

SEVRAGE TABAGIQUE ET TUBERCULOSE

Docteur Jean PERRIOT

Dispensaire Emile Roux
CLAT 63 - Clermont-Ferrand
jean.perriot@puy-de-dome.fr



**DIU de Tabacologie
Clermont-Ferrand - 2018**



INTRODUCTION

Tabagisme et tuberculose : 2 enjeux majeurs de santé publique
OMS : éradication du tabagisme et de la tuberculose (2050)

DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE

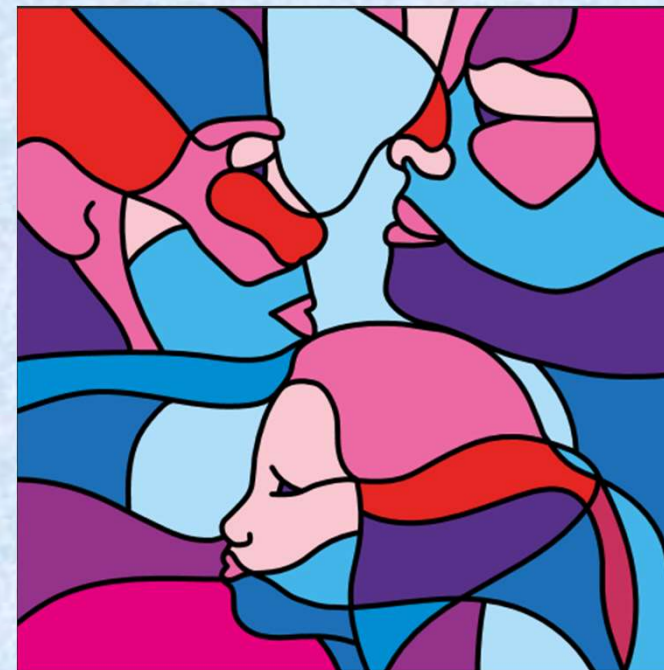
Infection par le VIH
Formes AB-résistantes
Autres facteurs (tabagisme)

ARRET DU TABAC – TUBERCULOSE

Contrôle de l'épidémie
Pronostic de la maladie (TM)
Observance thérapeutique

PLAN DE L'EXPOSE

Tuberculose et tabac
Aide à l'arrêt du tabac du tuberculeux fumeur,
optimisation du sevrage
Conclusion



MISE EN ŒUVRE DE LA
STRATÉGIE POUR METTRE
FIN À LA TUBERCULOSE :
POINTS ESSENTIELS



ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE

TUBERCULOSE¹

2015 : $1,8 \cdot 10^6$ décès (monde)

95% dans les pays émergents

1/3 pop mondiale infectée par *Mycobacterium tuberculosis*

$10 \cdot 10^6$: nouveaux cas/an

$450 \cdot 10^6$ Formes MDR/XDR

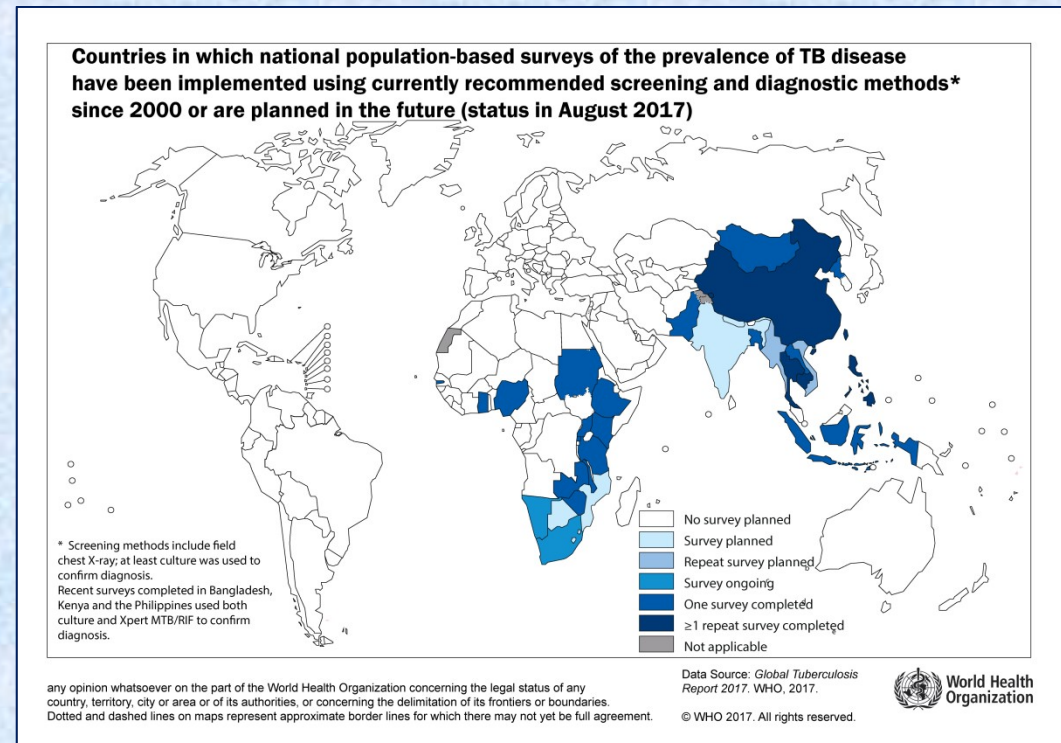
TABAGISME²

2012 : $6 \cdot 10^6$ décès/an (monde)

2030 : $8 \cdot 10^6$ décès/an (monde)

70% consommation, 50% décès dans les pays émergents

XXIème siècle : $1 \cdot 10^9$ décès



1 Rapport sur la tuberculose dans le monde. OMS, 2016

2 The Tobacco Atlas. American Cancer Society, 5th Edition, 2017

RELATION TABAGISME – TUBERCULOSE

TABAGISME ACTIF ET TUBERCULOSE MALADIE (TM-TBP)

UNE ASSOCIATION POSITIVE

	Auteur	Référence	Pays	ORa (IC 95%)
TM	Bates	2007 <i>Arch Intern Med</i>	USA	2,27 (1,90-2,71)
TBP	Lienhardt	2005 <i>Int J Epidemiol</i>	Afrique	2,03 (1,22-3,39)
	Gajalakshami	2009 <i>Int J Epidemiol</i>	Inde (cig-bidis)	2,70 (2,20-3,30)

FRACTION DE TUBERCULOSE MALADIE ATTRIBUABLE AU TA

	Auteur	Référence	Pays	ORa (IC 95%)
TM	Lin	2009 <i>Am J Respir Crit Care Med</i>	Taiwan	17
	Leung	2007 <i>Eur Respir J</i>	Hong-Kong	32,4
TBP	Ramin	2008 <i>Int J Tuberc Lung Dis</i>	Ethiopie (cig-bidis)	25
	Alcaide	1996 <i>Int J Tuberc Lung Dis</i>	Espagne	48

TA ET MORTALITE PAR TM

	Auteur	Référence	Pays	ORa (IC 95%)
TM	Bates	2007 <i>Arch Intern Med</i>	USA	2,17 (1,38-3,35)
	Pednekar & Gupta	2007 <i>Prev Med</i>	Inde (cig-bidis)	2,12 (1,70-2,66)
TBP	Gajalakshami	2003 <i>Lancet</i>	Inde (cig-bidis)	4,50 (4,00-5,00)
	Jiang	2009 <i>Int J Tuberc Lung Dis</i>	Chine	1,50 (1,40-1,60)

TA : Tabagisme Actif
TM : Tuberculose Maladie
TBP : Tuberculose Broncho-Pulmonaire

TA ET MAUVAISE OBSERVANCE DU TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX

Auteur	Référence	Pays	ORa (IC 95%)
Chang	2004 <i>Int J Tuberc Lung Dis</i>	Hong-Kong	3,00 (1,41-6,39) (DOT)
Wang	2007 <i>Int J Tuberc Lung Dis</i>	Taiwan	2,45 (1,22-4,93)
Tachfouti	2011 <i>Int J Lung Dis</i>	Maroc	2,25 (1,06-4,96)

TA ET RECHUTE DE TM

Auteur	Référence	Pays	ORa (IC 95%)
d'Arc Lyra Batista (TM)	2008 <i>Int J Epidemiol</i>	Brésil	2,53 (1,23-5,12)
Thomas (TBP/EM+)	2005 <i>Eur Respir J</i>	Inde	3,10 (1,60-6,00) (DOT)

TA : Tabagisme Actif
TM : Tuberculose Maladie
TBP : Tuberculose Broncho-Pulmonaire
DOT : Directly Observed Treatment

TABAGISME PASSIF (TP) ET TM

CHEZ LES ENFANTS

	Auteur	Référence	Pays	ORa (IC 95%)
TM	Tipayamong-kholgul	2005 <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i>	Thaïlande	9,31 (3,14-27,58) 0-14 ans
TBP	Altet	1996 <i>Int J Tuberc Lung Dis</i>	Espagne	5,39 (2,44-11,9) 0-14 ans

CHEZ LES ADULTES

	Auteur	Référence	Pays	ORa (IC 95%)
TM	Leung	2010 <i>Arch Intern Med</i>	Hong-kong	1,49 (1,01-2,19)
TBP	Tekkel	2002 <i>Int J Tuberc Lung Dis</i>	Estonie	2,31 (1,25-4,24)
	Ariyothai	2004 <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i>	Thaïlande	4,02 (1,68-14,98)

TABAGISME ET INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

TA ET ITL CHEZ L'ADULTE

Auteur	Référence	Pays	Population	ORa (IC 95%)
Bates meta-analyse	2007 <i>Arch Intern Med</i>	USA	Fumeurs actuels	1,73 (1,46-2,04)
Lin meta-analyse	2007 <i>PLoS Med</i>	Taïwan	Fumeurs actuels Fumeurs actuels & Ex-Fumeurs	1,91 (1,36-2,67) 1,93 (1,52-2,47)

TP ET ITL CHEZ L'ENFANT

Auteur	Référence	Pays	Population	ORa (IC 95%)
Singh	2005 <i>Arch Dis Child</i>	Inde	Age < 5 ans	2,68 (1,52-4,71)
Den Boon	2007 <i>Pediatrics</i>	Af du Sud	Age 0-14 ans	4,60 (1,29-16,45)

TA : Tabagisme Actif
TP : Tabagisme Passif
ITL : Infection Tuberculeuse Latente

SYNTHESE

TUBERCULOSE MALADIE (TM)

Tabagisme actif (TA) et TM (vs JF)

Association positive entre TA et TM.

OR = 2,27 (IC 95% : 1,90-2,71)

TA et Tuberculose Pulmonaire (TP)

Association positive entre TA et TBP (FA vs JF).

OR = 2,70 (IC 95% : 2,20-3,30)

Relation dose-effet (C/J & PA); formes sévères
Moindre observance; récurrences; séquelles; décès
**Arrêt du tabac : amélioration du pronostic
et de l'observance thérapeutique**

INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)

Tabagisme actif (TA) et ITL (adulte)

Association positive entre TA et risque d'ITL.

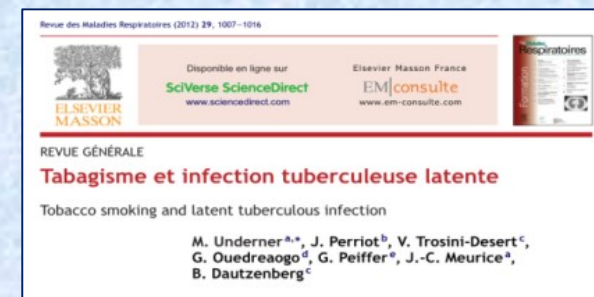
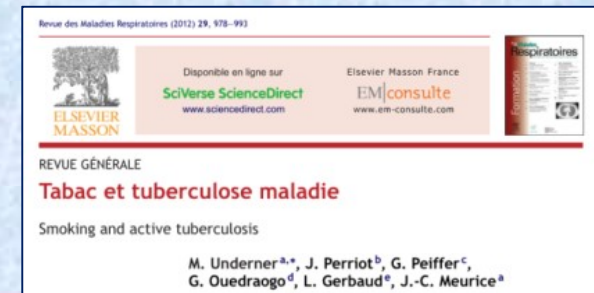
OR = 1,91 (IC 95% : 1,36-2,67) - dose dépendant.

Tabagisme passif (TP) et ITL (enfant)

Association positive entre TP et risque d'ITL.

OR = 4,60 (IC 95% : 1,29-16,45) risque TM (OR=5,4)

Underner M, et al. *Presse Med* 2012 ; 41:1171-80
Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2012 ; 29 : 978-93
Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2012;29 :1007-16
; 29 : 1007-16



PRESENTATION DE LA TM CHEZ LE FUMEUR ACTIF

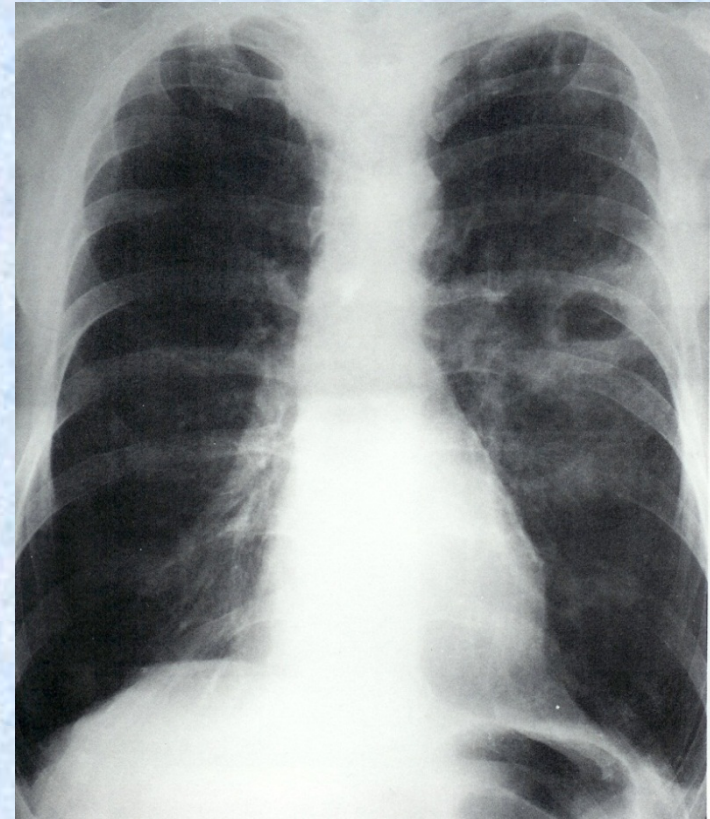
TEP isolées moins fréquentes :

ORa=0,31 (IC 95% : 0,13-0,71)

TBP plus sévères :

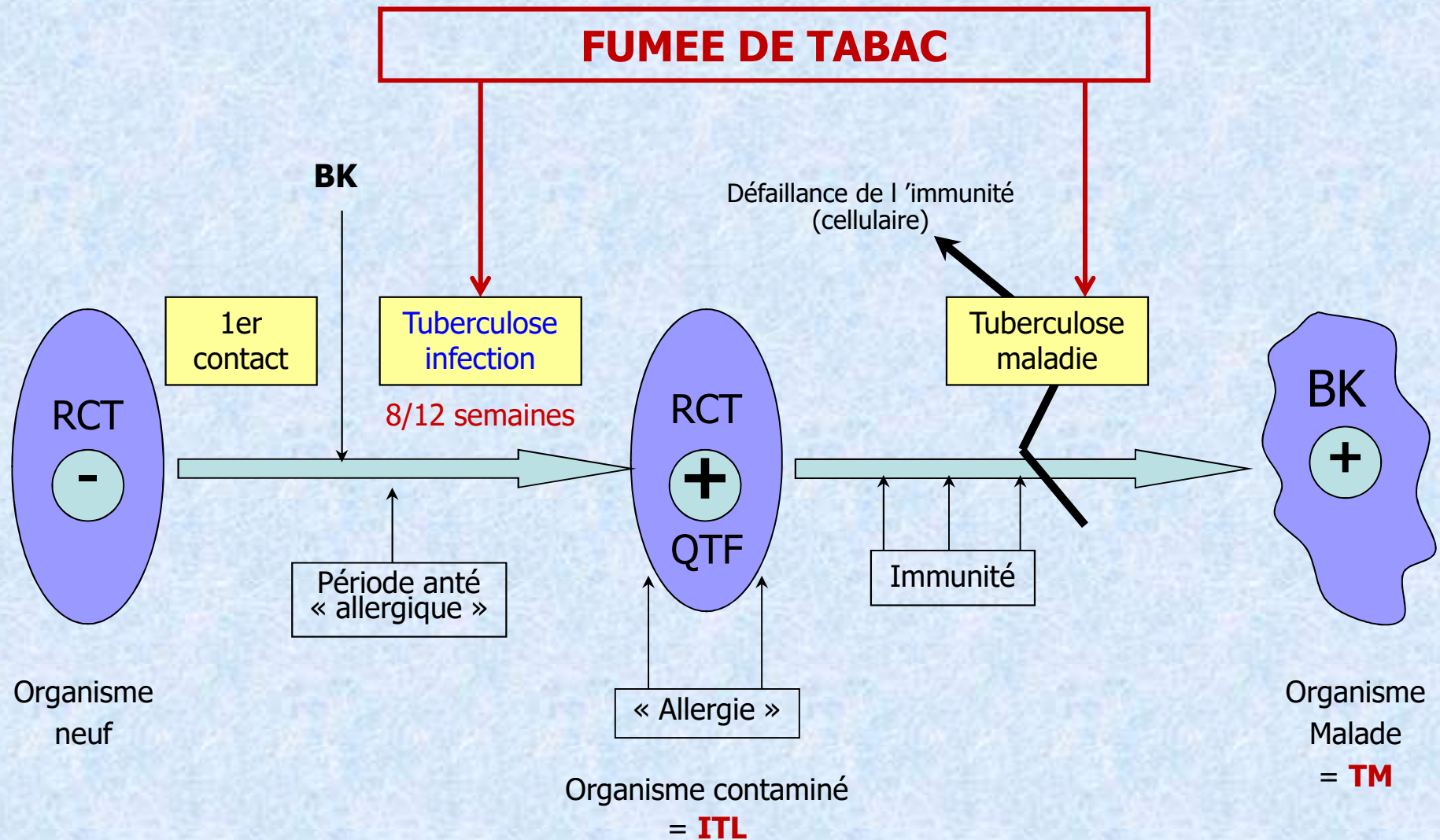
- Toux, dyspnée (mais retard au diagnostic)
- Opacités excavées, infiltrats, miliaries
- EM+, cultures +
- Hospitalisations et délai de guérison plus longs
- Séquelles cliniques (dyspnée), radiologiques (cavités, fibroses), fonctionnelles plus fréquentes

Leung CC, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003 ; 7:980-6
Altet-Gómez MN, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005 ; 9:430-6
Thomas A, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005 ; 9:555-61
Chiang CY, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007 ; 11:256-62
Racil H, et al. *Presse Med* 2010 ; 39:e25
Fekih L, et al. *Rev Med Liege* 2010 ; 65:152-5
Kombila UD, et al. *Rev Mal Respir* 2018 (à paraître)



TEP : Tuberculose Extra Pulmonaire
TBP : Tuberculose Broncho Pulmonaire

PHYSIOPATHOLOGIE (1)



PHYSIOPATHOLOGIE (2)

Arcavi L, et al. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med* 2004 ; 164:2206-16

Trosini-Desert V, et al. Exposition à la fumée de tabac et risque infectieux bactérien. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21:539-47

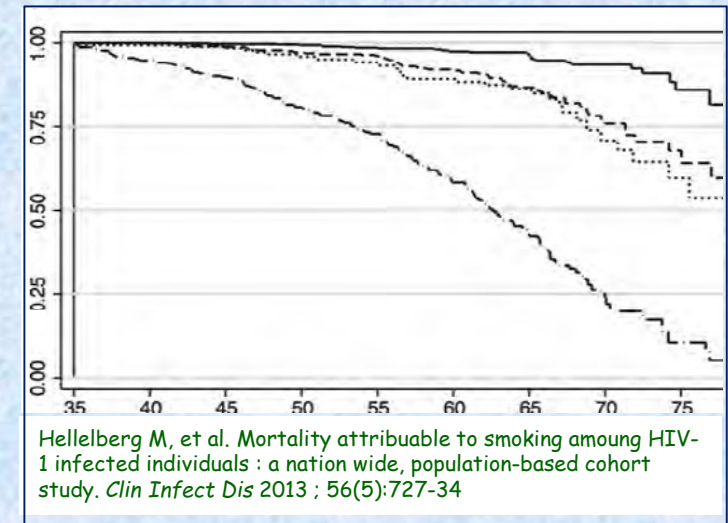
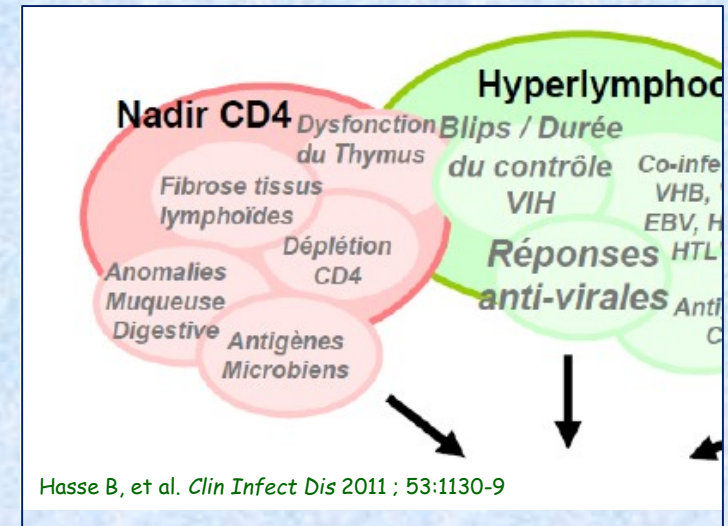
Tabagisme (A & P) : Facteur de risque d'infections broncho-pulmonaires (F vs NF)

Arnson Y, et al. Effects of tobacco smoke on immunity inflammation and autoimmunity. *J Autoimmun* 2010 ; 34:J258-65

Fumée de tabac : impact sur T/BLy ; médiateurs de l'inflammation (IFN γ , IL 10) ; MA, C Dendritiques

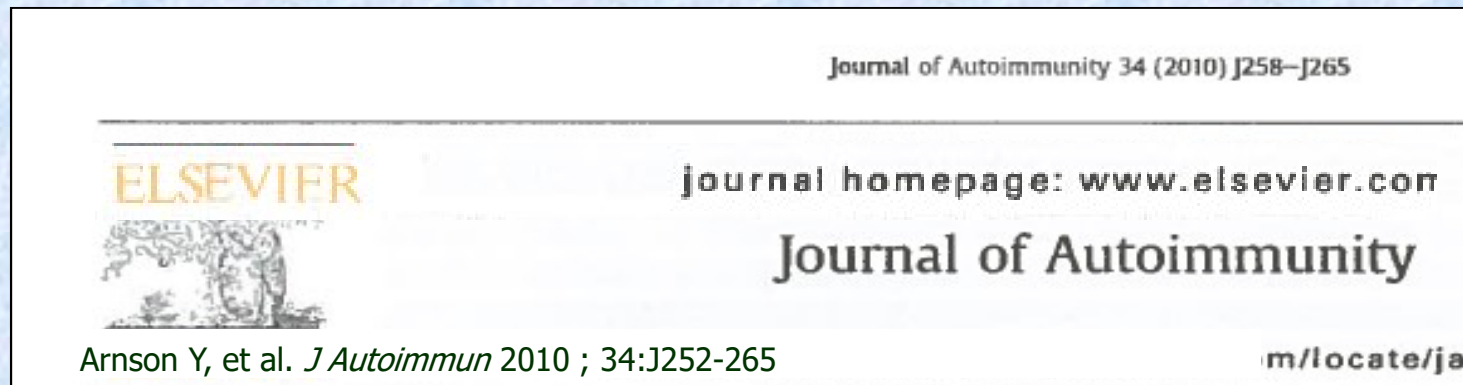
Elssner A, et al. HIV-1 Infection does not impair human alveolar macrophage phagocytic function unless combined with cigarette smoking. *Chest* 2004 ; 125:1071-6

Fumée de cigarette : facteur d'inactivation de la fonction du MA chez le patient HIV1



PHYSIOPATHOLOGIE (3)

Effets sur l'immunité de la fumée de tabac (et/ou de la nicotine) **et de la nicotine du E-liquide** (inflammation, immunodépression, auto-immunité)



Exposure to Electronic Cigarette Pulmonary Anti-Bacterial and Ar

Sussan TE, et al. *PLoS One* 2015 ; 10:e0116861

PHYSIOPATHOLOGIE (4)

Etude de la réponse IGRAs: 525 patients (Barcelone, Espagne)
175 TB actives, 350 Sujets Contacts; Comparaison F vs NF

F (TB): QFT-IT (34,4%) TSPOT-TB (19,9%)

F probabilité d'IGRAs faux négatifs
ORa=3,35; IC95% : 1,47-7,61(p<0,05)

F (TB): probabilité de lésions cavitaires
ORa=1,88; IC95% : 1,02-3,46 (p<0,05)

F (S. Contacts): probabilité d'ITL
ORa=11,56; IC95% : 5,97-22,41(p<0,00005)

RESEARCH ARTICLE

Assessment of the influence of tobacco smoke on infection and active tuberculosis management

Neus Altet^{1,2}, Irene Latorre³, María Ángeles Jiménez-Frutos⁴, Israel Molina², Yoel González-Díaz², Celia Milà¹, Esther González⁵, Raquel Villar-Hernández³, Maisem Laabei³, Andromeda-Luiza⁶, Maria Luiza de Souza-Galvão¹, Segismundo Solano⁶, Carlos José Domínguez^{3*}, the PII Smoking SEPAR Working Group

PHYSIOPATHOLOGIE (5)

Patients TB+ (F et NF) QFT Gold in Tube (QFT)

Danemark DK (n=34, F=20)
Tanzanie TZ (n=172, F=23)

QFT faux négatifs

DK (F=20% vs NF=0% $p<0,01$)
TZ (F=26% vs NF=11% $p<0,04$)

TZ QFT faux négatifs

Ajust. sexe, âge, HIV, alcool

OR = 17,1 (CI 95% : 3,00-99,1)

$p=0,01$

Aabye et al. *BMC Infectious Diseases* 2012, **12**:379
<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/12/379>

RESEARCH ARTICLE

Negative effect of smoking on the of the QuantiFERON TB gold in tu

Martine G Aabye¹, Thomas Stig Hermansen², Morten Ruhwald¹, George Pray
Kidola Jeremiah³, Maria Faurholt-Jepsen⁴, Nyagosya Range⁵, Henrik Friis⁴, Joh
Aase B Andersen⁶ and Pernille Ravn^{1,2*}

Abstract

Background: False negative and indeterminate Interferon Gamma Release Ass
documented problem. Cigarette smoking is known to increase the risk of tube
Interferon-gamma (IFN- γ) responses to antigenic challenge, but the impact of s
known. The aim of this study was to evaluate the effect of smoking on IGRA p
and high TB prevalence setting respectively.

LUTTE CONTRE LE TABAGISME ET LA TUBERCULOSE

Convention cadre de lutte contre le tabagisme CCLT (OMS 2003)

Diminuer la consommation du tabac et l'exposition des populations à la fumée par réduction de l'offre et de la demande
Mesures diverses (dont article 14)

Politiques de lutte nationales : France

Mesures fiscales. Avertissements sanitaires
Interdiction de fumer dans les lieux publics
Interdiction de publicité/promotion des tabacs

PNRT (2014-2019)

« *The End TB Strategy* » (OMS 2014)

Réduire le nb de cas de 95% (en 2035)
Réduire le taux d'incidence de 90%
Abolir la pauvreté induite (familles)
Réduire la prévalence des TB MDR

Plan National de lutte (2007)



QUESTION D'ETHIQUE

Slama K. *Global Health Promotion* 2010 ; 17:81-85

« Parmi ceux qui ont des revenus peu élevés ou un faible niveau d'éducation, les fumeurs ont de plus grands risques de mourir de maladies chroniques graves ou de tuberculoses »

Dogar O, et al. *Lancet* 2013 ; 1:e23-24

« for patients with pulmonary TB... smoking cessation may reduce the risk of premature smoking related death by 50% compared with persistent smoking »

Zellweger JP. *Monaldi Arch Chest Dis* 2008 ; 69:83-85

« Medical advice and counselling in smoking cessation is an important activity for all care providers engaged in management of TB »

Global Health Promotion

<http://ped.sagepub.com/>

Le contrôle du tabac et l'équité en


Karen Slama

Global Health Promotion 2010 17:

DOI: 10.1177/1757975909358361

The online version of this article can be found at
http://ped.sagepub.com/content/17/1_slama

Published by:

 SAGE

<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



IUPE
UIPES

DES PRINCIPES CLAIREMENT DEFINIS

UNE PRISE EN CHARGE STANDARDISEE¹

- Intervention systématique (identification/évaluation dépendance)
- Utilisation d'outils adaptés à la pratique des équipes (méthodes d'intervention, fiches de suivies annexes au dossier phtisiologique)

DES MOYENS D'AIDE NON MEDICAMENTEUX OU MEDICAMENTEUX^{2,3}

- Conseil d'aide à l'arrêt, stratégie 5 As, TCC
- Médicaments d'aide à l'arrêt (TNS, bupropion, varénicline)
- Intervention corrélée à la motivation et dépendance (FTND, HONC)

DOTS & DOT (« *Directly Observed Treatment* »)⁴

- Accompagnement du traitement et soutien familial
- Le tabagisme est un facteur indépendant d'inobservance du traitement⁵

1 Enarson DA, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007 ; 11:838-47

2 Slama K, et al. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007 ; 11:612-16

3 Perriot J. *J Respir Med Lung Dis* 2017 ; 2:3

4 Fraisse P. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23:643-59

5 Underner M, et al. *Rev Mal Respir* 2016 ; 33:128-44

RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE (1)

Awaisu A, et al. The SCIDOTS Projets : Evidence of benefits of an integrated tobacco cessation intervention in tuberculosis care on treatment outcomes. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2011;6:26

Awaisu A, et al. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. *Tob Induc Dis* 2012;10:2

El Sony A, et al. Feasibility of brief tobacco advice for tuberculosis patients : a study from Sudan. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007 ; 11:150-5

Aryanpur M, et al. A randomized controlled trial fo smoking cessation methods in patients newly diagnosed with pulmonary tuberculosis. *BMC Infect Dis* 2016 ; 16:369

Etude multicentrique (5) contrôlée. Malaisie-120TB:SCI TB-DOTSvsTB-DOTS ; à 6 mois

SCI TB-DOTS (arrêt du tabac ; QdV patients)

Arrêt : 77,5% vs 8,7% p<0,001

HRQOL : 0,98 vs 0,91 p = 0,006

TB-DOTS (rupture de traitement ; échec)

Rupture : 5,2% vs 2,5% p=0,019

Echec : 6,5% vs 0% p=0,019

24 centres soins primaires-513 TM ; à 9 mois

Conseil bref d'aide à l'arrêt vs contrôle

T-ATB complet M9 : 83% vs 56% p<0,0001

Arrêt tabac M12 : 66% vs 14% p<0,0001

Etude multicentrique (2/DOTS) contrôlée.

Iran-210 TB. Groupe contrôle (1) vs conseil d'arrêt + suivi (2) vs traitement combiné avec bupropion ; à 6 mois

Tt combiné et conseil d'arrêt vs contrôle

1 taux d'arrêt à 6 mois 9,8%

2 **33,8% OR=7,14** (IC95%: 2,72-18,72) p<0,001

3 **71,7% OR=35,26** (IC95%:13,77-90,32) p<0,001

RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE (2)

PRONOSTIC EN LIEN AVEC LE PATIENT

- LA TUBERCULOSE ET LES COMORBIDITES

Arrêt plus difficile si **TEP vs T Pulmonaire**

Et en cas de **co-infection par le VIH** (sauf forte motivation à l'arrêt et faible dépendance à la nicotine)

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

Louwagie GM, et al. J Behav Med 2015 ; 38:472-82

- LE TABAGISME

Arrêt plus difficile en cas de **forte consommation d'entourage professionnel tabagique, d'âge plus élevé** et de **forte dépendance** (TTFC<30mn)

Elsey H, et al. Drug Alcohol Rev 2015 ; 155:128-33

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

PRONOSTIC EN LIEN AVEC LA PRISE EN CHARGE

Meilleur pronostic (6 mois) : **entourage non fumeur** (ORa=3,2), **TTFC > 30 mn** (ORa=3,1), **conseil d'arrêt et suivi intensif** (ORa=1,8)

Prise en charge d'aide à l'arrêt avec traitement combiné (soutien + médicaments d'aide à l'arrêt) **dès le diagnostic de la tuberculose**

Bam TS, et al. BMC Public Health 2015 ; 15:604

Aryampur M, et al. Tanaffos 2015 ; 15:17-24

OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE ?

Jimenez-Ruiz CA, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 2015 ; 46:61-79

Ugarte-Gil C, et al. Association of Major Depressive Episode with Negative Outcomes of Tuberculosis Treatment. *PLoS One* 2013 ; 8:e69514

Jeyashree K, et al. Smoking cessation interventions for pulmonary tuberculosis treatment outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 ; 1:CD11125

« déficit de données de qualité permettant une évaluation de l'efficacité des interventions d'aide à l'arrêt pour améliorer le traitement des patients atteints de tuberculose »

114 études recensées - 7 retenues - 0 incluse



Smoking cessation interventions for pulmonary tuberculosis treatment outcomes (Review)

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

FORMATION EN TABACOLOGIE DES SOIGNANTS ?

Amara B, et al. Attitudes et connaissances des pneumophtisiologues marocains vis-à-vis du tabagisme chez leurs patients tuberculeux. *Rev Mal Respir* 2008;25:569-75

66,7% : Tabagisme augmente incidence TBM

96 % : Tabagisme aggrave la maladie

5,3 % : Formés au sevrage tabagique

Sereno AB, et al. Feasibility study of a smoking cessation intervention in Directly observed therapy short-course tuberculosis treatment clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32:451-5

Acteurs sanitaires (2 centres DOTS Rio de Janeiro) une journée de formation à l'aide à l'arrêt

18 soignants ; à la fin de la journée de formation :

- **connaissance de la stratégie des 5As**
- **amélioration du sentiment d'auto-efficacité**
- **pas de bénéfice sur la pratique du sevrage**
(évaluation du synd. de sevrage, prescription des TNS)

25 patients pris en charge (résultats à 6 mois)

- 15% d'arrêts, 90% confiés en cs de tabacologie

Formation d'une journée insuffisante

TABLE 1. Self-rated smoking cessation counseling skills and self-efficacy (scale 1-5, 1=low, 5=high), pre- and post-training, primary health center tuberculosis providers, Rio de Janeiro, Brazil, 2008 (n = 16)

	Pre-training score	
	Median	Range
Skills		
Overall ability to help patients quit smoking	2.5	2-5
Ability to ask patients whether they smoke	3	1-5
Ability to advise patients to quit smoking	3	2-4
Ability to assess if patient is ready to quit smoking	2	1-4
Ability to assist patient with quitting	2	1-4
Ability to arrange follow-up counseling	2	1-4
Self-efficacy		
Know appropriate questions to ask	3	1-4
Can provide motivation	3	1-5
Have the skills to assist patients	2.5	1-5
Can suggest tobacco cessation to smokers	3	1-5
Provide counseling when time is limited	2.5	1-5
Can counsel patients not interested in quitting	3	2-4

^a Wilcoxon rank sum test.

Table 2. Smoking cessation knowledge, pre- and post-training, primary health center providers, Rio de Janeiro, Brazil, 2008 (n = 16)

ENQUÊTE DANS LES CLATs DE FRANCE

G. GRAVIL-BAILLON

Enquête en ligne 101 CLATs (2016)

61 réponses - 37,6% des CLATs

1 - Très bon niveau de connaissance sur l'association tuberculose et tabac (présentation de la maladie : clinique, RP, bactériologie)

2 - Assez bonnes connaissances sur la relation entre tabagisme passif et tuberculose (adulte et enfant)

3 - Interventions proposées

Dépistage du tabagisme : 91,8% si TM ou ITL

Aide à l'arrêt du tabac (80,3%)

- conseil d'arrêt (61,1%)
- conseil + orientation vers Cs. tabaco (48,1%)
- sevrage intra CLAT (16,7%) ++ si personnel formé

4 - L'intention d'aider les tuberculeux fumeurs à s'arrêter (besoin de formation - programmes ETP-tuberculose)

UNIVERSITÉ DE CLAUDE BERNARD,
DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE

«TABACOLOGIE ET AIDE AU
TABAGIQUE»
PROMOTION 2015-2016

« Tabagisme et tuberculose :
des lieux des connaissances
des pratiques au sein des
des Centres de Lutte
Tuberculeuse (CLAT)
perspectives pour une
charge conjointe »

DOTS-DOT & EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

DOTS & DOT¹⁻³

Outils dans stratégie de lutte contre la TB

Contrôler l'observance thérapeutique et la guérison des patients (TB MDR/XDR)

Aider les fumeurs TB à arrêter le tabac (facteur indépendant d'inobservance)

ETP & TUBERCULOSE⁴⁻⁸

ETP outil éducatif (maladies chroniques)

Compétences d'auto-soin = observance

Fumeur TB = Fumeur en précarité sociale

ETP = facilitatrice de l'arrêt du tabac

AIDE A L'ARRET DU TABAC AU SEIN DES PROGRAMMES ETP/CLATs ?

DOTS : 5 éléments

- Engagement politique, soutien des gouvernements (programmes national de lutte contre la tuberculose)
- Diagnostic de TM repose sur l'examen bactériologique (+RP) servant au suivi (guérison)
- **DOT : traitement standardisé court (accompagné) avec soutien socio-familial du malade**
- Délivrance de médicaments de qualité (approvisionnement, distribution, prévision des stocks)
- Système de recueil des données (évaluation des résultats des programmes)

REVUE GÉNÉRALE

Rev Mal Respir 2016 ; 33:128-144

Tabagisme et observance du traitement antituberculeux

Smoking and adherence to anti-tuberculosis treatment

¹ **Fraisse P.** *Rev Mal Respir* 2006;23:643-59

² **Underner M,** et al. *Rev Mal Respir* 2016;33:128

³ **Nicolau I, et al.** *PLoS One* 2012;7:e45913

⁴ **Perriot J.** *J Respir Med* 2017 ; 1:1


⁵ **Merson F,** et al. *Rev Mal Respir* 2014 ; 31:916-36

⁶ **Simon D,** et al. Education thérapeutique. Masson, 2013

⁷ **Guillemot S.** *Rev Mal Respir Actualités* 2014 ; 6:248-52

⁸ **Perriot J,** et al. *Courriers des addictions* 2016 ; 18:10-12

ETP - TUBERCULOSE ET TABAC



PUY-DE-DÔME
LE DÉPARTEMENT

CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DU PUY DE DÔME

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION
ET DE LA SOLIDARITÉ

DEMANDE D'AUTORISATION DE
D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR
ATTEINTS DE TUBERCULOSE MALADIE
D'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE
DU DISPENSAIRE EMILE ROUX

AUPRES DE L'AGENCE RÉGIONALE

DEROULEMENT DU PROGRAMME

APRES PRESCRIPTION MEDICALE DES SEANCES D'ETP AU DISPENSAIRE EMILE ROUX

❶ Une consultation de bilan éducatif partagé
pour fixer ensemble des objectifs pédagogiques

❷ Cinq séances personnalisées
abordant des thèmes spécifiques

Tuberculose-Maladie

Séance❶ - *Maladie*

Séance❷ - *Traitement*

Séance❸ - *Addiction*

Séance❹ - *Qualité de vie*

Séance❺ - *Nutrition*

Infection Tuberculeuse Latente

Séance❶ - *Infection*

Séance❷ - *Traitement*

Séance❸ - *Addiction*

Séance❹ - *Qualité de vie*

Séance❺ - *Nutrition*

❸ Une consultation d'évaluation
d'atteinte des objectifs pédagogiques

STRATEGIE D'INTERVENTION

EVOQUER LE DIAGNOSTIC DE TUBERCULOSE

- fumeur en situation de précarité sociale avec toux +/- fièvre > 2 semaines (+/- AEG)
- RP évocatrice, QTF ⊕, EM ⊕(diagnostic)

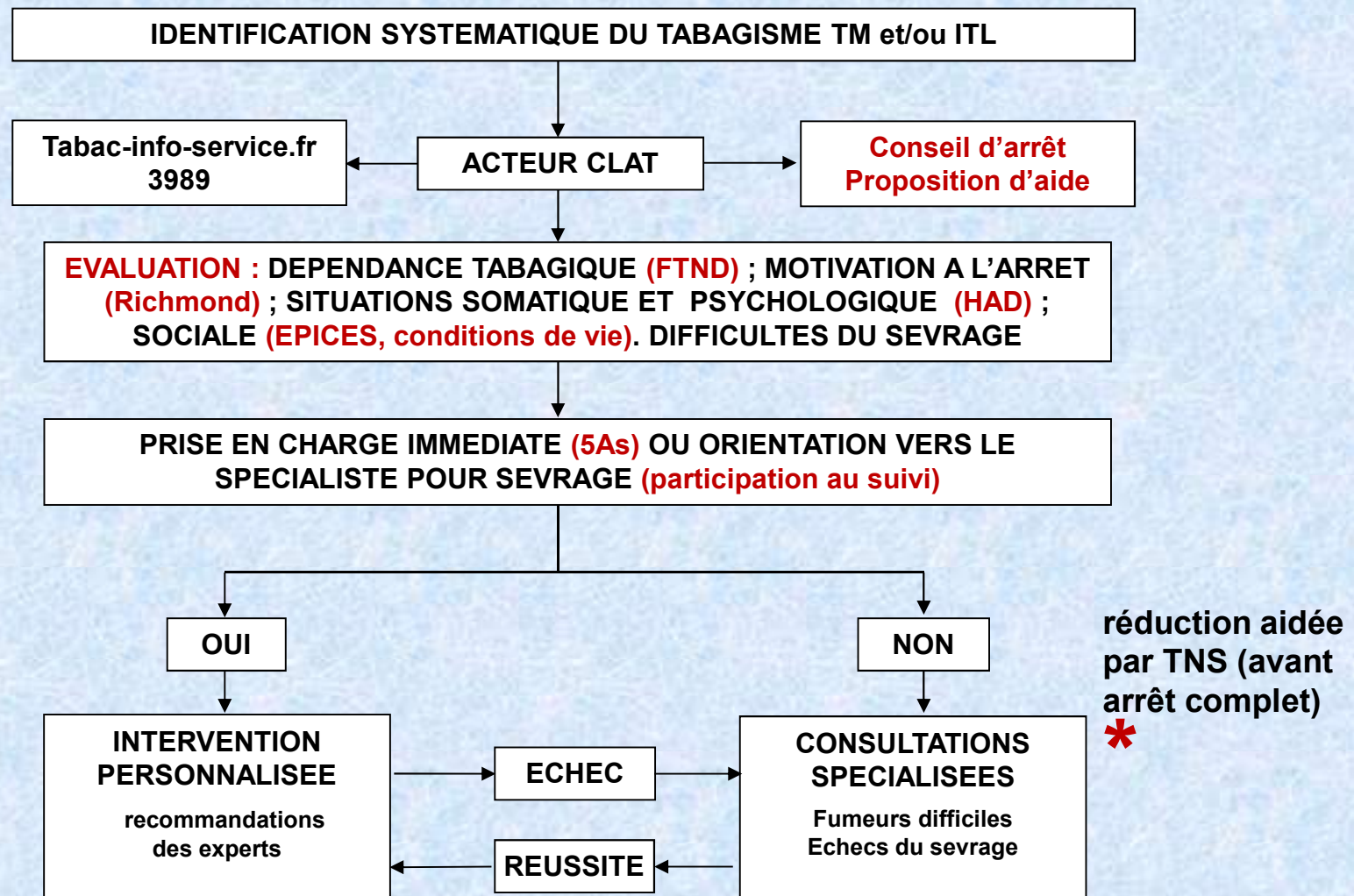
ISOLER LE PATIENT ET TRAITER LA MALADIE (TM)

- **sevrage tabagique des tuberculeux fumeurs**
 - ❖ informer sur tuberculose et tabac (balance avantage/risque de tabagisme et arrêt)
 - ❖ conseil d'arrêt et prise en charge du sevrage
 - recommandations HAS
 - suivi ≥ 12 mois
 - intégration dans programme ETP/DOT

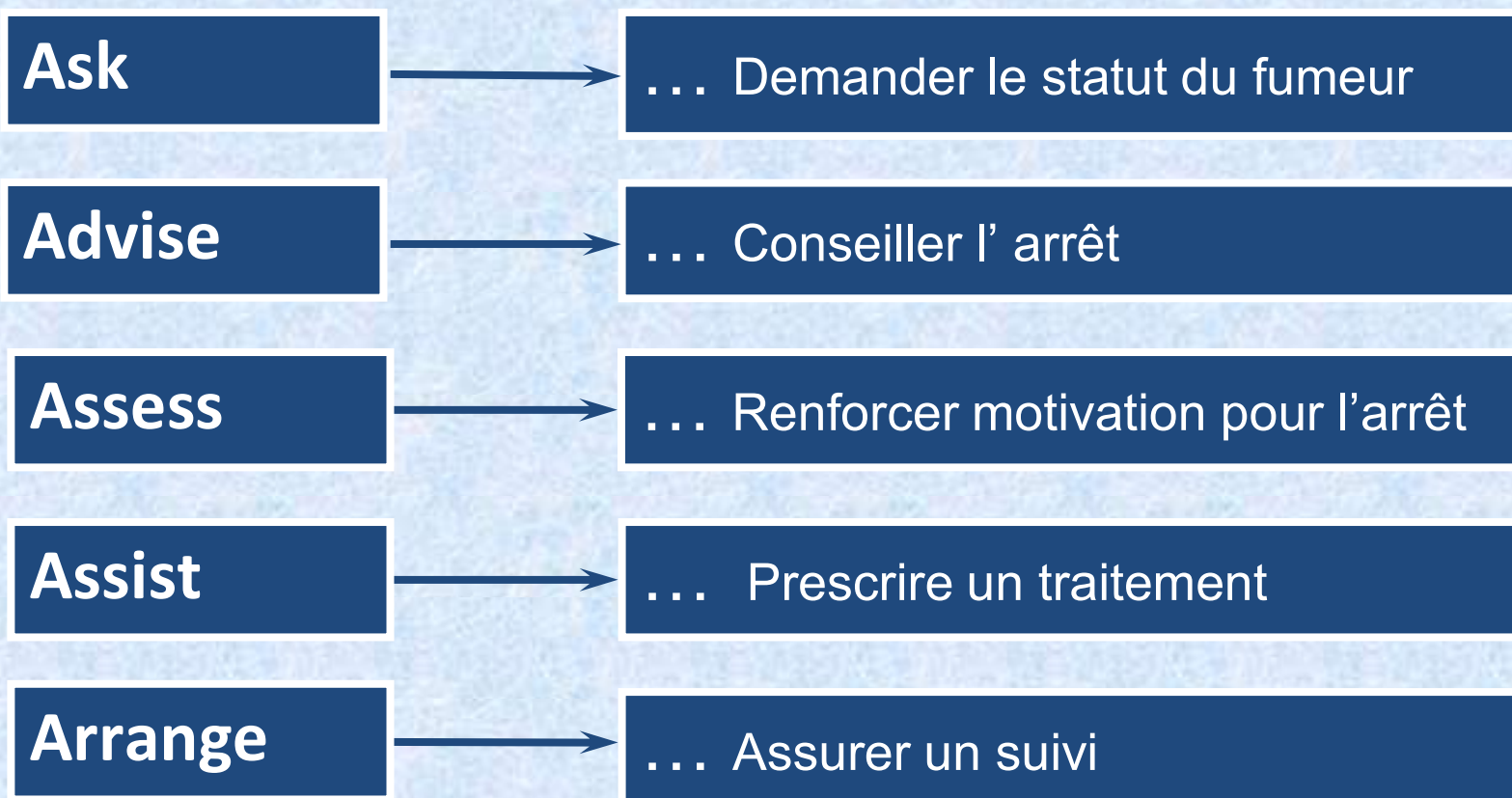
PRENDRE EN CHARGE LES SUJETS CONTACTS (ITL/TM)

- **Conseil d'arrêt du tabac**
- **Et aide à l'arrêt du tabac si besoin**

EN PRATIQUE (CLATs)



INTERVENTION DES 5 As



Fiore MC, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. Available at: www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm

EFFICACITÉ DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT

MEDICATION	Number of arms	Estimated odds ratio (95 % CI)	Estimated abstinence rate (95 % CI)
Placebo (medication alone)	80	1,0	13,8
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg)	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,5 (21,3 - 32,5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2,2 (1,5 - 3,2)	26,1 (19,7 - 33,6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2,1 (1,5 - 3,0)	25,4 (19,6 - 32,2)
Nicotine Inhaler	6	2,1 (1,5 - 2,9)	24,8 (19,1 - 31,6)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8 - 2,2)	24,2 (22,2 - 26,4)
Nicotine Patch (6-14 weeks)	32	1,9 (1,7 - 2,2)	23,4 (21,3 - 25,8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1,9 (1,7 - 2,3)	23,7 (21,0 - 26,6)
Nicotine patch + inhaler	2	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Nicotine patch + nortriptyline	2	2,3 (1,3-4,2)	27,3 (17,2-40,4)
Nicotine patch + bupropion	2	2,2 (1,2-2,36)	28,9 (23,5-35,1)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
Patch (long-term 14 weeks)+ad lib NRT (oral/nasal)	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Medication	8	1,0	21,7
Medication and counseling	39	1,4 (1,2-1,6)	27,6 (25-30,3)

Fiore MC, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical practice guideline*, 2008 update

Medioni J, et al. *Addiction* 2005;100:247-54
(durée TNS<145j-RRreprise=1,44:1,18-1,76)

CONCLUSION

Le tabagisme et la tuberculose sont deux épidémies mondiales
(objectifs OMS : éradication)

La lutte contre le tabagisme facilite le contrôle de l'épidémie tuberculeuse

L'arrêt du tabagisme chez le tuberculeux fumeur améliore le pronostic de sa maladie et s'associe à une meilleure observance du traitement anti-tuberculeux

Les principes de l'aide à l'arrêt sont :

- **l'identification des fumeurs dès le diagnostic (ITL/TM)**
- **la prise en charge l'aide à l'arrêt dès le début du traitement**
- **l'intervention de sevrage est assurée au sein des CLATs (ETP)**
- **les « fumeurs difficiles » sont orientés vers les cs. spécialisées**

**MERCI POUR
VOTRE ATTENTION**

Remerciements à :
M. Underner Poitiers
G. Peiffer Metz
Equipe du CLAT 63