

Intervention d'arrêt du tabagisme dans la BPCO: plus que la prescription d'un médicament



LIGUE PULMONAIRE

Environ 20% des fumeurs développent une BPCO et un pourcentage deux fois plus élevé de patients atteints de BPCO sont des fumeurs actifs. Comme pratiquement tous les patients atteints de BPCO fument ou ont fumé auparavant, ceux-ci présentent un risque accru de cancer bronchique et de maladies cardio-vasculaires. De ce fait, le taux de mortalité est globalement plus élevé. L'arrêt du tabagisme améliore les symptômes et la qualité de vie de ces patients. C'est la seule intervention qui exerce une influence favorable aussi bien sur l'évolution de la BPCO, en ralentissant la perte de la fonction pulmonaire, que sur la mortalité globale de ces patients (1). Il apparaît donc que les patients fumeurs atteints de BPCO ont besoin d'une intervention d'arrêt du tabagisme de façon encore plus urgente que les fumeurs qui ne souffrent pas de BPCO (2). Malheureusement, les patients fumeurs atteints de BPCO répondent moins bien aux interventions d'arrêt du tabagisme que les fumeurs «sains». Ils semblent être plus «résistants» face à ces interventions, ce qui est en partie imputable à leur âge plus élevé, au plus grand nombre d'années-paquets et à leur plus forte dépendance physique (1). C'est pourquoi les tentatives d'arrêt du tabagisme dans cette population ont parfois moins de succès et comportent davantage de rechutes. Ce dernier point est probablement en relation avec le fait que les patients atteints de BPCO ont un risque plus élevé de symptômes dépressifs. Des symptômes dépressifs surviennent fréquemment lors d'un arrêt du tabagisme, même chez les fumeurs qui ne sont pas atteints de BPCO.

Un récent article de synthèse a résumé huit études récentes d'arrêt du tabagisme chez des patients atteints de BPCO (1). Les auteurs sont parvenus à la conclusion qu'un traitement médicamenteux associé à des conseils reste la meilleure stratégie chez des patients atteints de BPCO. L'intensité du conseil ne semblait pas avoir d'influence sur le résultat, de même que le choix du médicament: les substituts nicotiniques, le bupropion et la varénicline ont présenté les taux de réussite plus élevés que le placebo. Dans ces études randomisées contrôlées, aucun des médicaments ne s'est révélé significativement meilleur qu'un autre. Cette constatation se démarque clairement des résultats d'études menées chez des patients non atteints de BPCO, dans lesquelles la varénicline est associée à des taux d'abstinence meilleurs que le bupropion ou la substitution de nicotine. Il est important de savoir que ces résultats ont été chaque fois obtenus avec l'association de médicaments et de conseils répétés chez des patients sélectionnés. En raison d'un taux de dépendance supérieur chez les patients atteints de BPCO, certains auteurs déconseillent la monothérapie lors d'un traitement de substitution de nicotine et recommandent l'utilisation simultanée de deux substituts différents (par exemple patch et gomme à mâcher, comprimé à sucer ou inhalateur). La question de savoir si, chez les patients atteints de BPCO, il faudrait donner la préférence à des médicaments exerçant un effet antidépresseur (par exemple le bupropion), en raison du taux élevé de symptômes dépressifs, n'a pas encore été tranchée. Des études dans ce sens n'ont pas encore été menées.

En ce qui concerne le conseil (thérapie comportementale), deux études ont permis de montrer que le conseil en groupe augmente le taux de succès chez les patients atteints de BPCO. Chez les patients qui ont été hospitalisés pour une exacerbation de la BPCO, il est apparu dans une

étude que des conseils hebdomadaires de 2 heures sur l'arrêt du tabagisme, dispensés pendant 5 semaines, entraînaient une abstinence significativement meilleure au bout d'un an (29,8% versus 12,7%) par rapport à un groupe témoin qui ne recevait pas ces conseils (1). Bien que les stratégies de conseil aient été de plus en plus adaptées aux patients atteints de BPCO au cours de ces dernières années, on ignore encore quelles composantes du conseil revêtent la plus grande importance.

Le conseil au fumeur en matière d'arrêt du tabagisme nécessite certaines connaissances dans le domaine de la thérapie comportementale. Il vaut donc la peine d'assimiler la «théorie» de ce domaine en la puisant dans un ouvrage standard et/ou d'exercer l'activité de conseil dans des workshops (3). À mesure que son activité de conseil augmente, la personne qui conseille apprendra aussi certaines choses des patients et pourra faire passer cette expérience dans ses futurs conseils (4). Il y a aussi certains aspects pratiques, par exemple dans l'utilisation des médicaments, qui peuvent améliorer la tolérance et l'efficacité du traitement d'arrêt du tabagisme (5). Il n'est pas rare que des tentatives d'arrêt du tabagisme échouent sur de petits détails qui auraient pu être évités par un bon conseil. Malheureusement, ces conseils pratiques sont trop souvent classés comme «non dignes de communication» et ne sont donc transmis que de temps en temps sous forme de texte ou dans des présentations. Pour la Suisse, il existe cependant un ouvrage standard qui fait bonne figure dans ce domaine (3).

Pour les patients atteints de BPCO, de nombreux efforts sont faits pour influencer favorablement, par les médicaments et la réhabilitation, la fréquence des exacerbations et des hospitalisations, les performances, les symptômes et la qualité de vie. Un bon nombre de ces mesures sont coûteuses, en particulier si l'on admet qu'elles sont appliquées pendant des années. On donnera dans ce domaine la priorité à l'arrêt du tabagisme chez les patients atteints de BPCO qui fument encore car il est avéré que cette intervention influence favorablement le cours de la maladie et compte parmi les mesures les plus efficaces en médecine. On devrait considérer qu'au moins une intervention d'arrêt du tabagisme par année fait partie des «good clinical practices», dont le non-respect pourrait être interprété comme un manquement aux règles de déontologie. En dépit des tentatives parfois frustrantes d'amener les fumeurs à l'arrêt du tabagisme, il faut tenir compte du fait qu'il faut en moyenne 4 à 6 essais sérieux d'arrêt du tabagisme (abstinence pendant >24 h) avant de parvenir à un arrêt à long terme du tabagisme!

(1) Warnier MJ, et al. Smoking cessation strategies in patients with COPD. Eur Respir J;2013;41:727-34.

(2) Tonnesen P. Smoking Cessation and COPD. Eur Respir Rev 2013;22:127,37-43.

(3) Humair JP, Cornuz J. Raucherentwöhnung. Basisdokumentation für Ärztinnen und Ärzte. Frei von Tabak. Bern 2009.

(4) Cornuz J. Betreuung tabakabhängiger Patienten. Primary Care 2013;13:6:107-9.

(5) Schuurmans MM, et al. Rauchstopp-Beratung für die Praxis. Evidenz-basierte Informationen und erfahrungsmedizinische Tipps. Schweiz. Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie, 2009.02.

En étroite collaboration avec le médecin traitant, la Ligue pulmonaire s'occupe des patients atteints de BPCO,

- elle met à disposition des **appareils d'inhalation** et organise des livraisons d'oxygène,
- elle instruit et accompagne les patientes et les patients dans l'application de l'**oxygénothérapie**,
- elle propose une **réhabilitation pulmonaire** ambulatoire avec des spécialistes, ainsi qu'un
- **test de risque en ligne** et des spirométries gratuites à l'adresse: www.liguepulmonaire.ch/bpco.

Responsable pour le contenu de cet article:

Dr Macé M. Schuurmans
Clinique de pneumologie
Hôpital universitaire de Zurich