

AIDE A L'ARRET DU TABAC

CONDUITE DU SEVRAGE

ATTITUDE DU THERAPEUTE ET SUCCES

Docteur Jean PERRIOT
Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand
jean.perriot@puy-de-dome.fr



DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand - 2016



INTRODUCTION

CONSTATS

Tabagisme : enjeu de santé publique planétaire (XXI^{ème} siècle).

CCLAT (Art 14) : mettre en œuvre et offrir une aide à l'arrêt aux fumeurs.

Arrêter de fumer : un bénéfice à tout âge mais une épreuve difficile.

Addiction au tabac : « maladie chronique »

OBJECTIFS

Efficacité et rentabilité des programmes d'aide à l'arrêt du tabac.

Complémentarité des stratégies (non médicamenteuses et médicamenteuses).

Actualités thérapeutiques du **sevrage tabagique** et de la **réduction de la consommation** de tabac.

Approche intégrée des stratégies médicamenteuses dans la prise en charge du sevrage tabagique (« fumeurs difficiles »).

The Tobacco Endgame : Is it possible ?

PLAN DE L'EXPOSE

Remarques préalables :

- Les stratégies réglementaires et interventions de prévention du tabagisme sont exclues
- Les thérapies comportementales et cognitives dans le sevrage tabagique ne sont pas détaillées

SEVRAGE TABAGIQUE

REDUCTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC

ACCOMPAGNEMENT DU FUMEUR LORS DU SEVRAGE TABAGIQUE

CONCLUSION

PRINCIPE DE LA PRISE EN CHARGE

Il réalise une intervention structurée en trois étapes :

- ✓ ***Phase de préparation*** (décision d'arrêt bien motivée)
- ✓ ***Phase de sevrage*** (arrêt effectif, syndrome de sevrage et craving contrôlés)
- ✓ ***Phase de suivi*** (stratégie de prévention de la reprise et des effets secondaires)

Compensation simultanée des dépendances psychologiques, comportementales et pharmacologiques (nicotinique).

La prise en charge dépasse la stricte application standardisée de thérapeutiques validées.

LES MOYENS MEDICAMENTEUX ACTUELS

TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF (TNS)

Premier traitement d'aide à l'arrêt
(Nicotine : acteur principal de la dépendance).

Différentes formes galéniques (absorption transdermique, buccale, nasale).

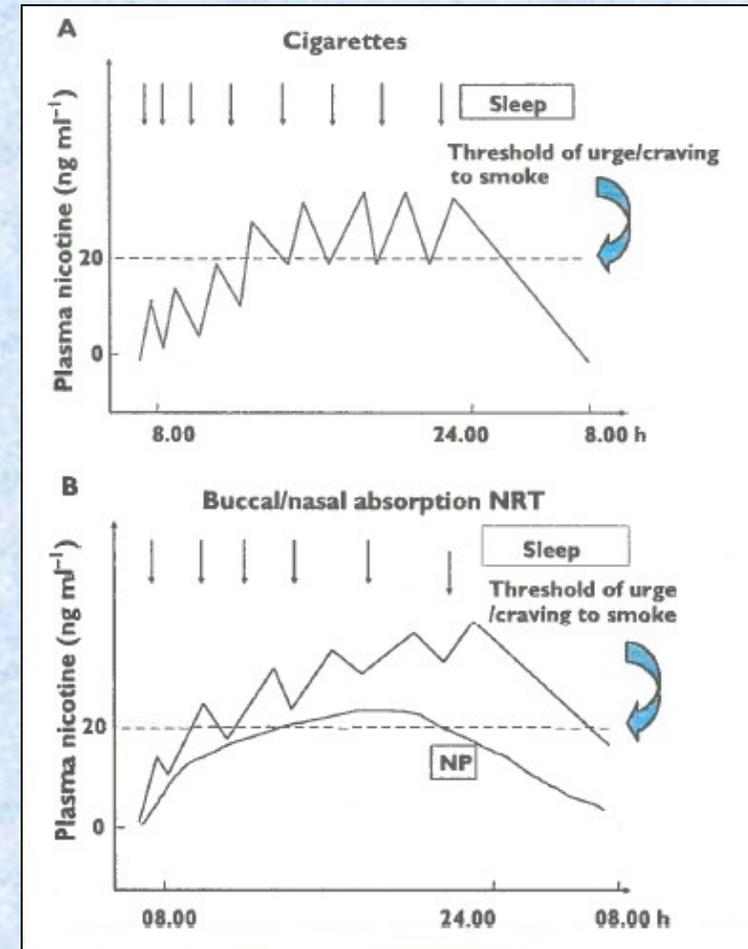
Bonne tolérance et sécurité d'emploi.
Efficacité de toutes les formes de TNS :

- G/PCB : 1,43 (IC 95 % : 1,33 -1,53)
- SN/PCB : 2,03 (IC 95 % : 1,49 -3,73)

Combinaison des formes transdermiques et d'action rapide : résultats améliorés

Autres intérêts :

- aide à la **réduction de consommation** avant arrêt complet.
- **limitation de la prise de poids** pendant le temps du TNS.



BUPROPION		VARENICLINE
<p>Inhibiteur de la recapture de NE et DA (antagoniste nAChR)</p> <p>PB/PCB : 1,69 (IC 95% :1,53-1,85)</p> <p>150 mg X 2/J Insomnie, sècheresse buccale Métabolisation CY2B6</p> <p>CI : - prise associée d' IMAO - sevrage alcool et BZD - risques de crises comitiales</p> <p>Etats dépressifs, comportements suicidaires, suicides ?</p> <p>Meta-analyse BP vs PCB : Pas d'augmentation des comportements suicidaires</p>	<p>MODE D'ACTION</p> <p>EFFICACITE</p> <p>TOLERANCE SECURITE D'EMPLOI</p> <p>SUIVI «POST MARKETING »</p>	<p>Agoniste $\alpha 4 \beta 2$ nAChR ($\alpha 7$ R) affinite x 16 (vs Nicotine)</p> <p>V/PCB : 2,27 (IC 95 %: 2,02-2,55) Supérieur à B et TNS toute dose préférée parmi les Tt de 1^{ère} ligne ?</p> <p>1 mg x 2/J Nausées, vomissements (30 – 40%) Activité onirique, insomnie</p> <p>CI : - aucune - identifier TD avant sevrage tabagique</p> <p>Etats dépressifs, comportements suicidaires, suicides ?</p> <p>10 essais cliniques « poolés » (N = 5000) : troubles du sommeil</p> <p>Etude rétrospective (N=80 600) TNS, BP. Varénicline : suicides (idem)</p> <p>Risques cardiovasculaires (écartés)</p>

TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE

Nortryptiline.

- antidépresseur inhibiteur de la recapture de NE et SER.

Clonidine.

- anti HTA agoniste/récepteurs α_2 adrénergiques.

MÉDICAMENTS POUR DEMAIN

Autres agonistes $\alpha_4\beta_2$ nAChR (cytisine)

Médicaments IMAO A ou B

Vaccin anti Nicotine

Médicaments de la transmission

GABA/NMDA

Modafinil

Antagonistes des R. Dopamine (D3)

Naltrexone, Nalméfène

Medication	Number of studies (subjects)	Relative risk (95% CI)
Varenicline (2 mg day ⁻¹) vs. placebo	15	2.27 (2.02, 2.55)
Varenicline (2 mg day ⁻¹) vs. bupropion	3	1.52 (1.22, 1.88)
Varenicline (2 mg day ⁻¹) vs. NRT	2	1.13 (0.94, 1.35)
NRT (any form) vs. control	NA	1.58 (1.50, 1.66)
Nicotine gum vs. control	53	1.43 (1.33, 1.53)
Nicotine patch vs. control	41	1.66 (1.53, 1.81)
Nicotine inhaler vs. control	4	1.90 (1.36, 2.67)
Oral tablet/lozenges vs. control	6	2.00 (1.63, 2.45)
Nicotine nasal spray vs. control	4	2.02 (1.49, 3.73)
Bupropion SR vs. placebo	36	1.69 (1.53, 1.85)
Nortriptyline vs. placebo	6 (975)	2.03 (1.48, 2.78)
Clonidine vs. placebo	6	1.63 (1.22, 2.18)

Combination therapies	Number of arms	Estimated OR (95% CI)
Nicotine patch (long term, >14 weeks) + ad lib NRT	3	3.6 (2.5, 5.2)
Nicotine patch + bupropion SR	3	2.5 (1.9, 3.4)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2.3 (1.3, 4.2)
Nicotine patch + inhaler	2	2.2 (1.3, 3.6)

EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

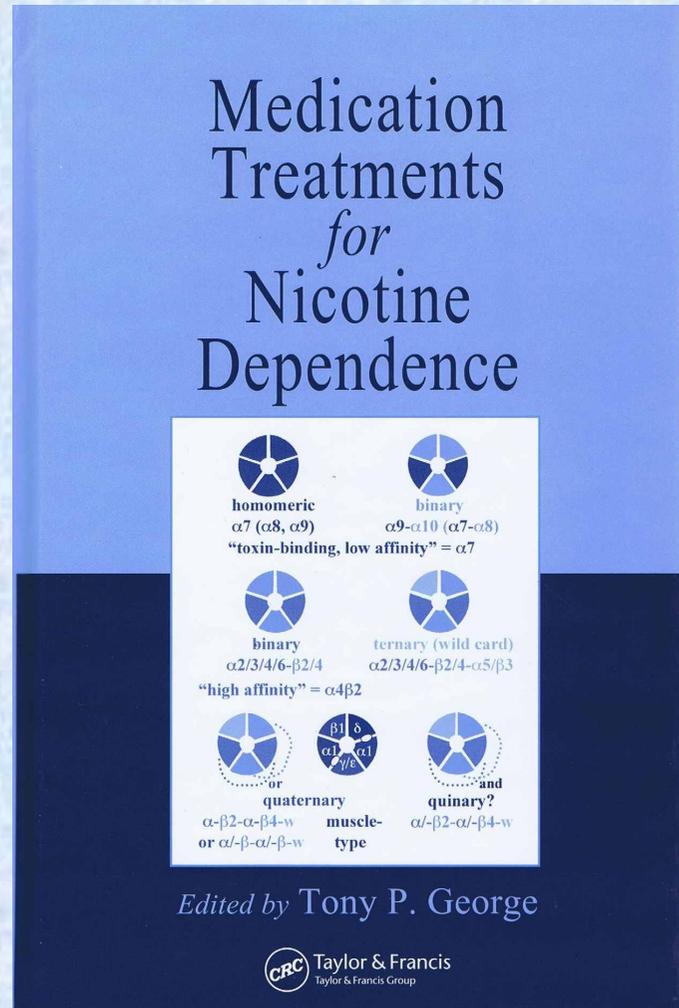
Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 update

MEDICATION	Number of arms	Estimated odds ratio (95 % CI)	Estimated abstinence rate (95 % CI)
Placebo (medication alone)	80	1,0	13,8
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg)	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,5 (21,3 - 32,5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2,2 (1,5 - 3,2)	26,1 (19,7 - 33,6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2,1 (1,5 - 3,0)	25,4 (19,6 - 32,2)
Nicotine Inhaler	6	2,1 (1,5 - 2,9)	24,8 (19,1 - 31,6)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8 - 2,2)	24,2 (22,2 - 26,4)
Nicotine Patch (6-14 weeks)	32	1,9 (1,7 - 2,2)	23,4 (21,3 - 25,8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1,9 (1,7 - 2,3)	23,7 (21,0 - 26,6)
Nicotine patch + inhaler	2	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)
Nicotine patch + bupropion	2	2,2 (1,2-2,36)	28,9 (23,5-35,1)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
Patch (long-term 14 weeks)+ad lib NRT (oral/nasal)	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Medication	8	1,0	21,7
Medication and counseling	39	1,4 (1,2-1,6)	27,6 (25-30,3)

Schnoll RA, et al. Long-term nicotine replacement therapy : A randomized clinical trial. *JAMA intern med* 2015 ; 175 (4) : 504-11

DCI	NOM COMMERCIAL	GOUT	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE INDICATIONS
Dispositifs transdermiques	Nicopatch Nicotinell Niquitin Clear Nicorette		21 mg/24h 14 mg/24h 7 mg/24h 25 mg/16h 15 mg/16h 10 mg/16h	Allergie cutanée, Trouble du sommeil	Non fumeur Non dépendants Intolérance cutanée (pour les timbres)
Gomme (2-4 mg)	Nicorette Nicotinell Nicogum (2 mg)	Normal, menthe, orange, fruits rouges neutre Menthe, fruits rouges Fruit, Normal	A la demande 2 mg →30/jour 4 mg→15/jour	Irritation buccale , aphtes hoquet, brûlures gastriques potentiel addictogène (?)	
Inhalateur 10 mg	Nicorette	Menthol	Idem	Idem	
Tablettes à sucer 1 –2- 4 mg	Nicorette Microtab	Normal Menthe, divers	Idem	Idem	
Comprimés à sucer 1,5-2-4 mg	Niquitin		Idem	Idem	
Spray buccal	Nicorette	Menthe	30/J (1 mg)	Toux – Irritation buccale	Pas d'association
Pastilles à sucer 1.5 -2.5 mg	Nicopass	Menthe ; eucalyptus Régisse menthe	Idem	Idem	
Chlorhydrate de Bupropion Cp 150 mg LP	Zyban LP		150 ou 300 mg en deux prises espacées d'au moins huit heures	Fréquence >1/100 trouble du sommeil, sécheresse buccale, céphalées, sensations vertigineuses, troubles digestifs, troubles du goût, éruption cutanée, fièvre Fréquence entre 1/100 et 1/1000 : tachycardies, bouffées vasomotrices, élévation de la PA, anorexie, confusion Fréquence entre 1/1000 et 1/10000 : Crises convulsives, syncopes, réactions d'hypersensibilité générale	Insuffisance hépatique sévère, hypersensibilité au bupropion ou excipients, épilepsie et antécédents épileptiques, tumeurs cérébrales abaissement du seuil épileptique, psychose maniaco-dépressive, anorexie boulimie, prise d'IMAO, grossesse, allaitement, sevrage alcool ou BZD
Varénicline Cp 0,5 mg et 1 mg	Champix		Titration 0,5 mg x 3j 0,5 mg x 2 x 4j 1 mg 2,5 mois ± 3 mois si arrêt	Nausées légères à l'induction 28 % Céphalées 14 % Troubles du sommeil 15 % Divers x % (RS ?)	Pas d'interférence médicamenteuse connue Grossesse et allaitement Mineurs Insuffisance rénale grave

VOIES D'OPTIMISATION DU TRAITEMENT



Formes galéniques nouvelles de TNS
Islam N, et al. *Drug Discov Ther* 2012

Progrès en pharmacogénétique
Bloom AJ, et al. *Pharmacogenet Genomics* 2013

Personnalisation du traitement(phenotype fumeur)
Minas M, et al. *J Subst Abuse Treat* 2013

Combinaison des médicaments du sevrage
Peiffer G. CPLF, Lille 2013

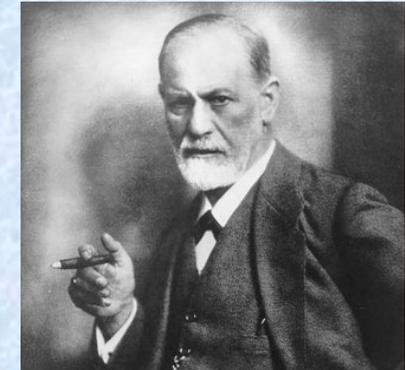
Réduction avant arrêt complet
Lindson-Hawley N, et al. *JAMA* 2013

Traitement de longue durée
Schnoll RA, et al. *JAMA Intern Med* 2015

Traitement + cig. dénicotinisés
Mc Robbie H, et al. *Nicotine Tob Res* 2015

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU CRAVING TABAGIQUE

Le craving se caractérise par le désir impérieux de consommer une drogue conditionné par l'envie d'en profiter sans délai. C'est une composante essentielle des addictions



Addiction aux substances Psycho-Actives = Perte de contrôle de leur usage
Syndr. de sevrage et craving : ++ S1 ; 50% tenace M6 ; 10% épisodique à M12
Addiction au tabac = perte de contrôle de l'usage du tabac (lors de l'arrêt)

OPTIONS THERAPEUTIQUES

- Médicaments d'aide à l'arrêt de 1^{ère} ligne (associations > monothérapies)
- Médicaments et modalités thérapeutiques du futur
- Association des thérapies comportementales et cognitives, activité physique, E-cig

Brousse G, et al. *Alcoologie Addictologie* 2014 ; 36 : 105-15

Samalin L, et al. *Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale* 2010 ; XVI : 38-43

Hughes JR. *Nicotine Tob Res* 2010 ; 12 : 459-62

Dawkins L, et al. *Psychopharmacology* 2013 ; 227:377-84

Perriot J. *Science Tab*, Lyon 2012

Haasova M, et al. *Addiction* 2013 ; 108:26-37

THERAPIES COMPORTEMENTALE ET COGNITIVES

Intérêt dans l'aide à l'arrêt du tabac

Stead LF, et al. *Treating tobacco use and dependence*. 2008 update. US DHS

Efficacité dans le contrôle du craving

- Stead LF, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 10CD009670 (TCC + médicaments)
- Kober H, et al. *Drug Alcohol Dep* 2010 ; 106 : 52-5 (stratégies cognitives)
- De Souza IC, et al. *J Altern Complement Med* 2015 ; 21 : 129-40

ACTIVITE PHYSIQUE

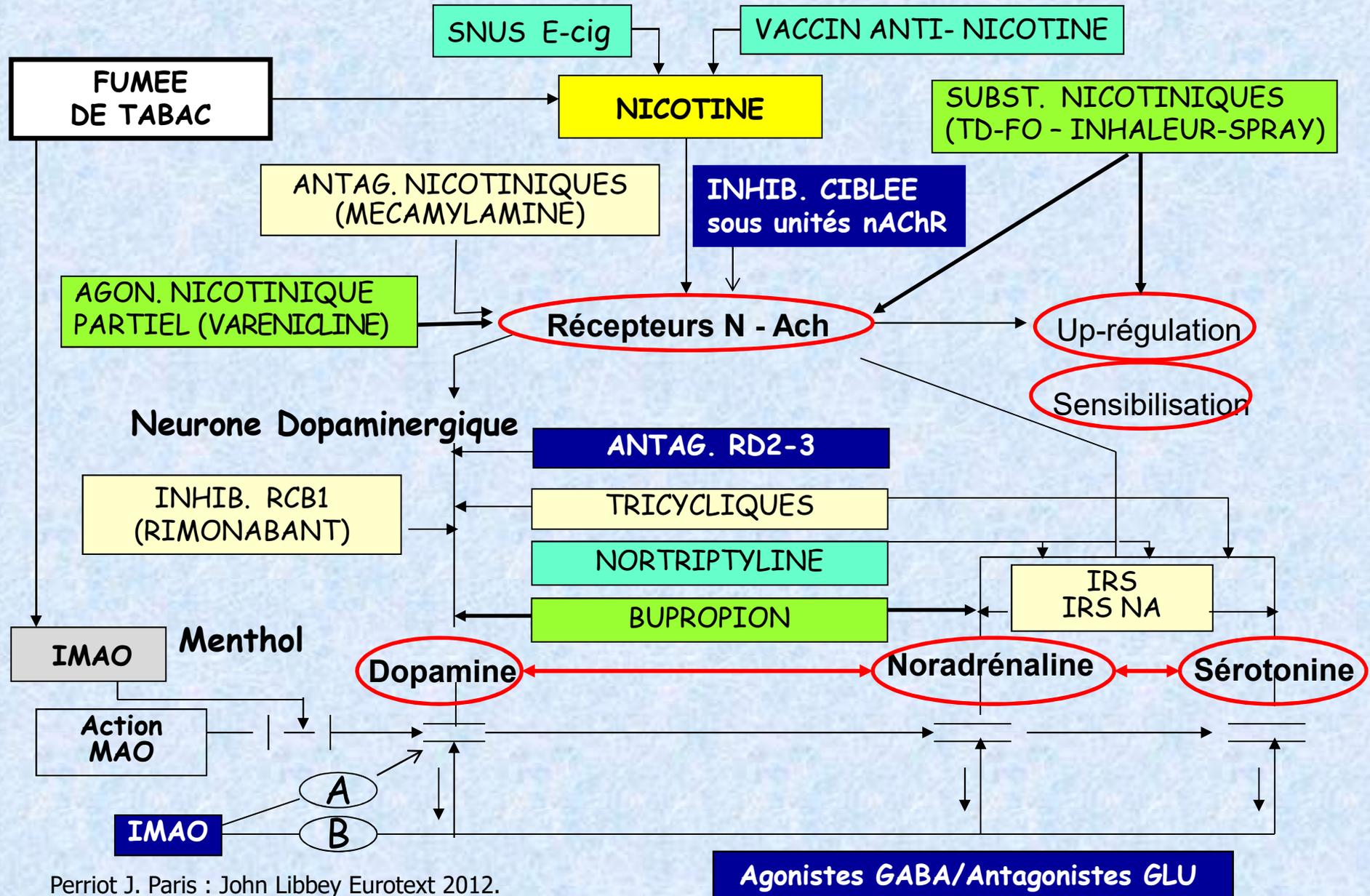
Rôle complémentaire dans l'aide à l'arrêt du tabac

- Ussher M, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; 8 : CD00295

Efficacité dans le contrôle du craving

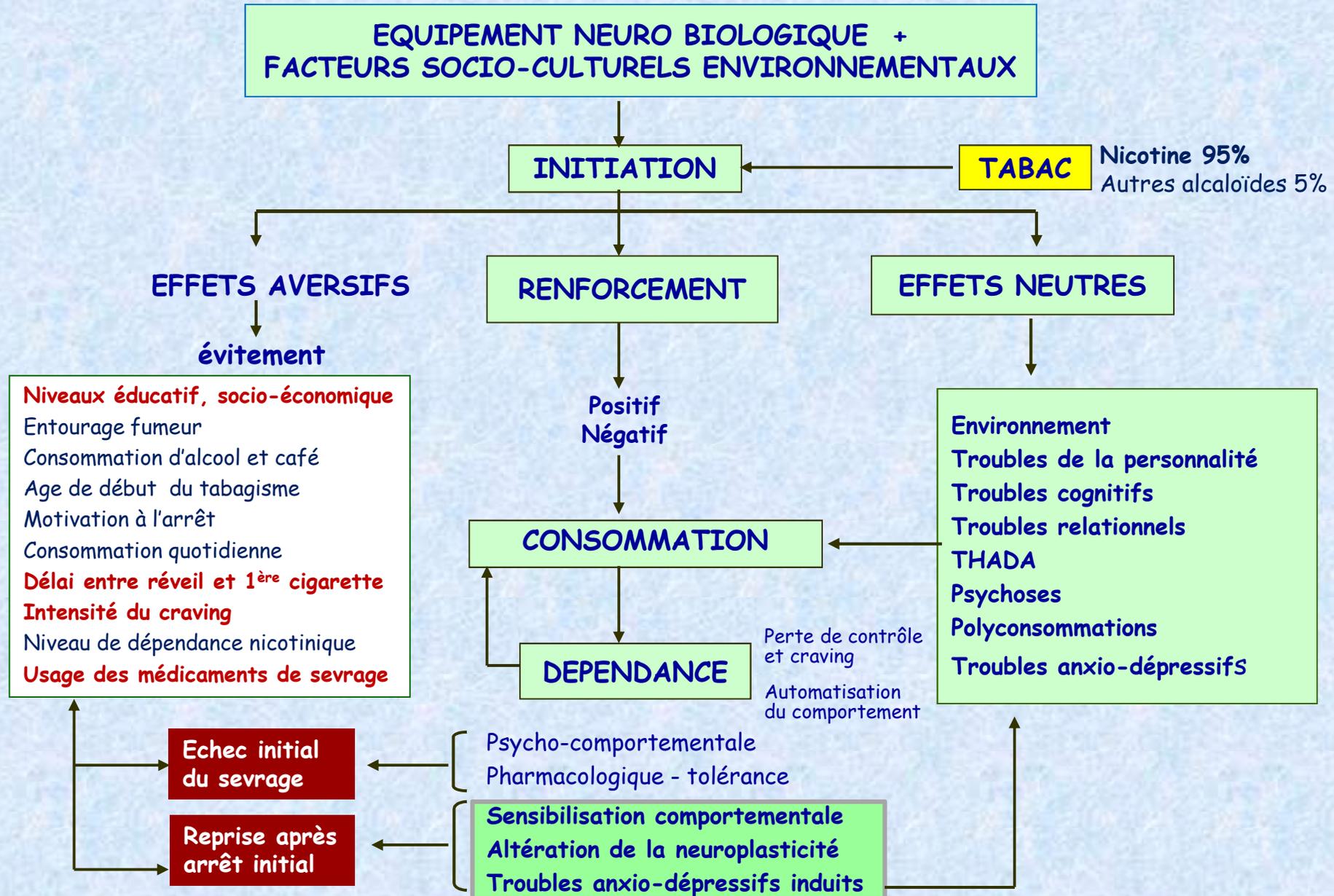
- Bernard P, et al. *Le courrier des addictions* 2014 ; 16 : 14-15
- Underner M, et al. *Rev Mal Respir* (2016)

SYNTHESE



Perriot J. Paris : John Libbey Eurotext 2012.
 Bartsch P. *Alcool Addictol* 2013 ; 32 : 137-44

SEVRAGE TABAGIQUE - 10



DISCUSSION

TENDANCES 2014 (Dautzenberg B et al. *Rev Mal Respir* 2014)

- Baisse des ventes de tabac
- Baisse du recours aux médicaments d'aide à l'arrêt (AMM)
- Forte augmentation de l'utilisation de la e-cigarette.

OBJECTIFS POUR 2050 : UN MONDE SANS (FUMÉE DE) TABAC

DE MULTIPLES INCERTITUDES ET AUTANT DE QUESTIONS

- Recherche de médicaments nouveaux pour le sevrage ?
- Formation des praticiens à l'arrêt du tabac ?
- Article 14 de la Convention Cadre de Lutte contre le Tabagisme ?
- Promesses du Programme National de Réduction du Tabagisme ?
- Concept de réduction des risques en Tabacologie ?
- **E-cigarette : qu'elle place actuellement ?**

NOTION DE « FUMEURS DIFFICILES »

Revue des Maladies Respiratoires (2012) 29, 448–461

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE GÉNÉRALE

Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles »

Helping the “hard-core” smokers

J. Perriot^{a,*}, M. Underner^b, G. Peiffer^c, J. Le Houezec^{d,e}, L. Samalin^f, A. Schmitt^f, I. de Chazeron^f, L. Doly-Kuchcik^a

^a Dispensaire Émile-Roux, centre de lutte antituberculeux (CLAT 63), centre de tabacologie, 11, rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France
^b Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France
^c Unité de tabacologie, service de pneumologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France
^d Santé publique, 35000 Rennes, France
^e Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni
^f Service de psychiatrie-addictologie, CMP B, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

Reçu le 14 juin 2011 ; accepté le 21 septembre 2011
Disponible sur Internet le 22 mars 2012

MOTS CLÉS
Dépendance tabagique ;
Fumeurs invétérés ;
Sevrage tabagique ;
Envie compulsive ;
Syndrome de sevrage

KEYWORDS
Tobacco dependence;

Résumé Les spécialistes en tabacologie sont fréquemment confrontés à des fumeurs en grande difficulté pour s'arrêter de fumer, qu'ils soient motivés à le faire ou qu'ils y soient contraints pour des raisons sanitaires, économiques ou réglementaires. Ces fumeurs constituent une population hétérogène, mais ils ont en commun une forte dépendance au tabac et une importante consommation de cigarettes. Ils sont exposés aux conséquences morbides induites par leur incoercible tabagisme. Ils cumulent souvent d'autres facteurs défavorables à la réussite de la tentative de sevrage : troubles anxiodépressifs, co-consommations de substances psychoactives, précarité socioéconomique. Ils constituent une cible prioritaire des consultations spécialisées d'aide à l'arrêt du tabagisme. Ces dernières doivent optimiser et diversifier leurs propositions d'aide afin d'améliorer leurs interventions. Cette synthèse décrit ces consommateurs très dépendants en échec dans l'arrêt du tabagisme et présente les traitements médicamenteux et combinaisons thérapeutiques susceptibles d'aider le praticien dans la prise en charge de ces « fumeurs difficiles ».

© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Smoking cessation specialists are frequently confronted with smokers who have great difficulty in stopping smoking, and who are either motivated to stop or are forced to stop for health, economic or statutory reasons. These smokers are composed of a mixed population

UNE DEFINITION SIMPLE¹

- Fumeurs malades de leur tabagisme mais persistant à fumer
- Consommation > 20c/j et/ou FTND > 7
- Fumeurs avec pathologie psychiatrique

LES CONSULTANTS EN TABACOLOGIE²

- Fortes dépendance (TTFC) et consommation
- Faible motivation à l'arrêt
- Pathologie psychiatrique fréquente (TAD)
- Coconsommation de SPA (actuelle ou passée)
- Pathologie somatique associée (BPCO, etc.)
- Précarité socio économique fréquente
- Niveau de formation souvent peu élevé

PREVALENCE : 5 à 16 %¹

¹ Seidman DF, Covey LS. Lawrence Erlbaum Associates Publishers ; 1999

² Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ;29 (4) : 448-61

REDUCTION DES RISQUES EN TABACOLOGIE : PROBLEMATIQUE ANCIENNE

Murray RP, et al. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3094 patients in the lung health study. *Chest* 1996 ; 109:438-45

Murray RP, et al. Effects of multiple attempts to quit smoking and relapses to smoking on pulmonary function. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51:1317-26

Clearing the smoke, assessing the science base for the tobacco harm reduction. Food and drug administration, 2001

Martinet Y, et al. La réduction de risque en tabacologie. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23:109-18

Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ; 3:CD005231

Risks and benefits of long-term use of nicotine replacement therapy products (public work shop). October 26-27, 2010

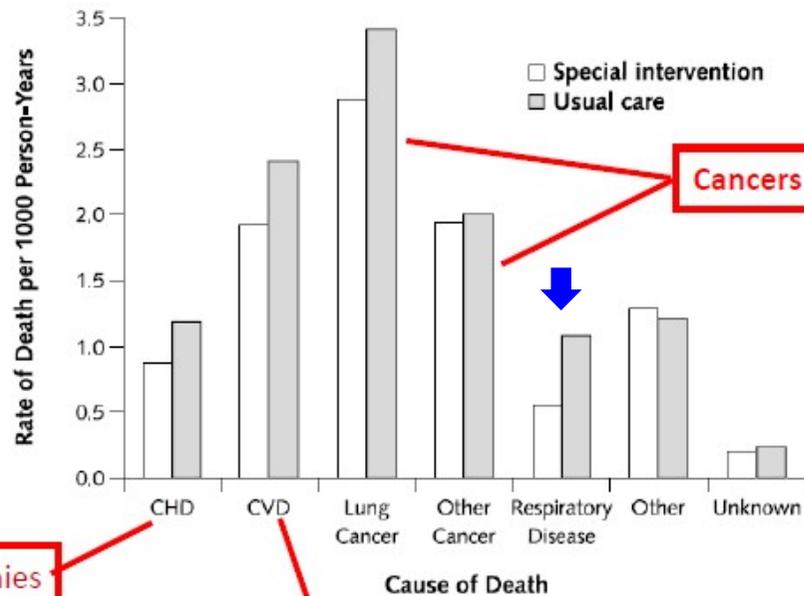
Nicotine replacement therapies-consensus of European experts on indications and contraindications. *Les entretiens du Carla* 2008. Support laboratoires Pierre Fabre

The image shows the cover of a book titled "Les entretiens du Carla". The title is written in a cursive font at the top right. Below it is a small illustration of a yellow building with a red roof. The date "5 et 6 juillet 2001" and "n°2" are printed below the building. The main title of the book, "La réduction des risques par un bon usage des substituts nicotiques", is written in large green letters in the center. To the right of the main title, there is a list of names: "Sous la présidence du Pr Gilbert Lagrue avec la collaboration de Florence Arnold-Richez, Henri-Jean Aubin, Ivan Berlin, Anne-Marie Clauzel, Jean-François Collin, Jean Daver, Monique Fourcade, Régis Graille, François Lebargy, Jacques Prignot, Daniel Thomas, Didier Touzeau". At the bottom right, there is a small line of text: "Avec le soutien des Laboratoires bioMÉRIEUX - Pierre FABRE". The background of the cover features a large, stylized tree.

CAUSES DE DÉCÈS DES PATIENTS AVEC BPCO

BPCO peu sévère

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

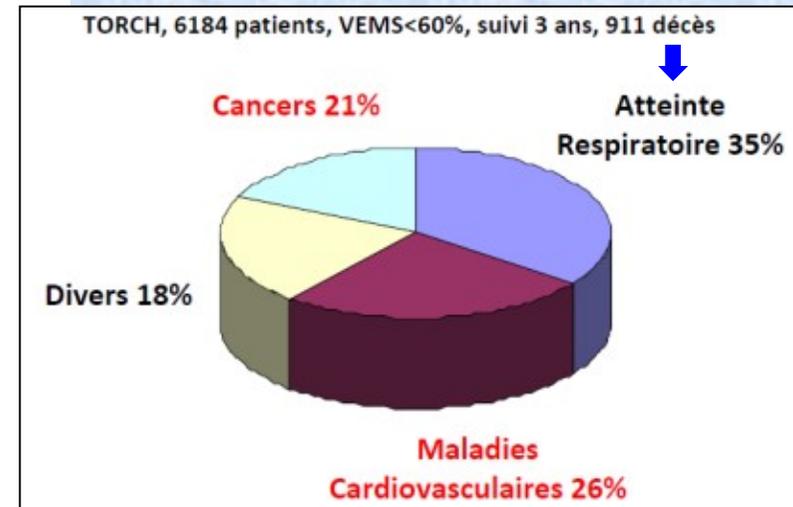


Coronaropathies

Maladies cardiovasculaires

Cancers

BPCO modérée à sévère



DIAPOSITIVE G. PEIFFER

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)

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 : 1150-63

BENEFICES DE LA REDUCTION DE CONSOMMATION SUR LA SANTE

Méta-analyse sur 14 études (suivi: 5 à 17 ans)

6 études de cohorte ; 3 cas témoins ; 5 de suivi

Comparaison « Réducteurs: R » (consommation « 50% consommation initiale) aux fumeurs: F

Risque de survenue du cancer bronchique (R vs F)
RR = 0,78 (IC 95% : 0,68-0,99)

Risque de décès par cardiopathie (R vs F)
RR = 0,93 (IC 95% : 0,84-1,03) NS

Pas d'effet positif sur BPCO & déclin du VEMS

Combinaison de 4 études de cohortes :
pas d'effet positif de la réduction de risque sur la mortalité liée au tabagisme
RR = 0,92 (IC 95% : 0,85-1,01) NS

Lee PN. *Regul Toxicol Pharmacol* 2013 ; 67:372-81

Contents lists available at ScienceDirect

 **Regulatory Toxicology and Pharmacology**

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yrtph



The effect of reducing the number of cigarettes smoked on risk of lung cancer, COPD, cardiovascular disease and FEV₁ – A review

Peter N. Lee*

P.N. Lee Statistics and Computing Ltd., 17 Cedar Road, Sutton, Surrey SM2 5DA UK

ARTICLE INFO

Article history:
Received 3 May 2013
Available online 3 September 2013

Keywords:
Cancer
Circulatory disease
Respiratory disease
FEV₁
Tobacco

ABSTRACT

Searches identified 14 studies investigating effects of reducing cigarette consumption on lung cancer, CVD, COPD or FEV₁ decline. Three were case-control studies, six cohort studies, and five follow-up studies of FEV₁. Six studies consistently reported lower lung cancer risk in reducers. Compared to non-reducers, meta-analysis (random-effects) showed significantly lower risk (RR 0.81, 95% CI 0.74–0.88 for any reduction, and RR 0.78, 0.66–0.92 for the greatest reduction), with no between-study heterogeneity. Four cohort studies presented CVD results, the combined RR for any reduction being a non-significant 0.93 (0.84–1.03). An effect of reduction was not consistently seen for COPD or FEV₁ decline. Four cohort studies presented all-cause mortality results, the combined RR of 0.92 (0.85–1.01) being non-significant. The RR of 0.95 (0.88–1.02) for total smoking-related cancer, from three studies, was also non-significant. The evidence has various weaknesses: few studies, few cases in reducers in some studies, limited dose-response data, incomplete adjustment for baseline consumption, questionable accuracy of the lifetime smoking history data in case-control studies, and bias in cohort studies if reducers are likelier than non-reducers to quit during follow-up. Also, the variable definitions of reduction make meta-analysis problematic. Though the results suggest some benefits of smoking reduction, more evidence is needed.

© 2013 The Author. Published by Elsevier Inc. Open access under CC BY license

1. Introduction

Many publications quantify risk of smoking-related diseases in relation to amount smoked (e.g. International Agency for Research on Cancer, 2004; US Surgeon General, 2004) and time since smoking cessation (e.g. International Agency for Research on Cancer, 2007; Lee et al., 2012a). However, the literature relating risk to reduction in consumption is much sparser. Most epidemiological studies base their results on amount smoked determined only at one time point, and many prospective studies only record smoking habits at baseline.

Three previous reviews have considered the issue of reduction in amount smoked. The first (Hughes, 2000) was mainly concerned with whether smokers can maintain reduced smoking, the extent of compensation occurring following a reduction, and whether reduction promotes or undermines cessation. The author stated that the question “will reduced smoking decrease the risk of smoking related diseases?” had never been tested directly.

The same author contributed to a later review (Hughes and Carpenter, 2006) which identified 19 studies relating reduction to subsequent cessation and 10 to disease risk. While 16 of the 19 cessation studies found reduction was associated with greater future cessation, the authors considered the evidence from the trials of disease risk to be “conflicting”, and concluded that “whether smoking reduction decreases the risks of smoking-related diseases has not been adequately tested”. Interestingly, some cited studies on risk reduction were published before 2000, contradicting the earlier statement (Hughes, 2000).

The final review (Pisinger and Godtfredsen, 2007) was entitled “Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review”. The authors identified 31 publications from 25 studies relating to various endpoints, concluding that: “the limited data suggest that a substantial reduction in smoking improves several cardiovascular risk factors and respiratory symptoms. In addition, smoking reduction is associated with a 25% decline in biomarkers and incidence of lung cancer and a small, mostly non-significant, increase in birth weight. There seem to be no substantial beneficial effects on lung function. The evidence on other health effects and mortality is too limited to draw conclusions”.

Abbreviations: AMI, acute myocardial infarction; BMI, body mass index; CHD, coronary heart disease; CI, confidence interval; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; CVD, cardiovascular disease; FEV₁, forced expiratory volume in one second; ICD, international classification of diseases; IHD, ischaemic heart disease; OR, odds ratio; RD, respiratory disease; RR, relative risk; SES, socio-economic status; STR, stroke; TC, total cancer; TRC, tobacco related cancer.
* Fax: +44 (0) 2086422135.
E-mail address: Peter.Lee@pnlee.co.uk

PREMIERE SOLUTION : LE TNS

BMJ

RESEARCH

School of Health and Population
Sciences, University of
Birmingham, Edgbaston,
Birmingham B15 2TT

Correspondence to: D Moore
dj.moore@bham.ac.uk

Cite this as: *BMJ* 2009;338:b1024.
doi:10.1136/bmj.b1024

**Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy
assisted reduction to stop smoking: systematic review and
meta-analysis**

David Moore, senior reviewer Paul Aveyard, NIHR career scientist Martin Connock, systematic reviewer
Dechao Wang, systematic reviewer Anne Fry-Smith, information specialist Pelham Barton, senior lecturer

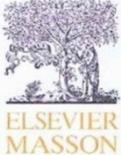
TNS (TD et/ou FO) vs PCB Arrêt OR=2,06 (IC 95% : 1,34–3,15)

Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of
nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking : systematic review and meta-
analysis. *BMJ* 2009;338:b1024

Risks and benefits of Long-Term Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT)
Products (Public Workshop). October 26-27, 2010

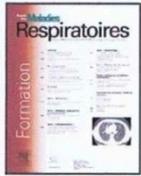
www.fda.gov/Drugs/NewsEvents/ucm221185htm

DEUXIEME SOLUTION : 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^{a,*}, J. Perriot^b

^a Service de pneumologie, unité de tabacologie, pavillon René-Beauchant, CHU La-Milétrie, BP 577, 2, rue Milétrie, 86021 Poitiers cedex, France
^b 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^{er} 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^{er} février 2008

- N'induit pas de cancer bronchique ni de BPCO
- Mais responsable de maladies et de morts
 - Mortalité globale
OR:1,17(IC95%: 1,11-1,23)
OR:1,18 (IC95%:1,08-1,29)
 - 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)

TROISIEME SOLUTION : LA CIGARETTE ELECTRONIQUE

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

Berlin I. La cigarette électronique : outil thérapeutique, phénomène social ou business ? *Rev Med Intern* 2015 ; 6 : 405-10

**Georges M. La cigarette électronique, la panacée high-tech du sevrage tabagique ?
Revue des Maladies Respiratoires Actualités 2015 ; 7 : 253-55**

EFFICACITE

Essai ECLAT¹. 300 F (non désireux d'arrêter). A 12 mois : **réduction 50%=10,3% et arrêt = 8,3%**

Essai Bullen C, et al². Pas de supériorité de la e-cig vs TNSTD dans l'aide à l'arrêt à 6 mois

Essai Borderud RP, et al³. Les utilisateurs de e-cig (+ cancer tête/cou/thorax) ont 2 fois plus de risque de continuer à fumer (OR=2 ; IC 95% : 1,2 – 3,3)

Cohorte COPD gène⁴. Même risque chez les utilisateurs de e-cig vs fumeurs de développer une BPCO et d'exacerbations

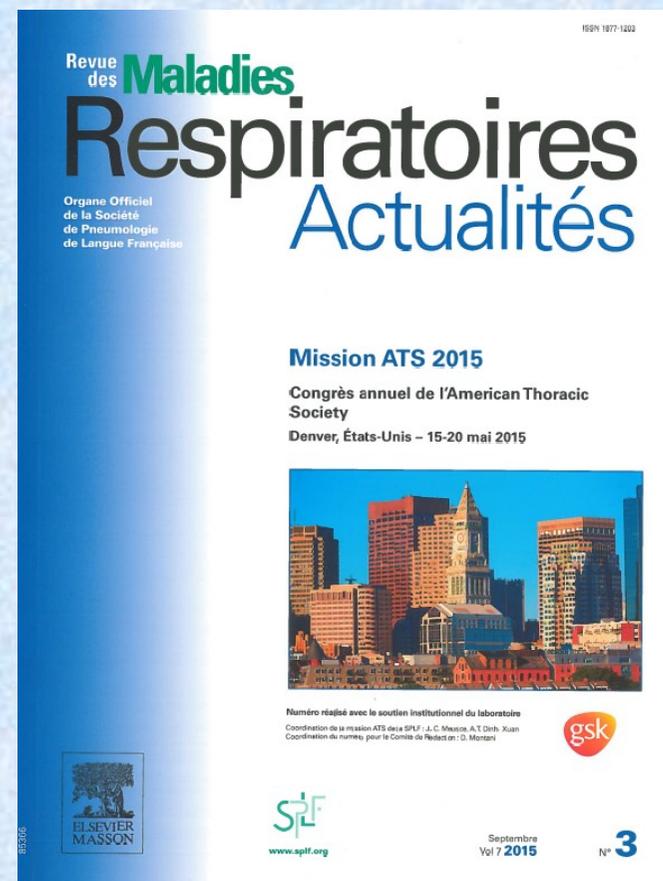
Méta-analyse sur 4 études⁵. 2 randomisées (2 avant-après). Pas de différence (NS) du taux d'abstinence à 6 mois vs PCB (OR=1,32 ; IC 95% : 0,59-2,93)

EFFETS SECONDAIRES

Inférieurs à court terme à ceux de la fumée de cigarette mais inconnus à long terme

E-CIG. ET ADOLESCENTS

Adolescents : cibles des fabricants



- 1 Caponnetto P, et al. *PLOS One* 2013 ; 8(6):e66317
- 2 Bullen C, et al. *Lancet* 2013 ; 382(9905):1629-37
- 3 Borderud SP, et al. *Cancer* 2014 ; 120(22):3527-35
- 4 Russel PB, et al. *AJRCCM* 2015;191:A3715
- 5 Riyad OA, et al. *AJRCCM* 2015;191:A3715

OPTIMISATION DE L'UTILISATION DE LA E-CIGARETTE

Hitchman SC, et al. Associations between E-cigarette type, frequency of use and quitting smoking : finding from a longitudinal online panel survey in Great Britain. *Nicotine Tob Res Apr*, 2015

Brose LS, et al. Is the use of electronic cigarettes while smoking associated with smoking cessation attempts, cessation and reduced cigarette consumption ? A survey with a 1 year follow up. *Addiction* 2015 ; 110:1160-8

Farsalinos K, et al. Evaluating nicotine levels selection and patterns of electronic cigarette use in a group of « vapers » who had a achieved complete substitution of smoking. *Substitution abuse* 2013 ; 7 : 139-46

Nelson VA, et al. Comparison of characteristics of long-term users of electronic cigarettes versus nicotine replacement therapy : a cross sectional survey of english ex-smokers and current smokers. *Drug Alcohol Dep* 2015

Revue des Maladies Respiratoires (2014) 31, 641–645



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



RECOMMANDATIONS

Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ? Avis d'experts de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) 2014



Adaptations to the management of smoking cessation with the arrival of e-cigarette? Expert opinion from the *Office français de prévention du tabagisme (OFT)* 2014

**B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c,
J.-F. Loubrieu^d, G. Peiffer^e, J. Perriot^f,
R.-M. Rouquet^g, A. Schmitt^f, M. Underner^h, T. Urbanⁱ**

^a Service pneumologie et réanimation, GHU Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, 47-81, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

^b 92140 Clamart, France

^c 75008 Paris, France

^d 41000 Blois, France

^e 57000 Metz, France

^f 63000 Clermont-Ferrand, France

^g 31000 Toulouse, France

^h 86000 Poitiers, France

ⁱ 49000 Angers, France

Reçu le 1^{er} mai 2014 ; accepté le 7 mai 2014

Disponible sur Internet le 10 août 2014

Pourquoi un avis d'experts sur l'adaptation de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ?

La cigarette électronique bouleverse depuis un an le contrôle du tabac en France. Un an après le rapport de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) remis à la ministre

- Vapotage préférable au fumage (toxicité inférieure)
- Objectif substitution complète de la cigarette par la E-cigarette
- Choisir une E-cigarette de bonne qualité (dernière génération)
- Choisir un E-liquide pour obtenir l'effet sensoriel recherché, en évitant le manque en nicotine
- Diminuer graduellement l'apport en Nicotine
- Possibilité d'associer TNSTD et E-cigarette
- Pas de recommandation chez le mineur et la femme enceinte

Revue des Maladies Respiratoires (2014) 31, 641–645



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



RECOMMANDATIONS

Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique? Avis d'experts de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) 2014 

Adaptations to the management of smoking cessation with the arrival of e-cigarette? Expert opinion from the *Office français de prévention du tabagisme* (OFT) 2014

B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c, J.-F. Loubrieu^d, G. Peiffer^e, J. Perriot^f, R.-M. Rouquet^g, A. Schmitt^f, M. Underner^h, T. Urbanⁱ

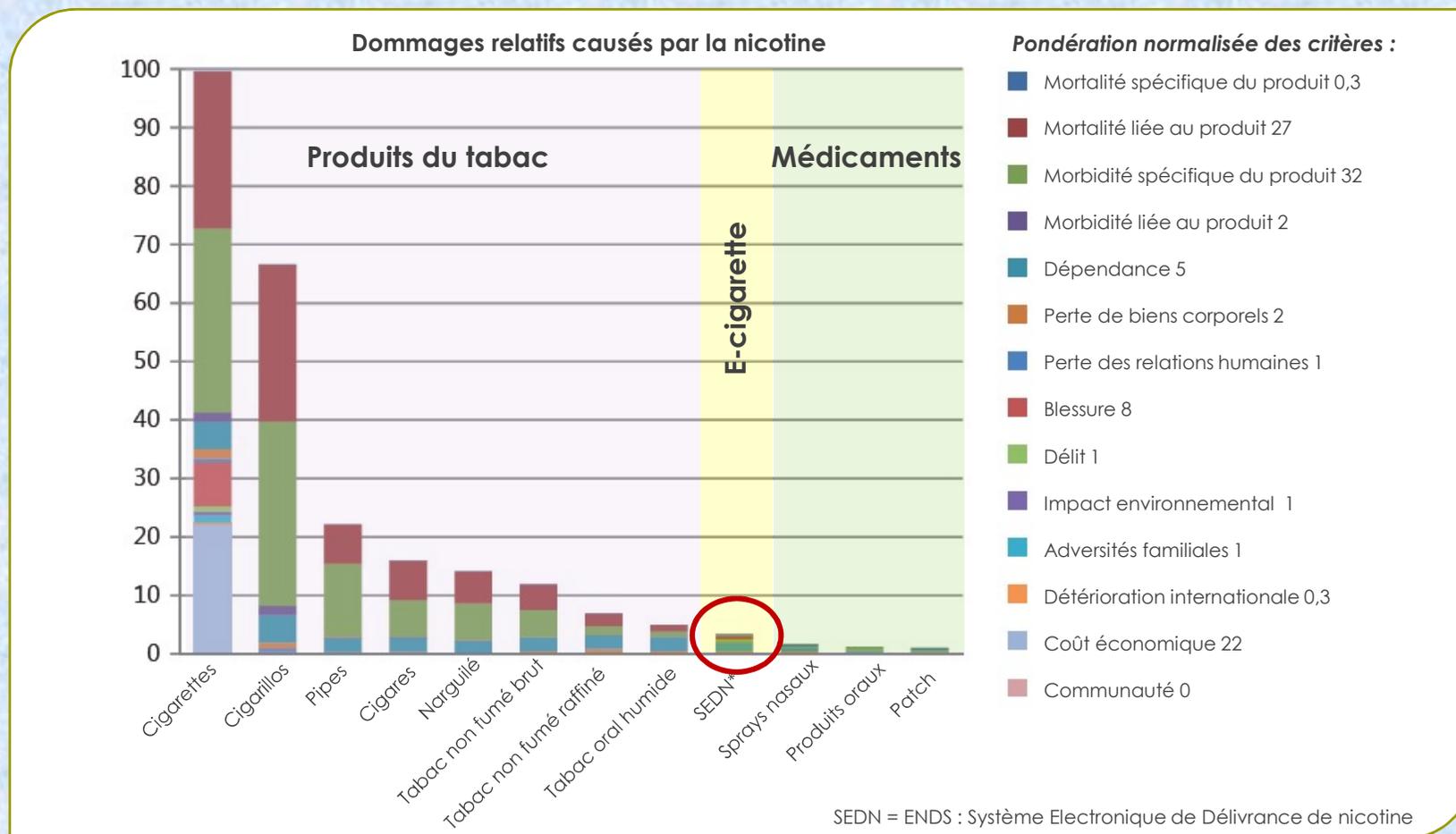
^a Service pneumologie et réanimation, GHU Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, 47-81, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France
^b 92140 Clamart, France
^c 75008 Paris, France
^d 41000 Blois, France
^e 57000 Metz, France
^f 63000 Clermont-Ferrand, France
^g 31000 Toulouse, France
^h 86000 Poitiers, France
ⁱ 49000 Angers, France

Reçu le 1^{er} mai 2014 ; accepté le 7 mai 2014
 Disponible sur Internet le 10 août 2014

Pourquoi un avis d'experts sur l'adaptation de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ?

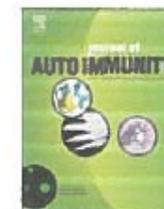
La cigarette électronique bouleverse depuis un an le contrôle du tabac en France. Un an après le rapport de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) remis à la ministre

□ **Place de la e-cigarette (ENDS) dans les produits contenant de la nicotine (1)**



D'après la présentation de B. Dautzenberg à l'ERS 2014 (n°3441)

(1) NUTT DJ, *Eur Addict* 2014.



Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity

Yoav Arnon^{a,b}, Yehuda Shoenfeld^c, Howard Amital^{a,b,*}

The mixed effects of smoking and nicotine exposure on the function of the immune system.

Immuno-suppressive effects

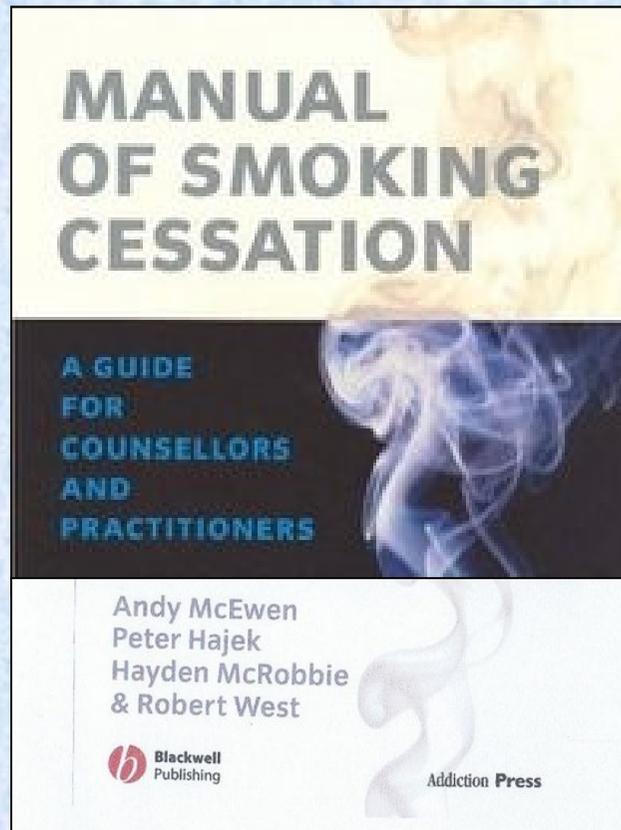
- Effects on dendritic cells and antigen-presenting activity
 - Suppression of dendritic cell maturation and cytokine release.
- Action on neutrophils and macrophages
 - Suppression neutrophil-mediated inflammatory actions.
 - Depressed PMNs migration and chemotaxis.
 - Reduced macrophage activity against intracellular organisms.
- Action on the T-cell lymphocyte population
 - Nicotine inhibits the antibody-forming cell response, impairs antigen-mediated signaling in T-cells and induces T cell energy.
- Action on B cell lymphocyte population
- Effects on humoral immunity
 - Reduced circulating levels of immuno-globulins.
- Action on inflammatory markers and mediators:
 - Inhibition of IL-1b, IL-2, IL-10, TNF- α , and IFN- γ release.
 - Inhibition of endothelial cell release of IL-8.
- Other general non-specific mechanisms:
 - Attenuation of IFN signaling

Pro-inflammatory effects

- Activation of dendritic cell-mediated adaptive immunity.
- Increased circulatory levels of PMN.
- Polyphenol-rich glycoprotein stimulates the proliferation of peripheral T-lymphocytes
- Increased circulatory levels of T-lymphocytes.
- Abnormal CD4(+)/CD8(+) ratio.
- Favored activity of the Th2 allergic pathway
- Augmentation of auto-reactive B cells.
- Chronic smoking increases levels of acute phase proteins and pro-inflammatory cytokines, especially TNF- α , TNF- α receptors and IL-6.
- Exposure and release of autoantibodies:
 - Release of intracellular antigens via tissue hypoxia or toxin-mediated cellular necro:
- Increased concentration of free radicals, which interact with DNA.

IDENTIFIER LES FUMEURS, CONSEILLER L'ARRET DU TABAC, ACCOMPAGNER LE SEVRAGE, AIDER LA REDUCTION DE CONSOMMATION

Tous les professionnels de santé

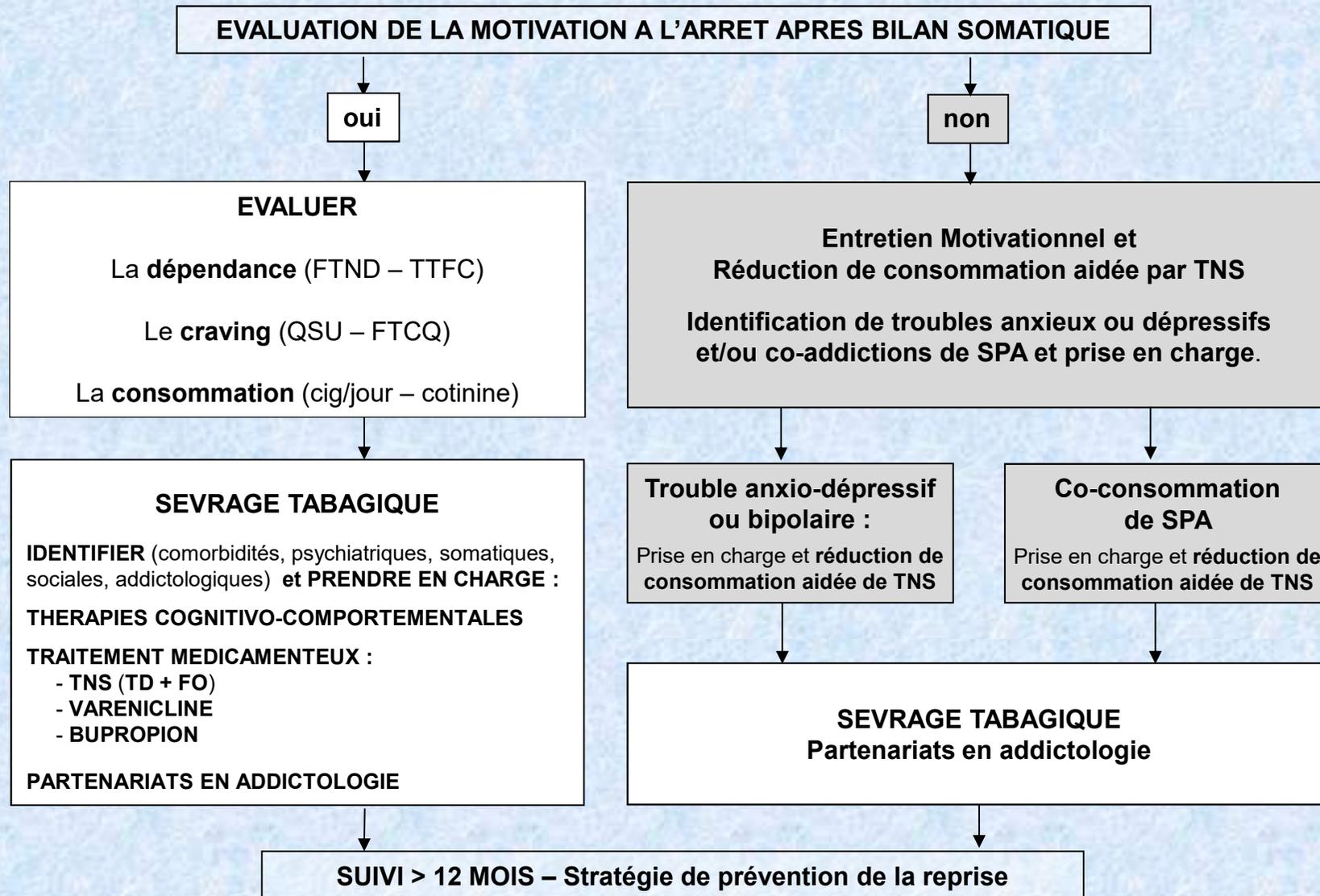


Mc Ewen A, et al. Manual of smoking Cessation. Blackwell Publishing, 2008



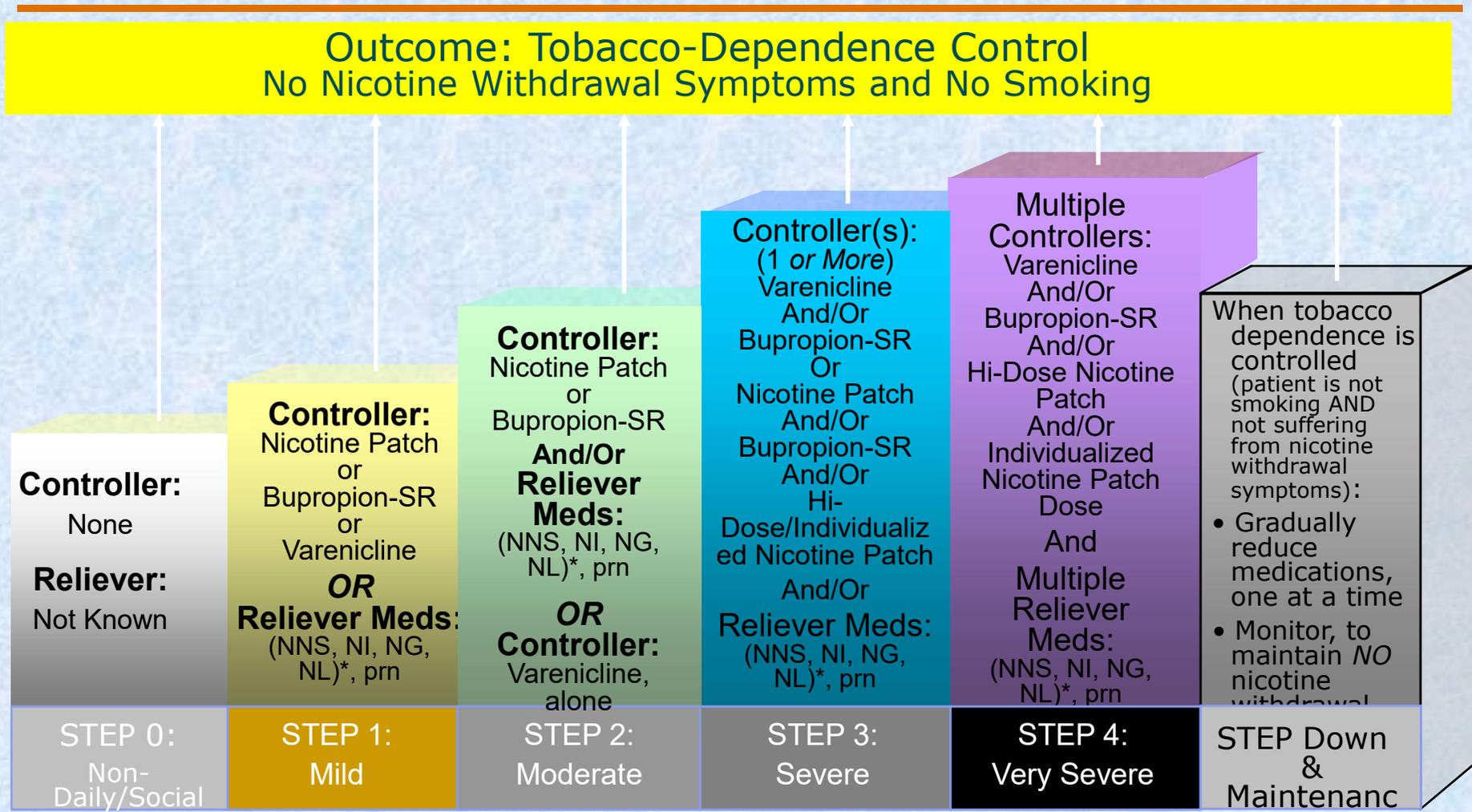
Recommandation de bonne pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. HAS, octobre 2014

ACCOMPAGNEMENT DU FUMEUR - 2



ECHECS (++) : STRATEGIE DE REDUCTION DE RISQUE PERSONNALISEE

**STEPWISE APPROACH TO TOBACCO-DEPENDENCE TREATMENT – ADULTS
(BASED ON THE ASTHMA MODEL)**



***Reliever Medications (Rapid Acting Nicotine Agonists):** •NNS=Nicotine Nasal Spray •NI=Nicotine [Oral] Inhaler •NG=Nicotine Gum •NL= Nicotine Lozenge. †Some patients will need indefinite use of Controller or Reliever Medications to maintain zero nicotine withdrawal symptoms and no cigarette use.

DES POPULATIONS SPECIFIQUES

Fumeurs avec comorbidités psychiatriques

- SCZ, Tr. BP Consommations et mortalité (tabac) élevées.
Motivation à l'arrêt du tabac fréquente.
SCZ : TNS + antipsy atyp ; BP ; Varénicline.
- Tr Dépressifs Prise en charge : idem aux fumeurs sans TD

Femmes enceintes

Toxicité du Tabac ! Efficacité du TNS ?
CI de Bupropion et Varéniciline

Adolescents

Pas d'efficacité démontrée des Pharmacothérapies
Pas de recommandations (mais en pratique TNS)

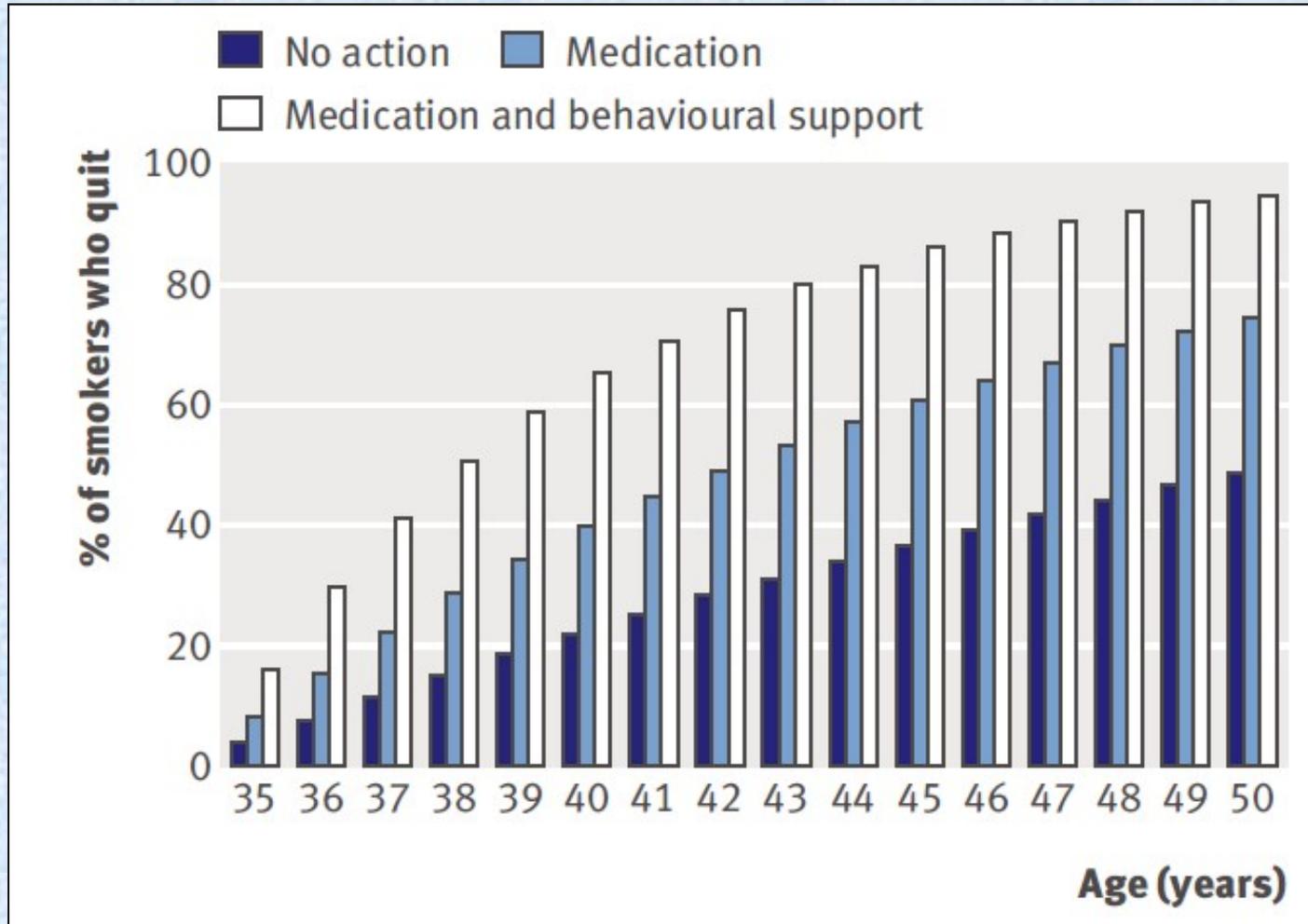
PREVENTION DE LA REPRISE

- Intérêt des médicaments (TNS, Bupropion, Varénicline)
- Traitements prolongés.

CONCLUSION

- Efficacité des pharmacothérapies (1^{ère} et 2^{ème} lignes)
- Besoin de médicaments nouveaux (arrêt, maintien)

OPTIMISER LA TENTATIVE D'ARRET



PRISE EN CHARGE RESIDENTIELLE
 OR = 3,58 (IC 95% : 2,61-4,89)
 Hays JT, et al. *Mayo Clinic Proc* 2011 ; 86(3) : 203-9

SOUTIEN A DISTANCE
 Internet - SMS : OR = 2,16 (IC 95% : 1,77-2,62)
 Ace C, et al. *PloS Med* 2013 ; 10(1) e1001362

CONCLUSION

Tabagisme : problème de Santé publique planétaire

Tabac : substance très addictive (addiction mal connue)

Efficacité des traitements disponibles (besoin de médicaments nouveaux)

Combiner traitements médicamenteux et thérapies non médicamenteuses

Intérêt limité du concept de réduction des risques mais :

Aider la réduction de consommation... vers l'arrêt

Assurer une prise en charge globale, personnalisée et protocolisée

« Traitement substitutif... le médicament est celui qui le donne »

M. Auriacombe (Le Courrier des addictions, 2002)

CAS CLINIQUES

Cas clinique - 1

Un vétérinaire en retraite de 65 ans vous est adressé pour sevrage tabagique après hospitalisation pour exacerbation de BPCO. L'histoire de la maladie est la suivante :

- Tabagisme actuel : 25 cigarettes/jour (80 paquets-années).
- A 60 ans, le diagnostic de BPCO est porté alors qu'il fume 30 cigarettes/jour, un sevrage tabagique tenté (1^{ère} tentative) par SNTD (21 mg - 24h/24). Après 4 semaines d'arrêt complet marqué d'une sensation de manque et d'un « craving » intense, il « rechute » dans un état dysthymique.

La situation clinique actuelle est celle d'une BPCO stade III (VEMS = 0,8l [40% Th], VEMS/CV = 40%, GDS : paO₂ = 55, paCO₂ = 18). Il est sous LABA. Il bénéficiait d'une réhabilitation respiratoire, interrompue depuis 30 jours « plus envie ... ». Dyspnée stade 3 ; TDM 6 mn = 250 m ; taille : 1,85 cm ; poids 70 kg ; IMC = 20,4 ; 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
- **Situation addictologique** : PAS DE CO-CONSOMMATION DE SPA.
- **Situation familiale et environnementale** : femme de 43 ans, sans emploi alcoolo-tabagique, fils à charge de 13 ans), trouble du sommeil et réveil matinal, perte d'élan vital, souffrance psychologique : DYSTHYMIE .
- **Motivation personnelle à l'arrêt** : « la vie m'ennuie : s'il n'y avait pas ma femme et mon fils... »

INDEX BODE (Body mass index, airflow **O**bstruction, functional **D**yspnoea, **E**xercise capacity) **DES INSUFFISANTS RESPIRATOIRES (Surtout BPCO)**

1 - Éléments nécessaires pour construire cet index :

Calculer l'I.M.C. (Indice de masse corporelle)

Faire un test de MARCHÉ de 6'

Faire une spirométrie avec mesure du V.E.M.S.

Coter la Dyspnée :

Échelle du M.R.C. :

Stade **1** : dyspnée pour **les efforts importants** (liés à l'âge physiologique du sujet)

Stade **2** : dyspnée à la **montée d'un étage** ou d'une côte à marche normale

Stade **3** : dyspnée à la **marche sur terrain plat** en suivant quelqu'un de son âge

Stade **4** : dyspnée au **moindre effort** de la vie courante

2 - Calculer l'index BODE

(additionner les points par item pour obtenir le total)				
Points	0	1	2	3
VEMS (%)	> ou = 65	50 - 64	36 - 49	< ou = 35
Distance en 6 mn (mètres)	> ou = 350	250-349	150-249	< ou = 149
Dyspnée (MMRC)	0-1	2	3	4
IMC (kg/m ²)	≥21	< ou = 21		

3 - Déterminer la SEVERITE (+ à ++++ ; mortalité à 4 ans en %) :

score 0 à 2 : catégorie 1 Indice de sévérité + 15 %

score 3 à 4 : catégorie 2 Indice de sévérité ++ 30 %

score 5 à 6 : catégorie 3 Indice de sévérité +++ 40 %

score 7 à 10 : catégorie 4 Indice de sévérité ++++ 80 %

Traitement de la BPCO selon le stade (GOLD)

classification actuelle	Symptômes chroniques Exposition aux facteurs de risque (tabac) Dépistage (NEO 6)	I : légère	II modérée	III sévère	IV très sévère
Caractéristiques		VEMS/CV < 70% VEMS ≥ 80% Symptomatique ou non	VEMS/CV < 70% 50% ≤ VEMS < 80% Symptomatique ou non	VEMS/CV < 70% 30% ≤ VEMS < 50% Symptomatique ou non	VEMS/CV < 70% 30% ≤ VEMS < 50% avec IRC

**Eviction des Facteurs de risque (TABAC : aide à l'arrêt du tabagisme)
vaccination antigrippale et antipneumococcique, Education Thérapeutique du Patient.**

+ Broncho-Dilatateurs de Courte durée d'Action (BDCA)

+ Traitement par Broncho-Dilatateur de longue ou très longue action (BDLA : LABA et/ou LAMA)

+ Association de corticoïde inhalé (VEMS ≤ 50%) + BDLA inhalé + Réhabilitation respiratoire.

02 Longue durée +/- chirurgie

Vous prenez en charge le patient 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 :**
 - * FAGERSTROM = 10 Q-MAT = 12 RICHMOND = 6 FTCQ = 46
 - * HAD A = 12 D = 10 BDI = 14 Pas de bipolarité (clinique, tests psychométriques)
- **CO expiré = 24 ppm** (10 cigarettes fumées depuis le réveil, dernière il y a 1 h)
- **alimentation déséquilibrée** (pauvre en féculent et protides) **petit déjeuner** (café).

Conclusions sur ce bilan initial, y a-t-il des éléments évocateurs d'un sevrage difficile ? Attitude ?

- **Dépendance tabagique forte** (Fagerström = 10, TTFC = 5 mn)
- **Motivation à l'arrêt faible avec confiance en soi réduite** (Richmond, Q-MAT)
- **Trouble anxio-dépressif avéré** (HAD, BDI, clinique et contexte)
- **SITUATION HABITUELLE DES FUMEURS AVEC BPCO**

Attitude thérapeutique immédiate ?

- **Réduction de la consommation aidée par SNFO**
 - * Peiffer G, et al. *Alcool Addictol* 2001 ; 23 : 43S-60S.
- **Entretien motivationnel**
 - * Lagrue G. *Arrêter de fumer*. O. Jacob, 2001
- **Psychotropes antidépresseurs car état dépressif avéré** (clinique, tests psychométriques)
 - * Perriot J, et al. *Rev mal Respir* 2012 ; 29 : 448-61

Après 12 semaines d'une stratégie de réduction de la consommation par pastille à la Nicotine fortement dosée remplacement d'une cigarette/2 par une pastille associée à la prise d'IRSNA, le patient ne fume que 10 cig/j, se sent bien (HAD A = 8, D = 6, BDI = 6). La sensation de manque et le craving diminuent. La mesure du CO expirée = 10 ppm (6 cigarettes fumées, la dernière il y a 2 h) et souhaite s'arrêter complètement de fumer.

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

- **stratégie de réduction de consommation aidée de SNFO efficace**
- **troubles anxio-dépressifs compensés**
- **patient motivé à s'arrêter de fumer**

Propositions thérapeutiques pour le sevrage complet ?

- **SN transdermique + SNFO**
 - * 2 timbres à 21 mg + pastilles ou gommes fortement dosées selon les besoins
 - * contrôle de tolérance et posologie de sevrage, (score de syndrome de sevrage)
 - Berlin I, et al. *Addiction* 2011 ; 106 : 833-44
- **Toujours associer une prise en charge cognitivo-comportementale**
 - * score de craving
- **Identification et mise en œuvre de nouveaux objectifs de vie**
- **Fixer la date du prochain rendez-vous (J7, appel téléphonique à J2)**
 - * carnet de suivi, HAD, scores de sevrage et craving, (posologie/cotinine ?)

SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE

Hughes J, Hatsukami DK. Errors in using tobacco withdrawal scale
Tob Control. 1998 ; 7 (1) : 92-3

Evaluation du syndrome de manque au cours du suivi de l'arrêt

Pour chaque rubrique, entourez d'un cercle le chiffre correspondant à votre réponse

	Inexistant, Pas du tout	Très légèrement	Légèrement	Moyennement	Fortement
1 – Humeur dépressive	0	1	2	3	4
2 – Insomnie	0	1	2	3	4
3 – Irritabilité, frustration, colère	0	1	2	3	4
4 – Anxiété	0	1	2	3	4
5 – Difficulté de concentration	0	1	2	3	4
6 – Agitation, fébrilité	0	1	2	3	4
7 – Augmentation de l'appétit	0	1	2	3	4
8 – Envie de fumer	0	1	2	3	4

Echelles Internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Revue bibliographique
réalisée par Jacques Le Houezec (2010) www.societe-francaise-de-tabacologie.com

« TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE » (TCQ)

Berlin I, Vorspan F, Singleton EG, Warot D, Heishman ST. Reliability and Validity of the French Version of the Tobacco Craving Questionnaire. *Eur Addict Res* 2005 ; 11(2) : 62-8.

PAS DU TOUT
D'ACCORD

TOUT A FAIT
D'ACCORD

1 – Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût.	1	2	3	4	5	6	7
2 – S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7
3 – Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.	1	2	3	4	5	6	7
4 – Fumer une cigarette ne serait pas agréable.	1	2	3	4	5	6	7
5 – Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.	1	2	3	4	5	6	7
6 – Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7
7 – Je fumerais dès que j'en aurai l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7
8 – Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
9 – Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	1	2	3	4	5	6	7
10 - Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e).	1	2	3	4	5	6	7
11 - Il me serait difficile de laisser passer l'occasion de fumer.	1	2	3	4	5	6	7
12 - Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL =

7 jours plus tard, le patient ne fume plus (Co expiré = 2 ppm) le score HAD est stable. Syndrome de sevrage et « craving » sont contrôlés. Il est satisfait de son arrêt. Il souhaite désormais aider sa femme à arrêter de boire et fumer.

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

- **Abstinence tabagique confortable ; patient satisfait**
- **poursuite du TNS avec diminution progressive**
- **soutien étalé dans le temps (prévention de la reprise)**
- **disponibilité et évaluation régulière de l'arrêt**
- **aide du patient à solutionner les problèmes de sa femme**

Autres possibilités thérapeutiques

- **Varénicline + TCC** (si échec ou intolérance au TNS, 1^{er} choix ?)
- **Bupropion + TCC** (si absence de C. Indication, 2^{ème} choix ?)

Et pour la réduction de consommation ?

- **E-cigarette**
- **Utilisation persistante de TNSFO**

Cas clinique - 2

Madame Pascale B, âgée de 40 ans, divorcée, mère d'une fille de 15 ans, vient vous consulter car elle envisage d'arrêter de fumer.

Il s'agit d'une femme élégante, raffinée, extrêmement séduisante. Son corps est svelte et son esprit est brillant. Elle s'exprime facilement. Très volubile elle est presque logorrhéique. Elle est actuellement cadre supérieur dans l'industrie pharmaceutique (recherche et développement). Elle voyage beaucoup dans le monde entier.

Elle vous dit avoir commencé à fumer à HEC et ajoute-t-elle avec un sourire « pas que du tabac... ». Elle fume environ 25 cigarettes par jour, dès le réveil avant de déjeuner. Quand on lui demande les raisons de son divorce, elle se trouble, rougit et explique qu'elle n'a jamais vraiment compris ce qui s'est passé... Et puis la vie, soupir !!

Elle nous apprend qu'elle a déjà été hospitalisée en psychiatrie en raison d'une tentative de suicide dont la raison lui paraît maintenant tellement futile (rupture sentimentale), de troubles du sommeil. A l'époque elle présentait des troubles du comportement de nature sexuelle (multiples partenaires), avec placements boursiers inconséquents.

Les Psychiatres lui ont alors prescrit des «médicaments» qu'elle dit avoir pris un certain temps mais qu'elle a vite interrompu « je n'avais pas envie de les prendre et puis qu'est ce qui me prouve que ces messieurs les psychiatres avaient raison de me les donner leurs médicaments ».

Elle dit que son mari a beaucoup souffert du retentissement familial de son attitude d'alors: il a demandé le divorce. Au cours de la narration des révélations biographiques, de sa vie privée, la patiente est agitée, nerveuse, avec un tic du visage, croisant et décroisant fréquemment ses longues jambes. Devant ses réactions nous changeons de sujet et abordons les motivations de son souhait d'arrêter le tabac.

Elle nous explique qu'elle veut changer de vie. Elle nous apprend qu'au cours de soirées, il lui arrive de consommer de la cocaïne, sous forme de « rail ». Depuis ses études à HEC, elle nous dit avoir découvert les effets de l'alcoolisation sur ses coups de cafards : « un whisky ou deux (ou davantage), cela passe et même cela va beaucoup mieux», dit-elle. Elle vous confie que pour elle, la cigarette est un excitant psychique. Parfois, le soir elle fume « un joint ou deux » pour se détendre avant de se coucher.

Pourtant elle vous exprime combien elle a particulièrement besoin de vous pour arrêter de fumer ; et vous fixe longuement de son regard profond...

Questions :

Quelle est votre première impression clinique ?

Quelles seraient vos difficultés de prise en charge du sevrage tabagique ?

Consommation quotidienne 25 cig/jour, cumulée 25 PAN, Fagerström : 9, COE = 39 ppm (10 cig ce jour, la dernière il y a 2h). Richmond = 6, tentatives d'arrêts passées : 8 (le plus long 2 jours, le dernier il y a 2 ans). HAD : A = 10 D = 8; BDI = 13 ; Test de bipolarité = oui (épisode passé), risque suicidaire = oui (léger).

Questions :

Quel diagnostic psychiatrique évoquez vous ? Quels éléments du bilan biologiques demandez vous ?

Proposez une stratégie de sevrage tabagique ? Médicaments contre indiqués ?