



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Prise en charge du tabagisme

Smoking cessation management

M. Underner^{1*}, G. Peiffer², J. Perriot³

¹Service de pneumologie, unité de tabacologie, pavillon René-Beauchant, CHU La Milétrie, 2 rue de la Milétrie, 86021 Poitiers, France

²Service de pneumologie, unité de tabacologie, CHR Metz-Thionville, 1-3 rue du Friscaty, 57100 Thionville, France

³Dispensaire Émile Roux, centre de tabacologie, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 63), 11 rue Vaucanson, 63100 Clermont-Ferrand, France

MOTS CLÉS

Tabagisme ;
Cancer du poumon ;
Dépendance
nicotinique ;
Sevrage tabagique ;
Traitement
nicotinique
substitutif

Résumé

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Le tabac, première cause évitable de mortalité, tue chaque année 5 millions de personnes dans le monde et 73 000 en France. Il est responsable de 9 cancers bronchiques sur 10. Le tabagisme augmente le risque de complications post-opératoires et diminue la tolérance et l'efficacité des traitements médicaux (chimiothérapie, thérapie ciblée, radiothérapie). La poursuite du tabagisme a un effet délétère sur la survie des patients. De plus, les malades fumeurs ont une moins bonne qualité de vie et un risque accru de second cancer. L'arrêt du tabac est un élément essentiel de la prise en charge thérapeutique d'un patient atteint de cancer bronchique. L'efficacité des programmes d'aide à l'arrêt du tabac chez les fumeurs atteints de cancer bronchique est démontrée. Le sevrage tabagique doit comporter : éducation thérapeutique, traitements médicamenteux (substituts nicotiniques, varénicline ou bupropion) et soutien psychologique. Les approches pluridisciplinaires augmentent le taux de succès du sevrage tabagique.

©2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Smoking;
Lung cancer;
Nicotine addiction;
Smoking cessation;
Nicotine
replacement therapy

Abstract

Smoking is a major public health problem. Tobacco, leading preventable cause of death, kills each year 5 million people worldwide and 73,000 in France. It is responsible for 9 lung cancers on 10. Smoking increases postoperative pulmonary complications, and diminishes the tolerance and the efficacy of medical treatments (chemotherapy, targeted therapy, and radiotherapy). Continued smoking has been found to have a detrimental effect on survival. Moreover, the quality of life of current smokers is lower and the risk of a second primary malignancy is increased. Smoking cessation is an important part of the management of patients with lung cancer. The efficacy of smoking cessation programs for patients with lung cancer has been demonstrated. Smoking cessation will include a therapeutic education, pharmacotherapies (nicotine replacement therapy, varenicline or bupropion) and a psychological support. Multidisciplinary approaches increase abstinence rates.

©2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m.underner@chu-poitiers.fr (Michel Underner).

Introduction

La relation entre tabagisme et risque de cancer bronchique (CB) est bien établie. Dans le monde, le CB reste le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes et le quatrième chez les femmes. En France, en 10 ans (de 2000 à 2010), son incidence a augmenté, passant de 28 000 [1] à 39 500 nouveaux cas par an [2]. Le CB est la première cause de décès par cancer chez les hommes et la deuxième chez les femmes [3]. Toutefois, cette prédominance masculine s'atténue progressivement. Ainsi, aux États-Unis, il est également la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. À l'échelle mondiale, environ 90 % de l'ensemble des CB sont liés au tabagisme [4]. Les bénéfices du sevrage tabagique existent quel que soit l'âge du fumeur et sont d'autant plus importants que l'arrêt du tabac est précoce [5]. La diminution du risque de CB est de 40 à 90 % dans les 10 ans qui suivent l'arrêt du tabac [6,7]. Le sevrage tabagique est donc essentiel chez un fumeur atteint de CB. Toutefois, dans la revue générale de J. K. Cataldo et al., jusqu'à 83 % des fumeurs poursuivent leur tabagisme après l'annonce du diagnostic de CB [4]. Actuellement, les recommandations concernant la prise en charge du CB placent le sevrage tabagique au premier plan, et ce, quel que soit le stade de la maladie [8-10]. Cependant, il existe un écart important entre ces recommandations et la prise en charge réelle du sevrage tabagique [11]. Comme l'ont montré H. A. Hamann et al. dans un travail récent, les patients atteints de CB souffrent de l'image d'une maladie de mauvais pronostic et de la suspicion d'être responsables de leur cancer, du fait de leur tabagisme [12]. Ces deux facteurs pourraient expliquer en partie l'accès limité à un soutien psychologique et au sevrage tabagique. Dans la pratique, certains médecins hésitent encore trop souvent à proposer un sevrage tabagique à leurs patients atteints de CB [13,14]. La mise en place ou l'intensification de formations sur l'aide à l'arrêt du tabac dans les services d'oncologie est donc essentielle.

Aide au sevrage tabagique dès l'examen tomodynamométrique du thorax

Les bénéfices du sevrage tabagique étant d'autant plus importants que l'arrêt du tabac est précoce, des études récentes proposent qu'une aide soit mise en place avant ou au moment de l'examen tomodynamométrique (TDM) du thorax, réalisé dans le cadre du dépistage du CB ou lors du bilan initial du cancer. F. T. Leone et al. recommandent que tout fumeur ayant un TDM du thorax bénéficie à cette occasion d'une intervention d'aide à l'arrêt du tabac associant conseils et traitement pharmacologique [10]. Dans le travail d'A. K. Feretich et al., les taux d'arrêt du tabac à 4 et 6 mois, confirmés par la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, étaient supérieurs dans le groupe des fumeurs bénéficiant d'une aide associant un soutien par téléphone et un traitement pharmacologique (substituts nicotiques ou varénicline) avant le dépistage du CB par TDM, comparativement au groupe recevant une aide au sevrage tabagique après cet examen [15].

Bénéfices du sevrage tabagique chez les patients atteints de CB

Les bénéfices immédiats et à long terme du sevrage tabagique chez les sujets ayant une pathologie néoplasique en général et un CB en particulier sont démontrés [16-18].

Impact sur l'efficacité et la tolérance des traitements

Traitement chirurgical

La poursuite du tabagisme en préopératoire est associée à un risque plus élevé de complications post-opératoires (infections, fistules bronchopleurales, ré-intubation, échec du sevrage de la ventilation mécanique) et à un taux de mortalité plus élevé [19-22]. L'arrêt du tabac est donc essentiel chez les malades opérables. La conférence d'experts sur la prise en charge péri-opératoire du tabagisme [23,24] a souligné les bénéfices de l'arrêt du tabac avant toute chirurgie, avec diminution des complications des cicatrices, de la durée d'hospitalisation et du risque de passage en réanimation. L'arrêt du tabac 6 à 8 semaines avant l'intervention et pendant la phase de cicatrisation annule l'excès de risque lié au tabagisme [17]. Lorsque l'intervention chirurgicale est décidée rapidement chez un sujet qui fume toujours, une prise en charge du tabagisme en préopératoire reste justifiée et doit être poursuivie pendant toute la phase de cicatrisation [25]. De même, chez des patients ayant un CB, R. Barrera et al. n'ont pas retrouvé d'augmentation des complications opératoires chez les sujets ayant arrêté de fumer au cours des deux mois précédant l'acte chirurgical [26]. D. P. Mason et al. ont également noté que l'arrêt du tabac avant la chirurgie s'accompagnait d'une diminution des complications et de la mortalité post-opératoire [27].

Radiothérapie

La poursuite du tabagisme diminue l'efficacité et augmente la toxicité de la radiothérapie. La fumée de tabac aggrave notamment la mucite induite par la radiothérapie [28]. En revanche, l'impact de la poursuite du tabagisme sur l'incidence des pneumonies radiques est controversé [29,30].

Chimiothérapie et thérapies ciblées

Les hydrocarbures aromatiques polycycliques de la fumée de tabac sont des inducteurs des enzymes hépatiques en modifiant l'activité du cytochrome P450 (CYP). Il en résulte une accélération du métabolisme de certains médicaments comme l'irinotécan et l'erlotinib [31,32]. Le tabagisme augmente également les effets secondaires des traitements comportant du cisplatine, avec une moins bonne observance de la chimiothérapie [9,33]. En revanche, l'arrêt du tabac diminue la fréquence de la sécheresse buccale et de la mucite induite par la chimiothérapie [11]. En outre, l'étude d'A. Johnston-Early et al. a retrouvé une diminution des taux

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215540>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215540>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)