



13^e Congrès national de la SFT

Analyse du profil des fumeurs atteints de BPCO reçus en consultation de tabacologie dans CDTnet et efficacité du sevrage tabagique en fonction du genre.

Ingrid Allagbé, DIU de Tabacologie
Anne-Laurence Le Faou, Responsable du
Centre Ambulatoire d'addictologie
HEGP-APHP.CUP

Liens d'intérêt

Pas de liens d'intérêt avec l'industrie du tabac, de l'alcool des jeux ni avec l'industrie de la cigarette électronique





IA : Pas de liens d'intérêt

ALLF : lien d'intérêt avec les industriels des médicaments d'aide au sevrage tabagique

(Pfizer pour un fonds destiné à la recherche)

Introduction

❑ Généralités

- ✓ 2000 - 2015, la proportion de décès attribuables au tabagisme  5,4%  vs  1,1% .
- ✓ Les maladies respiratoires représentaient la **3^{ième} cause des décès** attribuables au tabac (16,2%).
- ✓ La bronchite aiguë ou chronique, et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).
- ✓ **80 % des BPCO attribuables au tabagisme actif et/ou passif.**

Bonaldi C *et al.* BEH 2019; Fiore MC *et al.* Chest 2016; INSERM. 2015 (www.inserm.fr)

❑ En France

- ✓ 2003 : prévalence de la **BPCO = 7,5 %** vs **bronchite chronique = 3,9 %** (adultes ≥ 40 ans).
- ✓ 1998 - 2007 : nombre d'hospitalisation pour décompensation aiguë de BPCO était passé de 29 346 à 39 691 avec **une augmentation** plus marquée **chez les femmes que chez les hommes.**

Fuhrman C *et al.* Rev Mal Respir 2009; Fuhrman C *et al.* INVS 2009; Fuhrman C *et al.* Rev Mal Respir 2010

Introduction

❑ La cigarette peut avoir des effets plus néfastes sur la fonction pulmonaire chez les femmes que chez les hommes ; les femmes qui fument pourraient être plus susceptibles au développement de la BPCO.

Chen Y et al. Am Rev Respir Dis 1991

❑ Toutefois, l'arrêt du tabac ralentit l'évolution de la BPCO et peut même inverser certains symptômes.

❑ Cependant, contrairement aux hommes, les femmes ont plus de difficultés à maintenir une abstinence à long terme.

Objectif

- ❑ Décrire le profil des personnes atteintes de BPCO et/ou de bronchite chronique
- ❑ Comparer les résultats du sevrage
- ❑ en fonction du genre .

Analyse des données enregistrées dans la base nationale des consultations de tabacologie CDTnet entre 2014 et mi-2018

Matériels et Méthodes

Design : Cohorte retrospective descriptive.

Dates inclusion : Entre 1^{er} Janvier 2014 et 31 Mai 2018.

Population : 4 141 patients atteints de BPCO et ou de bronchite chronique.

Critère d'inclusion :

- ✓ Patients atteints de BPCO et/ou de bronchite chronique.
- ✓ Ayant au moins 18 ans au moment de la première consultation.
- ✓ Ayant réalisé au moins 28 jours de suivi.

Critère de non inclusion:

- ✓ Patient en arrêt au moment de la première consultation.

Matériel et Méthodes: Collecte de données

Base de données : CDTnet (base nationale informatisée des consultations de dépendance tabagique conçue en 2001 pour recueillir des informations sur les patients fumeurs reçus en consultation de dépendance tabagique.)

Caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, niveau éducatif, activité professionnelle.

Données cliniques : antécédents médicaux et notamment les maladies liées à la consommation de tabac.

Bilan tabagique : nombre de cigarettes fumées par jour, dépendance tabagique, nombre de tentatives d'arrêt antérieures de plus de sept jours.

Éthique: base bénéficiant d'une autorisation CNIL.

Matériel et méthodes: Analyses statistiques

Critères de jugement : (statut tabagique : abstinence, réduction, statut inchangé)

- ❑ **Abstinence** : tout fumeur ayant maintenu un sevrage de **28 jours** consécutifs ou plus au cours de la période d'étude et ayant un **CO < 10 ppm**.
Judge K et al Addiction 2005
- ❑ **Réduction** : tout patient ayant **réduit de moitié (50%)** sa consommation par rapport à sa consommation lors de la première consultation.
- ❑ **Fumeurs** (statut tabagique inchangé): les patients n'étant dans aucun des deux cas précédents.

Analyses statistiques

- ❑ **Analyse descriptive** : le test de student (variables continues) et le test de X^2 (variables catégorielles). Les résultats seront décrits par leur moyenne et leur écart-type pour les variables continues, et par leurs effectifs et pourcentages pour les variables catégorielles.
- ❑ **Régression logistique binaire** : statut tabagique (abstinence ou non) par rapport à nos variables d'intérêt (caractéristiques sociodémographiques et cliniques, caractéristiques liées au tabac et traitement reçu à la première consultation).
- ❑ Les mesures de risque sont présentées sous forme de rapports de cotes ajustés (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95% ; $p < 0,05$ a été considéré comme statistiquement significatif.

Résultats

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients atteints de BPCO et/ou de bronchite chronique suivis entre 2014 - 2018 dans la base CDTnet

| Variables | Femmes N= 2298 (55,5%) | Hommes N= 1843 (44,5%) | P |
|--|---------------------------|---------------------------|---------|
| Âge (Moyenne/ écart-type) | 52,4 (11,6) | 55,0 (11,0) | < 0,001 |
| Niveau d'éducation (n / %) | | | |
| Sans diplôme | 538 (23,4) | 517 (28,1) | < 0,001 |
| BEP, CAP | 625 (27,2) | 624 (33,9) | |
| Niveau lycée ou Baccalauréat | 515 (22,4) | 327 (17,7) | |
| Études supérieures (≥Bac +2) | 620 (27,0) | 375 (20,3) | |
| Situation socio Professionnelle (n / %) | | | |
| Actifs | 1026 (44,6) | 670 (36,4) | < 0,001 |
| Inactifs | 753 (32,8) | 609 (33,0) | |
| Retraités | 519 (22,6) | 564 (30,6) | |
| Pathologies (n / %) | | | |
| Antécédent dépression | 8 (37,7) | 486 (26,4) | < 0,001 |
| AHAD | 761 (41,0) | 370 (24,0) | < 0,001 |
| DHAD | 742 (36,8) | 501 (31,1) | < 0,001 |
| HTA | 440 (19,1) | 456 (24,8) | < 0,001 |
| Maladies cardiovasculaires | 233 (10,1) | 447 (24,2) | < 0,001 |

Tableau 2 : Profil tabagique et sevrage des patients atteints de BPCO et/ou de bronchite chronique en démarche d'arrêt dans les consultations de tabacologie CDTnet entre 2014 et 2018.

| Variabes | Femmes N= 2298 (55,5%) | Hommes N= 1843 (44,5%) | P |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| Nombre de tentatives antérieures d'arrêt (n / %) | | | |
| Non | 677 (29,6) | 643 (35,0) | < 0,001 |
| 1-2 tentatives | 1091 (47,7) | 865 (47,1) | |
| ≥3 tentatives | 520 (22,7) | 328 (17,9) | |
| Nombre de cigarettes par jour (n / %) | | | |
| ≤10 cig/jr | 461 (20,1) | 335 (18,2) | < 0,001 |
| 11-20 cig /jr | 928 (40,4) | 585 (31,7) | |
| ≥ 21 cig / jr | 909 (39,6) | 923 (50,1) | |
| HSI (dépendance tabagique) | | | |
| Faible 0-1 | 202 (8,9) | 141 (7,8) | < 0,01 |
| Moyen 2-3 | 847 (37,3) | 609 (33,5) | |
| Élevée 4-6 | 1220 (53,8) | 1066 (58,7) | |
| Statut tabagique (n / %) | | | |
| Arrêt du tabac | 917 (39,9) | 758 (41,1) | 0,11 |
| Réduction | 849 (36,9) | 661 (35,9) | |
| Inchangé | 532 (23,2) | 424 (23,0) | |

Tableau 3: Taux d'abstinence selon le profil et le genre des consultants atteints de BPCO et/ou de bronchite chronique en démarche d'arrêt dans les consultations de tabacologie CDTnet entre 2014 et 2018.

| Variables | Femme N= 2298 (55,5%) | | | Homme N= 1843 (44,5%) | | |
|---|--------------------------|------------|------------|--------------------------|------------|------------|
| | Abstinence | Réduction | Inchangé | Abstinence | Réduction | Inchangé |
| Statut | 917 (39,9) | 849 (36,9) | 532 (23,2) | 758 (41,1) | 661 (35,9) | 424 (23,0) |
| Nombre de tentatives antérieures d'arrêt (n / %) * | | | | | | |
| Non | 289 (30,7) | 289 (42,7) | 180 (26,6) | 238 (37,0) | 255 (39,7) | 150 (23,3) |
| 1-2 tentatives | 458 (42,0) | 392 (35,9) | 241 (22,1) | 372 (43,0) | 290 (33,5) | 203 (23,5) |
| ≥3 tentatives | 245 (47,1) | 165 (31,7) | 110 (21,2) | 145 (44,2) | 113 (34,5) | 70 (21,3) |
| Nombre de cigarettes par jour (n / %) * | | | | | | |
| ≤10 cig/jr | 199 (49,5) | 151 (29,5) | 112 (21,0) | 144 (43,1) | 109 (32,6) | 81 (24,3) |
| 11-20 cig /jr | 403 (39,7) | 263 (36,4) | 262 (23,9) | 251 (42,9) | 201 (34,4) | 133 (22,7) |
| ≥ 21 cig / jr | 393 (35,3) | 302 (41,3) | 214 (23,4) | 363 (39,3) | 351 (38,0) | 210 (22,7) |
| Traitement à l'inclusion (n / %) *# | | | | | | |
| Pas de traitement | 139 (38,0) | 130 (35,5) | 97 (26,5) | 95 (36,5) | 97 (37,3) | 68 (26,2) |
| Patch nicotinique | 206 (42,0) | 182 (37,1) | 102(20,8) | 171 (44,1) | 127 (32,7) | 90 (23,2) |
| Forme orale | 67 (27,6) | 99 (37,8) | 77 (31,7) | 66 (28,0) | 100 (42,4) | 70 (29,7) |
| Patchs & forme orale | 452 (41,3) | 414 (19,7) | 229 (20,9) | 388 (43,9) | 314 (35,6) | 181 (20,5) |
| Varenicline | 31 (50,8) | 12 (30,4) | 18 (29,5) | 21 (50,0) | 13 (31,0) | 8 (19,0) |
| Varenicline&substituts | 15 (65,2) | 7 (33,3) | 7 (4,3) | 16 (61,5) | 6 (23,1) | 4 (15,4) |

Tableau 4 : Facteurs associés à l'abstinence chez les consultants atteints de BPCO et/ou de bronchite chronique en démarche d'arrêt dans les consultations de tabacologie CDTnet en fonction du genre entre 2014 et mi-2018.

| Variables | Femme OR [IC95%] | Homme OR [IC95%] |
|---|---------------------|---------------------|
| Tentatives d'arrêt antérieure *# | | |
| Non | - | - |
| 1-2 tentatives | 1,63 [1,33 - 2,00] | 1,28 [1,04 - 1,58] |
| ≥3 tentatives | 2,00 [1,58 - 2,54] | 1,34 [1,03 - 1,76] |
| Confiance en soi *# | | |
| Faible 0-4 | - | - |
| Moyenne 5-6 | 1,60 [1,30 - 1,97] | 1,29 [1,01 - 1,65] |
| Elevée 7-10 | 2,42 [1,94 - 3,02] | 2,48 [1,93 - 3,18] |
| Nombre de consultations *# | | |
| 1 - 3 | - | - |
| 4 - 6 | 2,27 [1,85 - 2,79] | 1,86 [1,49 - 2,33] |
| ≥7 consultations | 4,23 [3,39 - 5,31] | 3,11 [2,43 - 3,99] |
| Traitement à l'inclusion | | |
| Absence de traitement | 1,60 [1,13 - 2,29] | 1,48 [1,01 - 2,17] |
| Patch | 1,90 [1,36 - 2,67] | 2,02 [1,43 - 2,88] |
| Forme orale | - | - |
| Patch et forme orale | 1,84 [1,36 - 2,52] | 2,01 [1,48 - 2,77] |
| Varenicline | 2,71 [1,52 - 4,84] | 2,57 [1,31 - 5,04] |
| Varenicline + substitut(s) | 4,92 [2,04 - 12,73] | 4,12 [1,80 - 9,84] |

Discussion

- ❑ Résultats cohérents avec l'évolution de l'épidémie de tabagisme chez des femmes éduquées nées dans les années 1960 qui tentent l'arrêt plus tôt par rapport aux hommes plus âgés et moins diplômés de notre étude.

Andler R et al. BEH 2019

Les différences entre hommes et femmes

- ❑ Les femmes présentaient bien plus souvent un antécédent de dépression que les hommes.
 - Dépression et anxiété souvent considérés comme des facteurs d'aggravation de la BPCO
Laurin C et al. Chest 2007; Rahmanian SD et al. JWomens Health 2011 ; Smith PH et al. Prev Med 2016
- ❑ Malgré une plus faible dépendance au tabac, l'abstinence était un peu moins élevée chez les femmes au terme de 28 jours de suivi.
 - peut-être parce que les femmes ont une dépendance psycho-comportementale plus importante alors que les hommes ont une dépendance physique au tabac plus forte dans nos données.
 - la nicotine pourrait ne pas être un élément aussi important de la dépendance tabagisme chez les femmes que chez les hommes.

Perkins K et al. Nicotine Tob Res. 1999

Traitement:

- ❑ Efficacité des TSN plus chez les hommes et de la varenicline chez les femmes.
- ❑ Taux d'abstinence le plus élevé : utilisation de la varenicline ou sa combinaison avec un traitement de substitution nicotinique.

Forces et Limites

□ Forces

- Puissance de l'étude (n=4141)
- Originalité de l'étude (étude en vie réelle)
- Auto-déclaration d'abstinence validée par un CO<10ppm

□ Limites

- Validité externe (généralisation) ?
- Stade de la BPCO inconnu

Conclusion et perspectives

❑ Conclusion :

- Chez les fumeurs atteints de bronchite chronique et/ou BPCO, nos données montrent que l'arrêt du tabac est difficile et qu'il est nécessaire d'adapter le suivi et le traitement en fonction du genre.
- En effet, comparées aux hommes, les femmes atteintes de BPCO présentent plus souvent des antécédents de dépression, consomment plus de psychotropes, fument moins de cigarettes et effectuent plus de tentatives d'arrêt.

❑ Perspectives :

- Une prise en charge systématique des problèmes d'anxio-dépression chez les femmes doit être envisagée lors des consultations d'aide au sevrage tabagique.
- Concernant les hommes, une prise en charge intensive devrait être proposée pendant l'hospitalisation avec une prescription et un suivi systématiques.
- Une proposition de réduction de consommation avant l'arrêt pourrait être proposée pour favoriser l'adhésion aux soins.
- Un renforcement de la formation sur l'aide au sevrage auprès des professionnels (médecins généralistes, pneumologues, kinésithérapeutes...) pour une prise en charge pro-active adaptée en fonction du genre

**Merci pour votre
attention!**