

# LE SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS ATTEINTS DE BPCO

Docteur Jean PERRIOT  
Dispensaire Emile Roux  
Clermont-Ferrand  
[jean.perriot@puy-de-dome.fr](mailto:jean.perriot@puy-de-dome.fr)



DIU Tabacologie  
Clermont-Ferrand - 2016



# INTRODUCTION

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

- Épidémiologie galopante et coût induit important
- Monde 2020 : 3<sup>ème</sup> cause mortalité, 5<sup>ème</sup> handicap
- France : prévalence 7,5%, décès 5%

Déficits multiples :

- 30% des BPCO sont diagnostiquées
- 50 % des BPCO sont traitées
- 38 à 77% des BPCO fument (L:38-51% ; S:54-77%)<sup>1</sup>

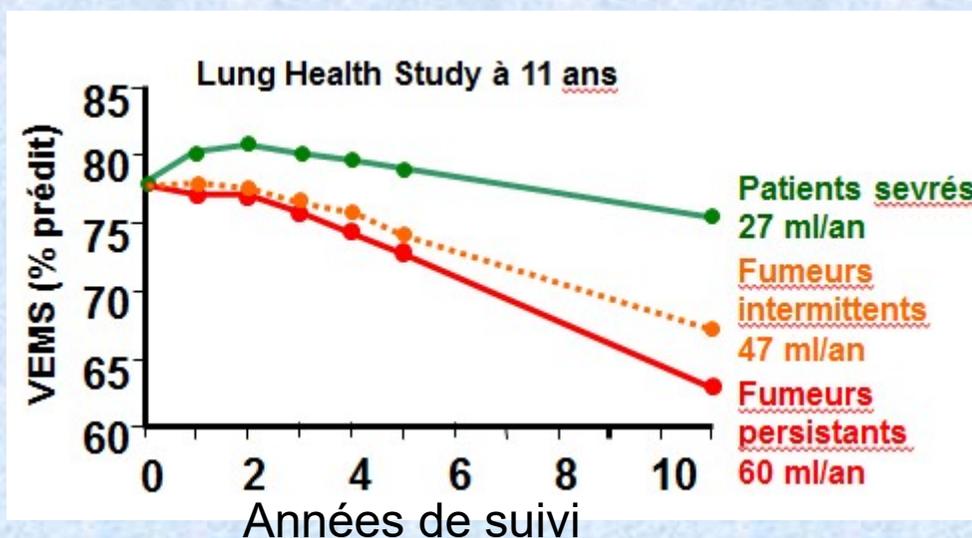
Etat des lieux du sevrage tabagique du fumeur atteint de BPCO et propositions pour la pratique clinique.

<sup>1</sup> Tonnesen P. *Eur Respir Rev* 2013 ; 22 : 37-43.

# Seul l'arrêt du tabac ralentit l'évolution de la BPCO

Ralentit la décroissance du VEMS

Réduit la fréquence des exacerbations



Cohorte 23 979 vétérans  
Suivi médian: 3,87 années  
Jusqu'à la 1<sup>ère</sup> exacerbation

Par rapport aux Fumeurs, les patients Sevrés ont une réduction de risque d'exacerbations de 22%

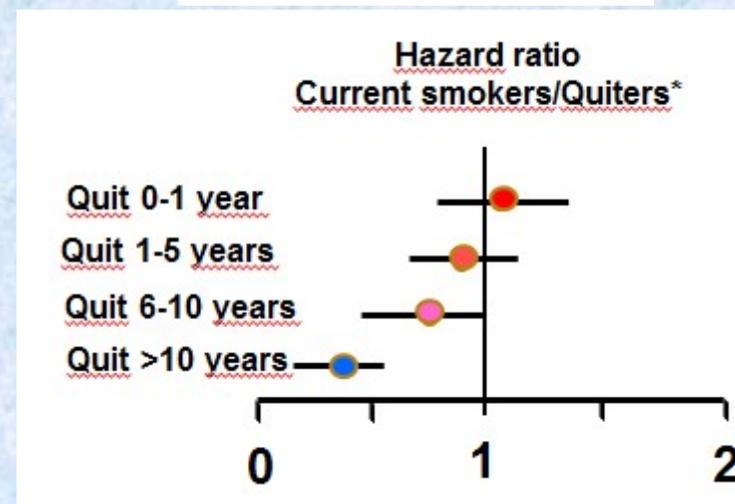
HR 0,78 [0,75, 0,87] \*\*

Diapositive G. Peiffer

Anthonisen *et al.* *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:675-679

Calverley *et al.* *Lancet* 2003;362:1053-1061

Au DH *et al.* *J Gen Intern Med* 2009;24:457-63

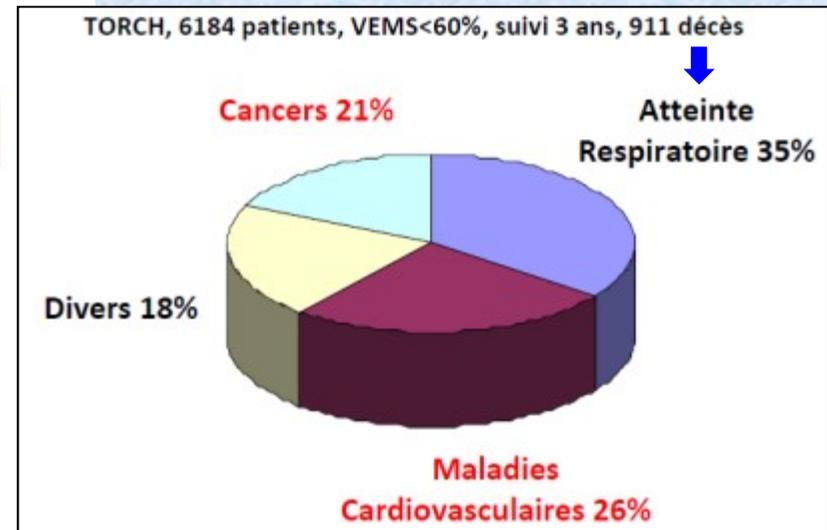
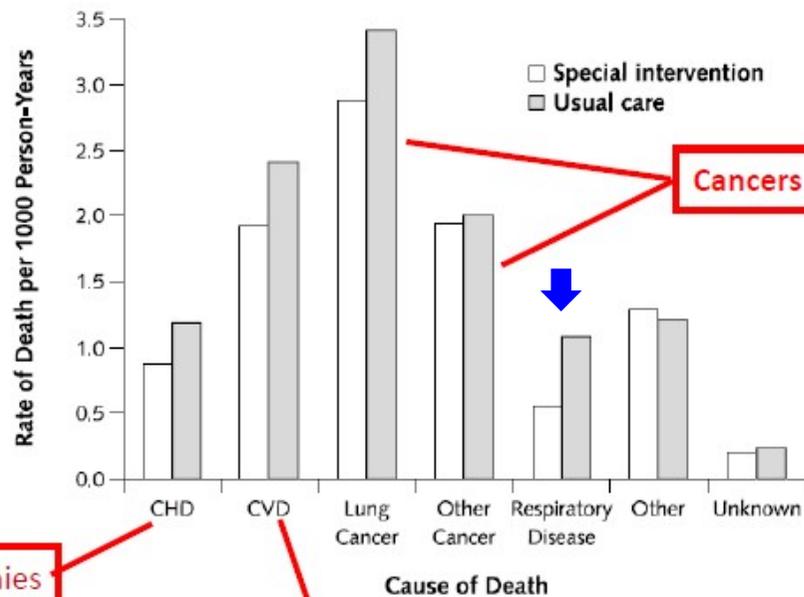


# Causes de décès des patients avec BPCO

**BPCO peu sévère**

**BPCO modérée à sévère**

Causes de mortalité après 14,5 ans dans la Lung Health Study  
(VEMS 78%, VEMS/CVF 65%, âge 48 ans)



Anthonisen *et al.* *Ann Intern Med* 2005; 142:233-239  
Calverley P *et al.* *N Engl J Med* 2007; 356:775-789

# Profil du fumeur BPCO



## Les fumeurs BPCO : consommation supérieure, marqueurs biologiques du tabagisme plus élevés

	<b>BPCO +</b>	<b>BPCO -</b>	<b>p</b>
Nb cig./jour [1]	<b>24,2 +/- 14,4</b>	18,5 +/- 11,7	<b>&lt; 0,0001</b>
Nb cig./jour [2]	<b>16,3 +/- 10,4</b>	14,8 +/- 9,2	<b>&lt; 0,02</b>
CO expiré (ppm) [1]	<b>19,7 +/- 16,3</b>	15,4 +/- 12,1	<b>&lt; 0,0001</b>
Cotinine salivaire (> 30 ng / ml) [2]	<b>322 +/- 173</b>	278 +/- 117	<b>&lt; 0,001</b>

[1] Jiménez-Ruiz (*Chest* 2001 ; 119 : 1365-70)

[2] Shahab (*Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7)

## Fumeur BPCO : dépendance nicotinique supérieure

	BPCO +	BPCO -	p
Test de Fagerström [1] (score global : 0 - 10)	<b>4,8 +/- 2,4</b>	3,1 +/- 2,4	<b>&lt; 0,0001</b>
Forte dépendance (score de Fagerström ≥ 7) [1]	<b>28,8 %</b>	10,2 %	<b>&lt; 0,0001</b>
Test HSI (Heaviness of Smoking Index). Score : 0 - 6 [2]	<b>3,9 +/- 1</b>	3,6 +/- 1	<b>&lt; 0,001</b>

[1] Jiménez-Ruiz (*Chest* 2001 ; 119 : 1365-70)

[2] Shahab (*Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7)

## Avec ou sans BPCO : stades de changement de comportement identiques

Stade de Prochaska	BPCO + N = 153	BPCO – N = 870	p
Pré-intention « <i>Fumeur heureux</i> » (N'envisage pas d'arrêt dans les 6 mois)	49,7 %	42,6 %	<b>NS</b>
Intention « <i>Fumeur hésitant</i> » (Envisage l'arrêt dans les 6 mois mais pas dans le prochain mois)	13,1 %	19,1 %	<b>NS</b>
Préparation « <i>Fumeur décidé</i> » (Envisage l'arrêt dans le prochain mois)	9,2 %	7 %	<b>NS</b>

Jiménez-Ruiz (*Chest* 2001 ; 119 : 1365-70)

## Fumeurs BPCO : autres constats

**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*

**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*

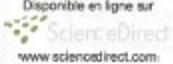
**Perception d'une difficulté majeure à l'arrêt.**

*Perriot J. courr Add 2004 ; 6 : 161-4*

**vs Fumeur non BPCO**

# LA BPCO : maladie générale (fonction respiratoire, insertion sociale, ressources cognitivo-affectives)

Revue des Maladies Respiratoires (2011) 28, 739-748

Disponible en ligne sur  ScienceDirect [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

**SÉRIE BPCO – MALADIE SYSTÉMIQUE COORDONNÉE PAR PR BURGEL ET E. MARCHAND**

## L'anxiété et la dépression associées à la BPCO : une revue de question<sup>\*</sup>

Anxiety and depression in COPD: A review

G. Ninot

Laboratoire Espyan, EA 4556 dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, universités Montpellier, 4, boulevard Henri IV, 34000 Montpellier, France

Reçu le 16 septembre 2010 ; accepté le 24 novembre 2010  
Disponible sur Internet le 17 mai 2011

**MOTS CLÉS**  
Anxiété ;  
Dépression ;  
BPCO ;  
Appropriation ;  
Évaluation

**Résumé**  
Introduction. — Une BPCO ne touche pas seulement la fonction respiratoire d'un patient. Elle affecte aussi ses ressources cognitivo-affectives. Ces retentissements s'observent notamment par la présence de troubles anxieux et dépressifs à différents temps de l'histoire de la maladie. Cette revue de la littérature propose des définitions contemporaines de ces troubles, leurs liens avec la BPCO, et leurs modalités d'évaluation en contexte pneumologique.  
État des connaissances. — Les fonctions neurocognitives et les ressources émotionnelles sont perturbées par l'installation invalidante puis handicapante d'une BPCO. La prévalence s'élève à 50% pour les troubles anxieux, et 33% pour les troubles dépressifs. Ces symptômes aggravent la dyspnée, dégradent la tolérance à l'effort, majorient les sensations de fatigue, augmentent l'instabilité émotionnelle, nuisent à l'observance, favorisent les conduites à risque vis-à-vis de la santé et altèrent la communication avec les soignants. Leur présence augmente aussi le nombre annuel d'exacerbations et d'hospitalisations. En pratique, si l'entretien clinique semi-directif reste le meilleur moyen pour les mettre en évidence, l'auto-questionnaire Hospital Anxiety Depression s'avère un outil fiable et sensible de screening symptomatologique.  
Perspectives. — Chez des patients ne souffrant pas d'un trouble dépressif ou anxieux majeur (d'origine généralement externe à la BPCO), les symptômes anxieux et dépressifs sont le révélateur d'un manque de compréhension de la maladie, de difficultés d'ajustement psychologique à la maladie, d'une mauvaise communication et d'une solitude. Seul pour les cas graves où le recours aux médicaments est nécessaire, des soutiens d'accompagnement existent, l'éducation thérapeutique, l'appropriation et la régulation comportementale par la réhabilitation, la formation à la relation patient-soignant et les réseaux de santé.

<sup>\*</sup> Cet article reprend des éléments publiés par l'auteur dans les recommandations 2009 de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la BPCO [52].  
Adresse e-mail : gregory.ninot@univ-montp1.fr

0761-8405/\$ — see front matter © 2011 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.  
doi:10.1016/j.rmr.2010.11.005

**FORTE PREVALENCE DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS.** Ninot G. *Rev Mal Respi* 2011 ; 28(6) : 739-45

**FREQUENCE ET USAGE DE SPA X2 OU 3 CHEZ LES PATIENTS AVEC BPCO (vs sans BPCO)** Patten SB, et al. *Psychosomatics* 2007 ; 48(6) : 496-501

**FREQUENCE X2 CHEZ LA FEMME AVEC BPCO (vs l'homme).** Laurin C, et al. *Chest* 2007 ; 132(1) : 148-55

## ANXIETE ET DEPRESSION

Détériorent la qualité de vie, l'observance thérapeutique, la tolérance à l'effort.

Augmentent la fréquence des exacerbations et la durée des hospitalisations.

Ninot G. *Rev Mal Respir* 2011 ; 28(6) : 739-45

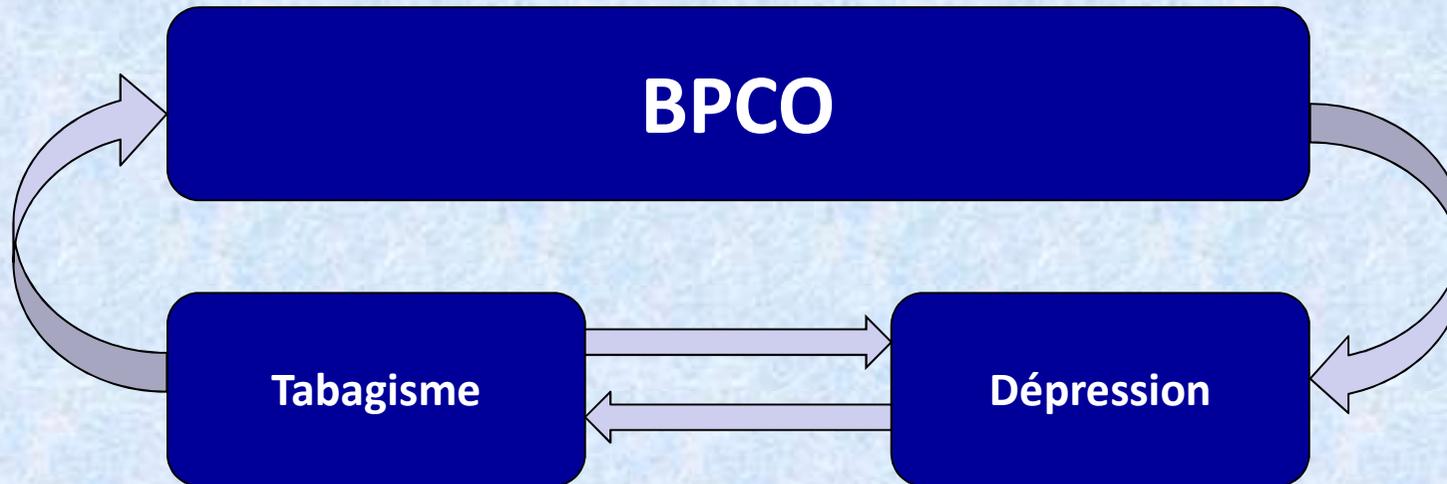
## IDENTIFIER ET PRENDRE EN CHARGE LES TAD CHEZ LES PATIENTS ATTEINT DE BPCO

Hill K, et al. *Eur Respir J* 2008 ; 31(3) : 667-77.

Recommandations SFT, 2005

# BPCO, tabagisme et dépression :

Wagena (*Thorax* 2001 ; 56 : 587-8)



- Harmane et Norharmane (alcaloïdes du tabac) : action IMAO
- Sujets BPCO : dépression sous-estimée (patient/soignant)
- Evaluer la dépression chez les fumeurs et les sujets BPCO

Miller M, et al. *Am J Public Health* 2000 ; 90 : 768-73  
Kim N, et al. *Am J Psychiatry* 2011 ; 168 : 49-54  
Aubin HJ, et al. *Am J Psychiatry* 2011 ; 168 : 326-7

**BPCO – Tabagisme  
Dépression - Suicide**

# BPCO, Anxiété et Dépression

Test HAD (*Hospital Anxiety Depression Scale*)

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

**Association significative positive entre :**

- anxiété et BPCO
- dépression et BPCO

**Anxiété et dépression** - diminuent la motivation à l'arrêt  
- augmentent la fréquence des rechutes

# Sevrage tabagique chez le fumeur BPCO

Lien entre tabagisme et BPCO, bronchite  
chronique (BC), emphysème :

Fumeur actuel

**BPCO** : RR = 2,89 (IC 95%: 2,63-3,17) 129 ét.

**BC** : RR = 2,69 (IC 95%: 2,50-3,90) 144 ét.

**Emph.**: RR = 4,51 (IC 95%: 3,38-6,02) 28 ét.

Forrey BA, et al. *Pulm Med* 2011 ; 11 : 36.

## Arrêt SANS médicament : avec une aide comportementale intensive

Méta-analyse de Thabane (13 études)

Groupe intervention		Groupe de comparaison	Abstinence prolongée RR (IC95%)
Aide comportementale		Simple conseil d'arrêt	5,85 (3,81-8,97)
	<b>• Intensive (durée ≥ 90 mn)</b>		<b>7,70 (4,64-12,79)</b>
	• Minime / modérée (durée < 90 mn)		1,56 (0,65-3,72)

## Médicaments vs. placebo

Auteurs	Médicaments	Stade BPCO	Taux d'abstinence	p et/ou OR (IC95%)
Tonnesen <i>Chest</i> 2006	TNS (cp sublingual 2 mg)	Tous	<b>14 vs. 5,4 %</b> Continue sur 12 mois (CO exp.)	<b>2,88 (1,34-6,16)</b>
Tashkin <i>Lancet</i> 2001	Bupropion (300 mg/j – 3 mois)	I + II	<b>16 vs. 9 %</b> Continue sur 6 mois (CO exp.)	<b>p &lt; 0,05</b>
Wagena <i>Arch Intern Med</i> 2005			<b>27,9 vs. 14,6 %</b> Prolongée sur 6 mois (cotinine urinaire)	<b>p = 0,03</b> <b>13,1 (1,2-25,1)</b>
Tashkin <i>Chest</i> 2011			Varénicline (2 mg/j - 3 mois)	<b>18,6 vs. 5,6 %</b> Continue sur 12 mois (CO exp.)

# Aide comportementale et médicaments

Méta-analyse de Strassmann [6 études]

Groupe intervention	Groupe de comparaison	OR (IC95%)	p
<b>Aide comportementale (AC) + TNS</b>	Simple conseil d'arrêt	5,08 (4,32-5,97)	< 0,001
	AC seule	2,80 (1,49-5,26)	0,001
<b>Aide comportementale (AC) + bupropion</b>	Simple conseil d'arrêt	3,32 (1,53-7,21)	0,002
	AC seule	1,83 (1,18-2,83)	0,007

# Médicaments et aide comportementale intensive

Médicament + aide comportementale intensive (10 séances/6 mois)

472 sujets BPCO (stades III et IV)

Protocoles comparés	Abstinence continue à 6 mois (validée par la mesure du CO expiré)	
	%	OR (IC95%)
Varénicline vs. patchs	61 vs. 44	1,98 (1,25-3,12)
Bupropion vs. varénicline	48,7 vs. 38,8	1,43 (0,49-2,2)

# Hospitalisation pour sevrage du fumeur BPCO

## Prévalence abstinence ponctuelle (validée par CO exp.)

Groupes	1 an	3 ans
<b>Avec hospitalisation (n = 212)</b> H1 (11 j) : aide comportementale + TNS + exercice physique H2 (2 à 4 j) : 2 à 3 mois après H1 Soutien régulier par téléphone entre H1 et H2 et après H2	<b>52 %</b>	<b>38 %</b>
<b>Sans hospitalisation (n = 231)</b>	7 %	10 %
p	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>

Sundblad (*Nicotine Tob Res* 2008 ; 10 : 883-90)

# Synthèse des données de la littérature.

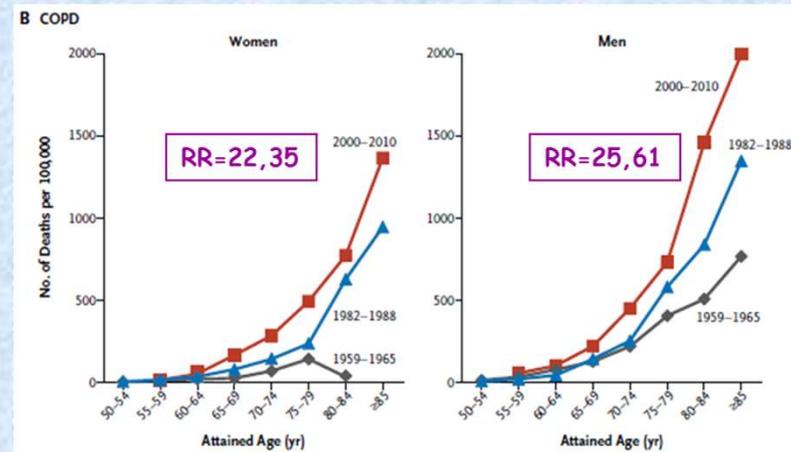
Sevrage des fumeurs avec BPCO (méta-analyse : 6 études)

**Sans médicament associé les thérapies comportementales n'ont pas une efficacité très supérieure au simple conseil d'arrêt.**

**Associées aux médicaments d'aide à l'arrêt les interventions comportementales acquièrent une plus grande efficacité.**

**Efficacité maximum dans le sevrage du fumeur avec BPCO : association d'interventions comportementales de forte intensité et de médicaments d'aide à l'arrêt (TNS, Varénicline, Bupropion).**

# Réduction du tabagisme chez le fumeur BPCO



Thun MJ, et al. 50-year trends in smoking  
Related Mortality in the United States.  
*N Engl J Med* 2013 ; 368 : 351-64

# Réduction du tabagisme chez le fumeur BPCO

Simmons (*Eur Respir J* 2005 ; 25 : 1011-7)

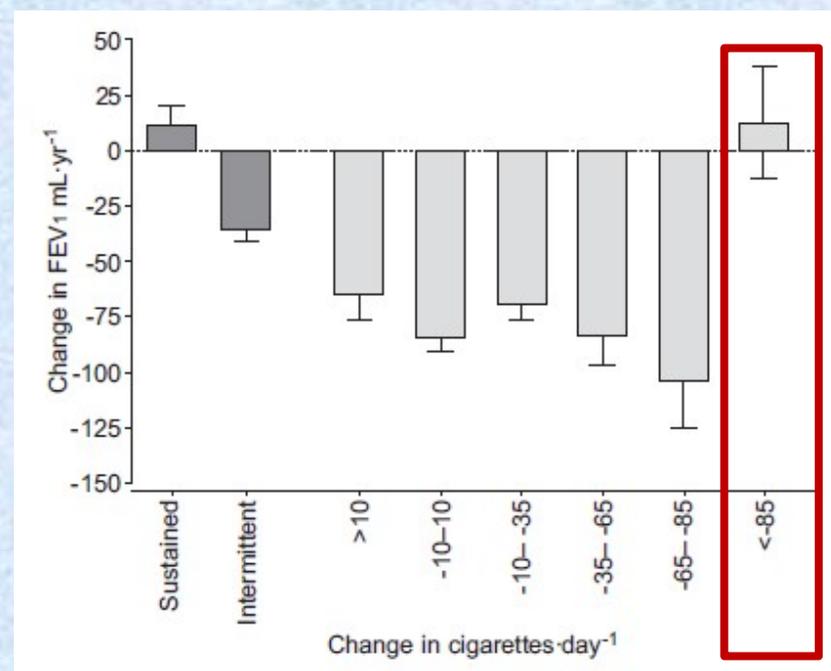
- Elle modifie peu les symptômes respiratoires chroniques
- Seule une diminution du tabagisme  $\geq 85\%$  ralentit le déclin du **VEMS**
- Réduction (Echec Arrêt : forte dépendance).

Calverley PMA. *NEJM* 2007

décès par cancers : 21%

Muscat JE. *Cancer* 2011

RR (CB):1,79 (TTFC<30 mn)



Au cours de la première année du suivi de la LHS

# Ne diminue pas le risque d'hospitalisation

Risque d'hospitalisation pour BPCO au cours des 14,4 années du suivi  
N = 19 709 sujets (population générale)  
N' = 1 260 hospitalisations pour BPCO

	RR (IC95%)	Effet sur le risque d'hospitalisation
Arrêt vs. poursuite du tabagisme	0,57 (0,33-0,99)	Diminution significative
Réduction* vs. poursuite du tabagisme	0,93 (0,73-1,18)	Pas de diminution significative

\* Diminution  $\geq$  50% de la consommation initiale

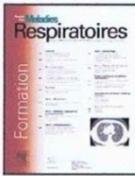
Godtfredsen (Thorax 2002 ; 57 : 967-72)

# Harm reduction : Smokeless tobacco (Snus) ?



Disponible en ligne sur  
ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
EM|consulte  
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE  
**Tabac non fumé**  
Smokeless tobacco

M. Underner<sup>a,\*</sup>, J. Perriot<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie, unité de tabacologie, pavillon René-Beauchant, CHU La-Milétrie, BP 577, 2, rue Milétrie, 86021 Poitiers cedex, France  
<sup>b</sup> Dispensaire Émile-Roux, 11, rue Vauconson, 63003 Clermont-Ferrand, France

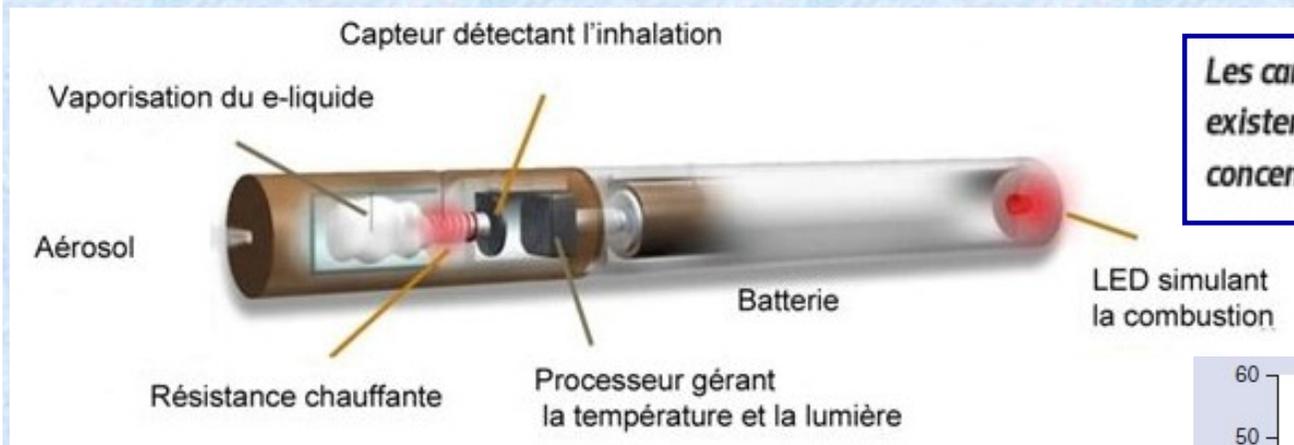
Reçu le 3 novembre 2010 ; accepté le 18 mars 2011  
Disponible sur Internet le 1<sup>er</sup> octobre 2011

*Rev Mal Respir* 2011; 28(8) : 978-84.

Berlin I, Mathern G. Connaissances actuelles des effets pour la santé du tabac oral avec attention particulière pour le Snus suédois. Rapport de la SFT pour la DGS. 1<sup>er</sup> février 2008

- N'induit pas de cancer bronchique ni de BPCO
- Mais responsable de maladies et de morts
  - Mortalité globale  
CPS1 OR:1,17(IC95%: 1,11-1,23)  
CPS2 OR:1,18 (IC95%:1,08-1,29)
  - Et Cardiovasculaire  
RR=1,28 (IC95%:1,06-1,55)
  - Cancer du pancréas  
RR=1,67 (IC95%:1,12-2,50)
  - Path. gravidiques et mortalité périnatale,
- Addictif (sevrage difficile)

# Cigarette électronique ?



Les cartouches de nicotine existent en différentes concentrations :

- 6-8 mg / ml
- 10-14 mg / ml
- 16-18 mg / ml
- 24-36 mg / ml

- Délivrance de nicotine : inhaler < e-cig < cig
- Effet sur le craving : e-cig = inhaler < cg
- Rôle du « throat hit » (f) taux nicotine

Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. Office Français de Prévention du Tabagisme avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. Mai 2013

Dawkins et al. *Addiction*, 2013 Mai  
 Polosa *BMC Public Health*. 2011 Oct  
 Caponnetto et al. *Expert Rev Respir Med* 6(1), 63-74 (2012)

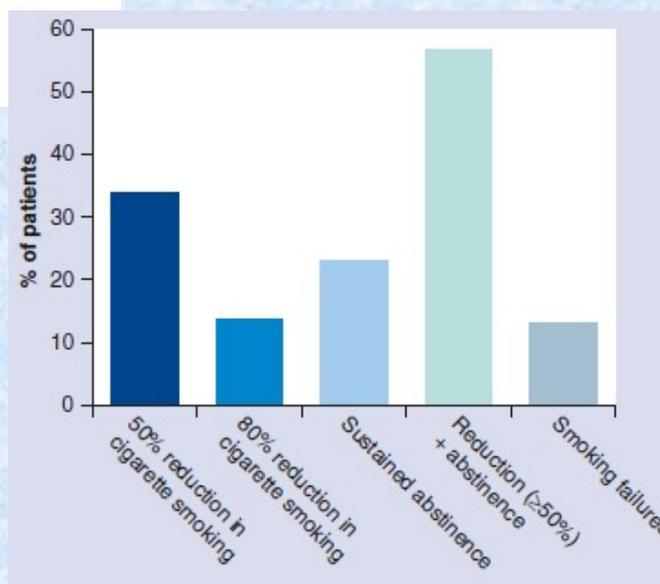


Figure 4. Participants' smoking status after 24 weeks of electronic cigarette use. This illustration was developed based on the findings of the study by Polosa et al. [12].

**Mc Robbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane database syst rev* 2014 ; 12 : CD010216**

Aide à l'arrêt vs PCB (long terme ; 2 études ; faible niveau de preuve)

Peu ou pas de différence vs TNS TD (1 étude ; faible significativité)

**Aide à la réduction de la consommation vs PCB et TNS TD**

Utilisation à court terme : pas de risque pour la santé signalés

**McNeill A, et al. E-cigarettes : an evidence update : A report commissioned by Public Health England, August 2015**

Aide à la réduction (2/3 abandon e-cig)

Toxicité e-liq très inférieure à fumée de cigarette

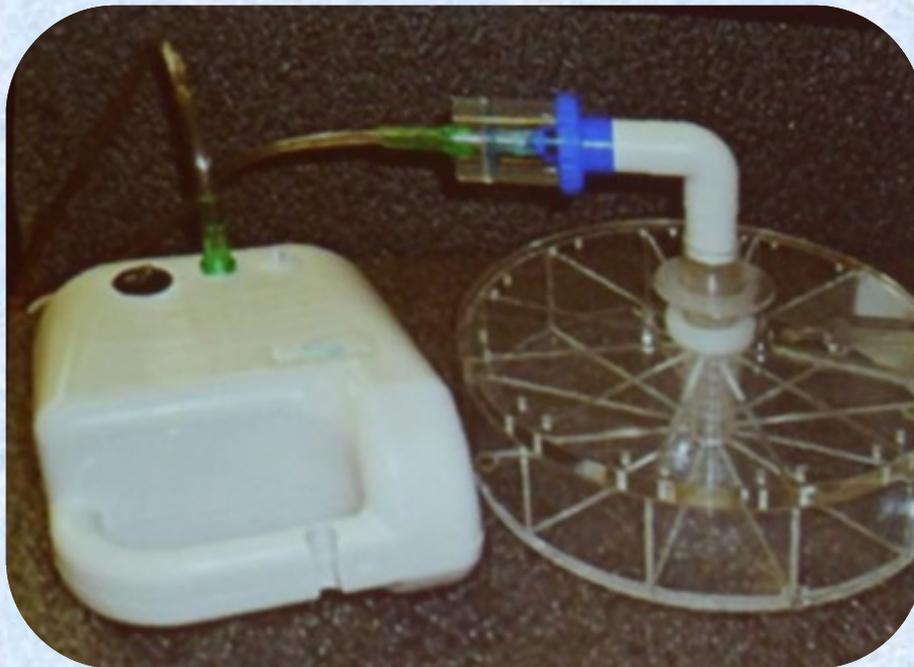
Toxicité sur poumon humain non démontrée

Peu utilisée par les jeunes et fumeurs précaires

**Hajek P, et al. Electronic cigarettes : review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addiction* 2014 ; 109 : 1801-10**

## ERS MUNICH 2014 : exposition de tissu pulmonaire à la fumée de E-cigarette (modèles *in vitro* et *in vivo*)

- Modèle *in vivo* chez la souris



50/50 PG/VG : 50% de Propylène Glycol et 50 % de Glycérine Végétale

### Protocole :

Tous les groupes ont été exposés 1 heure par jour, pendant 8 jours ou 4 mois

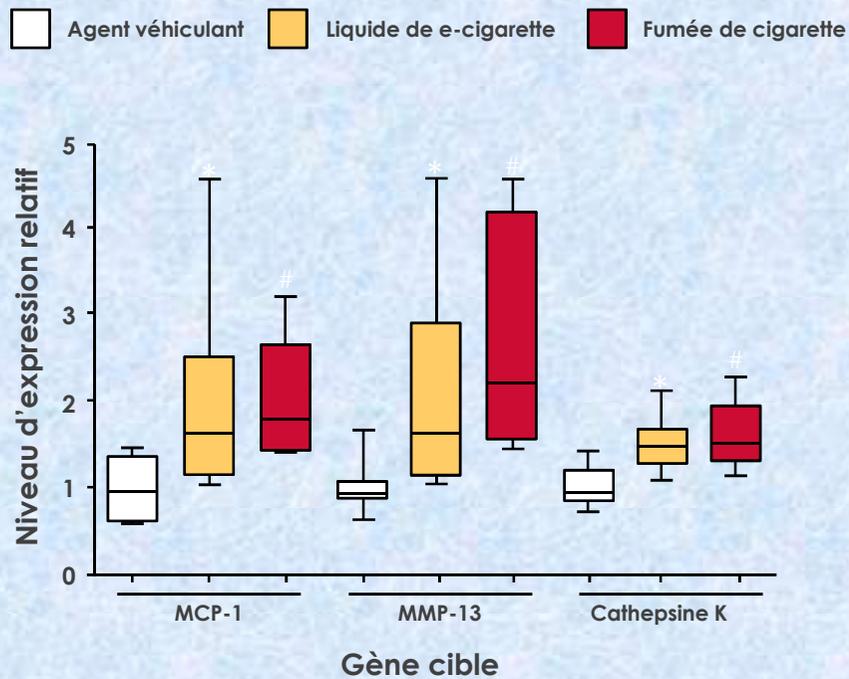
**Groupe 1** : Tampon phosphate salin seul

**Groupe 2** : Agent véhiculant seul (50/50 PG/VG\*)

**Groupe 3** : Liquide de e-cigarette  
18 mg/ml de nicotine 50/50 PG/VG

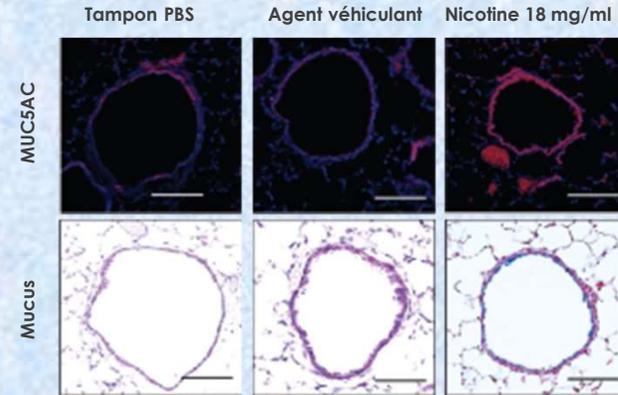
**Groupe 4** : Liquide de e-cigarette  
36 mg/ml de nicotine 50/50 PG/VG

- La e-cigarette augmente l'inflammation pulmonaire aiguë chez la souris

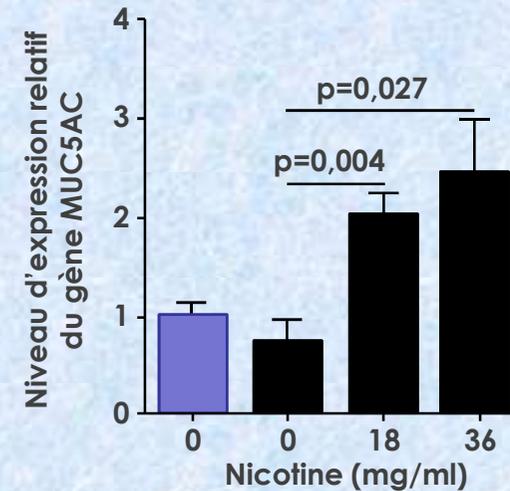


MCP-1 : gène codant pour la chimiokine MCP1  
 MMP13 : gène codant pour la collagénase 3  
 PBS : phosphate buffered saline (tampon phosphate salin)

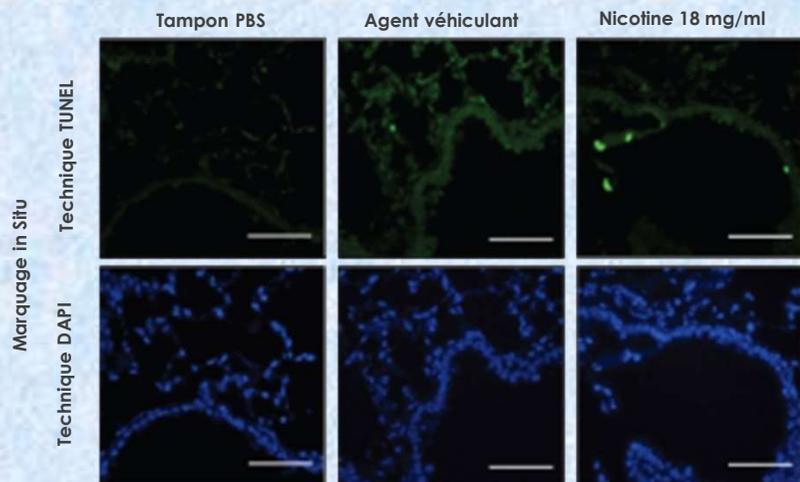
- La e-cigarette augmente la production de mucine chez la souris



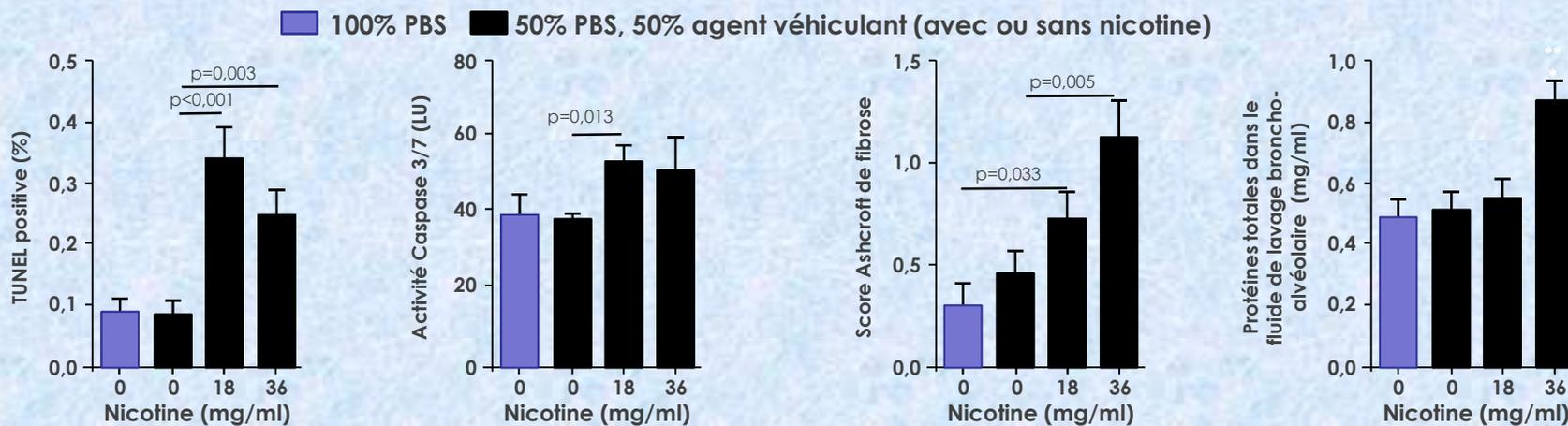
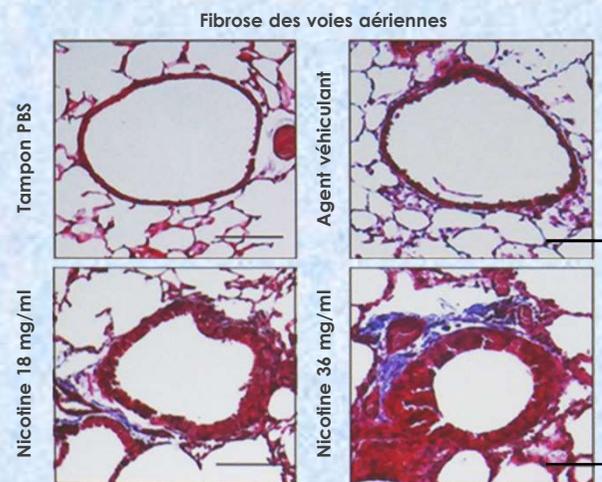
■ 100% PBS  
 ■ 50% PBS, 50% agent véhiculant (avec ou sans nicotine)



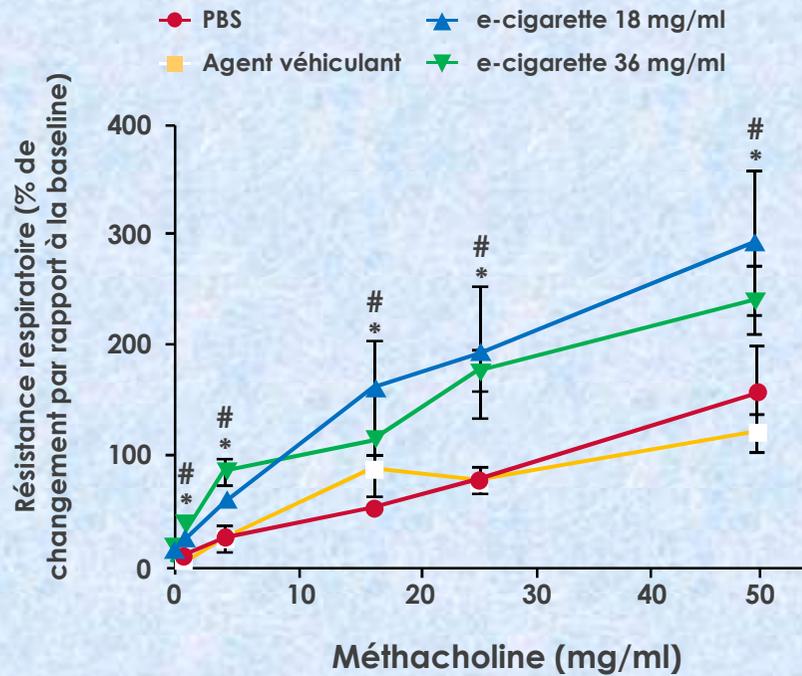
- Le e-cigarette augmente l'apoptose chez la souris



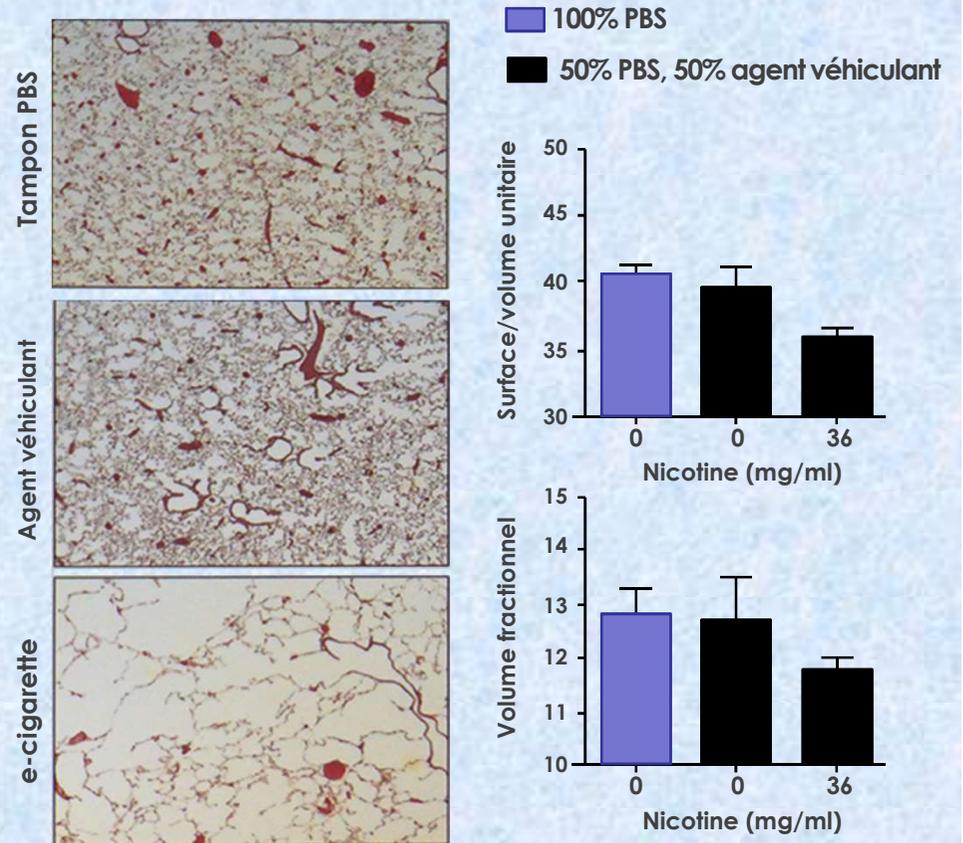
- Le e-cigarette induit une fibrose des voies aériennes chez la souris



- La e-cigarette induit une hyperréactivité des voies aériennes chez la souris



- La e-cigarette induit des modifications emphysémateuses chez la souris



PBS : phosphate buffered saline (tampon phosphate salin)  
 GV : Glycérine Végétale  
 PG : Propylène Glycol

# Synthèse : pour la pratique clinique



## ASSURER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

### - MOYENS MEDICAMENTEUX

- \* **TNS**
  - . Pas de sous dosage, associer TNS
  - . Traitement prolongé
- \* **VARENICLINE**
  - . Efficace bonne tolérance
  - . Pas d'interférence médicamenteuse
- \* **BUPROPION**
  - . Bonne tolérance générale

### - SUIVI PERSONNALISE

- \* **TCC**
- \* **DIVERS** (internet ; SMS<sup>2</sup>:OR=2,16;IC95%:1,77-2,62 ; Réab.)

## PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES

- « FUMEURS DIFFICILES » (TAD, coconsom. SPA, précarité<sup>1</sup>)
- « HARM REDUCTION » (échecs répétés, hard-core smokers)

1. Bryant J, et al. *Addiction* 2011 ; 106(9) : 1568-85

2. Free C, et al. *PLOS Med* 2013 ; 10(1) : e1001362

**BPCO ET SEVRAGE TABAGIQUE**

**BILAN INITIAL**

**SITUATION DE LA BPCO**  
-Examen clinique  
-Bilan complémentaire:  
•EFR + GDS  
•Test de marche, BODE  
•St GEORGES  
•Bilan nutritionnel

**SITUATION DU TABAGISME**  
- Histoire du tabagisme et des  
codépendances éventuelles  
- Echelles d'évaluation:  
•RICHMOND  
•FAGERSTRÖM  
•HAD (+/- BECK etc.)

**PRISE EN CHARGE ET SUIVI**

**PRISE EN CHARGE IMMEDIATE, ELLE S'APPUIE SUR LES PARTENARIATS VILLE-HOPITAL (BPCO-ADDICTOLOGIE)**

**BPCO**

**SEVRAGE TABAGIQUE**

**RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE dont ETP et REHABILITATION RESPIRATOIRE ET SEVRAGE TABAGIQUE**

**ARRET COMPLET DIFFERE**

**SEVRAGE IMMEDIAT**

**D'ABORD**  
-motiver  
-compenser TAD  
-contrôler co-dépendance(s)  
**REDUCTION CONSOMMATION (TNS) PUIS ARRET COMPLET**

**ARRÊT DU TABAGISME**  
-SN, VARENICLINE, BUPROPION  
-TCC  
**SUIVI PROLONGE (>12 mois)**  
-prévention de la reprise  
**TRAVAIL PARTENARIAL**

**ECHEC : HARM REDUCTION**

# CONCLUSION

La BPCO est un enjeu majeur de santé publique.

Le sevrage tabagique des fumeurs atteints BPCO est difficile

- forte dépendance nicotinique
- fréquence des TAD et mésusage de SPA
- situation de précarité sociale

Optimisation du sevrage tabagique :

- l'identification précoce de la BPCO
- aide à l'arrêt du tabac systématique
- prise en charge globale (TCC, médicaments du sevrage) et partenariale (ETP, réhabilitation respiratoire, travail social)

Revue des Maladies Respiratoires (2014) 31, 937–960



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

## Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive



Smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease

M. Underner<sup>a,\*</sup>, J. Perriot<sup>b</sup>, G. Peiffer<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 86), unité de tabacologie, CHU de Poitiers, CHU la Milètrie, pavillon René-Beauchant, BP 577, 86021 Poitiers cedex, France

<sup>b</sup> Dispensaire Émile-Roux, centre de tabacologie, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 63), 63100 Clermont-Ferrand, France

<sup>c</sup> Service de pneumologie, consultation de tabacologie - CHR Metz-Thionville, 57038 Metz, France

Reçu le 27 juillet 2013 ; accepté le 7 avril 2014  
Disponible sur Internet le 18 août 2014

### MOTS CLÉS

Tabagisme ;  
BPCO ;  
Sevrage tabagique ;  
Réduction du risque ;  
Dépendance  
nicotinique

**Résumé** Un fumeur sur deux poursuivant sa consommation de tabac toute sa vie décèdera d'une maladie en rapport avec cet usage. Le tabagisme représente un enjeu majeur de santé publique à l'échelle planétaire. Le tabagisme actif est la principale cause de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les projections pour 2020 indiquent que la BPCO deviendra la troisième cause de mortalité et la cinquième cause de handicap. L'arrêt du tabac diminue le risque de développer une BPCO et constitue le traitement essentiel de cette maladie inflammatoire bronchique. L'arrêt du tabac diminue la prévalence des symptômes respiratoires, le nombre d'hospitalisations, la décroissance du VEMS, la fréquence des exacerbations et la mortalité globale. Parmi les patients atteints de BPCO, 38 à 77 % sont fumeurs. Leur consommation quotidienne de cigarettes, leur niveau de dépendance à la nicotine sont élevés. L'association d'interventions comportementales de forte intensité et de médicaments d'aide à l'arrêt (substituts nicotiniques, varénicline, bupropion) est la stratégie de sevrage la plus efficace chez le fumeur avec BPCO. En revanche, les prises en charge comportementales sans médicament

\* Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : m.underner@chu-poitiers.fr (M. Underner).