

SEVRAGE TABAGIQUE ET CANCEROLOGIE

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand

jean.perriot@puy-de-dome.fr



**DIU Tabacologie
Clermont-Ferrand – Mai 2019**

INTRODUCTION

TABAGISME : CAUSE MAJEURE ET EVITABLE DE CANCERS

LES FUMEURS LES PLUS A RISQUES DE CANCERS SONT :

- les plus gros consommateurs et fortement dépendants
- chez lesquels prévention et sevrage sont les plus difficiles
- notions de « *Hard Core Smokers* » et « *Heavy Chronic Smokers* »

TABAGISME ET CANCERS : REMARQUES ET SPECIFICITES

- vulnérabilité égale de F et H à tabagisme égal
- vulnérabilité particulière en cas de pathologie psychiatrique sévère et coaddictions (tabac-alcool-cannabis)
- 47 000 décès par cancer chaque année (source INCa)

LUTTE CONTRE LE TABAGISME : NECESSITE EN CANCEROLOGIE

- **prévention** : du tabagisme actif et passif
 - **sevrage** : éviter l'apparition des cancers
- en cas de cancer lié au tabagisme :
- . Améliorer le pronostic et la qualité de vie
 - . Éviter la récurrence après guérison.

PERSPECTIVES ALARMANTES A L'HORIZON 2025

LES FEMMES VONT PAYER UN LOURD TRIBUT (x 10 mortalité)

LES CANCERS SONT INFLUENCES PAR LE TABAGISME

- 30 à 70 % sont dus ou favorisés par le tabagisme
- 90 % sont influencés par lui (cause, facteur pronostique)

MAIS TOUS LES CANCERS NE SONT PAS DUS AU TABAC

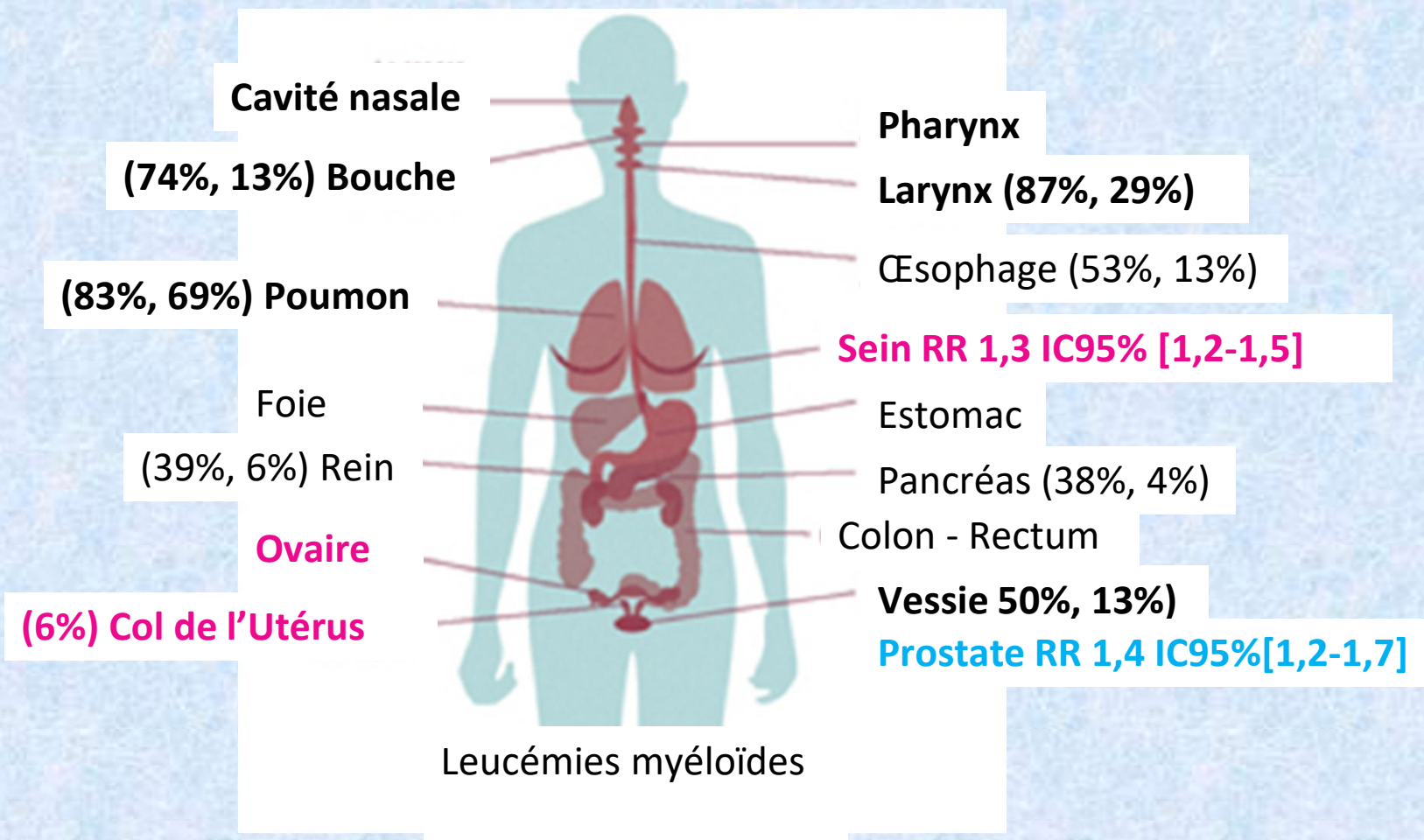
LE TABAGISME PASSIF EST FACTEUR DE RISQUE DE CANCERS

- **tabagisme passif in utero**
- **tabagisme passif environnemental**
- **tabagisme passif professionnel** (Benzène, As, Ni, Cr, Mn, Cd, Amiante, Formaldéhyde ...) nombreux secteurs d'activité.

Décès attribuables au tabac, par sexe, pour les principales maladies liées au tabac (France 2003).

Maladies	Hommes	Femmes
Cancers	38 000	6 000
Poumon	22 000	4 000
Autre	16 000	2 000
Cardio-vasculaire	13 000	5 000
Appareil respiratoire	6 000	2 000
Maladies Infectieuses	2 000	1 000
Toutes maladies	59 000	14 000

Responsabilité du tabagisme dans au moins 17 cancers



inca.www.e-cancer.fr-tabac, Juin 2015

fraction (%) des décès attribuable au tabac : H et F âge > 25 ans, C Hill. EDK 1998

1- TABAGISME CAUSE CONNUE DE CANCERS

CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF.

Première cause de mortalité par cancer.¹⁻³

19,4 % : 1,6 millions décès (monde 2012)

11,9 % : 264 000 décès (Europe 2012)

29 949 décès pour 39 495 cas (France 2012)

Tabagisme facteur de risque évitable.

71% décès par cancer pulmonaire (OMS 2012).¹

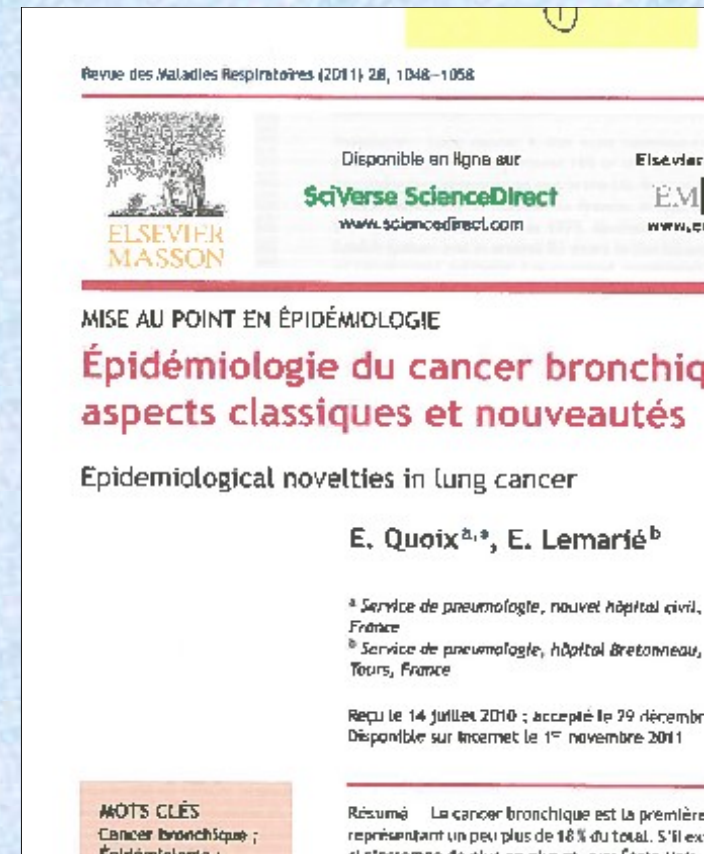
Meilleur indicateur des effets du tabac sur la santé

Principales évolutions.

Diminution de la mortalité en Europe chez les hommes ; nette augmentation chez les femmes⁴

Augmentation de fréquence des adénocarcinomes (cig. légères, tabac blond, filtres, nitrosamines NNK)¹

L'EOA malpighien demeure le type de cancer bronchique le plus fréquent chez les fumeurs¹



¹ Mortality attributable to tobacco. Who Global Report, 2012

² Quoix E, et al. *Rev Mal Respir* 2011 ; 28 : 1048-58

³ Parkin DM, et al. *CA Cancer J Clin* 2005 ; 55 : 74-108

⁴ Malvezzi M, et al. *Ann Oncol* 2015 ; 26 : 779-86

TABAGISME ACTIF.

Risque de survenue : consommation et durée d'exposition.¹

Nombre de cig fumées (Qx2 → Rx2) et durée d'exposition (Dx2 → Rx20)

1-4c/j RR F = 5,03 (1,81-13,98) et RR H = 2,79 (0,94-8,28)

« Chippers » et « intermittent smokers ».²

« Chippers » femmes (1 à 5 c/j) RR décès = 5,03 (IC 95 % : 1,81-13,98)

Risque de cancer (dose-effet ; + 7 %/C) OR = 2,03 (IC 95 % : 1,03-4,01)

Autres modes de consommation du tabac.

Cigarettes « légères », cigare, pipe, narghilé, chicha³⁻⁴

Cannabis.⁵⁻⁶

* Etude Nlle Zélande (cas-témoin : FC/JF) RR = 5,7 (IC 95% : 1,5-21,6)

risque de cancer si consommation ≥ 10,5 JA (↗ R 8 %/JA)

TABAGISME PASSIF.

Risque avéré de cancer bronchique.

adulte exposé RR = 1,6 à 2,6⁷ Exposition depuis l'enfance RR = 3,63⁸

1 Bjarveil K. et al. *Tob Control* 2005 ; 14 : 315-20.

2 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27 : 1150-63.

3 Wirth N, et al. *EMC, Pneumologie*, 6-020-A-50, 2009

4 Raad D, et al. *Chest* 2011 ; 139 : 764-74.

5 Underner M, et al, *Rev Mal Respir* 2014 ; 488-98

6 Aldington S; et al. *Eur Respir J* 2008 ; 31 : 280-6.

7 Dautzenberg B. La documentation Française, 2001.

8 Vineis P, et al. *BMJ* 2005 ; 330 : 277.

TABAC CANNABIS et CANCER BRONCHIQUE

Auteur Pays - Année	Type d'étude Effectif Période d'étude	Age - Sexe	Type de consommation de cannabis Prévalence de consommation	Populations comparées	Résultats OR ajusté (IC95%)	Variables d'ajustement
Hsairi Tunisie – 1993	Cas –témoins (110/100) 1988-1989	Age moyen : 61 ans H/F : 36	Tekrouri 21%	FC-Actu vs. JFC	8,2 (1,3-15,2)	Age, sexe, exposition professionnelle, tabagisme (cigarettes, pipe à eau, snuff)
Voirin Tunisie – 2006	Cas - témoins (149/188) 2000-2003	Age moyen : 59 ans H (100%)	Cannabis 20%	Ex-FC vs. JFC	4,1 (1,9-9,0)	Age, exposition professionnelle, tabagisme (actuel ou ancien)
Berthiller Maghreb – 2008 (Maroc, Tunisie, Algérie)	Cas-témoins (430/755) 1996-2004	Age moyen : 60,5 H (100%)	Cannabis 16,3%	FC-Actu + Ex-FC vs. JFC	2,4 (1,5-3,7)	Age, pays de naissance, exposition professionnelle, tabagisme (PA)
Aldington Nelle-Zélande 2008	Cas-témoins (79/324) 2001-2005	35-55 ans H/F : 1	Cannabis (≥ 20 joints, vie entière)	FC-Actu + EX-FC > 10,5 JA) vs. JFC	5,7 (1,5-21,6)	Age, sexe, ethnie, antécédents familiaux de cancer du poumon, tabagisme (PA)
Han USA - 2010	Cohorte (29195) 2005-2007	35-49 ans	Cannabis (durée de la consommation en année)	FC-Actu + EX-FC ≥ 11 ans vs.	7,87 (1,28-48,4)	Age, sexe, ethnie, niveaux d'éducation et de revenus, tabagisme (dans le mois)

CANNABIS ET CANCER BRONCHIQUE

FUMEE DE CANNABIS POTENTIEL CARCINOGENE SUPERIEUR (vs TABAC)¹

Substances carcinogènes à concentration 50 à 70% supérieure

Concentration supérieure en carbone hydroxylase (AHH)

Fumée plus irritante : quantité fumée inférieure mais inhalation supérieure

Rétention x 4 (vs tabac), teneur en HP x 2 (vs tabac), présence de THC

ROLE DU THC (et cannabinoïdes)

Activation de la croissance de lignées tumorales²⁻⁴

Inhibition de l'immunité antitumorale (balance Th1/Th2)⁵

Diminution de l'apoptose dans des lignées tumorales⁶

Altérations chromosomiques (x 8 vs témoins)⁷

Lésions histologiques précancéreuses in vitro⁸

¹ Urban T. *Rev Mal Respir* 2008;25:1338-40

² Melamede R. *Harm Reduct J* 2005;2:21

³ Hall W, et al. *Lancet Oncol* 2005;6:35-42

⁴ Bifulco M, et al. *Br J Pharmacol* 2006;148:123-35

⁵ Zhu L, et al. *J Immunol* 2000;165:373-80

⁶ Sarafian TA, et al. *Toxicol Appl Pharmacol* 200;174:264-72

⁷ Chiesara E, et al. *Arch Toxicol suppl* 1989;6:128-30

⁸ Barsky SH, et al. *J Natl Cancer Inst* 1998;90:1198-205

SPECIAL ARTICLE

50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States

Michael J. Thun, M.D., Brian D. Carter, M.P.H., Diane Feskanich, Sc.D., Neal D. Freedman, Ph.D., M.P.H., Ross Prentice, Ph.D., Alan D. Lopez, Ph.D., Patricia Hartge, Sc.D., and Susan M. Gapstur, Ph.D., M.P.H.

ABSTRACT

BACKGROUND

The disease risks from cigarette smoking increased in the United States over most of the 20th century, first among male smokers and later among female smokers. Whether these risks have continued to increase during the past 20 years is unclear.

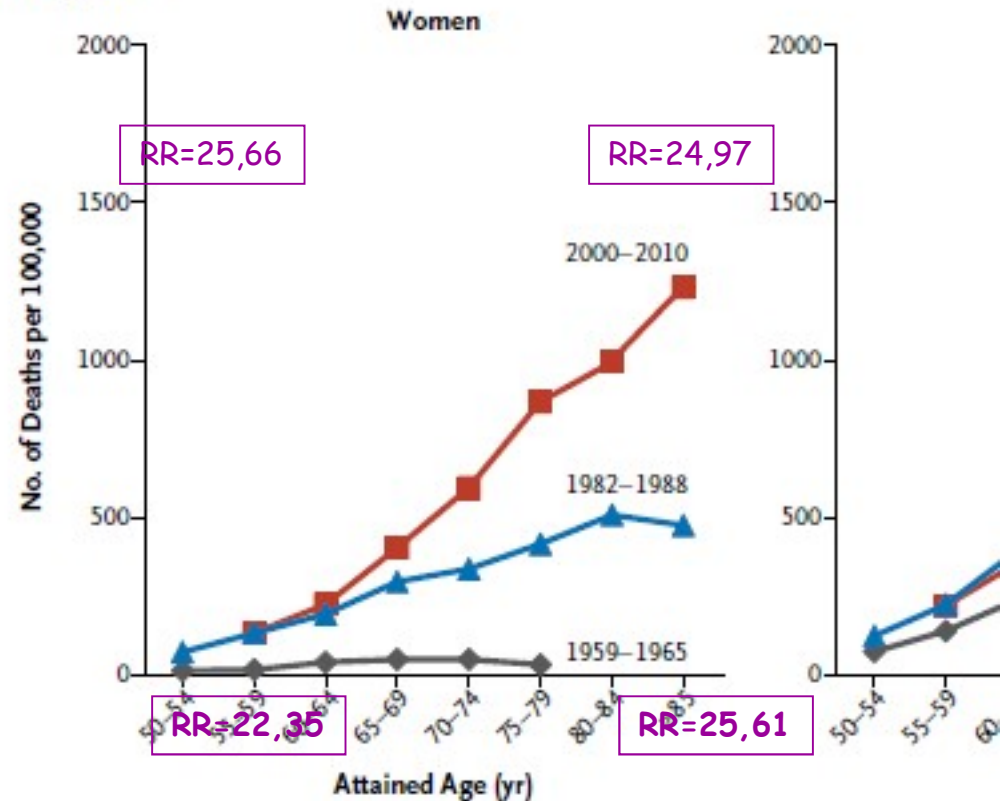
METHODS

We measured temporal trends in mortality across three time periods (1959–1981, 1982–1988, and 2000–2010), comparing absolute and relative risks according to and self-reported smoking status in two historical cohort studies and in five population-based contemporary cohort studies, among participants who became 55 years of age or older during follow-up.

RESULTS

For women who were current smokers, as compared with women who had never smoked, the relative risks of death from lung cancer were 2.73, 12.65, and 25.66 in the 1960s, 1980s, and contemporary cohorts, respectively; corresponding relative risks for male current smokers, as compared with men who had never smoked, were 12.22, 23.81, and 24.97. In the contemporary cohorts, male and female current smokers also had similar relative risks for death from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (25.61 for men and 22.35 for women), ischemic heart disease (2.50 for men and 2.86 for women), any type of stroke (1.92 for men and 2.10 for women), and all causes combined (2.80 for men and 2.76 for women). Mortality

A Lung Cancer



B COPD



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

FEMMES ET CANCERS BRONCHIQUES

Epidémiologie

- USA : 13 % des cancers et 29 % de leur mortalité (> décès par K sein)
- France : 30.10³ nouveaux cas (SR \searrow , survie 5 ans < 15 %)
- Cancer très rare il y a 30 ans (1 femme/10 hommes \rightarrow 4 F/10 H).

Cancer bronchique de la femme

- 3ème cause de mortalité par cancer en France
- adénocarcinome type histologique principal (tabac blond, filtre)
- à tabagisme égal (USA) risque 1,5 à 3 fois supérieur (F vs H)
- facteurs de vulnérabilité spécifiques (génétiques, hormonaux: oestrogènes, infection HPV)

Conséquences pratiques

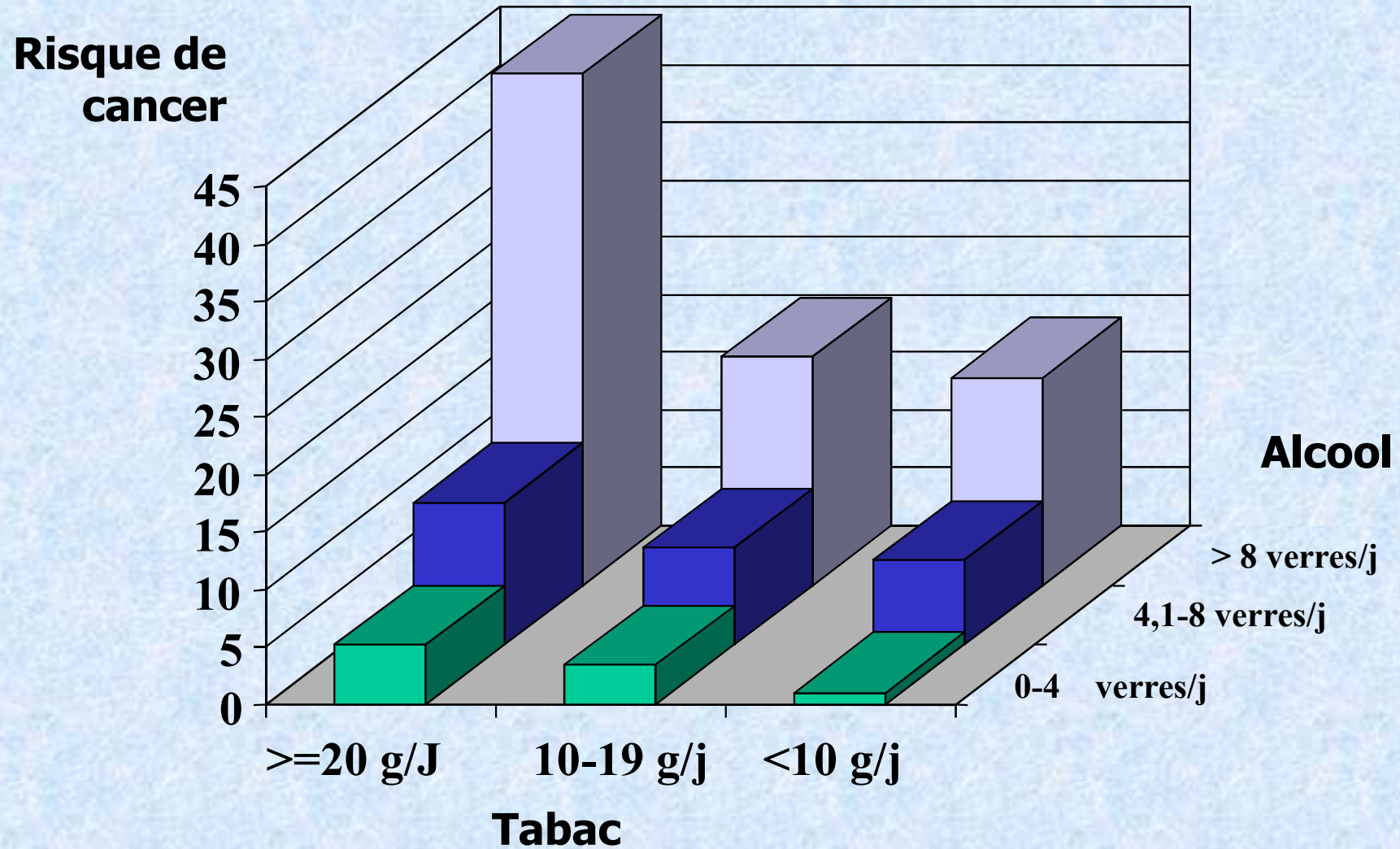
- évoquer KBP chez une femme d 'âge \geq 40 ans fumeuse qui tousse (avant si prise quotidienne de cannabis)
- aspects cliniques spécifiques : âge d 'apparition inférieur (vs hommes) sémiologie évocatrice (toux inexpliquée, état dépressif, hippocratismes digital, usage de cannabis régulier).

CANCERS DES VADS ET OESOPHAGE

- **Tabagisme facteur de risque avéré**
Sankaranarayanan R, et al. *Anticancer Res* 1998 ; 18:4779-86
- **Potentialisation en cas d 'abus d 'alcool ou alcoolo dépendance**
Tuyens AJ, et al. *Bull Cancer* 1977 ; 84:45-60
- **Cancers précoces chez le consommateur de cannabis**, risque accru significativement dès une prise quotidienne de cannabis
Zhang ZF, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1999 ; 8:1071-8
- **Traitements douloureux, délabrant**
- **Sevrage tabagique difficile** (motivation, observance, dépendance, troubles anxio-dépressifs, coaddictions)
- **Arrêt tabac : amélioration des chances de guérison définitive et amélioration de la qualité de vie**
Jensen K, et al. *Oral Oncology* 2007 ; 43:187-92

Tabac, alcool et cancer oesophage

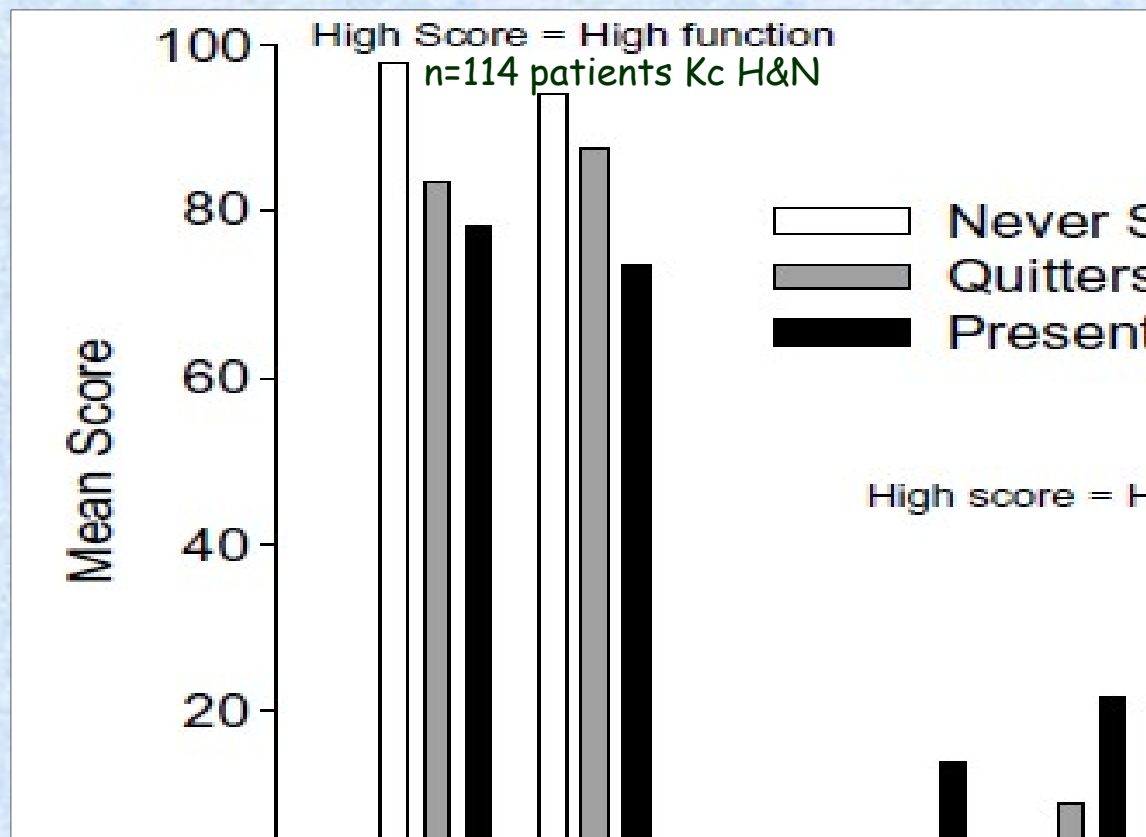
BDNT2005-15EFF-020



Tuyns AJ, et al *Bull Cancer* 1977

Arrêt Tabac = meilleure qualité de vie

Amélioration QdV : sevrage / fumeurs persistants $p < 0,005$



CANCERS DE LA VESSIE ET DU REIN

- **Responsabilité démontrée dans le cancer de la vessie**
(*The health consequence of smoking* 2004) ; forte augmentation actuelle de la prévalence de ce cancer.
- **Responsabilité avérée dans la genèse des cancers du rein :**
RR = 1,38 versus NF avec relation dose effet chez l'homme et la femme
Lindblard P. *Scand J Surg* 2004 ; 93:88-96

CANCERS DU COL DE L 'UTERUS ET DE LA VULVE

- **Cofacteur des cancers du col de l'utérus (infection HPV)**
Gadduccu A, et al. *Gynecol Endocrinol* 2011 ; 27:597-604
- **Risque d'autant plus élevé que la consommation quotidienne et le grade de la lésion sont plus élevés** (idem pour cancers de la vulve)
Moore TO, et al. *J cutan Med Surg* 2001 ; 5:323-8

AUTRES CANCERS

- **CANCER DU PANCREAS**

relation entre tabagisme et cancer du pancréas avérée
tabagisme variable indép. de consom. d'alcool et café

Coughlin SS, et al. *Cancer Causes Control* 2000 ; 11:915-23

Michaud DS, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001 ; 10:429-37

- **CANCER DE L'ESTOMAC**

relation avérée. RR = 1,5 à 2 versus NF

Mizouet T, et al. *Int J Epidemiol* 2000 ; 29:232-7

surtout cancers proximaux : cardia RR 4,1 vs 1,94 autres sites

Gammon MD, et al. *J Natl Cancer Inst* 1997 ; 89:1277-84

- **CANCER DU FOIE**

Corée, tabagisme facteur de risque indépendant du cancer du foie

Jee SH, et al. *Cancer causes control* 2004 ; 15:341-8

- **LEUCEMIE MYELOÏDE CHRONIQUE (AIGUE)**

Kuper H, et al. *J intern Med* 2002 ; 252:206-24

Lichtman MA. *Oncologist* 2008 ; 13:645-54

2-TABAGISME CAUSE MOINS CONNUE DE CANCERS

CANCER DU SEIN

- **Facteurs génétiques, endocriniens, métaboliques ... et tabac**
Perriot J. *J Gynécol Obstet Reprod* 2005
- **Risque avéré RR = 1,32 versus NF**
Reynolds P, et al. *J Natl Cancer Inst* 2004
- **Etude cas témoins : 1431 F ; 318 F avant ménopause (vs 340 témoins)**
RR = 1,69 (1,13 - 2,51) grossesse ant., tabac < 5 ans après 1^{ères} règles)
RR = 7,8 (1,63 - 30,8) femmes nullipares tabagisme ≥ 20 c/j
Band PR, et al. *Lancet* 2002 ; 360:1044-9

CANCERS CUTANES

- **Carcinome spinocellulaire** : RR=2 vs NF
De Hertog SA, et al, *J Clin Oncol* 2001
- **Egalement basocellulaire** (+ exposition solaire)
Boyd AS, et al. *J Am Acad Dermatol* 2002 ; 46:706-9
- **Mélanome : tabagisme facteur du pronostic**
Bour-Guichenez G, et al. *Alcool Addictol* 2000 ; 22:43-50

3-TABAGISME PASSIF ET CANCERS

TABAGISME PASSIF IN UTERO : Tumeurs cérébrales, leucémies, lymphomes Delcroix M, *La grossesse et le tabac*, 2011

TABAGISME PASSIF : KBP + 26 % *Bull Acad Nat Med*, 1997

4-PAS DE LIEN DE CAUSALITE DEMONTREE

CANCER DE L'OVAIRE ? mais tumeurs ovariennes plus fréquentes
Delcroix M, et al. *EMC gynécologie* ; 29-L-20, 2010

CANCER DE L'ENDOMETRE (au contraire diminution de sa fréquence chez la femme ménopausée).

CANCER DE LA THYROÏDE (effet de protection ?)
Underner M. *Rev Mal Respir*, 2008 ; 25:1261-78

5-AUTRES CANCERS

COLO-RECTAL, PROSTATE, TUMEUR DE WARTHIN (facteur de pronostic). Underner M. *Rev Mal Respir*, 2008 ; 25:1261-78

PHYSIOPATHOLOGIE

TOXICITE DE LA FUMEE (produits de combustion toxiques)

VULNERABILITE INDIVIDUELLE

FACTEURS DE RISQUES INDIVIDUELS

Patients avec cancers bronchiques¹⁻⁵

USA-UE Hommes 90-95 % fumeurs

Femmes 70-85 % " "

Pays émergents % inférieur (H/F)

Aspects génétiques et moléculaires⁴⁻⁶

Métabolisation des HAP

Déficit de l'activité GST-M1

Gène de l'EGFR, mutation de K- RAS

Variations du chromosome 15q25

Terrain hormonal

Œstrogènes : promoteurs tumoraux

DIFFUSION – ELIMINATION DES SUBSTANCES TOXIQUES (vessie)

FACTEURS PROFESSIONNELS ET ENVIRONNEMENTAUX (radon)

TABLEAU I

Principales modifications génétiques du cancer de la tête et du cou (CBNPC) en fonction du statut de fumeur

	Fumeur
Gain du chr16	< 5%
Mutation de KRAS	Fréquente
Mutation de l'EGFR	5-10%
Mutations de HER2	Plus fréquente
Mutation de P53	1,5%
Rapport G→T/G→A	
Mutations de STK11 (LKB1)	Plus

¹ Quoix E, et al. *Rev Mal Respir* 2011 ; 88 : 1048-58.

² Prevot G, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 : 545-56.

³ Noronha V, et al. *Indian J Cancer* 2012 ; 49 : 74-81.

⁴ Hadoux J, et al. *Press Med* 2011 ; 40 : 371-8.

⁵ Chen LS, et al. *J Natl Cancer Inst* 2015 ; 107(5).

⁶ Ankathil R. *Tobacco Use Insights* 2010 ; 3 : 1-15

Fumée du tabac : phase particulaire

BDNT2005-11PAS-005

	Quantité dans le courant principal par cigarette	Ratio courant secondaire/courant principal
Goudrons	14-30 mg	X 8 (1,1-15, 7)
Nicotine	2, 1-46 mg	X10 (1,3-21)
Phénol	70-250 µg	X 2 (1,3-3)
2-Naphthylamine	70 ng	X 39
Benz(a)anthracène	40-200 ng	X 3 (2-4)
Benzo(a)pyrène	40-70 ng	X 11 (2,5-20)
nor nitrosocotinine	0, 2-1, 4 µg	X 10 (1,0-22)
Cadmium	0, 72 µg	X 7
Polonium-210	0, 5-1, 6 pCi	X 2 (1,06-3,7)

Fumées du tabac : phase gazeuse

BDNT2005-11PAS-004

	Quantité dans le courant principal par cigarette	Ratio courant secondaire/courant principal
Monoxyde de Carbone	26, 8-61 mg	X 10 (2, 5-14, 9)
Benzène	400-500 µg	X 9 (8-10)
Formaldéhyde	1500 µg	X 50
3-Vinylpyridine	300-450 µg	X 29 (24-34)
Cyanide d'hydrogène	14-110 ng	X 0,2 (0,06-0,4)
Hydrazine	90 ng	X 3
Oxydes d'azote (NOx)	500-2000 µg	X 4 (3,7-12,8)
N-nitrosodiméthylamine	200-1 040 ng	X 85 (20-130)

Source : DAUTZENBERG B, Le tabagisme passif. Direction Générale de la Santé. Paris, 2001.

TABLEAU I. MILIEU DE TRAVAIL, CIGARETTE ET SANTE.

Composés chimiques	Milieu de travail	Effets
Formaldéhyde (gaz)	Conservation du cuir, impression textile, fonderies, hôpitaux et laboratoires, embaumements, colles	Irritation grave, allergie, cancer
Aldéhydes (vapeurs) aliphatiques et cétones (liquides)	Antioxydants, explosifs, argenture des miroirs, adhésifs, celluloid, laques et vernis, peintures en bombes	Irritation des yeux, de la peau et de l'appareil respiratoire supérieur
Acroléine (vapeur)	Acrylates, plastiques, caoutchouc, lutte contre les incendies, réfrigération, résines, textiles, fonderies, soudures	Irritation intense des yeux et des muqueuses
Hydrocarbures (vapeur)	Fusion de l'aluminium, aromatiques (aérosols) industries du pétrole, du coke, du gaz et du goudron, gaz d'échappement	Cancers du poumon et de la vessie
Amines (aérosols)	Teintures et colorants aromatiques	Cancer de la vessie
Benzène (vapeur)	Finition des meubles, pétrochimie, industrie du caoutchouc	Irritation, modifications du sang, anémie, leucémie, mutagénicité
Cyanure d'hydrogène (gaz)	Hauts fourneaux, fours à coke, industrie du gaz, galvanoplastie, extraction de l'argent	Asphyxie, neutralisation des enzymes
Ammoniac (gaz)	Industrie chimique, teintures, galvanoplastie, fabrication d'engrais, industrie du papier et de la pâte à papier, tannerie, traitement de l'eau	Irritation, nausées, bronchite, œdème pulmonaire
Oxydes d'azote (gaz)	Fabrication d'engrais, soudure, industrie chimique, nettoyage des métaux	Irritation, nécrose, œdème, bronchiolite
Composés volatiles de As, Cd, Cr, Mn, Ni (vapeurs et aérosols)	Fusion, galvanoplastie, soudure, fabrication de piles, récupération des métaux, pesticides	Irritation des voies respiratoires, dyspnée, emphysème, cancer, fibrose, allergie, maladies cardiovasculaires, neurotoxicité
Monoxyde de carbone (gaz)	Gaz d'échappement des véhicules, déchets industriels, incinération d'ordures, système de chauffage défectueux, cuisson d'aliments BBQ, feux de camp, propane	Asphyxie, maux de tête, faiblesses, vertiges, nausées, vomissements

TABLEAU II. INTERACTION ENTRE SECTEUR D'ACTIVITE, TABAGISME ET MALADIES (d'après OMS, 1992).

Secteur d'activité	Exposition	Maladie	Interaction
Industrie de l'amiante et autres occupations en contact avec l'amiante	Amiante	Cancer du poumon, amiantose	Multiplication ou addiction
Métallurgie aluminium	Hydrocarbures polynucléaires	Cancer de la vessie	Addition ou multiplication
Industries aéronautiques et minières et nombreuses autres industries	Bruits Outils vibrants	Perte de l'audition et de l'acuité auditive Syndrome des doigts blancs, vibration white fingers	Addiction
Fabrication du chlore	Chlore	Bronchopneumopathie chronique obstructive	Addition
Fonderies de cuivre	Anydride sulfureux Arsenic	BPCO, cancer du poumon	Addition
Production des céréales	Poussière de céréales	Bronchite chronique, BPCO	Addition
Textiles	Poussière de coton, de chanvre, de lin	Obstruction aiguë et chronique des voies respiratoires (byssinose), bronchite chronique	Eventuellement multiplication
Mines d'uranium et nombreuses autres mines dans des milieux radioactifs	Radiation alpha (radon)	Cancer du poumon	Peut-être multiplication
Soudure	Gaz irritants, vapeurs de métaux, poussières	Bronchite chronique, BPCO	Addiction

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE

PRIORITE EN CANCEROLOGIE : Pulmonaire et ORL (++) **MAIS DES FREINS A LA PRISE EN CHARGE** (soignants : formation et implication)

BENEFICIE DE L'ARRET

REDUCTION DU RISQUE DE KBP

Khuder SA, et al. *CHEST* 2001 . 120/1577-63

Rachet B, et al. *J clin Epidemiol* 2004 . 57/1076-85

Intérêt supérieur chez le gros consommateur que chez le petit

Intérêt supérieur pour CPC et CBA que CGC et ADK

ACCROISSEMENT DE LA SURVIE

K ORL : sevrage = guérison + 27 %

Browman GP, et al. *Head Neck* 2002 ; 24:1031-7

KBP (CPC) : survie d'autant plus grande que l'arrêt est plus précoce

++ avant le diagnostic, survie faible si persistance du tabagisme

Johnston - Early A, et al. *JAMA* 1980 ; 244:2175-9

POURSUITE DU TABAGISME

RISQUE DE COMPLICATIONS ET INEFFICACITE DES TRAITEMENTS

K ORL : réponse à la radiothérapie ↘, survie à 2 ans ↘

Bowman GP, et al. *N Engl J Med* 1993 . 328:159-63

K BP Radio-induits en cas de K sein (RR = 6)

Ford MB, et al . *Cancer* 2003 . 98:1457-64

↘ TOLERANCE DES CHIMIO ET RADIOTHERAPIES (KBP)

Dressler CM. *Lung Cancer* 2003 ; 39:119-24

↗ RISQUE PERIOPERATOIRE (KBP)

Robles AM. *Thorac Surg Clin* 2004 ; 14:295-304

↘ QUALITE DE VIE : variable indépendante (KBP)

Quantin X, et al. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24:6S16-21

RISQUE DE RECIDIVE OU SURVENUE D 'UN 2^{ème} CANCER

RECIDIVE APRES EXERESE (Robles AM. *Thorac Surg Clin* 2004)

SURVENUE D'UN 2^{ème} CANCER APRES GUERISON D'UN CPC

Kawahara M, et al. *Br J Cancer* 1998 ; 78:409-12 (= x 3,6)

Richardson GE, et al. *Ann Intern Med* 1993 ; 119:383-90 (= x 3)

Tucker MA, et al. *J Natl Cancer Inst* 1997 ; 89:1782-8

. Après radiothérapie : RR = 21 vs 13 NF

. Après chimiothérapie : RR = 19 vs 9,4 NF

BENEFICES DE L'ARRET

SURVIE (méta-analyse)¹

Risque de décès (stades localisés)

F persistants vs F arrêtant au diagnostic).

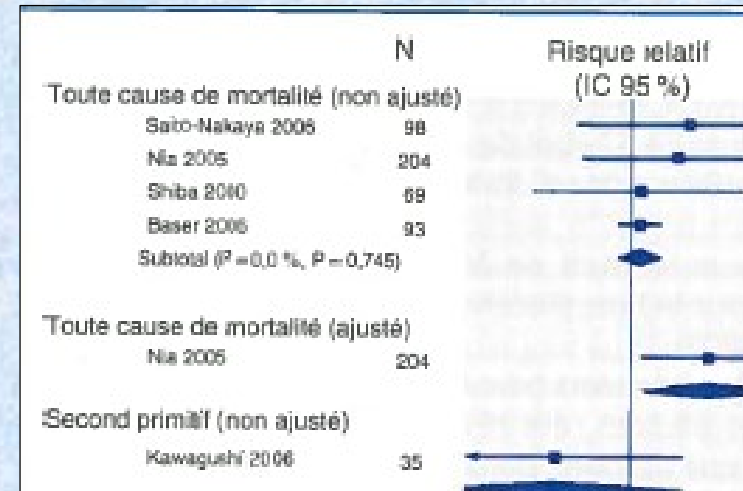
CBNPC : RR = 2,94 (IC 95 % : 1,15-7,54).

4 études = 464 patients.

CBPC : RR = 1,86 (IC 95% : 1,33-2,59).

2 études = 278 patients.

Stades non localisés pas de différence.



AUTRES²

Diminution de la mortalité spécifique liée au cancer du poumon.

Et des autres risques de décès liés au tabac (cardio-vasculaires, BPCO).

Amélioration durable de la QDV (score OMS).

Bénéfice psychologique de l'arrêt.

¹ Parsons A, et al. Influence of smoking cessation after diagnostics fo early stage lung cancer on prognosis : systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ* 2010 ; 340 : b 5569.

² Underner M, Perriot J, Merson F, Peiffer G, Meurice JC. Influence du tabagisme sur la qualité de vie des patients atteints de cancer bronchique. *Rev Mal Respir* 2015 ; 6 : 586-98

SEVRAGE TABAGIQUE EN PRATIQUE

ARRET IMMÉDIAT PLUS FACILE CHEZ LE PATIENT AVEC KBP

Dressler CM, et al. *CHEST* 1996

Sanderson - Cox L, et al. *J Clin Oncol* 2002 ; 20:3461-9

patients plus âgés, plus motivés, décision d 'arrêt plus mature,
taux d 'arrêt supérieur (à 5 mois 22 % KBP vs 14 % pop. Gen)

LES REGLES GENERALES DU SEVRAGE TABAGIQUE S'APPLIQUENT

1- BILAN INITIAL EXHAUSTIF DE LA SITUATION TABAGIQUE

- **patients ne pouvant ou ne voulant pas s'arrêter**

Scholl RA, et al. *Psychooncology* 2004 ; 13:346-58

consommation et intention d 'arrêt faibles

symptômes cliniques du cancer discrets

niveau de dépendance élevé

états dépressifs fréquents

- **patients reprenant le tabac après chirurgie d'exérèse**

Walker MS, et al. *Prev Med* 2004 ; 39:449-57

état dépressif et craving

2- PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES SIMPLES

- Clarck MM, et al. *Lung Cancer* 2004 ; 44:13-21
Matériel d'auto assistance y compris internet (↗ tentatives d'arrêt à 1 an : 68 % versus 48 %, pas d'arrêt plus nombreux).
- Wewers ME, et al. *Oncol Nurse Forum* 1997 ; 24:1419-22
Thérapies de soutien par IDE lors du bilan pré opératoire du cancer (↗ tentatives : 69 % à 12 mois et 40 % d'arrêts confirmés)
- Lawvere S, et al. *J Am Acad Nurse Pract* 2003 ; 15:378-81
Les infirmières doivent être les acteurs naturels de la prise en charge tabacologique en cancérologie.

3- PROPOSITIONS PLUS COMPLEXES

Arrêt du tabac du patient atteint de cancer INCa, 2016

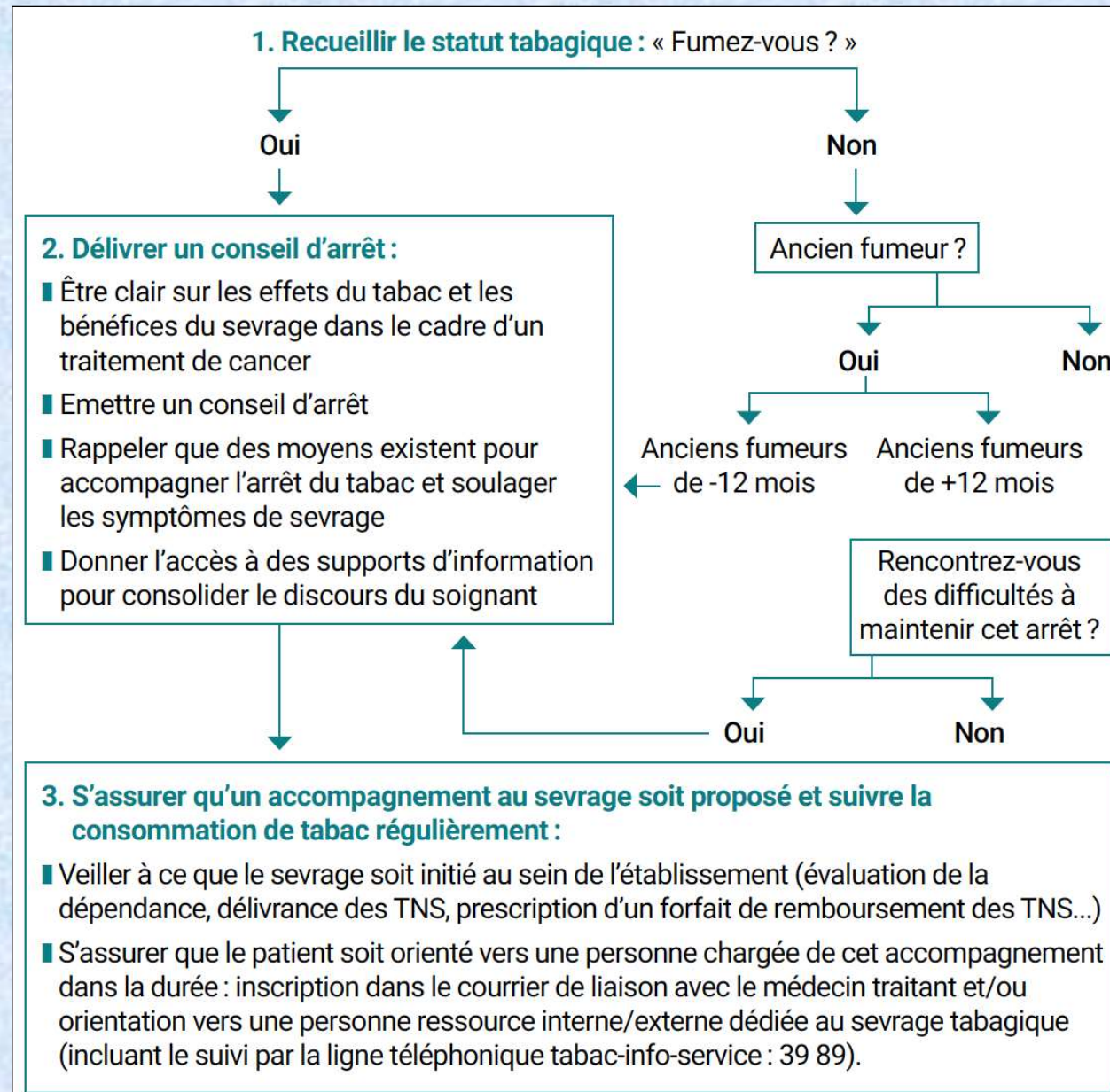
Référentiels inter régionaux soins oncologiques de support

- **Médicaments de 1^{ère} ligne** SN, Varénicline, Bupropion
- **Thérapies comportementales et cognitives**
- **Suivre les recommandations habituelles**
- **Attention** : Dépression, anxiété, bipolarité, dénutrition et fatigue physique conditionnent la réussite du sevrage
- **Prise en charge de l'entourage du patient**

Arrêt du Tabac : souhait des patients

L'arrêt du tabac est souhaité par une majorité de patients fumeurs ayant un cancer

	Fumeurs ICM	Fumeurs Population française*
	%	%
Projet de sevrage < 6 mois	68,0	27,3
Aide souhaitée	47,1	32,2



REDUCTION DE LA CONSOMMATION

INEFFICACITE DE LA REDUCTION SANS AIDE DE TSN

Djorjevic MV, et al. *J Natl Cancer Inst* 2000 ; 92:106-11

PLACE DE LA « HARM-REDUCTION » ?

Leischow SJ, et al. *J Natl Cancer Inst* 2004 ; 96:86-7

LE DEPISTAGE COMME MOYEN D'AIDE A L'ARRET

VULNERABILITE GENETIQUE + INFORMATION PREVENTIVE

Mc Bride CM, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002 ; 11:521-8

- **meilleure perception du risque à fumer**
- **score de dépression initial supérieur (normal à 12 mois)**
- **nombre de tentative d'arrêt supérieur à 12 mois**
- **peu ou pas d'effet sur le nombre d'arrêts durables**

Le dépistage induit 10 à 20 % d'arrêt du tabac !

CT lung screening trial	Intervention	Follow-up	Quit rate
Danish Lung Cancer Screening Trial (Ashraf et al., 2009)	Minimal smoking cessation provided by trained smoking cessation nurses, plus brochure	1 year	12% screened, 12% control (background rate 4%) Quit rate higher with positive scan results
Dutch-Belgian NELSON Trial (van der Aalst et al., 2010)	Standard smoking cessation brochure or request for tailored information	2 years	14% screened, 19% control (background rate 3-7%)
US National Lung Screening Trial (Tammemägi et al., 2014)	Impact of abnormal results (no smoking cessation intervention)	1 year 2 years 7 years	14% (positive results) 18% 39%
UK Lung Screening Trial (Brain et al., 2017)	Standard smoking cessation advice leaflet and list of stop smoking services	2 years	24% screened, 21% control (background rate 4%)

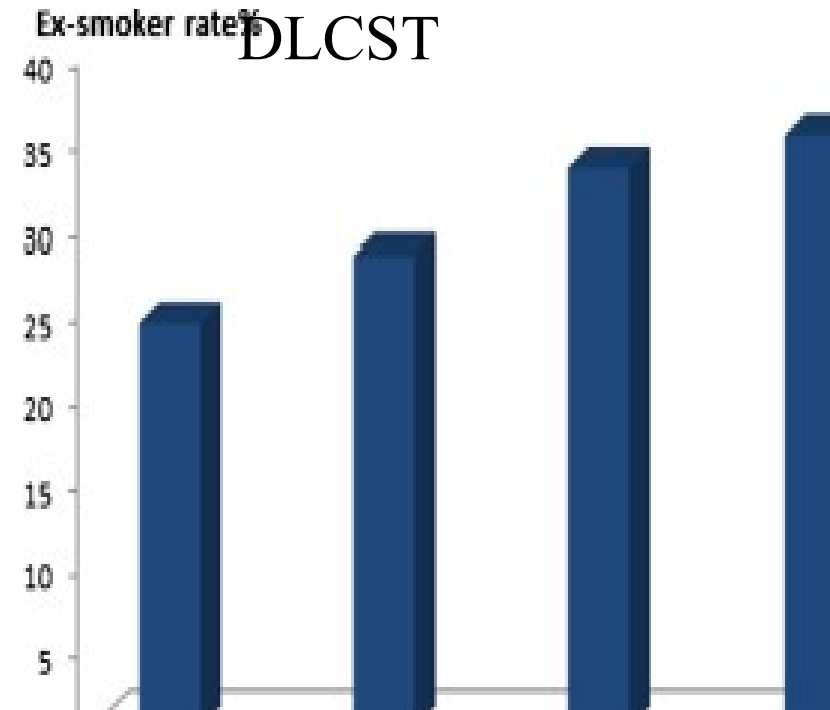
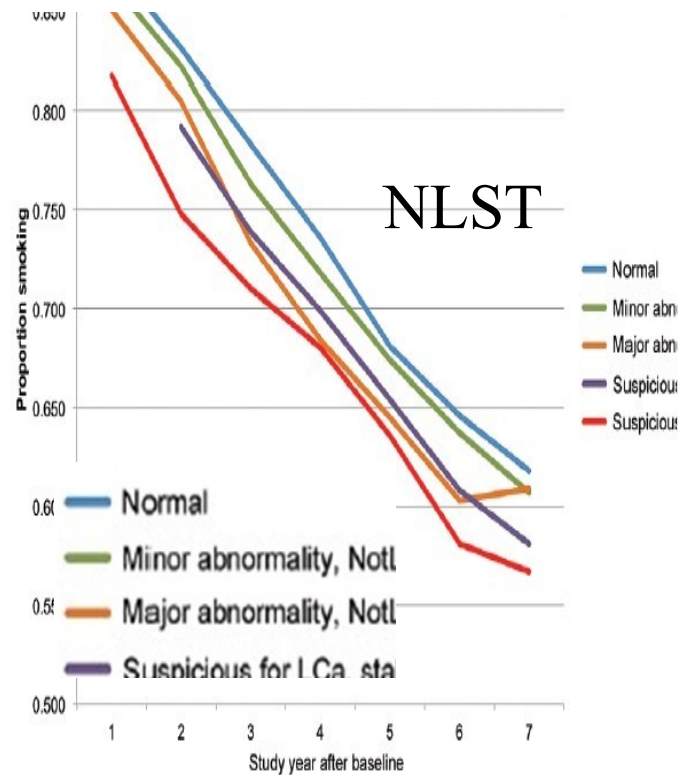
By courtesy Pr K. Brain Cardiff, UK.

L'arrêt du tabac varie selon le résultat du scanner dans temps ?

Plus de sevrage si plusieurs anomalies détectées

Arrêt du tabac et scanners successifs

Globalement le dépistage entraîne des arrêts du tabac



Diapositive G Peiffer

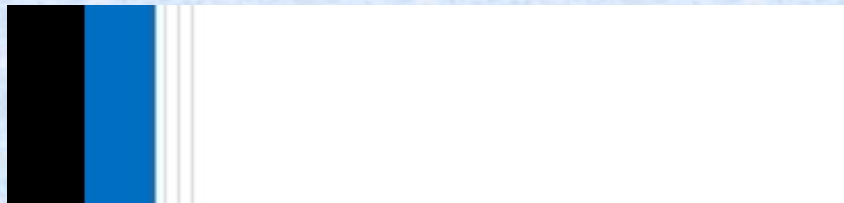
SEVRAGE TABAGIQUE COMBINÉ AU DÉPISTAGE ?

Etude Tanner

Combinaison ST à 15 ans et du dépistage par scanner LD : ↘ **38%** mortalité

Etude Pastorino

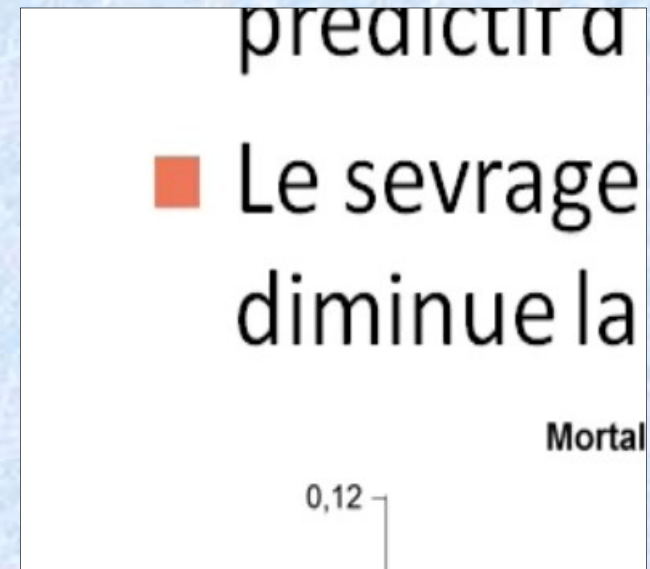
Multicenter Italian Lung Detection ↘ **39%** mortalité



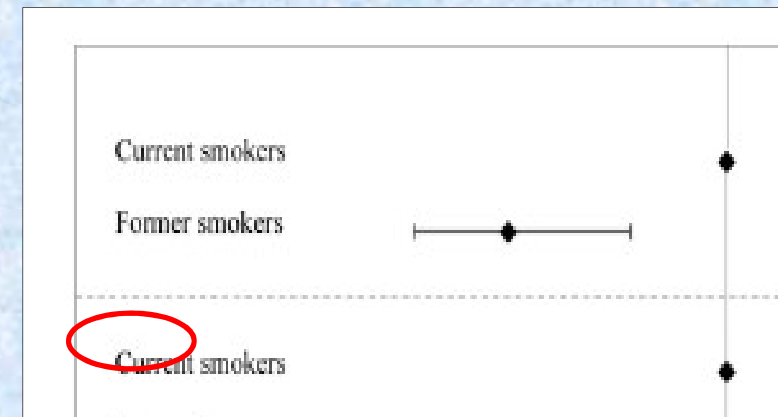
Early quitters (quit before baseline) ↘ **55%**

Diapositive G Peiffer

Tanner NT, et al. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016;193(5):534-41.
Pastorino U, et al. *J Thorac Oncol.* 2016;11(5):693-699.



3. Effect of smoking cessation on



RESULTATS DE L'ETUDE MILD

DÉPISTAGE DU CANCER AVEC SEVRAGE TABAGIQUE

- Varenicline pendant 3 mois (distribuée gratuitement)
- Suivi psychologique
- Soutien téléphonique (4 appels)

RÉSULTATS

- Dès le départ (baseline) : l'effet du dépistage stimule l'arrêt du taba
- **Suivi du programme par 61% des inclus**
 - à 3 mois: 48.7% abstinents
 - à 12 mois: 20% sont abstinents** (confirmation biochimique)
- Comparé aux patients sans intervention: **OR: 1,43 (1,11 – 1,84)**

« COMPORTEMENT FUMEUR » ET DÉPISTAGE PAR SCANNER LD

SOUHAITS DE MODIFIER LA CONSOMMATION

peu d'arrêt immédiat plutôt une réduction ou un arrêt ultérieur

Les freins cités : durée du tabagisme, addiction, stress;

Changements en dehors du tabac : activité physique, nutrition...

ETUDE ZELIADT (entretiens qualitatifs sur le dépistage)

Pour 50% des fumeurs : il **réduirait** la motivation à fumer

Mêmes avantages pour la santé que l'arrêt du tabac

Dépistage annuel = protection contre le cancer

Dépistage négatif donnerait donc un "**permis de fumer**"

CONCLUSION

LA PRISE EN CHARGE TABACOLOGIQUE REVET UNE IMPORTANCE CAPITALE EN CANCEROLOGIE (PREVENTION - SEVRAGE)

IMPLICATION DES EQUIPES EN ONCOLOGIE ET PARTENARIAT AVEC LES ADDICTOLOGUES

AVOIR UN CANCER ET S'ARRETER DE FUMER ?

- **POSSIBLE** (et plus facile que dans la population générale)
- **INDISPENSABLE** (qualité de vie et pronostic)
- **MEMES REGLES DE PRISE EN CHARGE** (vs pop gén)

Peiffer G, et al. Prise en charge du tabagisme. *Rev Mal Respir Actualités* 2013 ; 5 : e5-e15

Underner M, et al. Influence du tabagisme sur la qualité de vie des patients atteints de cancer bronchique. *Rev Mal Respir* 2015 ; 32 : 586-98

Perriot J, Underner M, Peiffer G, Dautzenberg B. L'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs atteints de BPCO, d'asthme, de cancer bronchique et opérés. *Rev Pneumol Clin* 2018.