PRATIQUE DU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LE PATIENT TUBERCULEUX FUMEUR

Docteur Jean PERRIOT
Pneumologue - Addictologue
CLAT 63 Clermont-Ferrand perriotjean@gmail.com

Déclaration de liens d'intérêts :
Collaborations pour expertise, essais cliniques, participation à des colloques avec : GSK, Pfizer, Pierre Fabre Medical Care, Novartis, Chiesi, AstraZeneca, Menarini.
Travail réalisé en toute indépendance des industries du tabac, de l'alcool, des jeux, de l'e-cigarette.

IRAAT
Réseau National CLAT
Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Journée Scientifique Science'Tab 10 février 2022

INTRODUCTION

TUBERCULOSE (TB) **ET TABAGISME SONT DEUX ENJEUX MAJEURS DE SANTÉ PUBLIQUE**.

DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE DE TB [1-2]

- Infection par le VIH, Formes AB-résistantes
- Autres facteurs : Précarité économique, Tabagisme…

CADRES POUR LA LUTTE CONTRE LA TB ET LE TABAC [3-6]

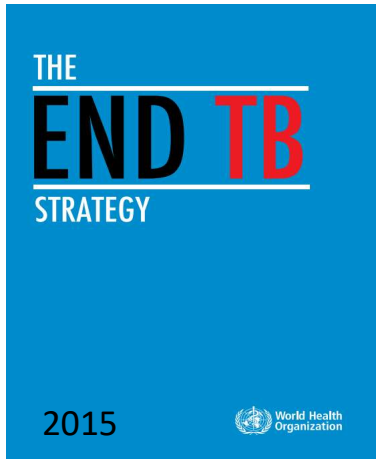
- Tuberculose : The End TB Strategy (OMS 2015), Feuille de route Tuberculose (France 2019-2023)
- Tabagisme : OMS (CCLAT 2003) France (PNLT 2018-2022)

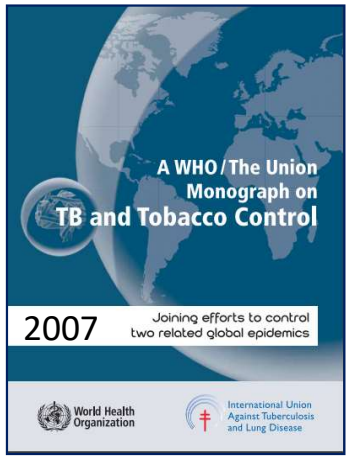
AIDE A L'ARRÊT DU TABAC ET FUMEURS TUBERCULEUX [7-8]

WHO/IUATLD : « *Monograph on TB and Tobacco Control* » (2007)

Missions des CLAT (arrêté 27-11-2020 ; JORF 0289 : 29-11-2020)

'The increase of tuberculosis in man runs parallel with the increase of the consumption of tobacco.'
Dr John H. Kellogg (1918)





1 Zellweger JP, et al. *Eur Respir Med* 2015;45:583-585.
2 Rapport sur la tuberculose dans le monde. OMS,2017.
3 https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1
4 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuillederoutetuberculose2019.pdf2
5 https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
6 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
7 *The Union monograph on TB and tobacco control.* WHO/HTM/TB/2007.390.
8 Arrêté du 27 11 2020 relatif aux centres de lutte contre la tuberculose.

PRINCIPES DE TABACOLOGIE ET D'AIDE A l'ARRÊT DU TABAC

HISTOIRE NATURELLE DU TABAGISME ET DE LA DEPENDANCE AU TABAC

Nicotine 95%
Autres alcaloïdes 5%

TABAC →

INDIVIDU (neurobiologie + environnement + génétique)
INITIATION (cigarette)

Mutations sur *CHRNA7* codant α7nAChr
Troubles attentionnels associés (SCZ/SPA)

EFFETS AVERSIFS | **RENFORCEMENT** | **EFFETS NEUTRES**

Positif
Négatif

CONSOMMATION ⇄ Tr. de personnalité
Troubles cognitifs
THADA, Psychoses
Polyconsom. de SPA
Tr. anxio-dépressifs

DEPENDANCE
Perte de contrôle et « *craving* »
Automatisation du comportement

Psycho-comportementale
Pharmacologique - tolérance

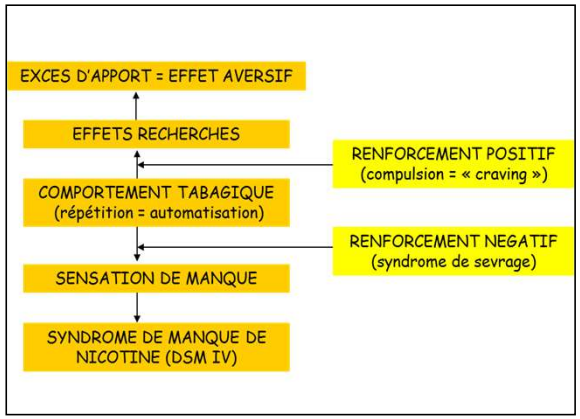
Sensibilisation comportementale
Altération de la neuroplasticité

Echec initial du sevrage, reprise après arrêt

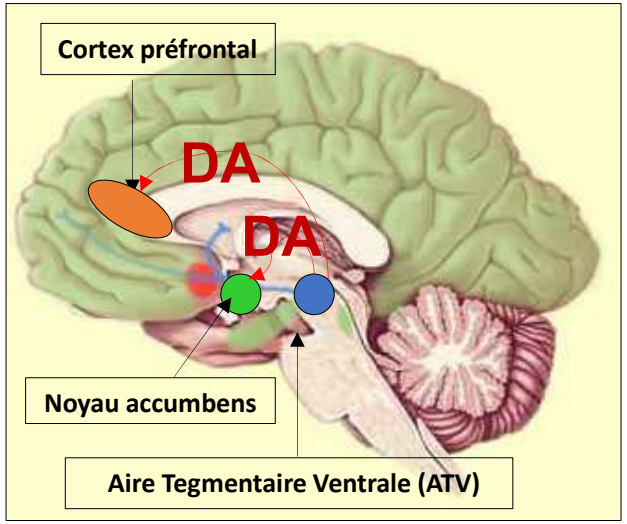
Pronostic de l'arrêt du tabagisme :
1 - **Critères de l'addiction au tabac**
(TTFC, craving, âge de début)
2 – **Comorbidités et environnement**
(TB, éducation-précarité, entourage)
3 - **Qualité de la PEC du sevrage**
(formation des professionnels)

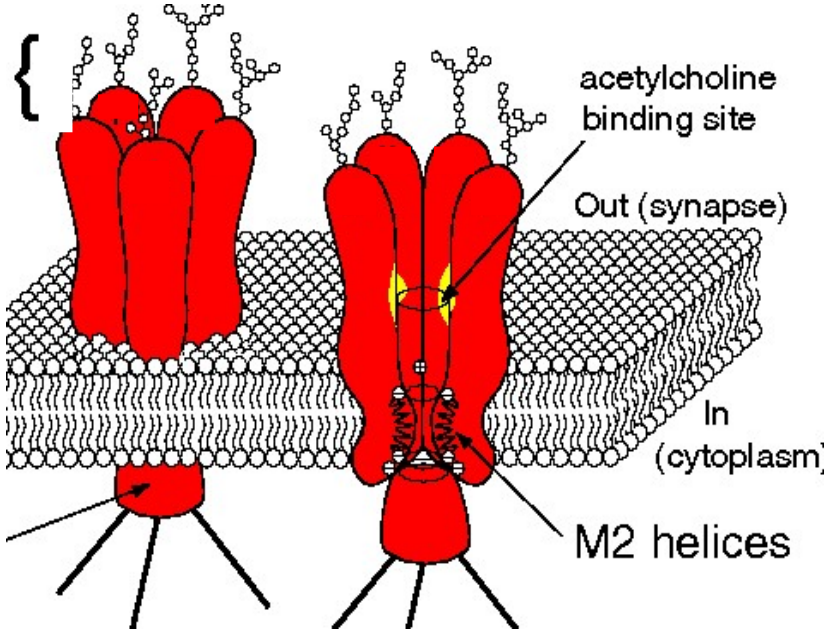
Zhang X, et al. *Frontiers in Genetics* 2019;10:7p
Perriot J, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29 :448-61.
Zvolska K, el al. *Tob Induc Dis* 2020;18:67.

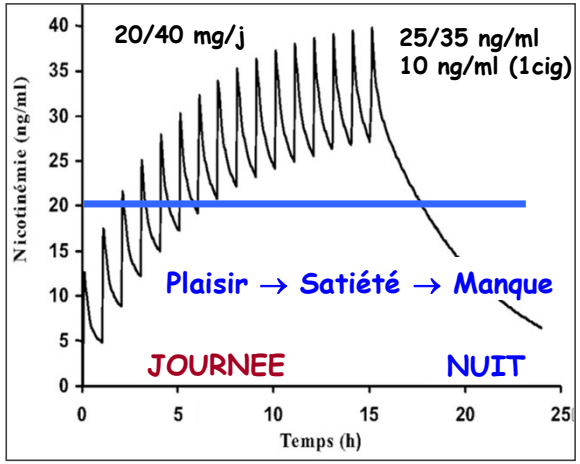
NICOTINE – nAChR ET DOPAMINE



nAChR : 5 sous-unités



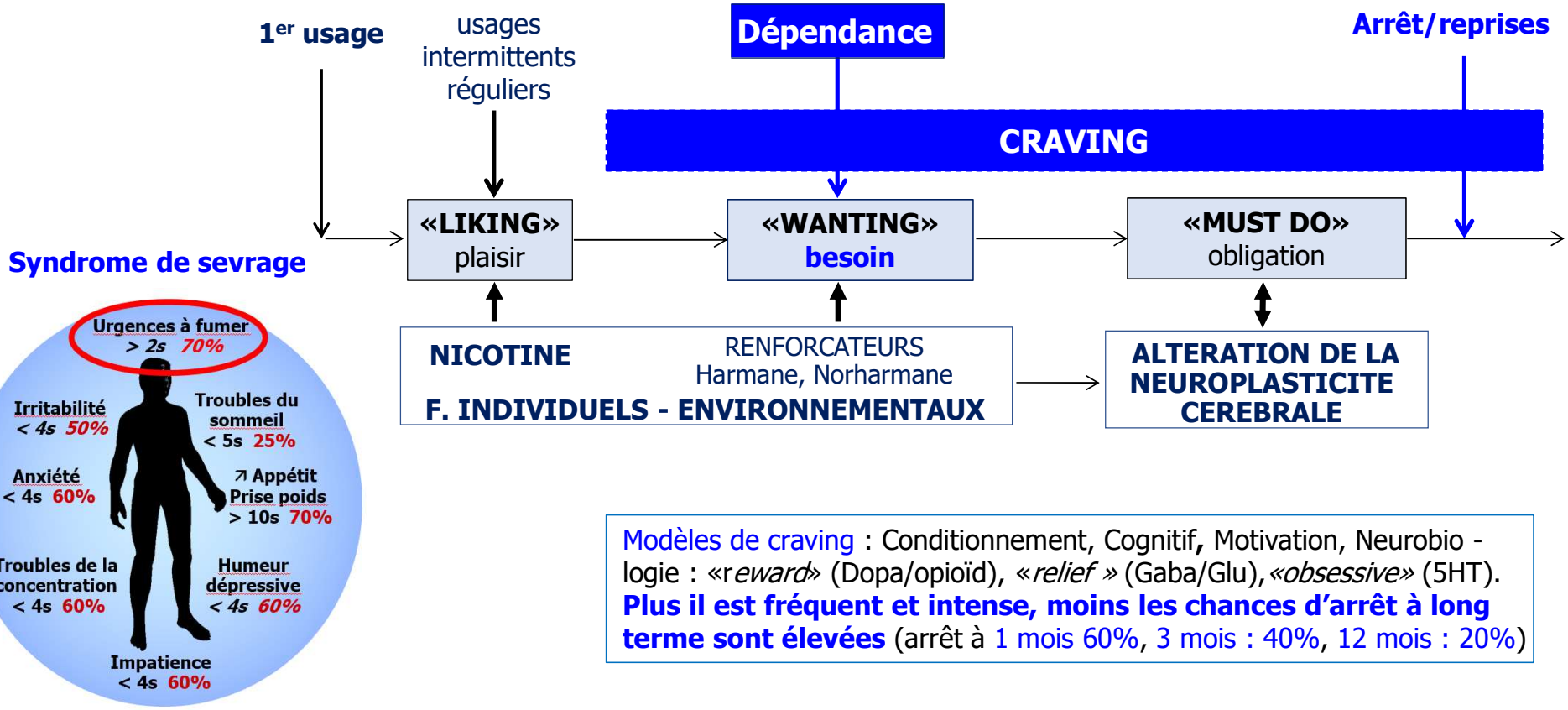




Demi plasmatique de la nicotine :
1-4 h (Métabolisme *CYP 2A6)*

Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Inserm, 2004
Berlin I. Pharmacologie clinique du tabagisme in « *Traité d'addictologie* », M Reynaud et, al. Paris: Editions Lavoisier, 2016.

DEVELOPPEMENT DE L'ADDICTION AU TABAC



Modèles de craving : Conditionnement, Cognitif, Motivation, Neurobio - logie : «r*eward*» (Dopa/opioïd), «*relief* » (Gaba/Glu), «*obsessive*» (5HT).
Plus il est fréquent et intense, moins les chances d'arrêt à long terme sont élevées (arrêt à 1 mois 60%, 3 mois : 40%, 12 mois : 20%)

McEwen A, et al. *Manual of smoking Cessation*. Blackwell Publishing, 2008.
Ekhtiari H, et al. *Prog Brain Res* 2016; 223:115-41
Skinner MD, et al. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34::606-23

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

ÉVALUATION DU PATIENT ET BILAN DU TABAGISME

- La dépendance nicotinique (FTCD) et l'usage d'autres SPA.
- Le niveau de motivation (Richmond - balance décisionnelle).
- Les freins et attentes du patient (prise en charge individualisée).
- L'état anxio-dépressif (HAD) et antécédents psychiatriques.

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

Une intervention structurée en trois étapes :

- Phase de préparation (conseiller et aider l'arrêt : X6 les arrêts)
- Phase de sevrage (arrêt effectif, contrôle des dépendances)
- Phase de suivi (prévention de la reprise)

Un accompagnement individualisé étalé dans le temps :

- Une réduction de consommation peut préparer l'arrêt complet.
- Une tentative non programmée peut s'accompagner d'arrêt.
- Pronostic de l'arrêt : contrôle du manque et accompagnement.
- L'arrêt du tabac améliore les troubles anxiodépressifs.

HAS: Recommandation de bonne pratique, Mai 2014.
Perriot J, et al. Tabacologie et sevrage tabagique.John Libbey, 2003.
Aveyard P, *et al. Addiction* 2012;107:1033-73.
West R, et al. *BMJ* 2006 332;456-60.
Ussher M, et al. *Add Behav* 2016; 53:175-80.
Taylor G, et al. *BMJ* 2014 ; 348 : g1151.

www.iraat.fr

TEST D 'EVALUATION DE LA MOTIVATION

Richmond RL ,et al. *Addiction*, 1993, 88 : 1127-35

Aimeriez-vous arrêter de fumer	Non Oui	0 1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer	Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup	0 1 2 3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir	Non Peut-être Vraisemblablement Certainement	0 1 2 3
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois	Non Peut-être Vraisemblablement Certainement	0 1 2 3

0-6 motivation faible ou moyenne **7-9** bonne motivation **10** très bonne motivation

TEST DE DEPENDANCE A LA NICOTINE (FTCD)

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? (< 30mn TNS TD /24h + TNS FO au réveil et post petit déjeuner immédiat)	Moins de 5 minutes ..... 6 à 30 minutes..... 31 à 60 minutes..... Après 60 minutes.....	3 2 1 0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	Oui..... Non.....	1 0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	La première..... Une autre.....	1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?....Posologie de TNS TD (1cig=1mg de nicotine = 1 mg de TNS...TNS FO ad Lib)	10 ou moins..... 11 à 20..... 21 à 30..... 31 ou plus.....	0 1 2 3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui..... Non.....	1 0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	Oui..... Non.....	1 0
	TOTAL	

Score 0 à 3 : peu ou pas de dépendance
Score 4 à 6 : dépendance à la nicotine
Score 7 à 10: forte dépendance à la nicotine
(Score 9-10 : très forte dépendance)

EVALUATION DE L'ETAT ANXIEUX OU DEPRESSIF (Test HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

A. Je me sens tendu, énervé :
- la plupart du temps 3
- souvent 2
- de temps en temps 1
- jamais 0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :
- jamais 3
- rarement 2
- assez souvent 1
- la plupart du temps 0

A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :
- oui, c'est tout à fait le cas 3
- assez 2
- pas tellement 1
- pas du tout 0

D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :
- oui, toujours 0
- pas autant 1
- de plus en plus rarement 2
- presque plus du tout 3

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :
- jamais 3
- rarement 2
- oui, en général 1
- oui toujours 0

D. Je me repousse à l'avance de faire certaines choses :
- comme d'habitude 0
- plutôt moins qu'avant 1
- beaucoup moins qu'avant 2
- pas du tout 3

A. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
- oui, très nettement 3
- oui, mais c'est pas trop grave 2
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- pas du tout 0

D. Je me sens ralenti :
- pratiquement tout le temps 3
- très souvent 2
- quelquefois 1
- jamais 0

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :
- très souvent 3
- assez souvent 2
- rarement 1
- jamais 0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses
- toujours autant 0
- plutôt moins 1
- nettement moins 2
- plus du tout 3

A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :
- très souvent 3
- assez souvent 2
- parfois 1
- jamais 0

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :
- souvent 0
- parfois 1
- rarement 2
- pratiquement jamais 3

A. Je me fais du souci :
- très souvent 3
- assez souvent 2
- occasionnellement 1
- très occasionnellement 0

D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :
- totalement 3
- je n'y fais plus attention 2
- je n'y fais plus assez attention 1
- j'y fais attention comme d'habitude 0

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items répartis en deux sous-échelles. Elle permet d'identifier l'existence d'une psychopathologie et d'en évaluer la sévérité. La note de 10 constitue un seuil limite pour l'anxiété, celle de 8 pour la dépression. La score global (A+D) = 13 pour les état dépressifs mineurs et 19 pour les états dépressifs majeurs.

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

1 - SOUTIEN COMPORTEMENTAL (TCC) **& PHARMACOTHERAPIES** [1] RR=1,83(IC95%:1,68-1,98) *vs.* Tt seul M6

2 - TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS) : **HAS 1ère intention - Remboursé par l'assurance maladie**

Tous les professionnels de santé et IDE. TNS FO ou TD (*vs* PCB) à M6 : RR = 1,55 (IC95% : 1,49-1,61) [2]

Optimisation du traitement.

- Associer TNS TD + FO *ad Libitum* (arrêt à M6 *vs.* PCB) : RR = 1,83 (IC 95% : 1,01-3,31) [2]
- Allonger la durée du traitement (<145 jours : RR rechute=1,44) [3]
- Améliorer l'observance (↗ nb d'heures patch/J : arrêt ↗ en S12) [4]
- Pas de sous-dosage initial (TNS 42mg *vs.* 21mg : contrôle du manque RR=4,99;IC95%:1,60-15,50) [2]

Intérêt dans la réduction avant arrêt et dans la stratégie « pre-quit » [5,6]

VARENICLINE : **HAS 2ème intention - Remboursé par l'assurance maladie**

Arrêt à date fixe (M6 *vs* PCB) : RR=2,24 (IC 95% : 2,06-2,43) [7] ou à date flexible entre J 8 et J 35.[8]
Intérêt d'un traitement prolongé (entre S12 et S24) [9] bonne tolérance[10] association possible avec TNS.[11]

BUPROPION : **HAS 2ème intention - Non remboursé assurance maladie** (RR=1,88;IC95%:1,60-2,06) [12]

1 Stead LF,et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD008286.
2 Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD000146.
3 Medioni J, et al. *Addiction* 2005;100 : 247-54.
4 Ma P, et al. *Drug Alcohol Depend* 2016 ; 169 : 64-7.
5 Moore D, et al. *BMJ* 2009;338:b1024.
6 Shiffman S, et al. *Addiction* 2004;99:557-63.
7 Cahill C, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 5: CD0061036.
8 Rennard S, et al. *Nicotine Tob Res* 2012;14:3:343-50.
9 Tonstad S, et al. *JAMA* 2006;296:64-71.
10 Aubin HJ, et al. *Br J Clin Pharmacol* 2013 ; 77 :324-33.
11 Chang PH, et al. *BMC Public Health* 2015;15:689.
12 Cahill K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.

3 - MOYENS D'AIDE COMPLEMENTAIRES

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Bénéfice - risque positif (*vs* CIG) **en usage exclusif**

Seconde ligne, pas d'étude chez le fumeur atteint de TB

e-cig (*vs* TNS) : RR=1,69(IC95%:1,25-2,27) 3 études.

e-cig+nic (*vs* e-cig-nic): RR=1,71(IC95%:1,00-2,92) 3 études.

e-cig (*vs* TCC) : RR=2,50(IC95%:1,24-5,04) 4 études.

Dautzenberg B, et al. *Rev Mal Respir* 2017;34:155-64.
Hartmann-Boyce J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216
HCSP : Avis relatif aux bénéfices - risques de la cigarette électronique. 26-11-2021.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Contrôle du craving, de la reprise et des TAD.

Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:431-443
Bernard P. *Le Courrier des addictions* 2014;16:14-15

SOUTIEN À DISTANCE (conseil, quit-lines, observance)

tabac-info-service.fr 3989

Whitakker R, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 10: CD006611.
Taylor GMJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 9: CD007078.
Matkin w, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 5: CD002850.

STRATEGIES DE GESTION DES CONTINGENCES

Notley C, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 7: CD004307.

THÉRAPIES NON CONVENTIONNELLES

Acupuncture, Hypnose, Stimulation Magnétique Transcranienne

White AR, et al, *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1:cd000009
Barnes J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 6: CD001008

Electronic cigarettes for smoking cessation (Review) Cochrane Library

Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Butler AR, Fanshawe TR, Hajek P *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10:CD010216.

Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement *Rev Mal Respir* 2017; 34 : 155-64.

CrossMark
English / French

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

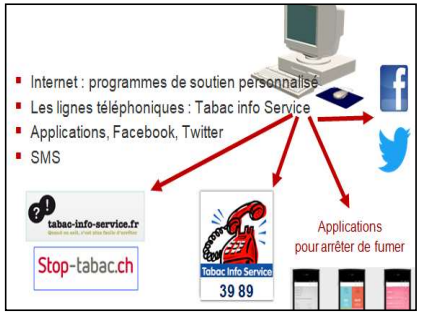
B. Dautzenberg[a,*], M. Adler[b], D. Garelik[c], J.F. Loubrieu[d], G. Mathern[e], G. Peiffer[f], J. Perriot[g], R.M. Rouquet[h], A. Schmitt[i], M. Underner[j], T. Urban[k]

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

CrossMark
Info.suppl.

Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessatio

M. Underner[a,*], J. Perriot[b], G. Peiffer[c], J.-C. Meurice[a]



AIDE A L'ARRÊT DU TABAC DU TUBERCULEUX FUMEUR

L'AIDE A L'ARRÊT DU TABAC EST CODIFIÉE

PRISE EN CHARGE SIMULTANEE TB - TABAC (*DOTS-DOT*) [1,2]
- PEC du patient dans sa globalité (*DOT*=ETP).
- Tabagisme : facteur d'inobservance des anti-TB.

UNE PRISE EN CHARGE STANDARDISEE [3,4]
- Systématique (identification, évaluation, aide à l'arrêt).
- Des outils adaptés à la PEC du tabac (fiche de suivi, tests).

DES MOYENS D'AIDE A L'ARRÊT DEFINIS [5,6]
- Conseil d'arrêt, Stratégie 5As, TCC, Médicaments.
- Stratégie d'aide corrélée à la motivation et à la dépendance.

1 Novotny TE. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12(10):1103.
2 Ng N, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008;12(5):567-72.
3 Gupte HA, et al. *Public Health Action* 2018;8(2):50-52.
4 Bam TS, et al. *BMC Public Health* 2015;15:604.
5 HAS: Recommandation de bonne pratique, Mai 2014.
6 Monograph on TB and Tobacco control; WHO/HTM/TB/2007.390

Tobacco use and tobacco control
Int J Tuberc Lung Dis 2007;11(4):381-5.
C-Y. Chiang, K. Slama, D. A. Enarson
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France

Providing and monitoring quality service for smoking cessation in tuberculosis care
Int J Tuberc Lung Dis 2007;11(8):838-47.
D. A. Enarson, K. Slama, C-Y. Chiang
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France

Introducing brief advice in tuberculosis services
Int J Tuberc Lung Dis 2007;11(5):496-9
K. Slama, C-Y. Chiang, D. A. Enarson
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France

Helping patients to stop smoking
Int J Tuberc Lung Dis 2007;11(7):733-8.
K. Slama, C-Y. Chiang, D. A. Enarson
International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France

STRATEGIE 5 As (*Ask about tobacco use* : identifier le tabagisme, *Advise to quit* : Conseiller l'arrêt du tabac , *Assess willingness to make a quit attempt* : évaluer la motivation à l'arrêt, *Assist in quit attempt* : aider l'arrêt en accompagnant le patient , *Arrange follow up* : assurer un suivi pour éviter la reprise)

Ask →	**Identifier le fumeur** (**lors du diagnostic de TB :** TM - ITL)
Advise →	**Conseiller l'arrêt** (**bénéfices/TB**) et **proposer une aide**
Assess →	**Evaluer et renforcer la motivation à l'arrêt** (**empathie - TCC**)
Assist →	**Accompagner l'arrêt du tabac** (**TNS - TCC**) + *Tt anti-TB*
Arrange →	**Organiser le suivi** (**prevention reprise**) + *observance anti-TB*

Slama k, Chiang CY, Enarson D. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11(5) :496-9.
Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services.

ARRÊT DU TABAC CHEZ LE PATIENT TB-FUMEUR DANS LA LITTERATURE

El Sony A, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007;11:150-5.

Soudan : 24 centres de soins primaire (DOTS 9mois) **513 TB**
Conseil bref d'arrêt du tabac + anti-TB (*vs.* anti TB)

T anti-TB complet à M9 :	83%	*vs.* 56%	p<0,0001
Arrêt du tabac à M12 :	66%	*vs.* 14%	p<0,0001

Awaisu A, et al. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2011;6:26.
Awaisu A, et al. *Tob Induc Dis* 2012;10:2.

Malaisie : 5 centres (DOTS 6 mois) **120 TB**

SCIDOTS (anti-TB + conseil d'arrêt du tabac *vs.* DOTS)

Arrêt tabac :	77,5%	*vs.* 8,7%	p<0,001
HRQOL :	0,98	*vs.* 0,91	p=0,006

DOTS (vs. SCIDOTS)

Rupture des anti-TB :	2,5%	*vs.* 5,2%	p=0,019
Echec du Tanti-TB :	0%	*vs.* 6,5%	p=0,019

Aryanpur M, et al. *BMC Infect Dis* 2016;16:369.

Iran : 2 centres (DOTS 6 mois) **210 TB** **essai contrôlé**
(1) **anti-TB** (2) **A-TB + TCC** (3) **A-TB + TCC + bupropion**

(1) Arrêt à 6 mois :	9,8%
(2) Arrêt à 6 mois :	33,8% (OR=7,1 ; p<0,001)
(3) Arrêt à 6 mois :	71,7% (OR=35,2; p<0,001)

Siddiquea BN, et al. *Public Health Action* 2013;3:243-6.

Bengladesh (DOTS 6mois : 3134 TB) **562 fumeurs-TB**

Programme BRAC (**aide à l'arrêt du tabac en 5 étapes**)
(1) identifier les fumeurs, (2) informer sur TB et tabac, (3) aider l'arrêt du tabac, (4) « maison sans tabac », (5) +/- Tt de sevrage.

Résultats de l'intervention (Perdus de vue ou décédés : 9%)
Arrêt du tabac : M2 : 66% et M6 : 82%
Pronostic de l'arrêt : TEP : RR=0,46(IC95%:0,28-0,74)
TTFC court : RR=0,46(IC95%:0,31-0,66)
TB récente : RR=1,46(IC95%:0,74-2,87)

Louwagie GM, et al. *Addiction* 2014;11:1942-52.

Afrique du Sud (6 centres DOTS/VIH 6mois) **409 VIH+TB+**

Essai contrôlé d'aide à l'arrêt du tabac (2 groupes : 1 et 2)
(1) contrôle : conseil bref d'arrêt (n=204)
(2) intervention : entretien de motivation (n=205)

Résultats de l'intervention (intervention *vs.* contrôle):
Arrêt à M3 : 25,4% *vs.* 12,8% (RR=1,98;IC95%:1,24-3,18)
Arrêt à M6 : 21,5% *vs.* 9,3% (RR=2,29;IC95%: 1,34-3,92)

PEC l'aide à l'arrêt du tabac des patients VIH+TB+ fumeurs

Bronner Murrison L et al. *PLoS ONE* 2016;16:e0167133.
Tabac+HIV : TB Pulmonaire (ORa=3,2 *vs.* non fumeur).

Mwiru RS, et al. *Drug Alcohol Dep* 2017;170:128-132.
Tabac et TB+HIV : précarité, usage d'alcool et SPA.

Cui Z, et al. *PLoS One* 2017 2017;12:e0173976.
Tabac+HIV-TB : non adhérence à ART.

EVALUATION DES INTERVENTIONS D'AIDE A l'ARRÊT DU TABAC

DES DONNÉES ET RESULTATS CONTRASTÉS

Jeyashree K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 1:CD11125
« déficit de données de qualité ne permettant pas d'évaluer l'efficacité des interventions d'aide à l'arrêt du tabac pour améliorer le traitement de la TB » (114 études recensées - 7 retenues - pas d'inclusion).

Withehouse E, et al. *Public Health Action* 2018; 8 : 37-49.
Efficacité des aides à l'arrêt (14 études hétérogènes ; taux d'arrêt : 15% à 82%).

Jimenez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015 ; 46 : 61-79.
Les fumeurs-TB : des « *Hard-core smokers* » ?

Oh KH, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2017;21:804-809
Ugarte-Gil C, et al. *PLoS ONE* 2013; 8:e69514.
Pelzer K, et al. *BMC Psychiatry* 2012; 12:12:89
Fumeurs-TB : fréquence des états dépressifs (à évaluer).

Altet N, et al. *PloS ONE* 2017;12(8): e0182998.
Fumeurs TB : fréquence du mésusage d'alcool et SPA (à idendifier).

Cochrane Library
Cochrane Database of Systematic Reviews

Smoking cessation interventions for pulmonary tuberculosis treatment outcomes (Review)

Jeyashree K, Kathirvel S, Shewade HD, Kaur H, Goel S

Jeyashree K, Kathirvel S, Shewade HD, Kaur H, Goel S.
Smoking cessation interventions for pulmonary tuberculosis treatment outcomes.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.: CD011125.
DOI: 10.1002/14651858.CD011125.pub2.

www.cochranelibrary.com

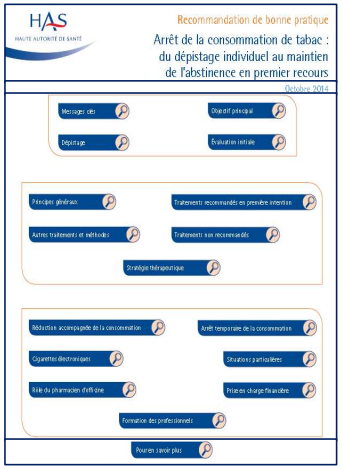
Smoking cessation interventions for pulmonary tuberculosis treatment outcomes (Review)
Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
WILEY

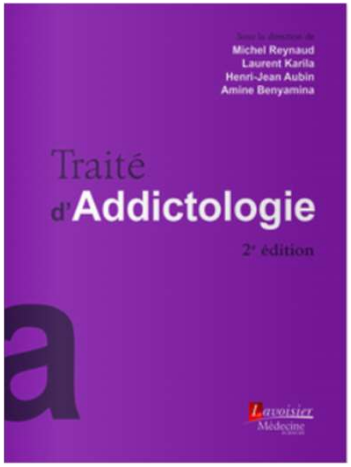
Jevashreee K, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 1: CD11125

IMPOSSIBLE SEVRAGE DE CERTAINS TB-FUMEURS ?

« Il n'y a pas de forteresses imprenables, il n'y a que des citadelles mal attaquées. » Turenne

« Les fumeurs difficiles: pathologies somatiques, précarité sociale, infection VIH… sont plus souvent des « fumeurs négligés » ? G. Lagrue





Pour une implication plus forte du pneumologue dans l'aide à l'arrêt du tabac des patients fumeurs

G. Peiffer[1], M. Underner[2], J. Perriot[3], R.M. Rouquet[4] *Lettre du Pneumologue* 2020;23:73-83.

Précarité et sevrage tabagique : réflexions à partir des données de la consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (AP—HP), Paris

Smoking cessation support among persons in situation of precariousness

A. Deschenau[a,*], A.-L. Le Faou[b], D. Touzeau[a]

Rev Mal Respir 2017;34(1):44-52.

Success rates in smoking cessation: Psychological preparation plays a critical role and interacts with other factors such as psychoactive substances *PLoS ONE* 2017;12(10):e0184800.

Bertrand Joly[1], Jean Perriot[2], Philippe d'Athis[1], Emmanuel Chazard[3], Georges Brousse[4], Catherine Quantin[1,5,6*]

Sevrage tabagique chez les patients fumeurs VIH : expérience de la consultation de tabacologie de l'HEGP à Paris

Smoking cessation among HIV smokers: Experience of a French hospital-based smoking cessation service

S. Choulika[a], A.-L. Le Faou[b,*,c] *L'Encéphale* 2016;43(2):110-3.

Determination of Tuberculosis and Tobacco Smoking, Smoking Cessation Care in TB Smokers

Jean Perriot [a*], Lan Tien Nguyen [b], Gérard Peiffer [c] and Michel Underner [d]

Issue and Developements in Medicine and Medical Research

01-2022 BP International. DOI: 10.9734/bpi/idmmr/v2/3123E

FACILITATEURS ET OBSTACLES A L'ARRÊT DU TABAC

FACILITATEURS

Le fumeur et sa tuberculose.

- TB sans comorbidité (TB et VIH+ ou BPCO) et TBP (*vs*. TEP).
- Patient proche du soin et emploi stable.
- Arrêts antérieurs, perception du bénéfice, faible dépendance (TTFC).

Offre de soin.

- Etablissement de santé fréquenté respectant l'interdiction de fumer.
- Professionnels formés à l'aide à l'arrêt du tabac (conseil d'arrêt, aide à l' arrêt du tabac au sein de la *DOT*, durée du suivi ≥12 mois).

OBSTACLES

Le fumeur et sa tuberculose.

- Environnement tabagique (entourage familial et social).
- Déficit d'information (toxicité du tabac, bénéfices de l'arrêt).
- Forte dépendance, usage de SPA, bas niveau d'éducation, TEP.

Offre de soin.

- Etablissement de santé fréquenté sans contrôle du tabagisme.
- Déficit de formation des professionnels (lien tabac-TB, modalités et organisation de la prise en charge d'aide à l'arrêt du tabac).

Zvolska k, et al. *Tob Induc Dis* 2020;18:67.
Harutyunyan A, et al. *Tob Prev Cessat* 2020;6:70.
Goel S, et al. *Indian J Tuberc* 2019;66(4):555-60.

EN PRATIQUE INTERVENTION AU SEIN DES CLAT

PRINCIPES DE L'INTERVENTION

Une prise en charge (PEC) **simultanée de la TB** (TM et ITL) **et de l'arrêt du tabac**.

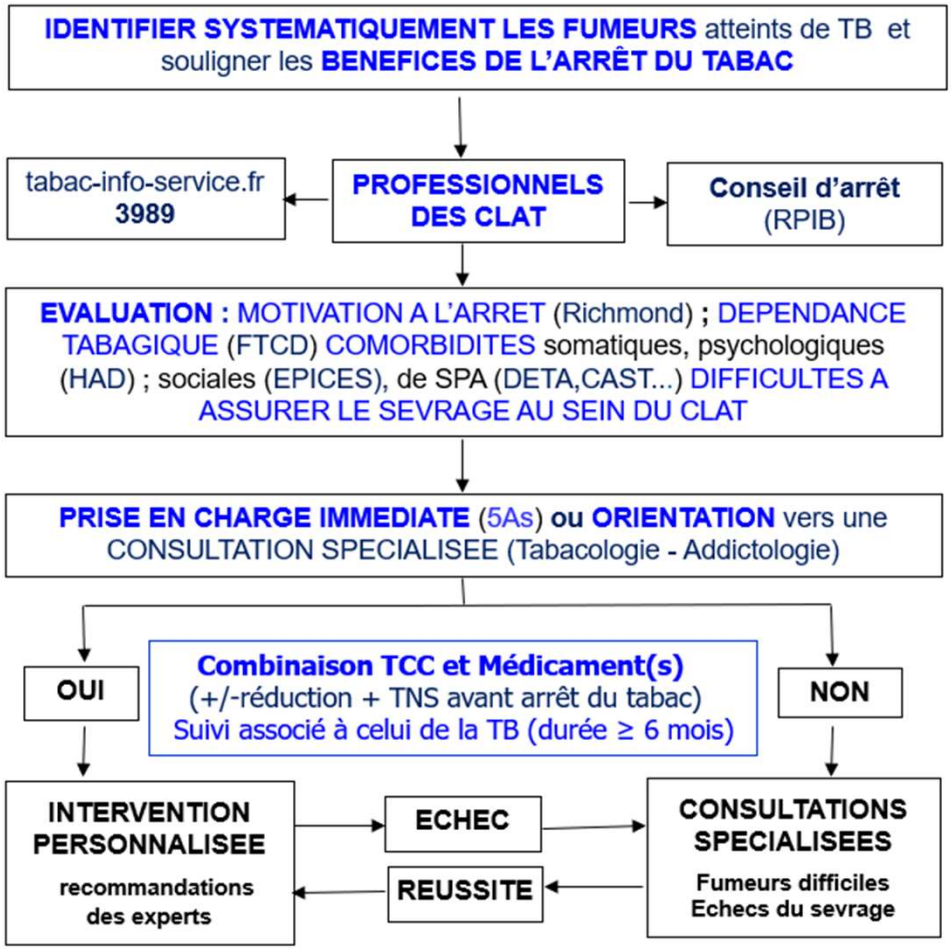
Dès le diagnostic de TB
- Identifier le tabagisme du patient TB.
- Conseiller l'arrêt, expliquer les bénéfices.
- Evaluer le tabagisme et engager l'aide à l'arrêt.
- Suivi simultané du sevrage et de la TB (≥ 6mois)

Trois degrés d'intervention
- Conseil d'arrêt (RPIB-HAS) et renforcer l'arrêt.
- Conseil d'arrêt et PEC de l'aide à l'arrêt (TCC-TNS).
- Fumeurs difficiles orientés vers une Cs Spécialisée.

Renforcer l'arrêt au cours du suivi de la TB (TIS 3989)

Partenariats CLAT - Consultations tabacologie

Jimenez-Ruiz CA, et al. *Eur Respir J* 2015 ; 46 : 61-79.
Navya N, et al. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):90.
Perriot J. et al. *Rev Pneumol Clin* 2018 : 74: 391-399.
Perriot J. et al. *Rev Med Liege* 2020:75:100-104.
Lin H, et al, *BMJ Open* 2019;9:e031204.



FORMATION DES PROFESSIONNELS DU SOIN AUX TUBERCULEUX

Amara B, et al. *Rev Mal Respir* 2008;25:569-75.
Evaluation du Programme National de lutte contre la TB du Maroc (enquête auprès des pneumologues).

96% connaissaient les effets délétères du tabac sur le cours de la TB.
84% identifiaient systématiquement le tabagisme de leurs patients.
70,7% soulignaient les bénéfices de l'arrêt du tabac (guérison de la TB, sans récidive).
5,3% se sentaient assez formés pour aider les fumeurs à arrêter le tabac .

Sereno AB**,** et al. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32: 451-5.
Efficacité d'une formation d'aide à l'arrêt du tabac, sur un jour, d'équipes de centres *DOTS* de Rio de Janeiro.

2 centres *DOTS* (18 soignants) 1 jour de formation.
Evaluation (à 6 mois)
- **Stratégie 5 As connue**
- **Amélioration du sentiment d'auto-efficacité**.
- **Pas d'amélioration de la prescription du TNS**.

(15% d'arrêts, 90% obtenus en Cs de tabacologie)
Formation des professionnels sur une journée : insuffisante …**associer la pratique**

G Gravil-Baillon et C Fuhrman ont évalué les besoins et attentes des professionnels des CLAT de France

CONCLUSION

Tabagisme et tuberculose sont deux enjeux majeurs de santé publique.

- La lutte contre le tabagisme facilite le contrôle de l'épidémie tuberculeuse.
- L'arrêt du tabac améliore le pronostic de la TB et l'observance des traitement anti-TB
- Les professionnels des CLAT sont les plus habilités à aider ces patients à arrêter le tabac.
- Cette aide obéit aux règles générales de la prise en charge du sevrage tabagique.

Des formations destinées aux professionnels des CLAT sont mises en place.

DU Tuberculose - Université Paris-Sorbonne.
La feuille de route tuberculose : Les missions d'habilitation des Centres de lutte antituberculeuse - Université de Strasbourg.
Formation en tabacologie du Réseau National des CLAT.

D'autres formations en Tabacologie leurs sont accessibles.

DIU de Tabacologie (5) http://societe-francophone-de-tabacologie.org/ (CSFT 2022 : Dijon 24 & 25-11-2022)
Formations régionales dont celles de l'IRAAT https://www.iraat.fr

Remerciements : ARS Auvergne-Rhône-Alpes.
Réseau national des CLAT.
Institut Rhône-Alpes-Auvergne de Tabacologie.
P. Fraisse - Strasbourg, M. Underner - Poitiers, G. Peiffer - Metz

POUR EN SAVOIR PLUS

- Perriot J, Nguyen LT, Peiffer G, Underner M. *Determination of Tuberculosis and Tobacco Smoking, Smoking Cessation Care in TB Smokers* in « *P. Schicchitano. Issue and Development in Medecine and Medical Research. Vol.2* » 2022 ; London, BP International.
- Zellweger JP, Duarte R, Munoz Torrico M. *Tuberculosis, Alcohol, Smoking, Diabetes, Immune Deficiencies and immunomodulating Drugs* in « *GB Migliori, MC Raviglione. Essential Tuberculosis* » 2021; Springer Nature Switzerland AG.
- Lin H, Lin Y, Xiao L, Chen Y, Zeng X, Chang C.How Do Smoking Status and Smoking Cessation Efforts Affect TB Recurrence After Successful Completion of Anti-TB Treatment? A Multicenter, Prospective Cohort Study With a 7-Year Follow-up in China. *Nicotine Tob Res*. 2021 ;23(12):1995-2002.
- Perriot J, Underner M, Peiffer G, Flaudias V. Stratégie et modalités d'aide à l'arrêt du tabac chez les fumeurs tuberculeux. *Rev Med Liege.* 2020;75(2):100-104.
- Perriot J, Tollis E, Underner M, Peiffer G. Tabagismo e supporti alla disassueffazione dal fumo di tabacco nei pazienti affeti da tubercolosi. *Tabaccologia* 2019;2:40-48.
- Chiang CY, Bam TS. Should tobacco control intervention be implemented into tuberculosis control program? *Expert Rev Respir Med.* 2018;12(7):541-543.
- Perriot J, Underner M, Peiffer G. Le tabagisme et l'aide à l'arrêt du tabac des patients atteints de tuberculose. *Rev Pneumol Clin*. 2018;74(6):391-399.
- Perriot J, Underner M, Peiffer G. Tuberculosis and tobacco smoking. *Journal of Tuberculosis* 2018;1(1004):1-4.
- Underner M, Perriot J. Tabac et tuberculose. *Presse Med.* 2012;41(12 Pt 1):1171-80.
- Wang J, Shen H. Review of cigarette smoking and tuberculosis in China : intervention is needed for smoking cessation among tuberculosis patients. *BMC Public Health* 2009;9:292.