

Tabagisme : l'aide médicamenteuse au sevrage

Mots clés :

Sevrage
Tabagisme
Médicament

Environ 10% des fumeurs arrêtent de fumer sans aucune intervention médicale. Celle-ci augmente ce nombre de 2% (simple conseil) à 25 à 30% (interventions longues, répétées, avec supports pharmacologiques divers). La rechute est fréquente, même après une longue abstinence : dans l'un des rares suivis à 8 ans d'un essai randomisé, près d'un « abstinent » de fin d'essai sur 2 fume, dans les groupes traitement et contrôle¹. Aucune méthode de prévention des rechutes n'a fait à ce jour la preuve de son efficacité. C'est dans ce contexte un peu flou que l'on peut envisager les règles de l'aide médicamenteuse : jamais de prescription de médicament sans soutien psychologique, à prolonger très au-delà de la seule prescription, limites de prescription en durée et dans le respect des contre-indications. Différentes synthèses précisent ces données²⁻⁵.

Que peut-on attendre des médicaments ?

Reconnaître la dépendance nicotinique permet de choisir les médicaments qui peuvent renforcer le soutien psychologique indispensable^{2,3}. En l'absence de preuves d'une réelle « hiérarchie » dans l'efficacité de ces médicaments, le choix dépend des habitudes du prescripteur, des contre-indications, du contexte, des expériences antérieures des patients et de leurs caractéristiques, y compris leurs problèmes de poids ou de dépression^{2,4}.

Les substituts nicotiques

Il en existe de nombreuses formes, en vente libre (gommes, patches) ou sur prescription (spray, tablettes sublinguales). Toutes augmentent le taux de sevrage de 1,5 à 2 fois à 6 mois chez des fumeurs motivés (17% d'arrêt vs 10% sans aucune intervention)⁴, avec des traitements qui peuvent durer de 6 semaines à 6 mois⁵. Le choix ou l'association éventuelle de 2 formes se fait en fonction des préférences individuelles, de la bonne tolérance du produit, des coûts engendrés (ils peuvent aller de 175€ pour les gommes à 1200€ pour l'inhalateur ; 50€ par an sont remboursables par l'assurance maladie)². Aucune majoration de risque ne leur est attribuable chez les personnes atteintes de pathologies cardiovasculaires^{2,5}, ni aucun effet tératogène ou fœtotoxique (les données sont peu nombreuses mais leur usage peut être envisagé chez la femme enceinte en cas d'échec des méthodes non médicamenteuses)^{2,4,5}.

Le bupropion LP

Ce dérivé amphétaminique a une efficacité de l'ordre de celle des substituts nicotiques dans des essais ayant

des critères d'inclusion très stricts. Son efficacité dans d'autres populations reste à démontrer. Le traitement dure en moyenne de 8 à 12 semaines (coût : 150 à 200€). L'association à des substituts nicotiques n'est pas recommandée⁵. Le risque convulsif est estimé à 1 pour 1000, et le bupropion est déconseillé au cours de la grossesse et de l'allaitement. Il est recommandé de se référer au résumé des caractéristiques du produit pour les nombreuses précautions d'emploi et les modalités posologiques particulières.

La varénicline

Les données actuelles concernent également des populations très sélectionnées (fumeurs « sains », en dehors de la grossesse). Dans ces conditions, un traitement de 12 semaines de varénicline (coût environ 600€) apparaît comme plus efficace que le bupropion ou le placebo (taux d'abstinence continue à 1 an x par 2 à 3 par rapport au placebo, x 1,5 à 1,7 par rapport au bupropion). La varénicline n'a pas été comparée aux substituts nicotiques. Les effets adverses les plus fréquents sont la nausée et les troubles du sommeil, difficiles à différencier de ceux inhérents au sevrage. Il n'est pas clair que la poursuite du traitement jusqu'à 24 semaines diminue le taux de rechutes^{2,4}.

... Et les autres

De nombreux médicaments ont été testés en seconde intention. On peut conclure à la variabilité des balances bénéfice/risque. Seules, la clonidine et la nortriptyline, ont fait la preuve de leur efficacité, avec un profil de tolérance moins favorable^{3,4}.

Que conclure pour notre pratique ?

Les caractéristiques particulières de la dépendance tabagique justifient la nécessité d'une aide individuelle à l'arrêt du tabac, notamment chez certains fumeurs. La compréhension des phénomènes de dépendances pharmacologique et non pharmacologique chez un même fumeur a permis de proposer des approches thérapeutiques où le médicament apparaît comme le complément parfois utile d'un soutien psychologique varié mais prolongé.

L'efficacité de cette aide à long terme apparaît décevante, comme dans toute addiction ; elle pose des questions imparfaitement résolues quant au taux de rechutes, à la prise de poids, aux décompensations anxio-dépressives toujours possibles... N'oublions pas l'enjeu : le tabagisme reste l'un des principaux facteurs de risque santé, à l'échelon de l'individu comme à celui des populations. De ce point de vue, chaque arrêt du tabagisme est un gain important.

Références :

- 1- Yudkin P et al. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. *BMJ*. 2003; 327: 28-9.
- 2- HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique (janvier 2007). Sur www.has-sante.fr
- 3- Collectif. Tabagisme : de la dépendance au sevrage. *Bibliomed*. 2007; ?
- 4- ACP. In the clinic- Smoking cessation. *Ann Intern Med*. 2007; 146: ITC2-14.
- 5- AFSSaPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac (mai 2003). Sur www.afssaps.fr