

Sevrage tabagique en urgence

A. Borgne (unité de tabacologie, hôpital Jean-Verdier, Bondy)
S. Kalamarides (unité de tabacologie, hôpital Avicenne, Bobigny)

L'arrêt brutal de l'apport de nicotine chez un fumeur dépendant peut entraîner l'apparition d'un syndrome de manque caractérisé par les signes suivants : humeur dépressive, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, agitation, ralentissement du pouls, augmentation de l'appétit et/ou prise de poids rapide.

Au décours immédiat d'un accident vasculaire cérébral (AVC), l'agitation, l'irritabilité, l'anxiété ainsi que la bradycardie peuvent se révéler être des symptômes aggravants par modification du débit sanguin cérébral.

Comment mesurer l'intensité de la dépendance nicotinique ?

Le test de Fagerström (**tableau I**) permet en six questions de donner un score sur 10 points. Il mesure l'intensité de la dépendance nicotinique (1 à 3 : faible, 4 à 6 : moyenne, > 7 : forte).

En pratique, on peut utiliser le test de Fagerström simplifié en deux questions :

- Combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

L'évaluation de l'intensité de la dépendance tabagique va permettre de déterminer la dose de substitution nicotinique à utiliser pour apaiser les signes de manque.

Important. Les substituts nicotiniques n'induisent pas d'accidents cardiovasculaires, même chez les patients atteints de maladies coronaires, d'hypertension artérielle, d'artérite ou ayant subi un AVC. Toutes les contre-indications dans ce domaine ont été levées.

Dans le cadre de l'urgence, on utilise les substituts nicotiniques

Quelle forme galénique ?

✓ Les timbres ou "pachs"

C'est actuellement le seul traitement en urgence de la dépendance physique.

Avec trois dosages différents (21, 14, 7 mg/24 h ou 15, 10, 5 mg/16 h), ils délivrent par voie transdermique une quantité contrôlée de nicotine à travers la peau. L'absorption de la nicotine se fait lentement et le plateau de nicotémie recherché est obtenu 2 heures après la pose du premier timbre.

Celui-ci doit être laissé en place pendant 16 ou 24 heures et changé quotidiennement (l'application du timbre de 24 heures étant préconisée pour les fumeurs qui prennent leur première cigarette dans l'heure suivant le réveil ; ceux ne fumant qu'après la première heure peuvent ne pas garder leur patch la nuit et donc utiliser ceux sur 16 heures ; les patchs sur 24 heures peuvent entraîner des troubles du sommeil nécessitant leur retrait).

Tableau I. Test de Fagerström.

<p>1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les 5 minutes 3 - 6-30 minutes après 2 - 31-60 minutes après 1 - plus de 60 minutes après 0 	<p>3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la première de la journée 1 - à une autre 0 	<p>5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - oui 1 - non 0
<p>2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinémas, bibliothèques, etc.) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - oui 1 - non 0 	<p>4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 ou moins 0 - 11-20 1 - 21-30 2 - 31 ou plus 3 	<p>6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - oui 1 - non 0

Source : Fagerström (traduction par les traducteurs officiels de l'OMS). Etter JF et conférence de consensus. 1998.

✓ La gomme à mâcher

L'absorption de la nicotine délivrée par les gommes à mâcher à travers la muqueuse buccale permet de soulager le manque au bout de quelques minutes. La gomme doit être conservée dans la bouche pendant 20 à 30 minutes. Son utilisation nécessite le respect de quelques règles (la "croquer" une fois qu'elle est ramollie, la sucer quand le goût est fort, puis la "recroquer" quand le goût s'estompe et ainsi de suite ; ne pas avaler trop rapidement sa salive, etc.), faute de quoi l'on risque de voir apparaître des effets désagréables (hoquets, épigastralgies).

Son goût un peu poivré rebute parfois certains patients ; on peut alors conseiller l'utilisation de gommes aromatisées à la menthe, à l'orange ou aux fruits.

Il existe deux dosages : 2 mg et 4 mg. Il est préférable de commencer par le plus faible dosage, sauf en cas de forte dépendance, où le dosage à 4 mg est préconisé.

✓ Les comprimés sublinguaux ou à sucer

Les comprimés sublinguaux ont une cinétique d'absorption similaire à celle de la gomme sans les inconvénients de mastication de cette dernière.

Ils sont à laisser fondre dans un coin de la bouche en évitant d'avaler trop souvent sa salive à cause des effets indésirables suscités. Il existe plusieurs dosages : 1 mg, 1,5 mg, 2 mg et 4 mg. Les comprimés faiblement dosés sont équivalents à la gomme 2 mg.

✓ L'inhaleur

L'inhaleur est une sorte de fume-cigarette contenant une cartouche poreuse imprégnée de nicotine. L'absorption de la nicotine "aspirée" par le fumeur se fait par la muqueuse buccale, comme pour la gomme et le comprimé.

Le fumeur va utiliser la cartouche de nicotine jusqu'à ne plus ressentir le picotement qu'induit la nicotine lorsqu'elle est absorbée par la muqueuse buccale, signe que la cartouche est vide et qu'il faut la changer (ce qui n'est pas visible en regardant simplement la cartouche).

La substitution nicotinique orale est le traitement de la dépendance comportementale et psychologique. Elle permet aussi une adaptation du seuil de besoin en nicotine et, dans certains cas (allergie au timbre transdermique), aide à satisfaire ce besoin.

Quelle posologie initiale ?

Le **tableau II** indique une posologie initiale déterminée en fonction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement et de délai séparant le réveil de la première cigarette.

Cette posologie initiale sera adaptée en fonction de la persistance des signes de manque.

Tableau II. Indications des substituts pour commencer un sevrage tabagique en milieu hospitalier.

Exemple de dose initiale à proposer.			
Revoir le patient dans les 48 heures :			
– si persistance de signes de manque :			
pulsions à fumer, irritabilité, agitation, anxiété, etc.			→ augmenter la dose
– si apparition de signes de surdosage : aucune envie de fumer, nausées, lipothymies, céphalées, palpitations, diarrhée			→ diminuer la dose
Fume :	10-19 cig./j	20-30 cig./j	> 30 cig./j
pas tous les jours	rien ou gommes	–	–
pas le matin	rien ou gommes	gommes	grand timbre
< 60 mn après le lever	gommes	grand timbre	grand timbre ± gommes
< 30 mn après le lever	grand timbre	grand timbre ± gommes	grand timbre + gommes
< 5 mn après le lever	grand timbre ± gommes	grand timbre + gommes	grand timbre + moyen timbre ± gommes

Quelles spécificités liées à l'urgence neurovasculaire ?

✓ Le patient n'est pas interrogeable

Tenter d'obtenir les renseignements sur la consommation tabagique par le biais de l'entourage.

Si impossible, débiter par un timbre faiblement dosé (7 mg/24 h ou 5 mg/16 h), puis adapter la dose progressivement par palier de 24 à 48 heures.

✓ Le patient n'a aucune motivation à arrêter de fumer

Lui expliquer que cette substitution nicotinique peut n'être que temporaire, limitée à la phase d'hospitalisation, et qu'elle est destinée à éviter la souffrance du manque.

✓ Le patient a des troubles de la déglutition ou des difficultés à mâcher

Utiliser les comprimés sublinguaux et/ou les patches de nicotine.

Attention. La tolérance vasculaire à la nicotine diminue très rapidement. On considère qu'elle a disparu en 24 à 36 heures. En cas d'abstinence tabagique complète depuis plus de 36 heures, introduire des doses de nicotine progressivement croissantes : par exemple, des formes orales laissées à disposition ou un timbre 7 mg/24 h, ou 5 mg/16 h. Augmenter les doses toutes les 24 à 48 heures.

Pour en savoir plus...

■ *L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus, 8 et 9 octobre 1998. Paris : Éditions EDK, 1998.*

■ *Recommandations de bonne pratique : les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. AFSSAPS, mai 2003. Rev Mal Respir 2003;20:791-4.*

■ *Conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire, septembre 2005, à paraître dans les Annales françaises d'anesthésie réanimation, www.sfar.org*