEMS, VEM6(CVF), VEMS/VEM6 **VEMS/VEM6 < 70% : TVO ?**

Épreuve au salbutamol : 2/4 bouffées (10mn) : VEMS post +12% / +200ml vs. VEMS pré-SABA

CONFIRMATION PAR UNE EFR

Vorilhon P, et al. Rev Mal Respir 2014; 31:396-403. Tenin K, et al. Respir Med Res 2022;81:100891. Pougnet R, et al. Addict Health 2016;8:1-8. Perriot J, et al. Rev Mal Resp 2016; 33: A268. Zhou J, et al. NPJ Primary Care Medicine 2022;32:15.

SEVRAGE TABAGIQUE DU FUMEUR ATTEINT DE BPCO

PROFIL DES FUMEURS BPCO (vs. Fumeurs non BPCO)

Dépendance à la nicotine (FTCD ou HSI) plus élevée

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1365-70 Shahab I, et al. *Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7

Consommation de tabac (C/J, COE, Cot/salive) plus élevée

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1365-70 Shahab I, et al, *Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7

Motivation à l'arrêt (Prochaska) identique.

Jiménez-Ruiz CA, et al. *Chest* 2001 ; 119 : 1365-70











Niveau socio-économique plus bas.

Prescott E, et al. Eur Respir J 2003; 21:821-6

Niveau de formation inférieur.

Monninkhof E, et al. Patient Educ Cours 2004; 52: 231-6

Déficit d'autonomie vis-à-vis de la BPCO.

Dowson CA, et al. *J Psy Res* 2004 ; 56 : 333-4

Minimisation du risque à fumer.

Gibbons FX, et al. J Pers Soc Psychol 1997; 72: 184-95

Faible croyance d'un bénéfice à l'arrêt.

Walters N, et al. Br J Gen Pract 2002; 52: 132-4

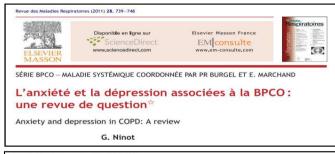
Perception d'une difficulté majeure à l'arrêt.

Perriot J. Le Courrier des addictions 2004 ; 6 : 161-4

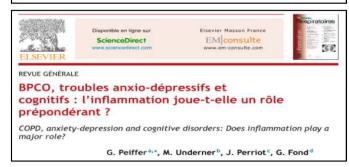
Perspective temporelle «no future ».

Merson F, et al. *Presse Med* 2012; 41: e43-e51

BPCO ET TROUBLES PSYCHOLOGIQUES







BPCO: */ usage de SPA (x 3 *\mus. non BPCO)

Patten SB, et al. Psychosomatics 2007; 48: 496-501

BPCO: → prévalence des tr. anxieux (30%) et dépressifs

(50%): \(\text{de QDV, observance thérapeutique, tolérance à l'effort, et } \)

risques suicidaires (hypoxémie)

Ninot G. Rev Mal Respir 2011; 28: 739-45

Femmes PBCO: fréquence TAD x 2 (vs. Hommes)

Laurin C, et al. *Chest*, 2007; 132: 148-55. Riblet NBV, et al. *Chest*. 2023;163:259-261.

BPCO avec TAD : 7 F. des exacerbations (TAD prédictif du risque)

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2018; 35:604-25. Blakemore A, et al. *Intern J COPD* 2019; 14:1343-53,

BPCO : Inflammation généralisée facteur de TAD et cognitifs d'exacerbations et de formes sévères de BPCO

Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2021;38:357-371. Raftery AL et al. *Front Immunol* 2020:11:2144.

BPCO: altération des fonctions cognitives.

Zhang J, et al. *Intern J COPD* 2016; 11: 1713-19.

BPCO, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION (HAD) ET ARRET DU TABAC

N = 357	OR (IC95%) BPCO + vs. BPCO -
Anxiété (A)	3,33 (2,44-4,55)
Dépression (D)	2,55 (1,80-3,61)

Association positive : anxiété et BPCO ; dépression et BPCO Anxiété et dépression : ☐ motivation à l'arrêt ; ☐ des rechutes

Wagena EJ, et al. Psychosom Med 2004; 66: 729-3

Fumeurs BPCO moins adhérant à réhabilitation

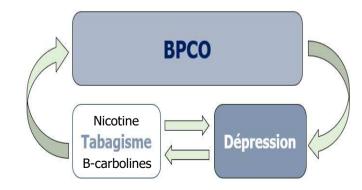
Hayton C, et al. Respir Med 2013; 107:401-7

Dépression \(\square\$ l'activit\(\) physique du patient BPCO

Duenas-Espin I, et al. *Int J COPD* 2016 ; 11 : 1287-95

Activité physique \(\sigma \) reprise du tabac (si dépression)

Bernard P, et al. Am J Addict 2012; 21: 348-55



MOYENS D'AIDE AU SEVRAGE DU FUMEUR AVEC BPCO

Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease (Review)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744.

van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D



Cochrane Database of Systematic Reviews

RESULTATS 16 études (N=13 123 participants)

Etudes avec Pharmacothérapies (4)

TNS (FO) RR = 2.60 (IC 95% : 1,29 - 5,24)

Bupropion RR = 2.03 (IC 95% : 1,26 - 3,28)

Varenicline RR = 3.34 (IC 95% : 1,88 - 5,92)

Pharmacothérapies + TCC (*vs.* TCC) **RR=2.53(IC 95%:1,83-3,50)**

Soutien comportemental (TCC) efficacité si intense

Conseil d'arrêt efficacité "minimale" (aide insuffisante)

Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses (Review)



Cochrane Database of Systematic Reviews

Lindson N, Theodoulou A, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Sutton AJ, Livingstone-Banks J, Hajizadeh A, Zhu S, Aveyard P, Freeman SC, Agrawal S, Hartmann-Boyce J

Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 9. Art. No.: CD015226, DOI: 10.1002/14651958, CD015226, pub2.

Méta-analyse

332 ECR éligibles, 319 (157 179), 118: financement (pharmaceutique, E-cigarette, tabac) 51 : faible risque de biais, 104 : risque élevé (mêmes résultats),164 : risque incertain

```
: RC = 2,37; IC 95 %: 1,73 - 3,24 (16 ECR, n=3 828).
RC = 2,33; IC 95 %: 2,02 - 2,68 (67 ECR, n=1 643).
RR = 2,21; IC 95 %: 1,66 - 2,97 (7 ECR, n=3 848).
RC = 1,37; IC 95 %: 1,20 - 1,56 (105 ECR, n=3 731).
RC = 1,41; IC 95 %: 1,29 - 1,55 (120 ECR, n=31 756).
RC = 1,93; IC 95 %: 1,61 - 2,34
RC = 1,14; IC 95 %: 1,61 - 2,34
RC = 1,14; IC 95 %: 1,00 - 1,29 (111 ECR, n=33 156)
OR = 1,43; IC 95 %: 1,26 - 1,62 (71 ECR, n=14 759).
RC = 1,35; IC 95 %: 1,02 - 1,81 (10 ECR, n=1 290)
Bénéfices (données probantes de haute certitude (Médicament 1/3, PCB)
                                                                                                                                                                                                                                                                              NS réduc<arrêt :
                                               E-cig. (nicotine):
                                                                                                                                                                                                                                         INS(TD+FO):
                                                                                   Varénicline:
                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          Supropion:
                                                                                                                                                          TSN (TD):
TNS (FO):
                                                                                                                          Cytisine:
```

EIG: 3% (arrêt du traitement lors de l'essai: médicament?)

MOYENS D'AIDE: RESULTATS DETAILLES

AIDE COMPORTEMENTALE SEULE (AC: 13 études) ¹

Conseil d'arrêt (CA) : RR=1

Aide Intensive (≥90mn/xple): **RR=7,70** (IC 95%: 4,64-12,79)

Minime/modérée (<90mn): RR=1,56 (IC 95%:0,65-3,72)

HOSPITALISATION VS AMBULATOIRE (AC+TNS) 3

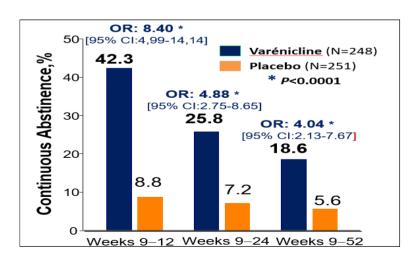
Arrêt à	1 an	2 ans	
Hospitalisation	1 52 %	38%	suivi 🗵
Ambulatoire	7 %	10%	suivi 🗷
p	<0,0001	<0,0001	

AIDE COMPORTEMENTALE (AC et CA)+ **MÉDICAMENTS** (6 études)²

```
AC + TNS (vs CA): OR = 5,08 (IC 95% : 4,32-5,97) ; p<0,001 (vs AC): OR = 2,80 (IC 95% : 1,49-5,26) ; p=0,001 AC + Bup (vs CA): OR = 3,32 (IC 95% : 1,53-7,21) ; p=0,002 (vs AC): OR = 1,83 (IC 95% : 1,18-2,83) ; p=0,007
```

- 1 Thabane M, et al. Ont Health Technol Assess Ser 2012; 12:1-50.
- 2 Strassmann R, et al. Eur Respir J 2009; 34: 634-40.
- 3 Sundblad BM. *Nicotine Tob Res* 2008; 10:883-90.
- 4 Tashkin DP, et al. Chest 2011;139:591-9.

VARENICLINE ET SEVRAGE DANS LA BPCO⁴



MOYENS D'AIDE A l'ARRET COMPLEMENTAIRES

DÉPISTAGE DE LA BPCO (TVO) & ARRET DU TABAC

Commenter les résultats de l'EFR (neutre, objectif) puis conseiller et aider l'arrêt du tabac (**3As : Ask, Advise, Action**) : Améliore la motivation, la décision d'arrêt, le taux d'arrêt à 12 mois ¹⁻⁴

- 1 Lorenzo A, et al. Rev Mal Respir 2017;34(7):734-741.
- 2 Gorecka D, et al. Chest 2003: 2003; 123:1916-1923.
- 3 Bednarek M, et al. *Thorax* 2006; 61: 869–873.
- 4 Stratelis G, et al. Scand J Prim Health Care 2006;24:133-9.



L'ACTIVITE PHYSIQUE

Redynamisation, contrôle de craving, \(\simeg\) tr dépressifs \(^{1-3}\) Réduction du risque de reprise après arrêt. \(^2\)

Rôle (++) IDE & Kinésithérapeutes (prescription TNS) 4,5

- 1 Underner M, et al. Rev Mal Respir 2015; 32: 1016-1033.
- 2 Underner M, et al. Rev Mal Respir 2016; 33: 431- 443;
- 3 Bernard P, et al. *Am J Addict* 2012;21:348-56.
- 4 Underner M, et al. Rev Infirm. 2019; 68:40-42.
- 5 Perriot J, et al. Kine Scientifique 2022; 645 et 646.

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le *craving* à l'arrêt du tabac⁴





Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation

M. Underner^{a,*}, J. Perriot^b, G. Peiffer^c, J.-C. Meurice^a

KINESITHERAPIE CARDIO-RESPIRATOIRE

La prise en charge de l'aide à l'arrêt

du tabac

Perriot J, Peiffer G, Underner M, Ruppert AM, Vannimenus C, Urban T. KS 2022; 645 et 646.

EDUCATION THERAPEUTIQUE ET REHABILITATION RESPIRATOIRE DU PATIENT

Prise en charge globale (malade, environnement, maladie, interrelations). Renforcer les compétences d'autosoins et d'autonomie face à la maladie chronique. Améliorer la fonction respiratoire à l'exercice, nutrition et bien-être général.

Galera O et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:221-25. Ouksel A. *Rev Pneumol Clin* 2017;73:309-15. Guilleminault L. *Rev Mal Respir* 2018;35:626-641. Marchandise F. *Soins Aides soignantes* 2018;15:18-19. Peiffer G, et al. *Rev Mal Respir* 2023;40:520-30.

Élaborer un diagnostic éducatif

Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme Sevrage tabagique du patient atteint de BPCO: importance de l'éducation thérapeutique Rev Mal Respir. 2023;40(6):520-530.

Smoking cessation treatment for smokers with COPD: The importance of therapeutic education

G. Peiffer a,*, J. Perriotb, M. Undernerc, R.-M. Rouquetd

MOYENS DE SOUTIEN A DISTANCE

Quitlines +/- soutien des pharmaciens Coaching téléphonique, télémédecine Soutien des « pairs » (*Lung Health Study*). Mindfulness, Hypnose et acupuncture?

Stead LF, et al. *Tob Control* 2007; 16: i3-8.

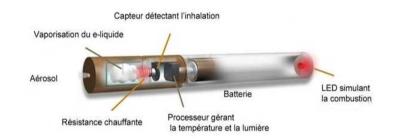
Melzer AC, et al. *Ann Am Thorac Soc.* 2018;15:341-347

Murray RP, et al. *Addict Behav.* 1995; 20: 159.

Witry M, et al. *J Med Internet Res.* 2018;20:e125.



E-CIGARETTE ET ARRÊT DU TABAC (FUMEUR BPCO)?



Etude de Polosa et al. (2016)

Suivi de 24 F BPCO single/dual *vs* contrôles (M12, M 24) ▶ exacerbations (p= 0,001/D=S), GOLD et VEMS stable ▶ symptômes-CAT (p=0,001) ७ TDM 6 (p=0,001) GOLD et VEMS stable

Etude de Bowler et al. (2017)

Fumeurs :4596 F. BPCO 45-80ans (vapoteurs réguliers :5%) Arrêts moins fréquents BPCO plus sévères FTND plus élevés

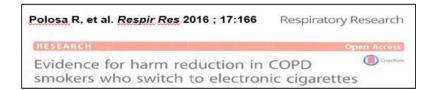
Toxicité inférieure à la cigarette à court terme

Public Health England 2015; HCSP 2016. Dautzenberg B, et al. Rev Mal Respir 2014;31:641-5.

Toxicité à long terme mal connue.

Bals R, et al. *Eur Respir J* 2019; 53 (2). Gotts JE *BMJ* 2019; 366: I5275.

Alternative de 2ème intention en usage exclusif (+/- TNS)



Bowler JR, et al. J Gen Intern Med 2017; 32: 1315-22



Electronic Cigarette Use in US Adults at Risk for or with COPD: Analysis from Two Observational Cohorts

STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES

STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES?

La diminution de la consommation du tabac n'est pas associée à une réduction du risque de mortalité. Seul l'arrêt complet permet de réduire la mortalité liée au tabac ^{1,2}, y compris chez le patient BPCO ^{3,4}

Référence: pas de réduction	Risque relatif	IC 95%
Mortalité toute cause	0.92	0.85-1.01
Risque cardiovasculaire	0.93	0.84-1.03
Cancer du poumon	0.81	0.74-0.88
Cancer lié au tabac	0.95	0.88-1.02
and the second s	rse (14 études; suivi 5 cteurs (consommation	5-5000

¹ Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017; 39:107S-111S.

CHEZ LES FUMEURS AVEC UNE BPCO?

La diminution de la consommation du tabac ne réduit pas le risque de mortalité ^{1,2} mais elle peut préparer l'arrêt. Une stratégie de Harm-réduction pourrait être proposée temporairement (?) en cas d'échec de la stratégie d' arrêt, à la condition d'assurer un suivi du patient avec pour objectif d'induire un nouvel arrêt de la consommation ⁵

² Lee PN. Regul Toxicol Pharmacol 2013; 372 – 81.

³ Anthonisen, et al. *Ann Intern Med* 2005; 142: 233-239.

⁴ Calverley P, et al. *N Engl J Med* 2007; 356: 775-789.

⁵ Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018; 356: 775-789.

POINT DE VUE DES FUMEURS BPCO SUR L'AIDE APPORTEE ?

Recommendations to improve smoking cessation outcomes from people with lung conditions who smoke

Masefields, et al. ERJ Open Res 2016; 2:00009 2016.

RESULTATS

490 questionnaires (internet /26 pays UE) H (54%); 40-55 ans (39%); **BPCO (70%)**

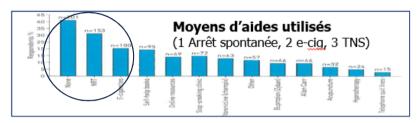
Motifs du tabagisme

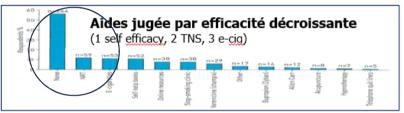
stress (27%); incapable de s'arrêter (23%); plaisir (18%); entourage (10%); élément de personnalité: 6%...

Echanges avec les soignants (tabagisme)

Elle a lieu (40%), jamais (15%). Attitude du praticien : aidante (27%) ou pas (22%), « harcèlement » (24%), « incompétent »(15%)

Des progrès possibles : évaluer les attentes et besoins des fumeurs pour ajuster la prise en charge





Peiffer G, et al. BPCO et sevrage tabagique: attentes des patients et réponses des professionnels de santé. Rev Pneumol Clin 2018;74: 23-27.

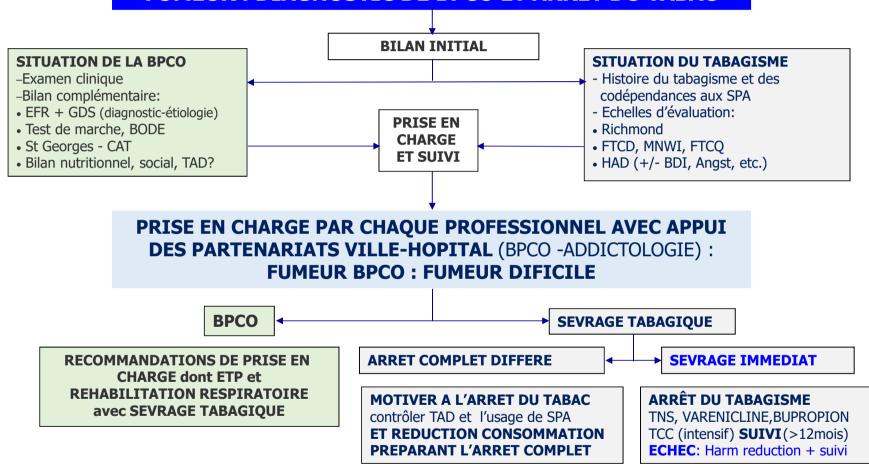
Ecouter les fumeurs BPCO (croyances, attentes) pour aiuster la prise en charge de sevrage (dialoguer).

Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions



Gratziou Ch, et al. Respir Med 2014:577-83

FUMEUR: DIAGNOSTIC DE BPCO ET ARRÊT DU TABAC



SYNTHESE POUR LA PRATIQUE

PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE

Fumeurs BPCO «Hard-core smokers»

- PEC « renforcée » Médicaments d'aide à l'arrêt & TCC avec suivi > 12 mois
- Aide à l'arrêt du tabac individualisée
- PEC des comorbidités (TAD, Usage SPA)
- Supports complémentaires (partenariats, ETP et Réhabilitation respiratoire)

Bénéfices de l'arrêt du tabac sur la BPCO

- ☑ Fréquence des exacerbations (et déclin du VEMS)
- ☑ Fréquences inf. bronchiques
- → Réponse aux bronchodilatateurs
- → Activité physique (et adhérence à la réhabilitation respiratoire)
- → Bien-être physique et psychique

Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit

Jiménez-Ruiz CA, et al. Eur Respir J 2015;46:61-7.

ARTICLE OPEN

(R) Check for updates

Attempts to quit smoking, use of smoking cessation methods, and associated characteristics among COPD patients

Yekaterina Pashutina¹, Daniel Kotz 01,2 and Sabrina Kastaun 01,358

NPJ Prim Care Respir Med. 2022 Nov 10;32(1):50.

Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life

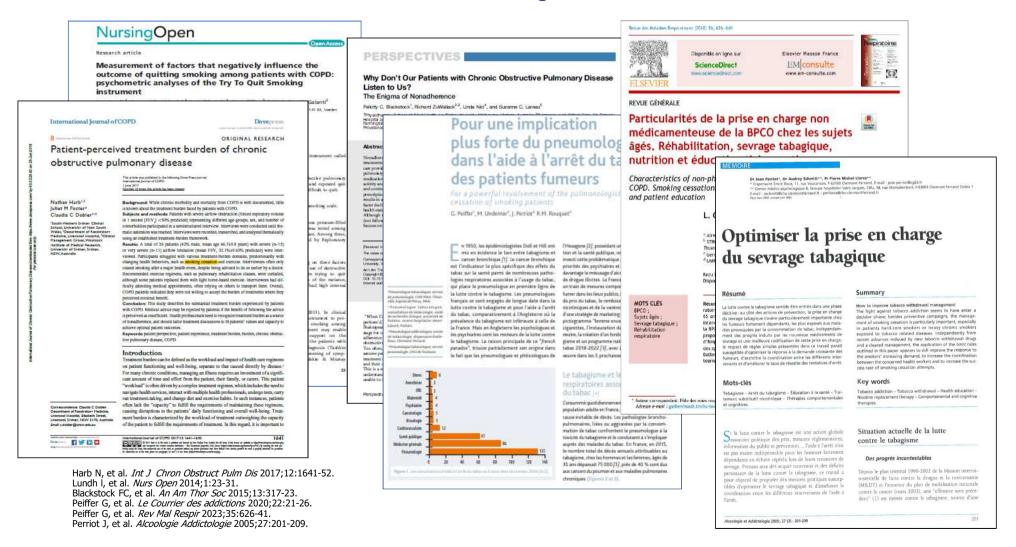


conditions

Respir Med 2014; 108:577-81

Ch Gratziou a,*, A. Florou a,1, E. Ischaki b,2, K. Eleftheriou b, A. Sachlas c, S. Bersimis c, S. Zakynthinos b

PROFESSIONNELS DE SANTE : TOUS IMPLIQUES



CONCLUSION

L'arrêt du tabac fait partie du traitement de la BPCO

Fumeurs BPCO: arrêt du tabac plus difficile.

Optimisation du sevrage tabagique.

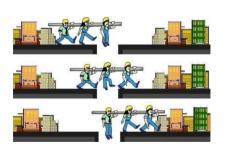
- Identification précoce de la BPCO (clinique & EFR)
- Aide à l'arrêt du tabac : pharmacothérapie + TCC
- Suivi prolongé, contrôle des comorbidités.
- ETP et réhabilitation respiratoire.
- Collaboration entre tous les professionnels de santé.

Bénéfices à l'arrêt du tabac chez le fumeur BPCO.

Pas de bénéfice à la simple réduction mais un intérêt à la réduction des risques avec E-cig en usage exclusif.

Remerciements à l'AFRET

- M. Underner Poitiers
- G. Peiffer Metz
- Equipe du CLAT 63 et CRACMR









POUR EN SAVOIR PLUS

Guilleminault L, Rolland Y, Didier A. Caractéristiques des interventions non pharmacologiques chez les personnes âgées atteintes de BPCO. Arrêt du tabac, réhabilitation respiratoire, prise en charge nutritionnelle et éducation des patients. *Rev Mal Respir.* 2018 Jun;35(6):626-641. Peiffer G, Underner M, Perriot J, Fond G. BPCO, anxiété-dépression et troubles cognitifs: l'inflammation joue-t-elle un rôle majeur? *Rev Mal Respir.* 2021 Apr;38(4):357-371.

Fieutelot G, Valentin S, Ribeiro Baptista B, Chaouat A, et al. L'infirmier en pratique avancée, un acteur-clé dans le développement de la réadaptation respiratoire chez le patient atteint de BPCO. Rev Mal Respir. 2022 Dec;39(10):822-831.

Ouksel H. Place de l'éducation thérapeutique du patient atteint de BPCO en réhabilitation respiratoire. Rev <u>Pneumol</u> Clin. 2017 Dec;73(6):309-315.

Razban M, Sztajzel MD, Lador F, Sommer J, et al. COPD: Guidelines for primary care physicians. Rev Med Suisse 2022 Sep 28;18(797):1792-1797.

Peiffer G, Underner M, Perriot J. Les effets respiratoire du tabagisme. Rev Pneumol Clin. 2018 Jun;74(3):133-144.

Underner M, Cuvelier A, Peiffer G, Perriot J, et al. Influence de l'anxiété et de la dépression sur les exacerbations au cours de la BPCO. Rev Mal Respir. 2018 Jun;35(6):604-625.

Perriot J, <u>Underner M, Peiffer G, Dautzenberg B.</u> Aide à l'arrêt du tabac dans la BPCO, l'asthme, le cancer du poumon, les fumeurs opérés. <u>Rev Pneumol Clin.</u> 2018 Jun;74(3):170-180.

Underner, M., J. Perriot, and G. Peiffer. "Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. Rev Mal Respir. 2014; 31(10): 937-960.

Peiffer G, Perriot J, <u>Underner M</u>. La diminution de la consommation de tabac est-elle associée à une réduction du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire et pulmonaire ? *Rev Mal Respir*. 2018 Jun;74(3):188-195.

Pradère P, Ruppert AM, Peiffer G, Perriot J, et al. Cannabis inhalé et poumon, une liaison dangereuse <u>Rev Mal Respir</u>. 2022 Oct;39(8):708-718. Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, <u>Tonnesen</u> P, et al. <u>Statement</u> on smoking cessation in COPD and <u>other pulmonary diseases</u> and in <u>smokers with comorbidities who finf itdifficult to guit</u>. <u>Eur Respir J</u>. 2015 Jul;46(1):61-79.

Jiménez Ruiz CA, Ramos <u>Pinedo</u> A, Cicero Guerrero A, <u>Mayayo Ulibarri</u> M, et al. <u>Characteristics</u> of COPD <u>smokers</u> and <u>effectiveness</u> and <u>safety</u> of smoking cessation <u>medications</u>. *Nicotine <u>Tob Res</u>* 2012 ;14(9): 1035-1039.

Peiffer G, Underner M, Perriot J, Rouquet RM. Pour une implication plus forte des pneumologues dans l'aide à l'arrêt du tabac des patients fumeurs. Le Courrier des addictions 2020;22(1):21-26.

Peiffer G, Perriot J, <u>Underner M</u>, Rouquet RM. Sevrage tabagique des patients atteints de BPCO : importance de l'éducation thérapeutique 2023;40 (10):520-530.

ETUDE DE CAS CLINIQUE

Un vétérinaire en retraite de 65 ans vous est confié pour sevrage tabagique après hospitalisation en centre de réhabilitation respiratoire à la suite d'une exacerbation de BPCO. Son histoire est la suivante :

- Tabagisme actuel: 25 cigarettes/jour (80 paquets-années).
- A l'âge de 58 ans, le diagnostic de BPCO a été porté ; il fumait alors 30 C/J. Un sevrage tabagique (1^{ere} tentative en centre de réhabilitation respiratoire) a été aidé par SNTD (21 mg 24h/24). Après 4 semaines d'arrêt marqué par sensation de manque et « craving » intenses il a « rechuté » dans un état dysthymique.
- La situation clinique actuelle est celle d'une BPCO GOLD III ; traité par association LABA-LAMA. Après sa réhabilitation il n'a pas poursuivi d'activité physique : « plus envie ». Dyspnée 3 mMRC ; TDM6 = 450 m ; IMC = 18,7 ; score CAT=20 ; indice BODE = 6.

Que pensez-vous de la situation clinique de ce patient ? Vous manque-il des éléments pour sa prise en charge tabacologique ?

- Situation cardio-vasculaire: RAS (pas de coronaropathie, pas d'IVD, ni IVG, pas d'AOMI)
- **Situation addictologique** : PAS de co-consommation de SPA.
- **Situation personnelle** : femme de 43 ans (alcoolo-tabagique) et fils à charge de 13 ans; il présente une humeur dépressive avec perte d'intérêt et d'énergie, trouble du sommeil, culpabilité et impression d'échec (plusieurs semaines) pas de PEC.
- Pas de précarité sociale : score EPICES 17,34
- Motivation à l'arrêt : « je sais l'importance de l'arrêt mais je n'en suis pas capable »

Vous prenez en charge le patient (ajuster la PEC de la BPCO) et complétez le bilan initial :

- Motifs de la tentative d'arrêt (conseil médical, crainte pour l'avenir de femme et enfant)
- Freins à la décision d'arrêt (doute sur les bénéfices de l'arrêt et sa capacité à s'arrêter)
- Tests d'évaluation et d'aide à la prise en charge du sevrage :0 FTCD=10, Richmond=7, FTCQ=51, MNWS=47, HAD A=9 D=13, BDI=14, Angst = 1, COE=24ppm (10C/1h)
- Alimentation déséquilibrée (pauvre protides) et petit déjeuner (café seul). Le patient ne boit pas alcool.

Synthèse – quels sont les éléments évocateurs d'un « fumeur difficile » ?

- Dépendance tabagique forte (FTCD= 10, TTFC = 5 mn), craving élevé (FTCQ = 51)
- Motivation à l'arrêt imparfaite avec confiance en soi réduite (Richmond peu élevé)
- Trouble anxio-dépressif avéré (Clinique et contexte, HAD, BDI)

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2014; 31: 937-60. Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018:74:170-80.

Attitude thérapeutique immédiate?

- Réduction de la consommation aidée par TNS

Peiffer G, et al. Alcoologie et Addictologie 2001; 23:43S-60S.

- Entretien motivationnel

Guichenez P. Traiter l'addiction au tabac. Dunod.2017

- Psychotropes antidépresseurs (état dépressif avéré : clinique, tests)

Underner M, et al. Rev Mal Respir 2018; 35 :604-25.

Après 8 semaines de réduction de consommation par TNSFO (remplacement d'une C/2 par pastille 1,5mg) + TNSTD 21 mg avec traitement par fluoxétine 20mg/j le patient ne fume que 10 C/J, il a repris une activité physique encadrée et se sent bien mieux (HAD A = 8, D = 7, BDI = 6, FTCQ = 30, MWNS = 15). COE = 14 ppm (6 cig. dernière il y a 3 h). Il se sent prêt à arrêter de fumer.

Que pensez-vous de la situation et du choix du patient ?

- Stratégie de réduction de consommation aidée de TNSFO + TNSTD efficace
- Trouble dépressif contrôlé (et meilleure qualité de vie)
- Patient motivé à l'arrêt du fumer

Propositions thérapeutiques pour le sevrage complet ?

- TNS transdermique + TNSFO à forte posologie (TNSTD 21 mg/24h x 2 + TNS FO Ad Lib.). contrôle de l'arrêt, tolérance et adaptation de la posologie à J2 et J7,

Berlin I, et al. Addiction 2011: 106: 833-44 (adaptation de la posologie/cotinine?)

- Associer TCC au traitement médicamenteux
 - suivi de: score de craving + score de sevrage + HAD et adaptation posologie TNS
- ETP et Rehabilitation respiratoire (kiné) et nutritionnelle (diététicienne)

Grosbois JM, et al. *Rev Mal Respir* 1996;13:61-7. Pison CM, et al. *Thorax* 2011;66:953-60.

- Fixer date du prochain RDV en fin de chaque consultation (+ soutien téléphonique)

carnet de suivi, HAD, à chaque consultation : FTCQ, MWNS, HAD

TNS de durée ≥ 145 j (diminution posologie lente) prévention de la reprise

Medioni J, et al. *Addiction* 2005; 100:100:247-54. Caponnetto P, et al. *Intern Emerg Med* 2013;8:7-12

7 jours plus tard, le patient ne fume plus (COE = 2 ppm) ; score HAD stable, syndrome de sevrage et craving contrôlés. Le patient satisfait, il souhaite aider sa femme à arrêter de boire et de fumer.

Quelle évaluation faites-vous de la situation et que proposez-vous pour la suite ?

- Abstinence tabagique confortable ; poursuite du TNS avec diminution très progressive
- Soutien et renforcement régulier étalé dans le temps ≥ 12mois (prévention et gestion de la reprise; impliquer omnipraticien, et autres partenaires de santé dans le suivi : kinésithérapeute, IDE)
- Aide du patient à solutionner les problèmes de l'épouse (informer, relation avec un centre spécialisé)

Autres possibilités thérapeutiques

- Varénicline + TCC (si échec du TNS, ou préférence du patient) +/- TNS Efficacité dans l'arrêt du patient atteint de BPCO (Tashkin DP, et al. Chest 2011;139:591-9) Aide l'arrêt après réduction initiale (Ebbert JD, et al. JAMA 2014;311:155-163) Arrêt à dose flexible : J8-J35 (Rennard S, et al. Nicotine Tob Res 2012;14:3:343-50) Bonne tolérance en cas de TAD (Anthenelli RM, et al. Lancet 2016;387:2507-20)
- Bupropion + TCC si absence de Cl (Berlin I. Alcoologie et Addictologie 2017; 39:107S 111S)

Stratégie de réduction des risques ou de la consommation avant arrêt complet ?

- Absence de 🗵 des risques par 🗵 de la consommation (Lee PN. Regul Toxicol Pharmacol 2013 ; 372 81.
- Utilisation de TNS pour préparer et faciliter l'arrêt (Moore D, et al. BMJ 2009;338:b1024)
- **E-cigarette**: usage exclusif +/-TNS alternative (Dautzenberg B, et al. *Rev Mal Respir* 2017; 34:177-9)