

SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS AVEC BPCO

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

DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2014



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

INTRODUCTION

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

- Épidémiologie galopante et coût induit important
- Monde 2020 : 3^{ème} cause mortalité, 5^{ème} handicap
- France : prévalence 7,5%, décès 5%

Déficits multiples :

- 30% des BPCO sont diagnostiquées
- 50 % des BPCO sont traitées
- 38 à 77% des BPCO fument (L:38-51% ; S:54-77%)¹

Etat des lieux du sevrage tabagique du fumeur atteint de BPCO et propositions pour la pratique clinique.

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



Etat des lieux de la BPCO

Lien entre tabagisme et BPCO, bronchite
chronique (BC), emphysème :

Fumeur actuel

BPCO : RR = 2,89 (IC 95% : 2,63-3,17) 129 ét.

BC : RR = 2,69 (IC 95% : 2,50-3,90) 144 ét.

Emph. : RR = 4,51 (IC 95% : 3,38-6,02) 28 ét.

Tabagisme : facteurs de risque principal (80 % - BPCO)

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

Facteurs de risque des BPCO (2 types)

Facteurs exogènes

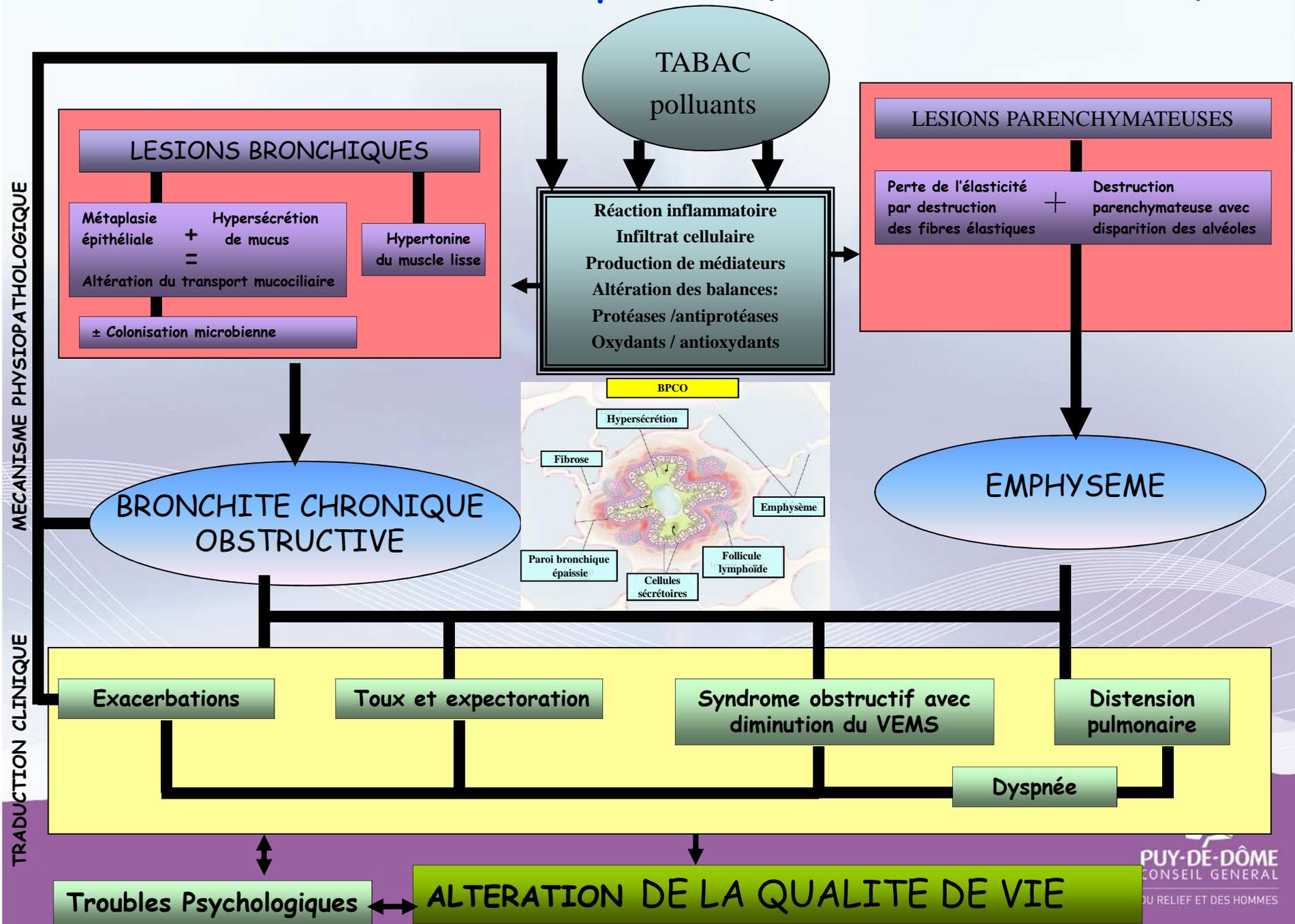
Polluants professionnels
Polluants domestiques
Pollution urbaine
Infections respiratoires
Précarité socio-économique
Tabagisme

Facteurs endogènes

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



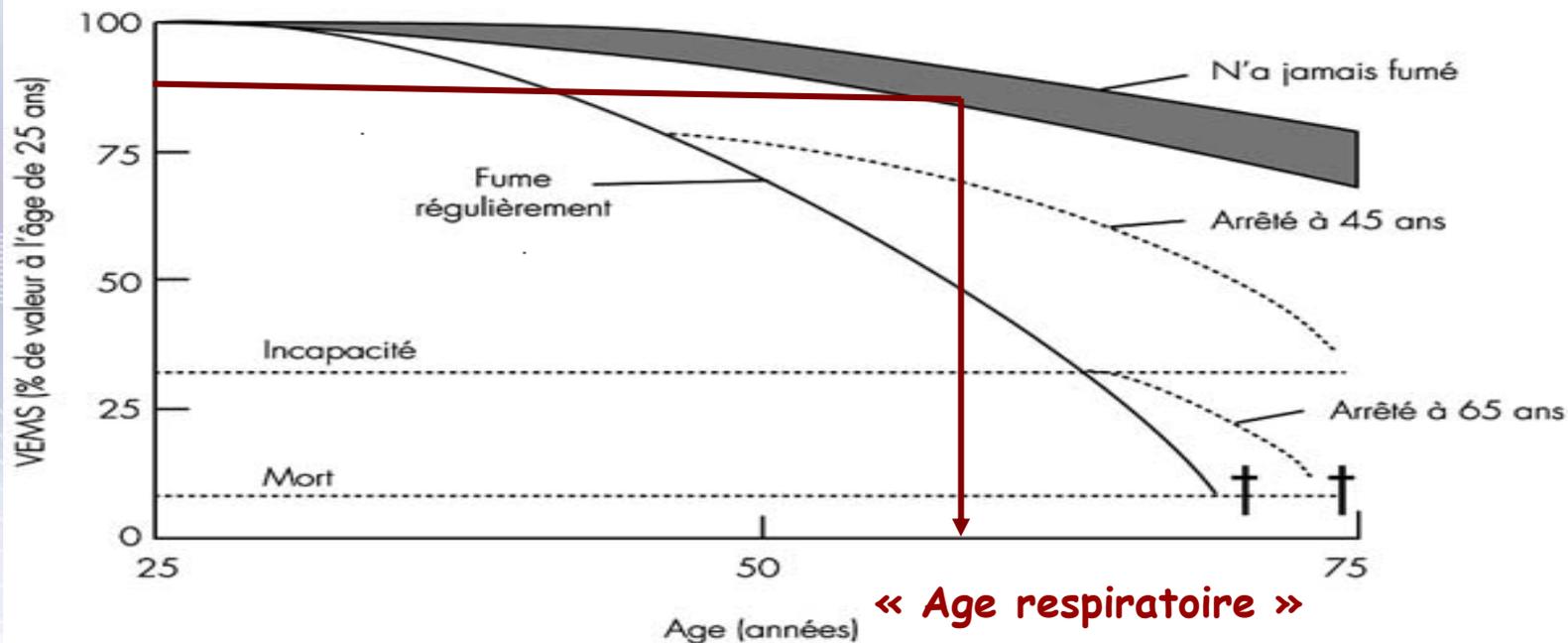
BPCO une maladie multicomposantes (obstruction + distension)



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.



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

L'arrêt du tabac restaure un déclin avec l'âge proche de la normale (-30 ml/an versus -50 ml à 100 ml/an chez les fumeurs)



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

Dépistage de la BPCO par Spirométrie miniaturisée (Néo-6)

Embout jetable à insérer

Zone de couleur définissant le risque d'obstruction

Bouton d'affichage des résultats



Grille d'aération

Bouton de contrôle

Spiromètre électronique miniature = dépistage de la BPCO facile et peu coûteux (60 € + 0,6 € embout)

- Un rapport $VEMS / VEM-6 > 0.8$ exclut à priori une obstruction bronchique.
- Entre 0,7 et 0,8 réaliser un bilan EFR si association de toux, expectorations et dyspnée.
- $VEMS/VEM-6 < 0,7$: Pneumologue et E.F.R.
- Faux positifs (sujets âgés) et Faux négatifs ($VEMS$ et $VEM-6 \searrow$).



DETECTION PRECOCE DE LA BPCO.

BPCO : INCONNUES ET DEFICITS.

Une prise en charge sous optimale en pneumologie.¹

Inflammation bronchique mal connue.²

Phénotypes évolutifs variés.³⁻⁴

INTERET DU DEPISTAGE DE LA BPCO.

Tabagisme \geq 10PA, âge \geq 40 ans. ⁵

Objectif d'amélioration de la prise en charge.⁶⁻⁷

- Mini-spiromètres électroniques (formation).⁷⁻⁹
- Evaluation de dyspnée et fonction respiratoire.⁸
- Facilitateur de la prise en charge.¹⁰
- Réduction des hospitalisations : (programme Finnois 1998-2003 : 18 %).¹¹

Aide à l'arrêt du tabagisme (moyen terme).¹²⁻¹³

2009-2010 : 16 centres de tabacologie
(7,5% BPCO parmi les consultants - n : 1700).¹⁴

Spirométrie miniaturisée : type Néo-6



¹ Roche N, et al. *Rev Mal Respir* 2009 ; 26 : 933-41.

² Perez T, et al *Rev Mal Respir* 2011, 28 : 192-215.

³ Waked M, et al. *Int J Chron Obstruct Pulm Dis* 2012 ; 7 : 779-87.

⁴ Huchon G. *Presse Med* 2008 ; 37 : 374-5.

⁵ Housset B, et al. *Bull Epidemiol Hebd* 2007 ; 27-28 : 248-50.

⁶ Lin K, et al. *Ann Intern Med* 2008 ; 148 : 535-43.

⁷ Roche N, et al. *Rev Mal Respir* 2008 ; 25 : 787-90.

⁸ Roche N, et al. *Presse Med* 2009 ; 38 : 1041-8.

⁹ Vial M, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 68 : 10-16.

¹⁰ Dales RE, et al. *Chest* 2005 ; 128 : 2443-7.

¹¹ Pietinalho A, et al. *Respir Med* 2007 ; 101 : 1419-25.

¹² Gorecka D, et al. *Chest* 2003 ; 123 : 1916-23.

¹³ Kotz D, et al. *Eur Respir J* 2009 ; 33 : 754-62.

¹⁴ Heno G, et al. *Alcool Addictol.* soumission.

Profil du fumeur BPCO



Seul l'arrêt du tabagisme peut permettre de prévenir la BPCO ou de ralentir son évolution

Auteur	Lung Health Study (LHS) [BPCO légères à modérées]	Déclin VEMS (ml / an)	
		Poursuite du tabagisme	Arrêt du tabagisme
Anthonisen <i>JAMA</i> 1994	LHS 1 Suivi : 5 ans	- 63	- 34
Anthonisen <i>AJRCCM</i> 2002	LHS 3 Suivi : 11 ans	- 60	- 27

Fumeur BPCO : dépendance nicotinique supérieure

	BPCO +	BPCO -	p
Test de Fagerström [1] (score global : 0 - 10)	4,8 +/- 2,4	3,1 +/- 2,4	< 0,0001
Forte dépendance (score de Fagerström ≥ 7) [1]	28,8 %	10,2 %	< 0,0001
Test HSI (Heaviness of Smoking Index). Score : 0 - 6 [2]	3,9 +/- 1	3,6 +/- 1	< 0,001

[1] Jiménez-Ruiz (*Chest* 2001 ; 119 : 1365-70)

[2] Shahab (*Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7)

Fumeur BPCO : consommation supérieure, marqueurs biologiques du tabagisme plus élevés

	BPCO +	BPCO -	p
Nb cig./jour [1]	24,2 +/- 14,4	18,5 +/- 11,7	< 0,0001
Nb cig./jour [2]	16,3 +/- 10,4	14,8 +/- 9,2	< 0,02
CO expiré (ppm) [1]	19,7 +/- 16,3	15,4 +/- 12,1	< 0,0001
Cotinine salivaire (> 30 ng / ml) [2]	322 +/- 173	278 +/- 117	< 0,001

[1] Jiménez-Ruiz (*Chest* 2001 ; 119 : 1365-70)

[2] Shahab (*Thorax* 2006 ; 61 : 1043-7)

Avec ou sans BPCO : stades de changement de comportement identiques

Jiménez-Ruiz (*Chest* 2001 ; 119 : 1365-70)

Stade de Prochaska	BPCO + N = 153	BPCO – N = 870	p
Pré-intention « <i>Fumeur heureux</i> » (N'envisage pas d'arrêt dans les 6 mois)	49,7 %	42,6 %	NS
Intention « <i>Fumeur hésitant</i> » (Envisage l'arrêt dans les 6 mois mais pas dans le prochain mois)	13,1 %	19,1 %	NS
Préparation « <i>Fumeur décidé</i> » (Envisage l'arrêt dans le prochain mois)	9,2 %	7 %	NS

Fumeurs BPCO : autres constats

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

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.

Sherman SE, et al. J Rehabil Res Rev 2003 ; 40 : 1-2



LA BPCO : maladie générale (fonction respiratoire, insertion sociale, ressources cognitivo-affectives)

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

Disponibilité en ligne sur www.sciencedirect.com

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

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

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

Anxiety and depression in COPD: A review

G. Ninot

Laboratoire Epayon, EA 4556 dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, université Montpellier, 4, boulevard Henri IV, 34000 Montpellier, France

Reçu le 16 septembre 2010 ; accepté le 24 novembre 2010
Disponible sur internet le 17 mai 2011

MOTS CLÉS
Anxiété ;
Dépression ;
BPCO ;
Appropriation ;
Évaluation

Résumé
Introduction. — Une BPCO ne touche pas seulement la fonction respiratoire d'un patient. Elle affecte aussi ses ressources cognitivo-affectives. Ces retentissements s'observent notamment par la présence de troubles anxieux et dépressifs à différents temps de l'histoire de la maladie. Cette revue de la littérature propose des définitions contemporaines de ces troubles, leurs liens avec la BPCO, et leurs modalités d'évaluation en contexte pneumologique.
État des connaissances. — Les fonctions neurocognitives et les ressources émotionnelles sont perturbées par l'installation troubleuse puis handicapante d'une BPCO. La prévalence s'élève à 50% pour les troubles anxieux, et 33% pour les troubles dépressifs. Ces symptômes aggravent la dyspnée, dégradent la tolérance à l'effort, majorient les sensations de fatigue, migrent vers l'instabilité émotionnelle, nuisent à l'observance, favorisent les conduites à risque vis-à-vis de la santé et altèrent la communication avec les soignants. Leur présence augmente aussi le nombre annuel d'exacerbations et d'hospitalisations. En pratique, si l'entretien clinique semi-directif reste le meilleur moyen pour les mettre en évidence, l'auto-questionnaire Hospitalization Anxiety Depression s'avère un outil fiable et sensible de screening symptomatologique.
Perspectives. — Chez des patients ne souffrant pas d'un trouble dépressif ou anxieux majeur (d'origine généralement externe à la BPCO), les symptômes anxieux et dépressifs sont le révélateur d'un manque de compréhension de la maladie, de difficultés d'ajustement psychologique à la maladie, d'une mauvaise communication et d'une solitude. Seul pour les cas graves où le recours aux médicaments est nécessaire, dès que l'accompagnement existant, l'éducation thérapeutique, l'appropriation et la régulation comportementale par la réhabilitation, la formation à la relation patient-soignant et les réseaux de santé.

* Cet article reprend des éléments publiés par l'auteur dans les recommandations 2009 de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la BPCO (52).
Adresse e-mail : gregory.ninot@univ-montp.fr

0761-8425/\$ — see front matter © 2011 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.mr.2010.11.005

FORTE PREVALENCE DES TROUBLES ANXIEUX ET DEPRESSIFS. Ninot G. *Rev Mal Respi* 2011 ; 28(6) : 739-45

FREQUENCE ET USAGE DE SPA X2 OU 3 CHEZ LES PATIENTS AVEC BPCO (vs sans BPCO) Patten SB, et al. *Psychosomatics* 2007 ; 48(6) : 496-501

FREQUENCE X2 CHEZ LA FEMME AVEC BPCO (vs l'homme). Laurin C, et al. *Chest* 2007 ; 132(1) : 148-55

ANXIETE ET DEPRESSION

Détériorent la qualité de vie, l'observance thérapeutique, la tolérance à l'effort.

Augmentent la fréquence des exacerbations et la durée des hospitalisations.

Ninot G. *Rev Mal Respir* 2011 ; 28(6) : 739-45

IDENTIFIER ET PRENDRE EN CHARGE LES TAD CHEZ LES PATIENTS ATTEINT DE BPCO

Hill K, et al. *Eur Respir J* 2008 ; 31(3) : 667-77.

Recommandations SFT, 2005

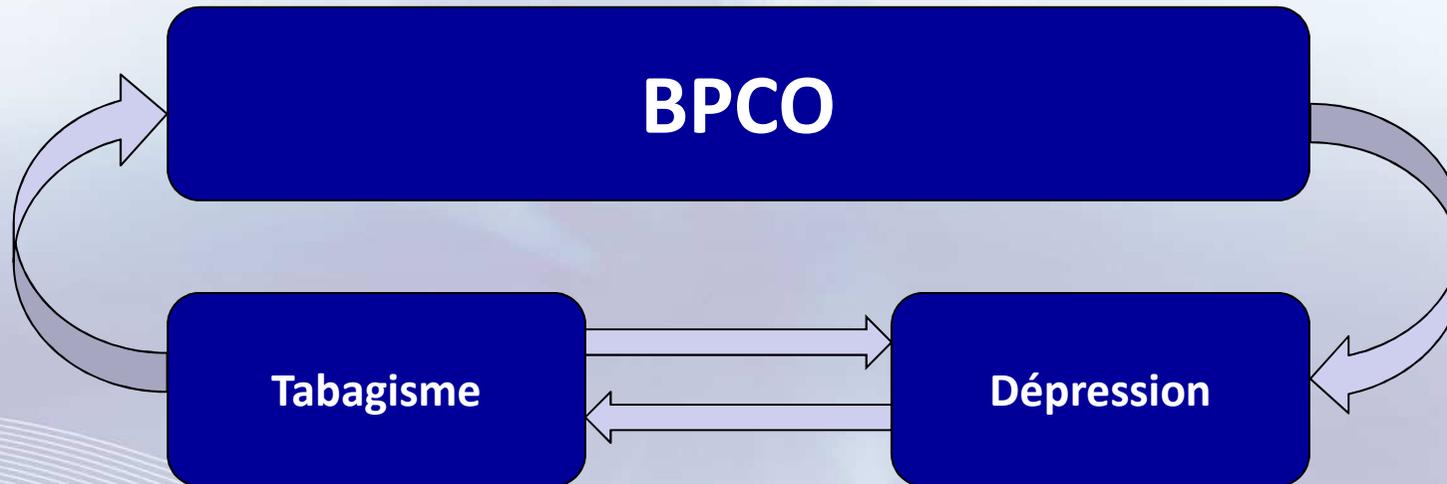


PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

BPCO, tabagisme et dépression :

Wagena (*Thorax* 2001 ; 56 : 587-8)



- Harmane et Norharmane (alcaloïdes du tabac) : action IMAO
- La dépression est sous-estimée chez les sujets BPCO
- Evaluer la dépression chez les fumeurs et les sujets BPCO

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, Anxiété et Dépression

Association significative positive entre - anxiété et BPCO
- dépression et BPCO

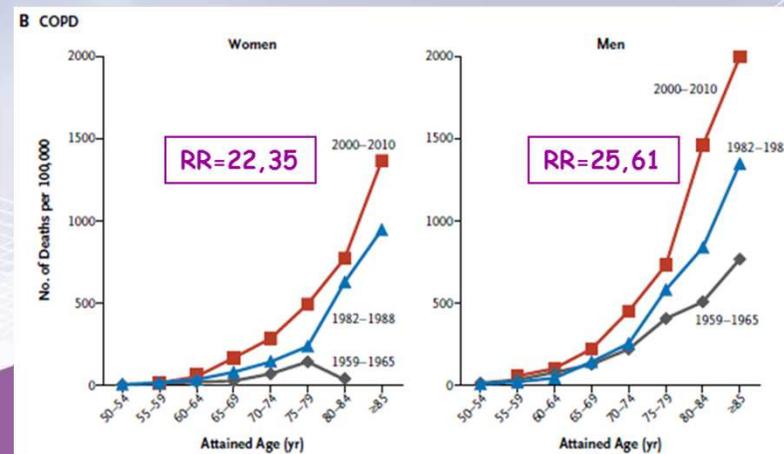
Test HAD (*Hospital Anxiety Depression Scale*)

Wagena (*Psychosom Med* 2004 ; 66 : 729-34)

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

Anxiété et dépression - diminuent la motivation à l'arrêt
- augmentent la fréquence des rechutes

Réduction du tabagisme chez le fumeur BPCO

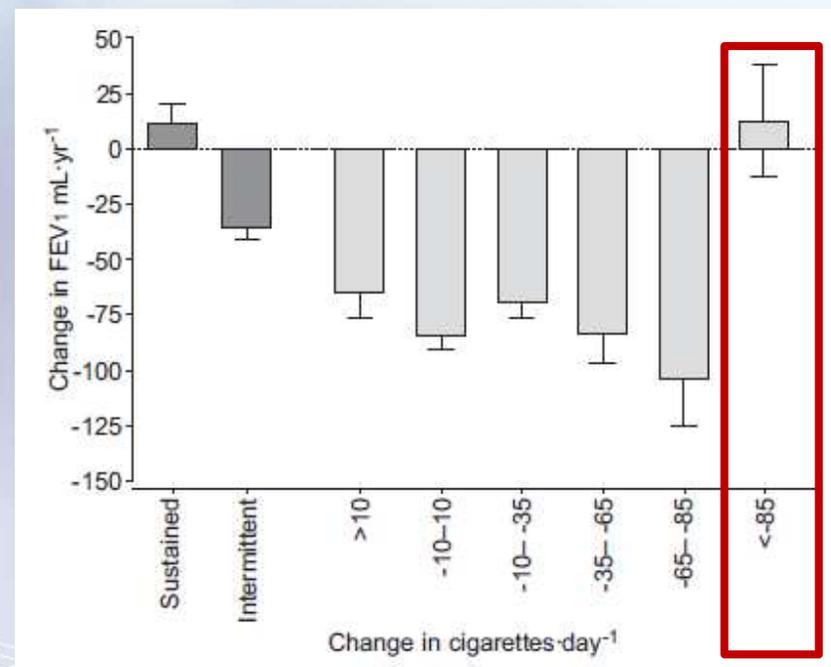


Thun MJ, et al. 50-year trends in smoking Related Mortality in the United States. *N Engl J Med* 2013 ; 368 : 351-64

Réduction du tabagisme chez le fumeur BPCO

Simmons (*Eur Respir J* 2005 ; 25 : 1011-7)

- Elle modifie peu les symptômes respiratoires chroniques
- Seule une diminution du tabagisme $\geq 85\%$ ralentit le déclin du **VEMS**
- BPCO causes de décès
 - respiratoires (35 %)
 - cardiaques (25 %)
 - cancers (21 %)
 - autres (17 %) exacerbations



Au cours de la première année du suivi de la LHS

Calverley PMA, et al. *N Engl J Med* 2007 ; 356 : 775-89

Diapositive Michel Underner

Ne diminue pas le risque d'hospitalisation

Godtfredsen (*Thorax* 2002 ; 57 : 967-72)

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

Harm reduction : 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

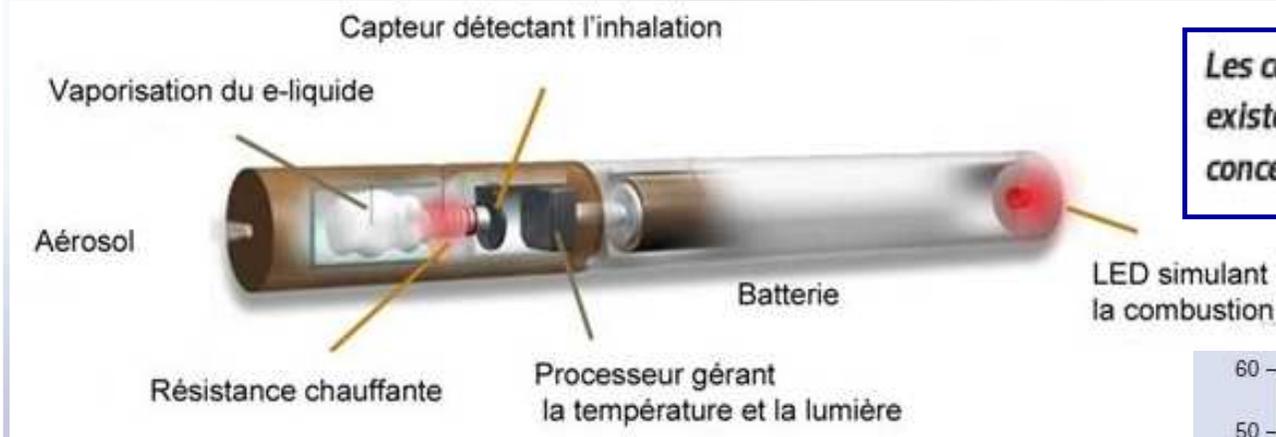
Reçu le 3 novembre 2010 ; accepté le 18 mars 2011
Disponible sur Internet le 1^{er} octobre 2011

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)
 - **Et Cardiovasculaire**
RR=1,28 (IC95%:1,06-1,55)
 - **Cancer du pancréas**
RR=1,67 (IC95%:1,12-2,50)
 - **Path. gravidiques et mortalité périnatale,**
- Addictif (sevrage difficile)

Cigarette électronique ?



Les cartouches de nicotine existent en différentes concentrations :

- 6-8 mg / ml
- 10-14 mg / ml
- 16-18 mg / ml
- 24-36 mg / ml

- Délivrance de nicotine : inhaler < e-cig < cig
- Effet sur le craving : e-cig = inhaler < cg
- Rôle du « throat hit » (f) taux nicotine

Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. Office Français de Prévention du Tabagisme avec le soutien de la Direction Générale de la Santé. Mai 2013

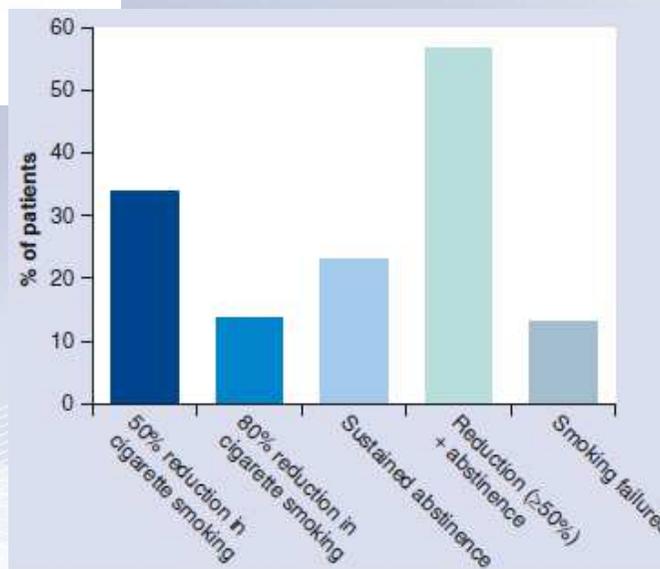
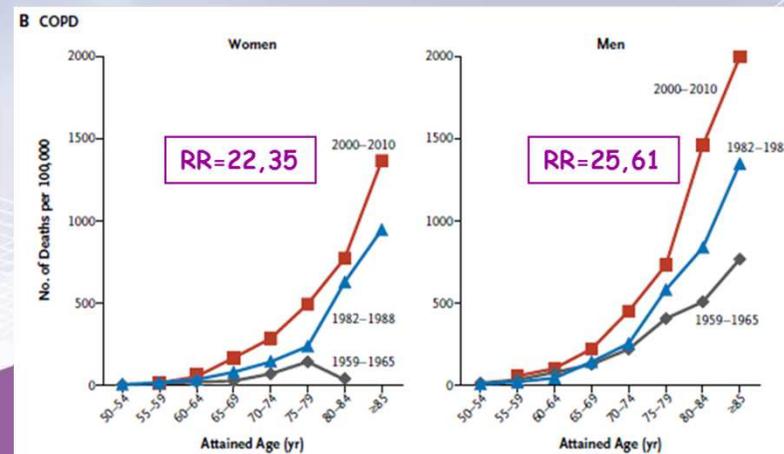


Figure 4. Participants' smoking status after 24 weeks of electronic cigarette use. This illustration was developed based on the findings of the study by Polosa et al. [12].

Rapport de la SFT pour la DGS, 2013
 Dawkins et al. *Addiction*, 2013 Mai
 Polosa R. *BMC Public Health*. 2011 , 11:186
 Caponnetto P, et al. *Expert Rev Respir Med* 2012 ; 6(1), 63-74 (2012)

Sevrage tabagique chez le fumeur BPCO



Thun MJ, et al. 50-year trends in smoking Related Mortality in the United States. *N Engl J Med* 2013 ; 368 : 351-64

Arrêt SANS médicament : avec une aide comportementale intensive

Méta-analyse de Thabane (13 études)

(*Ont Health Technol Assess Ser* 2012 ; 12 : 1-50)

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)
• Minime / modérée (durée < 90 mn)		1,56 (0,65-3,72)

Médicaments vs. placebo

Auteurs	Médicaments	Stade BPCO	Taux d'abstinence	p et/ou OR (IC95%)
Tonnesen <i>Chest</i> 2006	TNS (cp sublingual 2 mg)	Tous	14 vs. 5,4 % Continue sur 12 mois (CO exp.)	2,88 (1,34-6,16)
Tashkin <i>Lancet</i> 2001	Bupropion (300 mg/j – 3 mois)	I + II	16 vs. 9 % Continue sur 6 mois (CO exp.)	p < 0,05
Wagena <i>Arch Intern Med</i> 2005			27,9 vs. 14,6 % Prolongée sur 6 mois (cotinine urinaire)	p = 0,03 13,1 (1,2-25,1)
Tashkin <i>Chest</i> 2011			Varénicline (2 mg/j - 3 mois)	18,6 vs. 5,6 % Continue sur 12 mois (CO exp.)

Aide comportementale et médicaments

Méta-analyse de Strassmann [6 études]

(*Eur Respir J* 2009 ; 34 : 634-40)

Groupe intervention	Groupe de comparaison	OR (IC95%)	p
Aide comportementale (AC) + TNS	Simple conseil d'arrêt	5,08 (4,32-5,97)	< 0,001
	AC seule	2,80 (1,49-5,26)	0,001
Aide comportementale (AC) + bupropion	Simple conseil d'arrêt	3,32 (1,53-7,21)	0,002
	AC seule	1,83 (1,18-2,83)	0,007

Médicaments et aide comportementale intensive

Jiménez-Ruiz (*Nicotine Tob Res* 2012 ; 14 : 1035-9)

Médicament + aide comportementale intensive (10 séances/6 mois)

472 sujets BPCO (stades III et IV)

Protocoles comparés	Abstinence continue à 6 mois (validée par la mesure du CO expiré)	
	%	OR (IC95%)
Varénicline vs. patchs	61 vs. 44	1,98 (1,25-3,12)
Bupropion vs. varénicline	48,7 vs. 38,8	1,43 (0,49-2,2)

Hospitalisation pour sevrage du fumeur BPCO

Sundblad (*Nicotine Tob Res* 2008 ; 10 : 883-90)

Prévalence abstinence ponctuelle (validée par CO exp.)

Groupes	1 an	3 ans
Avec hospitalisation (n = 212) H1 (11 j) : aide comportementale + TNS + exercice physique H2 (2 à 4 j) : 2 à 3 mois après H1 Soutien régulier par téléphone entre H1 et H2 et après H2	52 %	38 %
Sans hospitalisation (n = 231)	7 %	10 %
p	< 0,0001	< 0,0001

Synthèse des données de la littérature.

Sevrage des fumeurs avec BPCO (méta-analyse : 6 études)

Sans médicament associé les thérapies comportementales n'ont pas une efficacité très supérieure au simple conseil d'arrêt.

Associées aux médicaments d'aide à l'arrêt les interventions comportementales acquièrent une plus grande efficacité.

Efficacité maximum dans le sevrage du fumeur avec BPCO : association d'interventions comportementales de forte intensité et de médicaments d'aide à l'arrêt (TNS, Varénicline, Bupropion).

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



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

Synthèse : pour la pratique clinique



Pietinalho A, et al. *Respir Med* 2007 ; 101 : 1419-25.

ASSURER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

- MOYENS MEDICAMENTEUX

- * **TNS**
 - . Pas de sous dosage, associer TNS
 - . Traitement prolongé
- * **VARENICLINE**
 - . Efficace bonne tolérance
 - . Pas d'interférence médicamenteuse
- * **BUPROPION**
 - . Bonne tolérance générale

- SUIVI PERSONNALISE

- * **TCC**
- * **DIVERS** (internet ; SMS²:OR=2,16;IC95%:1,77-2,62 ; Réab.)

PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES

- « FUMEURS DIFFICILES » (TAD, coconsom. SPA, précarité¹)
- « HARM REDUCTION » (échecs répétés, hard-core smokers)

1. Bryant J, et al. *Addiction* 2011 ; 106(9) : 1568-85
2. Free C, et al. *PLOS Med* 2013 ; 10(1) : e1001362

BPCO ET SEVRAGE TABAGIQUE

BILAN INITIAL

SITUATION DE LA BPCO

- Examen clinique
- Bilan complémentaire:
 - EFR + GDS
 - Test de marche, BODE
 - Questionnaire St GEORGES
 - 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

TRAITEMENT INITIAL AVEC EDUCATION THERAPEUTIQUE REHABILITATION RESPIRATOIRE (sevrage tabagique)

SEVRAGE TABAGIQUE

ARRÊT COMPLET DIFFERE

D'ABORD
-motiver
-compenser TAD
-contrôler codépendance(s)
REDUCTION CONSOMMATION (TNS) PUIS ARRÊT COMPLET

SEVRAGE IMMEDIAT

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

ECHEC : HARM REDUCTION

CONCLUSION

La BPCO est un enjeu majeur de santé publique.

Le sevrage tabagique des fumeurs BPCO est difficile

- forte dépendance nicotinique
- fréquence des TAD et co-consommation de SPA
- négligence dans la prise en charge (BPCO/tabagisme)

L'optimisation du sevrage tabagique repose sur :

- l'identification précoce de la BPCO
- la proposition systématique de l'aide à l'arrêt
- l'association des TCC et traitements médicamenteux
- le partenariat dans l'intervention (ETP, réhabilitation respiratoire, polyconsommateurs, HCS)

**Remerciements à M. Underner - Poitiers
G. Peiffer - Metz**



Cas clinique

Un homme de 43 ans, ouvrier Michelin exerçant le métier de chaudronnier consulte car il souhaite être aidé dans sa tentative d'arrêter de fumer. Il consomme 15 cigarettes chaque jour (dose cumulée 20 PA), il est gêné par son tabagisme, toux le matin, accompagnée d'expectorations l'hiver, ces expectorations et cette toux sont gênantes tout particulièrement lorsqu'il court (1 fois par semaine) ou pratique le cyclotourisme (1 sortie le week-end).

Sa femme est professeur d'anglais, elle fumait aussi (mais a cessé depuis 30 jours) ; lui à déjà tenté l'arrêt 2 fois, l'arrêt le plus long a duré 5 mois ; dans les deux cas, il avait pris 6 kg, ce qui le gênait dans son activité physique et dans l'image qu'il a de lui " je ne peux pas me supporter en gros ". Le jour de la consultation, il pèse 75 kg pour une taille de 1,75 m.

Pourtant, il constate que son état respiratoire s'améliore nettement lorsqu'il ne fume pas (diminution des expectorations et dyspnée à l'effort).

L'examen clinique est strictement normal, il suit un traitement par SPIRIVA®, 1 bouffée le matin, mais il déclare " cela ne m'aide pas beaucoup à tousser moins, ce n'est pas comme cela que je peux améliorer mes performances sportives... Et dire que j'aurai aimé faire un marathon dans ma vie !



A CE STADE DU BILAN INITIAL, QUELS ELEMENTS VOUS PARAISSENT IMPORTANTS POUR LA SUITE DE LA PRISE EN CHARGE ?

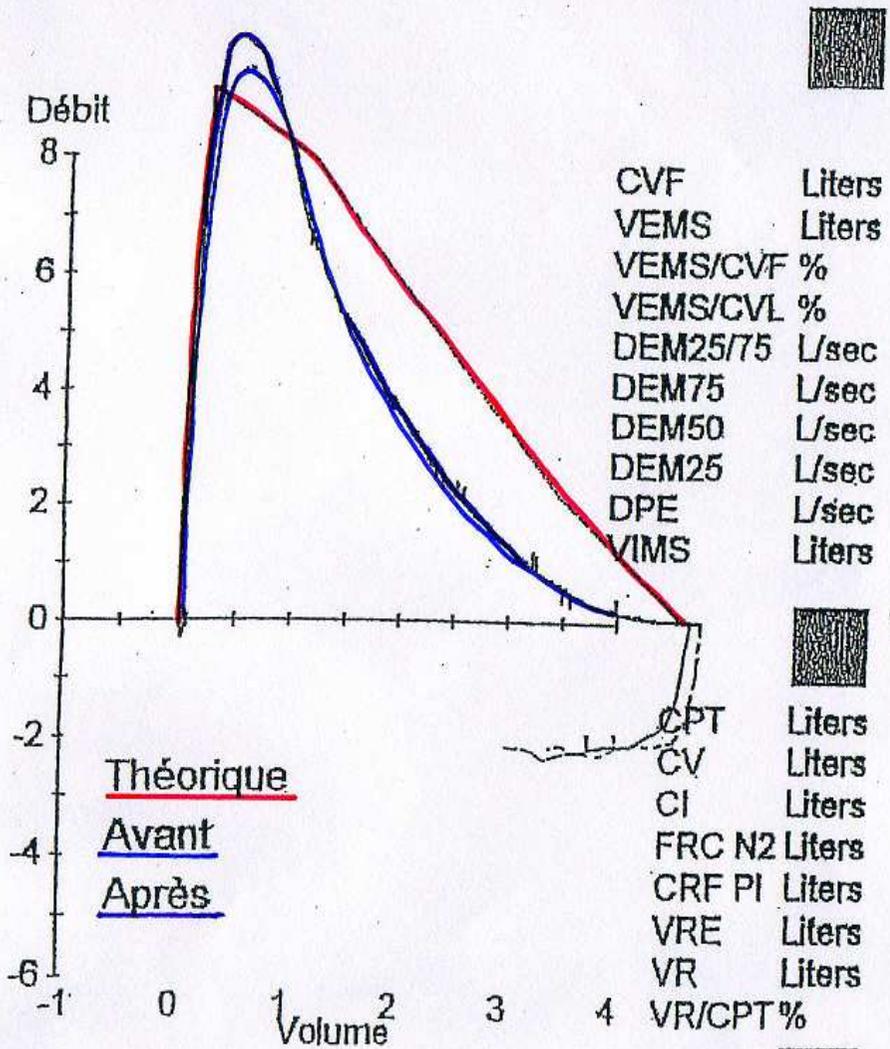
Il est 13 H, depuis le réveil il a fumé 5 cigarettes et la dernière 1 H 30 plus tôt, le taux de CO dans l'air expiré est mesuré à 25 PPM.

QUE PENSEZ-VOUS DE CE RESULTAT ?

Y A T-IL DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES A DEMANDER ?

UNE EFR : ARGUMENTS – OBJECTIFS ?





SPIROMETRIE

		Ref	Pre Meas	Pre % Ref	Post Meas	Post % Ref
CVF	Liters	4.62	4.65	101	4.76	103
VEMS	Liters	3.79	3.24	85	3.22	85
VEMS/ CVF	%	79	70		68	
VEMS/ CVL	%		69		68	
DEM25/75	L/sec	4.25	1.94	46	1.75	41
DEM75	L/sec	7.84	6.66	85	6.57	84
DEM50	L/sec	4.95	2.69	54	2.48	50
DEM25	L/sec	2.11	0.59	28	0.49	23
DPE	L/sec	9.05	9.89	109	9.40	104
VIMS	Liters					

VOLUMES PULMONAIRES

CPT	Liters	6.90	6.07	88
CV	Liters	4.82	4.68	97
CI	Liters		2.63	
FRC N2	Liters	3.39		
CRF PI	Liters	3.39	3.44	101
VRE	Liters		1.63	
VR	Liters	2.01	1.39	69
VR/CPT %		31	23	

RESISTANCES

Raw	cmH2O/L/sec	<3.06	2.00	
Gaw	L/sec/cmH2O	0.806	0.500	62
sRaw	cmH2O/L/s/L	4.45	7.30	164
sGaw	L/s/cmH2O/L	0.225	0.137	61

TVO non réversible sous béta-adrénergique

Vous réalisez une rapide enquête alimentaire et constatez une consommation excessive de féculents et sucres courts (chocolat, coca-cola 1l/j) une alimentation importante le soir en buvant 33 cc de bière.

PROPOSEZ UNE ADAPTATION DIETETIQUE.



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

Homme 43 ans

- 15 c/j -

20 PA

14/20

**Employé Michelin
Famille OK**

16/20

16/20

**“ Ras le bol ” de la dépendance
recherche d’un mieux être
démarche de couple**

Prise de poids → NON

PC 16

TR 18

DT 25

F 4

T 2 : 5 mois

(6 kg : échec)

RICHMOND 9

Expectation

HAD 4/4

BIPOLARITE: NON

**A PARTIR DU " SCREENING " DE LA
SITUATION TABAGIQUE, QUELLES
PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE ?**



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

VALORISER
RESPONSABILISER
RASSURER (POIDS)

J 0
J 14

N 21 x 28
OK 0 cigarette
POIDS STABLE
Femme = 0 cigarette

OBJECTIF SPORTIF
20 km de Clermont-Ferrand

J 60
J 90

N 14 x 14 → N 7 x 14
N 10 x 14 → N 5 x 14
OK ET POIDS STABLE

MARATHON (?)

J 120

PREPARATION SPORTIVE
J 180 J 365 REUSSITE
(- 8 kg)

PREPARATION SPORTIVE

MARATHON ROTTERDAM (J 280)

CETTE FICHE DE REGIME VOUS INDIQUE LA NOURRITURE PERMISE A CHAQUE REPAS

Nom du patient

Nom du médecin

Date de la prochaine consultation

	1200 Kcal	1500 Kcal	2000 Kcal
PETIT DEJEUNER	<ul style="list-style-type: none"> ▪Café ou thé à volonté ▪Pain blanc 50g ou 2 biscottes ▪15g de beurre ▪1 verre de lait demi-écrémé ou 1 yaourt nature ou 100g de fromage blanc 0-20% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Café ou thé à volonté ▪Pain blanc 50g ou 2 biscottes ▪15g de beurre ▪1 verre de lait demi-écrémé ou 1 yaourt nature ou 100g de fromage blanc 0-20% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Café ou thé à volonté ▪Pain blanc 75g ou 3 biscottes ▪20g de beurre ▪1 verre de lait demi-écrémé ou 1 yaourt nature ou 100g de fromage blanc 0-20%
DEJEUNER	<ul style="list-style-type: none"> ▪Viande 100g ou poisson 100g ou 2 œufs ou 2 tranches de jambon fines ou 12 huitres petites ▪Beure ou huile 10 g ▪Légumes verts à volonté ▪1 yaourt nature ou 100g de fromage blanc 0-20% ▪1 fruit ou 150ml de jus de fruits ou 100g de compote sans sucre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Viande 120g ou poisson 120g ou 3 œufs ou 2 tranches de jambon moyennes ou 12 huitres moyennes ▪Beure ou huile 15g ▪Légumes verts à volonté ▪Fromage blanc 45% maximum : 30g 1 fruit ou 150ml de jus de fruits ou 100g de compote sans sucre ▪Pain blanc 25g 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Viande 150g ou poisson 150g ou 3 œufs ou 2 tranches de jambon épaisses ou 12 huitres grosses ▪Beure ou huile 20g ▪Légumes verts facultatifs ▪Féculents cuits 300g ou pâtes300g ou riz300g ou 3 pommes de terre ▪Fromage blanc 45% maximum : 40g ▪1 fruit ▪Pain blanc 25g
GOUTER	<ul style="list-style-type: none"> ▪1 yaourt nature ou 1 verre de lait demi-écrémé ou 100g de fromage blanc 0-20% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Pain blanc 25g ▪1 yaourt nature ou 1 verre de lait demi-écrémé ou 100g de fromage blanc 0-20% 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Pain blanc 25g ▪2 yaourts nature ou 2 verres de lait demi-écrémé ou 200g de fromage blanc 0-20%
DINER	<ul style="list-style-type: none"> ▪Viande ou poisson 50g ou 1 œuf ou 1 tranche de jambon blanc fine ou 6 huitres ▪Beurre ou huile 10g ▪Légumes verts à volonté ▪1 yaourt nature ou 100g de fromage blanc 0-20% ▪1 fruit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Viande ou poisson 80g ou 1 œuf ou 1 tranche de jambon blanc épaisse ou 9 huitres ▪Beurre ou huile 15g ▪Légumes verts à volonté ▪1 yaourt nature ou 100g de fromage blanc 0-20% ▪1 fruit ▪Pain blanc 25g 	<ul style="list-style-type: none"> ▪Viande ou poisson 100g ou 2 œufs ou 2 fines tranches de jambon blanc ou 12 petites huitres ▪Beurre ou huile 20g ▪Légumes verts à volonté ▪1 yaourt nature ou 100g de fromage blanc 0-20% ▪1 fruit ▪Pain blanc 25g

SUIVEZ LE RESULTAT DE VOTRE REGIME

VOTRE POIDS INITIAL kgs

VOTRE TAILLE cms

IMC début

IMC Fin

PESEZ VOUS UNE FOIS PAR SEMAINE :

SEMAINE 1 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 2 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 3 :	<input type="text"/> kgs
SEMAINE 4 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 5 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 6 :	<input type="text"/> kgs
SEMAINE 7 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 8 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 9 :	<input type="text"/> kgs
SEMAINE 10 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 11 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 12 :	<input type="text"/> kgs
SEMAINE 13 :	<input type="text"/> Kgs	SEMAINE 14 :	<input type="text"/> kgs	SEMAINE 15 :	<input type="text"/> kgs

QUELQUES CONSEILS

- Mangez lentement (posez votre fourchette entre deux bouchées)
- Buvez pendant et entre les repas au moins 1,5 l d'eau par jour
- Ne supprimez aucun repas
- Variez vos menus
- Evitez les graisses pour la cuisson
- Vous avez le droit aux aromates, épices, condiments
- Réservez les matières grasses pour les préparations crues (vinaigrette-tartine)

OBSERVATIONS SUR VOTRE VECU DE CETTE ALIMENTATION