

Jens Thonack, Wolfgang Hoffmann

La nicotine – une substance dont le médecin de famille doit se préoccuper

Le tabagisme comme facteur de risque majeur, en particulier dans l'insuffisance coronarienne chronique

Résumé

Malgré l'entrée en vigueur d'une nouvelle législation, l'éradication du tabagisme reste hypothétique en Allemagne, en raison de son acceptation sociale. Dans sa routine quotidienne, le médecin de famille devrait accorder une attention soutenue au tabagisme et à la prise de substances toxiques en faible concentration. Des analyses ont montré que le tabagisme était déclencheur non seulement de maladies classiques et aisément compréhensibles telles que les maladies pulmonaires, mais aussi de maladies pour lesquelles le rapport causal n'est pas saisissable du premier coup pour le profane. Sur la base de ces connaissances, le médecin de famille doit aborder la discussion de l'arrêt de tabagisme dans sa pratique quotidienne. Cet article présente l'étendue des dommages causés par le tabagisme – en particulier ceux qui concernent l'insuffisance coronarienne chronique. Il présente quelques possibilités de travail de communication que le médecin peut appliquer en soutien de l'adhésion du patient. Par des explications fournies régulièrement, un travail centré sur le patient et quelques moyens simples, le médecin de famille peut devenir une aide essentielle pour le patient fumeur.

Si la position du tabagisme s'est modifiée dans notre société, ce n'est hélas pas parce que les médecins ou les politiciens auraient fourni un bon travail d'information, mais c'est dû à la loi sur la protection contre le tabagisme passif, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007. Cette loi comprend l'interdiction stricte de fumer dans tous les espaces publics d'Allemagne ainsi que dans les transports publics [1].

Des mesures légales similaires prises dans d'autres pays ont montré que la fréquence des maladies associées au tabagisme a ainsi diminué [2, 3].

Ces faits prouvent que la lutte contre le tabagisme peut porter des fruits. Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé: sur la base d'études épidémiologiques fondées, des calculs ont montré que chaque année, environ 4,8 millions d'êtres humains meurent des suites de leur comportement tabagique [4]. Des épidémiologistes américains ont montré que durant ce siècle, un milliard de personnes mourront prématurément des suites de la consommation de tabac [5].

En République fédérale d'Allemagne, on estime entre 110 000 et 140 000 le nombre de décès annuels des suites du comportement tabagique [6].

Le problème du tabagisme s'étend à travers toutes les couches et les tranches d'âge de la société. Aujourd'hui il n'existe plus de différences marquantes entre les sexes: le taux de fumeurs est sensiblement pareil dans les groupes de population plus jeunes – environ 40% chez les hommes comme chez les femmes. Le tabagisme a ainsi légèrement diminué chez les hommes et augmenté chez les femmes [7,8].

Dans la pratique du cabinet médical, le tabagisme prend une signification essentielle lors du traitement, car il occupe un rôle décisif dans l'étiologie de maladies chroniques telles que l'insuffisance coronarienne chronique [9, 10], la BPCO [11], la gonarthrose [12], le diabète sucré [13], l'hypertension [14] ou le psoriasis [15]. Les pathologies cardiovasculaires sont au premier plan, et elles occupent la première position dans les statistiques de décès en Allemagne [16]. Comparées aux maladies chroniques, les maladies aiguës sont des événements auxquels les médecins de famille sont plus rarement confrontés. Dans la pratique du médecin de famille, l'insuffisance coronarienne chronique (ICC) est la plus fréquente des maladies cardiovasculaires. Le médecin de famille assure le suivi continu du patient ICC durant toute l'année. Il questionne son patient, à raison d'une consultation trimestrielle à semestrielle, sur la péjoration de sa maladie par rapport à la qualité de vie, aux restrictions de la vie courante, aux comorbidités etc. et il procède aux examens nécessaires ou les ordonne. Par ces mesures, le médecin de famille tente de réduire le risque d'infarctus myocardique aigu.

En présence de patients fumeurs, le médecin de famille devrait toujours aborder la question de l'arrêt du tabagisme lors des consultations. Il est important à ce propos que le patient connaisse les effets multiples du tabagisme sur l'organisme.

Ces effets comprennent un besoin myocardique accru en oxygène, une restriction de la réserve coronaire et la vasoconstriction. Ces facteurs sont susceptibles de déclencher l'ischémie myocardique [17]. L'inhalation de fumée de cigarettes, par-delà de nombreuses années, mène à l'artériosclérose [18] des vaisseaux coronaires, ayant pour conséquence une dysfonction endothéliale des vaisseaux sanguins [19]. Par la suite survient un déséquilibre entre besoin et apport en oxygène dans le muscle cardiaque, ce qui entraîne les symptômes cliniques caractéristiques de l'angine de poitrine.

Le patient doit savoir que ce n'est pas le nombre de cigarettes qui est décisif, mais aussi le simple fait de fumer ou non. L'étude INTERHEART a montré que le risque d'infarctus du myocarde augmente déjà avec un tout petit nombre de cigarettes [20].

Mesures à prendre au cabinet médical

Le médecin de famille dispose de plusieurs mesures à offrir à son patient. Par exemple, il peut proposer un suivi professionnel dans un programme de sevrage tabagique, un traitement médicamenteux, des palliatifs nicotiniques, des méthodes complémentaires (acupuncture) et la modification comportementale avec soutien psychologique.

Pour des raisons médicales, le sevrage à froid est à éviter. Il peut susciter des symptômes tels que la dépression, l'irritabilité, les trou-

L'objectif est d'aider le patient à développer une image positive de son avenir, pour laquelle il vaut la peine de renoncer au tabac.

bles du sommeil et de la concentration, qui sous leur forme sévère nécessitent un traitement médical. A cela s'ajoute que son taux de réussite n'atteint que 5% [21]. Le rapport entre taux de réussite et troubles de la santé est donc plutôt défavorable pour le sevrage à froid. Certaines autres méthodes présentent un taux de succès bien plus élevé et des effets secondaires moindres, comme par exemple la thérapie comportementale (taux de réussite 13% [22]) et les palliatifs nicotiniques [23].

Le test de Fagerström peut faciliter l'entrée en matière avec le patient (fig. 1). Ce test permet au patient fumeur de se rendre compte à quel niveau de dépendance il se situe et combien un sevrage tabagique peut s'avérer nécessaire.

Dans un même temps, il ne faut pas s'appuyer sur des représentations négatives telles que les conséquences nocives du tabac [24] ou des scénarios d'horreur jouant sur les composants des cigarettes (tab.1), mais plutôt énumérer les avantages du renoncement au tabac. Les arguments comme l'amélioration de l'odeur corporelle et de la condition physique, ou encore la libération de moyens financiers, suscitent davantage de motivation. Il faut également expliquer les résultats des études dans un langage accessible au patient. Dans la relation médecin-patient, il faut en général éviter les termes médicaux et les chiffres statistiques. Par exemple, de nombreux patients ne comprennent pas bien ce que signifie une diminution de 50 pour cent des événements cardiovasculaires en cas d'arrêt tabagique [25]. Il vaut mieux leur dire que le cœur tombe moins souvent malade si l'on arrête de fumer, et qu'environ 15 années après avoir cessé de fumer, le risque de maladie cardiovasculaire est tout aussi faible que chez des personnes qui n'ont jamais fumé de leur vie [26].

L'objectif est d'aider le patient à développer une image positive de son avenir, pour laquelle il vaut la peine de renoncer au tabac.

Le médecin de famille doit identifier les fumeurs, évaluer leur motivation et leur bonne disposition, et offrir du soutien. A cet effet, il peut s'appuyer sur les cinq «A» de la Société européenne de cardiologie [27]: Ask = demander à chaque patient s'il est fumeur; Assess = évaluer la dépendance et la disposition à vouloir arrêter de fumer; Advise = recommander de façon répétée à un fumeur de renoncer au tabac; Assist = offrir du soutien; Arrange = fixer des délais.

Ce qui importe avant tout, c'est que le médecin de famille intègre le sujet du tabagisme dans sa routine quotidienne, et qu'il l'associe à des mesures médicales complémentaires. De nos jours, une des tâches essentielles du médecin est d'encourager sans cesse le pa-

Tableau 1

Composants de la cigarette (selon Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. Organisation mondiale de la santé [OMS]; 2002).

Composant	Occurrence dans l'environnement	Impact sur la santé
Goudron	Revêtement de chaussée	Effet cancérigène
Cadmium, plomb	Batteries d'automobiles	Effet nocif sur les reins
Acide cyanhydrique	Gaz toxique	Déclenche céphalées et nausées
Arsenic	Rodenticide	Effet nocif pour la peau
Acide formique	Produit de désinfection	Irritation des voies respiratoires
Acétone	Dissolvant pour vernis à ongles	Irritation des voies respiratoires

Figure 1

Test de Fagerström (Fagerström et al. 1991, traduction selon Heatherton et al. 1991).

Questionnaire du test de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

Moins de 5 minutes	3
De 6 à 30 minutes	2
De 31 à 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

Trouvez-vous difficile de renoncer à fumer dans les endroits où cela est interdit, par exemple au cinéma?

Oui	1
Non	0

A quelle cigarette vous est-il le plus difficile de renoncer?

La 1 ^{ère} de la journée	1
N'importe quelle autre	0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

De 0 à 10	0
De 11 à 20	1
De 21 à 30	2
31 ou plus	3

Fumez-vous à un rythme plus soutenu durant les premières heures après votre réveil que pendant le reste de la journée?

Oui	1
Non	0

Fumez-vous même quand vous êtes si malade que vous devez garder le lit presque toute la journée?

Oui	1
Non	0

Dépendance à la nicotine en fonction des résultats du test de Fagerström

De 0 à 2 points	Dépendance nulle ou extrêmement faible
De 3 à 4 points	Dépendance faible
5 points	Dépendance moyenne
De 6 à 7 points	Dépendance forte
De 8 à 10 points	Dépendance très forte

tient à adopter une vie saine afin de préserver sa santé, de prévenir les maladies, ou de ralentir l'évolution des maladies déjà présentes. En fin de compte, un sevrage efficace du tabac contribue également à contrecarrer l'augmentation des coûts du système de santé.

Références

- www.bmg.bund.de.
- Barone-adesi F, Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2007;27:2468-72.
- Gudnason et al. Smoking bans linked to an immediate decline in acute coronary syndrome ESC 2009; Abstract No 978.
- Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation.* 2005;112:489-97.
- Frieden TR, Bloomberg MR. How to prevent 100 million deaths from tobacco. *Lancet.* 2007;369:1758-61.
- John U, Hanke M. Tabakrauch – attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen.* 2001;63:363-9.
- Lambert T, Burger M. Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. *Gesundheitswesen.* 2004;66:511-7.
- Baumert J, Ladwig KH, Döring A, Löwel H, Wichmann HE. Zeitliche Veränderung und Einflussfaktoren des Rauchverhaltens im Hinblick auf die Umsetzung von Präventionsmassnahmen. *Gesundheitswesen.* 2005;67:Sonderheft 1.

- 9 Henley SJ, Connell CJ, Richter P et al. Tobacco-related disease mortality among men who switched from cigarettes to spit tobacco. *Tobacco control*. 2007;16 (1):22-8.
- 10 Menotti A, Lanti M, Nedeljkovic S, Nissinen A, Kafatos A, Kromhout D. The relationship of age, blood pressure, serum cholesterol and smoking habits with the risk of typical and atypical coronary heart disease death in the European cohorts of the Seven Countries Study. *International journal of cardiology*. 2006;106(2):157-63.
- 11 Vandevoorde J, Verbanck S, Gijssels L et al. Early detection of COPD. A case finding study in general practice. *Respiratory Medicine*. 2007;101(3):525-30.
- 12 Amin S, Niu J, Guermazi A, Grigoryan M et al. Cigarette smoking and the risk for cartilage loss and knee pain in men with knee osteoarthritis *Ann Rheum Dis* 66. 2006:18-22.
- 13 Meisinger C, Döring A, Thorand B, Löwel H. Association of cigarette smoking and tar and nicotine intake with development of type 2 diabetes mellitus in men and women from the general population: the MONICA/KORA Augsburg Cohort Study *Diabetologia*. 2006;49:1770-6.
- 14 Fedorowski A, Stavenow L, Hedblad B, Berglund G, Nilsson PM, Melander O. Orthostatic hypotension predicts all-cause mortality and coronary events in middle-aged individuals (The Malmo Preventive Project). *European Heart Journal Advance Access published online on August 20, 2009*.
- 15 Kristine Bø, Magne Thoresen, Florence Dalgard. Smokers Report More Psoriasis, but Not Atopic Dermatitis or Hand Eczema: Results from a Norwegian Population Survey among Adults *Dermatology*. 2008;216:40-5.
- 16 Statistisches Bundesamt Deutschland Pressemitteilung Nr. 344 vom 15.09.2009.
- 17 Czernin J, Sun K, Brunken R, Bottcher M, Phelps M, Schelbert H. Effect of acute and long-term smoking on myocardial blood flow and flow reserve. *Circulation*. 1995;91:2891-7.
- 18 Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): case-control study. *Lancet*. 2004;346:937-52.
- 19 Pittilo RM. Cigarette smoking and endothelial injury: a review. *Adv Exp Med Biol*. 1990;273:61-78.
- 20 Theo KK, Ounpuu S, Hawken S et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 Countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368:647-58.
- 21 Raw M, McNeill A, West R: Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*. 1998;53:1-19.
- 22 Cornuz J, Humair JP, Seematter L et al. Effect of a Training Program for Resident Physicians in Improving Success Rate in Helping Patients Quit Smoking. *Annals Int. Med*. 2002;136:429-37.
- 23 Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library*. 2007.
- 24 Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (Hrsg.), Heidelberg u. Berlin, (2005). *Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle*, Band 4.
- 25 Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. *N Engl. J Med*. 1988;319:1365-9.
- 26 Doll R, Peto R, Wheatly K. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;328:1519-27.
- 27 *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2007;14 Supp.

Correspondance:

Dr Jens Thonack
 Institut für Community Medicine
 Funktionsbereich Allgemeinmedizin der Ernst-Moritz-Arndt Universität
 Ellernholzstrasse 1-2
 D-17475 Greifswald
 thonack@uni-greifswald.de

Commentaire

Dans cet excellent survol de Jens Thonack et Wolfgang Hoffmann, deux points méritent une attention particulière: premièrement, les auteurs soulignent qu'à l'égard de nos patients et du système de santé publique, il est d'une importance essentielle que nous abordions le thème du tabac lors de nos consultations de routine. Cette mesure brève et régulière demande peu de ressources (de temps), et au fil des années elle peut donner à plus d'un patient l'impulsion décisive qui lui manquait jusque-là pour cesser de fumer. Par souci d'impartialité, nous devons toutefois signifier que certaines études récentes remettent en question l'efficacité du sevrage tabagique médicalement assisté voire qu'elles mettent en garde contre la médicalisation de l'arrêt du tabagisme.¹ Deuxièmement, la manière d'expliquer au patient les risques du tabagisme et les avantages de l'arrêt est importante, car elle exerce une nette influence sur sa motivation à l'arrêt. Les auteurs relèvent avec raison qu'il faut éviter de jongler avec des données statistiques d'évaluation des risques, et qu'il faut plutôt souligner les retombées positives du sevrage tabagique (s'approcher peu à peu de l'état de santé d'un non-fumeur). A cet effet, les publications plus récentes en matière de communication des risques ont présenté un concept prometteur: l'«âge d'un organe» (risk adjusted organ age) permet de montrer au patient à quel point un organe (ici il s'agit des poumons) a vieilli prématurément chez lui, en s'appuyant sur la moyenne statistique des fumeurs, et surtout comment il peut «rajeunir» ses poumons en arrêtant de fumer. Gary Parkes et ses collègues ont montré que comparé au conseil conventionnel, ce concept donnait une nette impulsion supplémentaire à l'arrêt du tabagisme.²

Dr Stefan Neuner-Jehle, rédacteur PrimaryCare

- 1 Chapman S, MacKenzie R. The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. *PLoS Med* 2010; 7(2): e1000216. doi:10.1371/journal.pmed.1000216.
- 2 Parkes G, et al. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;336:598-600.