



Prise en charge du tabagisme des patients  
atteints de cancers.  
« Nouvelles recommandations »

IRAAT

Lyon 20/10/2016

Dr Michèle Bertocchi

Centre Hospitalier Annecy Genevois



# le tabagisme en quelques chiffres.....

- 6 millions de de morts/an dans le monde!!!!
- 73 000 décès prématurés /an en France !!!(200 morts/jour)
- Le tabac = seul produit de consommation courante qui tue prématurément 50% de ses utilisateurs!!!
- L'espérance de vie des fumeurs est réduite en moyenne 10 ans  
Doll et coll BMJ 2004
- Le tabagisme = première cause de mortalité évitable
- 30% de fumeurs quotidiens en France en 2014  
(objectif OMS < 20% zone Europe en 2012!!! Royaume-Uni et Italie: objectif atteint)

# Tabagisme et cancers

-le tabac est responsable de **30% des décès par cancer** en France.

-Augmentation du risque de cancer pour **17 localisations différentes**:

- \*poumon
- \*cavité buccale
- \*pharynx, larynx
- \*pancréas
- \*vessie
- \*reins
- \*cavité nasale, sinus
- \*œsophage, estomac, foie
- \*col utérus , ovaire mucineux ,sein
- \*colon, rectum
- \*leucémie myeloïde

# Tabagisme et cancer bronchique

- 90 % des cancers bronchiques sont liés au tabac.

- Plusieurs facteurs modifient le risque:

- \* Durée d'exposition >>>> quantité

- \* Age d'initiation

- \* type de tabac fumé( tabac à rouler, cigarettes légères....)

- \*co-carcinogène (amiante, cannabis.....)

- \*hérédité

- \*date d'arrêt

-Si tabagisme passif, risque augmenté de 25%

(Stayner, Am J Public Health ,2007;97:545,51)

-Chez la femme ,en France ,entre 1990 et 2005,la mortalité par cancer bronchique a doublé.

# Autopsie d'un meurtrier

## AUTOPSIE D'UN MEURTRIER

ACÉTALDÉHYDE (irritant des voies respiratoires)

ACROLÉINE (irritant des voies respiratoires)

ACÉTONE (dissolvant)

NAPHTYLAMINE (carburant pour fusée)

MÉTHANOL (carburant pour fusée)

PYRÈNE (poison violent)

DIMÉTHYLNITROSAMINE

NAPHTALÈNE (antimite)

NICOTINE (utilisée comme herbicide et insecticide)

CADMIUM (utilisé dans les batteries)

MONOXYDE DE CARBONE (gaz d'échappement)

BENZOPYRÈNE (les plus cancérigènes)

CHLORURE DE VINYLE (utilisé dans les matières plastiques, diminution de la libido)

MERCURE (thermomètre)

ACIDE CYANHYDRIQUE (était employé dans les chambres à gaz)

TOLUIDINE

AMMONIAC (détergent)

URÉTHANE

TOLUÈNE (solvant industriel)

ARSENIC (poison violent)

DIBENZACRIDINE

PHÉNOL

BUTANE

POLONIUM 210 (élément radioactif)

STYRÈNE

DDT (insecticide)

GOUDRONS (les plus cancérigènes)

PLOMB (essence et gaz d'échappement)

Lors de sa combustion, la cigarette produit une fumée qui contient environ 4000 substances toxiques (dont au moins 50 cancérigènes). Sur les paquets, seuls goudrons et nicotine sont indiqués. Certains composés proviennent de l'environnement (pesticides, produits radioactifs), d'autres composés sont ajoutés, comme l'ammoniac qui favorise la fixation de la nicotine et la dépendance. Certains plants de tabac sont génétiquement modifiés afin de rendre la nicotine plus « efficace ».

CONSEIL ET CANCER  
LA LIGUE  
pour la vie

SUBSTANCES CANCÉRIGÈNES CONNUES 14, rue Corvisart - 75013 Paris - www.ligue-cancer.net 0810 111 101

1 bouffée = 4000 substances chimiques, dont 70 agents cancérigènes

# Plan cancer 2014-2019 : nouvelles recommandations sevrage tabagique et cancer

-Objectif 8: Généraliser une démarche de prévention après un diagnostic de cancer.

-Action 8.4: **systematiser** l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.++++

- \*nouvel enjeu de la prise en charge personnalisée en cancérologie
- \*pour réduire la morbidité et mortalité sur le long terme
- \*statut tabagique systématique au diagnostic (RCP) et lors du suivi (DDC: dossier communicant cancérologie)
- \* **cible: accroître la proportion des fumeurs qui s'engagent dans un sevrage ( 10% en 2014 à 30% en 2019)**
- \* tripler le montant du forfait d'aide à l'arrêt du tabac, soit **150 euros /an ( ALD cancer)**
- \* critère d'autorisation à la prise en charge du cancer
- \* sensibiliser soignants et patients aux bénéfices de l'arrêt du tabac: repères pratiques

-Objectif10: lancer le **Programme National de Réduction du Tabagisme: PNRT**

- \*prévention de l'entrée dans tabagisme des jeunes
- \* faciliter l'arrêt du tabac chez les fumeurs actifs

# Documents « sources »

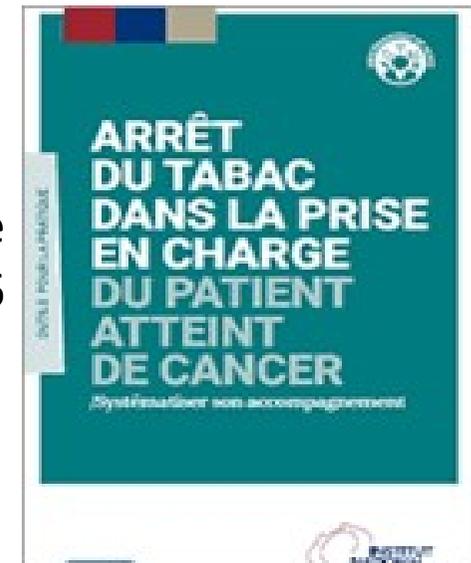
- Référentiel Auvergne Rhône-Alpes en oncologie thoracique:  
sevrage tabagique : actualisation 2016. ARISTOT.(10<sup>ième</sup> édition)

[www.lecancer.fr](http://www.lecancer.fr)

- AFSOS : OncoLogik et Société Francophone de Tabacologie  
Référentiels inter- régionaux en soins de support:  
sevrage tabagique (décembre 2015)

- Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer/systematiser son accompagnement, Inca, mars 2016

[e-cancer .fr](http://e-cancer.fr)



# Sevrage tabagique chez les fumeurs atteints de cancers

- Pourquoi** est- ce si important ?
- Pour qui** : quels patients?
- Quand** proposer le sevrage?
- Comment** faire en pratique?



# Sevrage tabagique et cancers: **pourquoi** est ce si important?

- \* **amélioration du pronostic**, meilleure survie à 5 ans  
*Parsons A et al BMJ.2010Jan;340:b5569*
- \* **priorité**, surtout dans les stades précoces, afin **d'éviter un second cancer**  
*Boyle JM Oncology Times 2014;36:20.21.*  
*Smoking Cessation: an integral part of lung cancer traitement. Cataldo J.Oncology 2010,78.289-301-*
- \* **diminution des complications per et post opératoires**  
(meilleure cicatrisation, diminution temps séjour hospitalier, moins infection du site opératoire...)  
*recommandations HAS: stop tabac au moins 6 semaines avant chirurgie*
- \* **diminution des autres risques liés au tabac** (coronaropathies, BPCO.....)
- \* **amélioration de la qualité de vie**: physique, psychique, émotionnelle et sociale.  
(meilleur performans status, moins de douleurs...)  
*« Smoking cessation after diagnosis of lung cancer is associated with a beneficial effect on performans status » Baser. Chest 2006.*
- \* **diminution de certaines toxicités** liées aux traitements anticancéreux  
(diminution du risque pneumopathie radique )
- \* **amélioration de la réponse aux traitements anticancéreux**  
(activité du cytochrome P450 modifié par tabac: clearance plus rapide erlotinib er irinotecan)  
*Hamilton,M. « Effects of smoking on the pharmacokinetics of Erlotinib »Clin Cancer Res.2006*
- \* **retentissement psychologique positif: revalorisation** ,implication active dans traitement

# Sevrage tabagique et cancer bronchique: **Pour qui: quels patients?**

\* au moment du diagnostic: 49% des patients sont fumeurs actifs.

*Locher C. et al Lung Cancer 2013*

\* pendant le traitement : 8 à 20% des patients fumeurs continuent de fumer.

*Tsao AS Cancer.2006;106:2428.36*

\* la survenue d'un cancer est **souvent un moment propice aux changements de comportements**  
*(enquête VICAN2: « La vie deux ans après un diagnostic de cancer » France 2012)*

\* Quelque soit le stade ,l'arrêt du tabagisme apporte des bénéfices:

aide au sevrage tabagique doit être proposée à **tous les patients** quelque soit le stade du cancer.

\* Quelque soit le « profil patient ».....**pas de « mise à l'écart »**.....

-patients âgés

-patients psychiatriques

-patients réticents à arrêter

-patients avec mauvais pronostic

-patients en arrêt depuis moins de 12 mois: prévention des rechutes



# Sevrage tabagique et cancer bronchique: Quand proposer une aide à l'arrêt du tabac?

- Proposition d'aide à l'arrêt du tabac par les médecins?

\*seulement 36% des malades sont conseillés pour un sevrage tabagique!

\*manque de conviction? de formation? de confiance pour aider le malade?

*Hildebrand JR.J Oncol Pract 2013;9:230-2*

- Beaucoup d' idées fausses partagées par les soignants et les patients:

« le tabac est un réconfort ,il ne lui reste que ça!!!! »

« C'est trop tard! trop difficile !prend trop de temps! »

- Objectif 8 plan cancer: **le plus tôt possible ,dès l'annonce du diagnostic.**

**\*augmente les chances d'arrêt +++++**

\*savoir aborder la prévention ,informer sur les bénéfices de l'arrêt (cas/cas)

\*noter le statut tabagique dans dossier lors RCP

\*noter le statut tabagique à chaque CS de suivi

\*donner des repères pratiques sur l'accompagnement (Cs tabaco ,Tabac Info Service...)

# Sevrage tabagique et cancer bronchique : **Comment** faire en pratique?

-l'équipe en cancérologie doit pouvoir impulser une démarche de sevrage.

« L'arrêt du tabac fait partie de votre traitement du cancer , nous pouvons vous aider »

-3 étapes successives:

\*Recueillir le **statut tabagique**: « Fumez-vous? Oui/non

\*Délivrer un **conseil d'arrêt clair et personnalisé** sur les bénéfices à l'arrêt

\*Organiser **l'accompagnement dans la durée**:

-évaluer la dépendance

-**initier le sevrage dans l'établissement**: traitements nicotiques substitutifs (TNS)

- orienté vers personnes ressources: CS tabacologie,3989 tabac-info-service

# Comment faire en pratique?

(sevrage tabagique: recommandations HAS 2014)

- Un **dialogue** doit pouvoir s'établir autour du tabagisme persistant de nombreux patients cancéreux qui ont souvent des difficultés à en parler.

\*culpabilité

\*peur d'un syndrome de manque

\*peur de « perdre » leur médecin.....

- Un **entretien motivationnel** est efficace si:

\*empathique

\*sans culpabilisation, sans jugement moral

\*formulations liées à la santé « bénéfiques/risques » plutôt que « bien » ou « mal »

\*sans appel à la peur (contre productif)

\*informant sur les aides existantes (traitements, CS tabacologie, forfait 150 euros/an....)

-Donner des supports d'information: brochures, cancer info, tabac-info -service 3989....

# Le tabagisme: une addiction puissante.

-Le tabagisme est une maladie chronique récidivante: savoir l'expliquer  
« Pas qu'une question de volonté »

-Le comportement tabagique est renforcé par une dépendance complexe :  
physique à la nicotine et psycho-comportementale

-La nicotine(gazeuse) de la fumée de tabac

\*est l'acteur principal de la dépendance tabagique.

\*arrive en 7 secondes au niveau du cerveau, effet « shoot »

\*agit sur des récepteurs cérébraux situés sur le système de récompense du cerveau:  
libération de dopamine+++

\*baisse du taux sérique pousse à (re)fumer

\*est une « drogue dure » +++

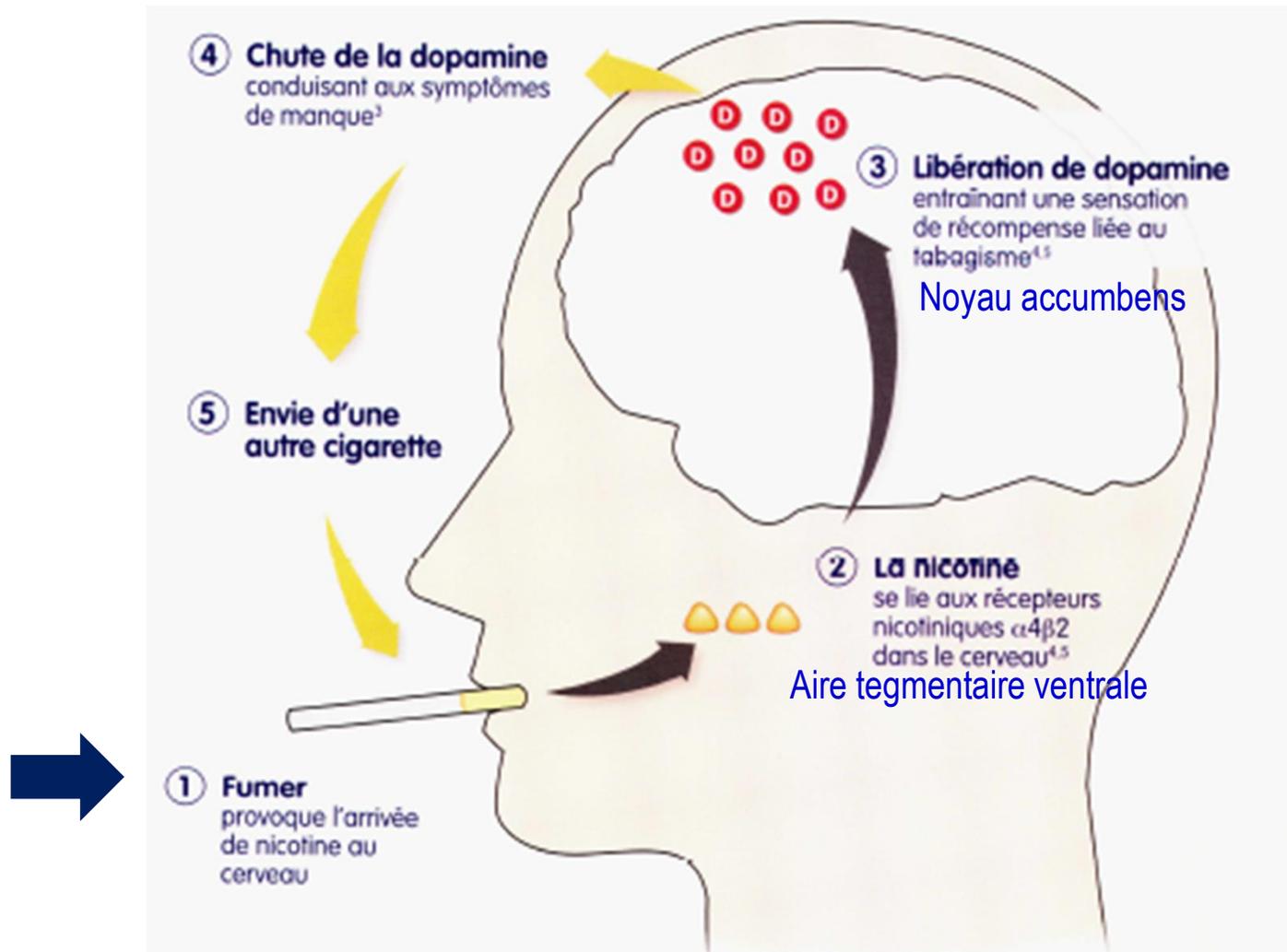
(taux d'arrêt avec placebo: 47% cocaïne, 44% opioïdes, 18% alcool, 8% nicotine)

*Moore RA, AUBIN HJ. Int J Environ Res Public Health 2012;9:192-211)*

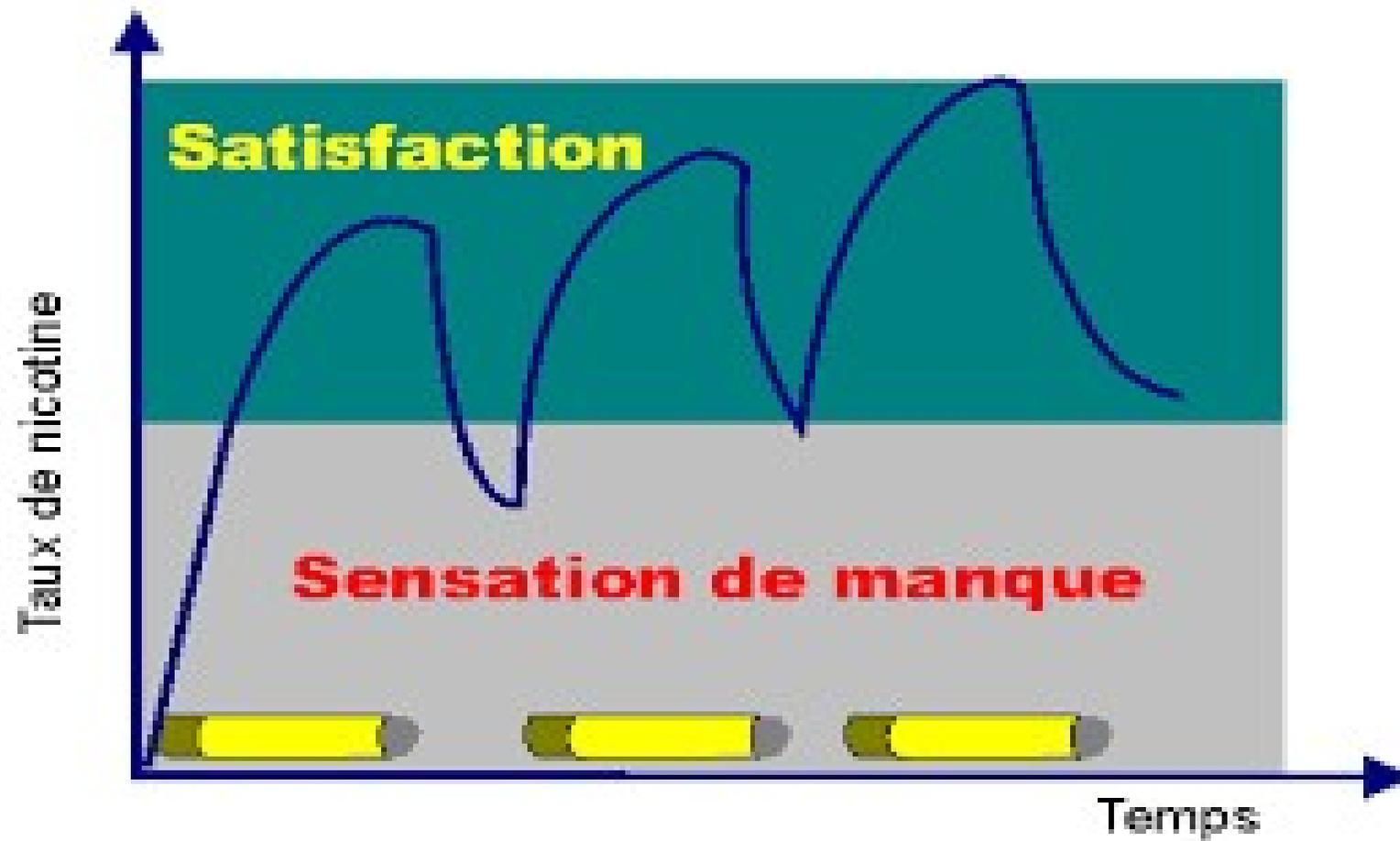


# Cycle de dépendance :

## Système de récompense



# Baisse du taux de nicotine pousse à fumer



# La dépendance physique nicotinique: phénomène d'autotitration

-Chaque fumeur dépendant maintient une nicotémie en dessous de laquelle un **syndrome de manque** peut apparaître:

\*pulsion à fumer

\*nervosité,anxiété

\*irritabilité,colère

\*tendance dépressive

\*insomnie

\*difficulté de concentration

\*grignotage...

-Le comportement du fumeur s'adapte à son insu: **phénomène d'autotitration**

si le fumeur diminue le nombre de cigarettes/jour, il va « tirer » plus fort pour avoir « sa dose » de nicotine.

# Différentes stratégies d'arrêt

- Arrêt total d'emblée : la meilleure stratégie .....mais problème de la forte dépendance des « hard core smokers »
- Réduction de consommation **avec substitution nicotinique** (étape de mise en confiance) avant arrêt complet
- Abstinence temporaire « réussie » et confortable lors des divers séjours hospitaliers (proposer des timbres +/- pastilles....)

# Pas de « petit tabagisme » sans risque !

- L'excès de risque de cancer encouru par un fumeur dépend:

\* de sa consommation moyenne journalière (dose)

\* mais surtout de l'**ancienneté** de son tabagisme (durée)

- La notion de paquet-année est « mauvaise » car:

\* doubler la **dose x 2** l'excès de risque cancer bronchique (2 paquets pendant 5 ans= 10PA)

\* doubler la **durée x 20** l'excès de risque cancer bronchique (1 paquet pendant 10 ans= 10PA)

*Hill C Rev prat 1993;1209-1213*

- De plus, 2 à 3 cigarettes/jour suffisent pour un accident coronarien aigu!!!

SCA ou IDM par spasme artériel en raison du CO élevé..... Pr D Thomas Pitié-Salpêtrière

- La réduction de la dose entraîne souvent une modification compensatoire de la façon de fumer: inhalation plus rapide et plus profonde par **phénomène « d'autotitration »**.

Il y a alors augmentation du rendement en nicotine renforçant la dépendance mais aussi inhalation accrue des toxiques: CO, goudrons.....

# Evaluer la dépendance nicotinique: les principaux outils de la tabacologie

- test de dépendance nicotinique: test de Fagerström
- dosage du monoxyde de carbone expiré: CO testeur
- dossier consultation tabacologie :INPES



# LA DEPENDANCE AU TABAC

## Test de dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström 1991)

### Question 1 : dans quel délai après le réveil fumez-vous votre 1ère cigarette ?

- dans les 5 premières minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- Après 60 minutes 0

### Question 2 : trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- oui 1
- non 0

### Question 3 : a quelle cigarette de la plus difficile de renoncer ?

- la première 1
- une autre 0

### • Question 4 : combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

### Question 5 : fumez-vous a intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que pendant le reste de la journée ?

- oui 1
- non 0

### Question 6 : fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- oui 1
- non 0

# Dosage du CO dans l'air expiré

- Le monoxyde de carbone : CO

gaz incolore et inodore provenant de la fumée de tabac  
se fixe **200 fois** plus vite sur les globules rouges que l'O<sub>2</sub>.

- Le CO testeur :

**\*outil pédagogique et motivationnel** très important tout au long du suivi du fumeur.

\*reflète la profondeur de l'inhalation

\*amélioration très rapide à l'arrêt du tabac (24h)

**\*très prisé par les patients car factuel**

\*permet le suivi évolutif de CS en CS

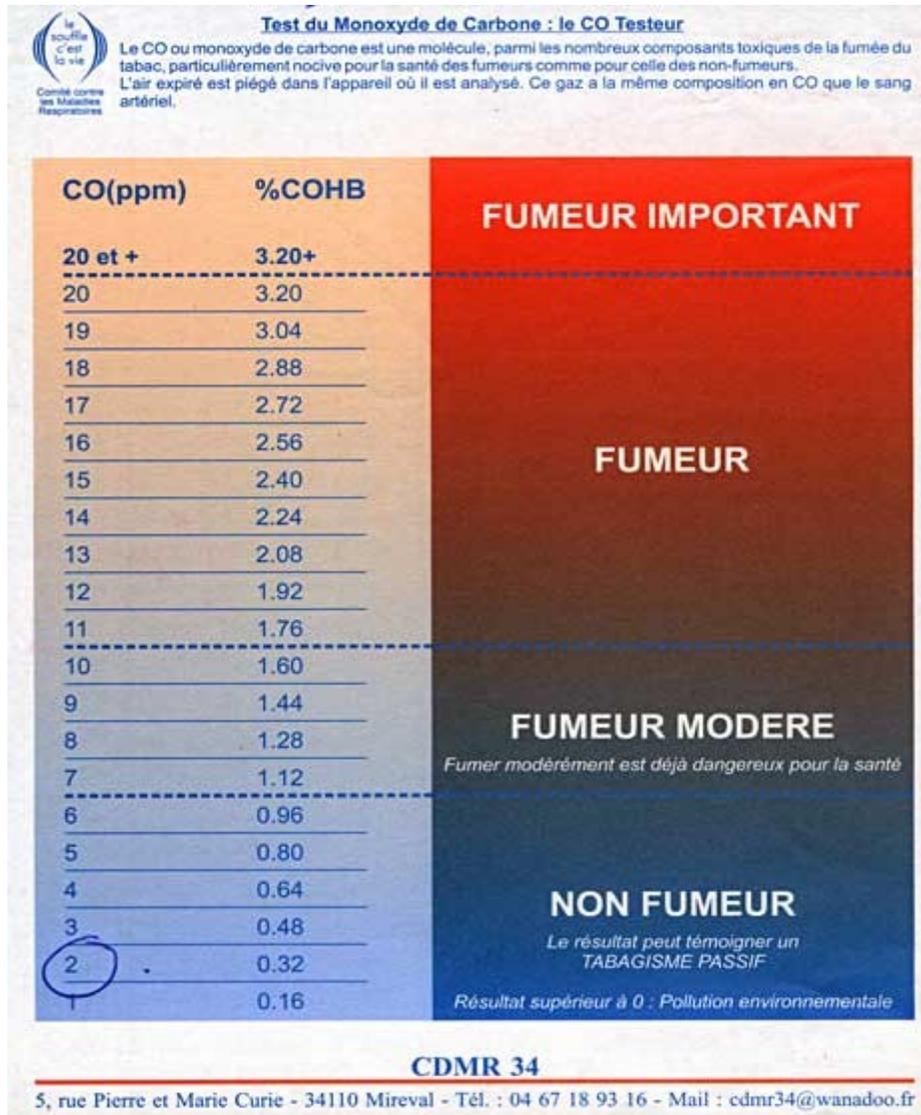
**\*idéalement, un appareil /salle de CS avec dosage systématique(reco INca)**

-!!!! pas un outil de « flicage »



www.fkmed.com

# Dosage du CO dans l'air expiré



# Les traitements évalués du sevrage tabagique HAS 2014

-Traitements nicotiques substitutifs: **TNS première intention**

-Bupropion: ZYBAN°

-Varenicline: CHAMPIX°

-Thérapies comportementales et cognitives: TCC

# Les TNS

- Disponibles en service d'oncologie +++(comme les autres thérapies du cancer)  
protocoles disponibles =outils facilitateurs des patients cancéreux fumeurs (reco INca 2016)
- Adaptation de la dose : bon usage  
1 cigarette=1mg nicotine=1 mg de substitut  
(si cigarette roulée: doubler la dose)  
!!!!Sous-dosage( fréquent) =syndrome de manque  
Sur-dosage(rare)= céphalées, palpitations,nausées.....
- Durée prolongée: minimum 3 mois et plus.....
- Plusieurs formes galéniques devant être associées si forte dépendance+++
  - timbres transdermiques (patches)
  - gommes à mâcher
  - comprimés ou pastilles à sucer
  - inhalateur+++ (gestuelle)
  - spray buccal (craving)



# Le bupropion: ZYBAN<sup>o</sup>

- Inhibiteur de recapture de la dopamine
- AMM dans le sevrage tabagique ( pas comme antidépresseur)
- Cp 150mg LP, 2fois/24h pendant 9 semaines
- Très nombreuses contre – indications ( épilepsie)
- Nombreux effets secondaires (convulsions)
- **Intéactions médicamenteuses+++**
- peu utilisé en pratique, **pas indiqué en cancérologie**

# La varenicline: CHAMPIX<sup>o</sup>

- Nouvelle classe thérapeutique: agoniste partiel des récepteurs nicotiques
- 12 semaines de traitement minimum
- Augmentation progressive de dose 0,5mg/j puis 0,5mg 2 fois/j puis 1mg matin et soir dès J8, au moment des repas
- Commencer le traitement une semaine avant l'arrêt du tabac
- Pas d'interaction médicamenteuse
- Bonne tolérance mais 30% de nausées, parfois vomissements, rêves bizarres....(!!!risque de problèmes si chimiothérapies émétisantes)
- 2de intention si échec TNS (HAS)

# Les TCC

- Approche thérapeutique de la dépendance comportementale
- Pour que le fumeur puisse vivre ses différentes émotions quotidiennes sans avoir recours au comportement tabagique
- Faire croître l'ambivalence:  
*avantages vs inconvénients à fumer, balance décisionnelle...*
- Repérages des cercles vicieux: cigarette anti-stress , cigarette récompense...

# Proposition d'ordonnance

Proposition d'ordonnance : si 20 cigarettes/jour

1/ timbre 25/16h ou 21 mg/24h: 1 patch, changer place tous les jours

2/ pastilles à sucer 2.5mg: 6 à 8 par jour

3/ spray 1mg: 1 à 6 bouffées par jour si envie impérieuse de fumer (craving)

ALD cancer:150 euros /an

Conseils:\*associer diverses formes pour **un sevrage confortable**

\*doses suffisantes , durée prolongée (6mois à 1 an)

\***seul TNS sur ordonnance!!!! ( Ameli.fr juillet 2015)**

\*prix variables selon pharmacies

\***TNS agréables** (gout) et bien tolérés(cutané)

# Place de la vapoteuse dans l'aide au sevrage tabagique?

- Contrairement à la cigarette, la vapoteuse ne libère
  - \* ni monoxyde de carbone (pas de CO)
  - \* ni quantité « significative » de cancérigènes (pas de tabac)  
*Goniewicz ML. et al. Tob Control 2014;23:133-9*
- La vapeur est **90 fois moins toxique** que la fumée de tabac ++++  
*Public Health England :remboursement depuis aout 2015!!!*
- Chez le fumeur dépendant, le **remplacement total** du tabac par l'e-cigarette devrait contribuer à une réduction des risques et des dommages (stratégie de RdR)  
*Avis d'experts pour Haut Conseil Santé Publique 25/04/2014. Bénéfices/risques de la e cigarette*
- L'utilisation de l'e-cigarette dans l'accompagnement thérapeutique est acceptable si:  
(recommandations HAS 2014)
  - \* le fumeur ne veut pas ou ne peut pas arrêter avec les traitements validés
  - \* le fumeur est demandeur
  - \* si le fumeur l'utilise déjà



# Vapoteuse : conseils pratiques

## - Si le fumeur utilise déjà la vapoteuse:

- \*positiver en informant que ce choix est moins toxique que la poursuite du tabagisme
- \*donner des conseils d'utilisation (pas de « surchauffe »)
- \*bien choisir le dispositif et e.liquides (conforme aux normes AFNOR)
- \*e.liquide avec effet « throat hit »,agréable et rapide (moins de 5 secondes)
- \*pas de vapotage « compulsif »: effets catécholergiques possibles de la nicotine  
(prudence chez les cardiaques)

## - Pour les « vapofumeurs » :

- \*rappeler: pas de »petit tabagisme « sans risque (spasme coronaire)
- \*viser un sevrage total de cigarettes++++
- \*ne pas rester à un double usage.



# Autres aides à l'arrêt du tabac: WEB, quitlines et app.

- Internet: programmes de soutien personnalisé

**Stop-tabac.ch**

- Lignes téléphoniques: Tabac.Info .Service 3989

-Applications, SMS.....

- « Moi(s) sans tabac »: novembre 2016



# Conclusion

Le rôle de l'équipe d'oncologie est fondamentale:

- **systematiser** l'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de **tous cancers** (pas que pulmonaires.....)
- savoir être **PROACTIF** en valorisant **les bénéfices** de l'arrêt du tabac.
- proposer les traitements validés du sevrage tabac(HAS) en 1ière intention et organiser un suivi prolongé (minimum 1 an)
- avoir des connaissances sur la « vapoteuse »(non validée)
- pouvoir adresser « les fumeurs difficiles » en CS tabacologie (réseau)

# Prochainement.....

\*Congrès Société Francophone Tabacologie: 4/5 novembre 2016.Lille



\*Référentiels Auvergne Rhône- Alpes oncologie thoracique  
19 novembre 2016 .Lyon

\*Novembre 2016: **Moi(s) sans tabac** (première édition) ministère santé