

LE SEVRAGE TABAGIQUE DES FUMEURS ATTEINTS DE BPCO

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

DIU Tabacologie Clermont-Ferrand - 2015



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.

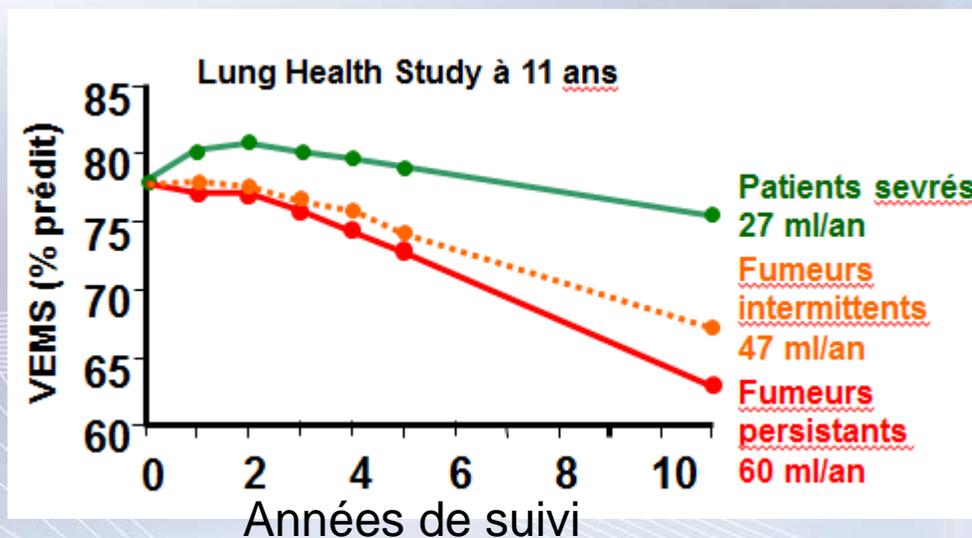
¹ Tonnesen P. *Eur Respir Rev* 2013 ; 22 : 37-43.



Seul l'arrêt du tabac ralentit l'évolution de la BPCO

Ralentit la décroissance du VEMS

Réduit la fréquence des exacerbations

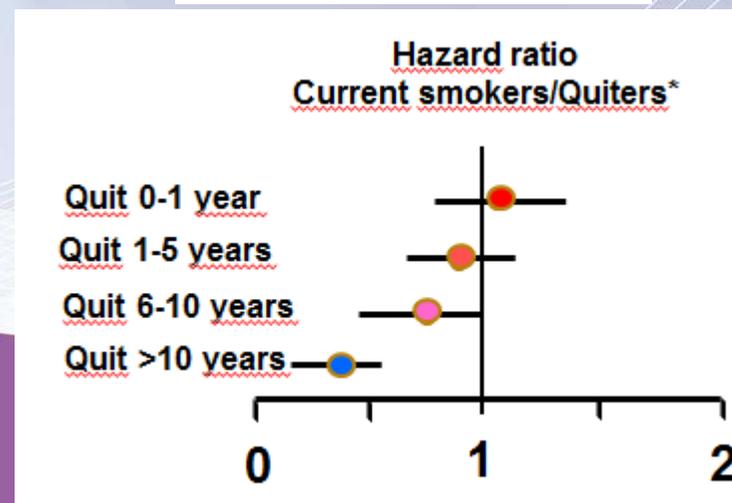


Cohorte 23 979 vétérans
Suivi médian: 3,87 années
Jusqu'à la 1^{ère} exacerbation

Par rapport aux Fumeurs, les patients Sevrés ont une réduction de risque d'exacerbations de 22%

HR 0,78 [0,75, 0,87] **

Diapositive G. Peiffer



Anthonisen et al. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:675-679

Calverley et al. *Lancet* 2003;362:1053-1061

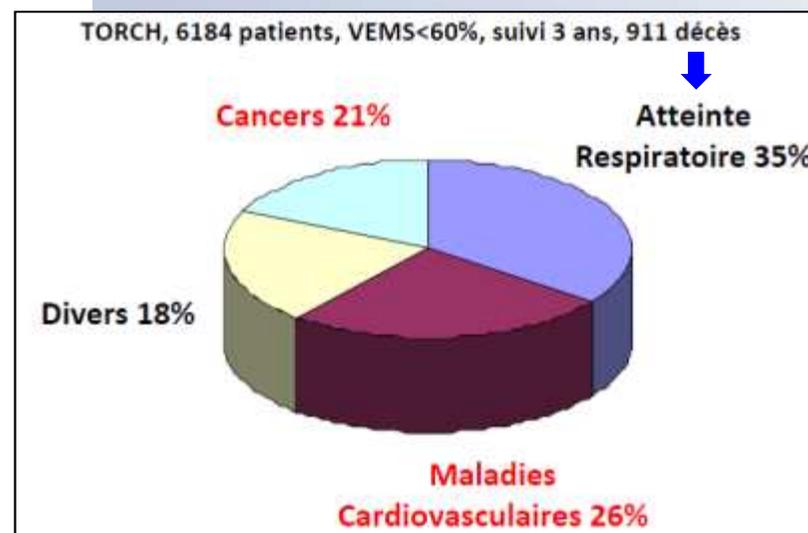
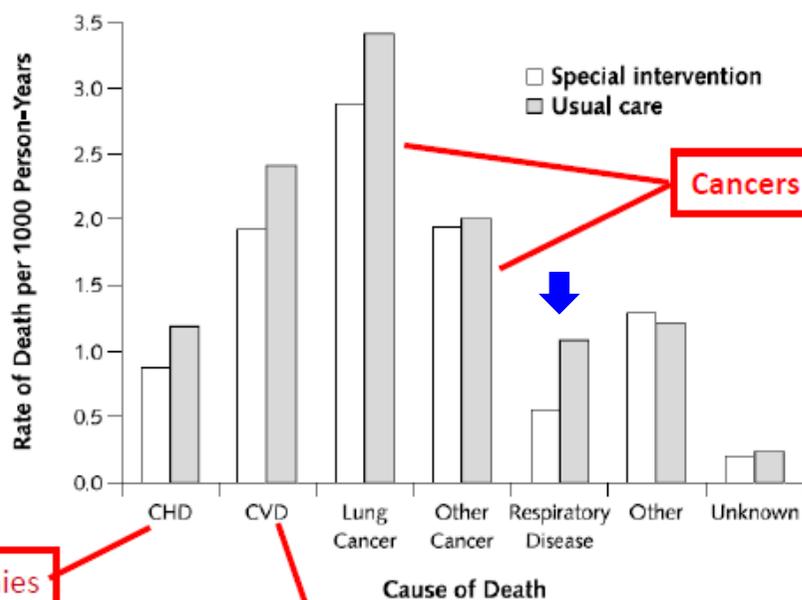
Au DH et al. *J Gen Intern Med* 2009;24:457-63

Causes de décès des patients avec BPCO

BPCO peu sévère

BPCO modérée à sévère

Causes de mortalité après 14,5 ans dans la Lung Health Study
(VEMS 78%, VEMS/CVF 65%, âge 48 ans)



Anthonisen *et al.* *Ann Intern Med* 2005; 142:233-239
Calverley P *et al.* *N Engl J Med* 2007; 356:775-789

Profil du fumeur BPCO



Les fumeurs 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)



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 \geq 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)

Avec ou sans BPCO : stades de changement de comportement identiques

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

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

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.

Perriot J. courr Add 2004 ; 6 : 161-4

vs Fumeur non BPCO

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



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 Respi* 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

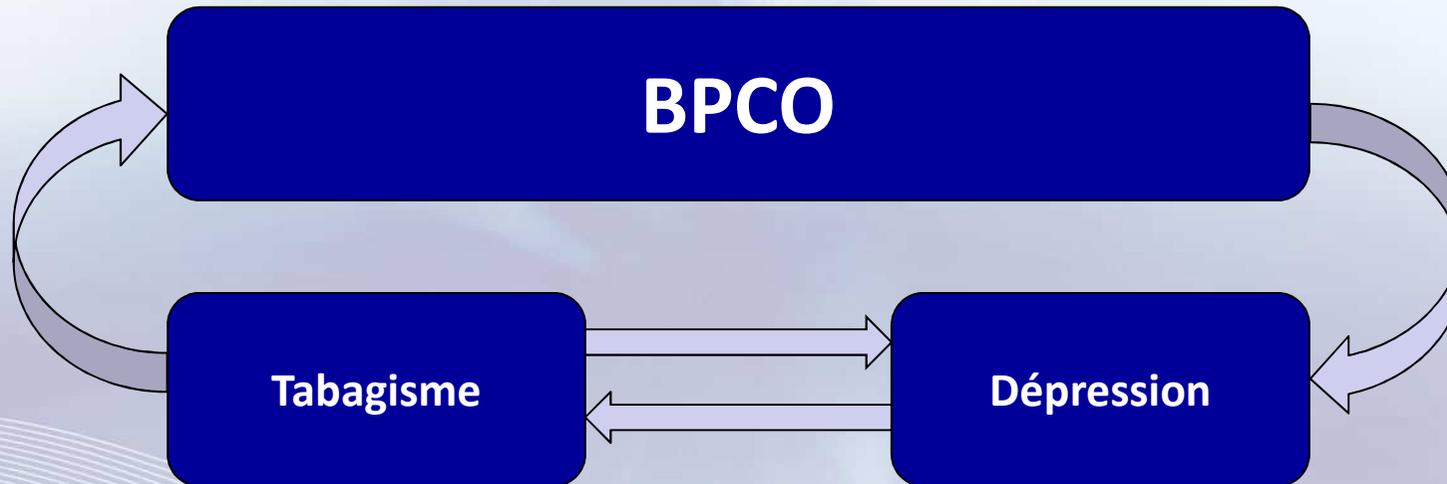


PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

BPCO, tabagisme et dépression :

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



- Harmane et Norharmane (alcaloïdes du tabac) : action IMAO
- Sujets BPCO : dépression sous-estimée (patient/soignant)
- 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 – Tabagisme
Dépression - Suicide**

BPCO, Anxiété et Dépression

Test HAD (*Hospital Anxiety Depression Scale*)

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

Association significative positive entre :

- anxiété et BPCO
- dépression et BPCO

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

Sevrage tabagique chez le fumeur 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.

Arrêt SANS médicament : avec une aide comportementale intensive

Méta-analyse de Thabane (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 \geq 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]

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

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

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)

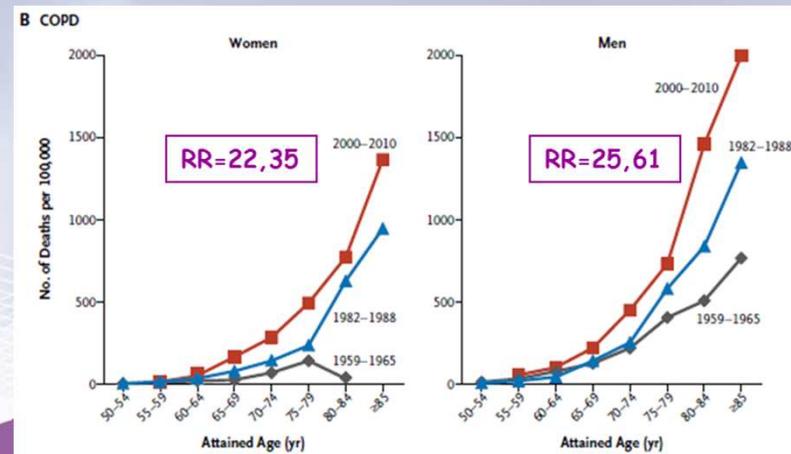
Sans médicament associé les thérapies comportementales n'ont pas une efficacité très supérieure au simple conseil d'arrêt.

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

Effacité 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

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)

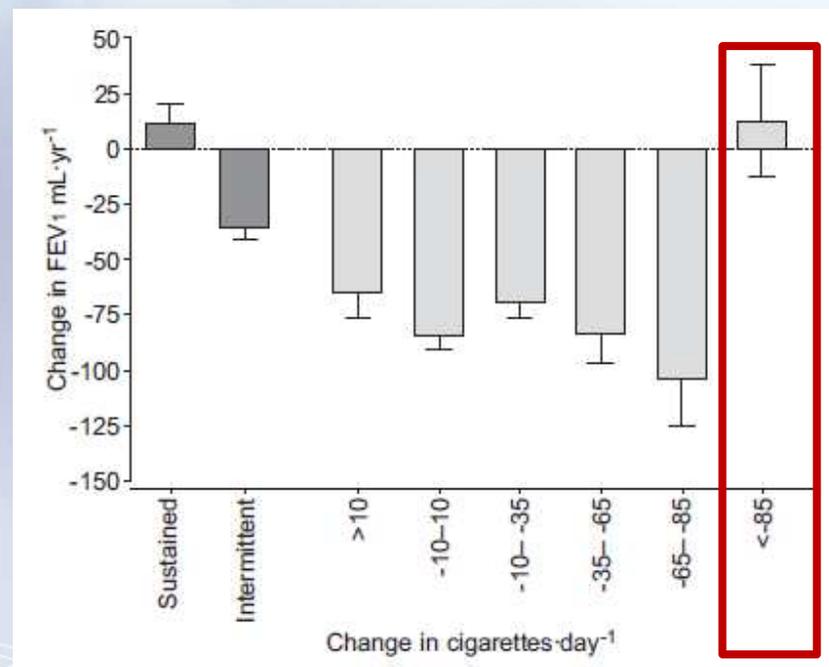
- Elle modifie peu les symptômes respiratoires chroniques
- Seule une diminution du tabagisme $\geq 85\%$ ralentit le déclin du **VEMS**
- Réduction (Echec Arrêt : forte dépendance).

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



Ne diminue pas le 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

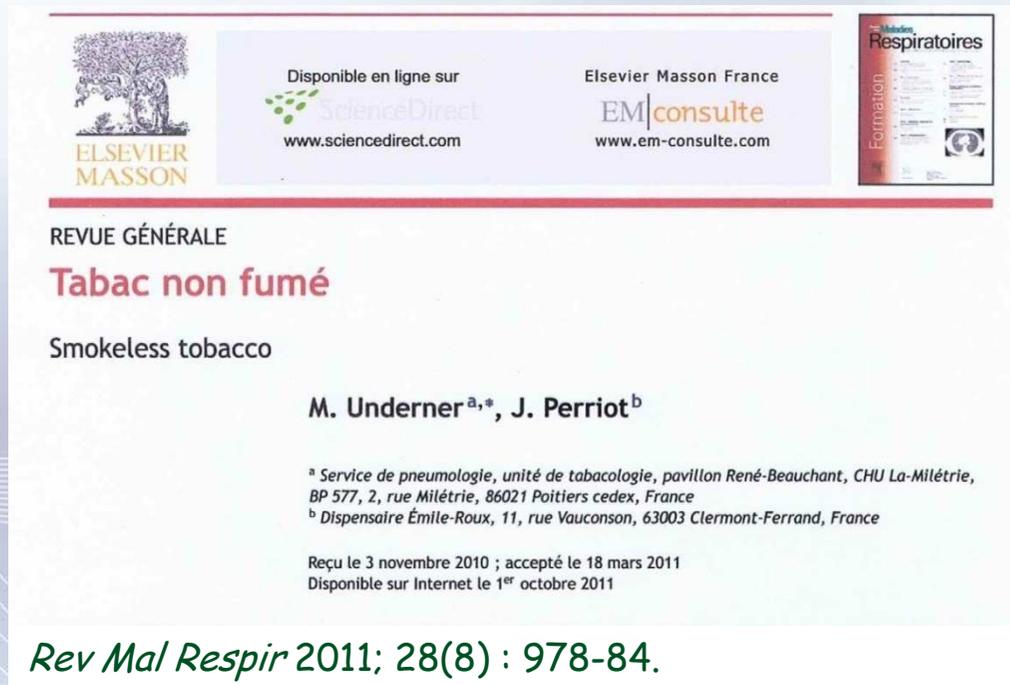
* Diminution \geq 50% de la consommation initiale

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



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

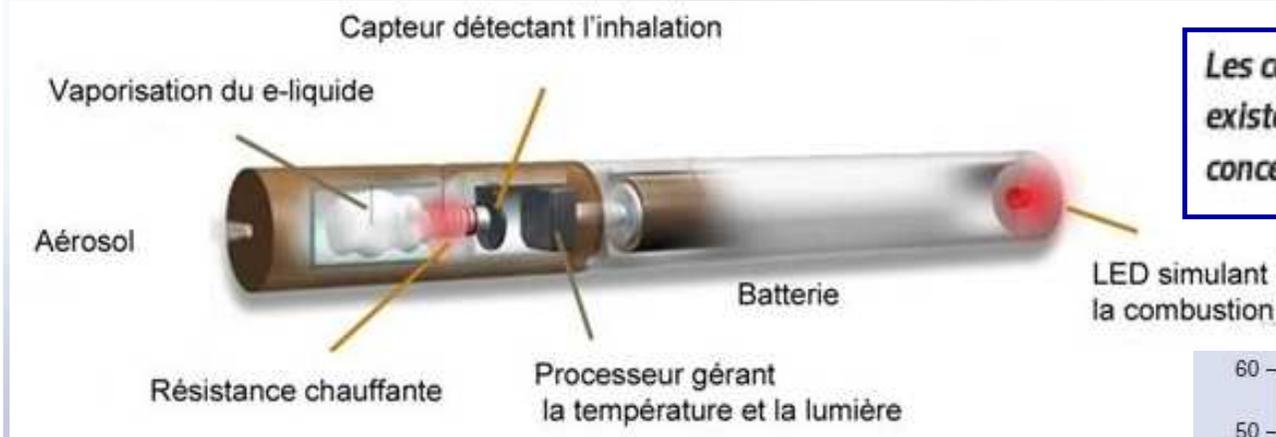
Harm reduction : Smokeless tobacco (Snus) ?



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

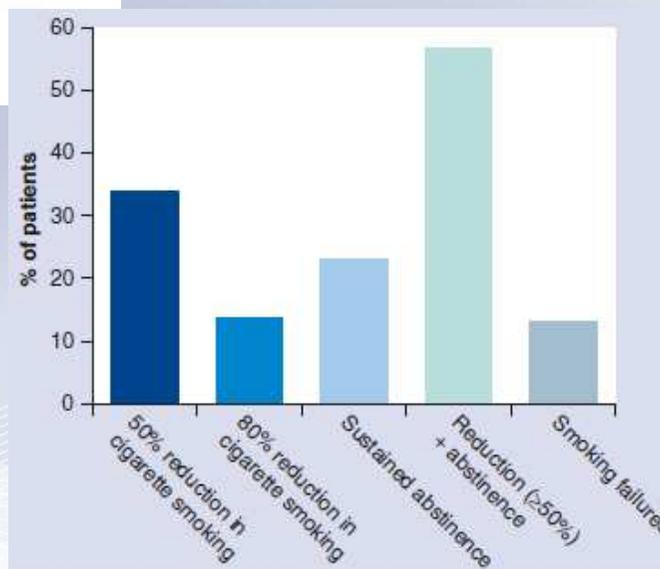


Figure 4. Participants' smoking status after 24 weeks of electronic cigarette use. This illustration was developed based on the findings of the study by Polosa et al. [12].

Dawkins et al. *Addiction*, 2013 Mai
 Polosa BMC *Public Health*. 2011 Oct
 Caponnetto et al. *Expert Rev Respir Med* 6(1), 63-74 (2012)

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



CONCLUSION

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (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



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