



**SEVRAGE TABAGIQUE :
CONDUITE DU SEVRAGE
ATTITUDE DU THERAPEUTE ET SUCCES**

Docteur Jean Perriot
Dispensaire Emile Roux - Clermont-Ferrand
jean.perriot@cg63.fr

DIU Clermont-Ferrand - 2013

PLAN DE L'EXPOSE

- RAPPELS SUR LA DEPENDANCE TABAGIQUE
(point de vue du clinicien en tabacologie et addictologie)
- PRINCIPES DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME
- COMMENT OPTIMISER ET PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE
DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME
- ANNEXES
 - * données bibliographiques
 - * sites internets utiles
 - * tests et échelles utiles dans la pratique du sevrage tabagique.

RAPPELS SUR LA DEPENDANCE TABAGIQUE



DEPENDANCE AUX SUBSTANCES (OMS 1975)

- État psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales avec compulsion (« craving ») à prendre la substance de façon répétée pour ressentir ses effets psychiques et/ou parfois éviter l'inconfort de son absence (syndrome de sevrage) ; la tolérance peut être présente ou non.
- Dépendance = P x I x E

DEPENDANCE (perte de contrôle de l'usage)

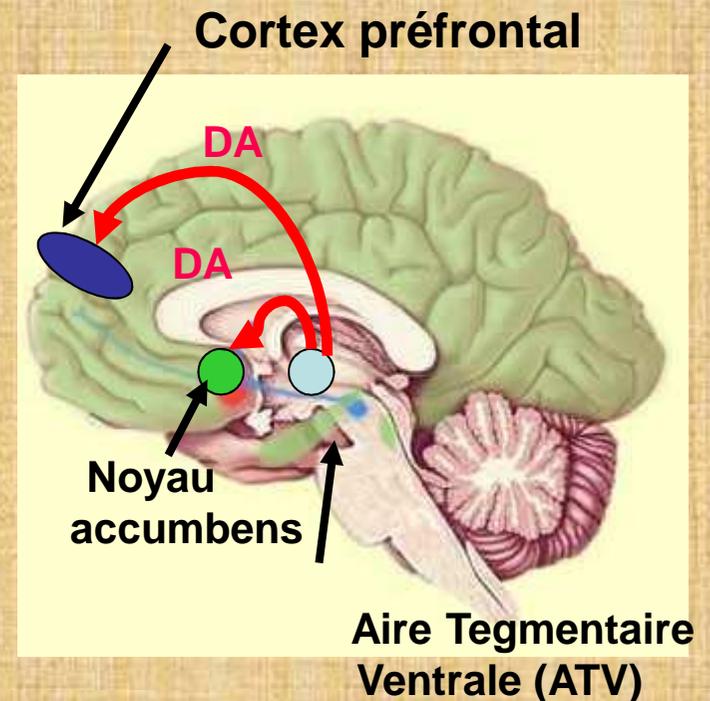
- * syndrome de sevrage ± tolérance
- * craving
- * sensibilisation comportementale

IL N'Y A PAS UN « FUMEUR » MOYEN MAIS « DES FUMEURS »

PERSONNALISATION DE LA PRISE EN CHARGE

La dépendance aux substances addictives s'accompagne de la libération de dopamine activant le système hédonique

- **Système hédonique.**
- **Innervation dopaminergique essentielle**
Rôle d'autres neurones modulateurs (SER-NE)
neurotransmetteurs (GLU-GABA), etc...
- **Tabagisme chronique modifie la neuro-plasticité cérébrale, sensibilisation comportementale.**
- **Le Tabac est fortement addictogène.**
60 % de fumeurs avec syndrome de sevrage
36 % de fumeurs dans les 30 mn après le réveil
20 % de fumeurs très fortement dépendants.
5 à 16 % de « Hard-Core Smokers ».
- **Le récepteur nicotinique est acteur de la dépendance tabagique.**



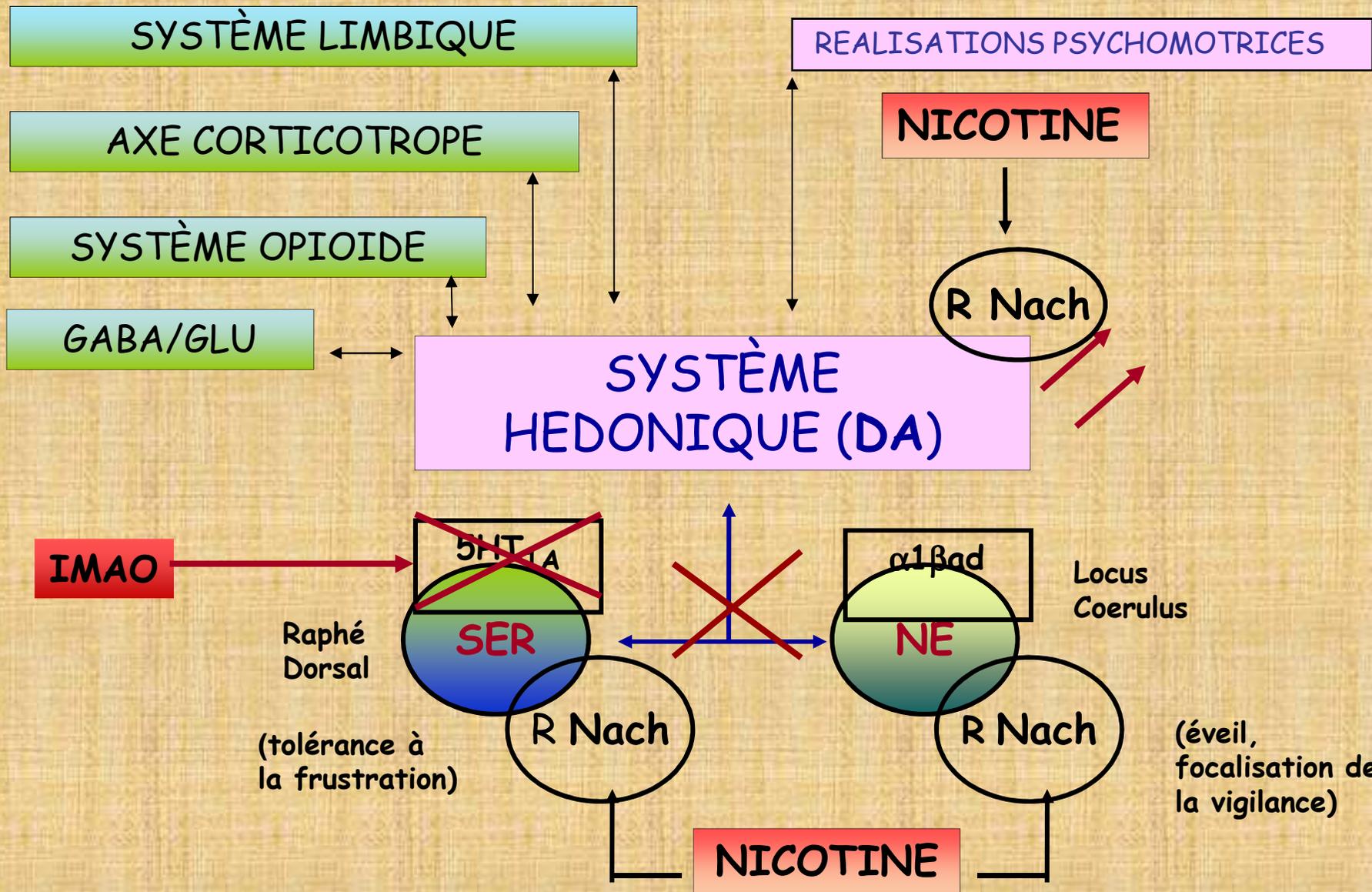
LA NICOTINE : RÔLE CENTRAL DANS LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

- Activation des récepteurs situés sur les neurones DA (et autres neurones modulateurs) et stimulation du système hédonique.
- multiples preuves de son rôle dans la dépendance tabagique
 - Effets induits, alcaloïde principal du tabac, pharmacocinétique...
 - Syndrome de manque et craving en cas de déficit d'apport.
 - Compensation de syndrome de sevrage et "craving" par TNS.
 - TNS et Varénicline versus PCB (arrêts x 2 à court et long termes).
 - TNS et réduction durable de la consommation (sans hyper-extraction de fumée).

D'AUTRES SUBSTANCES PRESENTES (β -CARBOLINES) DANS LA FUMÉE DE TABAC PARTICIPENT AU RENFORCEMENT DE LA DÉPENDANCE AU TABAC.

FACTEURS GÉNÉTIQUES ET ACQUIS : PSYCHO-COMPORTEMENTAUX, ENVIRONNEMENTAUX ...

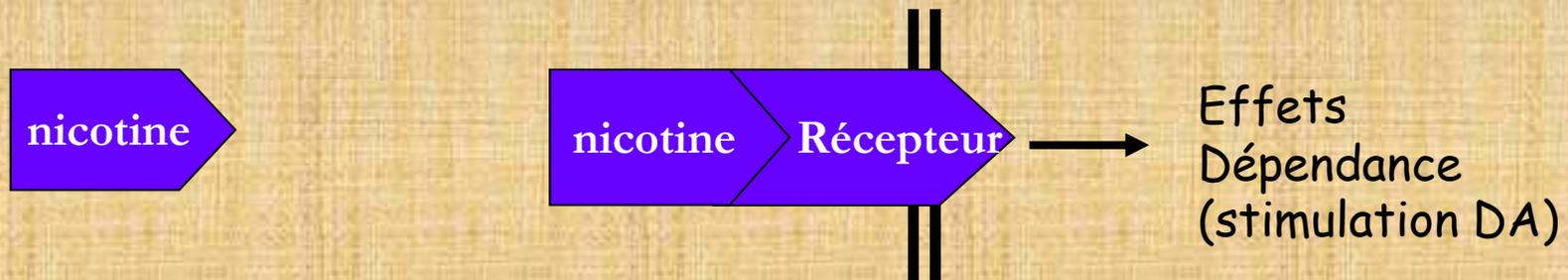
Tabac. Comprendre pour agir. Expertise. INSERM, 2004.
Berlin I. La lettre du Pneumologue 2008 ; XI(2) : 84-9
Lanteri C, et al. J Neurosci 2009 ; 29(4) : 987-97
Reynaud M. Traité d'addictologie. Flammarion, 2006.



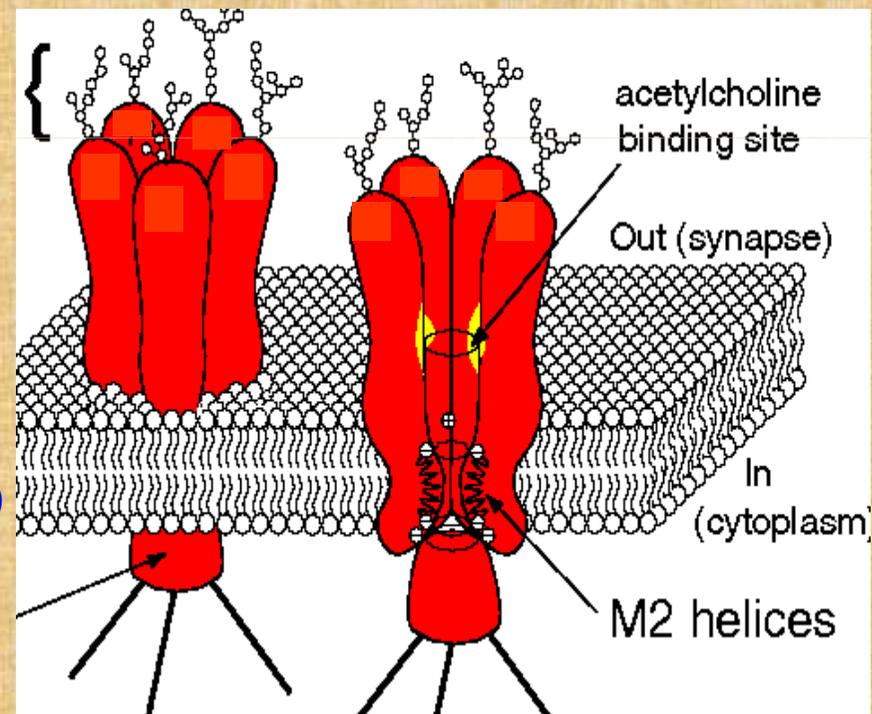
Tassin JP. Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction. *Psychotropes* 2008 ; 14 (3-4) : 11-28.

Lanteri C, et al. Inhibition of mono amine oxidases desentizes 5HT1A Auto receptors and allows nicotine to induce a neurochemical and behavioural sensibilization. *J Neuroscience* 2009 ; 29(4) : 987-97.

Quel est le mécanisme d'action de la nicotine ?



- Nombreux tissus de l'organisme
- Ubiquitaires dans les neurones
- SNA (signes périphériques), SNC
- **Nombreux isoformes**
- **Composé de 5 sous-unités**
 - symétriques autour d'un canal central
 - Nombreux types de sous-unités
 - **Types principaux : $\alpha 4\beta 2$ (80%) $\alpha 7$ (10%)**
 - Récepteurs différents
 - selon les types cellulaires
 - propriétés différentes



Aubin HJ. *Nicotine et Troubles Neuro-psychiatriques*. Paris : Masson, 1997.

Localisation des récepteurs nicotiques identifiés dans les structures mésencéphaliques du mésencéphale

ROLE DE LA SOUS UNITE $\beta 2$

- souris KO SANS $\beta 2$ (pas d'AA)
- arrêts difficiles ($\beta 2$ élevées)

ROLE DU RECEPTEUR $\alpha 7$

- N GLU (terminaison N DA/ATV)
- Fonctions cognitives ($\alpha 7 \searrow$ SCHZ)

GA NEUROPLASTICITE

- R N-Ach au ce
- impact SER, N

SENSIBILISATIO

- tabagisme chr
- expression RD

Aire Tegmentaire Ventral

INTERACTIONS SYSTEMIQUES

- système opioïdérique
- système cannabinoïde
- axe corticotrope

ADDICTION - DEPENDANCE

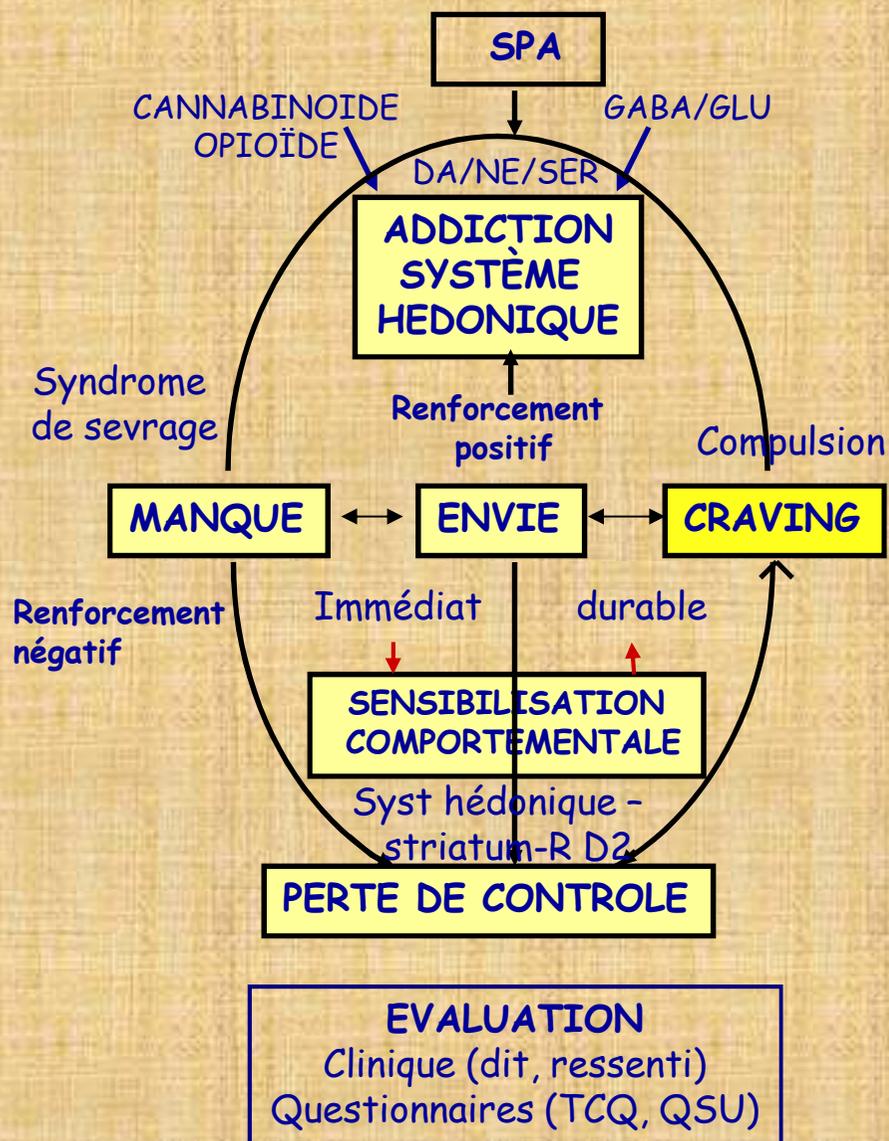
- « hyperhédonisme »
- « déficit hédonique »
- « automatisé du néocomportement »

DA : dopamine; GABA : acide gamma-amino-butyrrique; Glu glutamate; NE : noradrénaline

$\alpha 4\beta 2$

$\alpha 7$

$(\alpha 4)\beta 2\beta 3$



« LE MANQUE » et « LE CRAVING »

COMMENT DEFINIR LE « CRAVING » ?

- Besoin impérieux de consommer dans l'instant (compulsion quasi instinctuelle)
- Caractère tenace
- « Craving sevrage et craving induit »

MECANISME COMPLEXE

- Vulnérabilité et capacité du contrôle
- Offre ou attente de SPA
- Circonstances environnementales (associations, images)
- Effets d'amorce (autres SPA)
- Facteurs internes (hormonaux, humeur, etc.)
- Genre (reward : DA/OE, relief : GABA/GLU, obs:SER)

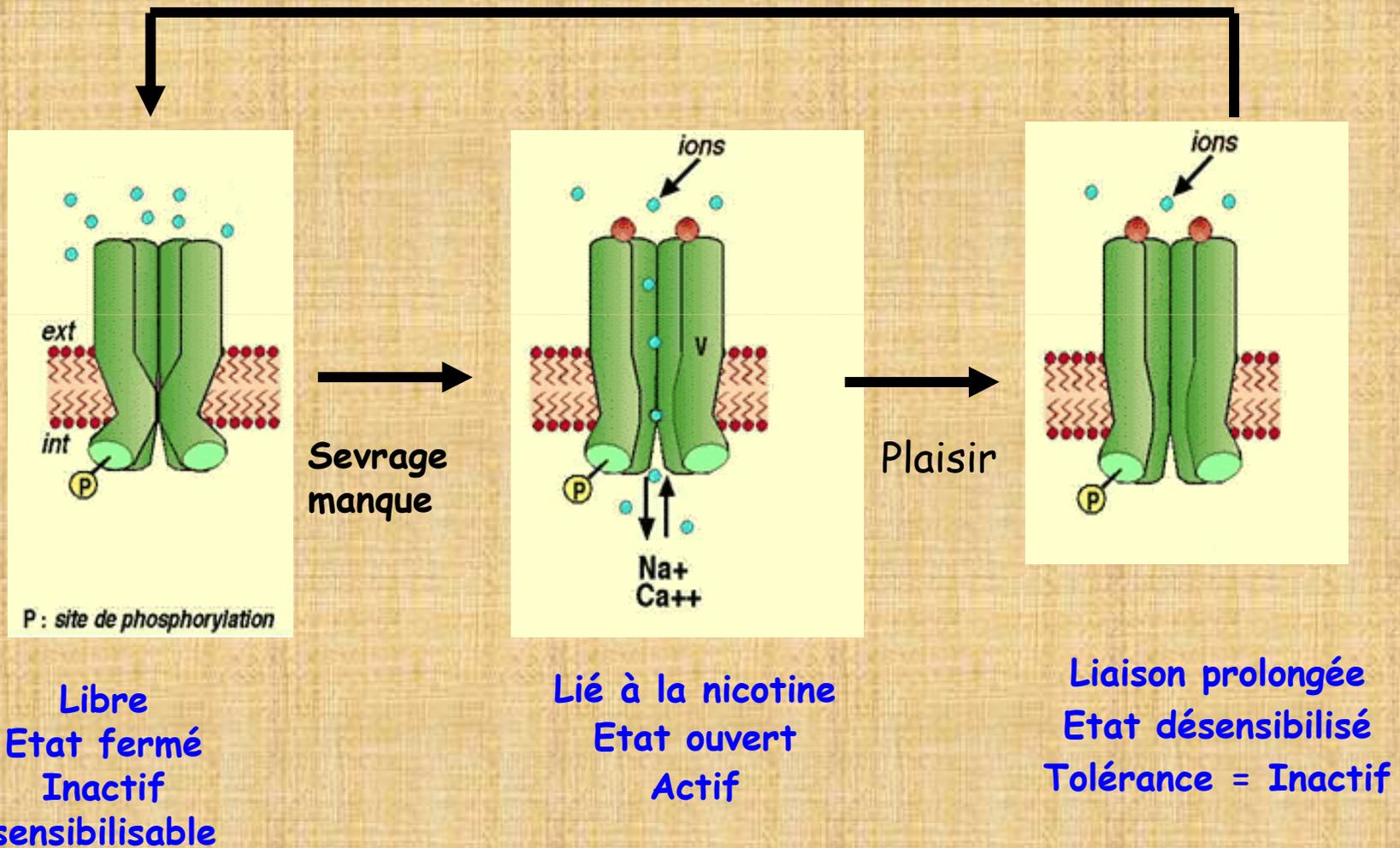
CONTRÔLE

- Coping et TCC
- Motivation, apprentissage, temps et distance, exercice
- Médicaments
 - traitement de la vulnérabilité
 - traitement du sevrage tabagique
 - espoirs thérapeutiques

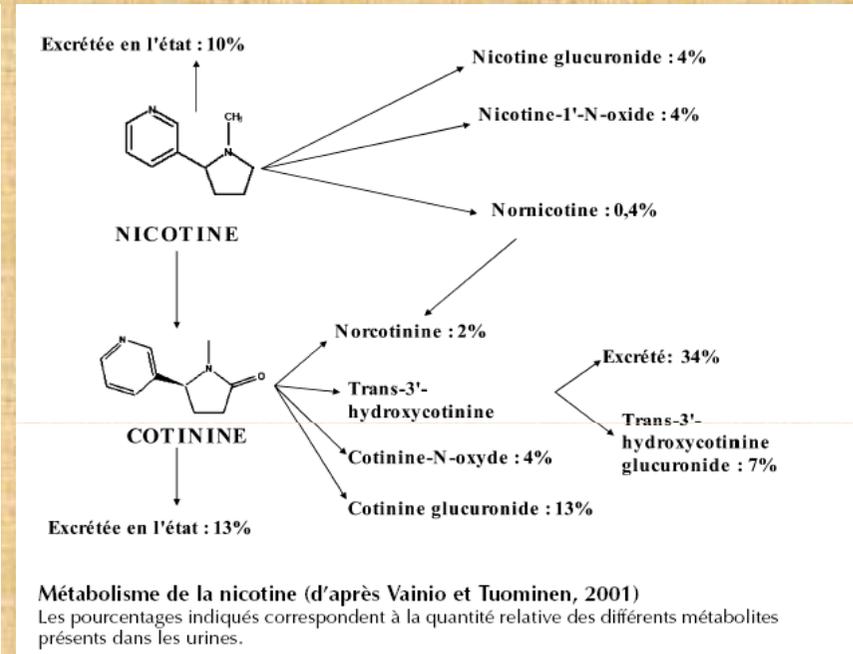
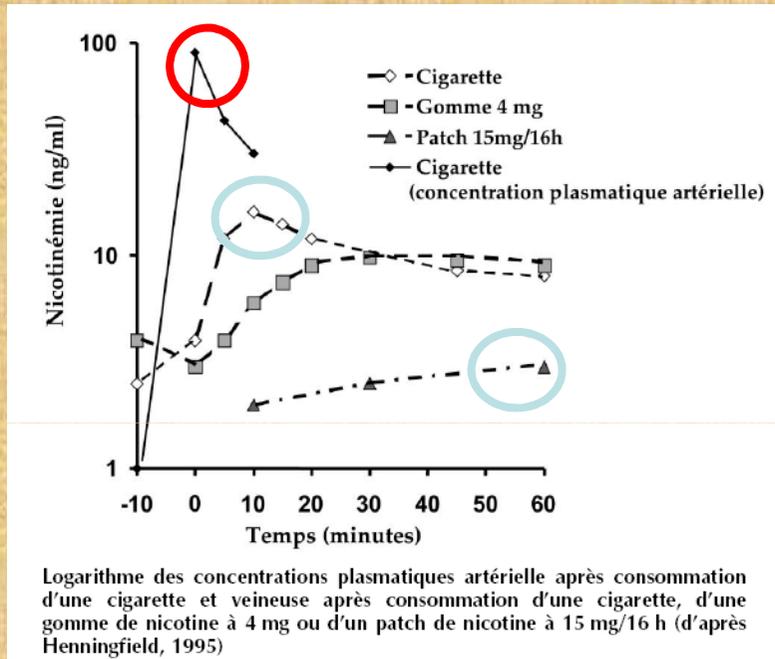
Skinner MD, et al. *Neurosci Behav Rev* 2010
 Samolin L, et al. *Rev F Psy Psychol Med* 2010

Récepteurs nicotiniques : canaux ioniques transmembranaires trois états structuraux convertibles

Nicotinémie < seuil (20ng/ml)

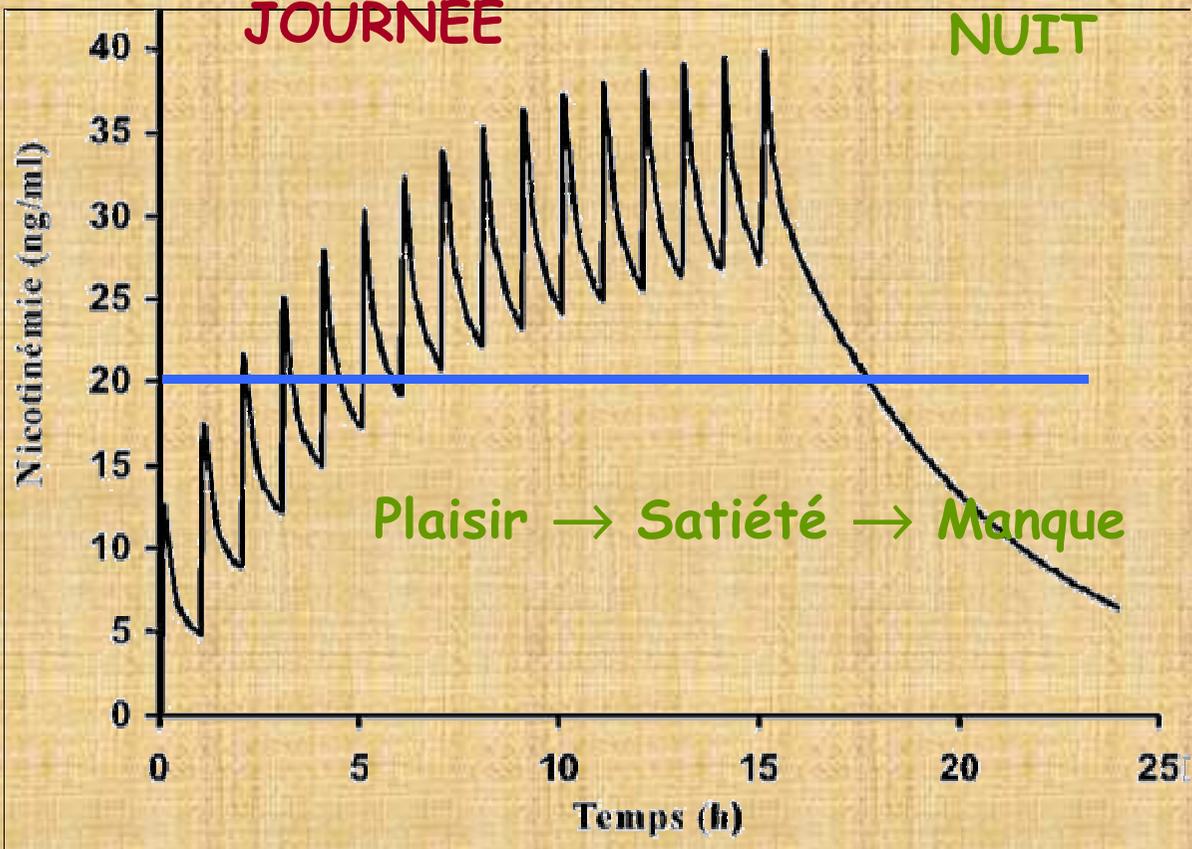


Variabilité individuelle de l'absorption et du métabolisme de la nicotine dans l'organisme influençant le comportement du fumeur et la dépendance

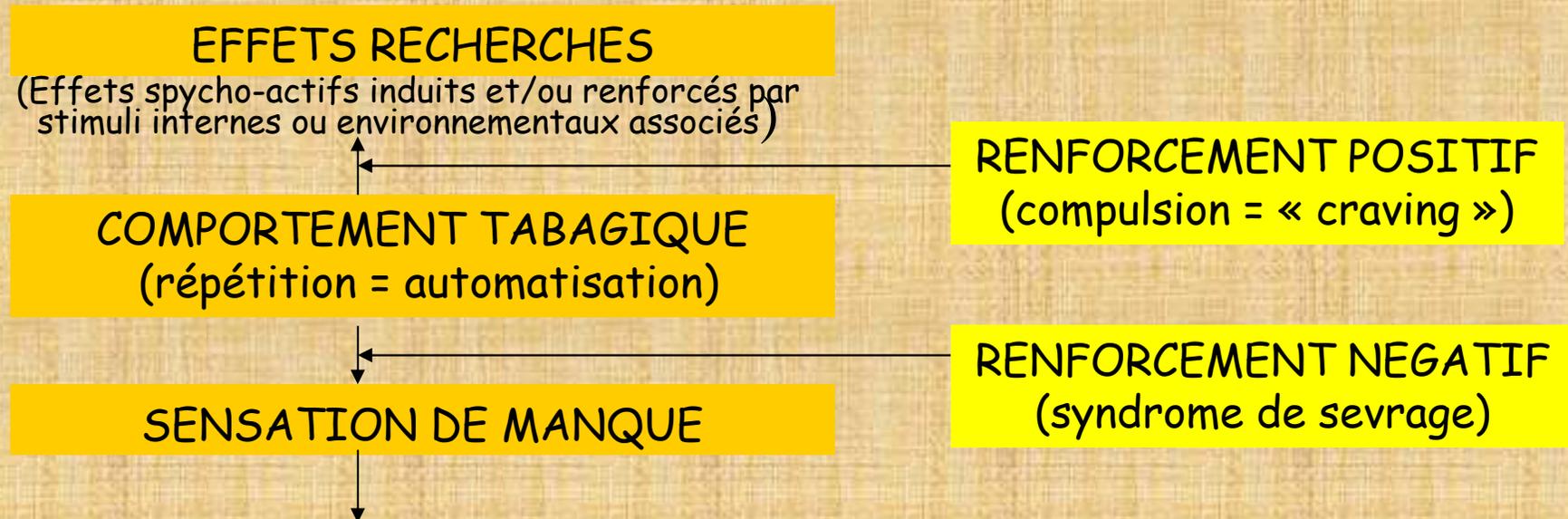


- Demi-vie de la nicotine : courte et variable selon les sujets de 1h à 4h
- Facteur de dépendance (installation, entretien)

Nicotinémie fumeur dépendant au cours de la journée



DEPENDANCE TABAGIQUE SELON G. LAGRUE



SYNDROME DE MANQUE DE NICOTINE (DSM IV)

A- Utilisation quotidienne de nicotine pendant au moins plusieurs semaines

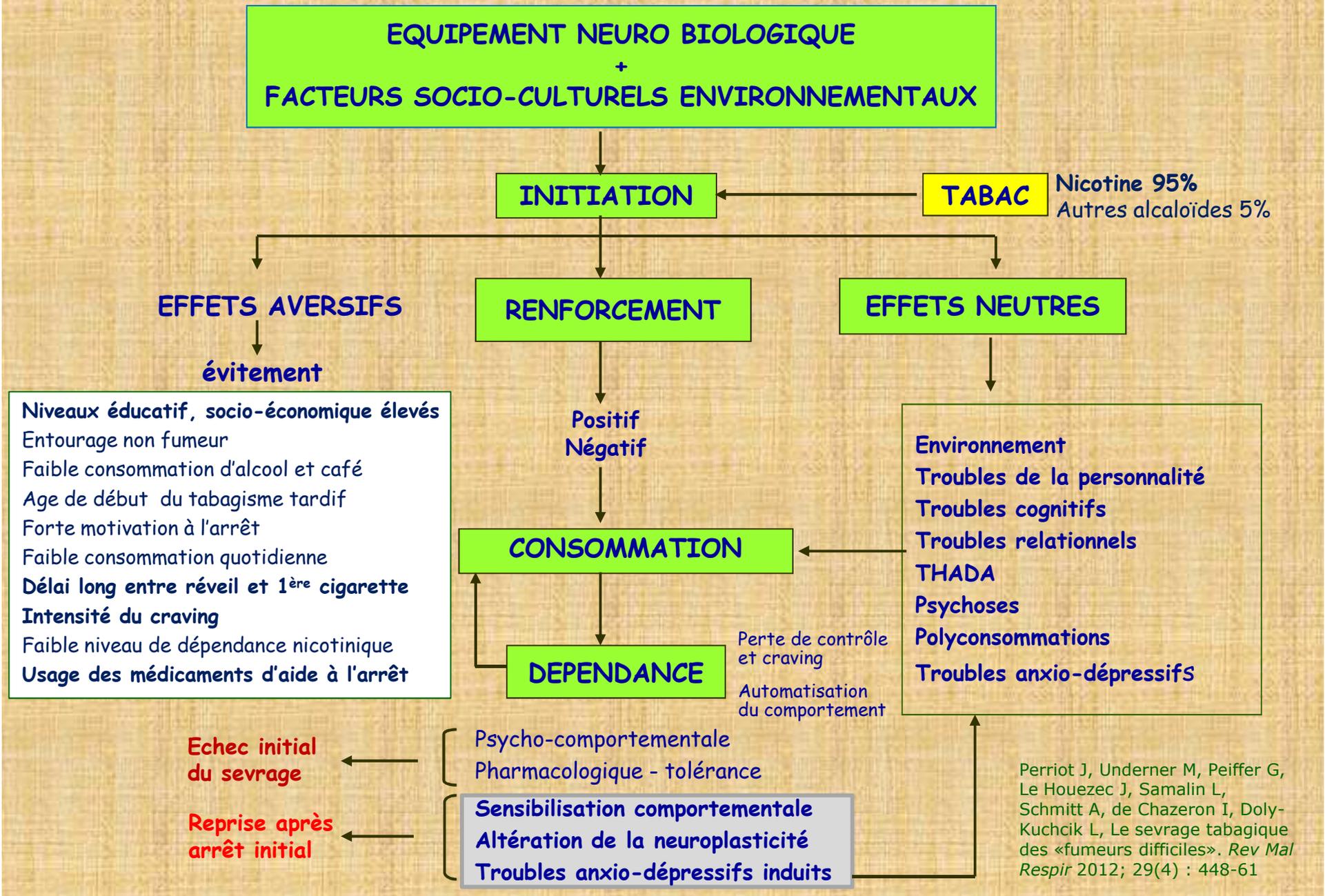
B - Arrêt brutal ou réduction de l'apport de nicotine suivi dans les 24 heures de ≥ 4 signes :

- humeur dysphorique ou dépressive
- insomnie
- irritabilité, frustration, colère
- anxiété
- difficulté de concentration
- fébrilité
- diminution du rythme cardiaque
- augmentation de l'appétit

C- Les symptômes du critère B causent une souffrance significative ou un impact socioprofessionnel, etc...

D- Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale ni à un autre trouble mental.

DEVELOPPEMENT DE LA DEPENDANCE TABAGIQUE



PRINCIPE DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME



**LE SEVRAGE TABAGIQUE : UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE,
ETALEE DANS LE TEMPS ET PERSONNALISEE.**

IL REALISE UNE INTERVENTION STRUCTUREE EN TROIS ETAPES :

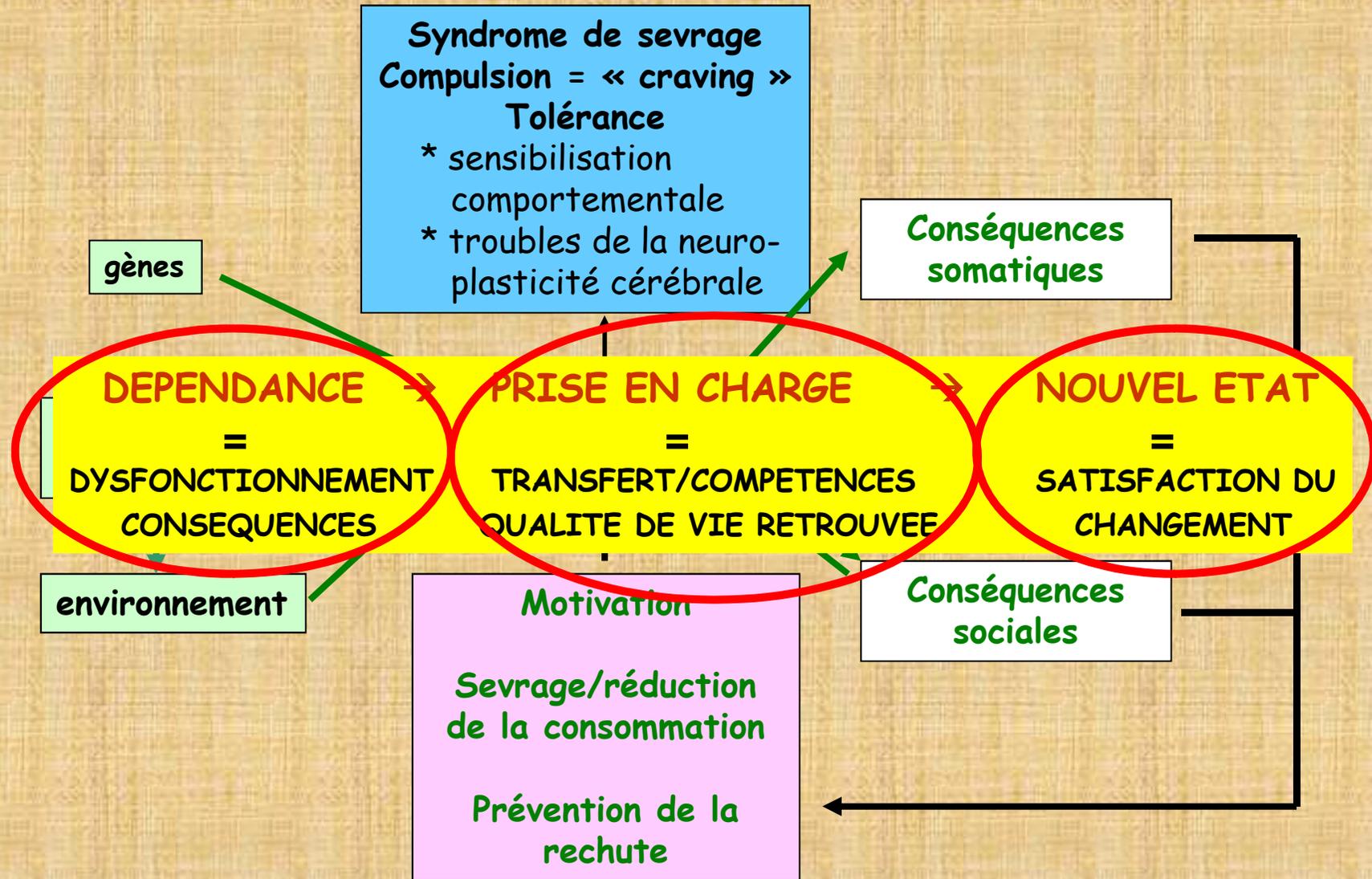
- ✓ **Phase de préparation** (décision d'arrêt bien motivée)
- ✓ **Phase de sevrage** (arrêt effectif, syndrome de sevrage et craving contrôlés)
- ✓ **Phase de suivi** (stratégie de prévention de la reprise et des effets secondaires)

**COMPENSATION SIMULTANEE DES DEPENDANCES PSYCHOLOGIQUES,
COMPORTEMENTALES ET PHARMACOLOGIQUES (NICOTINIQUE).**

**LA PRISE EN CHARGE DEPASSE LA STRICTE APPLICATION STANDARDISEE
DE THERAPEUTIQUES VALIDEES.**

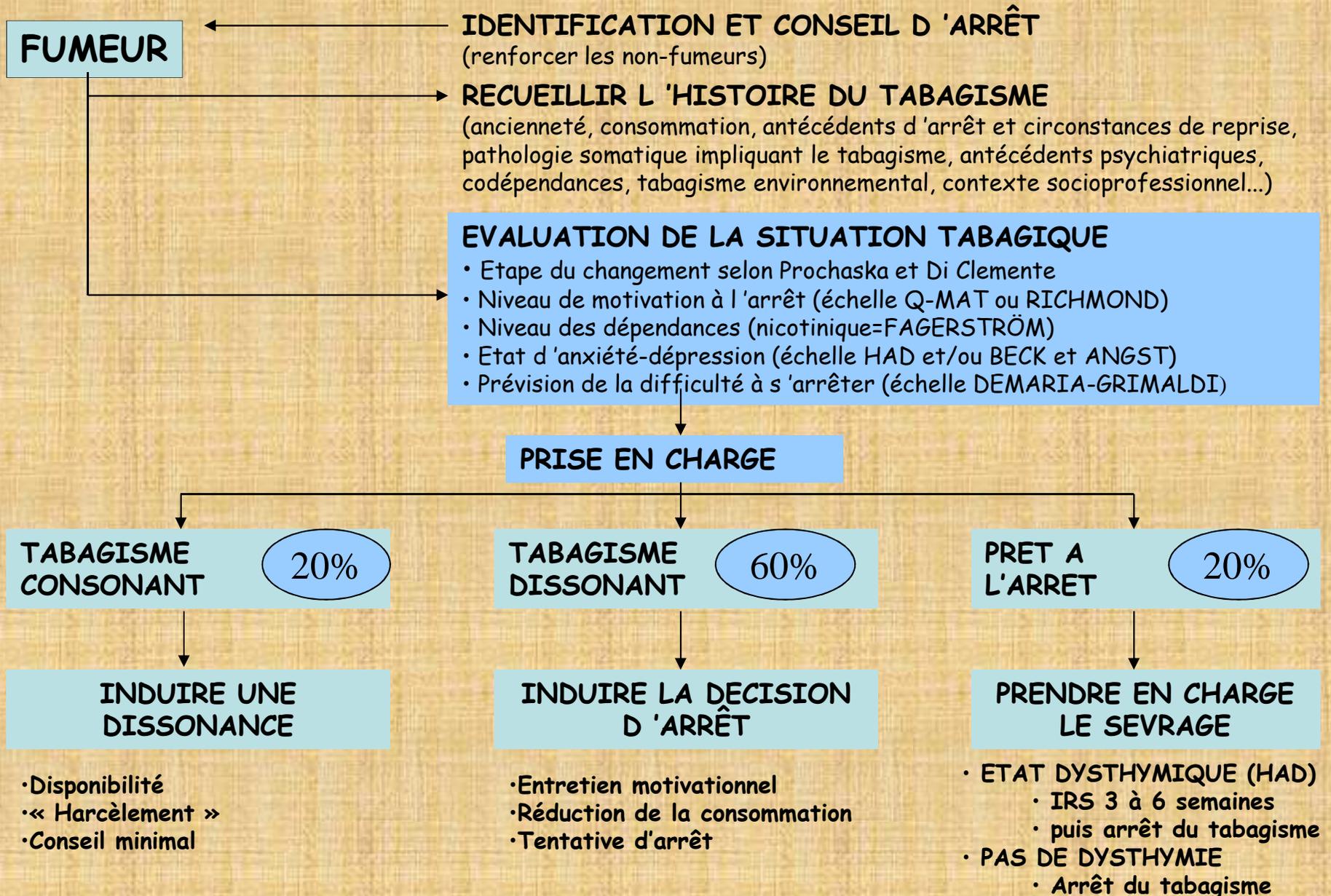
LES MOYENS MEDICAMENTEUX ACTUELS

REGLES GENERALES DE LA PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

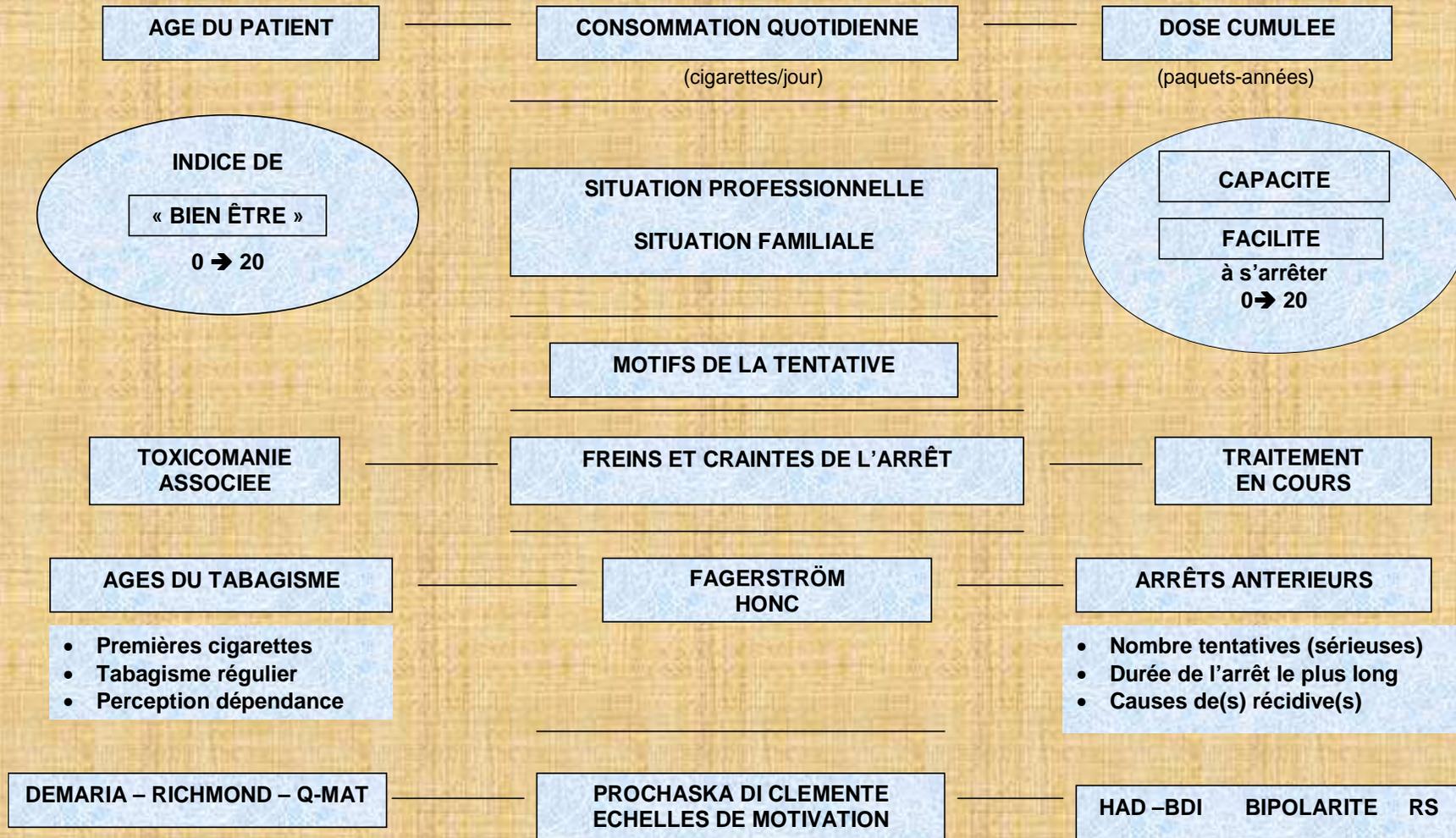


Source : HJ Aubin. Articulation des stratégies thérapeutiques des conduites addictives in « Audition Publique HAS. Abus de dépendances et polyconsommations stratégies de soins » *Alcool Addictol* 2007 ; 29(4) : 303-491.

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE (CONSULTATION INITIALE)

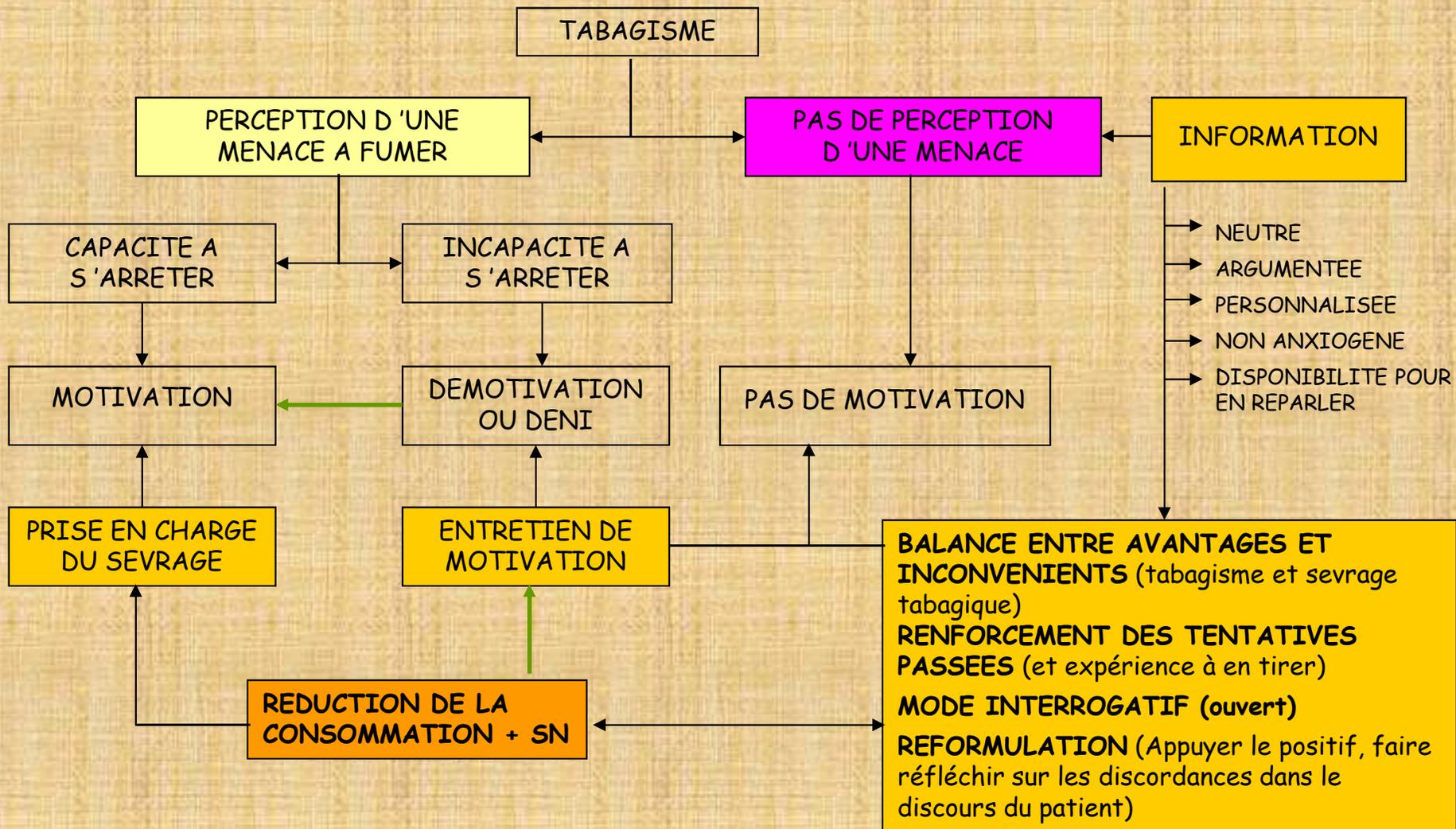


DECISIONS THERAPEUTIQUES SCREENING DU FUMEUR

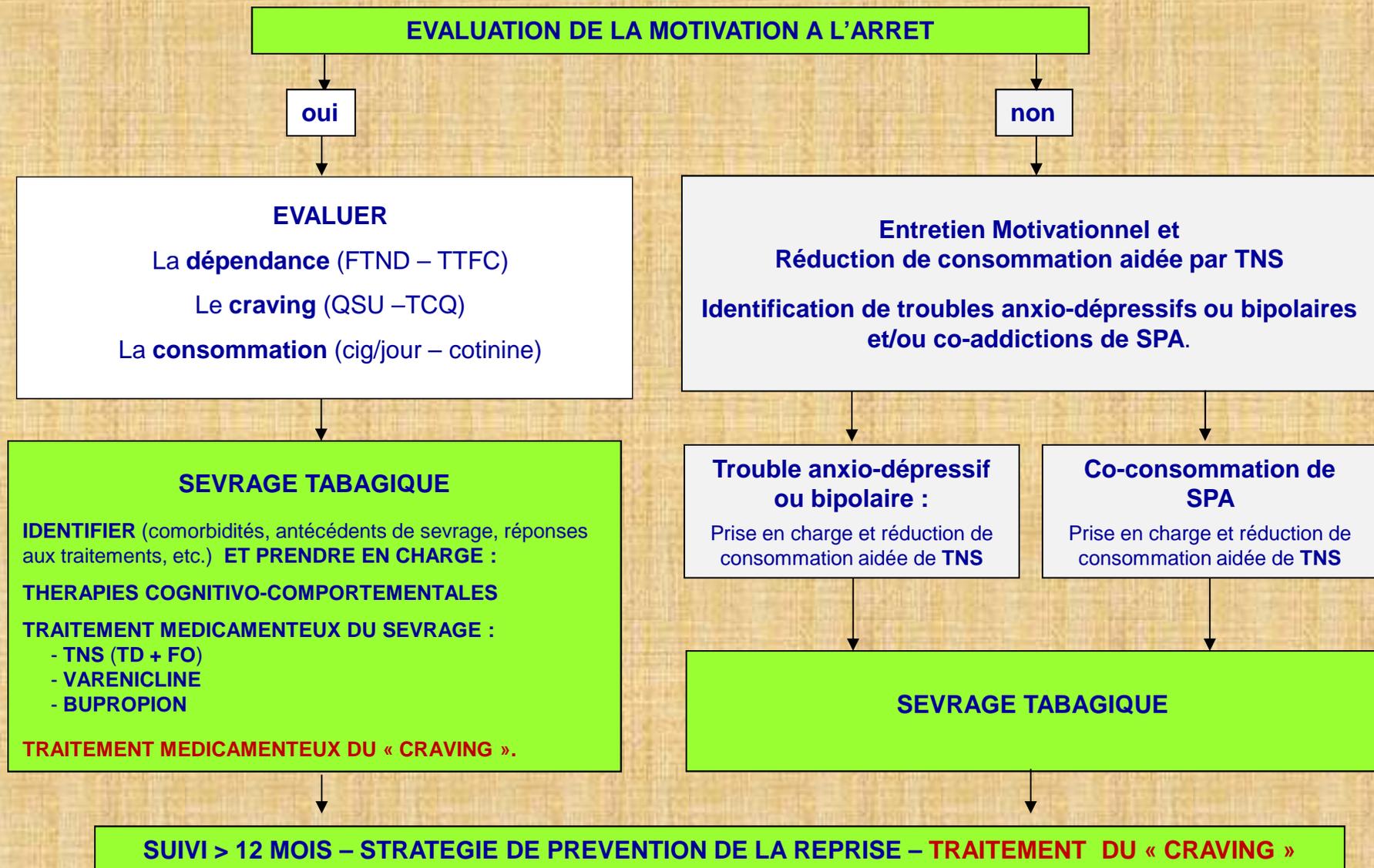


MOTIVATION A L'ARRET DU TABAGISME

MOTIVATION A L'ARRET = {
PERCEPTION D'UNE MENACE A FUMER
CROYANCE EN SES CAPACITES A S'ARRETER



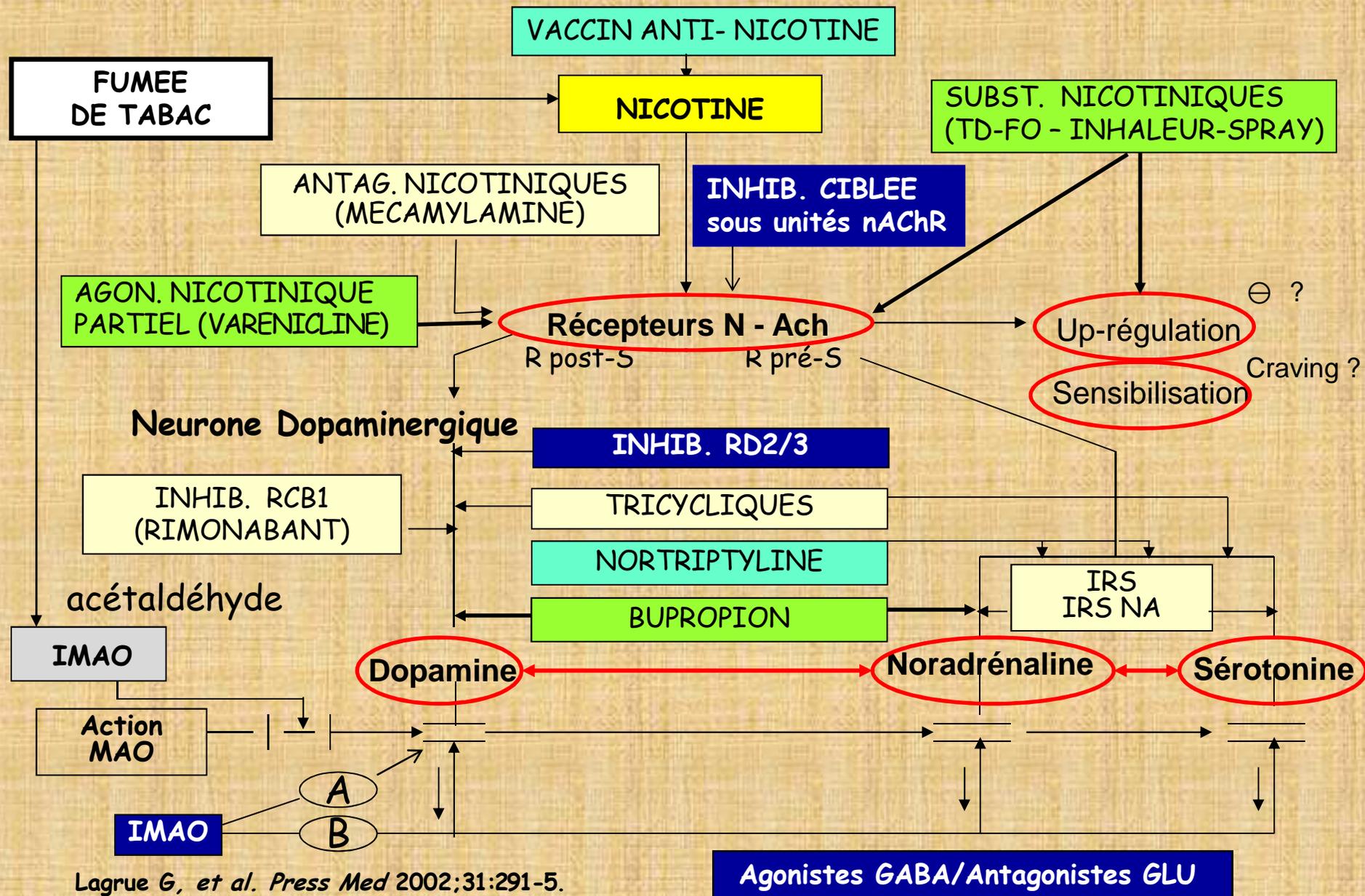
Conduite de la prise en charge



Méta-analyses : efficacité (OR) et taux d'abstinence (%) estimé pour différents médicaments et combinaisons médicamenteuses vs placebo au 6^{ème} mois (83 études – USDPHHS, 2008)

Placebo	80	1,0	13,8
Monothérapies			
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
Nicotine Nasal Spray	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,7 (21,5 - 32,7)
High-Dose Nicotine Patch (>25 mg) (These included both standard or long-term duration)	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)
Clonidine	3	2,1 (1,2 - 3,7)	25,0 (15,7 - 37,3)
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)
Nortriptyline	5	1,8 (1,3 - 2,6)	22,5 (16,8 - 29,4)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5 - 3,8)	33,2 (28,9 - 37,8)
Combinaison thérapies			
Patch (long-term ; > 14 weeks) + ad lib NRT (oral or spray)	3	3,6 (2,5 - 5,2)	36,5 (28,6 - 45,3)

Traitements actuels et futurs



Lagrué G, et al. *Press Med* 2002;31:291-5.
 Perriot J. Paris : John Libbey Eurotext 2012.

LES MEDICAMENTS DU SEVRAGE

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 15 mg/16h 15 mg/16h 10 mg/16h	Allergie cutanée, Trouble du sommeil	Non fumeur Pas de dépendance nicotinique, Allergies, Intolérance cutanée (pour les timbres)
Gomme (24 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 sub linguales 1 -2- 4 mg spray buccal	Nicorette Microtab	Normal Menthe, divers	Idem	Idem	
Comprimés à sucer 1,5-2-4 mg	Niquitin		Idem	Idem	
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 généralisées	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 benzodiazépines
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 sérieuse

PRONOSTIC DU SEVRAGE TABAGIQUE

Source : Richmond RL, *et al. Addiction* 1993 ; 88 : 1127 - 35 (modifié Perriot, 2006).

ARRET DU TABAGISME A L'AGE ADULTE (FACTEURS FAVORABLES A LA REUSSITE).

DETERMINANTS LIES AU PATIENT

- 3^{ème} ou 4^{ème} décennie de la vie
- niveau de formation et socioprofessionnel élevés
- exercice d'une activité professionnelle
- vie en couple et situation affective stable
- **Forte motivation à l'arrêt**
- **faible consommation et dépendance tabagique**
- **absence de maladie somatique**
- **absence de dépression ou d'antécédent dépressif**
- **faible niveau de consommation d'alcool et de café**
- poids stable et attachement à sa stabilité
- **antécédents de tentatives d'arrêts (nombre \geq 4) et d'arrêts durables (\geq 6 mois)**

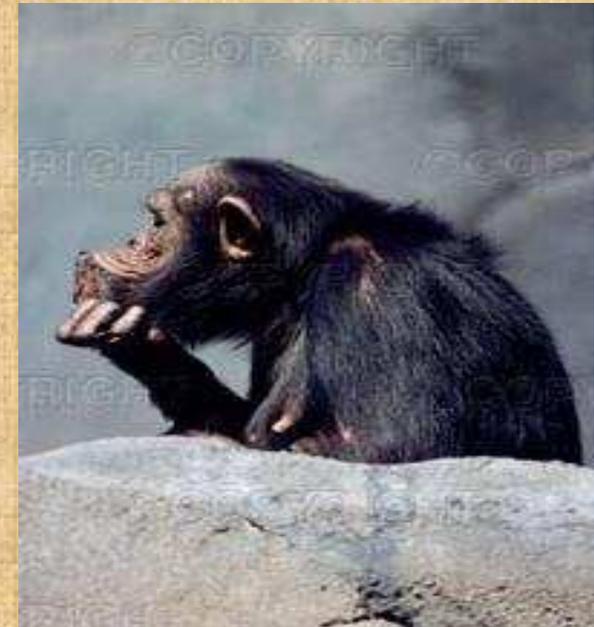
DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

- environnement (conjoint, familial, professionnel) non tabagique
- la tentative d'arrêt se situe en dehors de la préparation d'examen ou de concours.
- absence d'emploi posté, de nuit, source de pression psychologique

DETERMINANTS RELEVANT DE L'INTERVENTION MEDICALE

- évaluation initiale de la situation tabagique
- propositions de la prise en charge corrélée à cette évaluation
- **traitement pharmacologique (double le taux d'arrêt à 12 mois)**
- **suivi prolongé du patient (double le taux d'arrêt à 12 mois)**
- pas d'épisode dépressif (ou correction de l'épisode dépressif)
- pas de prise de poids (ou prise de poids limitée)

OPTIMISER ET PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE



AJUSTEMENT DE L'ATTITUDE MEDICALE.

PRINCIPES VRAIS POUR TOUS LES FUMEURS.

- **Explication** claire des modalités de l'aide apportées (avantages - limites)
- **Planification** de l'intervention (permet de doser les efforts)
- **Approche motivationnelle** (écoute, pondération, valorisation, reformulation)
- **Disponibilité, empathie, fermeté** (sans culpabilisation).

REALITES PROPRES A CHAQUE PATIENT.

- **Mécanismes d'ajustement face à la maladie :**
 - Surinvestissement de la relation médecin-malade (révolte - agressivité)
 - Désinvestissement de cette relation (déli, minimisation, renoncement)
- **Notion de lieu de contrôle des renforcements**
 - Renforcement interne (événements sous la dépendance de volonté et comportement propre).
 - Renforcement externe (événements sous la dépendance de facteurs extérieurs : génétique, destin, environnement, médecin).
- **Traits de personnalités et modes d'expression différents.**

PRISE EN CHARGE COGNITO-COMPORTEMENTALE ET SUIVI ETALÉ DANS LE TEMPS.

OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE

AMELIORER LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT

- **autosoins** (OR=1,1).
- **durée de consultation** (OR=2,3 si >10mn)
- **durée globale des consultations** (OR=3.2 si de 91 à 300mn)
- **nombre total de consultations** (OR=2,3 si > 8 consultations)
- **nature de l'intervenant** (OR= 2,2 si médecin)
- **nombre d'intervenant** (OR= 2,5 si au moins 2)

*Flore MC, et al. US Department of Health Services, 2000
Recommandation de bonne pratique. AFSSAPS, 2003.*

NOTIONS CONNUES

- **intérêt des thérapies cognitivo-comportementales** (++) avec pharmacothérapie en cas de forte dépendance tabagique)
- **intérêt d'un suivi prolongé** (prévention de la reprise)
- **intérêt des interventions en groupe**
- **intérêt des lignes téléphoniques de soutien** (et site internet).

*Reynaud M. Traité d'Addictologie. Paris : Flammarion, 2007
Mc Ewen A, et al. Manual of smoking cessation. Oxford :
Blackwell Publishing, 2006.*

COMMENT OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS AVEC TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS

COMMENT OPTIMISER L'EFFICACITE DU TNS

PAR LA DOSE

PAR LA DUREE

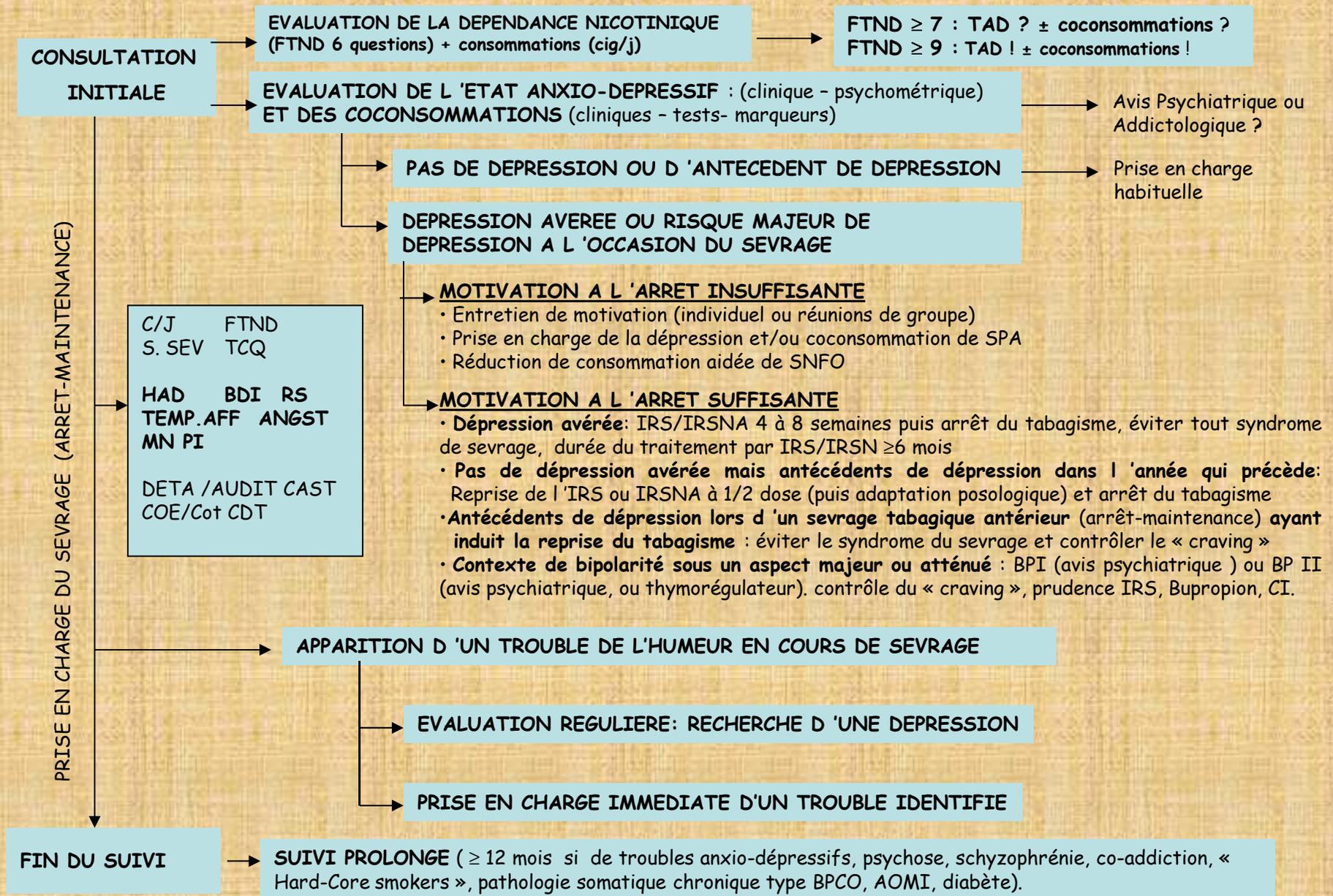
PAR L'ADAPTATION POSOLOGIQUE

ARRET FACILITE PAR LA REDUCTION AIDEE PAR TNS

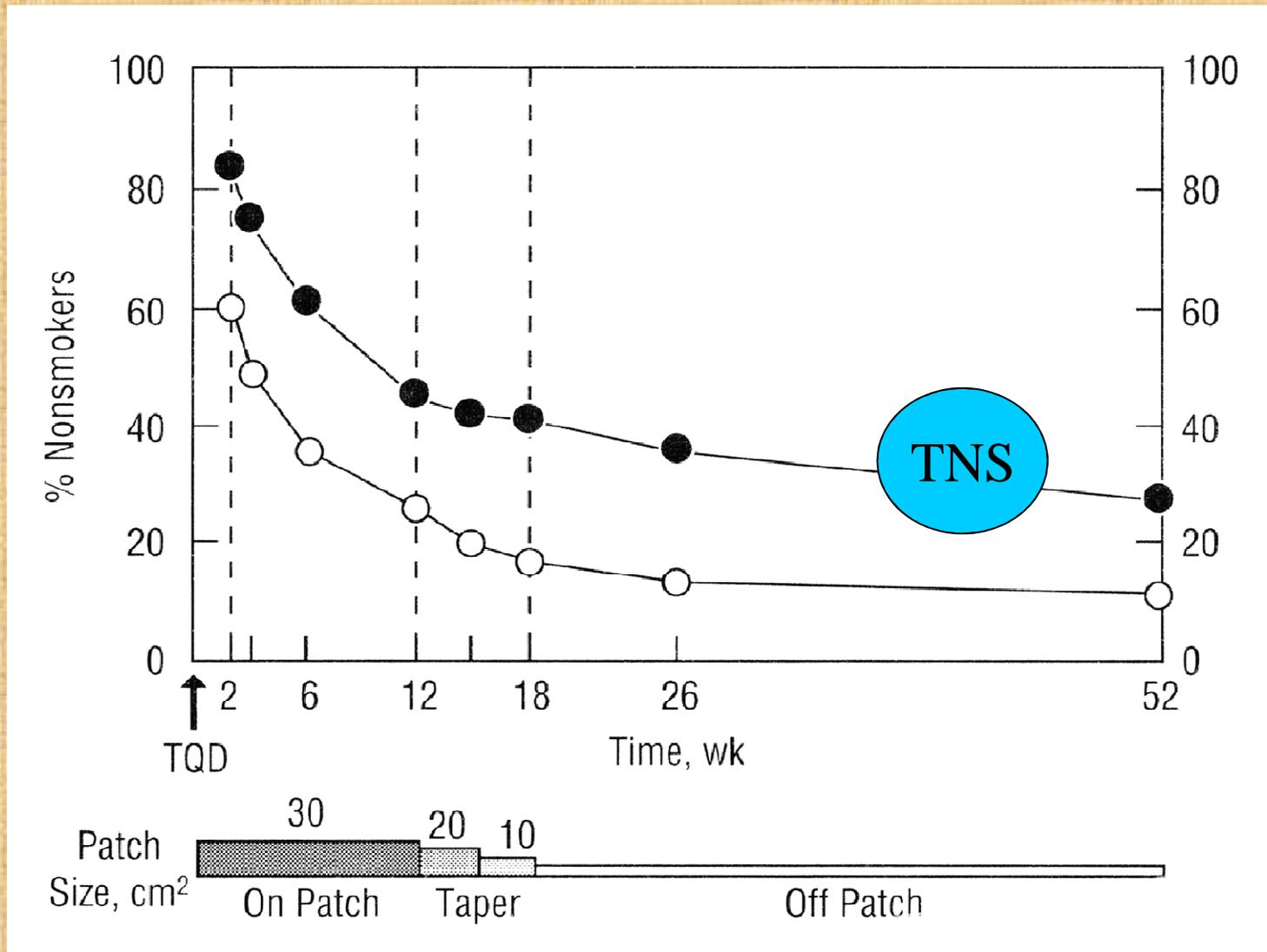
PAR LE PRE TRAITEMENT PAR TNS TD

REDUCTION DE CONSOMMATION AIDEE PAR TNS

Prise en charge du Fumeur avec troubles anxio-dépressifs



Efficacité des TNS



Sachs, et al. Arch Int Med 1993; 153 : 1881-1890.

Efficacy of Nicotine Replacement Therapy (NRT)^{1,2}

Comparison	N Trials	N Participants	Pooled OR (95% CI)
Gum	52	17,783	1.66 (1.52-1.81)
Patch	37	16,691	1.81 (1.63-2.02)
Nasal spray	4	887	2.35 (1.63-3.38)
Inhaler	4	976	2.14 (1.44-3.18)
Tablets/lozenges	4	2739	2.05 (1.62-2.59)
Combination vs single type	7	3202	1.42 (1.14-1.76)
Any NRT vs control	103	39,503	1.77(1.66-1.88)

1. Silagy C, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD000146. 2. Stead L, Lancaster T. *Int J Epidemiol.* 2005;34:1001-1003.

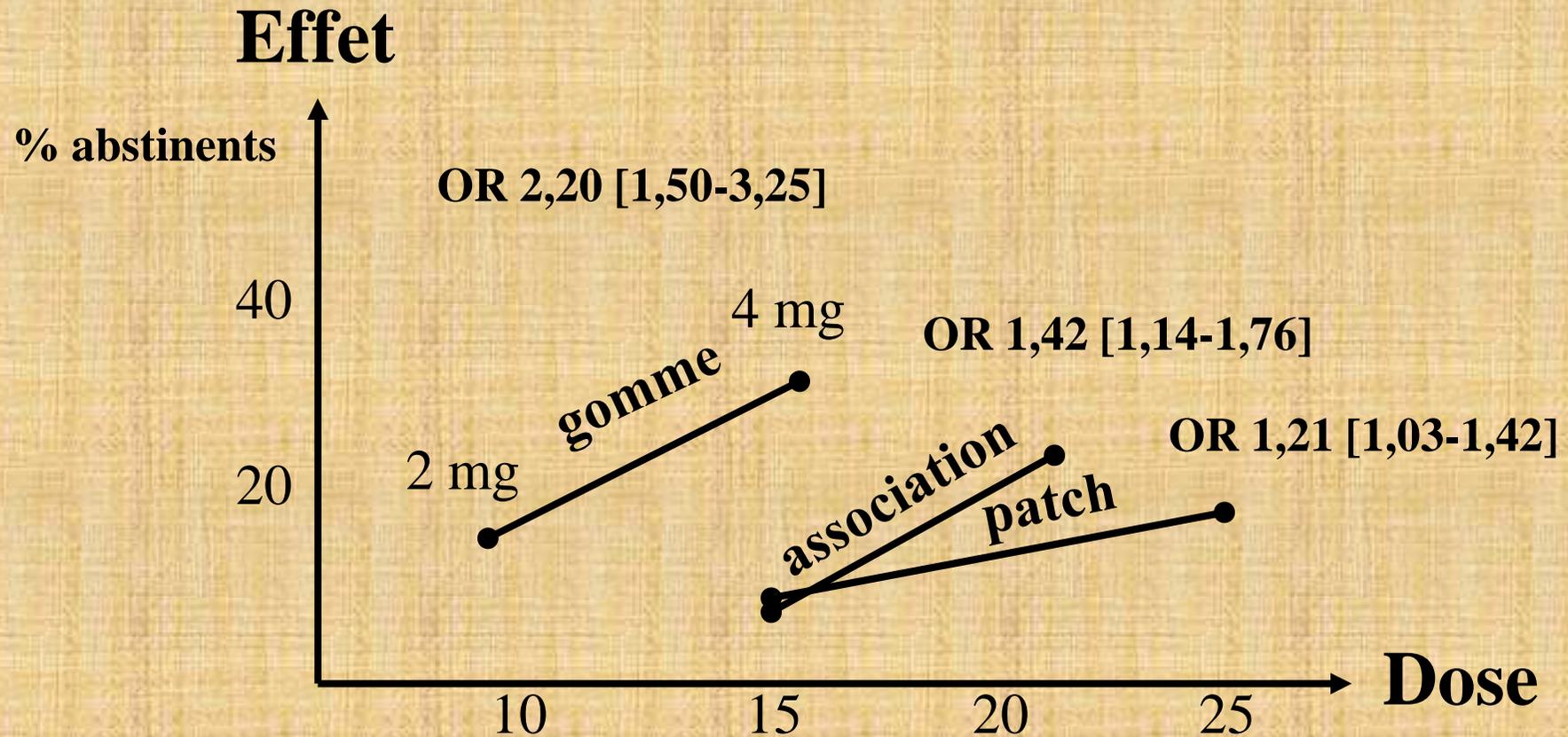
Bénéfices des fortes doses en TNS (Abstinence et réduction)

Doses de Nicotine TNSTD/TNSFO/les 2	OR	IC 95 %
Gommes 4 mg vs 2 mg Fumeurs très dépendants (7 études)	2,20	1,50-3,25
Dosage des patchs 42/44/25 mg vs 21/22/15 mg (6 études)	1,21	1,03-1,42
2 formes TSN vs 1 forme (7 études)	1,42	1,14-1,76

vs placebo	OR	IC 95 %
Réduction soutenue < 50 % (2 études)	4,93	2,14-11,36
Abstinence soutenue (1 étude)	4,06	0,45-36,66
Abstinence dernière semaine (3 études)	1,62	1,06-2,49

Silagy JC, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine Replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004 ; (3) : CD 000146.

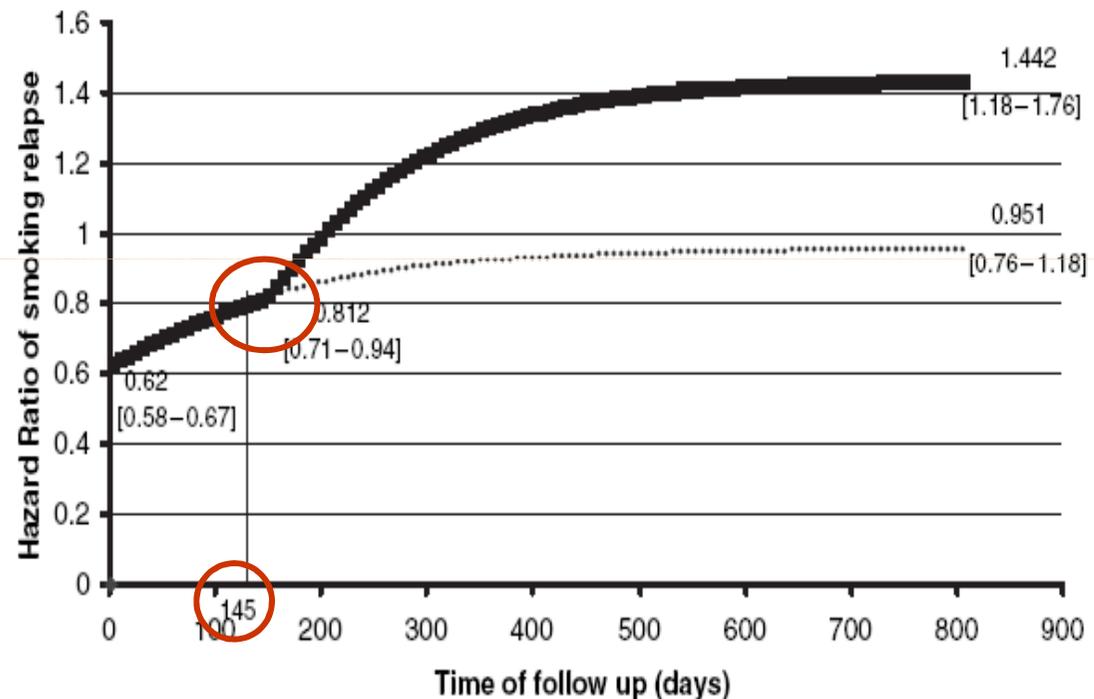
Optimiser l'efficacité par la dose



Silagy, et al. Cochrane review 2006, 1.

Optimiser l'efficacité par la durée

Figure 2 Temporal evolution of risk of relapse expressed as hazard ratio (HR). The x axis is the time of follow-up. The y axis is the hazard ratio of relapse of subjects treated with NRT compared to those treated with placebo. The hazard ratio with placebo is equal to 1. The mean duration of treatment (145 days) is represented. The thick line represents the evolution of risk of smoking relapse after early NRT cessation. The dotted line represents the evolution of the risk of smoking relapse if study participants had not been stopped but continued NRT. In this case the risk of smoking relapse approaches 1, showing a progressive attenuation of the benefit from NRT, but it does not increase over 1



Médioni J, Berlin I, Mallet A. *Addiction* 2005 ; 100 : 247-254.

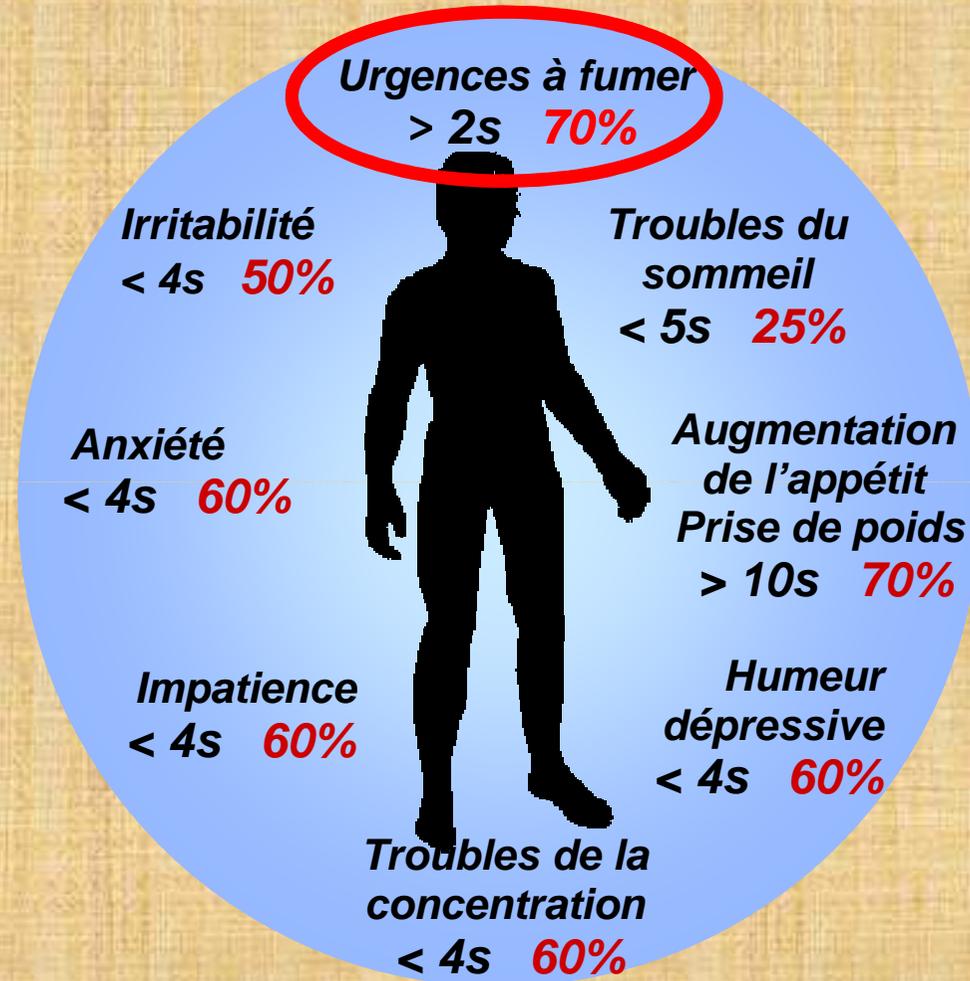
Optimiser l'efficacité par la durée

Comparison	<p>Schnoll RA, Patterson F, Wileyto P, Heitjan DF, Shields AE, Ash DA, Lerman C. Effectiveness of Extended - Duration Transdermal Nicotine therapy. <i>Ann Intern Med</i> 2010 ; 152 (3) : 144-51.</p> <p>Essai randomisé, 568 fumeurs adultes (2 groupes) Groupe 1 TNSTD (21 mg 24h/24 8 semaines + 16 semaines TNSTD Placebo) Groupe 2 TNSTD (21 mg 24h/24 24 semaines)</p> <p>Abstinence prolongé à la 24^{ème} semaine, Groupe 2 vs Groupe 1 29,1 % vs 21,3 % ; OR = 1,55 IC : 95 % 1,05-2,28 p = 0,025</p>			
Age				
% women				
% complete				0.04
% in paid e				0.01
Previously				0.01
FTND				
Smokes for				=0.001
Smokes to help control weight	40% ^{a,*}	24% ^{a,c,*}	28% ^{c,**}	$\chi^2=6.2, df=2, p=0.04$
Longest previous abstinence (weeks)	35.3 (79)	55.3 (175) ^{a,**}	25.1 (73) ^{b,**}	$F=8.1, p<0.001$
Data were collected at the East London Smokers' Clinic between January 2000 and November 2002.				

- ^a Differs from smokers.
- ^b Differs from NRT free abstainers.
- ^c Differs from long-term NRT users.
- * $p < 0.05$.
- ** $p < 0.01$.
- + Ns differ due to missing data.

Hajek P *et al. Prev Med* 2007; 44 : 230-234

Syndrome de sevrage tabagique



DOSAGE DE LA COTININE

Galanti L *Rev Med Gen* 2008 ; 251 : 112-5

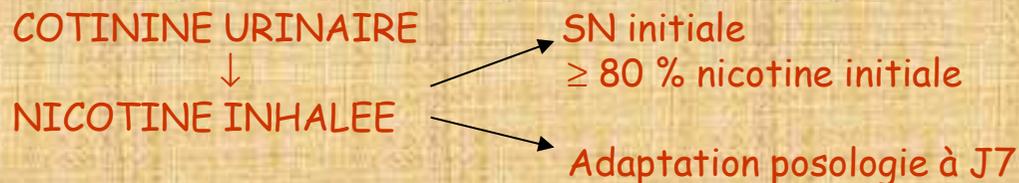
	Colorimétrie	Immunologie	Chromatographie
Milieux biologiques	Urine	Urine	Urine, sérum/plasma, salive...
Analyse directe du milieu biologique	Oui	Oui	Non (extraction préalable)
Spécificité	Nicotine + métabolites	Cotinine (réaction croisée 3HC)	Cotinine, nicotine, 3HC
Evaluation du tabagisme passif	Non	±	Oui
Réalisation de l'analyse	Simple	Simple (appareillage)	Complexe (personnel, appareillage)
Durée de l'analyse	Rapide	Rapide	Longue
Coût	Peu coûteux	Coûteux	Coûteux

CORRELATION ENTRE DUREE ET NIVEAU D'EXPOSITION TABAGIQUE VALEUR DE LA COTININE URINAIRE

MAIS AUSSI SALIVE ET PLASMA

ADAPTATION POSOLOGIQUE PRECISE DU TNS

$$\begin{aligned} \text{Nicotine inhalée (mg/24h)} &= \text{Cotinine urine } (\mu\text{g/ml}) \times 13 \\ &\quad \text{Cotinine sang } (\mu\text{g/ml}) \times 8 \\ &\quad \text{Cotinine salive } (\mu\text{g/ml}) \times 10 \end{aligned}$$



Berlin I *et al.* Etude ADONIS (Adjustment of the Dose of Nicotine in Smoking cessation - étude multicentrique Française).



Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial—a randomized study in smokers with medical comorbidities

Ivan Berlin¹, Nelly Jacob², Mathieu Coudert², Jean Perriot⁴, Laurette Schultz⁵ & Nicolas Rodon⁶

Département de Pharmacologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Pitié-Salpêtrière-Faculté de médecine, INSERM U854, Paris, France; ¹ Département de Biochimie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France; ² Département de Biostatistique, Unité de Recherche Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France; ³ Dispensaire Emile Roux, Clermont-Ferrand, France; ⁴ Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France; ⁵ and Laboratoire de Santé Publique et Informatique Médicale, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine René Descartes, Paris, France; ⁶

Arrêt immédiat : absence de **syndrome de sevrage**
Abstinence durable : absence de « **craving** »

Nicotine & Tobacco Research, Volume 11, Number 9 (September 2009) 1067-1075

Original Investigation

Precessation treatment with nicotine patch significantly increases abstinence rates relative to conventional treatment

Jed E. Rose, Joseph E. Herskovic, Frederique M. Behm, & Eric C. Westman

400 fumeurs

TNS 21 mg/24h versus PCB

Traitement 2 semaines avant arrêt puis 12 semaines (dégressif)

Evaluation à S12 et S24

Prétraitement par TNS 21 mg = taux d'arrêt significativement supérieur à S12 et S24

Si FTND < 6 PT : arrêt à S12 = 33,8 %
PCB : arrêt à S12 = 9,3 %

Confirme les résultats antérieurs
Schuurman MM, et al. Addiction 2004 ; 99 : 634-40 (TNSTD 15 mg)

Bonne tolérance générale

Utiliser prétraitement

Accroît posologie et durée du TNS (FTND ≥ 6)

BMJ

RESEARCH

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

Correspondence to: D Moore
d.j.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

30 % des fumeurs préfèrent une réduction initiale avant arrêt complet
60 % de ceux-ci souhaitent une aide médicamenteuse pour le faire

**TNS (TD - FO) accroissent les chances d'arrêt vs PCB
OR : 2,06 (95 % IC : 1,34 - 3,15)**

Pour préparer l'arrêt ou simplement réduire
Apport des TCC en soutien à évaluer.

Pas d'effets secondaires graves significativement plus fréquents
Nausées plus fréquentes pour TNS vs PCB

CONCLUSION

ARRETER DE FUMER EST UNE ENTREPRISE DIFFICILE (nombreux échecs; cibles prioritaires: « noyaux durs du tabagisme », adolescents, femmes enceintes, patients atteints de maladies somatiques, psychiatrique, coaddictions).

DES PROGRES INDENIABLES DANS L'AIDE A L'ARRET DU TABAGISME (mobilisation et formation des acteurs sanitaires, codification de la prise en charge: conférence de consensus et/ou d'experts, progrès de la pharmacothérapie, partenariat entre les intervenants).

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE COHERENTE (globale, étalée dans le temps, personnalisée, respectant les thérapeutiques validées, empathie et disponibilité du tabacologue).