

Dr Philippe Guichenez*, Dr Jean Perriot**

* Pneumologue tabacologue, Centre de tabacologie, Espace Perréal, Boulevard Perréal, F-34500 Béziers.

Tél. : 04 67 35 76 32 – Courriel : philippe.guichenez@ch-beziers.fr

** Pneumologue tabacologue, Dispensaire Émile Roux – CLAT 63, Clermont-Ferrand, France

Reçu avril 2014, accepté août 2014

L'arrêt du tabac chez une fumeuse invétérée

Résumé

Le sevrage tabagique comporte une prise en charge globale étalée dans le temps, avec plusieurs étapes. Cette intervention associe des moyens thérapeutiques complémentaires. Nous rapportons le sevrage d'une femme âgée de 60 ans, atteinte de broncho-pneumopathie chronique obstructive, traitée pour dépression et fumant 60 cigarettes par jour. La stratégie d'aide à l'arrêt a débuté par une réduction de consommation, facilitée par l'utilisation d'un traitement nicotinique substitutif (TNS) et l'entretien motivationnel ; elle a permis l'adaptation posologique du traitement antidépresseur. Le sevrage a combiné de fortes doses de TNS sous formes transdermique et buccale, associées à un soutien comportemental. Au terme d'une année de suivi, la patiente ne ressentait ni syndrome de sevrage, ni *craving* et son état respiratoire s'était amélioré.

Mots-clés

Dépendance nicotinique – Sevrage tabagique – Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) – Trouble dépressif – Traitement nicotinique substitutif (TNS).

Les fumeurs très dépendants de la nicotine, qui requièrent une aide spécialisée lors d'une tentative d'arrêt du tabac, associent souvent des troubles anxio-dépressifs et des pathologies liées à leur tabagisme, telles que les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Le cas clinique présenté permet de discuter plusieurs stratégies utilisées lors du sevrage tabagique : la réduction de la consommation en tant qu'étape préalable à l'arrêt complet ; les modalités d'optimisation du traitement nicotinique substitutif (TNS) ; la prise en charge médicamenteuse d'un trouble dépressif.

Summary

Smoking cessation in a hard-core smoker: a case report

Helping smoking cessation is a global management spread over several stages. During the intervention, additional therapeutic means are associated. We report the cessation of a 60 years old woman with chronic obstructive pulmonary disease treated for depression and smoking 60 cigarettes a day. Strategy cessation assistance started with a reduction in consumption facilitated by the use of nicotine replacement therapy (NRT) and motivational interviewing which has helped to adapt the dosage of antidepressant treatment. Stopping smoking combined high doses of transdermal and oral forms associated with behavioral support. After a year of monitoring, the patient felt no withdrawal symptom nor craving and the respiratory status improved.

Key words

Nicotine dependence – Smoking cessation – Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) – Depressive disorder – Nicotine replacement therapy (NRT).

Observation

Première consultation – J1

Une femme de 60 ans, atteinte de BPCO stade II, consulte pour un sevrage tabagique, sur les conseils de son pneumologue. Elle n'a jamais tenté l'arrêt et consomme 60 cigarettes manufacturées par jour (40 paquets-années). Le score du test de Fagerström (FTND) (1) évaluant la dépendance nicotinique est égal à 10/10, la mesure du

taux de CO expiré est de 65 ppm. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique pour dépression, traitée par paroxétine (20 mg/jour). Le test HAD (*Hospital anxiety depression scale*) (1) identifie un état anxio-dépressif : scores score ≥ 12 pour les versants Anxiété et Dépression. Le test de Beck (*Beck depression inventory* – BDI) (1) est à 14, traduisant un état dépressif modéré. Peu confiante en sa capacité à s'arrêter (test de Richmond = 6/10) (1), elle n'envisage pas un sevrage immédiat. L'indice de masse corporelle (IMC) est à 21,3. La stratégie thérapeutique a consisté en une réduction de sa consommation, aidée par la prescription du TNS (timbre à 21 mg/24 h, associé à l'utilisation de pastilles à la nicotine à 1,5 mg/jour). En accord avec son psychiatre, la posologie de paroxétine a été augmentée à 30 mg. Elle a recensé les avantages et les inconvénients de l'arrêt, ainsi que ceux de la poursuite du tabagisme, à court et long termes (tableau I), qui soutiendront le travail motivationnel. Un nouveau rendez-vous a été programmé deux semaines plus tard.

Deuxième consultation – J15

La patiente fume 30 cigarettes par jour et tolère parfaitement le TNS (timbre 21 mg/24 h et dix pastilles à 1,5 mg/jour). Le taux de CO expiré est de 35 ppm, témoignant d'une réduction de la consommation sans hyper-extraction de fumée. Un second timbre est associé (deux timbres à 21 mg/24 h et pastilles ad libitum). L'entretien conduit sur un mode motivationnel valorise les résultats obtenus.

Troisième consultation – J30

La consommation quotidienne n'est plus que de 12 cigarettes, le CO expiré de 15 ppm. En quatre semaines, la patiente a notablement réduit son tabagisme, sans signe d'irritation cutanée ou buccale due au TNS, ni syndrome évocateur d'un surdosage (palpitation, tachycardie, insomnie ou céphalée). Son état dépressif est stable, et les résultats du test HAD (Anxiété = 9, Dépression = 8) et du test BDI (= 10) se sont améliorés. Elle se sent prête à l'arrêt complet ; il deviendra effectif sept jours plus tard grâce à l'association d'un troisième timbre à 14 mg collé du lever au coucher (deux timbres à 21 mg/24 h, timbre à 14 mg/16 h et 12 pastilles 1,5 mg/jour).

Consultations ultérieures : une fois par mois jusqu'à un an

Le suivi a reposé sur la poursuite de la prise en charge médicamenteuse et le développement de stratégies de prévention de la rechute. La patiente a découvert les bénéfices de l'arrêt et repris une activité physique quotidienne. La diminution de la posologie du TNS transdermique a débuté au troisième mois d'abstinence et s'est achevée au septième, l'usage de pastilles devenant rare. Le retour progressif à la posologie initiale de paroxétine sera effectif au dixième mois d'arrêt. À un an, la prise de poids est de 5 kg (IMC = 23,2) et l'indice de BODE, égal à 3 avant l'arrêt, est revenu à 1. La prise en charge a donné lieu à une

Tableau I : Mise en perspective par la patiente des avantages et inconvénients à continuer ou à s'arrêter de fumer

Avantages...		Score/100	Inconvénients...		Score/100
À continuer	Plaisir	100	À continuer	Perte de souffle	100
	Réduit l'anxiété	100		Altère la santé	100
	Convivialité	50		Aggrave les apnées du sommeil	50
	Total	250		Perte d'argent	100
			Total		350
À s'arrêter	Se sentir libre	100	À s'arrêter	Souffrir du manque	100
	Plus d'argent	70		Prise de poids	30
	Plus de dynamisme	100		Échouer dans l'arrêt	90
	Plus de souffle	100			
	Total	370		Total	220
À continuer à court terme	Plaisir	60	À continuer à long terme	Perte de liberté	100
				Risque de cancer	100
				Manque d'oxygène	100
				Manque d'argent	100
	Total	60		Total	400

surveillance attentive du *craving*. Son intensité mesurée au moyen du FTCQ-12 (*French Tobacco Craving Questionnaire*) (1) a progressivement diminué.

Discussion

Un tiers des fumeurs préfèrent réduire leur consommation avant d'arrêter complètement et 60 % d'entre eux souhaitent une aide médicamenteuse à cette fin (2). Le TNS facilite la réduction et l'arrêt du tabac comparativement au placebo – OR = 2,6 (IC 95 % = 1,34-3,15) – sans induire des événements indésirables graves significativement plus fréquents (2). La phase de réduction peut donc être mise à profit pour accroître la motivation à l'arrêt chez les fumeurs sous TNS (2). La stratégie de réduction peut être proposée aux fumeurs incapables d'y arriver dans l'immédiat, à ceux qui ont déjà échoué dans leurs tentatives d'arrêt et ont, de ce fait, perdu confiance dans leurs capacités d'arrêter, aux patients insuffisamment motivés mais porteurs d'une pathologie (BPCO, pathologies cardiovasculaires) et aux femmes enceintes, comme étape préalable à l'arrêt complet du tabac qui, seul, permet un réel bénéfice sanitaire, une consommation résiduelle s'accompagnant d'un sur-risque de morbi-mortalité (3). Tout médecin doit désormais savoir expliquer les principes de cette stratégie de réduction pour la mettre en œuvre.

Plusieurs études montrent que cette stratégie permet aux fumeurs de réduire durablement leur consommation de tabac, ainsi que l'accroissement du stade de maturation de la décision d'arrêt et d'induire des arrêts spontanés ; elle favorise également la réussite du sevrage lors d'une tentative ultérieure (4). De plus, la réduction de la consommation de tabac avec substitution nicotinique est confortable pour le patient en réduisant les symptômes de manque. On conseille les substituts nicotiques dans une stratégie de réduction de la consommation de tabac, en alternance avec les cigarettes, avec des doses adaptées et en quantité suffisante dans la journée dès que l'envie de fumer apparaît dans les moments choisis de ne pas fumer. Le patient qui a obtenu une réduction de sa consommation doit être encouragé à tenter un arrêt complet du tabac le plus tôt possible. L'arrêt total, seul, permet un bénéfice sanitaire et une amélioration et/ou une stabilisation de la maladie chronique tabac-induite.

À noter que l'association substituts nicotiques et tabac n'est pas dangereuse et n'a donné aucun effet secondaire sérieux (5). Il était judicieux d'associer des dispositifs transdermiques à des formes buccales. Cette combinai-

son se révèle être, comparativement au placebo, la plus efficace en termes d'abstinence au sixième mois – OR = 3,6 (IC 95 % = 2,5-5,2) – (6). On estime que les formes buccales d'absorption plus rapide permettent de répondre aux pics de *craving* en complétant l'action des timbres qui stabilisent le taux plasmatique de nicotine. L'utilisation de très fortes doses de nicotine à la phase initiale du sevrage n'améliore pas l'abstinence à six mois, mais s'accompagne d'un taux d'arrêt plus élevé lors du premier mois de la tentative d'arrêt (7) du fait d'un meilleur contrôle du syndrome de sevrage et du *craving*, facteurs d'échecs immédiats du sevrage. Les fortes posologies en substituts sont bien tolérées par les fumeurs atteints de maladies chroniques (8). Au cours du suivi, la diminution du score du test FTCQ-12 est un bon indicateur pronostic de réussite de l'arrêt (9).

La sévérité d'une dépression est corrélée au niveau de la dépendance nicotinique, elle conditionne le résultat de la tentative d'arrêt. Son évaluation est donc nécessaire avant le sevrage tabagique, afin de permettre sa prise en charge (10). Celle-ci associe les thérapies cognitivo-comportementales et médicamenteuses, selon le schéma proposé par Lagrue et al. (11) :

- le trouble est connu et déjà pris en charge, la posologie du traitement antidépresseur est habituellement augmentée, en accord avec le psychiatre ;
- le trouble est latent, il faut induire un traitement antidépresseur, l'identification d'un trouble bipolaire requiert un avis spécialisé ;
- le trouble peut survenir quatre à six semaines après le début de l'arrêt, en l'absence de dépression initiale, il favorise la rechute et fait discuter la prescription d'antidépresseurs.

Dans leur ouvrage *Helping the Hardcore Smoker*, Seidman et Covey avancent une définition simple ; ils considèrent que le fumeur singulier est :

- un fumeur malade du tabagisme ;
- mais persistant à fumer 20 cigarettes par jour ;
- avec un FTND supérieur à 7 ;
- ou ayant une pathologie psychiatrique (12).

Au fond, cela définit les consultants de nos centres de tabacologie :

- de fortes dépendance et consommation ;
- une motivation à l'arrêt friable ;
- une pathologie psychiatrique fréquente ;
- une co-consommation de substances psychoactives ;
- une pathologie somatique associée ;
- souvent une précarité socioéconomique ;
- et un faible niveau de formation (12).

Le suivi de ces patients nécessite souvent l'implication prolongée de l'équipe addictologique en soutien de l'accompagnement assuré par le médecin référent.

Conclusion

L'aide à l'arrêt du tabac constitue une prise en charge étalée dans le temps. Après un inventaire initial de la situation tabagique comprenant l'identification systématique des fréquents troubles anxio-dépressifs, en particulier chez le fumeur atteint de BPCO, une phase de réduction de la consommation peut précéder l'arrêt complet. Lors du sevrage, les techniques comportementales sont associées aux médicaments d'aide à l'arrêt. La combinaison des formes transdermique et buccale de substituts nicotiniques est efficace et bien tolérée. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt en relation avec cet article.

P. Guichenez, J. Perriot
L'arrêt du tabac chez une fumeuse invétérée
Alcoologie et Addictologie. 2014 ; 36 (4) : 317-320

Références bibliographiques

- 1 - Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie. Principaux outils d'évaluation en tabacologie. Lyon : IRAAT ; www-iraat.fr.
- 2 - Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009 ; 338 : b1024.
- 3 - Underner M, Peiffer G. Petits fumeurs et fumeurs intermittents. *Rev Mal Respir*. 2010 ; 27 (10) : 1150-63.
- 4 - Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *J Consult Clin Psychol*. 2004 ; 72 (3) : 371-81.
- 5 - Guichenez P, Perriot J, Dupont P, Reny JL, Clauzel I, Cungi C, Clauzel AM. La conduite du sevrage tabagique. *Sang Thrombose Vaisseaux*. 2006 ;18, (3) : 136-48.
- 6 - Fiore MC, Jaen CR, Kader TB, Bailey MC, Benowitz NL, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline 2008 update. Washington : US Department of Health and Human Service ; 2008.
- 7 - Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 ; (1) : CD000146.
- 8 - Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Redon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS * trial – a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction*. 2011 ; 106 (4) : 833-43.
- 9 - Berlin I, Singleton EG, Heishman SJ. Predicting relapse with a multidimensional versus a single – item tobacco craving measure. *Drug Alcohol Depend*. 2013 ; 132 (3) : 513-20.
- 10 - Benyamina A. Conduite de l'arrêt du tabac chez un patient atteint de troubles de l'humeur. In : Arrêt du tabac chez les patients d'affections psychiatriques. Conférence d'experts. Paris : OFT ; 2009.
- 11 - Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. *Encéphale*. 2002 ; 28 (4) : 374-7.
- 12 - Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, de Chazeron I, Doly-Kuchcik L. Le sevrage tabagique des fumeurs difficiles. *Rev Mal Respir*. 2012 ; 29 (4) : 448-61.