

Item73-Addiction au tabac.

Objectifs CNCI

Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac.

Toxicité et dépendance au tabac

Indications et principes du sevrage thérapeutique. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<p>Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins - Recommandations pour la pratique clinique / ANAES / 2001- RPC</p> <p>Tabac: Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique / Haute Autorité de Santé / 2006</p> <p>- Polycopié national: Addiction au tabac</p>	<p>- sevrage initial d'emblée ou réduction initiale de la conso (dernières reco)</p> <p>- contrat</p> <p>- Test de Fagerstrom / conso en PA / rechercher coaddictions</p> <p>- PEC : psychothérapie (groupe, TCC, motivationnelle++++) + Traitement substitutif en 1 ere intention: gommes + patches puis (si besoin) traitement Mdtx en deuxième intention : varénicline sur 12S</p> <p>- PEC à long terme +++</p>	<p>- 9 points-clés de toute PenC</p> <p>- Evaluation pré-sevrage (5)</p> <p>- Penser somatique: C° et ≠</p> <p>- Contrat thérapeutique</p> <p>- Mesures hygiéno-diététiques</p> <p>- Prise en charge sociale</p>

Généralités sur les addictions

- ADDICTION = PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE
-
- 3 comportements dans la prise de substance :
- Le non-usage
- L'usage simple (pas de caractère pathologique)
- Le mesusage (prises de risques et/ou de dépendance et/ou de dommages)
-
- Dans la CIM , dans le mésusage, il y a 3 sous types :
- Usage à risque : au moins une de ces conséquences :
 - Pb avec la justice
 - Poursuite des prises malgré difficultés sociales ou interpersonnelles (bagarres...)
 - incapacité à remplir les obligations majeures (travail, à la maison...)
 - Prise de risques
-
- Usage nocif (pas au stade de dépendance physique ou psychique)
- Usage avec dépendance
- ◦ ■
 - Critères DSM V:

"troubles liés à l'usage de substances":

-trouble d'utilisation de substances:

Concerne 10 catégories de substances:

1. alcool
2. caféine
3. cannabis
4. hallucinogènes
5. inhalants

6. opioïdes
7. sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
8. stimulants
9. tabac
10. autres (ou inconnue)..

Défini par la présence d'au moins 2 critères parmi les 11 suivants (qui peuvent être classés en 4 catégories), pendant une période de 12 mois:

Déficience du contrôle vis à vis de la substance:

1. Prise en quantité plus importante ou sur une période plus longue que prévue
2. désir persistant ou efforts infructueux pour arrêter, diminuer ou contrôler les prises
3. Temps important passé à essayer d'obtenir la substance, la consommer, ou à se remettre de ses effets.
4. craving (moment de désir intense de la substance, impérieux et obsédant, au cours desquels le sujet est incapable de penser à autre chose)

Dysfonctionnement social:

5. incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, responsabilités parentales..)
6. Poursuite d'une consommation bien que celle-ci soit à l'origine ou exacerbe des difficultés sociales ou problèmes interpersonnels récurrents ou persistants.
7. Réduction ou abandon d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs.

Prise de risque:

8. Récurrence des consommations dans un contexte où cela entraîne un risque (ex: conduite automobile)
9. Poursuite de la consommation en dépit de la connaissance d'un problème physique ou psychologique causé ou susceptible d'être aggravé par la substance.

Critères pharmacologiques:

10. Tolérance: Diminution de l'effet à dose constante, nécessité de l'augmentation des doses pour retrouver le même effet
11. Sevrage: syndrome clinique apparaissant lors de la diminution de la concentration tissulaire ou sanguine de substance, pouvant pousser l'individu à re-consommer pour l'éviter (généralement un signe de gravité clinique).

Sévérité :

- trouble léger : 2 à 3 critères
- trouble modéré : 4 à 5
- trouble sévère : > ou = 6

On définit, chez un individu chez qui le diagnostic pouvait être préalablement posé :

Rémission récente : entre 3 à 12 mois sans qu'aucun des critères ne puisse être retrouvés (à l'exception éventuelle du craving)

Rémission durable : aucun critère retrouvé (à l'exception éventuelle du craving) pendant une période de 12 mois ou plus

On spécifiera par ailleurs si cette rémission est obtenue "dans un environnement contrôlé" (là où l'accès à la substance est restreint) ou si le sujet est "en thérapie de maintenance"

- troubles induits par la substance :

intoxication / sevrage / troubles mentaux secondaires à l'usage de substances (troubles psychotiques, bipolaires, dépressifs, troubles anxieux, TOC, troubles du sommeil, dysfonctions sexuelles, délirium, troubles neuro-cognitifs)

Pour rappel:

Critères DSM-IV d'un abus de substance

- A. Altération du fonctionnement ou souffrance cliniquement significative
- caractérisée par la présence de ≥ 1 manifestations sur 1 an parmi: (4)
 - Incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, etc)
 - Mise en danger physique (ex: conduire et alcool)
 - Problèmes judiciaires liée à la substance (ex: retrait de points)

- Consommation malgré problème interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou augmentés par la consommation de la substance
 - **B. Symptômes n'atteignant pas les critères de dépendance**
- Critères DSM-IV d'une dépendance à une substance ++++++ (à savoir)
- **A. Altération du fonctionnement ou souffrance cliniquement significative**
 - **caractérisée par la présence de ≥ 3 manifestations sur 1an parmi: (7)**
 - Tolérance: augmentation des doses ou diminution de l'effet à même dose
 - Sevrage: syndrome clinique de sevrage ou prise pour le soulager ou l'éviter
 - Désir ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler les prises
 - Réduction ou abandon des activités sociales, professionnelles ou de loisirs
 - Prises en quantité plus importante ou période plus prolongée que prévue
 - Beaucoup de temps passé à obtenir la substance, la consommer ou récupérer ses effets
 - Persistance de l'utilisation malgré retentissement physique ou psychologique
 - **Remarques**
 - Par « dépendance », on sous-entend **dépendance psychologique**.
 - **Il n'y a pas de seuil, pas de fréquence des consommations qui définit la dépendance. Elle n'est pas définie non plus par l'existence de "dommages induits".**
 - → préciser si elle s'accompagne de **dépendance physique** (tolérance + sevrage) ou non

Les 9 points-clés de toute prise en charge en addictologie +++ (A savoir !)

Globale et pluridisciplinaire / Cs spécialisée d'addictologie / cure et post-cure ++

Evaluation (5): consommation / dépendance / motivation / terrain (2) / complications (3)

Notion de contrat thérapeutique / décision par le patient / fixer une date d'arrêt / information du patient

Traitement symptomatique du syndrome de sevrage

Traitements substitutifs ou diminuant l'appétence

Psychothérapie: TCC ++ / motivationnelle / groupes de paroles

Traitement des co-morbidités (IST) / co-addictions / MHD

Prise en charge sociale et/ou psychiatrique +++ / associations

Suivi au long cours: réseau / rechute / complications somatiques

Rq: on préconisait classiquement un sevrage complet d'emblée, mais ce point est de plus en plus contesté: bien que le sevrage complet reste l'objectif dans la majorité des cas, il est désormais admis que la réduction de consommation puisse constituer un tremplin vers un arrêt complet pour certains patients, ou permettre une diminution du risque (cancer, pathologies cardio-vasculaires) chez d'autres pour qui le sevrage complet ne parvient pas à être atteint.

- **En pratique, déroulement en 2 phases**
 - **Initialement = cure:** en milieu hospitalier / sevrage / traitement du Sd de sevrage / bilan des C°
 - **Au long cours = post-cure:** en centre / substitution / psychothérapies / social / suivi

Conduite dopante

- consommation d'un produit pour affronter ou pour surmonter un obstacle réel ou ressenti par l'utilisateur ou par son entourage dans un but de performance

TABAC

Généralités

- Tabac : potentiel addictif +++ (le plus fort par rapport aux autres addictions)
 -
 - **Nouvelles recommandations HAS (octobre 2013/janvier 2014) :**
 - **arrêt seul réussi pour seulement 3% des fumeurs -> accompagnement indispensable:**
 - **Si le patient souhaite arrêter (stade de la décision)**
 1. **le dépistage individuel du tabagisme et le conseil d'arrêt aux fumeurs : systématiques**
 2. **l'accompagnement par un professionnel de santé est la prise en charge la plus efficace**
- : médecin traitant : intervenant clé**
3. **l'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge**
 4. **les traitements nicotiques de substitution en première intention.**
Sevrage initial d'emblée ou réduction de la consommation dans un premier temps.
 5. **consultations dédiées**
 6. **suivi hebdomadaire puis mensuel pendant 3 à 6 mois**

- ■ Si le patient est ambivalent (stade de l'intention):

7. envisager une réduction de la consommation dans un premier temps, renforcer sa motivation

- Si le patient ne souhaite pas arrêter (stade de pré-intention) :

8. proposer une approche de réduction, avec un soutien thérapeutique +/- TSN comme substitut total ou partiel du tabac, à court ou long terme

Epidémiologie

- Prévalence = 30% des 18-75ans / 50% des 16-18ans / H ↓ - F ↑
- Age moyen 1ère cigarette : 14 ans
- 49% des fumeurs réguliers sont dépendants
- Mortalité = 70 000/an en France (50% par BPCO) = 1^{ere} cause de décès évitable
- Le FDR le plus important de complications liée au tabac : la durée du tabagisme.

Dépendance = TRIPLE

- pharmacologique (nicotine +++)
- psycho-comportementale : faire comme les autres / représentation sociale
- gestuelle

Composition :

- La fumée : 3 types
 - Courant primaire : pris par le fumeur
 - Courant secondaire : s'échappe de la cigarette par le bout incandescent
 - Courant tertiaire : rejeté par le fumeur
- Les composés :
 - la nicotine responsable de la dépendance
 - les goudrons responsables du caractère cancérigène
 - le monoxyde de carbone (CO), gaz toxique responsable d'une hypoxie par fixation sur l'hémoglobine, en compétition avec l'oxygène
 - le cadmium, métal lourd
 - les nitrosamines, également cancérigènes

Consommation

- Paquets année (PA) = # paquets/j x années de tabagisme
- Risque de BPCO/CV significativement augmenté si ≥ 20 PA

Prévention du tabagisme

- primaire : campagnes d'information / lois anti-tabac (Evin, espaces publiques)
- secondaire : dépistage et recherche de C° chez tout patient tabagique +++
- tertiaire : après une complication: aide au sevrage et prévention des rechutes

Diagnostic

Examen clinique (évaluation pré-sevrage: 5)

- Dépistage : "fumez-vous?"
- Evaluation de la consommation
 - Date de début / évolution avec le temps / type de tabac
 - → calcul du nombre de paquets-années (PA) +++
- Evaluation de la dépendance : Test de Fagerström (sur 10)
 - dépendance nulle (0-2) faible (3-4), moyenne (5-6), forte (7-10)
 - aide médicamenteuse au sevrage conseillée si score $\geq 5/10$
- Evaluation de la motivation
 - Raisons motivant la tentative de sevrage
 - Tentatives antérieures de sevrage
- Recherche de co-morbidités / co-addictions
 - Atcd psychiatriques (personnalité, dépression, troubles anxieux..)
 - Co-addictions +++ : alcool / drogue (cannabis ++)
- Recherche de complications liées au tabac (A savoir !)
 - Cardio-vasculaires : FdR CV / prise de la PA / atcd
 - Respiratoires : dyspnée / toux / auscultation / atcd
 - Néoplasiques : AEG / ADP / signes d'appel (dysphonie, etc)
 - Gynécologiques : si femme: FCV / atcd de GEU-FCS

Examens complémentaires

- Mesure du CO dans air expiré

- CO-mètre en ambulatoire / > 10 ppm = consommation récente
- → utile pour renforcement de la motivation ++ (baisse rapide)
- **Dosage de la cotinine urinaire**
 - Rapport cotinine/créatinine corrélé à la consommation
- **Recherche de complications (A savoir !)**
 - Selon la clinique: ECG / EFR / radio thorax, etc.

Complications

COMPLICATIONS SOMATIQUES :

Complications respiratoires

- Bronchite chronique puis BPCO puis IRespC +++
- Asthme / surinfections bronchiques
- Emphysème
- Pneumopathie
- Histiocytose langherhansienne
- Pneumopathie interstitielle fibrosante (FPI)

Complications cardio-vasculaires

- Athérosclérose: AOMI / insuffisance coronarienne +++ (fumer = risque IDM x 3)
- HTA / cardiopathie hypertensive / insuffisance cardiaque
- Anevrisme de l'aorte abdo
- AVC

Complications néoplasiques

- Cancer broncho-pulmonaire +++ (**Décès par cancer bronchopulm liés au tabagisme = 80%**)
- Autres : VADS ++ / vessie ++ / oesophage (épidermoïde) / rein / pancréas

Complications dermatologiques

- Peau sèche / ongles colorés (jaunâtres) / vieillissement / acné plus sévère

Complications gynécologiques

- GEU ++ (RRx2) / diminution de la fertilité / HRP / MAP / PP / RCIU / fausses couches, etc.
- Mort subite du nourrisson / Petit poids de naissance

Complications digestives

- Œsophage (RGO, oesophagite)
- Estomac (ulcère)
- Intestin grêle et colon : augmente le risque de maladie de Crohn

Autres :

- Parodontie/ coloration et déchaussement des dents
- Polyglobulie, polynucléose

COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES :

Lien entre troubles psychiatriques (schizophrénie, trouble bipolaire, **troubles anxio-dépressifs...**) **et le tabagisme +++**

Lors du sevrage :

- EDM : risque augmenté pendant 6 mois après le sevrage
- **Troubles anxieux** (durent qq semaines, souvent pas besoin d'anxiolytiques)

Syndrome de sevrage en nicotine

- Craving = besoin impérieux de fumer
- Irritabilité / anxiété / troubles de la concentration / asthénie / humeur triste
- Troubles du sommeil : insomnie / somnolence diurne
- Augmentation de l'appétit (d'où prise de poids)
- Difficulté à se concentrer
- Intensité et durée variable : de quelques jours à plusieurs semaines
- **Tabagisme passif : augmentation du risque**
 - De cancer bronchique de 25%
 - De maladie cardio-vasculaire de 25% (cardiopathie ischémiques, coronaropathies)
 - Doublement du risque de mort subite du nourrisson
 - Aggravation asthme et BPCO, Otite
 - D'infection respiratoire

A savoir : l'arrêt du tabac diminue la mortalité liée au cancer bronchopulm et au maladie CV surtout.

Sevrage tabagique (10)

Prise en charge

- OBJECTIF = ABSTINENCE
- Globale et pluridisciplinaire / en ambulatoire
- Aide au sevrage ++
- Consultation spécialisée en tabacologie ++

Evaluation pré-sevrage (5)

- Evaluation de la consommation (en PA ; type de tabac; circonstances)
- Evaluation de la dépendance (Fagerström ++; tolérance psychique et physique)
- Evaluation de la motivation (raisons d'arrêter / décision prise par le patient)
- Evaluation du terrain : co-addictions (alcool / drogues) / co-morbidités
- Recherche de complications : somatiques / psychiques / sociales (A savoir !)

Facteurs prédictifs d'abstinence :

Niveau socio économique élevé

Grande motivation pour arrêter

L'entourage non fumeur

Une faible consommation d'OH et de tabac

1^{ere} cigarette tardive par rapport au réveil le matin

Age de début tardif et une faible durée du tabagisme

Pas de comorbidités psychiatriques (troubles anxieux, dépression...)

Contrat thérapeutique

- Conseil minimal mais choix et date de l'arrêt appartiennent au patient ++
- Fixer une **date d'arrêt** en accord avec le patient

Sevrage initial total

- Arrêt total de la consommation dès le début (sauf varénicline: cf infra), ou réduction de la consommation dans un premier temps

Traitement symptomatique du syndrome de sevrage

- !! Pas de traitement spécifique ou en urgence (≠ alcool)
- Prévention +++
 - Bonne adaptation de la substitution au niveau de dépendance
 - Co-prescription patch + substituts à la demande (gommes / comprimés)
 - Education du patient: signes de manque / CAT (substitut à la demande)

Traitement substitutif nicotinique (TNS) = TTT médicamenteux de première intention

Abstinence à 6 mois : les TNS augmentent jusqu'à 70% les chances

- Patch transdermique
 - Apport continu en nicotine: 16h ou 24h (si cigarette dès le matin)
 - Sur zone sèche/non pileuse / !! Arrêt total du tabac dès le début
 - En pratique : Nicopatch® 21mg sur 24h si 1 paquet/jour
- Gommes à mâcher
 - délai d'action = 5-10min / dès que besoin d'une cigarette
 - !! ce ne sont pas des chewing-gums (à garder 30-40min)
 - En pratique : Nicotinell® 2mg ALD (qu'on peut associer aux patches)
- Autres substituts
 - Comprimés sub-linguaux : action rapide (< 5min) / prise à la demande
 - Comprimés à sucer ou pastilles à sucer
 - Cigarettes électroniques : L'avis du Haut Conseil de Santé Publique d'avril 2014 conclut :
 - L'e-cigarette est un outil de réduction des risques lorsqu'elle amène au sevrage chez les patients fumeurs ayant envie d'arrêter.
 - De nombreuses interrogations persistent et nécessitent des recherches
 - L'e-cigarette a pour risque la renormalisation du tabac et l'entrée dans la dépendance à la nicotine notamment chez les jeunes.
 - Sprays buccaux

Traitement médicamenteux de seconde intention (à éviter chez le psychotique ainsi qu'en cas de troubles de l'humeur) :

Il n'ont pas prouvé une efficacité supérieure aux TNS...

- Varénicline (Champix®) (++)
 - agoniste nicotinique partiel / ES modérés / arrêt du tabac à J15
 - schéma : J1-J3: 0.5mg 1x/j ; J4-J7: 0.5mg 2x/j / J8-J12: 1mg 2x/j ==> TTT sur 12 semaines

- !! Risque suicidaire: surveillance de l'humeur / consultation 1x/S
- CI = allergies, Insuffisance rénale sévère, grossesse, allaitement
- Bupropion (Zyban®)
 - amphétamine (IRNa-DA) = diminue symptômes de sevrage / prescription pour 9S max (150mg/j)
 - !! CI : épilepsie ou TTT diminuant le seuil épiléptogène / angor/ IDM / alcool / BZD / TCA / TBP / IHC / IRC / HTA / tumeur cérébrale

Les cigarettes électroniques = n'ont pas l'AMM (ANSM, 2011)

Aucun effet indésirable ou cas d'intoxication en lien avec la présence des solvants dans les cigarettes électroniques n'a été rapporté mais peu d'études. (ANSM, 2011)

Psychothérapies +++ (c'est le plus important)

- Thérapies cognitivo-comportementales ++
- Thérapie motivationnelle et de soutien

Mesures associées

- MHD : activité physique / régime équilibré pour éviter la prise de poids
- Proposer adhésion à une association de patients / groupes de paroles

Surveillance, prise en charge à long terme +++++

- Suivi au long cours (au moins 6 mois)/ pour prolonger l'abstinence et éviter récives / adaptation du TTT médicamenteux / surveillance régulière (coaddictions...)