

PRISE EN CHARGE DE L'AIDE A L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC DES FUMEURS ATTEINTS DE BPCO

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

perriotjean@gmailcom



**DIU de Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mars 2020**



INTRODUCTION

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

Monde 2020 : 3^{ème} cause mortalité, 5^{ème} handicap

France : prévalence 7,5%, décès 5%

Déficit multiples

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

38 à 77% des patients BPCO fument (LM : 54-77% ; S : 38-51%)¹

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

Bénéfices du sevrage tabagique³⁻⁵

- Limite le déclin du VEMS
- Diminue le risque d'exacerbations
- D'hospitalisation et de décès

- Réduction du risque d'ostéoporose et de fracture osseuse (femme)
- Diminue le risque de mortalité : cardio-vasculaire, cancer du poumon

Etat des lieux du sevrage tabagique des fumeurs atteints de BPCO et propositions pour la pratique clinique

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

² Jayes L, et al. *Chest* 2016 ; 150:164-79

³ Pezzuto, et al. *J Breath Res.* 2018 Aug 6;12:046007.

⁴ Au DH et al. *J Gen Intern Med.* 2009 Apr;24:457-63.

⁵ Thorin MH, et al. *Osteoporos Int.* 2016;27:249-55.

PHYSIOPATHOLOGIE

Conjonction d'une vulnérabilité personnelle et du tabagisme (20 à 30% des fumeurs ; vulnérabilité supérieure de la femme fumeuse)

Le tabagisme accroît le déclin du VEMS après 25 ans (Non fumeurs : 8 à 20 ml/an ; fumeurs actifs : 60 ml/an ; fumeurs avec BPCO : 80 ml/an).
L'arrêt du tabagisme ramène ce déclin à celui du non fumeur.

FACTEURS DE RISQUE DES BPCO

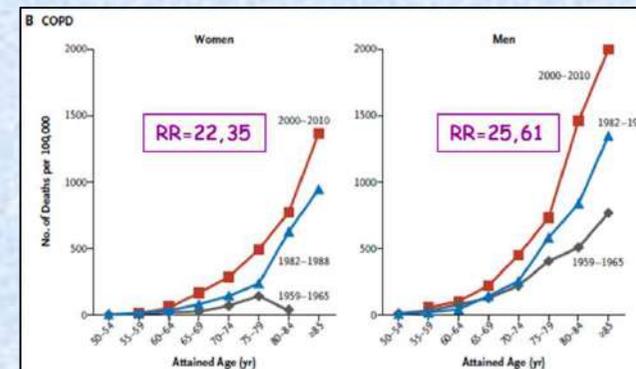
Facteurs exogènes

Polluants professionnels
Polluants domestiques
Pollution urbaine
Infections respiratoires
Précarité socio-économique
Tabagisme (80% BPCO)
Cannabis

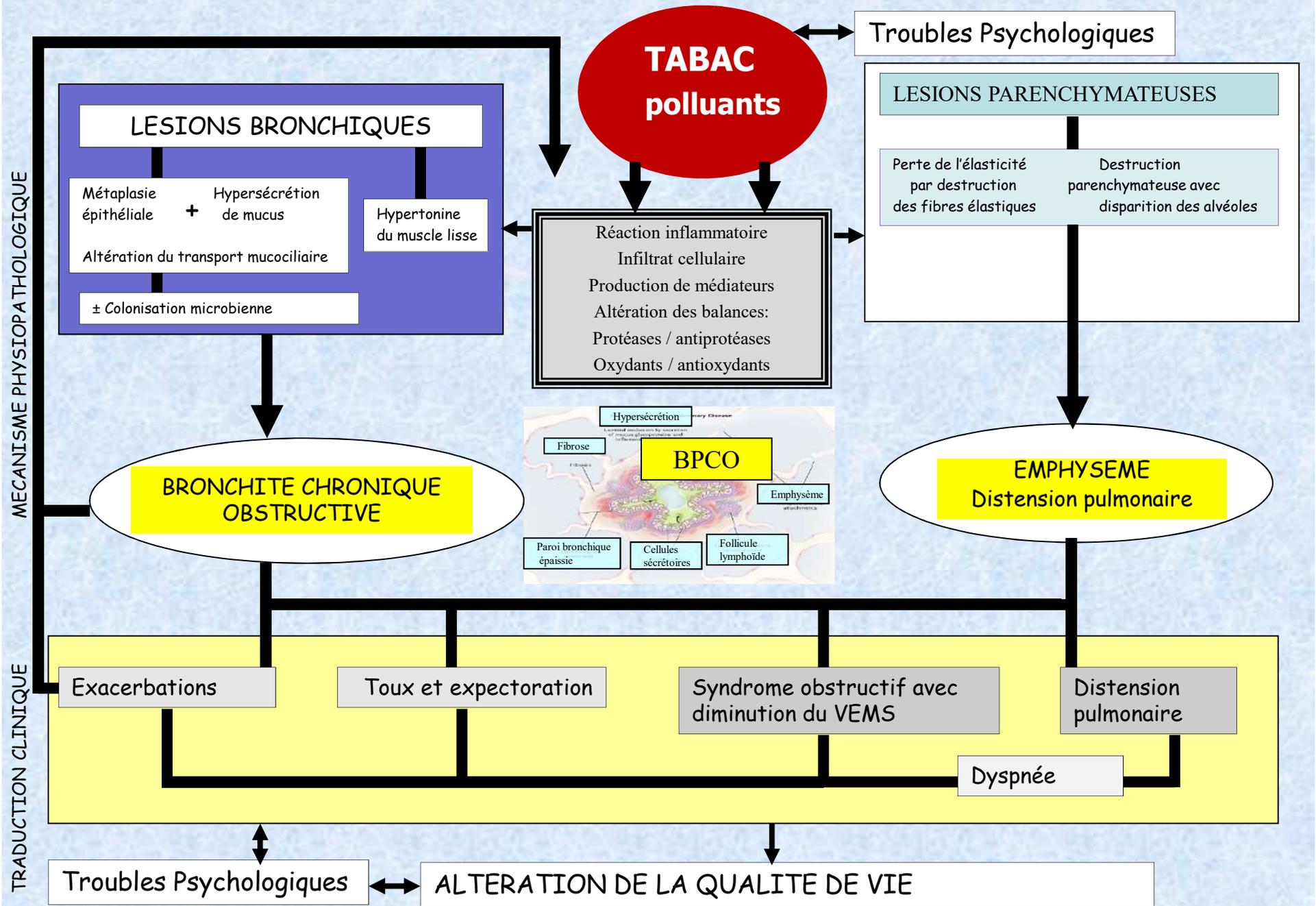
Facteurs endogènes

Génétiques (alpha-1-antitrypsine...)
Hyperactivité bronchique
Prématurité
Prédisposition familiale
Reflux gastro-œsophagien
Sexe féminin

Wirth N, et al. Le tabagisme. Ed Margaux Orange, 2017
Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:375-90
Brinchault G et al. *Rev Pneumol Clin*. 2015;7:342-9
Than WC, et al. *CMAJ* 2009 ; 180:814-20
Underner M, et al *Rev Mal Respir* 2013; 30:272-85
Tashkin DP. *Eur Respir J* 2010; 35: 3-5
Thun MJ, et al. *N Engl J Med* 2013 ; 368 : 351-64



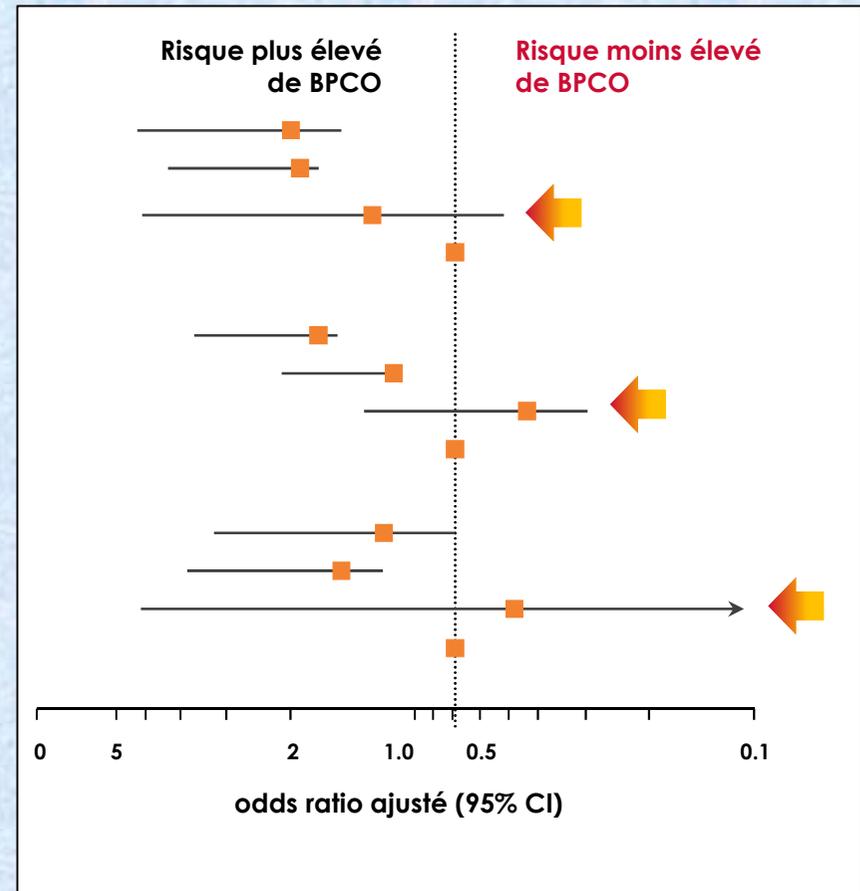
BPCO : MALADIE MULTICOMPOSANTES



TABAC CANNABIS ET BPCO

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

EN PRATIQUE USAGE DE TABAC & CANNABIS
 - Symptomatologie de Bronchite chronique
 - Atteinte fonctionnelle des petites bronches



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

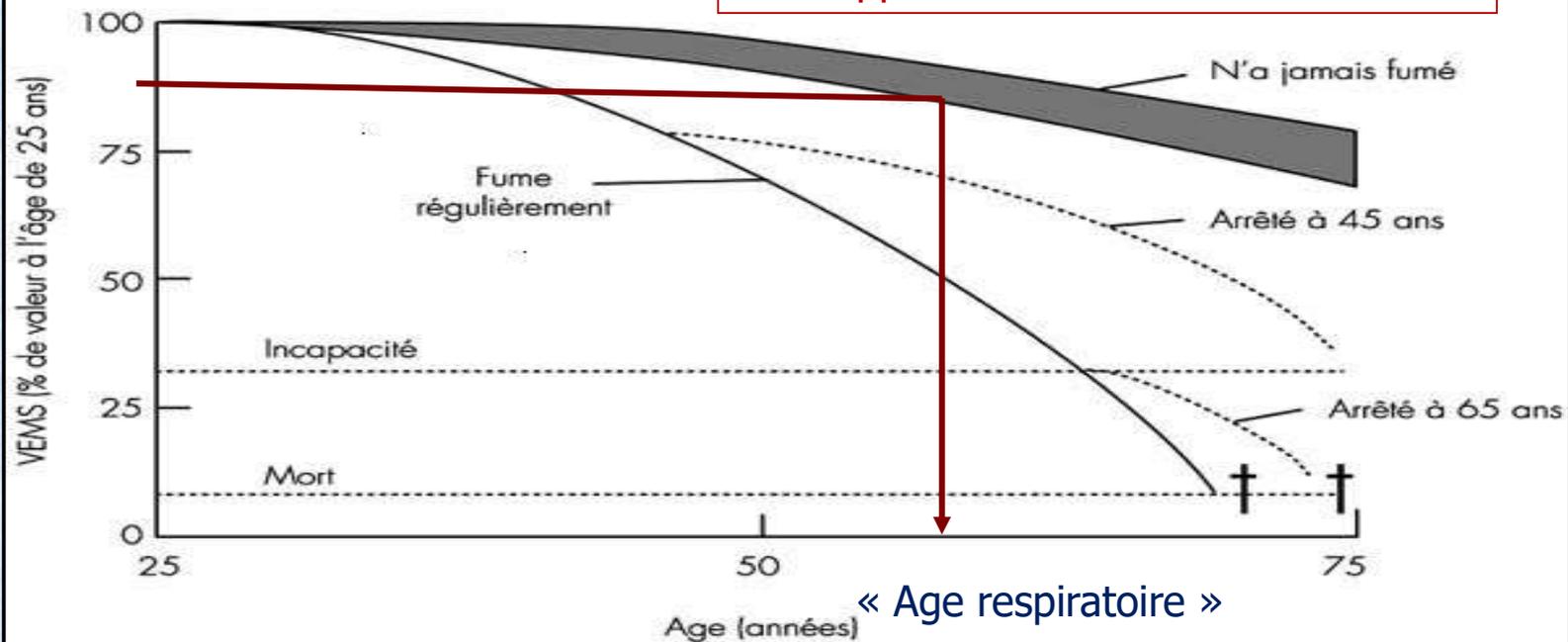
Than WC, et al. *CMAJ* 2009 ; 180:814-20
 Underner M, et al *Rev Mal Respir* 2013; 30:272-85
 Tashkin DP. *Eur Respir J* 2010; 35: 3-5

DÉCROISSANCE DU VEMS EN FONCTION DU TABAGISME ET DE L'ÂGE

Déclin du VEMS avec l'âge

La zone grise représente le déclin physiologique (non-fumeur ou fumeur non réceptif aux effets néfastes de la cigarette), la ligne continue le déclin accéléré observé chez le fumeur réceptif. La ligne pointillée représente le déclin, à partir de 45 ans, chez un ex-fumeur ayant cessé de fumer à l'âge de 45 ans.

Arrêt du tabac : le déclin du VEMS se rapproche de celui du non fumeur

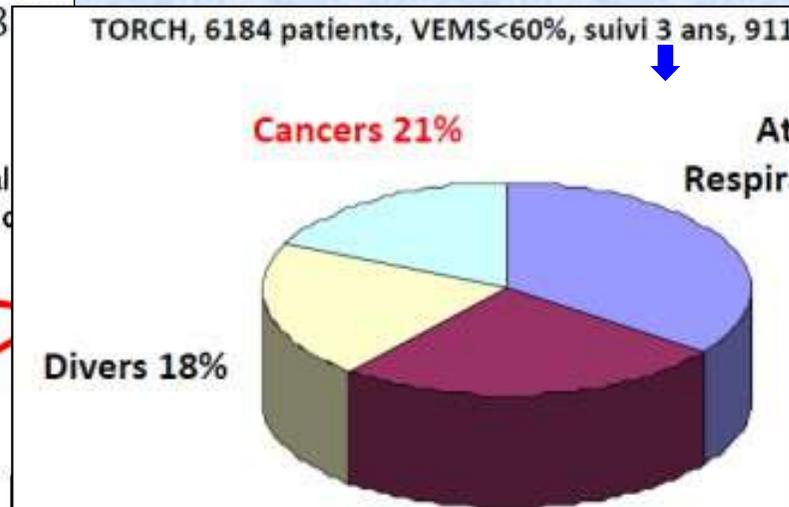
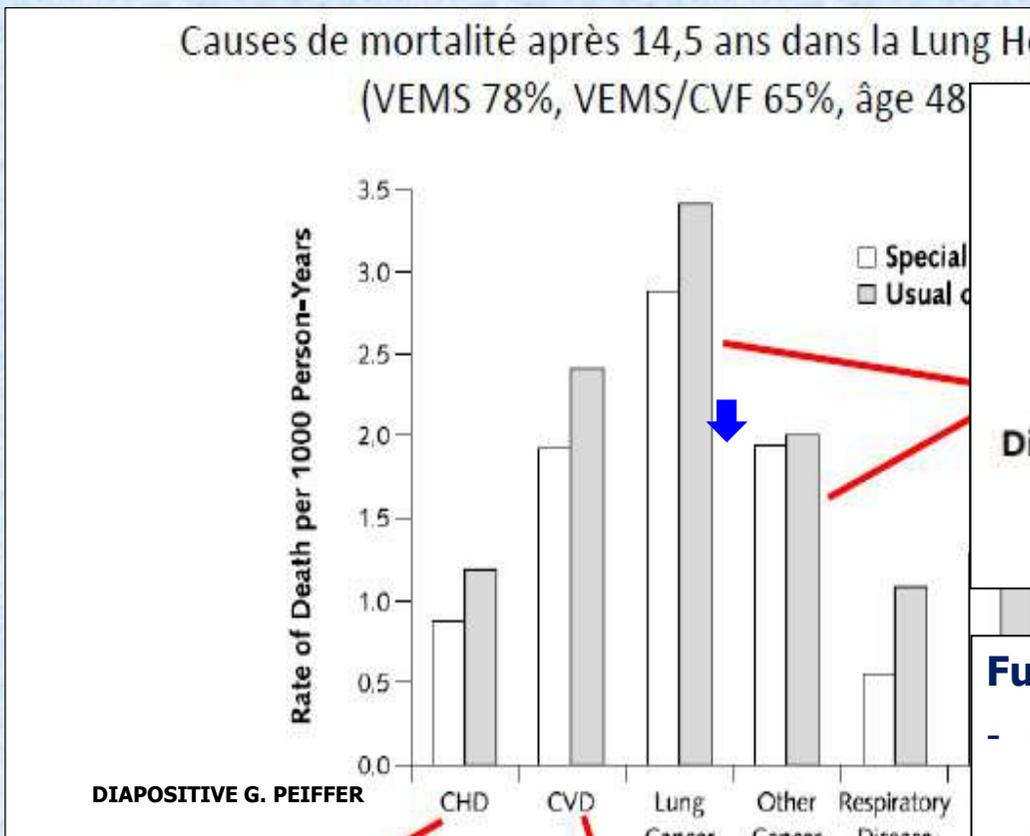


D'après Fletcher C et Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J 1977; 1: 1645-8.

CAUSES DE DÉCÈS DES PATIENTS AVEC BPCO

BPCO peu sévère

BPCO modérée à sévère



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 : 1150-63T
 Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:133-44

GENETIQUE DE L'ADDICTION AU TABAC, RECEPTEURS A LA NICOTINIQUE, CANCER BRONCHIQUE ET BPCO

DEPENDANCE NICOTINIQUE & nAChR¹⁻³

Voie dopaminergique

Voie habenulo-interpédonculaire

Régulation du manque (aversion à la nicotine)

GENETIQUE DE L'ADDICTION⁴⁻⁵

Génétique : 50% du risque d'addiction

Mutations Ch.15q25 (*CHRNA5-NA3-NB4*)

Sous unités $\alpha 5$ et $\beta 4$ (dépendance)

$\alpha 5$ dans SNC, épithélium bronchique

↗ consommation de tabac (x2)

↗ risque de cancer du poumon (OR=1,5)⁶

↗ risque de BPCO (OR=1,5)⁶

Réussite de l'arrêt du tabac ↘^{5,7}

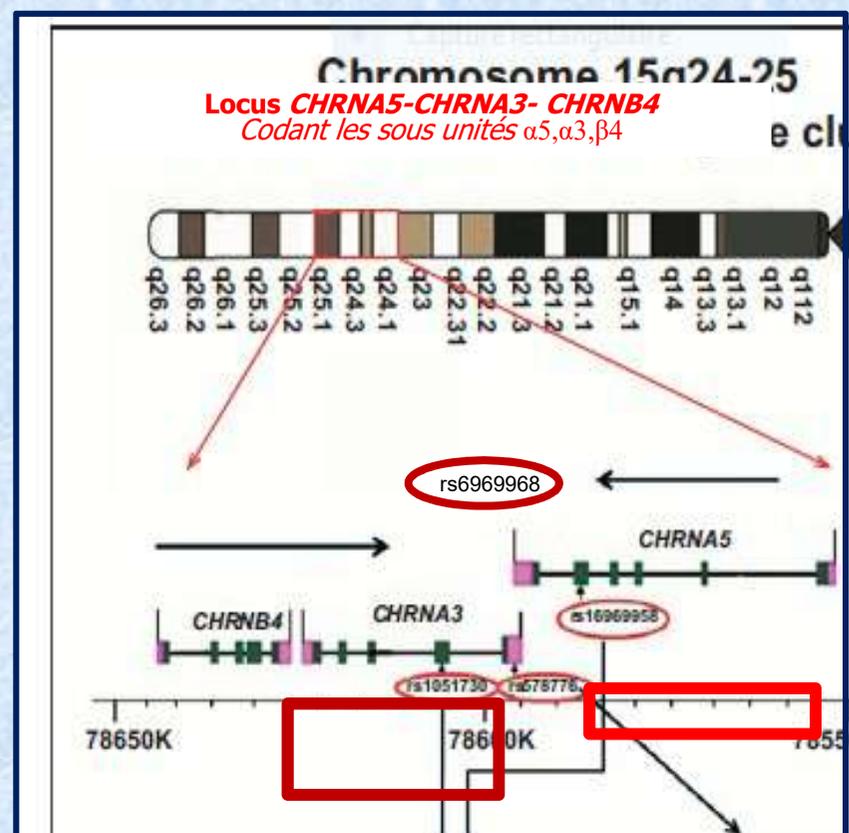
Mutations sur *CHRNA7* ($\alpha 7$ nAChR: SCZ)^{7,8}

présents dans SNC et Poumon)

- **BPCO** (alt escalator mucociliaire)

- **Infections respiratoires**

- **cancer du poumon**



1 Faure P, et al. in «Traité d'Addictologie», Lavoisier, 2016,

2 Antonin-Fontes B, et al. Neuropharmacology 2015;96:213-22.

3 Benowitz NL. N Engl J Med 2010;362: 2295-303.

4 Zhang X, et al. Frontiers in Genetics 2019; 10: 7p.

5 Santoro A, et al. Recent Pat Anticancer Drug Discover 2019;14:39-52.

6 Hopkins RJ, et al. Respir Med 2017 november;132,279.

7 Tseng TS, et al. PLoS One 2014; 9: e107268.

8 Gu F, et al. Clin Lung Cancer 2019 Jul 17. doi.10.1016/j.clic.2019.07.002

TABAGISME, BPCO ET CANCER BRONCHIQUE

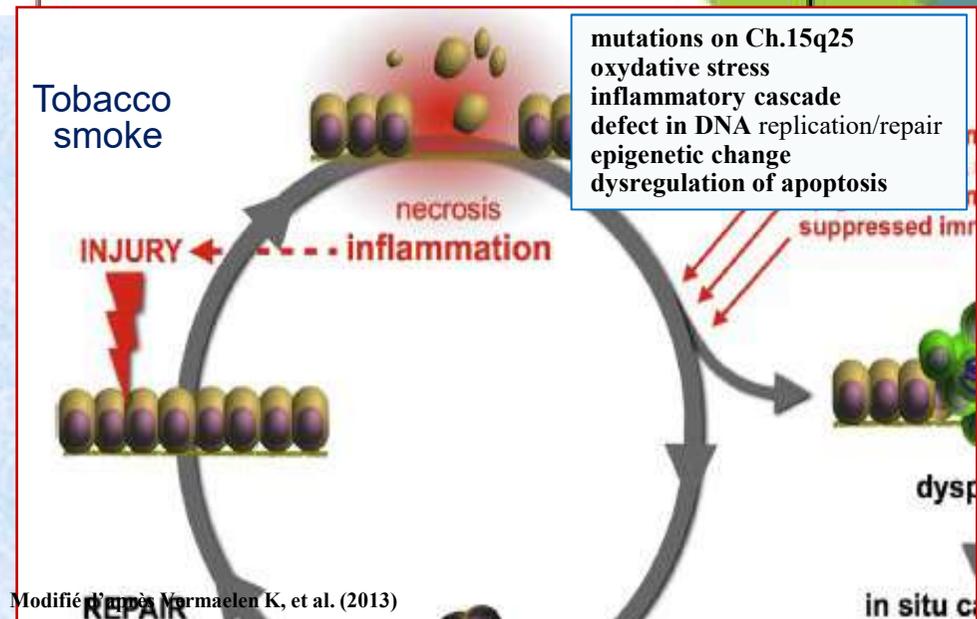
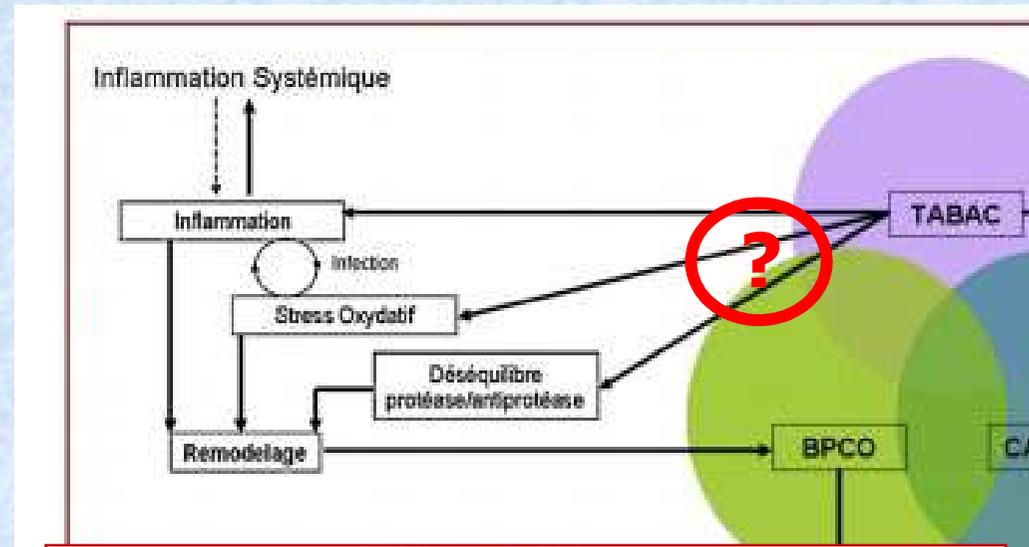
TABAGISME : 1er FACTEUR DE RISQUE DE RISQUE DE BPCO^{1,2} (129 études)
 Lien entre tabagisme BPCO & F Actuel
RR = 2,89 (IC95%: 2,63-3,17)

BPCO ET CANCER BRONCHIQUE³⁻⁵
 Patient BPCO: cancer bronchique (RR>15)
 Emphysème: cancer bronchique (RR=2,44)
 Incidence cancer ↗ avec stade du GOLD
 (stade1: 3,78/1000 et 4:13,25/1000)

MECANISME COMPLEXE⁴⁻⁵
 Facteurs génétiques, épigénétiques, stress oxydatif, lésions de l'ADN, inflammation...

FUMEURS BPCO-ARRÊT DU TABAC DIFFICILE (*Hard-core smokers*)⁶⁻⁸

1 Agusti A, et al. *N Engl J Med* 2019;381:1248-51.
 2 Forrey BA, et al. *Pul Med* 2011; 11:36.
 3 Santoro A, et al. *Recent Pat Anticancer Drug Discover* 2019;14:39-52.
 4 Vermaelen K, et al. *Pulm Pharmacol Ther* 2013;26:544-554.
 5 Biswas A, et al. *Curr Opin Pulm Med* 2018;24:152-160.
 6 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2014;31:937-60.
 7 Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:375-90.
 8 Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:170-80



Modifié d'après Vermaelen K, et al. (2013)

PROFIL DU FUMEUR AVEC BPCO

FUMEURS BPCO (vs Fumeurs non BPCO)

Dépendance à la nicotine (FTCD ou HSI) plus élevée

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

Shahab I, et al. *Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7

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

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

Shahab I, et al, *Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7

Motivation à l'arrêt (Prochaska) pas supérieure.

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



AUTRES CONSTATS (BPCO vs non BPCO)

Niveau socio-économique plus bas.

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

Niveau de formation inférieur.

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

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

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

Minimisation du risque à fumer.

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

Faible croyance d'un bénéfice à l'arrêt.

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

Perception d'une difficulté majeure à l'arrêt.

Perriot J. *Courriers des addictions* 2004 ; 6 : 161-4

Trouble de la perspective temporelle «no future».

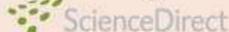
Merson F, Perriot J. *Press Med* 2012; 41: e43-e51

BPCO ET RETENTISSEMENT PSYCHIQUE

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



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

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

**L'anxiété et la dépression associées à la BPCO
une revue de question** ☆

Revue des Maladies Respiratoires (2018) 35, 604–625



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

REVUE GÉNÉRALE

**Influence de l'anxiété et de la dépression
sur les exacerbations au cours de la BPCO**

The influence of anxiety and depression on COPD exacerbations

BPCO: ↗ usage de SPA (x 3 vs non BPCO)

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

BPCO : ↗ prévalence des tr. anxieux (30%) et dépressifs (50%): ↘ de QDV, observance thérapeutique, tolérance à l'effort..

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

Femmes PBCO : fréquence TAD x 2 (vs Hommes)

Laurin C, et al. *Chest* 2007 ; 132 : 148-55

BPCO avec TAD : ↗ exacerbations (TAD prédictif)

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

Blakemore A, et al. *Intern J COPD* 2019 ; 14:1343-53

Prendre en charge les TAD des patients

PRENDRE EN CHARGE LES TAD DES BPCO

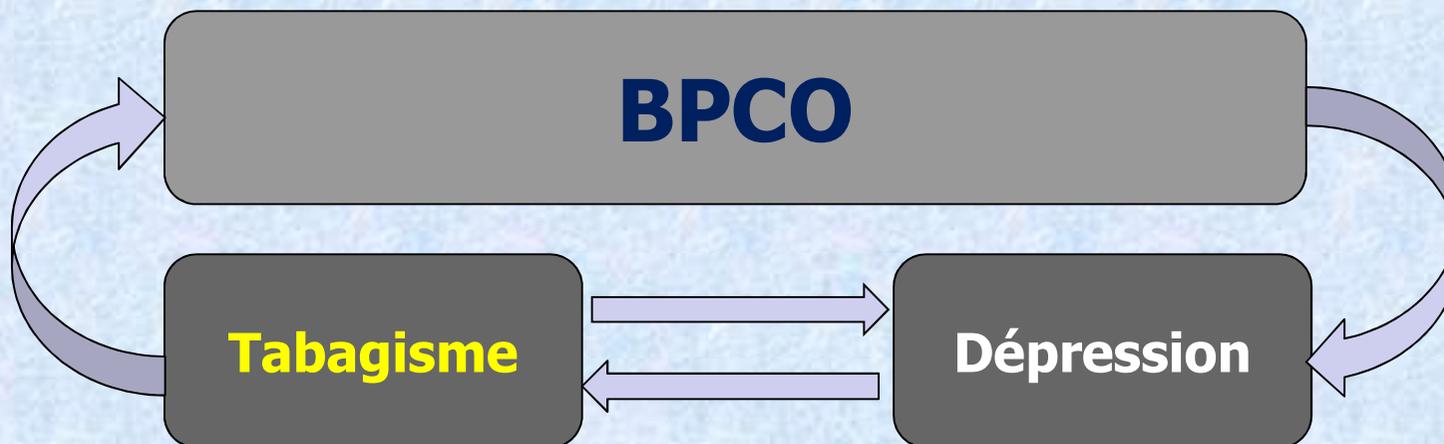
Hill K, et al. *Eur Respir J* 2008 ; 31 : 667-77.

Recommandations SFT, 2005

TAD : altération des fonctions cérébrales .

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

BPCO, TABAGISME ET DÉPRESSION :



Harmane et Norharmane (alcaloïdes du tabac) : action IMAO
Fumeurs BPCO: dépressions fréquentes et risques suicidaires

Wagena EJ, et al. *Thorax* 2001 ; 56 : 587-8
Miller M, et al. *Am J Public Health* 2000 ; 90 : 768-73
Kim N, et al. *Am J Psychiatry* 2011 ; 168 : 49-54
Aubin HJ, et al. *Am J Psychiatry* 2011 ; 168 : 326-7

BPCO et Tabagisme :
Dépression sous estimée
Fumeurs risque suicidaire
Qualité de vie diminuée
Moindre arrêt du tabac

BPCO, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION (HAD)

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

Association positive entre :

anxiété et BPCO

Anxiété et dépression et :

dépression et BPCO

↘ **motivation à l'arrêt**

↗ **des rechutes**

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

Fumeurs BPCO moins adhérents à réhabilitation

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

Dépression réduit l'activité physique de patients BPCO

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

Activité physique limite reprise du tabac si dépression

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

MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC

MOYENS D'AIDE DE PREMIERE LIGNE

- AIDES COMPORTEMENTALES
- AIDES MEDICAMENTEUSES
- ASSOCIATIONS TCC ET MEDICAMENTS

AUTRES MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT

- DEPISTAGE DE LA BPCO
- ETP ET REHABILITATION RESPIRATOIRE
- ACTIVITE PHYSIQUE
- SUIVI DU PATIENT ET MOYENS DIVERS



MOYENS D'AIDE DE PREMIERE LIGNE

AIDE COMPORTEMENTALE SEULE

(méta -analyse : 13 études)

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

MÉDICAMENTS vs PLACEBO

TABLE 3 Pharmacological treatments for smokers with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

Intervention	First author [ref.]	Subjects	Design	Duration	Outcome quit rate %
Nicotine replacement therapy	TØNNESEN [47]	370 smokers with COPD	NST/ placebo, low CBT/ high CBT	12 weeks	At 12 months: NST 17%; placebo 10% No difference between high or low CBT
Bupropion (BP) and nortriptyline (NT)	TASHKIN [48]	404 smokers with COPD	BP/ placebo	12 weeks	At 6 months: BP 16%; placebo 9%
	WAGENA [49]	255 smokers at risk of or with COPD	BP/NT/ placebo	12 weeks	At 6 months: BP 28%; NT 25%; placebo 15%
	VAN SCHAYCK [50]	255 smokers at risk of or with COPD	BP/NT/ placebo	12 weeks	At 12 months: BP 20.9%; NT 20%; placebo 13.5%
Varenicline (VRN)	TASHKIN [51]	504 smokers with COPD	VRN/ placebo	12 weeks	At 12 months: VRN 19.4%; placebo 5.4%

TNS (125) : OR (M12) = 2,88 (IC 95% : 1,34-6,16) (3 et.)

BP (125) : OR (M12) = 1,60 (IC 95% : 0,8-3) (1 et.)

VAR (125) : OR (M12) = 4,04 (IC 95% : 2,13-7,67) (1 et.)

Smoking cessation for people with chronic

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



RESULTATS 16 études (N=13123 participants)

Etudes avec Pharmacothérapies (4)

TNS (FO) RR = 2.60 (IC95%: 1,29 – 5,24) - 2 études

Bupropion RR = 2.03 (IC95%: 1,26 – 3,28) - 1 étude

Varenicline RR = 3.34 (IC95%: 1,88 – 5,92) - 1 étude

Pharmacothérapies + TCC (vs TCC) RR= 2.53 (IC95%: 1.83-3.50)

Soutien comportemental (TCC) intense seul (efficacité)

Conseil d'arrêt efficacité "minimale"

MOYENS D'AIDE : RESULTATS DETAILLES

AIDE COMPORTEMENTALE SEULE (méta-analyse 13 études) ¹

Conseil d'arrêt (CA) : RR=1

Intensive (durée totale ≥ 90 mn) : RR=7,70 (IC 95%: 4,64-12,79)

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

AIDE COMPORTEMENTALE (AC) + MÉDICAMENTS (méta-analyse 6 études) ²

AC + TNS (vs CA): OR = 5,08 (IC 95% : 4,32-5,97) ; p<0,001

(vs AC): OR = 2,80 (IC 95% : 1,49-5,26) ; p=0,001

AC + Bup (vs CA): OR = 3,32 (IC 95% : 1,53-7,21) ; p=0,002

(vs AC): OR = 1,83 (IC95% : 1,18-2,83) ; p=0,007

HOSPITALISATION vs AMBULATOIRE (AC+TNS) ³

Hospitalisation	1 an : 52 %	à 2 ans : 38%
Ambulatoire	1 an : 7 %	à 2 ans : 10%
p	<0,0001	<0,0001

1 Thabane M, et al. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012 ; 12 : 1-50

2 Strassmann R, et al. *Eur Respir J* 2009 ; 34 : 634-40

3 Sundblad BM. *Nicotine Tob Res* 2008 ; 10 : 883-90

POINT DE VUE DES FUMEURS BPCO

Recommendations to improve smoking cessation outcomes from people with respiratory conditions

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

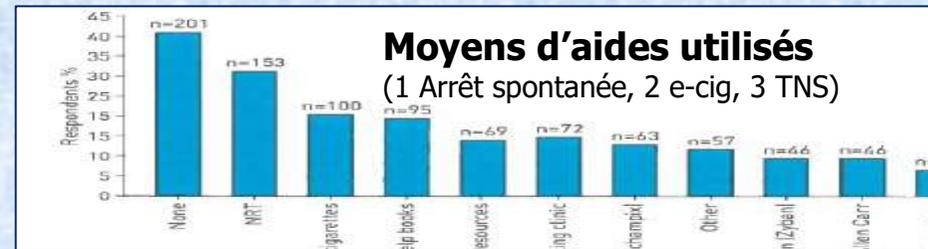
RESULTATS

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

Motifs du tabagisme

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

Echanges avec les soignants (tabagisme)
Elle a lieu (40%), jamais (15%). Attitude du
praticien : aidante (27%), ne l'était pas (22%),
«harcèlement» (24%), « incompetent »(15%)



Peiffer G, et al. BPCO et sevrage tabagique: attentes des patients et réponses des professionnels de santé. *Rev Pneumol Clin* 2018;74 : 23-27.
Ecouter les fumeur BPCOs (croyances, attentes) pour ajuster leur prise en charge de sevrage (dialoguer).

SYNTHESE

Fumeurs BPCO «Hard-core smokers»

- Sevrage difficile, PEC renforcée par médicaments d'aide à l'arrêt & TCC
- Prendre en compte les demandes du fumeurs

Bénéfices de l'arrêt du tabac

- ↳ fréquence des exacerbations
- ↳ déclin VEMS
- ↳ fréquences inf. bronchiques
- ↗ réponse aux bronchodilatateurs
- ↳ adhérence réhab. Respiratoire

Strassman R, et al. *Eur Respir J* 2009 ; 34 : 634-40
Jiménez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015 ; 46 : 61-79
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012; 29:29:462-74
Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2014 ;31:937-60
Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018; 74:170-80
Peiffer G, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:133-144

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

Carlos A. Jiménez-Ruiz¹, Stefan Andreas², Keir E. Lewis³, Philip T. C.P. van Schayck⁵, Peter Hajek⁶, Serena Tonstad⁷, Bertrand Dautz⁸, Monica Fletcher⁹, Sarah Masefield¹⁰, Pippa Powell¹⁰, Thomas Herzig¹¹, Stefano Nardini¹², Thomy Tonia¹³ and Christina Gratziau¹⁴

Affiliations: ¹Smoking Cessation Service, Community of Madrid, Madrid, Spain. ²Lungenfachklinik and Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Germany. ³Dept of Respiratory Medicine, Philip Hospital and Swansea College of Medicine, Swansea, UK. ⁴Dept of Sleep Medicine, Glostrup, Denmark. ⁵Care and Public Health Research Institute (Caphri), Maastricht University, Maastricht, Netherlands. ⁶Wolfson Institute of Preventive Medicine, Queen Mary University of London, London, UK. ⁷Department for Preventive Cardiology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway. ⁸Pulmonologie, Groupe Hospitalier de la Salpêtrière, Paris, France. ⁹Education for Health, Warwick, UK. ¹⁰European Lung Foundation, London, UK. ¹¹Lungenarztpraxis Tegel, Berlin, Germany. ¹²Pulmonary and TB Unit, Ospedale Civile, Verona, Italy. ¹³Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Switzerland. ¹⁴University of Athens and Smoking Cessation, Evgenidio Hospital, Medical School, Athens University, Athens, Greece

Correspondence: Carlos A. Jimenez-Ruiz, Smoking Cessation Service, Community of Madrid, C/ Santacruz del Marcenado, 9. Piso 2, 28015 Madrid, Spain. E-mail: victorina@ictv.es

ABSTRACT: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), lung cancer, asthma and tuberculosis are common pulmonary diseases that are caused or worsened by tobacco. Observational evidence suggests that symptoms and prognosis of these conditions improve with smoking cessation. Despite increasing numbers of (small) randomised controlled trials suggesting that cessation treatments work in people with pulmonary diseases many patients are not able to quit.

AUTRE MOYEN D'AIDE A L'ARRÊT

DÉPISTAGE DE LA BPCO (TVO) & ARRÊT DU TABAC

Lorenzo (2017) :

Etude interventionnelle prospective; 74 fumeurs non motivés à l'arrêt du tabac. 9 mois après spirométrie commentée: ↗ motivation à l'arrêt

Gorecka (2003), Bednarek (2006) :

à 1an, taux de sevrage plus élevés si TVO Modéré ou sévère (vs léger) $p < 0.001$

Stratelis (2006) :

552 fumeurs avec EFR commentée (lettre + conseil). A 3 ans, 25% des F avec BPCO sont abstinents vs F sans BPCO. ($p < 0,001$)

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

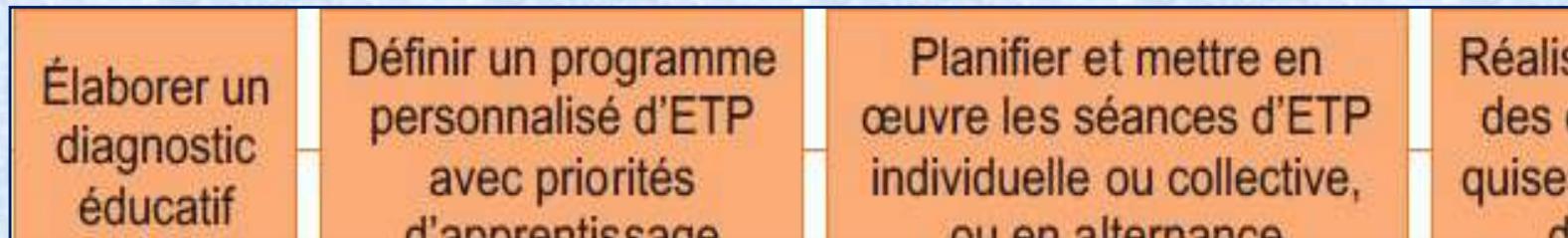
Après l'EFR, commenter les résultats sans ambiguïté ni culpabilisation et conseiller l'arrêt du tabac (+/- 3As)



EDUCATION THERAPEUTIQUE (ETP), REHABILITATION RESPIRATOIRE ET ARRÊT DU TABAC

ETP ET REHABILITATION RESPIRATOIRE

- Facilitatrices de l'arrêt du tabac (approches éducatives)
- Approches éducatives et Prise en charge globale (malade, environnement, maladie et ses causes, comorbidités: troubles anxio-dépressifs, etc.)
- Renforce les compétences d'auto-soins du patient (empathie), permet l'amélioration de son autonomie et de sa qualité de vie



Intégrer l'arrêt du tabac dans la prise en charge ETP du patient BPCO fumeur

Galera O et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:221-25
Oukssel A. *Rev Pneumol Clin* 2017;73:309-15
Siudak Z, et al. *Kardiol Pol* 2018; 76, 1: 125–129
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2017;34:A190

ACTIVITE PHYSIQUE ET AIDE A L'ARRET DU TABAC

INTERET DANS L'AMELIORATION DU BIEN ETRE GENERAL

- Eléments concourant au bien-être global de la personne (redynamisation)
- Reprise de l'activité physique (muscultation, contrôle de la dyspnée, etc.)

Efficacité de l'activité physique dans l'aide à l'arrêt du tabac Revue des Maladies Respiratoires (2015) 32, 1016–1033

The efficacy of physical activity as an aid to smoking cessation

DANS L'ARRET DU TABAC

- Meilleur contrôle du craving et des affects négatifs

Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac ☆ Revue des Maladies Respiratoires (2016) 33, 431–443

Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation

- Prévention de la reprise

Bernard P, et al. *Am J Addict* 2012;21:348-56.

IMPORTANCE DU SUIVI

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

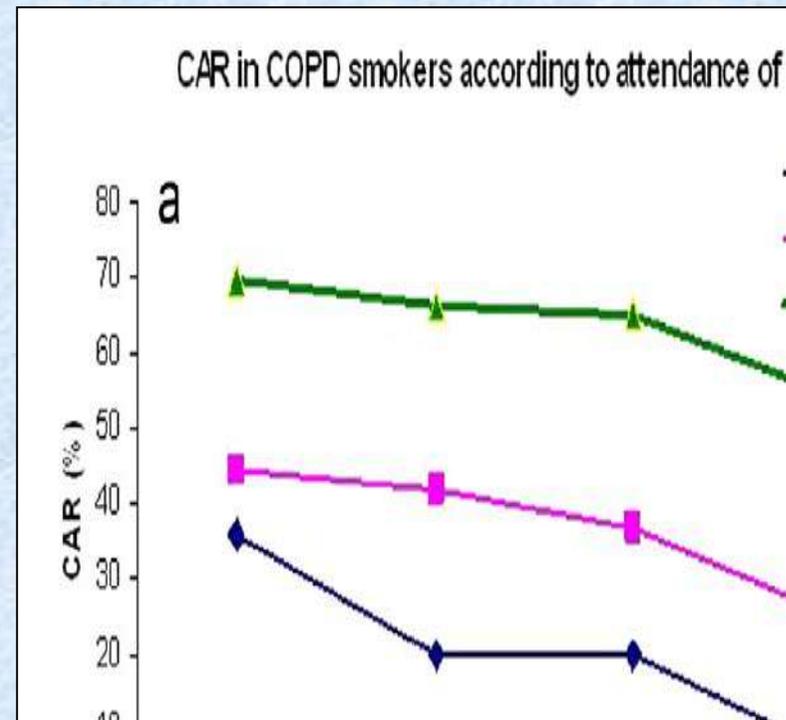
Respir Med; 2014:577-83

Ajuster les traitements et assurer un suivi prolongé des patients (++)

Prendre en compte les préférences des patients.

S'appuyer les recommandations de prise thérapeutiques

Assurer un suivi étalé dans le temps ajusté aux besoins et conditions de vie des patients



MOYENS DE SOUTIEN DIVERS

Stead LF, et al. : Intérêt des lignes de soutien téléphonique (méta-analyse)
OR=1.41 (IC95%:1.27-1.57) mais pas d'étude spécifique dans la BPCO

Murray RP, et al. (Lung Health Study) : la désignation d'un « soutien »
augmente l'abstinence (soutien ex-F : 73.5% abstinents à 1 an, soutien F :
33% soutien fumeur : 33% abstinents à 1 an

Melzer AC, et al.: BPCO plus sensible au coaching tél. *versus* non-BPCO

Witry M, et al. : Télémédecine et suivi de la BPCO : plus utilisés si patients
plus jeunes, plus souvent si hommes et revenus plus élevés

Perkins-Porras L, et al.: Intérêt de séances brèves de « mindfulness » après
exacerbations de BPCO (contrôle de dyspnée, Anxiété-dépression) à vérifier .

Diapositive G. Peiffer

Stead LF, et al. *Tob Control* 2007; 16: i3-8.
Murray RP, et al. *Addict Behav.* 1995; 20: 159.
Melzer AC, et al. *Ann Am Thorac Soc.* 2018;15:341-347.
Witry M, et al. *J Med Internet Res.* 2018;20:e125.
Perkins-Porras L, et al. *Chron Respir Dis.*2018;15:400-410



REDUCTION DES RISQUES & DES DOMMAGES

« il n'est pas démontré que la réduction de la consommation chronique du tabac est associée à une réduction du risque de mortalité par rapport au maintien de la consommation »¹

Référence: pas de réduction	Risque relatif	IC 95%
Mortalité toute cause	0.92	0.85–1.0
Risque cardiovasculaire	0.93	0.84–1.0
Cancer du poumon	0.81	0.74-0.8
		.88-1.0

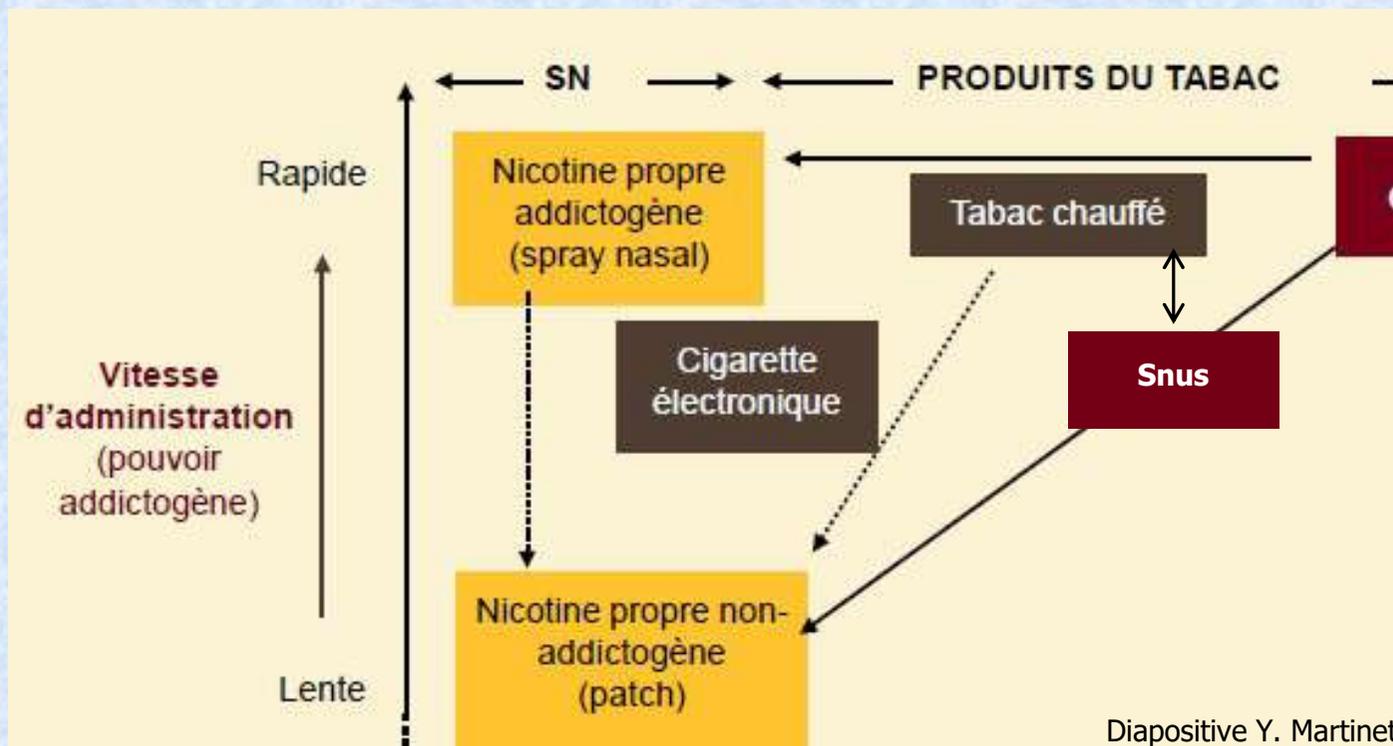
Meta-analyse (14 études; suivi 5 à 17 ans) ;
comparaison Réducteurs (consommation <50%) vs Fumeurs²

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

² Lee PN. *Regul Toxicol Pharmacol* 2013 ; 372 - 81

REDUIRE LES DOMMAGES DU TABAC ?

1. Les **risques** dépendent de la combustion du tabac et de la durée d'exposition
2. La **dépendance** dépendrait de la vitesse d'administration de la nicotine au cerveau



Hajek P, et al. *Prev Med* 2007 ; 44:230-4
Martinet Y, *Rev Mal Respir* 2006;23 : 109-118
Rose JE, et al. *PNAS* 2010 ; 107:5190-5

LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES (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, et al. *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

SYMPTOMES RESPIRATOIRE

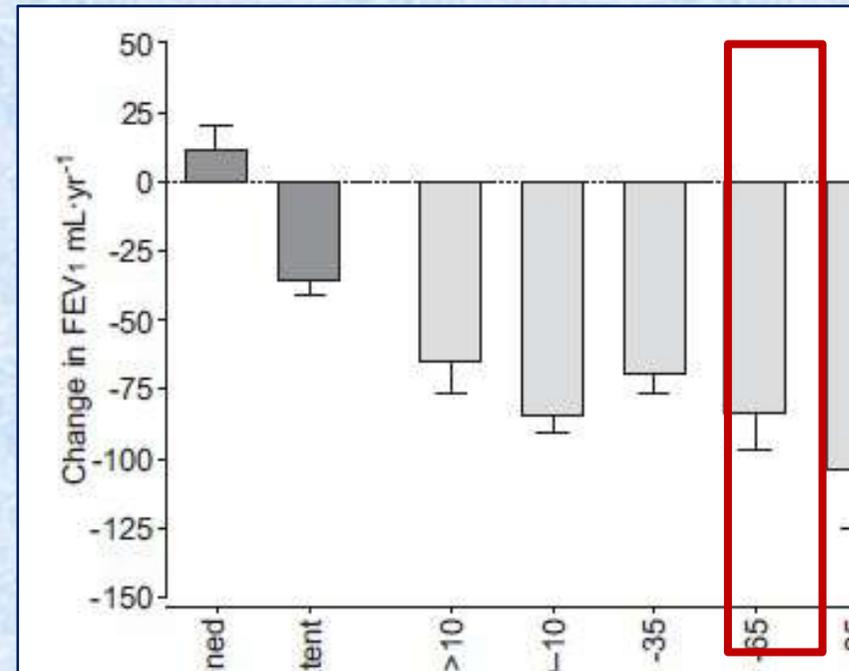
Symptômes respiratoires chroniques peu modifiés

Seule une diminution du tabagisme $\geq 85\%$ ralentit le déclin du VEMS

Réduction (Echec Arrêt)

Calverley PMA. *NEJM* 2007
décès par cancers : 21%

Muscat JE. *Cancer* 2011
RR (CB):1,79 (TTFC<30 mn)



Au cours de la première année
du suivi de la LHS

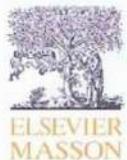
RISQUE D'HOSPITALISATION

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

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

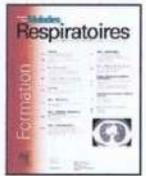
- Diminution \geq 50% de la consommation initiale

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

CPS1 **OR:1,17** (IC95%: 1,11-1,23)

CPS2 **OR:1,18** (IC95%:1,08-1,29)

Cardiovasculaire

RR=1,28 (IC95%:1,06-1,55)

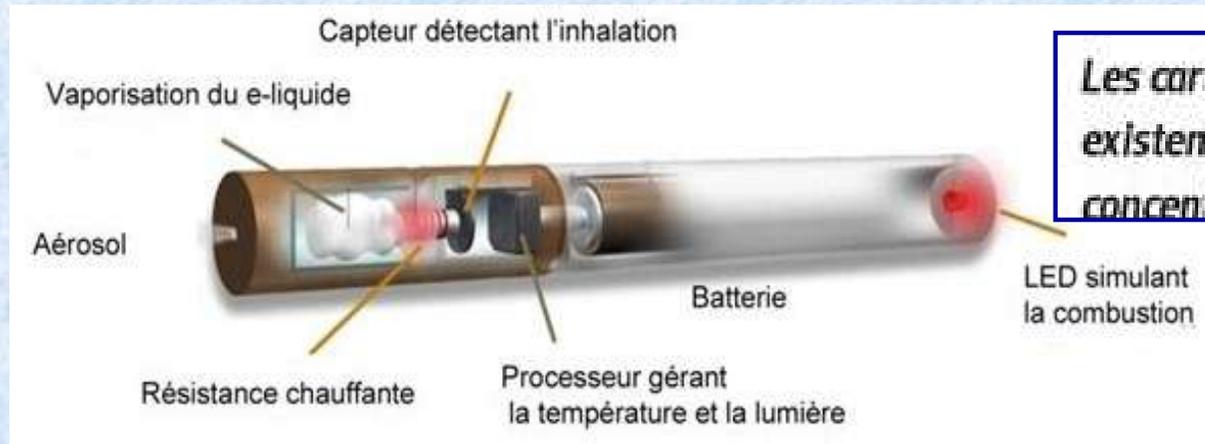
Cancer du pancréas

RR=1,67 (IC95%:1,12-2,50)

Path. gravidiques et mortalité périnatale

Très addictif (sevrage difficile)

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ?



Les cartouches de nicotine existent en différentes concentrations :

- 6-8 mg
- 10-14
- 16-18

Nicotine (0-2%) : 0-19mg/ml
Subst. Produisant de la vapeur (85%)
Arômes (1 à 8%) Eau (4%), alcool

Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. OFT, Mai 2013

Avis d'experts de l'OFT : adaptation de la prise en charge du sevrage tabagique suite à l'arrivée de l'e-Cig. *Rev Mal Respir* 2011; 28(8) : 978-84. *Rev Mal Respir* 2011; 28 (8) : 978-84

Toxicité vapeur de E-Cig < 95 % de la fumée de cigarette à court terme. Public Health England 2015 ; HCSP 2016

Intérêt de la E-Cig pour aider le fumeur motivé à son usage. HCSPF. Avis relatif à l'usage de l'e-cigarette; 22 /02/2016

Toxicité à long terme mal connue études à mener (poumon pathologique) Bals R, et al. *Eur Respir J* 2019; 53 (2)

MODELE MURINS

R. Foronjy - ERS 2014 (nicotine)

Augmente l'inflammation pulmonaire aigüe chez les souris exposées (fig.1)

Provoque une fibrose des voies aériennes(fig.2)

Induit une apoptose

Entraîne des lésions emphysémateuses

Active la PKC-alpha et ERK

Garcia-Arcos I, et al. *Thorax* 2018; 71:1119-1129

C. Glynos - ERS 2015 (arômes)

Résultats analogues

Glynos C, et al. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2018;315:L662-L672

Bals R, et al. Electronic cigarettes: a task force report from the European Respiratory Society. *Eur Respir J* 2019; 53 (2)

Fig 1 : Inflammation pulmonaire

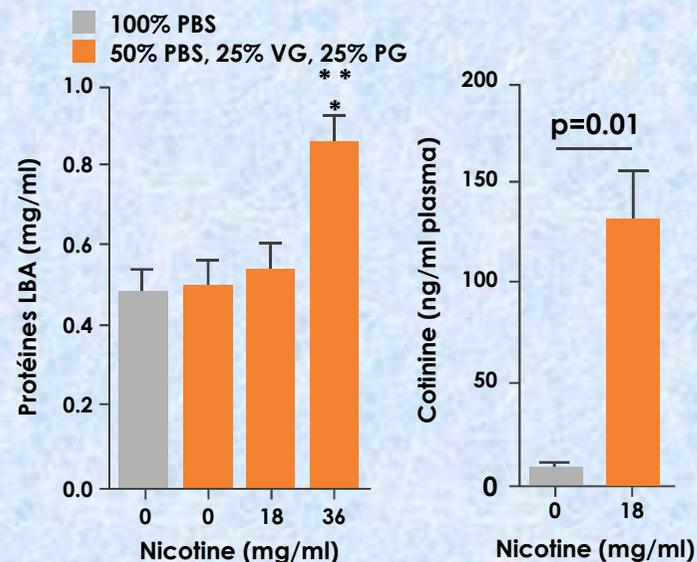
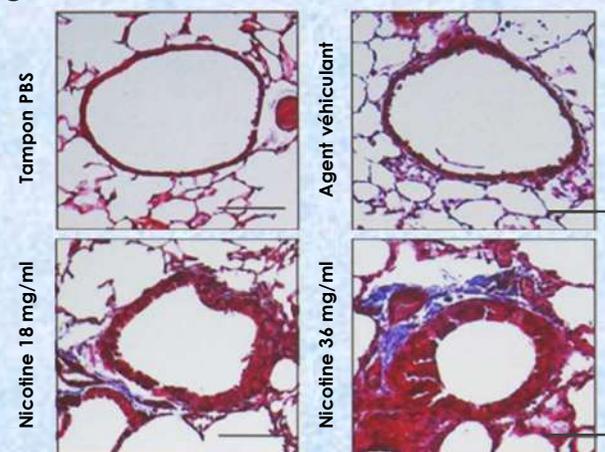


Fig 2 : Fibrose des voies aériennes



E-cigarette et fumeurs avec BPCO

Option envisageable ?

Tabagisme = aggravation de la BPCO

E-cig. : moins toxique que le tabac :
réduction du risque ?

Etude de Polosa, et al.

Etude retrospective (24F BPCO; 24 BPCO-EC
single13/24; dual11/24; suivi 12/24 mois)

Comparaison EC *vs* Contrôlés :

↘ exacerbations (p=0,002 ; p=0,001)

↘ symptômes-CAT (p=0,001)

↗ TDM 6 (p=0,001); NS VEMS/GOLD

Etude de Bowler, et al.

Etude prospective (USA, 2010-16, F/Ex-F
45-80ans, n=3536/1060). Usage e-cig(5%)

Vapoteurs (dépendance plus élevée, arrêts
moins fréquents, BPCO plus sévères)

International Journal of COPD

Dovepress

open access to scientific and medical research

 **Int J COPD 2017 ; 12:3203-10**

REVIEW

E-cigarettes in patients with COPD: current
perspectives

Polosa et al. *Respiratory Research* (2016) 17:166
DOI 10.1186/s12931-016-0481-x

Respiratory Research

Respir Res 2016 ; 17:166

RESEARCH

Open Access

Evidence for harm reduction in COPD
smokers who switch to electronic cigarettes



Riccardo Polosa^{1,2,3}, Jaymin Bhagwanji Morjaria^{4,5}, Pasquale Caponnetto^{1,2}, Umberto Prosperini⁵, Cristina Russo⁶,
Alfio Pennisi⁷ and Cosimo Marcello Bruno^{1,3}



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

Russell P. Bowler, MD, PhD^{1,2}, Nadia N Hansel, MD³, Sean Jacobson, BS⁴, R. Graham Barr, MD⁵,
Barry J. Make, MD⁶, Meilan K. Han, MD^{6,8}, Wanda K O'Neal, PhD⁷, Elizabeth C. Ostner, MD⁸,
Richard Casabian, MD⁹, Igor Bajraktarevic, MD⁹, Chris Cooper, MD⁹, Marilyn Foreman, MD¹⁰,
Robert A. Wise, MD⁷, Dawn L. DeMeo, MD¹¹, Edwin K. Silverman, MD, PhD¹¹, William Bailey, MD¹²,
Kathleen F. Hartington, MD¹², Prescott G. Woodruff, MD¹², and M. Bradley Drummond, MD⁷ for
COPDGene and SPIROMICS Investigators

Comment utiliser l'e-cig. ?

Balance bénéfique/risque positive en usage exclusif pour la e-cig/tabac.

Pas de « vapo-fumage »

Intérêt modeste dans l'arrêt du tabac

Choisir une e-cig (et e-liquide) de bonne qualité (dernière génération)

Obtenir l'effet sensoriel recherché, en évitant le manque en nicotine

Diminuer graduellement l'apport en Nicotine

Possibilité d'associer TNSTD et e-cigarette

Dautzenberg B, et al. *Rev Mal Respir* 2017; 34 : 155-64.

Revue des Maladies Respiratoires (2017) xxx, xxx-xxx



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

OFFICIAL TEXT – ARTICLE IN ENGLISH AND FRENCH

Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement

Recommandations pratiques sur l'e-cigarette pour les médecins professionnels de santé. Recommandations 2016 d'experts français

B. Dautzenberg^{a,*}, M. Adler^b, D. Garelik^c,
J.F. Loubrieu^d, G. Mathern^e, G. Peiffer^f,
R.M. Rouquet^h, A. Schmittⁱ, M. Underne^j

^a Service de pneumologie et réanimation respiratoire, groupe hospitalier de l'Hôtel-Dieu, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Service d'addictologie, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Poëlonnerie, 91400 Evry-Courcouronnes, France

^c Consultation de médecine et tabacologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^d 4, impasse de la Gare, 41260 La Chaussée-Saint-Victor, France

^e 2 bis, rue des Forges, 42400 Saint-Chamond, France

^f Consultation de tabacologie, CHR Metz-Thionville, 1, allée du Château, 57000 Metz, France

^g Dispensaire Émile-Roux, conseil départemental du Puy-de-Dôme, 63000 Clermont-Ferrand, France

^h Unité de coordination d'aide au sevrage tabagique, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse cedex 9, France

ⁱ Service de psychiatrie, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France

^j Tabacologie, centre d'investigation clinique, 2, rue de la Milétrie, 49000 Angers, France

^k Département de pneumologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49000 Angers, France

SEVRAGE TABAGIQUE EN PRATIQUE

MOYENS MEDICAMENTEUX

TNS	Pas de sous dosage, associer TNSTD et FO Traitement prolongé, réduction progressive
VARENICLINE	Bien toléré, pas d'interférence médicamenteuse
BUPROPION	Respect des CI

SUIVI PERSONNALISE

TCC ET EXERCICE PHYSIQUE¹

DIVERS ETP et réhabilitation respiratoire ²⁻⁴
internet ; SMS ^{5,7}: OR=2,16 (IC 95% : 1,77-2,62)

PROBLEMATIQUES DIVERSES

« **HARD-CORE SMOKERS (HCS)** » (Tr. Anxiodépressifs, précarité sociale⁶)
« **HARM REDUCTION** » (échecs répétés, HCS, e-cig en usage exclusif ?)

¹ Underner M. et al *Rev Mal Respir* 2016 ; 33 : 441-43

² Galera O et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:221-25

³ Mulhall P, et al. *Respirology* 2016 ; 21:781-89

⁴ Ouksel A, et al. *Rev Pneumol Clin* 2017 ; 73:309-15

⁵ Bryan J, et al. *Addiction* 2011 ; 106 : 1568-85

⁶ Free C, et al. *PLoS Med* 2013 ; 10 : e1001362

⁷ Melzer AC, et al *Ann Am Thorac Soc.* 2018 ;15:341-347

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET PROLONGEE

MOYENS MEDICAMENTEUX

TNS	Pas de sous dosage, associer TNSTD et FO Traitement prolongé, réduction progressive
VARENICLINE	Bien toléré, pas d'interférence médicamenteuse
BUPROPION	Bonne tolérance générale, respect des CI

SUIVI PERSONNALISE

TCC ET EXERCICE PHYSIQUE¹

DIVERS ETP et réhabilitation respiratoire ²⁻⁴
internet ; SMS ^{5,7}: OR=2,16 (IC 95% : 1,77-2,62)

PROBLEMATIQUES DIVERSES

« **HARD-CORE SMOKERS** (HCS) » (Tr. Anxiodépressifs, précarité sociale⁶)

« **HARM REDUCTION** » (échecs répétés, HCS, e-cig en usage exclusif ?)

¹ Underner M. et al *Rev Mal Respir* 2016 ; 33 : 441-43

² Galera O et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:221-25

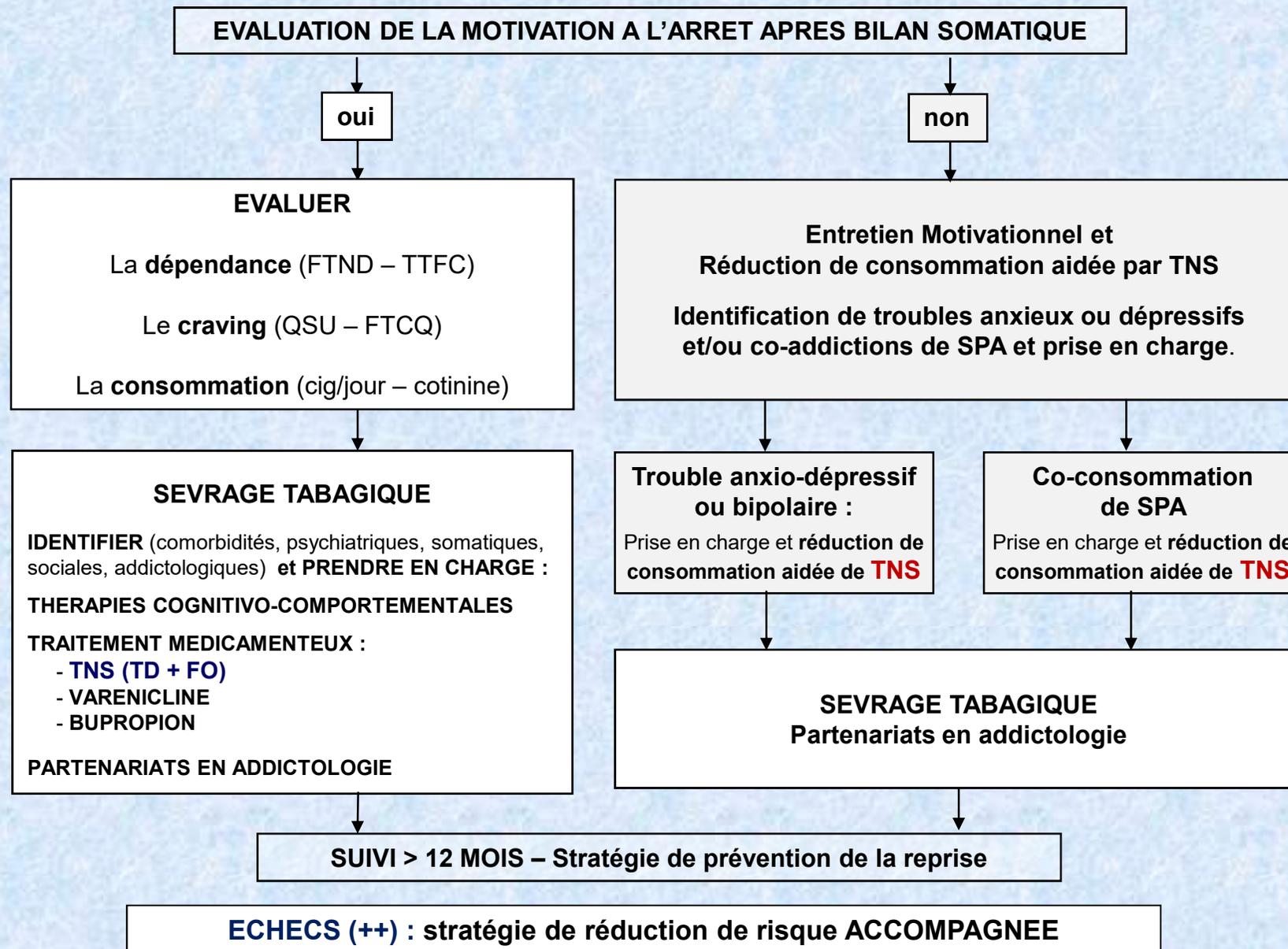
³ Mulhall P, et al. *Respirology* 2016 ; 21:781-89

⁴ Ouksel A, et al. *Rev Pneumol Clin* 2017 ; 73:309-15

⁵ Bryan J, et al. *Addiction* 2011 ; 106 : 1568-85

⁶ Free C, et al. *PLoS Med* 2013 ; 10 : e1001362

⁷ Melzer AC, et al *Ann Am Thorac Soc.* 2018 ;15:341-347.



EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRET

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 (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)

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

Schnoll RA, et al. *JAMA intern med* 2015 ; 175 (4) : 504-11

Fix B, et al. *Nicotine Tob Res* 2017 ; 19:1040-7

BPCO ET SEVRAGE TABAGIQUE

BILAN INITIAL

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

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

PRISE EN CHARGE ET SUIVI

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

BPCO

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

SEVRAGE TABAGIQUE

ARRET COMPLET DIFFERE

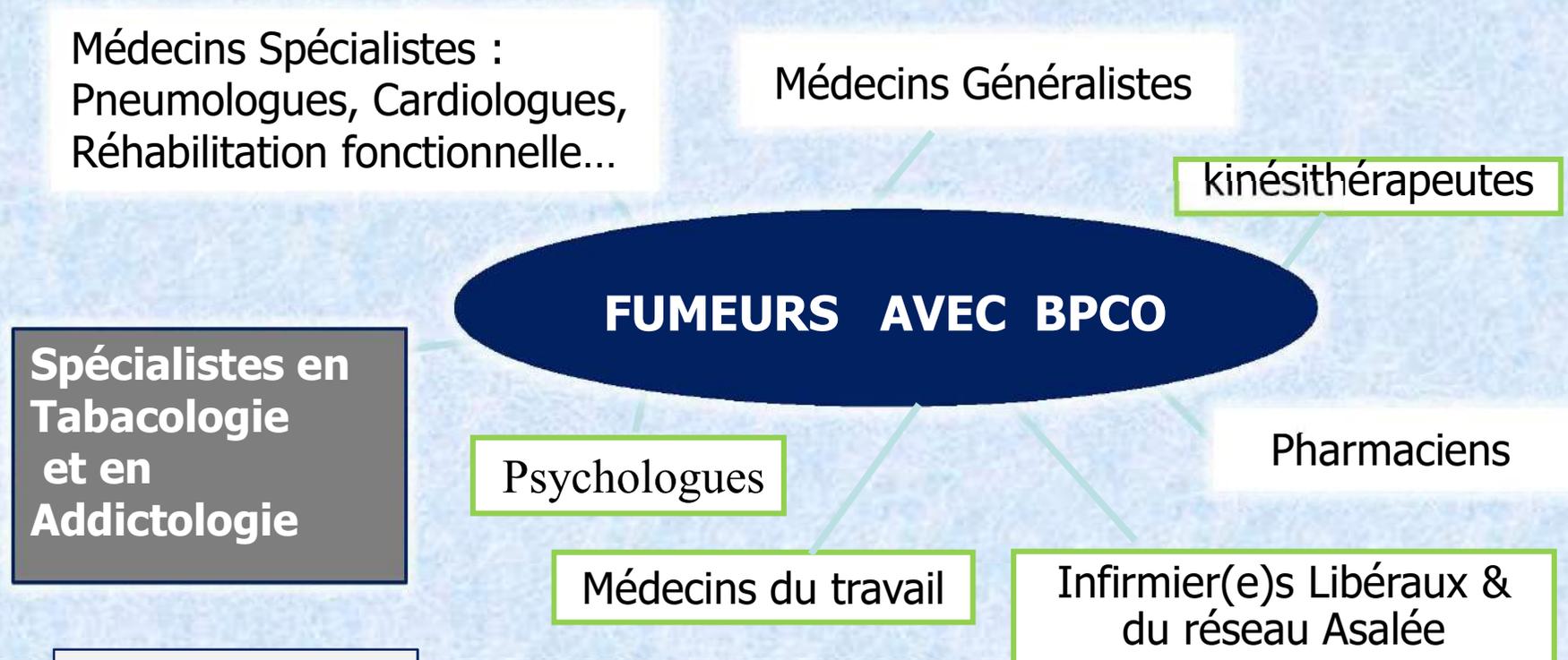
MOTIVER A L'ARRET DU TABAC
-compenser TAD
-contrôler co-dépendance(s)
REDUCTION CONSOMMATION (TNS) PUIS ARRÊT COMPLET

SEVRAGE IMMEDIAT

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

ECHEC : HARM REDUCTION

PROFESSIONNELS DE SANTE ET PRISE EN CHARGE DES FUMEURS AVEC BPCO ?



Stratégie « 5As »

- **Ask**
- **Advise**
- **Assess**
- **Assist**
- **Arrange**

HAS

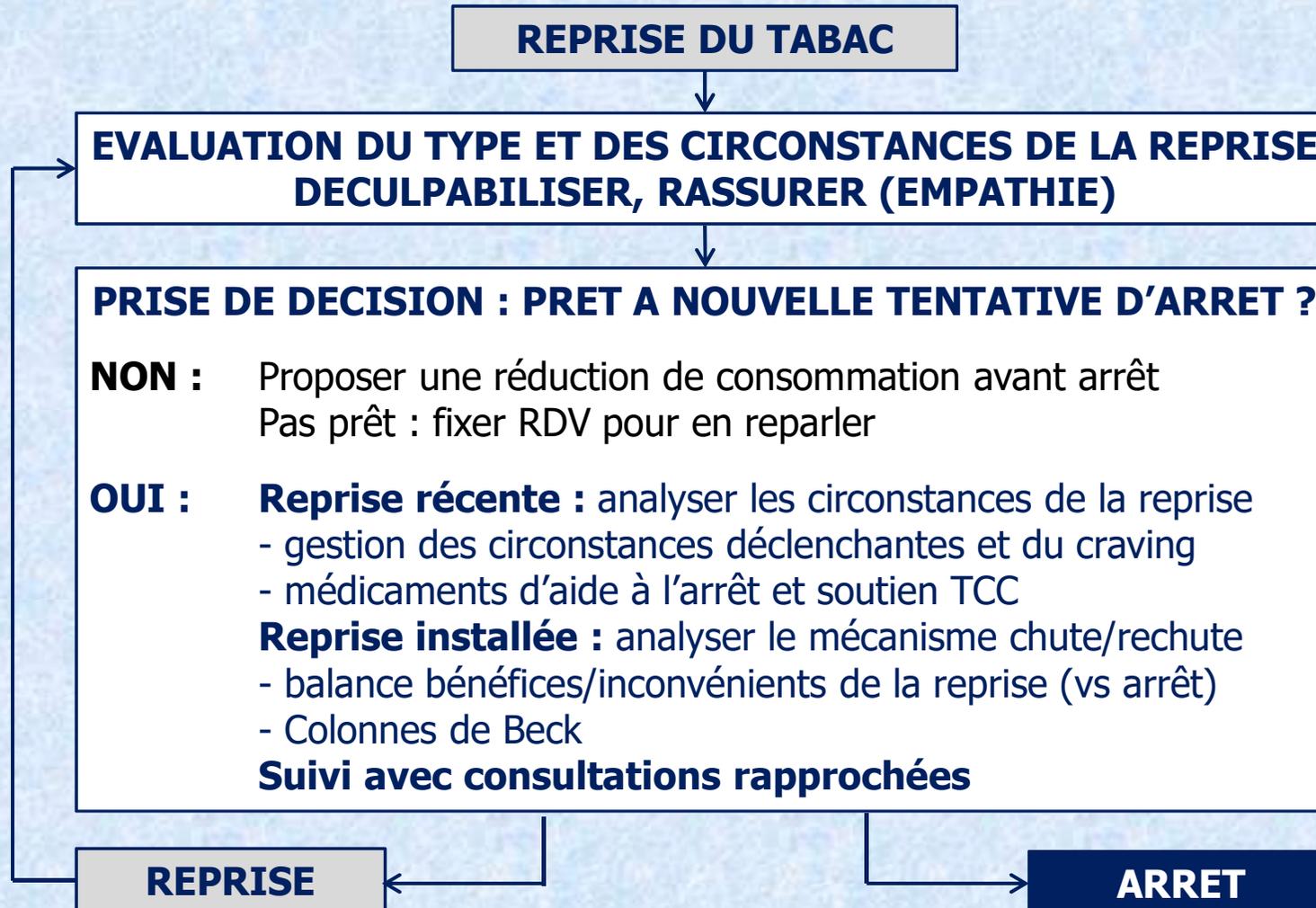
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Outil d'aide au **repérage précoce**
et à l'**intervention brève**

RPB ALCOOL, CANNABIS, TABAC, CHEZ L'ADULTE

*Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.
Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.*

INTERVENTION FACE A UNE REPRISE APRES ARRET DU TABAC



CONCLUSION

La BPCO est un enjeu majeur de santé publique.

L'arrêt du tabac chez le fumeur atteint de BPCO est impératif.

Les fumeurs atteints BPCO éprouvent souvent des difficultés pour arrêter le tabac.

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

Optimisation de l'aide à l'arrêt du tabac

- l'identification précoce de la BPCO
- aide à l'arrêt du tabac systématique
- prise en charge globale & partenariale
- réduction des risques par diminution de la consommation illusoire
- place de l'e-cigarette à préciser

Remerciements à :

M. UNDERNER Poitiers

G. PEIFFER Metz

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



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE GÉNÉRALE

Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive

Revue de Pneumologie clinique (2018) xxx, xxx–xxx



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

MISE AU POINT

L'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs atteints de BPCO, d'asthme, de cancer bronchique, et opérés

Revue de Pneumologie clinique (2018) xxx, xxx–xxx



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

ARTICLE ORIGINAL

BPCO et sevrage tabagique : attentes des patients et réponses des professionnels de santé

COPD and smoking cessation: Patients' expectations and responses

CAS CLINIQUE

Un vétérinaire en retraite de 65 ans vous est confié pour sevrage tabagique après hospitalisation en centre de réhabilitation respiratoire à la suite d'une exacerbation de BPCO. 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 ; il fume 30 cigarettes/jour, un sevrage tabagique (1^{ère} tentative) a été aidé par SNTD (21 mg - 24h/24) mais après 4 semaines d'arrêt complet marqué par sensation de manque et « craving » intense il a « rechuté » dans un état dysthymique.

La situation clinique actuelle est celle d'une BPCO stade III sévère (VEMS = 1,6 l [55% Th], VEMS/CV = 59%, GDS : PaO₂ = 58, PaCO₂ = 40 ; SaO₂ = 90%). Il est sous association LABA-LAMA. Il interrompu sa réhabilitation au bout de 2 semaines : « plus envie ». Dyspnée 3 mMRC ; TDM6 = 250 m ; IMC = 18,7 ; BODE = 6.

Que pensez-vous de la situation clinique de ce patient ?

Vous manque-il des éléments pour sa prise en charge tabacologique ?

- **Situation cardio-vasculaire** : RAS (pas de coronaropathie, pas d'IVD, ni IVG, pas d'AOMI)
- **Situation addictologique** : PAS de co-consommation de SPA.
- **Situation personnelle** : femme de 43 ans, sans emploi, alcool-tabagique, fils à charge de 13 ans ; humeur dépressive, perte d'intérêt et d'énergie, trouble du sommeil et réveil matinal... impression d'échec et d'incapacité...
- Pas de précarité sociale : score EPICES 17,34
- **Motivation à l'arrêt** : « la vie m'ennuie ; mais je veux protéger ma femme et mon fils... »

INDEX BODE (**B**ody mass index, airflow **O**bsturbation, functional **D**yspnoea, **E**xercise capacity)
DES INSUFFISANTS RESPIRATOIRES (BPCO)

1 - Eléments nécessaires pour construire cet index :

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

Faire un test de **MARCHE** de 6' (TDM6)

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

Coter la **Dyspnée** (échelle mMRC) :

- **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
TDM6 (mètres)	> ou = 350	250-349	150-249	< ou = 149
Dyspnée (mMRC)	0-1	2	3	4
IMC (kg/Tm ²)	≥21	< ou = 21		

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

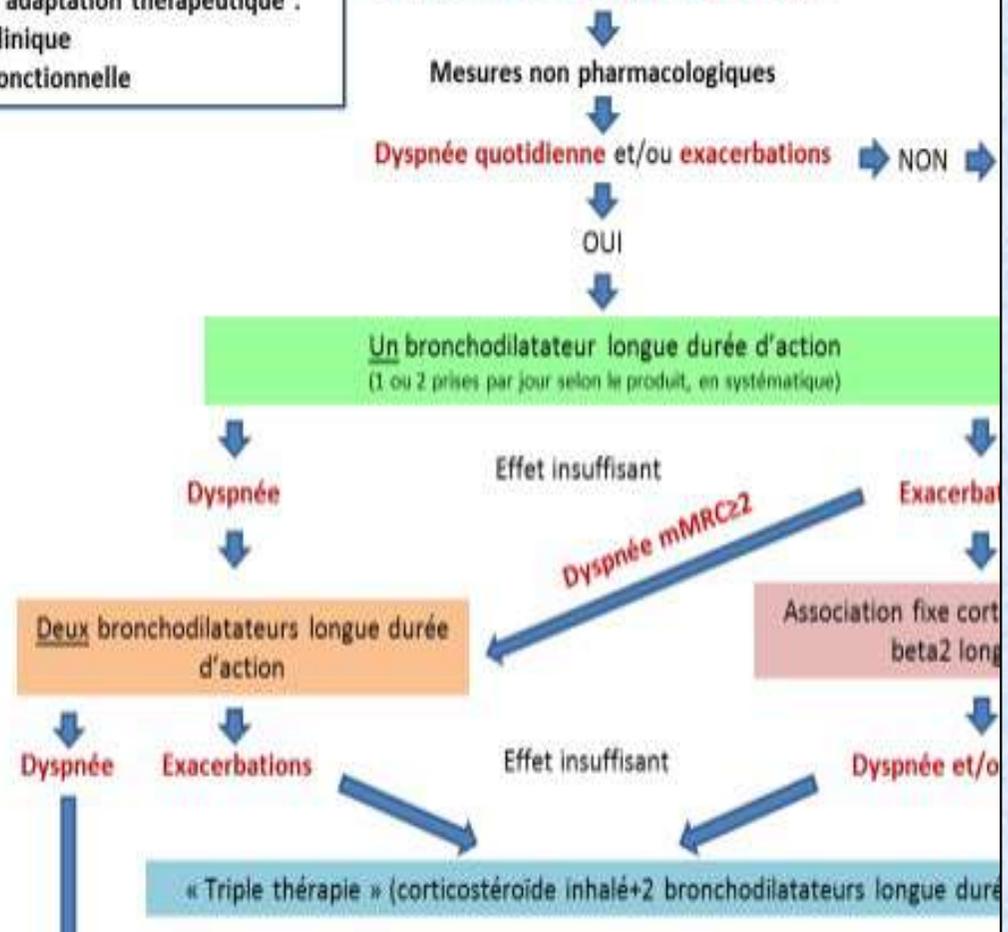
score 0 à 2 :	catégorie 1	Indice de sévérité +	15 %
score 3 à 4 :	catégorie 2	Indice de sévérité ++	30 %
score 5 à 6 :	catégorie 3	Indice de sévérité +++	40 %
score 7 à 10 :	catégorie 4	Indice de sévérité ++++	80 %

RECOMMANDATION DE PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DE LA BPCO (SPLF 2018)

Evaluation systématique avant toute adaptation thérapeutique :

- Clinique
- Fonctionnelle

Diagnostic de BPCO (VEMS/CV <0,7)



	Traitement inhalé	Situation
1 ^e ligne	Bronchodilatateurs de courte durée d'action (bêta2 agoniste et/ou anticholinergique)	Tous Seul traitement symptomatique
	Bronchodilatateur de longue durée d'action en monothérapie	
	Bêta2 agoniste	Dyspnée dans la vie d
	Anticholinergique	Dyspnée ou exacerb
2 ^e ligne	Associations de deux médicaments	
	Association de bronchodilatateurs de longue durée d'action (bêta2 agoniste et anticholinergique)	Dyspnée +/- exacerb traitement de 1 ^e ligne
	Association corticostéroïde	Exacerbations sans d

**SEVERITE (++) Si
Nb exacerbations ≥ 1/an
hospitalisation**

**30% ≤ VEMS < 50%
IRC et hypoventilation
alvéolaire : OLD+/-VNI
Chirurgie pulmonaire**

Vous prenez en charge le patient (en ajustant le traitement de la BPCO) **et complétez le bilan initial :**

- **motifs de la tentative d'arrêt** (conseil médical, crainte pour l'avenir de femme et enfant)
- **freins à la décision d'arrêt** (doute sur les bénéfices de l'arrêt et sa capacité à s'arrêter)
- **tests d'évaluation et d'aide à la prise en charge du sevrage :**
 - * FTCD = 10 RICHMOND = 6 FTCQ = 51 Synd. Sevrage Hugues, et al = 17
 - * 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 protides) **petit déjeuner** (café seul, pas de féculent).

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

- **Dépendance tabagique forte** (FTCD= 10, TTFC = 5 mn), craving élevé FTCQ = 51)
- **Motivation à l'arrêt faible avec confiance en soi réduite** (Richmond peu élevé)
- **Trouble anxio-dépressif avéré** (HAD, BDI, clinique et contexte)
- **SITUATION HABITUELLE DES FUMEURS AVEC BPCO** « Hard-core smokers »
 - Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2014 ; 31 : 937-60
 - Perriot J, et al. *Rev Pneumol Clin* 2018;74:170-80

Attitude thérapeutique immédiate ?

- **Réduction de la consommation aidée par TNS**
 - Peiffer G, et al. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 : 43S-60S.
 - Moore D, et al. *BMJ* 2009;338:b1024
- **Entretien motivationnel**
 - Laguerre G. *Arrêter de fumer*. O. Jacob, 2001
 - Guichenez P. *Traiter l'addiction au tabac*. Dunod, 2017
- **Psychotropes antidépresseurs car état dépressif avéré** (clinique, tests psychométriques)
 - Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 : 448-61
 - Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2018; 35 : 604-25.

SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE

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

Notez de 0 à 4, pour chacune des rubriques suivantes, ce que vous ressentez aujourd'hui en appliquant le barème suivant.

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

	Inexistant, Pas du tout	Très légèrement	Légèrement	Moyennemen t	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

Score :

(évaluation du syndrome de manque au cours du suivi de l'arrêt)

« TOBACCO CRAVING QUESTIONNAIRE »

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

PAS DU TOI D'ACCORD

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

Après 8 semaines d'une stratégie de réduction de la consommation par pastille à la Nicotine fortement dosée avec remplacement d'une cigarette/2 par TNSFO + TNSTD 21 mg associés à la prise d'IRSNA, le patient ne fume que 10 cig/j, se sent bien (HAD A = 8, D = 6, BDI = 6, FTCQ = 30, Synd Sevrage/Hugues = 9). La sensation de manque (Hughes =10) et le craving (FTCQ = 30) diminuent. La mesure du CO expirée = 12 ppm (6 cigarettes fumées, la dernière il y a 2 h). Désormais le patient souhaite s'arrêter complètement de fumer.

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

- stratégie de réduction de consommation aidée de TNSFO + TNSTD efficace
- troubles anxio-dépressifs compensés
- patient motivé à s'arrêter de fumer

Propositions thérapeutiques pour le sevrage complet ?

- **TNS transdermique + TNSFO à forte posologie**
 - * 2 timbres à 21 mg + pastilles ou gommes fortement dosées selon les besoins
 - * contrôle de l'arrêt, tolérance et adaptation de la posologie à J2 et J7,
Berlin I, et al. *Addiction* 2011 ; 106 : 833-44 (adaptation de la posologie/cotinine ?)
- **Toujours associer une prise en charge cognitivo-comportementale**
 - * suivi de: score de craving + score de sevrage + HAD et adaptation posologie TNS
- **Identification et mise en œuvre de nouveaux objectifs de vie**
- **Fixer la date du prochain rendez-vous (J7, contrôle téléphonique)**
 - * carnet de suivi, HAD, scores de sevrage et craving, HAD à chaque consultation
TNS de durée ≥ 145 j Medioni J, et al. *Addiction* 2005; 100:100:247-54.
 - * Expliquer l'importance du suivi (ajustement, de la rechute, prévention de la rechute)

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 de fumer.

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

- **Abstinence tabagique confortable ; poursuite du TNS avec diminution progressive**
- **Soutien et renforcement régulier étalé dans le temps \geq 12mois** (prévention et gestion de la reprise avec disponibilité et évaluation régulière de l'arrêt ; impliquer omnipraticien, et autres partenaires de santé dans le suivi)
- **Aide du patient à solutionner les problèmes de l'épouse** (informer, rassurer le patient et mettre en relation avec un centre de soin en alcoologie)

Autres possibilités thérapeutiques

- **Varénicline + TCC** (si échec du TNS, ou préférence du patient)
Efficacité dans l'arrêt du patient attent de BPCO (Tashkin DP, *et al. Chest* 2011;139:591-9)
Aide l'arrêt après réduction initiale (Ebbert JD, *et al. JAMA* 2014;311:155-163)
Bonne tolérance chez patients avec état dépressif (Ebbert JD, *et al. JAMA* 2014;311:155-163)
- **Bupropion + TCC** si absence de CI (Berlin I. *Alcoologie et Addictologie* 2017; 39:107S - 111S)

Stratégie de réduction des risques ou de la consommation ?

- **Absence de \searrow des risques par \searrow de la consommation**
- **Utilisation de TNS pour préparer et faciliter l'arrêt** (Moore D, *et al. BMJ* 2009;338:b1024)
- **E-cigarette : usage exclusif +/-TNS** (Dautzenberg B, *et al. Rev Mal Respir* 2017 ; 34:177-9)