

La FMC du généraliste

n°2299

vendredi 10 septembre 2004

DOSSIER

Le sevrage tabagique au féminin



OBJECTIFS

- > Comment le tabac interfère dans la sphère génitale des femmes
- > Connaître la toxicité propre du CO contenu dans la fumée du tabac
- > Savoir conduire un sevrage tabagique

CRÉDITS PHOTOS : PHANIE

Les femmes ne sont pas des fumeurs comme les autres. Aux risques communs avec les hommes, essentiellement d'affections broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires que nous n'abordons pas dans ce dossier, s'ajoutent les pathologies gynécologiques, les problèmes associés à la grossesse et à la contraception.

Toutes les femmes, fumeuses ou non, viennent voir leur généraliste à de multiples occasions. Les femmes en âge de procréer consultent quatre fois plus souvent que les hommes de la même tranche d'âge. Et dans 95 % des situations, les médecins généralistes sont capables de régler le problème du tabagisme.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU TABAGISME

Sur la vie entière, certes, le pourcentage de fumeurs excède celui des fumeuses ; la nocivité du tabac se

manifeste de façon éclatante chez les hommes de 45 à 64 ans, provoquant environ un tiers des décès. Mais, dans la tranche d'âge 15-42 ans, précisément dans leur période de fécondité, les femmes sont plus nombreuses à fumer que les hommes. Sa vie de femme, et parfois de mère, multiplie les occasions de rencontrer un généraliste qui peut la décider au sevrage tabagique. La mesure de CO expiré au cabinet donne une preuve éclatante de la gravité de l'intoxication.

DR MARC KREUTER, sous la direction scientifique du PR MICHEL DELCROIX, gynécologue et obstétricien, tabacologue, président de l'Appri (Association périnatalité, prévention, recherche et information) des Flandres (Bailleul).

manifeste de façon éclatante chez les hommes de 45 à 64 ans, provoquant environ un tiers des décès.

Mais, dans la tranche d'âge 15-42 ans, précisément dans leur période de fécondité, les femmes sont plus nombreuses à fumer que les hommes.

> Dans les catégories sociales plus défavorisées, ce sont les jeunes femmes de 20 à 24 ans qui fument le plus. La consommation de tabac pèse lourd dans leur budget, au détriment de la qualité de l'alimentation. Autre comportement social péjoratif, la proportion de jeunes mères qui allaitent est d'autant plus faible que le niveau social baisse et que la consommation tabagique augmente.

> À Paris, 6 % des filles de 13 ans fument régulièrement ! L'exemple compte beaucoup. Une fille de 12 ans, dont les parents ne sont pas fumeurs, a 80 % de risques de devenir fumeuse dans l'année si

DOSSIER FMC LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LA FEMME

sa meilleure copine fume régulièrement au moins cinq cigarettes par jour. Lorsque l'exemple est donné par l'un des parents, le risque s'élève à 95 %. Lorsque la mère fume, le risque, pour une fille, de devenir fumeuse est encore plus important que pour un garçon.

L'enfant né d'une mère tabagique fumera à l'adolescence plus volontiers (deux à quatre fois plus) que les jeunes du même âge. Cette exposition in utero, en multipliant précocement les récepteurs cérébraux à la nicotine, accroît le risque d'appétence au tabac de façon plus importante chez la fille que chez le garçon.

DES CIBLES SPÉCIFIQUEMENT FÉMININES MULTIPLES

Les pathologies féminines ont toutes une fréquence et une gravité augmentées par le tabagisme.

Cancer vésical : le tabac une fois sur deux

Le risque de cancer semble bien corrélé à l'importance et à l'ancienneté de la consommation tabagique.

TABAGISME ET RISQUE DE CANCER DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

Tabagisme	Risque relatif de cancer de vessie
10 ans d'exposition	RR = 1,9
40 ans d'exposition	RR = 4,1

(d'après Brennan et al. : cancer causes control 2001)

Peau et tabac

Chez l'homme, la peau subit les méfaits du tabac, mais de façon moins évidente et mieux acceptée que chez la femme. Vieillesse précoce de la peau, rides, acné, épithéliomas spinocellulaires, hydradénites surinfectées, infections mamelonnaires sont autant de pathologies et de préjudices esthétiques aggravés par le tabagisme.

Deux à cinq fois plus de cancers du sein

Le risque de cancer du sein est majoré par l'exposition au tabac (actif ou passif), y compris in utero. Le tabagisme passif augmente en moyenne le risque de cancer du sein d'environ 40 % et de près de 300 % lorsqu'il a duré plus de trente-cinq ans.

Actif, il double le risque de cancer à récepteurs hormonaux négatifs ; le risque de développer un cancer du sein en période préménopausique est presque quintuplé par le fait d'avoir fumé pendant la première grossesse.

Le col utérin deux fois plus touché

Les enquêtes épidémiologiques indiquent qu'en moyenne le risque de cancer du col chez une fumeuse est plus que doublé par rapport à une non fumeuse. Pour certains auteurs, le risque relatif est proche de six.

D'une part, on retrouve des substances cancérogènes issues de la combustion du tabac dans la glaire cervicale, d'autre part le tabagisme favorise le développement d'infections à human papilloma virus (hPV). Il favorise également les infections à *Chlamydia trachomatis*, co-facteur de cancer du col.

Environ deux fois plus de vaginoses

Les éventuelles vaginoses (inversion de la flore vaginale avec développement d'une flore composée d'anaérobies et de germes de la sphère digestive, source de leucorrhées abondantes liquides, bulleuses et nauséabondes), lorsqu'elles sont liées au tabac, ce qui est le cas une fois sur deux, se corrigent au sevrage.

Cancers de l'ovaire et de la vulve

On recense deux à quatre fois plus de cancers de l'ovaire chez la femme tabagique.

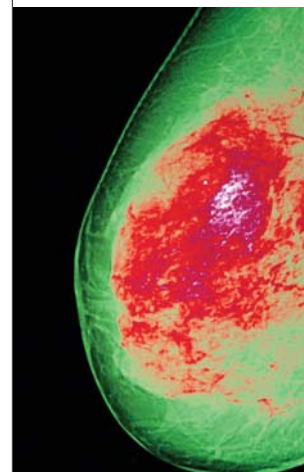
Le tabagisme augmente également le risque de cancer de la vulve et en aggrave le pronostic en favorisant le développement des infections à papilloma virus.

Ménopause, plus de complications

La ménopause survient en moyenne deux ans plus tôt chez les femmes qui fument. Le tabagisme aggrave l'ostéoporose et l'incontinence urinaire favorisée ou aggravée par la toux. La pertinence du traitement substitutif hormonal (THS) reste débattue pour toutes les femmes. Ses effets secondaires sont tous augmentés par le tabagisme.

Tabac et fertilité

L'exposition au tabac in utero réduit la fécondité de la fille à naître d'environ 40 %, taux voisin de la réduction de fécondité liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol. Dans un programme FIV, le taux de succès de réimplantation est plus de deux fois plus faible chez une fumeuse que chez une femme qui ne fume pas ou qui arrête de fumer. En outre, le risque de grossesse extra-utérine est nettement augmenté par le tabagisme (RR de 1,5 à 2,4, selon les études) et proportionnel à son importance. Il semble lié à la paralysie des cils de la trompe de Fallope et aux infections génitales par *Chlamydia trachomatis* plus fréquentes.



Le tabagisme passif augmente en moyenne le risque de cancer du sein d'environ 40 %.

DOSSIER FMC LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LA FEMME



L'hypoxie induite par l'inhalation du monoxyde de carbone en provenance de la combustion de la cigarette a des conséquences qu'on ignore trop souvent au profit des autres toxiques du tabac.

Le tabac est pire que la pilule

Près d'une femme sur deux sous pilule est fumeuse. « *Lorsqu'on lui dit d'arrêter la pilule parce qu'elle fume, c'est une erreur*, dit Michel Delcroix, car une femme qui continuerait de prendre la pilule mais qui s'arrêterait de fumer a un risque d'accident vasculaire toujours moins élevé qu'une femme qui arrête la pilule et qui continue de fumer. *On devrait écrire sur l'ordonnance de pilule : il est contre-indiqué de fumer* ».

> Le risque d'infarctus du myocarde chez les femmes sous estroprogestatifs de synthèse (EPS) est bien documenté.

Avant l'âge de 35 ans, le risque d'IDM n'est pas influencé par la prise de pilule pour une non fumeuse, tandis qu'il est déjà doublé chez une femme qui ne prend pas de pilule mais qui fume et décuplé lorsqu'on associe tabac et pilule.

Après 35 ans, le risque croît fortement, mais on constate que le tabac seul augmente toujours plus le risque d'IDM que la pilule seule, et que l'association des deux fait exploser le taux de risque à près de cinq femmes sur 1000 chaque année.

> Le risque d'accident vasculaire cérébral après l'âge de 35 ans est multiplié par deux par la prise d'EPS chez la femme et par trois si elle fume.

> Le risque d'accidents thrombo-emboliques est majoré par les EPS, mais plus encore par le tabagisme.

Grossesse et tabac

Une femme enceinte sur quatre fume pendant toute la grossesse. « *Dire à une femme enceinte qu'il vaut mieux fumer cinq cigarettes par jour que d'être stressée n'est pas un conseil médical ! C'est une*

dangereuse erreur ! », clame le Pr Delcroix. En effet, une femme qui diminue sa consommation quotidienne de quinze à cinq cigarettes a l'impression de bien faire. En fait, dans le meilleur des cas, elle garde le même taux d'intoxication ; elle l'aggrave parfois en modifiant sa façon de fumer, pompant plus intensément et plus souvent, ce qui peut faire varier le taux de CO inhalé dans une proportion de un à dix.

> Le risque de fausse-couche spontanée est doublé chez la tabagique.

> Le risque d'accouchement prématuré est également deux à trois fois plus important.

Les métrorragies, les décollements prématurés du placenta, les insertions basses du placenta et les hématomes rétroplacentaires sont plus fréquents.

> Toutes les conséquences sur le fœtus (retard de croissance intra-utérine, retard psychomoteur, etc.) sont liées à l'hypoxie provoquée par l'intoxication chronique par le CO qui augmente le taux d'hémoglobine oxycarbonée (HbCO) chez la mère et encore plus chez le fœtus. On observe une réduction moyenne du poids de l'enfant de 150 à 300 g, jusqu'à près de 450 g pour une consommation de plus de 20 cigarettes par jour et près de 750 g quand le CO expiré maternel est supérieur à 20 ppm (particules de CO par million de particules d'air). Or le retard de croissance intra-utérin, avec la prématurité et l'hypoxie cérébrale fœtale, sont les facteurs majeurs de séquelles mentales chez l'enfant.

> La mortalité périnatale est plus importante. Le tabagisme passif représente la cause la plus évidente de la mort subite du nourrisson.

LES MÉCANISMES DE LA TOXICITÉ DU TABAC

La fumée de cigarette, plus dangereuse que le tabac lui-même. Le CO lié à la combustion, les goudrons et autres produits de dégradation, et la concentration de nicotine distribuée à chaque inhalation proviennent de la fumée de cigarette.

Le tabac roulé est plus dangereux que le tabac filtré, car il est souvent de moins bonne qualité et le faible diamètre de la cigarette roulée augmenterait sa toxicité. La dangerosité des joints équivaut au carré de celle des cigarettes de tabac, car en brûlant, le cannabis produit encore plus de corps toxiques que la feuille de tabac elle-même. Les corps toxiques de la feuille de tabac sont également fonction des produits utilisés pour cultiver et traiter la plante et de ceux qui sont ajoutés à la fabrication pour la rendre plus agréable.

La principale toxicité du tabac est liée à l'inhalation de CO

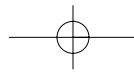
L'inhalation du monoxyde de carbone provenant de la combustion de la cigarette provoque essentielle-

QUELLE CONTRACEPTION POUR LA TABAGIQUE ?

Les pilules progestatives microdosées n'augmentent pas le risque d'accidents cardio-vasculaires. Toutefois, elles sont susceptibles d'accroître le risque de grossesse extra-utérine, lequel est toujours majoré par le tabagisme.

L'implant progestatif ne semble pas interférer avec le tabagisme, d'après le dossier d'AMM, et semble représenter le meilleur choix.

Les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre favorisent le risque de GEU, il n'est donc pas judicieux de les indiquer chez une tabagique. Le DIU au progestatif est intéressant, même si les recommandations du Vidal mentionnent le tabagisme dans les précautions d'emploi.



ment une hypoxie. Celle-ci est due à l'**abaissement de la quantité d'oxygène fixée à l'hémoglobine** (l'affinité du CO pour l'hémoglobine est 220 fois supérieure à celle de l'oxygène) et à la **myoglobine** du cœur et des muscles périphériques, à l'altération de la libération d'oxygène au niveau capillaire, et à la diminution de l'oxydation cellulaire par blocage des cytochromes. Le myocarde et le tissu cérébral sont les cibles prioritaires de l'hypoxie. Au long cours, les cellules du myocarde et les vaisseaux présentent des lésions liées à l'hypoxie, mais une fumeuse peut faire précocement, en particulier à l'effort, un infarctus du myocarde (IDM) ou un accident vasculaire cérébral (AVC) avant même d'avoir constitué une artériosclérose. À l'occasion d'une embolie de CO, à l'inspiration d'une bouffée de cigarette, le fonctionnement cellulaire devient insuffisant par hypoxie aiguë et ne peut répondre à la demande. C'est le **risque inattendu encouru par la femme sportive**, qui croit bien faire en pratiquant un sport pour contrebalancer l'effet nocif du tabac !

Les substances cancérigènes et irritantes

Ce sont les produits de combustion, hydrocarbures aromatiques (goudrons), et les substances irritantes (acroléine, aldéhydes, cétones, phénols, etc.) qui jouent un rôle dans le développement de tous les cancers, même non pulmonaires, et dans les affections broncho-pulmonaires et ORL.

La nicotine a essentiellement un impact psychotrope

► Elle procure l'effet recherché, à la fois stimulant et tranquillisant. Mais, psychotrope, elle crée la dépendance.

► Par voie inhalée, elle a un effet cardio-vasculaire entraînant des pics de vasoconstriction. Par voie orale ou percutanée, elle n'a pas d'effet vasoconstricteur. Cela est si vrai, qu'actuellement les cardiologues la prescrivent en patchs au sortir de la réanimation après une intervention sur les coronaires chez un tabagique.

► Sa propriété anorexigène certaine doit être expliquée, pour prévenir au mieux le risque de prise de poids probable à l'arrêt du tabac.

LES MÉDICAMENTS UTILES AU SEVRAGE

Les traitements substitutifs

La nicotine par voie générale, contrairement à la voie inhalée, a **très peu d'effets nocifs**.

► En particulier, administrée par voie transdermique au moyen de patchs, elle a une diffusion continue, sans pics, s'opposant aux symptômes de manque tout en conservant son effet anorexigène souvent demandé par la femme.

LE DOSAGE DU MONOXYDE DE CARBONE : UNE PREUVE TANGIBLE D'INTOXICATION

La mesure du taux de CO permet d'objectiver le degré de l'intoxication. Ce geste médical, à la fois diagnostique et thérapeutique, renforce la motivation pour arrêter de fumer et en facilite la prise en charge médicale. La patiente voit une preuve de son intoxication. Elle pourra vérifier que son taux de CO retourne à la normale dès qu'elle cesse de fumer (mais remonte dès qu'elle reprend).

Évaluer l'importance de l'intoxication tabagique en posant la question « Est-ce que vous fumez ? » équivaut à dépister l'HTA en demandant « Avez-vous mal à la tête ? ». Dans la plupart des études sur le tabagisme, l'évaluation de l'importance de l'intoxication est fondée sur la mesure de la cotinurie. Ces dosages sont en théorie intéressants, mais inutilisables en routine clinique car ils sont chers (non remboursés) et contraignants. A contrario, la mesure du CO dans l'air expiré, gaz immédiatement dangereux et dans 95 % des cas lié au tabac, évalue objectivement et en temps réel le degré d'intoxication.

MESURE

► Le sujet prend en main l'appareil, sur lequel il ajuste un embout jetable individuel en carton. Il gonfle sa poitrine et reste en apnée pendant dix secondes.

Puis en soufflant très lentement dans l'appareil, il vide complètement ses poumons pour bien mesurer l'air alvéolaire (voir photo ci-contre).



► La lecture est immédiate. Le compteur, qui indiquait au départ rarement 0, plus généralement 2 ou 3 ppm CO (particules de CO par million de particules d'air), indique le taux de CO instantané de l'air alvéolaire du sujet (voir photo ci-contre).



INTERPRÉTATION

► Air expiré

- Un taux supérieur à 5 est anormal.
- CO < 6 ppm : aucun problème ;
- 6 < CO < 10 ppm : tabagisme passif, ou environnement de CO ;
- 10 < CO < 30 ppm : tabagisme passif important ou actif ou problème de chauffage, etc. Le taux moyen de CO chez les fumeuses est de 20 ppm (étude de M. Delcroix et M.L. Jacquemont) ;
- CO > 30 ppm : tabagisme avéré ou proximité d'une source de CO importante ;
- 10 < CO < 80 ppm : taux couramment retrouvés dans l'air expiré des fumeuses.

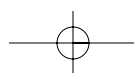
► Air ambiant

- 8,5 ppm : valeur limite tolérée du taux de CO dans l'air des villes pour huit heures d'exposition.
- 35 ppm : valeur limite tolérée du taux de CO dans l'air d'un lieu de travail, pour huit heures d'exposition.

Dans moins de 5 % des cas, l'augmentation du taux de CO expiré n'est pas la conséquence du tabagisme, mais d'une exposition à une pollution en CO domestique, professionnelle ou dans une automobile.

MATÉRIEL

Il existe divers appareils sur le marché (Co-Tester®, Pico®, Micro CO®), de 380 à 460 euros environ.



DOSSIER FMC LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LA FEMME



Chez une femme enceinte fumeuse, les substituts nicotiniques ont un bénéfice bien supérieur à leurs éventuels effets indésirables sur le fœtus.

> Sous forme de comprimés à sucer, de gommes à mâcher ou de dispositifs à inhaler, son effet est plus rapide et plus bref. Les comprimés à sucer peuvent avoir un goût peu agréable que l'on peut masquer en prenant en même temps un chewing-gum classique sans sucre. Ces présentations de nicotine peuvent répondre à une situation de besoin pressant. Elles peuvent compléter un traitement continu par patchs ou, si la patiente le souhaite, constituer le seul mode d'administration du traitement substitutif.

> **Leur innocuité permet de les prescrire aux femmes enceintes et à celles qui allaitent.** Le sevrage du tabac dans ces périodes de la vie des femmes revêt une importance capitale. Il faut persuader les femmes de la nécessité d'utiliser les substituts, au moins pour débiter le sevrage. « *Tous les médicaments pris par une femme enceinte passent au bébé, déclare Michel Delcroix. On ne les donne que lorsque le bénéfice attendu est nettement supérieur à leurs effets éventuellement nocifs sur le fœtus, ce qui est le cas des traitements substitutifs à la nicotine.* » Lors d'un allaitement complet, seulement 5 % de la nicotine absorbée par voie transcutanée passe dans le sang du bébé. Les dosages de cotinine urinaire montrent des taux plus élevés chez les enfants qui reçoivent un allaitement artificiel dans l'environnement tabagique de leurs parents que chez ceux dont la mère a cessé de fumer et porte des patchs à la nicotine.

Le bupropion

Il a montré une efficacité comparable à celle des traitements substitutifs dans le sevrage tabagique. Il évite ou limite le syndrome de manque. Ses effets secondaires (allergies, insomnies) sont rares. Il faut respecter les contre-indications représentées par la grossesse (qui, d'ailleurs, n'en est pas une aux Etats-Unis), les troubles convulsifs, le sevrage alcoolique ou aux benzodiazépines, les cas d'anorexie ou de boulimie. Les allergies sont possibles ; les insomnies fréquentes peuvent être évitées en prenant le médicament suffisamment tôt dans l'après-midi.

> **La limitation réglementairement de la prescription du bupropion à neuf semaines est gênante.** Ce délai semble un peu court pour quelqu'un dont le sevrage doit être soutenu plusieurs mois. Aussi, pour une personne fortement dépendante, on peut débiter le traitement en associant traitement nicotinique et bu-

propion et, à la fin de celui-ci, on poursuit le traitement nicotinique le temps nécessaire.

Les éventuels médicaments d'appoint

Suivant les troubles psychologiques associés, on peut prescrire un antidépresseur si nécessaire, de la buspirone ou une benzodiazépine en cas de troubles anxieux.

Les sédatifs mineurs (phytothérapie, etc.), le magnésium, les vitamines diverses peuvent se révéler utiles.

La vitamine C (1 000 mg le matin), qui est souvent déficiente et possède une action antioxydante, peut être indiquée.

LA CONDUITE DU SEVRAGE

L'entretien initial

Une discussion pointant les motivations et les réticences est très importante. Elle est adaptée au profil du médecin (suivant sa formation, son expérience, sa personnalité), à la femme qui consulte et à leur relation habituelle. Les enquêtes révèlent que la simple prise de conscience des conséquences des méfaits du tabac sur la santé représente le motif principal de la décision de l'arrêt du tabagisme (20 %), suivie de la peur de tomber malade (15 %), d'une grossesse ou de la naissance d'un enfant (13,5 %) et de l'envie d'améliorer sa condition physique. La lassitude et le prix des cigarettes interviennent respectivement pour 13 % et 10 % dans la décision.

> On laisse la patiente s'exprimer librement sur ce qu'elle attend et ce qu'elle redoute de l'arrêt du tabac.

On essaie de lui faire préciser dans quelle mesure elle se sent prête à arrêter de fumer. On peut ouvrir sa réflexion par deux questions.

La question « *Pourquoi envisagez-vous de vous arrêter de fumer ?* » permet, en faisant le tour des motivations, d'évaluer l'importance que la femme accorde au sevrage.

La question « *Comment comptez-vous le faire ?* » teste la confiance qu'a la femme dans ses chances de réussite.

> À partir de ces ouvertures, la discussion peut s'élargir et des points plus précis se dégagent, permettant de préciser les aides à apporter à cette femme dans la réalisation de son projet.

– On évalue le niveau de dépendance grâce au test de Fagerström (www.tabac-info.net).

CYCLE MENSTRUEL ET SEVRAGE ?

La prise en compte de la période du cycle menstruel est

fondamentale. Le sevrage est trois fois plus facile s'il débute en phase folliculaire (le dernier jour des règles ou le lendemain) plutôt qu'en phase lutéale. En effet, en période de sevrage, la pulsion à fumer (craving) est plus importante en phase lutéale qu'en phase folliculaire. À noter que pour une femme sous pilule, cette notion de phase est abolie, et que l'on peut donc débiter n'importe quand.

– On mesure le degré de l'intoxication tabagique et de la dépendance en mesurant le taux de CO expiré (voir encadré).

– **On expose les risques liés au tabagisme en commençant par celui qui concerne le motif de consultation.** Quelques exemples. À une mère qui présente son nourrisson à la consultation du généraliste parce qu'il a encore une rhino-pharyngite compliquée d'otite, on parle du tabagisme passif en cause dans l'affection du bébé. À une jeune femme qui a des projets de maternité, on expose les risques du tabac sur la fécondité, les GEU et les risques pour le bébé. Une femme ménopausée sera sensible à l'information sur l'incontinence urinaire et les divers risques de cancer.

– La mesure préalable du CO expiré est une preuve immédiate de son intoxication tabagique et constitue un repère pour elle.

– On lui conseille de consacrer quelques jours à observer ses habitudes de fumeuse, afin qu'elle se prépare au mieux au sevrage envisagé. Cela lui permettra de cerner sa dépendance psychologique (avoir du plaisir, calmer son stress, son anxiété, son émotivité, se stimuler intellectuellement, etc.). Si elle le souhaite, la patiente peut résumer une journée-type en repérant comment le tabac s'y intègre.

La prescription du traitement substitutif

Posologie initiale du traitement substitutif nicotinique.

On adapte le traitement substitutif en fonction du taux de CO. Schématiquement, on prescrit en mg le chiffre de ppm CO. Exemple : deux patchs de 21 mg/24 h pour une patiente qui présente 40 ppm CO.

➤ Le pire traitement est le traitement sous-dosé. **Il faut impérativement compenser le manque de base.** En complément, on traite les pulsions à fumer avec la nicotine en gommes, en tablettes ou en inhalateur. En effet, une femme qui souhaite arrêter de fumer doit être sûre d'y arriver. On explique la dépendance pharmacologique et on laisse la femme choisir sa ou ses formes de substitution, qui peuvent être combinées ou alternées suivant les différentes occasions.

➤ L'une des spécificités féminines essentielle de la motivation à fumer est le pouvoir anorexigène et amaigrissant du tabac. La nicotine est coupe-faim et elle augmente le métabolisme de base : 1 mg de nicotine brûle environ 15 calories ; le traitement nicotinique substitutif adapté diminue le risque d'augmentation de poids.

Assez souvent le craving tabagique est remplacé par le grignotage de sucreries des distributeurs automatiques. Des conseils nutritionnels doivent donc accompagner le sevrage, ainsi que des incitations à reprendre une activité physique.

LE CALENDRIER

J-0 La possibilité d'un sevrage est souvent évoquée au cours d'une consultation pour un motif quelconque. On mesure alors le taux de CO, et on laisse un délai de réflexion à la patiente en lui demandant de reprendre un rendez-vous quand elle le souhaite.

J-1 Première consultation : au moins 1/2 heure. Degré de dépendance, motivations du sujet, inconvénients du tabac, les différents aspects des

traitements (cf. supra) ; choix d'un programme thérapeutique.

J 3 à J 7 Deuxième consultation.

On mesure le taux de CO expiré pour montrer à la patiente qu'il s'est normalisé. Mise au point sur les difficultés rencontrées et les avantages parfois déjà ressentis (esthétiques, sensoriels, etc.)

J 14 Troisième consultation (généralement une

semaine plus tard).

Les consultations suivantes sont espacées au gré du patient de l'ordre de deux à quatre semaines. Que les consultations soient ou non rapprochées, il ne semble pas opportun de prescrire de trop longues durées de traitement, car celui-ci est assez cher ; il vaut mieux faire une prescription pour une à deux semaines chaque fois, avec une ordonnance à renouveler.

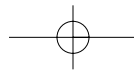
➤ Il n'y a ni durée maximale, ni durée minimale pour le traitement nicotinique. En moyenne le traitement dure de quatre à six mois. On a tendance à allonger le traitement, mais aucune équipe n'a encore publié de travaux sur des traitements de plus de quatre mois.

➤ On se repère sur la clinique. **Le traitement doit rendre la vie confortable.**

➤ Les échappements au traitement sont inévitables, la patiente ne doit pas culpabiliser. Les pulsions espacées sont apaisées par la gomme ou la tablette ou l'inhalateur.

Si les pulsions sont fortes et que la femme refume, la consigne est de ne jamais décoller le patch. **La dangerosité n'est pas le patch, même ajouté à la nicotine d'une cigarette, mais la fumée elle-même.** Il faut mettre la patiente à l'aise et lui demander si, sincèrement, elle a trouvé cette cigarette bonne. En général, si la substitution est correcte, la patiente n'a pas trouvé cette cigarette très bonne ; elle ne lui a pas apporté ce qu'elle en attendait. On peut s'interroger avec elle sur les motifs qui l'ont poussée à reprendre une cigarette (circonstances ou environnement particulier, etc.). Dans le cas contraire, si la cigarette a été appréciée, la titration du traitement substitutif est probablement insuffisante et doit être augmentée.

➤ La fin du traitement substitutif se fait en diminuant progressivement la posologie et en observant le comportement. On laisse la patiente maître de son traitement substitutif. En général on laisse le traitement de base pendant un mois, puis on diminue par palier chaque mois. Quand on arrête le traitement



DOSSIER FMC LE SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LA FEMME

percutané, on conseille d'utiliser à la demande les traitements substitutifs oraux ou inhalés, que l'on n'aura pas manqué de faire expérimenter dès le début. Ainsi, la patiente est rassurée et connaît les effets de cette voie d'administration.

> En cas de rechute, on reprend sur un traitement substitutif à la même posologie que la première fois, même si le sujet dit qu'il fume moins. Le nombre de cigarettes fumées n'est pas représentatif de la quantité toxique inhalée, seule la mesure du CO expiré permet de l'évaluer.

> Commencer par les patchs systématiquement ou par les autres formes ? C'est au choix de la patiente, mais pour les intoxications nécessitant plus de 20 mg, le nombre de gommes serait trop important pour être acceptable (une gomme de 2 mg n'apporte que 1 mg).

> Peut-on devenir dépendant aux gommes et aux tablettes ? « Oui, mais ce n'est pas grave », rassure Michel Delcroix.

LE SEVRAGE SANS TRAITEMENT

C'est possible, mais les rechutes sont sans doute plus fréquentes et plus précoces. En effet, les signes de manque sont souvent présents et les efforts fournis pour parvenir à les surmonter peuvent dépasser le niveau de résistance de la patiente, qui devient alors beaucoup plus vulnérable aux pulsions à fumer.

Les prescriptions de bupropion

Seul ou associé au traitement substitutif, on prescrit le bupropion à la dose d'un comprimé à 150 mg par jour pendant six jours, puis de deux comprimés par jour, en prises espacées d'au moins huit heures, pendant six à huit semaines.

Les résultats du sevrage

La seule étude d'envergure, d'ailleurs conduite en médecine générale, concerne le conseil minimal, qui consiste à simplement demander à un patient consultant pour un

motif quelconque s'il fume et s'il envisage de s'arrêter. Ce seul conseil minimal détermine 5 % des fumeurs à cesser leur consommation tabagique.

Les diverses publications donnent le plus souvent des résultats à trois mois avec environ 30 % de maintien d'arrêt du tabac sous traitement substitutif nicotinique et de l'ordre de 40 % sous bupropion. Mais ces taux diminuent régulièrement ; à la fin de la première année, il ne resterait qu'environ 10 à 15 % de patients sevrés.

Cependant ces publications proviennent essentiellement des centres de sevrage ou des spécialistes de l'addiction tabagique.

Un suivi au long cours par le médecin généraliste ou le gynécologue, par la qualité de la relation, assistée par la mesure du CO et la prescription médicamenteuse, permet d'améliorer les résultats au fil du temps. 📌

CE QU'IL FAUT RETENIR

- > Les femmes sont plus exposées que les hommes aux méfaits du tabac.
- > Il ne faut pas mégoter sur l'utilisation des substituts nicotiniques. Il faut les prescrire à dose correcte, adapter les formes aux besoins et les prescrire suffisamment longtemps.
- > Le dosage du CO expiré permet au patient d'objectiver son intoxication et de suivre les progrès de son sevrage.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

- > B. Dautzenberg, *La lutte contre le tabagisme en entreprise*, le guide. Paris : Margaux orange, 2000.
- > Y. Martinet, A. Bohadana, *Le tabagisme, de la prévention au sevrage*. Paris Éd. Masson.
- > Jean Perriot, *Tabacologie et sevrage tabagique*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003.
- > T. Similowski, *Souffle et tabac, prévenir, détecter et traiter la BPCO*, Paris Éd. John Libbey Eurotext.
- > « L'arrêt de la consommation de tabac » Conférence de consensus. Anaes/AP-HP, Paris : EDK, 1998.
- > Henri-Jean Aubin, Patrick Dupont, Gilbert Lagrue, *Comment arrêter de fumer ?* Éd. Odile Jacob, 2003.
- > Béatrice Le Maître, *Le tabac en 200 questions* Éd. de Vecchi S.A., Paris 2003.

Formation à l'aide au sevrage tabagique et à la mesure du CO expiré

Renseignements auprès de l'Appri,
tél. : 03.28.41.14.83 ;
fax : 03.28.41.08.56 ;
site internet : www.appri.asso.fr

Les 7 et 8 octobre prochains se tiendra à Lille la première conférence de consensus français sur « Tabac et grossesse » sous l'égide de l'Anaes. Présidence : Pr Michel Delcroix.

