

Dix points essentiels que les rhumatologues devraient connaître (mais ne connaissent peut-être pas) à propos de l'abandon du tabagisme

par Adam Ramzy, B.H.Sc.; et Milan Khara, M.B.Ch.B., CCFP, ABAM

Depuis que les chercheurs ont identifié le tabagisme comme étant un facteur de risque pour le cancer du poumon et la cardiopathie en 1950¹, quantité d'études sont venues s'ajouter au corpus de recherche soulignant les risques phénoménaux associés au tabagisme. Plus récemment, un nombre imposant d'études et plusieurs essais et registres d'envergure (incluant BARFOT, DANBIO, DESIR, HUNT, NINJA et SWEFOT) ont trouvé des liens entre le tabagisme et les maladies rhumatologiques. Voici une petite introduction aux risques rhumatologiques associés au tabagisme et aux options thérapeutiques fondés sur les données probantes pour aider les patients à cesser de fumer.

1. Facteur de risque

Le tabagisme est le plus irréfutable facteur de risque environnemental pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et est associé à un risque deux fois plus élevé^{2,3}. Le tabagisme pourrait également doubler le risque de spondylite ankylosante (SA)⁴⁻⁶ et de plus en plus de données probantes suggèrent que le tabagisme serait lié au développement du lupus érythémateux disséminé (LED)^{7,8} et du psoriasis^{9,10}.

2. Résultats pour les patients

Le tabagisme a été associé à une sévérité accrue et une évolution plus grave de la PR, du LED, de l'arthrite psoriasique (APs) et de la SA^{4-6,11-15}.

3. Échec thérapeutique

Il a été démontré que le tabagisme diminue l'efficacité des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF- α) et que les patients qui fument sont 80 % moins susceptibles de bien répondre au traitement^{11,13}. De plus, il a été prouvé que cesser de fumer réduit l'échec des agents biologiques dans le traitement de la PR¹⁶.

4. Dépendance

La dépendance au tabac est un trouble de toxicomanie reconnu, idéalement considéré comme une maladie chronique; le traitement est souvent associé à des interventions répétées, de multiples rechutes et de multiples tentatives d'abandon. Chaque année, 40 % des fumeurs font au moins une tentative pour cesser de fumer et de nombreux fumeurs

de longue date ont fait plus de 20 tentatives d'abandon sans y parvenir¹⁷.

5. Obligation

Les lignes directrices cliniques canadiennes publiées par le Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT) comportent une recommandation de degré 1A invitant les médecins à identifier, documenter et traiter le statut tabagique de tout patient dans le système de la santé¹⁸.

6. Counseling

Toute intervention est utile; même de brèves séances de counseling par le médecin se sont avérées efficaces pour aider les patients à cesser de fumer. Toutes les formes de counseling (individuel, en groupe ou par téléphone) ont été prouvées efficaces pour augmenter les taux d'abandon du tabagisme. Il conviendrait de mettre l'accent sur les conseils pratiques et le soutien social. Offrir plus de 30 minutes de counseling peut tripler les taux d'abandon¹⁹.

7. Médication

Les traitements pharmacologique pour cesser de fumer ont été validés dans un vaste éventail de populations et peuvent être utilisés seuls ou en association. Le recours à toute thérapie de remplacement de la nicotine (TRN; gomme, timbre, vaporisateur, inhalateur ou pastille) pourrait doubler le taux d'abstinence. Les chances de succès augmentent encore plus lorsque plusieurs types de TRN sont utilisés ensemble (ex. : timbre avec gomme ou vaporisateur oral) ou en association avec le bupropion. L'utilisation de la varénicline seule (2 mg/jour) triple les taux d'abstinence¹⁹.

8. Les TRN et le tabagisme

Continuer à fumer tout en utilisant des TRN n'est pas dangereux et n'augmente pas le risque d'événements cardiovasculaires indésirables. Les patients peuvent commencer à utiliser des TRN à tout stade de leur progression vers une véritable volonté de cesser de fumer et sont deux fois plus susceptibles d'y arriver²⁰. La FDA a autorisé le changement de l'étiquetage des produits de TRN pour enlever la déclaration stipulant

que le fait de fumer en utilisant des TRN est contre-indiqué^{21,22}.

9. Rentabilité

Les programmes de traitement pour le tabagisme sont parmi les interventions les plus rentables. La combinaison de counseling et de pharmacothérapie est l'intervention la plus efficace et pourrait donner lieu à des chances de succès cinq fois plus élevées¹⁹.

10. Aller de l'avant

Vous pouvez aider les patients à tout stade de leur processus d'abandon, de ceux qui ne veulent pas cesser de fumer à ceux qui ont récemment cessé de fumer. Il existe de nombreuses ressources pour en apprendre plus à propos des options pharmacologiques et des principes généraux du counseling pour l'abandon du tabagisme^{19,23}.

Références :

1. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J* 1950; 2(4682):739-48.
2. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, et coll. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: A meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis* 2010; 69(1):70-81.
3. Di Giuseppe D, Discacciati A, Orsini N, Wolk A. Cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis: A dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2014; 16(2):R61.
4. Videm V, Cortes A, Thomas R, Brown MA. Current smoking is associated with incident ankylosing spondylitis - the HUNT population-based norwegian health study. *J Rheumatol* 2014; 41(10):2041-8.
5. Ciurea A, Finckh A. Smoking and spondyloarthritis. *Joint Bone Spine* 2013; 80(3):234-5.
6. Chung HY, Machado P, van der Heijde D, D'Agostino MA, Dougados M. Smokers in early axial spondyloarthritis have earlier disease onset, more disease activity, inflammation and damage, and poorer function and health-related quality of life: Results from the DESIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2012; 71(6):809-16.
7. Freemer MM, King TE, Jr, Criswell LA. Association of smoking with dsDNA autoantibody production in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(5):581-4.
8. Majka DS, Holers VM. Cigarette smoking and the risk of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(5):561-3.
9. Chandran V, Raychaudhuri SP. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Autoimmun* 2010; 34(3):J314-21.
10. Naldi L, Mercuri SR. Smoking and psoriasis: From epidemiology to pathomechanisms. *J Invest Dermatol* 2009; 129(12):2741-3.
11. Hojgaard P, Glinborg B, Hetland ML, et coll. Association between tobacco smoking and response to tumour necrosis factor alpha inhibitor treatment in psoriatic arthritis: Results from the DANBIO registry. *Ann Rheum Dis* 2014. [epub ahead of print].
12. Kaan U, Ferda O. Evaluation of clinical activity and functional impairment in smokers with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2005; 25(5):357-60.
13. Saevardottir S, Wedren S, Seddighzadeh M, et coll. Patients with early rheumatoid arthritis who smoke are less likely to respond to treatment with methotrexate and tumor necrosis factor inhibitors: Observations from the epidemiological investigation of rheumatoid arthritis and the swedish rheumatology register cohorts. *Arthritis Rheum* 2011; 63(1):26-36.
14. Saevardottir S, Rezaei H, Geborek P, et coll. Current smoking status is a strong predictor of radiographic progression in early rheumatoid arthritis: Results from the SWEFOT trial. *Ann Rheum Dis* 2014. [publication électronique avant impression].
15. Soderlin MK, Petersson IF, Bergman S, Svensson B, BARFOT study group. Smoking at onset of rheumatoid arthritis (RA) and its effect on disease activity and functional status: Experiences from BARFOT, a long-term observational study on early RA. *Scand J Rheumatol* 2011; 40(4):249-55.
16. Saeki Y, Matsui T, Kagawa K, et coll. Smoking cessation significantly reduces failure of biologics (bio)-treatment in rheumatoid arthritis (RA): From the "NINJA" registry cohort of japanese patients (ABSTRACT SAT0074). *Ann Rheum Dis* 2014: 73.
17. Borland R, Partos TR, Yong HH, Cummings KM, Hyland A. How much unsuccessful quitting activity is going on among adult smokers? Data from the international tobacco control four country cohort survey. *Addiction* 2012; 107(3):673-82.
18. CAN-ADAPT. Canadian smoking cessation clinical practical guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. 2011.
19. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service Report. 2008.
20. Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. & Lancaster, T. 2008, "Nicotine replacement therapy for smoking cessation", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. (1):CD000146. doi, n°. 1, pp. CD000146.
21. Fucito LM, Bars MP, Forray A, et coll. Addressing the evidence for FDA nicotine replacement therapy label changes: A policy statement of the association for the treatment of tobacco use and dependence and the society for research on nicotine and tobacco. *Nicotine Tob Res* 2014; 16(7):909-14.
22. U.S. Food and Drug Administration. Nicotine therapy replacement labels may change. FDA Consumer Health Information. 2013.
23. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014.

Adam Ramzy, B.H.Sc.

Étudiant de niveau M.D./Ph.D. à l'U. de C.-B.,

Laboratoire du Dr Timothy Kieffer

Groupe de recherche sur le diabète

Université de Colombie-Britannique

Vancouver, Colombie-Britannique

Milan Khara, M.B.Ch.B., CCFP, ABAM

Clinique de sevrage tabagique

Hôpital général de Vancouver

Vancouver, Colombie-Britannique

Services de liaison pour fracture : mise à jour

Des projets de mise en œuvre de services de liaison pour fracture (*Fracture Liaison Services* – FLS) sont en cours dans plusieurs juridictions à travers le Canada. Afin de soutenir la mise en œuvre continue de ces programmes FLS, Ostéoporose Canada a élaboré des normes de qualité pour les FLS au Canada. Ces normes de qualité ont été adoptées par la SCR, l'Association canadienne d'orthopédie, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en orthopédie et Bone and Joint Canada. La liste des autres organisations qui les auront adoptées sera mise à jour au fur et à mesure.

Les normes de qualité fournissent une série concise d'énoncés décrivant les plus importantes fonctions d'un programme FLS et des indications claires pour les professionnels de la santé et les administrateurs à propos de ce qu'un programme FLS de renommée mondiale peut véritablement livrer. Les normes de qualité contribueront à faire en sorte que tout programme FLS puisse réussir dès sa mise en œuvre. Ces normes sont conformes aux Lignes directrices de pratique clinique de 2014 d'Ostéoporose Canada et au Cadre des pratiques exemplaires pour les services de liaison des fractures de l'International Osteoporosis Foundation.

Téléchargez les normes de qualité pour les services de liaison pour fracture FLS au Canada à l'adresse www.osteoporosis.ca/fls.