

Le rôle du médecin praticien

## Arrêt du tabac

Pour la plupart des médecins installés en pratique privée, la relation entre le tabac et un grand nombre de maladies qu'ils découvrent et soignent chez leurs patients est une évidence. Il est cependant étonnant de constater combien, dans la pratique, l'importance relative des diverses affections associées au tabac est évaluée. Ainsi, dans l'esprit du public et de nombreux médecins, les affections pulmonaires dominent le tableau, en particulier la cancer pulmonaire, en raison de sa gravité et de son caractère souvent incurable, ainsi que l'emphysème pulmonaire.

Si ces maladies sont sévères et représentent un fardeau important pour l'individu touché, ce sont cependant les maladies cardio-vasculaires qui sont les plus fréquentes et ont, du fait de leur nombre, l'impact le plus lourd sur la santé publique. On estime qu'un tiers environ des maladies coronariennes sont liées à l'usage du tabac et que le tabagisme représente la plus importante cause de mort évitable dans le monde.

L'étude INTERHEART, dans laquelle des fumeurs et des non fumeurs ont été suivis prospectivement dans plus de 50 pays, a montré que les fumeurs ont un risque accru d'un facteur 2.8 de développer un premier infarctus pendant la période d'observation par rapport aux non fumeurs [1]. Une autre étude, conduite chez des malades atteints d'une maladie coronarienne, a montré que les fumeurs ont un risque significativement plus élevé que les non fumeurs de présenter un nouvel accident cardiovasculaire aigu et que l'arrêt de la fumée prévient deux fois mieux les accidents que le traitement par les statines, quelle que soit la dose employée [2].

### Rôle du médecin praticien

Le soutien actif du corps médical aux mesures visant à la réduction de la consommation de tabac, au niveau du patient individuel comme au niveau de la société, a un impact majeur sur la fréquence des maladies non transmissibles [3].

Le médecin praticien a une position privilégiée pour aborder avec ses patients le problème du tabagisme. D'une part parce qu'on rencontre une forte proportion des fumeurs déjà atteints de maladies liées au tabac, d'autre part parce qu'il peut, au prix d'un investissement minime, avoir un impact considérable en termes de prévention. Le médecin est en outre l'interlocuteur de choix avec lequel les fumeurs désireux d'arrêter de fumer mais incapables de le faire par leurs propres moyens vont chercher une aide et un soutien. Les bases de l'intervention médicale et les recommandations



Dr méd. Jean-Pierre Zellweger  
Fribourg

sur l'usage des traitements utiles ont été résumées dans des Recommandations pour la pratique médicale (RPC) publiées en 2011 et accessibles librement sous [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch) [4, 5].

Le simple fait de se renseigner sur les habitudes tabagiques d'un patient et de fournir un message clair et non ambigu sur le bénéfice de l'arrêt du tabac (l'intervention minimale de moins de 3 minutes) augmente les chances d'arrêt des fumeurs. Une prolongation de l'entretien ou l'adjonction de médicaments atténuant les symptômes de manque augmente les chances de succès à long terme. Les recommandations actuelles considèrent que tout médecin devrait aborder le sujet du tabagisme avec tous les patients, conseiller l'arrêt aux fumeurs, évaluer la motivation et le degré de préparation des fumeurs et offrir une aide, que le fumeur est libre d'accepter ou de refuser [6].

### Assistance médicamenteuse à la désaccoutumance

Parmi les médicaments disponibles pour aider le fumeur dans une tentative d'arrêt, les substituts nicotiques, le bupropion (Zyban) et la varénicline (Champix) ont démontré une efficacité.

Les substituts nicotiques (disponibles sous forme de patches transdermiques, de comprimés à mâcher, de comprimés à sucer ou d'inhalateur) contiennent tous de la nicotine et servent à compenser le manque de nicotine ressenti par le fumeur au début de l'abstinence. Leur grand avantage réside dans leur innocuité, la souplesse d'utilisation et la possibilité de les combiner entre eux (par exemple sous forme d'un produit à action lente et d'un produit à action rapide). Ils peuvent être employés même chez les patients atteints d'affections cardio-vasculaires et chez les fumeurs qui passent par une période de réduction avant l'arrêt complet. Pour toutes ces raisons, les substituts nicotiques sont souvent considérés comme le traitement initial de choix. Leur inconvénient est que le succès dépend en grande partie de la dose et de la durée du traitement, une utilisation trop brève ou à faible dose n'apportant pas de bénéfice durable.

Le bupropion, aussi employé comme antidépresseur, agit indépendamment de son effet sur la dépression et augmente les chances

**INDICATIONS AU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE**

- Motivation à arrêter de fumer ou substitution temporaire et
- Dépendance nicotinique

**CONTRE-INDICATIONS/PRÉCAUTIONS**

- **Substitution nicotinique: Précautions:** Infarctus du myocarde <2 sem., angor instable, troubles du rythme ventriculaire, grossesse/allaitement.
- **Varénicline: Contre-indications:** Insuffisance rénale sévère, grossesse/allaitement, <18 ans. **Précautions:** Troubles psychiatriques, tendance suicidaire.
- **Bupropion: Risque surdosage:** Insuffisance hépatique et rénale. **Contre-indications:** Epilepsie, anorexie/boulimie, sevrage alcool ou sédatifs, cirrhose hépatique, tumeur cérébrale, IMAO, troubles bipolaires, grossesse, allaitement, <18 ans. **Précautions:** Abaissement du seuil épileptogène, alcoolodépendance, anti-dépresseurs, neuroleptiques, tramadol, quinolones, anti-paludéens, corticoïdes systémiques, stimulants, hypoglycémiant, manque de sommeil, traumatisme crânio-cérébral, inhibition CYP2D6.

**DÉPENDANCE FAIBLE**

<10 cig/j. ou  
1<sup>re</sup> cig. >60 min post-réveil

**DÉPENDANCE MOYENNE**

10–19 cig/j. ou  
1<sup>re</sup> cig. 31–60 min post-réveil

**DÉPENDANCE FORTE**

20–30 cig/j. ou  
1<sup>re</sup> cig. 5–30 min post-réveil

**DÉPENDANCE TRÈS FORTE**

>30 cig/j. ou  
1<sup>re</sup> cig. <5 min post-réveil

**A choix selon:** préférence du patient, expériences antérieures, contre-indications, co-morbidités somatiques, antécédents de dépression, autres dépendances, traitement médicamenteux associé

- **Substitution nicotinique**
- **Gomme** 2 mg
- **Comprimé à sucer** 1 mg
- **Comprimé sublingual** 2 mg
- **Inhalateur**
- **Patch faible dose**

- **Substitution nicotinique**
- **Gomme** 2 mg
- **Comprimé à sucer** 1 mg
- **Comprimé sublingual** 2 mg
- **Inhalateur**
- **Patch** dose moyenne ou forte
- **Varénicline**
- **Bupropion**

- **Substitution nicotinique**
- **Monothérapie:** patch forte dose / gomme 4 mg / cpr 2 mg / cpr sublingual 4 mg / inhalateur
- **Bithérapie:** patch forte dose + gomme 4 mg / cpr à sucer 2 mg / cpr sublingual 4 mg / inhalateur
- **Varénicline**
- **Bupropion**
- **Bupropion + subst. nicotine** (gomme/cpr/inhalateur/patch)

- **Substitution nicotinique**
- **Bithérapie:** patch forte dose + gomme 4 mg / cpr à sucer 2 mg / cpr sublingual 4 mg / inhalateur
- **Varénicline**
- **Bupropion**
- **Bupropion + subst. nicotine** (gomme/cpr/inhalateur/patch)
- **Bupropion + subst. nicotine en bithérapie** (patch+gomme/cpr/inhalateur)

**SUBSTITUTION NICOTINIQUE**

**PATCH 16h**

Nicorette® patch  
25 mg/15 mg/10 mg

**Forte dose:** 25 mg × 8 sem. puis 15 mg × 2 sem. puis 10 mg × 2 sem. Durée: 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Dose moyenne:** 15 mg × 4 sem. puis 10 mg × 2 (4) sem. Durée: 6–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Faible dose:** 10 mg. Durée: 4–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin  
Appliquer sur peau glabre. Changer lieu chaque jour.

**PATCH 24h**

Nicotinell® patch  
21 mg/14 mg/7 mg

**Forte dose:** 21 mg × 4 sem. puis 14 mg × 2 (4) sem. puis 7 mg × 2 (4) sem. Durée: 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Dose moyenne:** 14 mg × 4 sem. puis 7 mg × 2 (4) sem. Durée: 6–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Faible dose:** 7 mg. Durée: 4–8 sem., jusqu'à 6–12 mois si besoin  
Appliquer sur peau glabre. Changer lieu chaque jour.

**GOMME**

Nicorette®/Nicotinell®  
2 mg/4 mg

8–12 gommes/j. × 4 sem. (max.15/j.) à adapter. Réduction progressive. Durée: 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Si bithérapie avec patch: max. 6 gommes/j.**  
Mâcher 20–30 s puis plaquer contre la gencive en alternance pendant 30 min.

**COMPRIMÉ À SUCER**

Nicotinell®  
1 mg/2 mg

8–12 cpr/j. × 4 sem. (max. 15/j.) à adapter. Réduction progressive. Durée: 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Si bithérapie avec patch: max. 6 cpr/j.**

**COMPRIMÉ SUBLINGUAL**

Nicorette Microtab®  
2 mg/4 mg

8–12 cpr/j. × 4 sem. (max.15/j.) à adapter. Réduction progressive. Durée: 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Si bithérapie avec patch: max. 6 cpr/j.**  
Laisser fondre sous la langue.

**INHALATEUR**

Nicorette Inhaler®  
10 mg

6–12 cartouches/j. × 4 sem. (max. 16/j.) à adapter. Réduction progressive. Durée: 2–3 mois, jusqu'à 6–12 mois si besoin  
**Si bithérapie avec patch: max. 4 cartouches/j.**  
Inhalations répétitives brèves pendant 30 min.

**VARÉNICLINE**

Champix®  
0,5 mg/1 mg

1 × 0,5 mg/j. de J1 à J3 puis 2 × 0,5 mg/j. de J4 à J7 puis 2 × 1 mg/j. × 11 sem. dès J8. Arrêt du tabac programmé dès J8 mais possible avant. Avertir le fumeur des modifications de l'humeur et que celles-ci peuvent être accentuées par les traitements médicamenteux. Les fumeurs doivent également être avertis des effets indésirables possibles des médicaments tels que les troubles de l'humeur, la tendance dépressive, les troubles de la vigilance et les réactions allergiques. Si effets indésirables importants, réduire à 2 × 0,5 mg/j ou arrêter. Durée: 3 mois, considérer jusqu'à 6–12 mois si besoin.

**BUPROPION**

Zyban®  
150 mg

1 × 150 mg/j. de J1 à J6 puis 2 × 150 mg/j. × 7–11 sem. dès J7. Arrêt du tabac programmé entre J8 et J14. Si effets indésirables importants ou «précautions», réduire à 1 × 150 mg/j ou arrêter. Durée: 2–3 mois, considérer jusqu'à 6–12 mois si besoin.

**Substitution temporaire:** privilégier les substituts à courte durée d'action (gomme/cpr/inhalateur), si insuffisant: adjoindre patch.

Fig 1 : Indications au traitement pharmacologique de la dépendance au tabac (d'après ref 4)

d'arrêt à long terme. L'avantage est la possibilité de le combiner avec les substituts nicotiques et l'effet préventif sur la prise pondérale qui accompagne souvent l'arrêt du tabac. L'inconvénient est la survenue possible d'effets indésirables, surtout de type neurologiques (insomnies, agitation, dépression et crises épileptiques). Le bupropion n'est en général pas recommandé comme traitement initial de choix mais son usage est réservé aux échecs des autres traitements.

La varénicline est probablement le médicament le plus efficace à long terme, mais ne devrait pas être combiné avec les substituts nicotiques du fait de son action simultanément agoniste et antagoniste sur les récepteurs nicotiques. Les effets indésirables sont rares mais peuvent être sévères (tentatives de suicide), raison pour laquelle les patients doivent être avertis avant le début du traitement d'interrompre immédiatement le traitement en cas de changement de l'humeur, en tenant compte du fait que l'arrêt du tabagisme s'accompagne souvent d'une poussée dépressive chez les fumeurs prédisposés. Pour cette raison, la prescription de varenicline en première intention est discutée. L'augmentation possible des effets indésirables cardiovasculaires a été mentionnée mais ne semble pas s'être confirmée dans les études récentes.

### Problèmes et situations particulières

Il existe plusieurs situations où l'arrêt de la fumée comporte des difficultés particulières, que le médecin doit connaître, et où l'usage des médicaments d'aide est plus difficile.

La première situation courante est la grossesse. Il est bien entendu que la femme enceinte devrait s'abstenir de fumer, mais l'arrêt de la cigarette en cours de grossesse est rendu plus difficile par le fait que le métabolisme de la nicotine est plus rapide et que les besoins augmentent, de même que le risque de manque. L'usage des substituts nicotique est en général déconseillé, mais peut être toléré si l'arrêt de la cigarette est impossible sans aide. Les autres médicaments (bupropion et varénicline) ne sont pas indiqués pendant la grossesse.

L'association entre le tabagisme et la dépression est connue : les dépressifs sont plus souvent fumeurs que le reste de la population et les fumeurs sont plus souvent dépressifs que les non fumeurs. Comme l'arrêt du tabac accentue les tendances dépressives, les fumeurs craignent les conséquences de l'arrêt. Cela doit inciter d'autant plus les médecins à offrir une aide et à accompagner les fumeurs dépressifs dans une tentative d'arrêt, si nécessaire en complétant l'aide par la prescription d'un antidépresseur.

Chez les adolescents fumeurs, la dépendance peut être déjà bien établie mais il n'existe pas de preuve formelle de l'efficacité des médicaments d'aide à l'arrêt. Le dialogue et le soutien psychologique sont d'autant plus importants.

La prise pondérale à l'arrêt du tabac est fréquente, souvent peu importante (2-3 kg), parfois plus sévère. Il convient d'aborder ouvertement le sujet avec les fumeurs, en particulier les adultes en surpoids, et d'analyser les habitudes alimentaires pour limiter la prise de poids. En général, la crainte de la prise pondérale sexprime surtout avant un arrêt du tabac et les fumeurs abstinents qui prennent du poids sont surtout contents d'avoir arrêté.

Dans l'année qui suit une tentative d'arrêt, la majorité des fumeurs rechutent et reprennent leur consommation de tabac. Les facteurs associés à la reprise du tabagisme sont multiples. Une situation socio-économique défavorable, l'intensité des symptômes de manque et des envies subites (craving) après l'arrêt, surtout chez

les adolescents, la prise pondérale (surtout chez les femmes au cours du post-partum), l'environnement social, la présence de fumeurs parmi les proches, la solitude et la dépression, le sexe féminin et le jeune âge. Les fumeurs qui recommencent à fumer après un arrêt ont souvent un sentiment de culpabilité ou d'échec qui doit être verbalisé. Une nouvelle tentative après un arrêt infructueux est par contre une occasion de tenir compte de l'expérience précédente et des raisons de l'échec pour mieux prévoir la nouvelle tentative. Diverses interventions destinées à réduire le risque de reprise du tabagisme ont été étudiées, telles que la thérapie comportementale, les groupes de soutien au lieu de travail, ainsi que l'usage prolongé des substituts nicotiques, du bupropion et de la varénicline. Parmi ces interventions, seul l'usage prolongé des substituts nicotiques, du bupropion et de la varénicline ont montré une certaine efficacité.

#### Dr méd. Jean-Pierre Zellweger

Pneumologue FMH  
Route Ste-Thérèse 2d  
1700 Fribourg  
zellwegerjp@swissonline.ch

#### Références :

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet* 2004; 364(9438): 937-952.
2. Frey P, Waters DD, DeMicco DA, Breazna A, Samuels L, Pipe A, Wun CC, Benowitz NL. Impact of smoking on cardiovascular events in patients with coronary disease receiving contemporary medical therapy (from the Treating to New Targets [TNT] and the Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering [IDEAL] trials). *Am J Cardiol* 2011; 107(2): 145-150.
3. Glantz S, Gonzalez M. Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. *Lancet* 2012; 379(9822): 1269-1271.
4. Cornuz J, Jacot-Sadowski, I., Humair, J-P., Clair, C., Schuurmans, M., Zellweger, J-P. Désaccoutumance au tabac: Mise à jour 2011. 1ère partie. *Forum Medical Suisse* 2011; 11(9): 156-159.
5. Cornuz J J-S, I., Humair, J-P., Clair, C., Schuurmans, M., Zellweger, J-P. . Désaccoutumance au tabac: Mise à jour 2011. 2e partie. *Forum Medical Suisse* 2011; 11(10): 172-176.
6. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J PrevMed* 2008; 35(2): 158-176.

#### Message à retenir

- ◆ La relation entre le tabagisme et les maladies diverses est reconnue par tout le monde, mais l'accent est mis principalement sur les maladies pulmonaires
- ◆ Les médecins et le grand public estiment que les maladies pulmonaires sont plus graves que les autres maladies liées au tabagisme
- ◆ Mais les fumeurs ont un risque plus élevé de maladies cardio-vasculaires, les maladies les plus communes et, en raison de leur fréquence, les maladies qui ont le plus grand impact sur la santé
- ◆ On estime qu'environ un tiers des maladies coronariennes est causé par le tabagisme et que la consommation de tabac est la principale cause de décès évitable dans le monde