

Tabac et Cancer

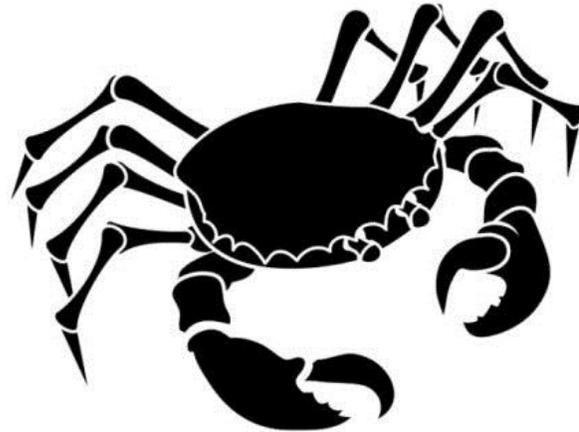
DIU Tabacologie

23 novembre 2018

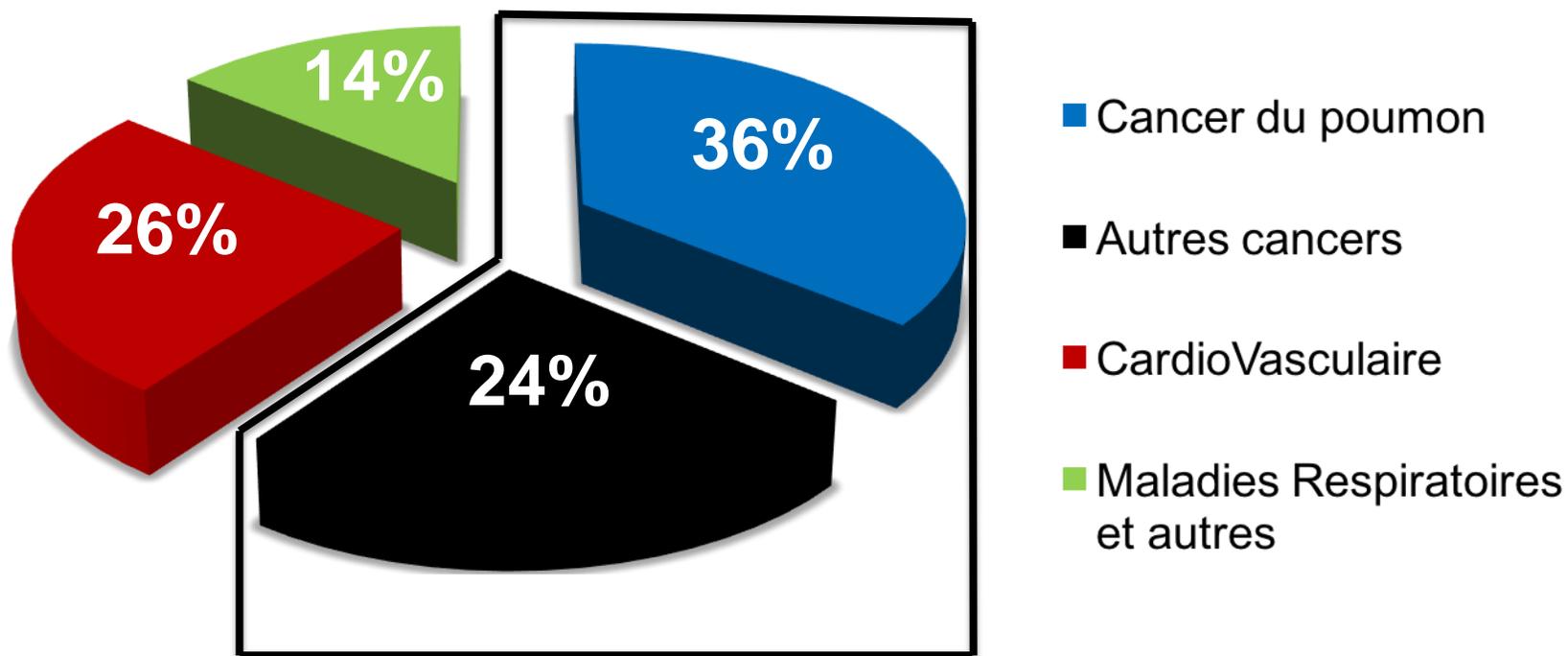
Dominique TRIVIAUX



Tabac et Cancer



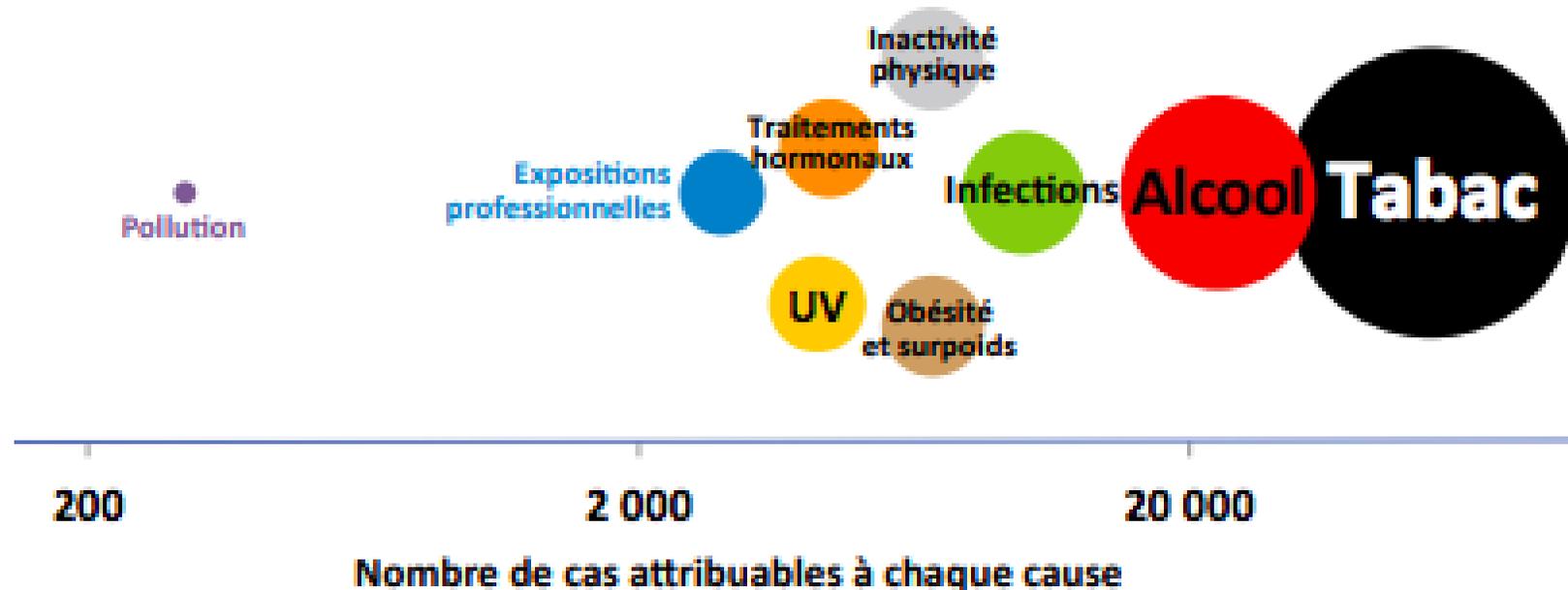
73 000 morts/an => 45 000 par cancers



60% liée au cancer **30% des décès par cancer**

Tabac = 1^{er} facteur de risque évitable

Nombre de cas de cancer attribuables aux différents facteurs de risque de cancer en France en 2000



Autopsie d'un meurtrier



Lors de sa combustion, la cigarette produit une fumée qui contient environ 4000 substances toxiques (dont au moins 50 cancérigènes). Sur les paquets, seuls goudrons et nicotine sont indiqués. Certains composés proviennent de l'environnement (pesticides, produits radioactifs), d'autres composés sont ajoutés, comme l'ammoniac qui favorise la fixation de la nicotine et la dépendance. Certains plants de tabac sont génétiquement modifiés afin de rendre la nicotine plus « efficace ».

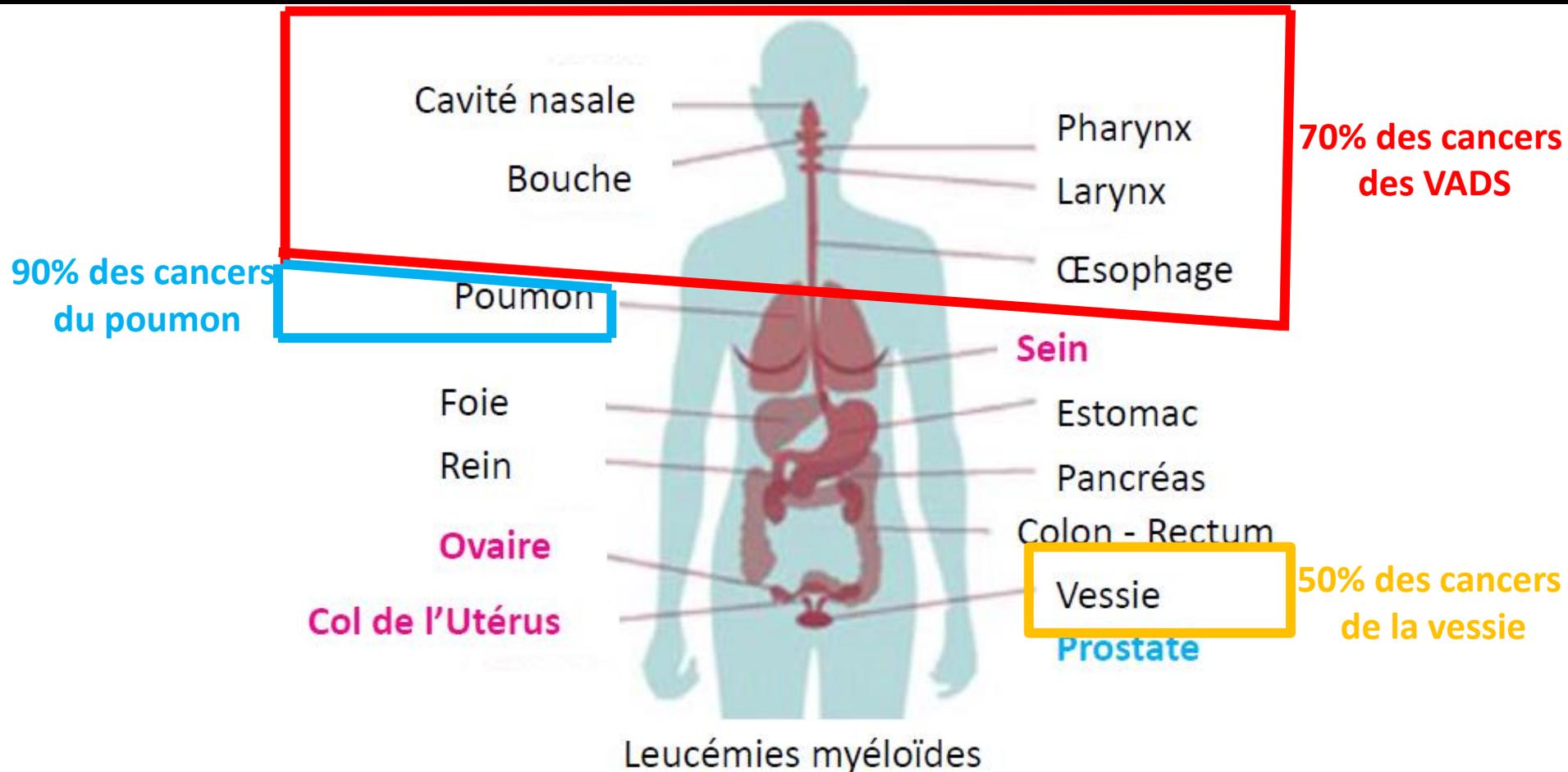


1 bouffée
=
7000 substances toxiques
dont
70 cancérigènes

Durée >>> Quantité
Cancer du poumon

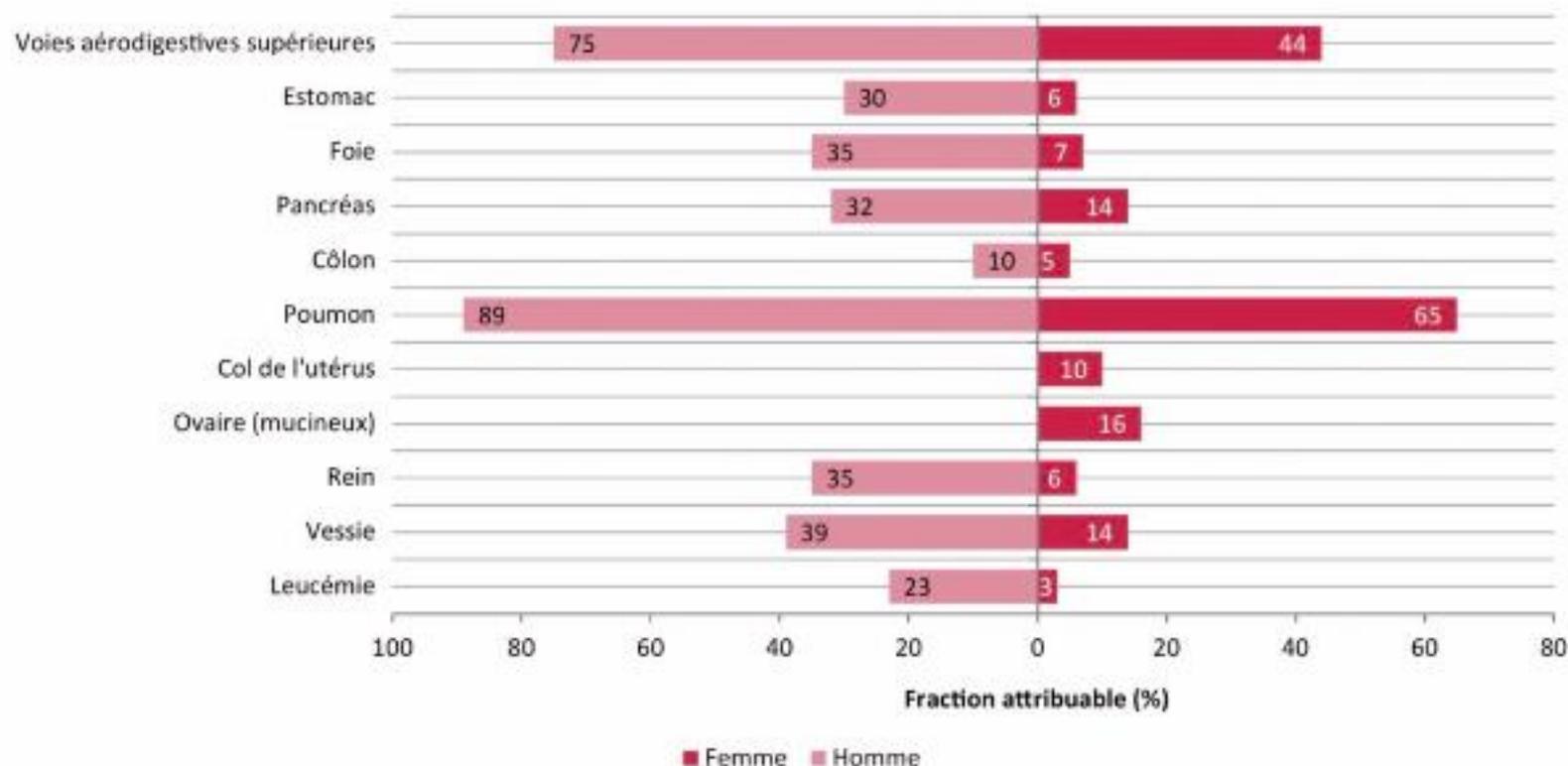
Peto 20112

17 localisations de cancers



Un impact lourd sur la mortalité par cancer

Fractions des décès attribuables au tabagisme selon la localisation cancéreuse
Estimation pour la France métropolitaine dans la population âgée de 35 ans et plus année 2013



Note de lecture : environ 89 % des décès par cancer du poumon chez l'homme seraient attribuables à la consommation de tabac.
Source : [Bonaldi C., 2016]. Traitement : INCa 2016.

...comme sur la morbidité

- Le tabac assombrit le **pronostic** des patients et augmente les **risques de seconds cancers primitifs**
- Le tabagisme augmente le risque de **complications per et postopératoires**
- La poursuite du tabagisme après le diagnostic d'un cancer **détérioré la qualité de vie**
- Le tabagisme augmente certaines **toxicités** liées aux traitements anticancéreux
- Le tabagisme favoriserait, sur une tumeur existante, la **progression tumorale** et pourrait être à l'origine de **résistance à certains traitements**

La poursuite du tabac diminue la survie

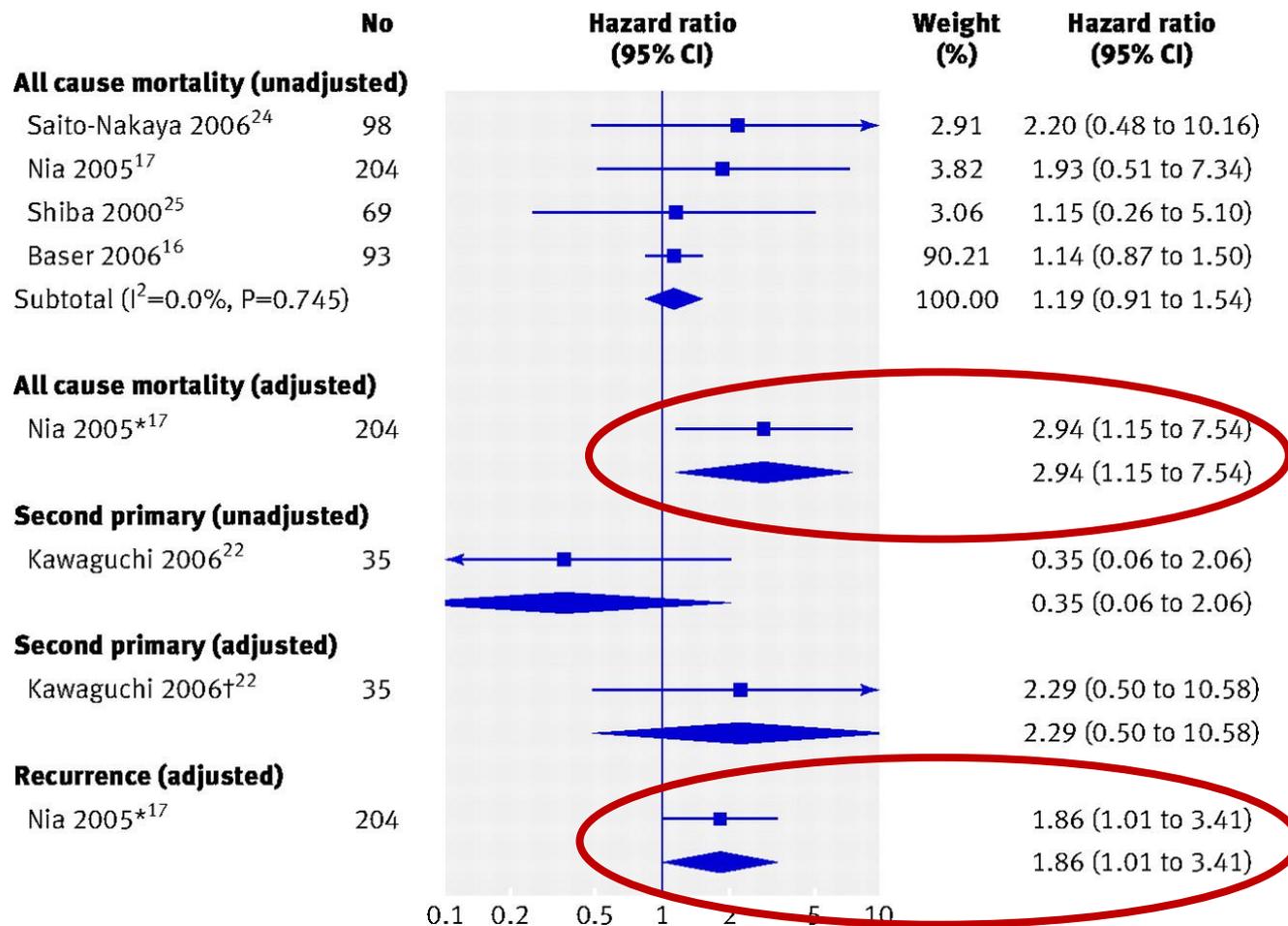


Fig 2 Effect of continued smoking on all cause mortality and recurrence in non-small cell lung cancer.

La poursuite du tabac diminue la survie

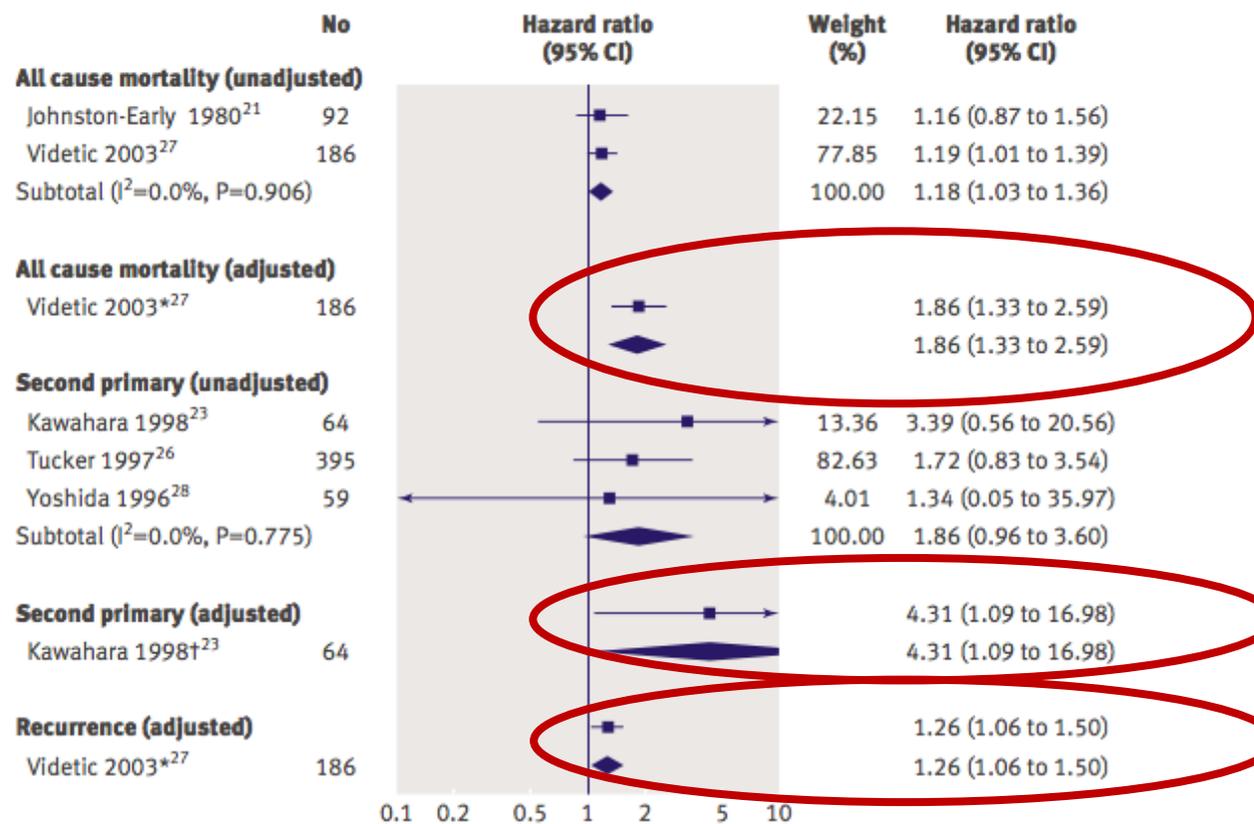


Fig 3 | Effect of continued smoking on all cause mortality, development of a second primary, or recurrence in small cell lung cancer. Weights are from random effects analysis. *Adjusted for sex, age, and volume of limited disease. †Adjusted for sex, age, performance status, etoposide, radiotherapy, and cumulative smoking

Complications péri-opératoires

Il est établi que le tabagisme périopératoire chez l'adulte :

- augmente le risque de complications générales :
 - triplement du risque infectieux et coronaire,
 - doublement du risque d'être transféré en réanimation et de faire des complications respiratoires immédiates
- augmente le risque des complications chirurgicales
 - deux à quatre fois plus de complications de cicatrisation, de risque d'éventration après laparotomie, de médiastinite, de lâchage de suture digestive, de thrombose de prothèses vasculaires, de retard de consolidation osseuse).



Altération de la qualité de vie

- **Composante physique** (fonctionnement physique, symptômes respiratoires, douleurs et « performance status »)
- **Composante psychique**
- **Composante émotionnelle**
- **Composante sociale**

Etudes observationnelles de patients atteints de cancer du poumon de stade précoce et avancé

Augmentation de la toxicité de la radiothérapie

- Irradiation pour cancers des VADS
 - **dégradation de la qualité vocale,**
 - **persistance de mucite**
 - **oedème et nécrose à long terme**
 - **ostéoradionécrose**
- Irradiation pelvienne (cancers urologiques, gastro-intestinaux ou gynécologiques)
 - **toxicités rectales**
 - **complications gastro-intestinales à long terme**

Augmentation de la toxicité de la radiothérapie

- Irradiation mammaire
 - **Toxicité cutanée** => reconstruction mammaire ?
- Irradiation mammaire + tabagisme : effet synergique
 - Majoration du risque **d'infarctus du myocarde**

Augmentation de la toxicité de la radiothérapie

Effet synergique entre tabagisme et radiothérapie chez des patients traités pour un lymphome hodgkinien, un cancer du sein ou un cancer du poumon



Risque de cancer du poumon

Modification de la cinétique de certains traitements anticancéreux

- Modification de l'activité du Cytochrome P450
=>Accélération de la clairance de **l'erlotinib** et de **l'irinotécan**
=>Nécessité d'augmentation des doses
- Neutropénies secondaires à la chimiothérapie par **paclitaxel**, **docétaxel**, **irinotécan**, **gemcitabine** plus sévères chez fumeurs

Progression tumorale et résistance aux traitements

- Augmentation du risque de récurrence
- Plus faible réponse à certains traitements antitumoraux
- Sur des modèles animaux et cellulaires
 - La fumée de cigarette active les voies de prolifération, d'angiogenèse, de survie, de migration cellulaire, d'altération du métabolisme des médicaments et de résistance à la chimiothérapie ou radiothérapie

Arrêt du tabac

- Y a-t-il un intérêt à l'arrêt du tabac?
- Est-ce le moment ?
- Comment faire en pratique ?

Arrêt du tabac

- **Y a-t-il un intérêt à l'arrêt du tabac?**
- Est-ce le moment ?
- Comment faire en pratique ?

Arrêt du tabac

- Amélioration du pronostic, meilleure survie à 5 ans (*Parsons A et al BMJ.2010Jan;340:b5569*)
- Diminution des risques de second cancer (*Cataldo J.Oncology 2010,78.289-301*)
- Diminution des complications per et post opératoires
- Amélioration de la qualité de vie (*Baser Chest 2006*)
- Diminution de certaines toxicités liées aux traitements anticancéreux (diminution du risque pneumopathie radique)
- Amélioration de la réponse aux traitements anticancéreux (*Hamilton,M.Clin Cancer Res.2006*)
- Diminution des autres risques liés au tabac (coronaropathies, BPCO.....)
- Retentissement psychologique positif: revalorisation, implication active dans traitement

Amélioration du pronostic global

- La poursuite du tabagisme est associée à une augmentation significative
 - de la mortalité globale (HR: 2.94, IC95% 1.15 to 7.54) et du risque de récurrence (1.86, 1.01 to 3.41) dans les stades précoces de cancer du poumon non à petites cellules
 - de la mortalité globale (1.86, 1.33 to 2.59), du développement d'une deuxième tumeur (4.31, 1.09 to 16.98), du risque de récurrence (1.26, 1.06 to 1.50) dans les stades limités de cancer du poumon à petites cellules.
- Aucune donnée sur l'impact de l'arrêt du tabac sur la mortalité liée spécifiquement au cancer ou sur le développement d'un second cancer dans les cancers du poumon non à petites cellules.
- Selon ces données, estimation de la survie à 5 ans selon la modélisation des tables de survie :
 - Cancer du poumon non à petites cellules à un stade précoce
33% pour ceux continuant à fumer vs 70% chez ceux qui ont arrêté de fumer.
 - Cancer du poumon à petites cellules
29% pour ceux continuant à fumer vs 63% chez ceux qui ont arrêté de fumer

Amélioration du pronostic global

- Les études qui permettent de comparer l'état de santé des patients ayant continué à fumer après diagnostic à celui des patients ayant arrêté démontrent les **bénéfices de l'arrêt tabagique sur le pronostic.**
- Dans les études qui ne permettent pas cette comparaison, les anciens fumeurs (arrêt antérieur au diagnostic) ont des taux de mortalité et des risques de survenue de second cancer primitif qui se situent entre celui des fumeurs actifs et celui des non-fumeurs, allant dans le **sens d'un impact positif de l'arrêt du tabac.**

Diminution des complications péri-opératoires

- Amélioration de la cicatrisation
- Réduction du temps de séjour hospitalier
- Réduction des infections post-opératoires
- Diminution des complications respiratoires

Recommandations SFAR 2016



- Réduction de 60% des complications post-opératoires
- **8 semaines** = - **50%** des complications respiratoires
- **4 semaines** = - **25%** des complications respiratoires + bénéfiques sur la cicatrisation

Recommandations SFAR 2016



- **Arrêt 6 à 8 semaines**
disparition du risque de complications opératoires dues au tabac
- **Arrêt 3 à 4 semaines**
bénéfice sur tous les paramètres opératoires
- **Arrêt < 3 semaines**
diminution documentée des complications au niveau du site opératoire et cardiovasculaire relativise le risque controversé de majoration transitoire des complications respiratoires lors d'un arrêt une à deux semaines avant une intervention ;
- **Arrêt 12–48 heures**
baisse du CO circulant et donc une meilleure oxygénation ;
- **Maintien de l'arrêt** favorise les suites opératoires
 - 2 à 4 semaines post-opératoires (cicatrisation)
 - 2 à 4 mois (consolidation osseuse)
- Réduction sans substitution nicotinique non recommandée.

Recommandations HAS 2014

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Arrêt de la consommation de tabac :
du dépistage individuel au maintien
de l'abstinence en premier recours

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

RECOMMANDATIONS

Mise à jour : Octobre 2014

8.13.2 Prise en charge des fumeurs en périopératoire

A

Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique.

B

Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.

AE

Le courrier d'information remis au patient à destination de son médecin généraliste doit mentionner le statut tabagique.

Il est recommandé d'impliquer les médecins généralistes par l'envoi d'un courrier (rappel des conséquences du tabagisme périopératoire) lors de la prise de rendez-vous pour une opération.

Recommandations HAS 2014

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Arrêt de la consommation de tabac :
du dépistage individuel au maintien
de l'abstinence en premier recours

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

RECOMMANDATIONS

Mise à jour : Octobre 2014

8.13.2 Prise en charge des fumeurs en périopératoire

A

Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique.

B

Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.

AE

Le courrier d'information remis au patient à destination de son médecin généraliste doit mentionner le statut tabagique.

Il est recommandé d'impliquer les médecins généralistes par l'envoi d'un courrier (rappel des conséquences du tabagisme périopératoire) lors de la prise de rendez-vous pour une opération.

Amélioration de la qualité de vie



CHEST

Original Research

LUNG CANCER

Smoking Cessation After Diagnosis of Lung Cancer Is Associated With a Beneficial Effect on Performance Status*

Sevin Baser, MD; Vickie R. Shannon, MD, FCCP; Georgie A. Eapen, MD; Carlos A. Jimenez, MD; Amir Onn, MD; E Lin, MS; and Rodolfo C. Morice, MD, FCCP

Table 4—The Association Between Smoking Status After Diagnosis (Quit Smoking vs Continued Smoking) and Change in PS From Initial to 6 mo and Initial to 12 mo*

PS Change	Quit Smoking After Diagnosis (n = 46)	Continued Smoking After Diagnosis (n = 47)	p Value	Univariate OR (95% CI)	p Value
Initial to 6 mo			0.006	4.58 (1.61–13.07)	0.004
Worse	8 (22.9)	19 (57.6)			
Improve or stable	27 (77.2)	14 (42.4)			
Initial to 12 mo			0.017	4.15 (1.38–12.49)	0.01
Worse	10 (31.3)	17 (65.4)			
Improve or stable	22 (68.7)	9 (34.6)			
6–12 mo			1.00	1.24 (0.32–4.85)	0.76
Worse	5 (16.1)	5 (19.2)			
Improve or stable	26 (83.9)	21 (80.8)			

*Values are given as No. (%), unless otherwise indicated.

Amélioration de la qualité de vie

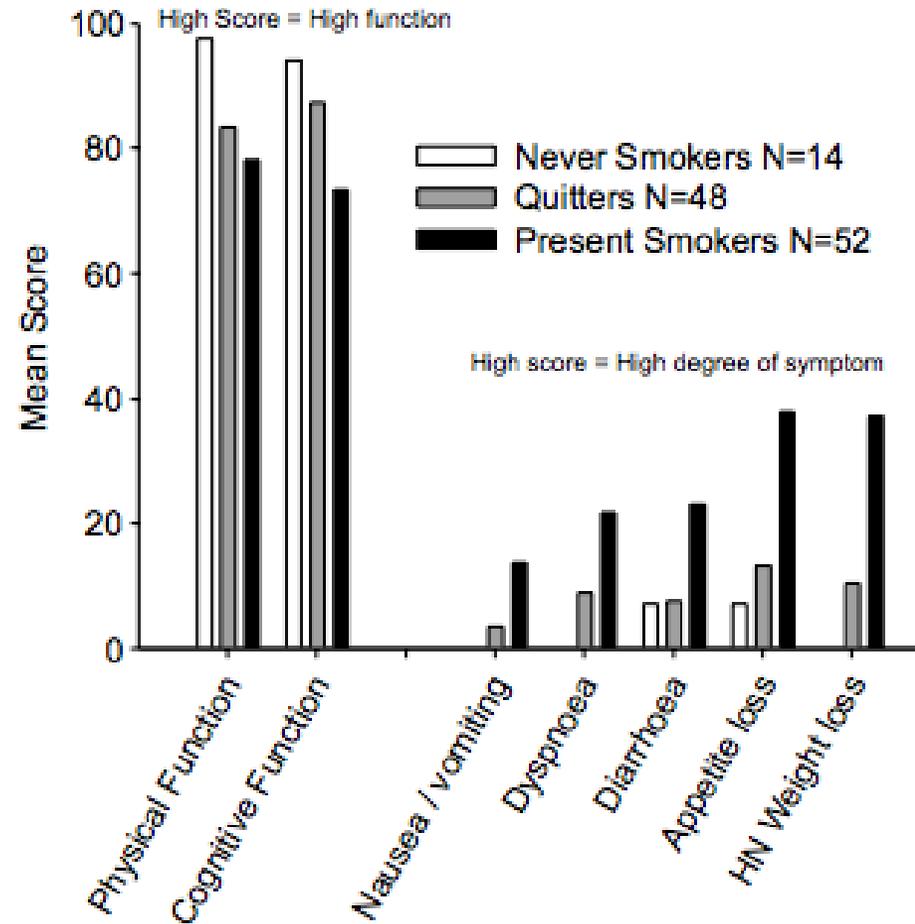


Figure 1 QoL function and symptom scores among 114 recurrence free head and neck cancer patients dependent on smoking status. Symptoms presented are those statistically different between groups with $p < 0.005$, Kruskal–Wallis test.

Arrêt du tabac

- Y a-t-il un intérêt à l'arrêt du tabac?
- **Est-ce le moment ?**
- Comment faire en pratique?

Etude VICAN2

37 % des fumeurs actifs au moment du diagnostic deviennent abstinents 2 ans après le diagnostic

TABLEAU 1. ARRÊT TABAGIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER SELON LA LOCALISATION CANCÉREUSE

Localisations	% de patients abstinents 2 ans après le diagnostic de cancer
Poumon	68,9
VADS	66,3
Rein	48,0
Vessie	42,0
Corps de l'utérus	37,5
LMNH	33,3
Côlon-rectum	31,6
Thyroïde	26,7
Sein	26,4
Col de l'utérus	20,0

Source : étude VICAN2, INCa, 2014

4 349 patients
13 localisations

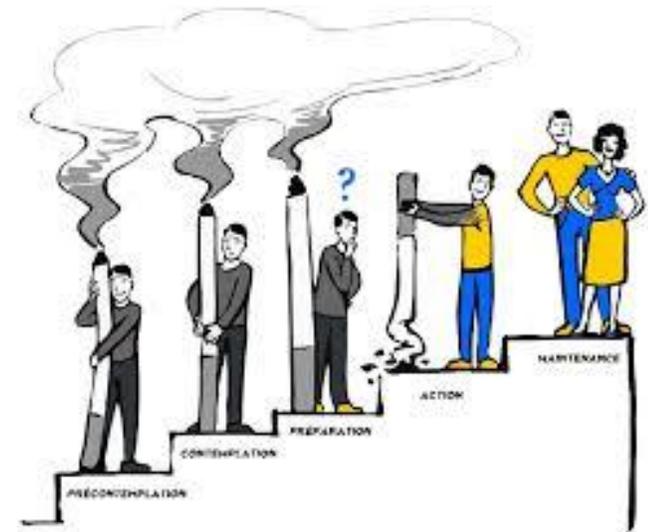
Etude VICAN2

70 % des enquêtés (de moins de 55 ans) étaient en accord avec l'assertion suivante :
« *pour gagner quelques années de vie, je suis prêt à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme trop manger, boire de l'alcool ou fumer* ».

Le diagnostic d'un cancer apparaît comme un moment où les patients semblent particulièrement **réceptifs** à des messages de réduction des risques en particulier d'arrêt du tabac.

Une opportunité à saisir...

- Discuter de l'arrêt du tabac avec les patients qui ont une suspicion de cancer des VADS augmente les chances de diminution de la consommation de tabac et permet ainsi de faciliter le processus vers l'arrêt *(Tang et al. BMC Health Services Research (2014) 14:636)*
- Abstinance temporaire au cours de l'hospitalisation
=> demande de sevrage
- Rencontre avec un tabacologue (ELSA)
=> maturation du processus de décision



Arrêt du tabac

- Y a-t-il un intérêt à l'arrêt du tabac?
- Est-ce le moment ?
- **Comment faire en pratique?**

Plan Cancer 2014-2019

OBJECTIF 8 : Réduire les risques de séquelles et de second cancer

- **Généraliser une démarche de prévention** après un diagnostic de cancer

OBJECTIF 10 : Le Programme National de Réduction du Tabagisme

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac
- Aider les fumeurs à arrêter
- Agir sur l'économie du tabac

**Baisse de 10% du nombre
de fumeurs d'ici 2019**

Plan Cancer 2014-2019

Généraliser une démarche de prévention après un diagnostic de cancer

Action 8.4 : Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.

La consommation de tabac chez les patients traités pour un cancer est un facteur augmentant le risque de développer un second cancer primitif. De plus, elle diminue l'efficacité ou augmente les effets secondaires de certains traitements et a un impact sur le risque de récurrences et le pronostic de la maladie.

Plan Cancer 2014-2019

Généraliser une démarche de prévention après un diagnostic de cancer

Action 8.4 : Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.

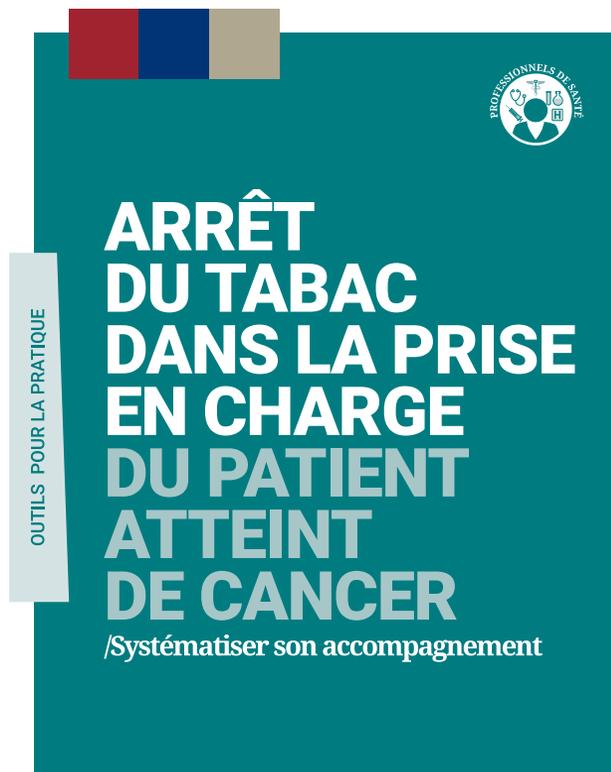
La consommation de tabac chez les patients traités pour un cancer est un facteur augmentant le risque de développer un second cancer primitif. De plus, elle diminue l'efficacité ou augmente les effets secondaires de certains traitements et a un impact sur le risque de récurrences et le pronostic de la maladie.

L'annonce d'un diagnostic de cancer est un moment qui peut être opportun pour aborder la prévention, et en particulier pour inciter à l'arrêt du tabac. L'équipe impliquée dans la prise en charge est un relais déterminant dans la sensibilisation des patients aux messages de prévention. L'enjeu du Plan cancer est donc de donner une place réelle au sevrage tabagique en cancérologie.

Plan Cancer 2014-2019

- Augmenter le montant du forfait d'aide à l'arrêt du tabac de 50 à **150 euros**.
- **Systematiser** la prise en compte du statut tabagique du patient lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et son suivi dans le dossier du patient (dossier communicant de cancérologie : DCC).
- **Intégrer l'arrêt du tabac dans les recommandations de traitement de tous les cancers et inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation à la prise en charge du cancer.**
- **Sensibiliser les professionnels de santé et les patients** aux bénéfices de l'arrêt du tabac dès le diagnostic de cancer et sur le long terme et donner des repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage dans le parcours de soins.
- Mener une **action spécifique de prévention** à l'initiation tabagique auprès des adolescents et les jeunes adultes ayant eu un cancer pédiatrique.

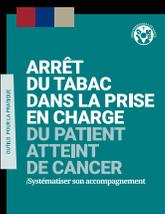
Recommandations de l'InCa 2016





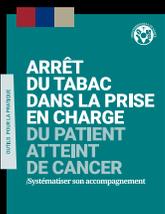
Recommandations de l'InCa 2016

- Repérer **systematiquement** la consommation de tabac, **dès le diagnostic**, et la suivre **à tous les temps** de la prise en charge
 - Renseigner le statut tabagique dans le dossier médical
 - Actualiser ce statut à chaque consultation (mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé !)



Recommandations de l'InCa 2016

- Repérer **systematiquement** la consommation de tabac, **dès le diagnostic**, et la suivre **à tous les temps** de la prise en charge
- Délivrer un **conseil d'arrêt** qui a fait la preuve de son efficacité
 - Informer sur les risques liés à la poursuite du tabagisme
 - Avancer les bénéfices de l'arrêt
 - Rappeler qu'il existe des moyens pour aider à l'arrêt
 - Remettre une documentation (<http://www.tabac-info-service.fr/>)



Recommandations de l'InCa 2016

- Repérer **systematiquement** la consommation de tabac, **dès le diagnostic**, et la suivre à **tous les temps** de la prise en charge
- Délivrer un **conseil d'arrêt** qui a fait la preuve de son efficacité
- S'assurer qu'un **accompagnement au sevrage** soit proposé **et** suivre la consommation de tabac régulièrement
 - **Initiation du sevrage au sein de l'établissement (TNS)**
 - **Orientation du patient pour son suivi**
 - Médecin traitant
 - Tabac Info Service (☎ 3989)
 - Consultation de Tabacologie

En synthèse

1. Recueillir le statut tabagique : « Fumez-vous ? »

Oui

Non

2. Délivrer un conseil d'arrêt :

- Être clair sur les effets du tabac et les bénéfices du sevrage dans le cadre d'un traitement de cancer
- Emettre un conseil d'arrêt
- Rappeler que des moyens existent pour accompagner l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage
- Donner l'accès à des supports d'information pour consolider le discours du soignant

Ancien fumeur ?

Oui

Non

Anciens fumeurs
de -12 mois

Anciens fumeurs
de +12 mois

Rencontrez-vous
des difficultés à
maintenir cet arrêt ?

Oui

Non

3. S'assurer qu'un accompagnement au sevrage soit proposé et suivre la consommation de tabac régulièrement :

- Veiller à ce que le sevrage soit initié au sein de l'établissement (évaluation de la dépendance, délivrance des TNS, prescription d'un forfait de remboursement des TNS...)
- S'assurer que le patient soit orienté vers une personne chargée de cet accompagnement dans la durée : inscription dans le courrier de liaison avec le médecin traitant et/ou orientation vers une personne ressource interne/externe dédiée au sevrage tabagique (incluant le suivi par la ligne téléphonique tabac-info-service : 39 89).

L'arrêt du tabac est toujours bénéfique

- Amélioration du pronostic (diminution de la mortalité toutes causes et spécifique)
- Réduction des risques de seconds cancers primitifs
- Réduction des risques per et postopératoires et de toxicités liées aux traitements.

Quelle que soit la localisation du cancer !

« Pour les stades précoces comme pour les stades avancés, la poursuite du tabagisme apparaît associée à une détérioration plus marquée de la qualité de vie physique et psychique des patients. »

Moi(s) sans tabac

