

PRISE EN CHARGE D'UN FUMEUR EN CENTRE DE READAPTATION CARDIOVASCULAIRE

Vincent Durlach
Unité de Tabacologie
CHRU de Reims

Remerciements aux Drs J.Costa, S.Pied, Pr D.Thomas
Pas de conflit d'intérêt vis-à-vis de cette présentation

France: **25% des décès** dus au tabac **sont cardio-vasculaires**

Causes des décès	Hommes	Femmes	Total
Maladies infectieuses	2 000	1 000	3 000
Cancers	38 000	6 000	44 000
Poumon	22 000	4 000	26 000
Autres	16 000	2 000	18 000
Maladies cardiovasculaires	13 000	5 000	18 000
Maladies respiratoires	6 000	2 000	8 000
TOTAL	59 000	14 000	73 000

RCVR : le constat

Mortalité importante après la première année post-IDM

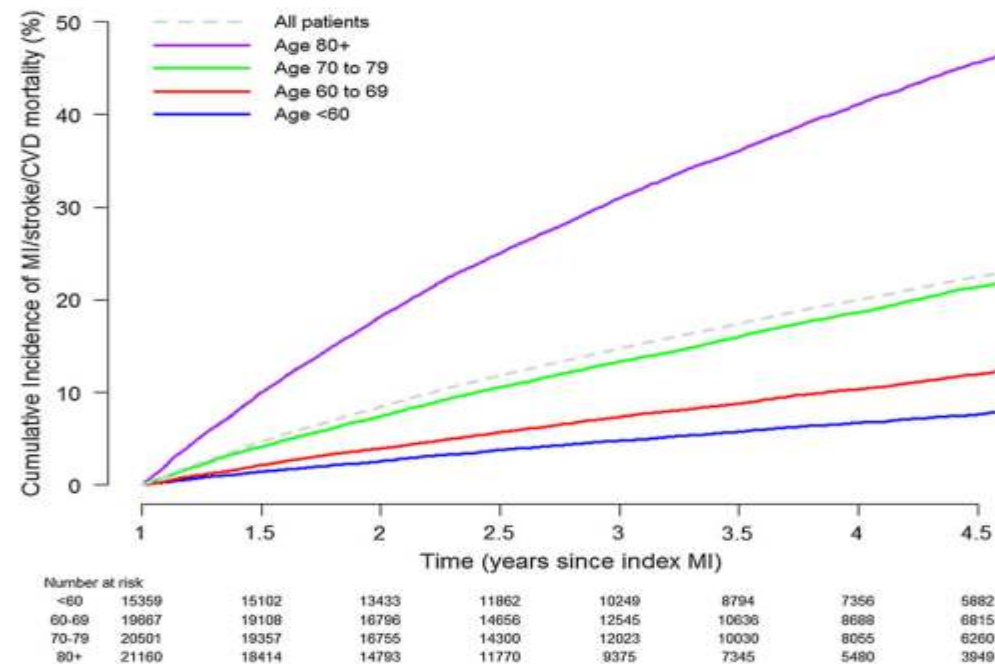
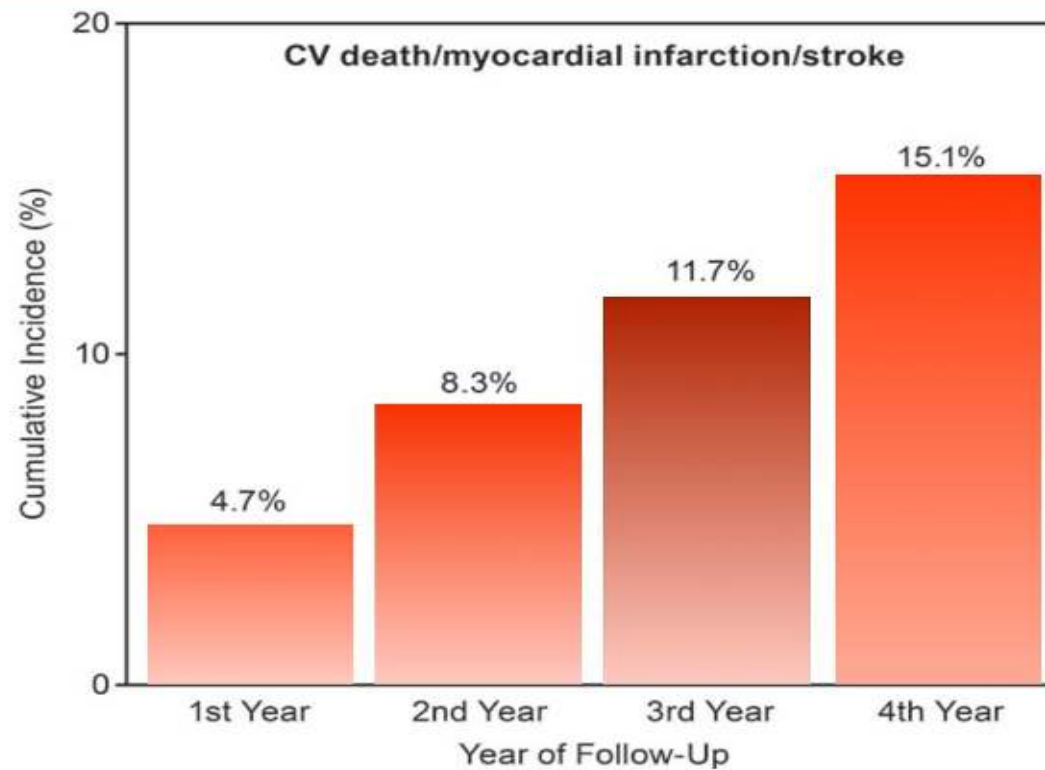


Figure 4 Kaplan–Meier estimate of the risk of the combined endpoint (myocardial infarction, ischaemic stroke, or cardiovascular death) after 365 days after index myocardial infarction until end of study for stable post-myocardial infarction patients, stratified by age.

RCVR : prise en charge en réadaptation
Registre REACH : **Quel niveau de risque ?**



Cumulative incidence rates of the primary outcome (CV death, MI, or stroke) for post-MI patients with no history of TIA/stroke. Abbreviations: CV cardiovascular; MI, myocardial infarction; TIA, transient ischemic attack

Source: ESC Guidelines on Secondary Prevention in Coronary Heart Disease

RCVR : prise en charge en réadaptation

Quel niveau de risque ?

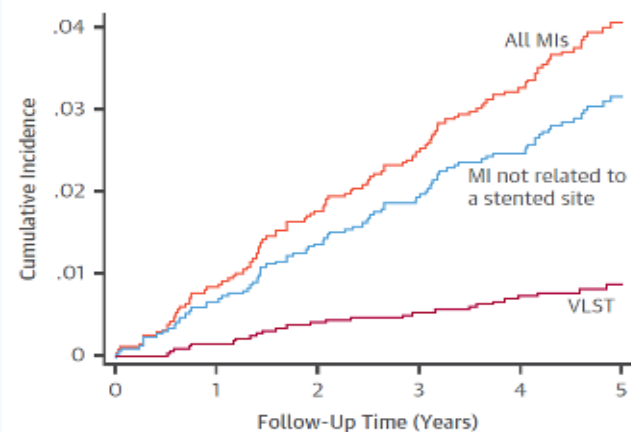
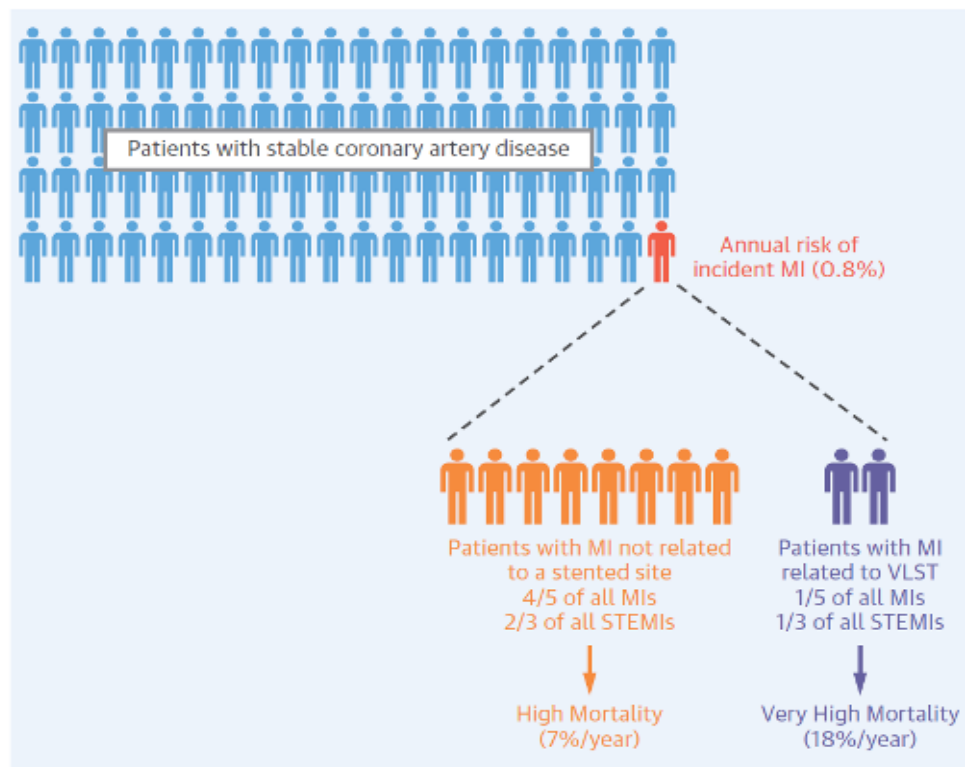


TABLE 2 Multivariate Analysis: Independent Predictors of MI During 5-Yr Follow-Up

	SHR	95% CI	p Value
Current smoker	1.87	1.27-2.77	0.002
LDL cholesterol (per 10 mg/dl)	1.06	1.02-1.11	0.007
Prior coronary bypass	0.53	0.32-0.86	0.011
Multivessel CAD	1.53	1.08-2.15	0.015
Diabetes mellitus with HbA _{1c} >7%	1.62	1.09-2.40	0.016
Persistent angina at inclusion	1.70	1.06-2.73	0.028

REDUCTION DU RISQUE DE DECES APRES UN EVENEMENT CORONARIEN

Sur 20 études menées entre 1978 et 2000

• 12603 Fumeurs suivi de 3 à 7 ans

Sevrés (n = 5659) **Non Sevrés** (n = 6944)

décès = 1044

décès = 1884

18,4%

27,1%

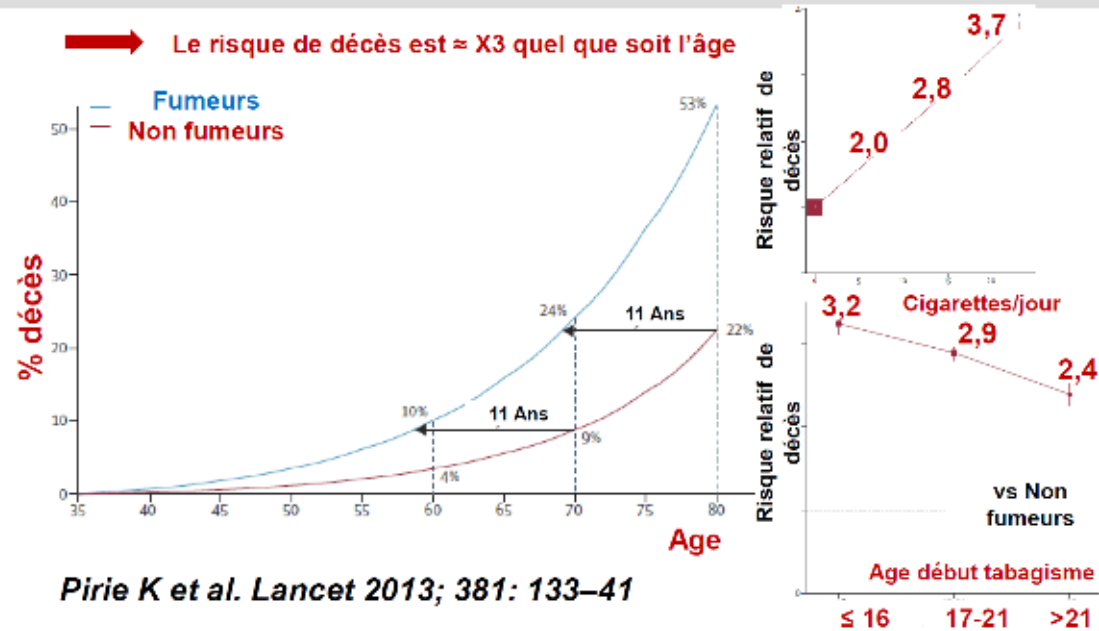
-36%

- 32% d'infarctus du myocarde

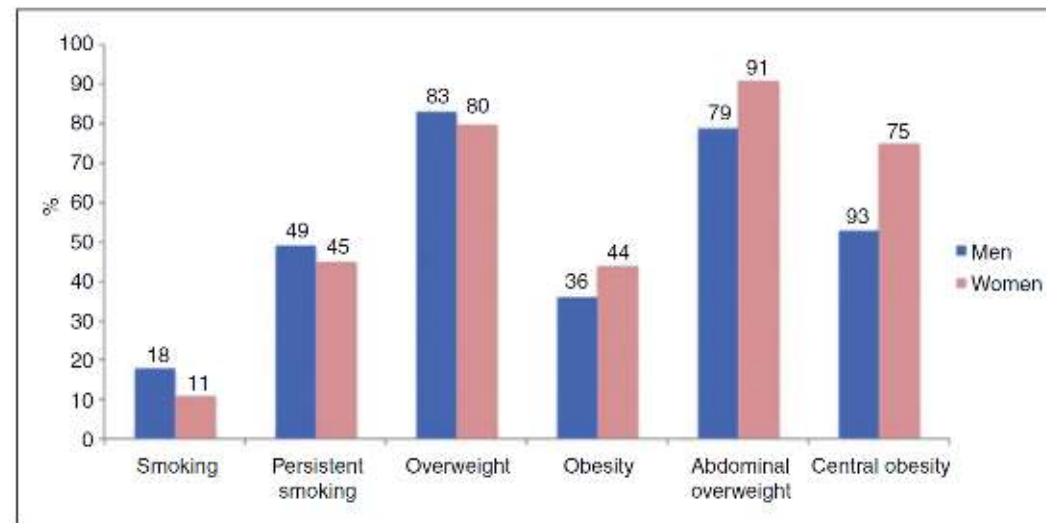
Critchley JA, Capewell S JAMA 2003; 290: 86-97

The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK

1,2 million de femmes nées entre 1938-46, âgées de 55 ans (52-60),
Recrutées en 1996-2001 et suivies jusqu'au 1^{er} janvier 2011, soit 12±2 années-femmes
Fumeuses 20%, ex fumeuses 28%, non fumeuses 52%



EUROASPIRE IV



Kotseva et al., EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries
European Journal of Preventive Cardiology 2017

RCVR : place de la réadaptation

recommandations ESC

Recommendations for behavioural aspects after STEMI

It is recommended to identify smokers and provide repeated advice on stopping, with offers to help with the use of follow-up support, nicotine replacement therapies, varenicline, and bupropion individually or in combination.

I

A

Participation in a cardiac rehabilitation programme is recommended.

I

A

LA SUBSTITUTION NICOTINIQUE EN CARDIOLOGIE

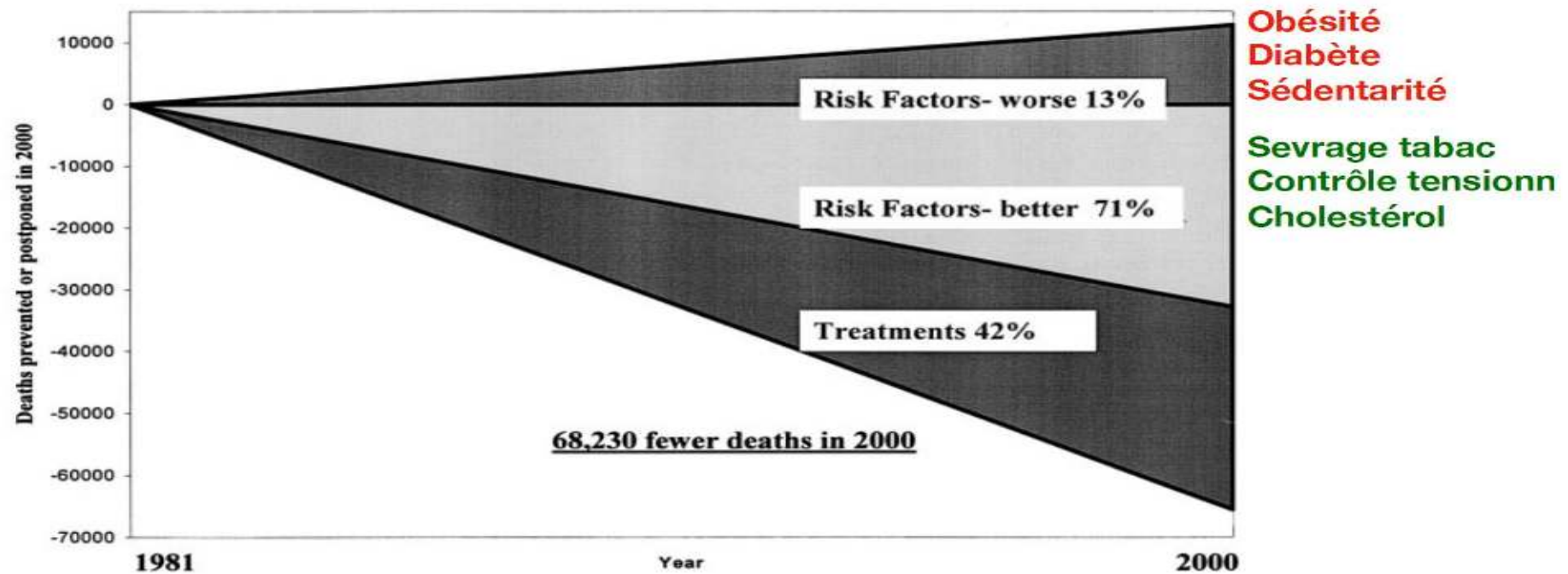
5 principales raisons « citées » pour **ne pas prescrire**

- **“Pas mon rôle” ou “doit être prescrit par d’autres”** 29.9 %
- Patient non motivé 28.2 %
- Ne sait pas quand ou comment prescrire 6.1 %
- Manque d’efficacité ou d’utilité 5.4 %
- **Maladie coronaire instable** 3.1 %

* 371 cardiologues; Age 49.8 ± 8.8
Hommes 83.4%; Nombre d’années d’exercice 20.8 ± 9.4
Fumeurs actifs 8.1%

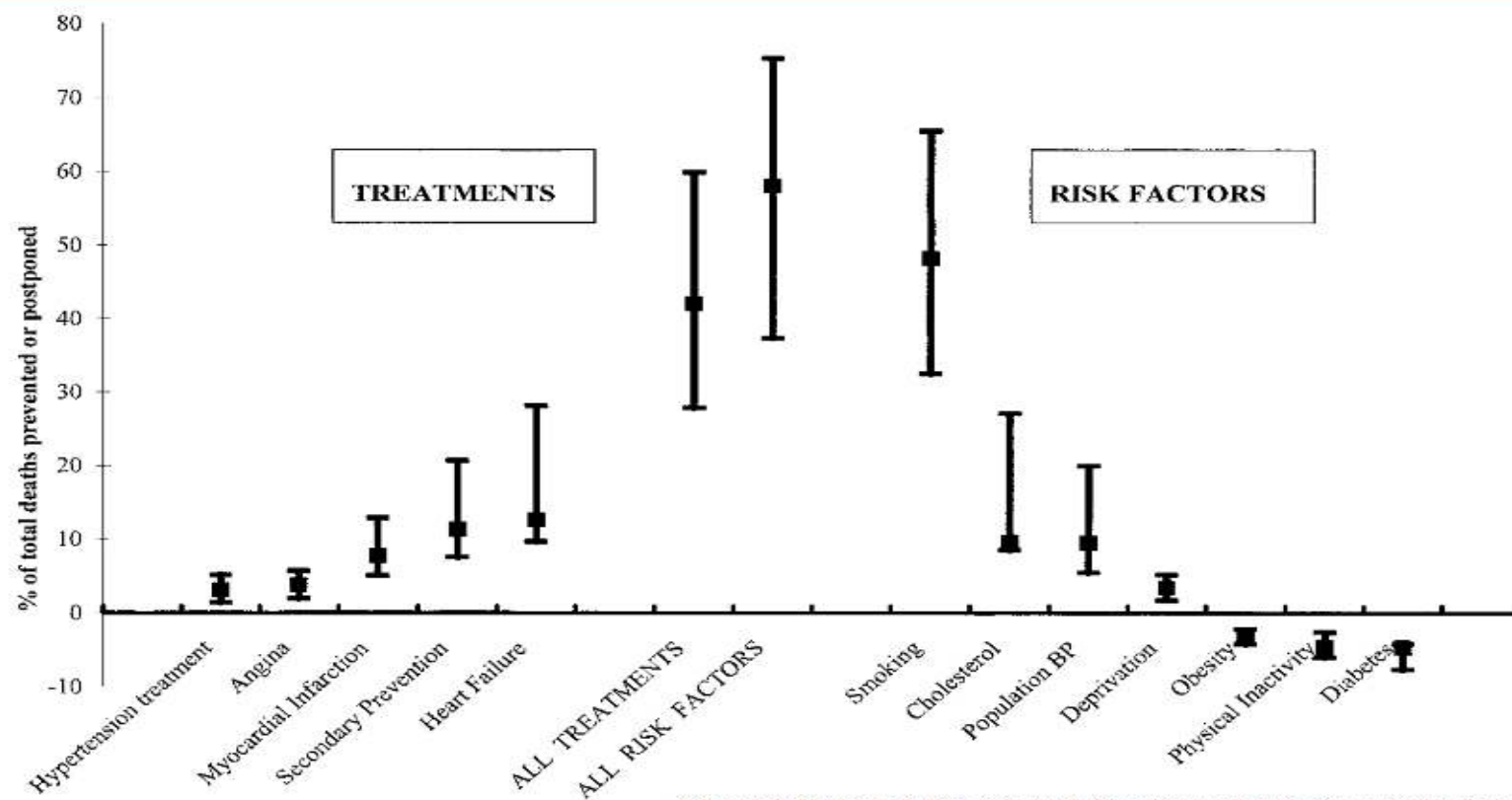
Aboyans V et al Archives of Cardiovascular Diseases 2009; 102: 193-9

RCVR : place de la réadaptation
La prévention, ça marche



RCVR : place de la réadaptation

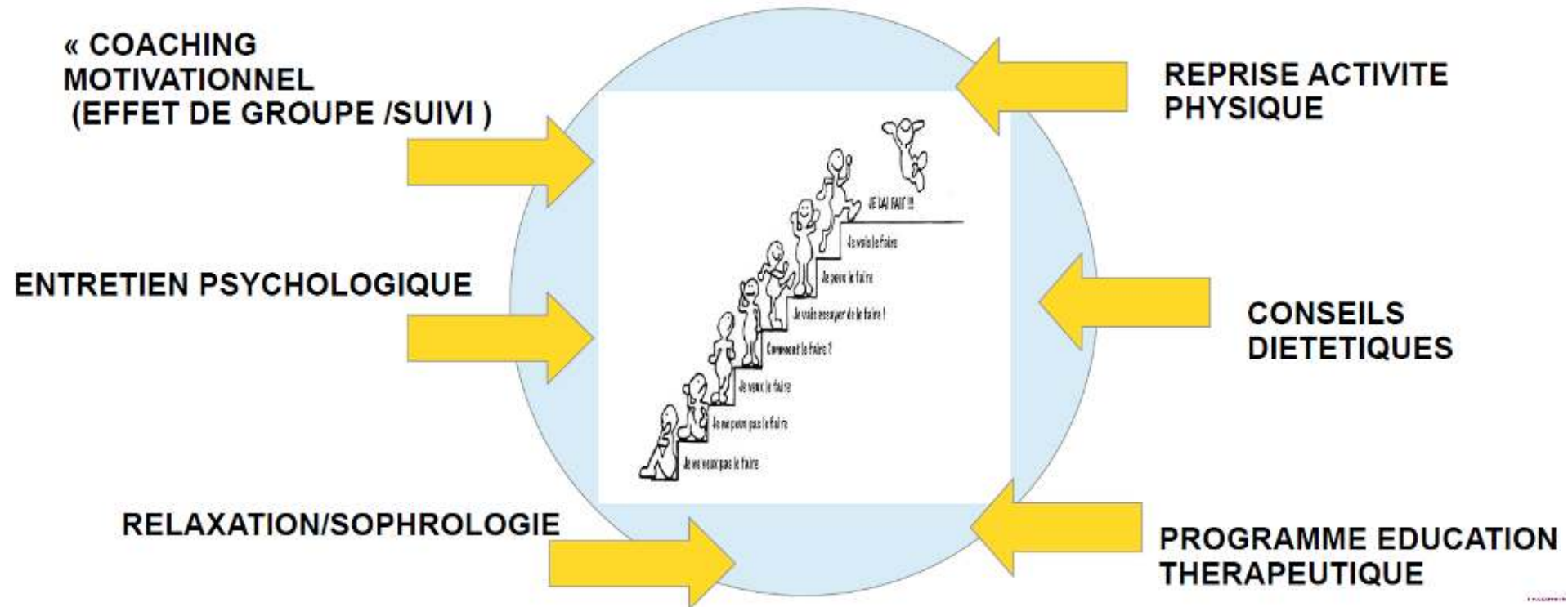
La prévention, ça marche



Unal et al Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality *Circulation* March 9, 2004

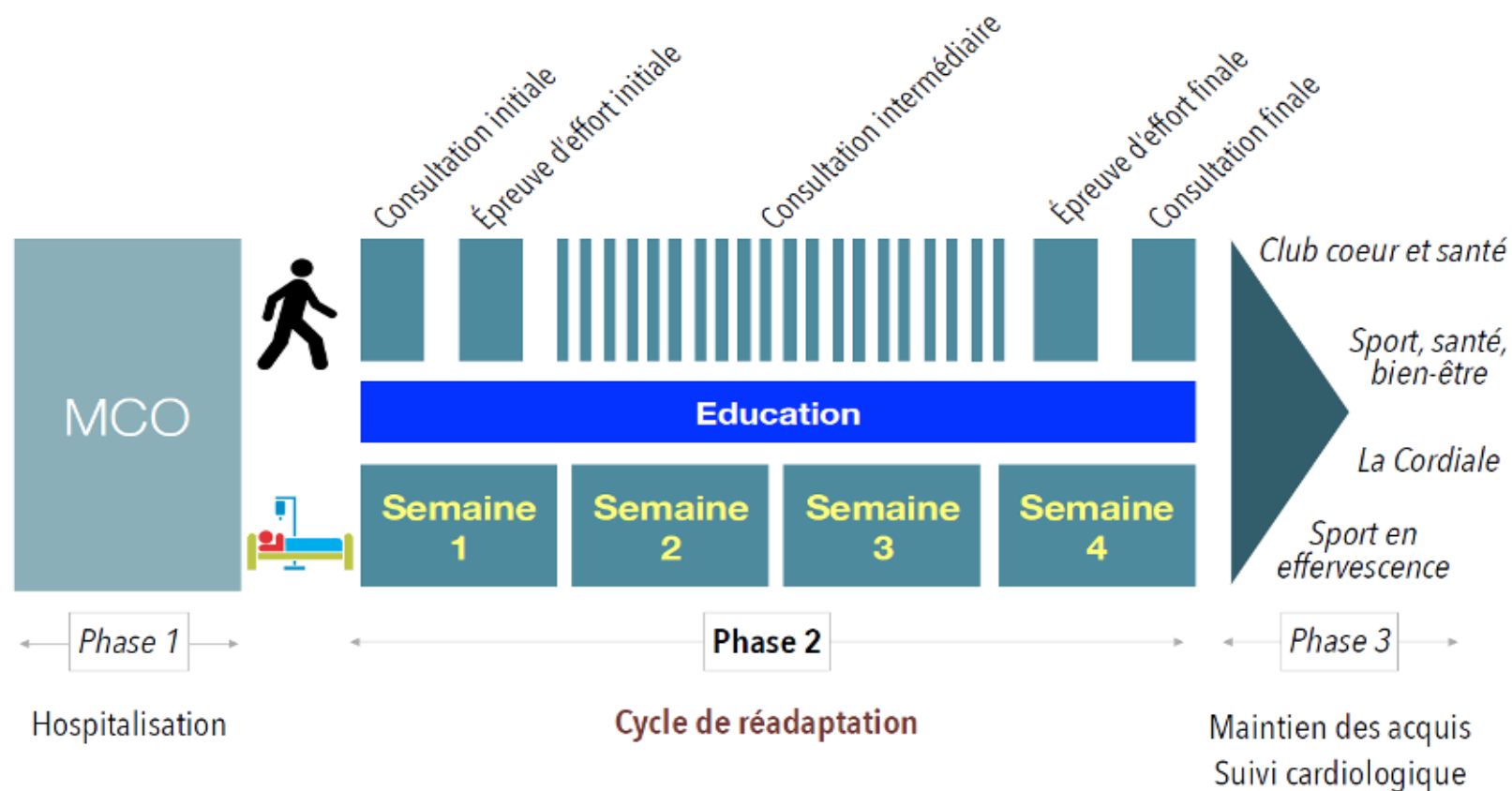
PEC DU FUMEUR EN READAPTATION CARDIAQUE

UN CERCLE VERTUEUX



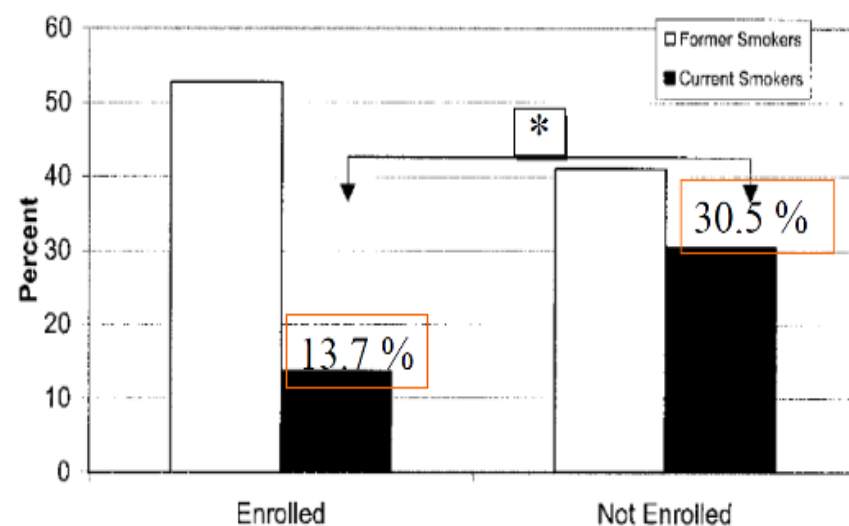
RCVR : place de la réadaptation

Rationnel de la réadaptation



RCVR : place de la réadaptation
Sevrage tabagique

12 semaines , 472 pts réad vs 152 non réad



RCVR : place de la réadaptation

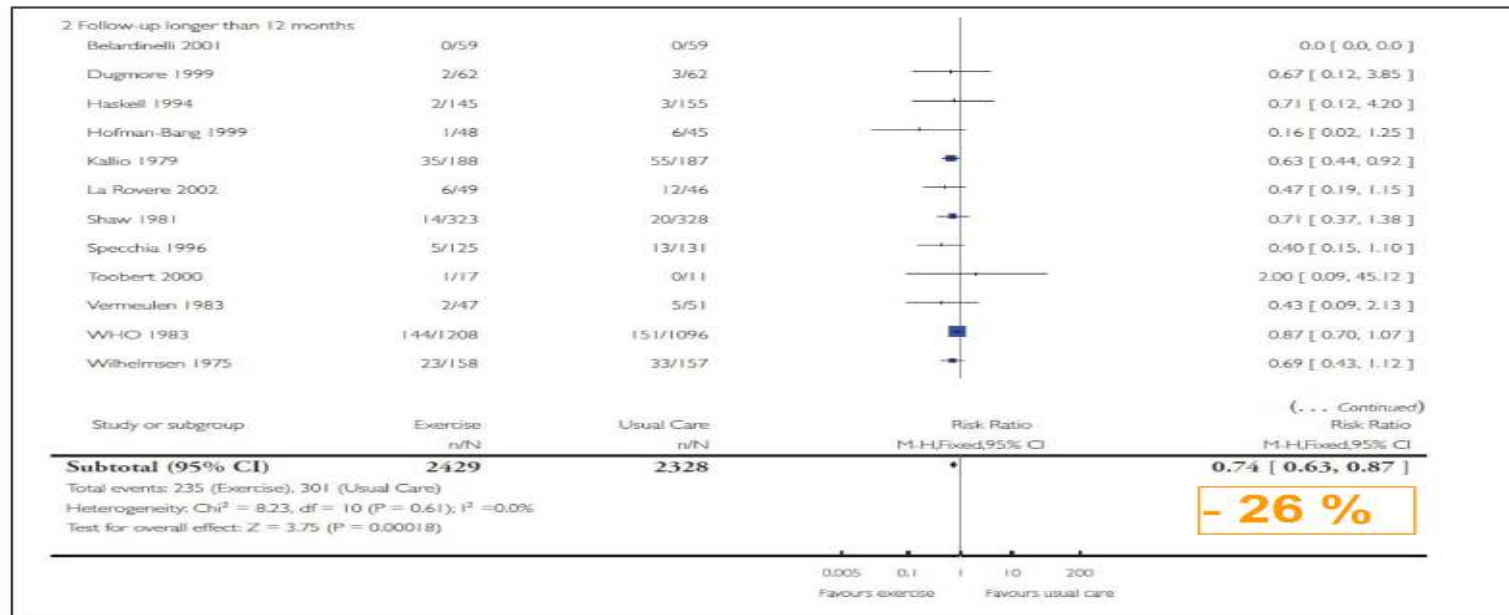
Effets sur le long terme



Study or subgroup		Exercise n/N	Usual Care n/N	Risk Ratio M- H,Random,95% CI	Weight	Risk Ratio M- H,Random,95% CI	
Suivi							
6-12M	Subtotal (95% CI)	4573	4227	♦	100.0 %	0.88 [0.73, 1.05]	Mortalité totale
12-36M	Subtotal (95% CI)	3495	3328	♦	100.0 %	0.89 [0.78, 1.01]	
> 36M	Subtotal (95% CI)	1902	1926	♦	100.0 %	0.91 [0.75, 1.10]	
6-12M	Subtotal (95% CI)	2561	2323	♦	100.0 %	0.90 [0.69, 1.17]	Mortalité CV
12-36M	Subtotal (95% CI)	1971	1862	♦	100.0 %	0.77 [0.63, 0.93]	
> 36M	Subtotal (95% CI)	690	702	♦	100.0 %	0.58 [0.43, 0.78]	
6-12M	Subtotal (95% CI)	3543	3368	♦	100.0 %	0.85 [0.67, 1.08]	IDM
12-36M	Subtotal (95% CI)	2877	2767	♦	100.0 %	1.09 [0.91, 1.29]	
> 36M	Subtotal (95% CI)	776	784	♦	100.0 %	0.67 [0.50, 0.90]	
6-12M	Subtotal (95% CI)	574	546	♦	100.0 %	0.65 [0.46, 0.92]	Hospitalisations
12-36M	Subtotal (95% CI)	984	932	♦	100.0 %	0.95 [0.84, 1.07]	

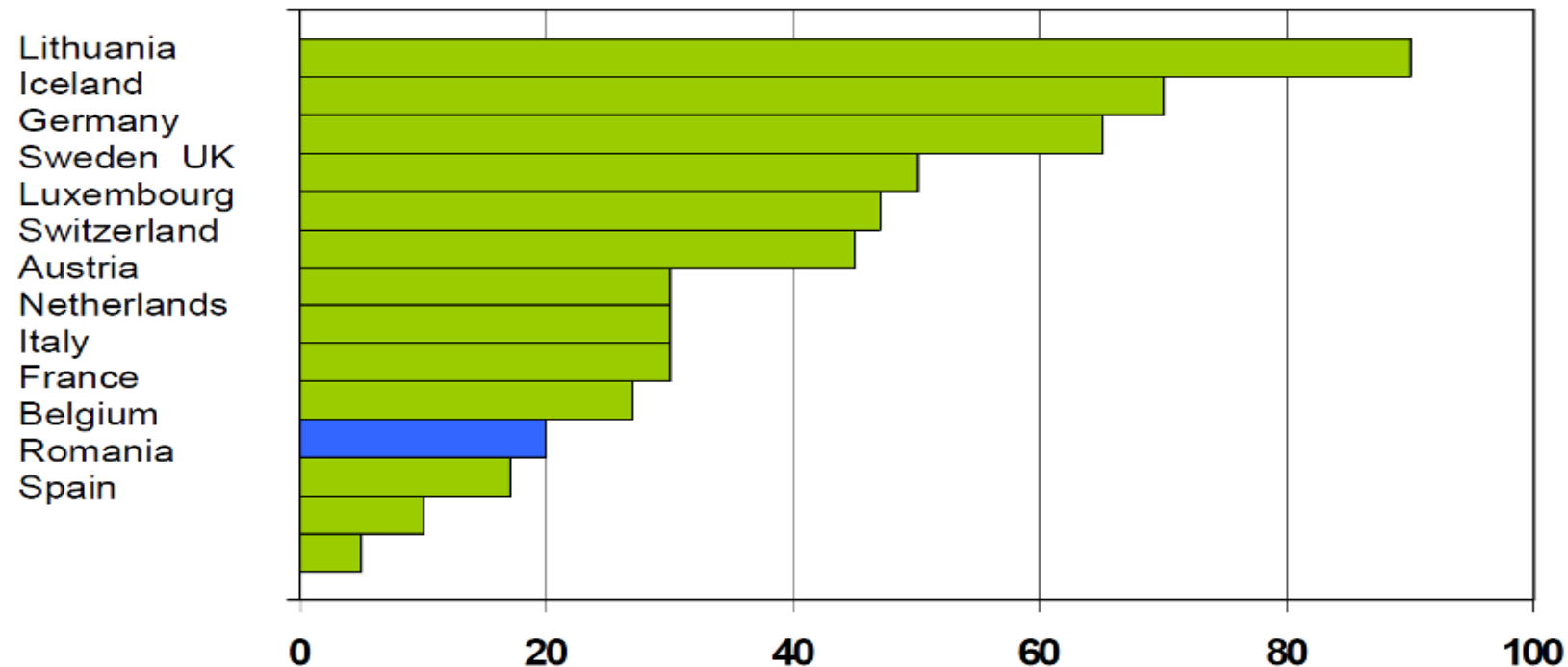
Etudes Exercise-based rehabilitation vs usual care

Cardiovasc mortality of CAD



Cochrane Database Heran B. 2011 Anderson
2016 ; 7 : CD001800

Recours à la réadaptation

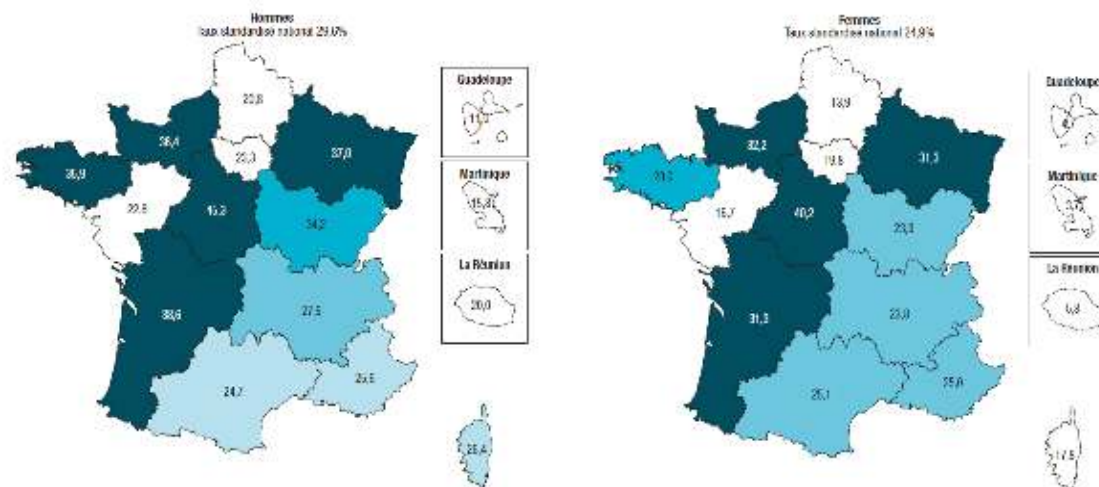


Birna Bjarnason-Wehrens^a, European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2010, 00:000–000

RCVR : prise en charge en réadaptation mais... un recrutement à améliorer

Figure 5

Disparités régionales des taux¹ de recours à la réadaptation cardiaque (RC) post-infarctus du myocarde (IDM) selon le sexe en 2014, France



RCVR : prise en charge en réadaptation mais... un maintien des acquis perfectible

Contrôle des facteurs de risque chez les patients coronariens un an après une réadaptation cardiaque

Tableau 1
Facteurs de risque cardiovasculaire aux différents temps de la réadaptation cardiaque et comparaison avec l'étude EUROASPIRE 4.

	J0	1 mois (%)	1 an (%)	EuroAspire 4 (%)
PA $\leq$ 140/90	62 %	78	59	57
LDL < 1,8 mmol/L	25 % H	45	30	20
Tabagisme	18 % H	4	6	16
Diabétique	15 %	15	15	27
HbA1C < 7 %	64 %	61	73	
Obésité	25 %	20	23	38
Activité physique insuffisante	54 %		23	60

H : données enregistrées lors de l'hospitalisation initiale lors de l'événement coronarien ou en postchirurgie cardiaque.

Tableau 2
Prescription médicamenteuse aux différents temps de la réadaptation cardiaque et comparaison avec l'étude EUROASPIRE 4.

	BB (%)	AA (%)	Hypolipémiants (%)	IEC/AR2 (%)
À l'entrée en RCV	85	97	94	52
À 1 mois, en fin de RCV	85	95	93	58
1 an après la RCV	78	92	93	52
Euroaspire 4	83	94	86	75

BB : bêtabloquant ; AA : antiagrégants plaquettaires ; IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; ARA2 : antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2.

QUELQUES EXEMPLES PRATIQUES

Mr B., 38 ans , garagiste , SCA ST +ant ,
lésions tri-tronculaires (3 stents actifs ,
BASIC)

Tabac 1 p/j depuis 20 ans

Hérédité coronarienne, HTA, dyslipidémie .
IMC :30.6

Fag 4/10

ST strict en USI , sans aide ni SN

Prise de 3.5 kg dans les 3mois suivant le
SCA.

Suivi , accompagnement diétique

Mr M. 46 ans, chirurgien SCA ST+inf,
lésions bi-tronculaires (2 stents actifs ,
BASIC)

Tabac 15 cig/J depuis 25 ans, 1 arrêt de 6 mois

Hérédité coronarienne, HTA, dyslipidémie . IMC :31.1

Fag 6/10

IDE tabacologue en USI : patch 21 mg + FO à la demande
et ST strict

Poursuite du suivi en réadaptation (ateliers tabac et
diététique)

Maintien du ST 21 mg + Vapoteuse (3mg/ml de nicotine) ,
suivi téléphonique .

Activité physique (+++) , perte de poids (- 10 kg)

QUELQUES EXEMPLES PRATIQUES

Mme A., 55 ans , SCA ST+ inf , lésion monotronculaire (2 stents actifs + BASIC)

Hérédité de DT2, père fumeur DCD d'un KBP ; dyslipidémie , UGD dans un contexte de stress professionnel.

Divorcée , compagnon fumeur

Tabagisme 25 C/J depuis 40 ans avec arrêt à l' occasion de sa 2^{ème} grossesse ; Fag 8/10 –CO 17 ppm –IMC 28.7 TT 102 cm.

Refus de SN en USI

PEC en réadaptation (médecin , IDE)

Réduction :patch 21 mg puis 28 mg + FO à 1.5 mg (5-6 j) : 5 cig/j en fin de réadaptation

Suivi tabacologique plusieurs mois

Mr G. de 44 ans , SCA ST-inf , lésions bitronculaires (1 stent actif +, BASIC) revascularisation partielle

Hérédité d' obésité paternelle ; Obésité , HTA , dyslipidémie , consommation de cannabis (5-6 joints/j) , dépression , alcool (20-30g/j)

Célibataire , vit avec sa mère

Tabagisme : 20 cig/j depuis 30 ans , jamais de ST

Fag 7/10 – CO 12 ppm – HAD 10/21 – 16/21

IMC 42.3 TT 139 cm

Refus de SN en USI , mais ST avec maintien du cannabis

Présence irrégulière en réadaptation

Accepte de rencontrer le psychiatre addictologue

PEC de sa dépression au décours de la réadaptation : plus que quelques joints occasionnels à 6 mois

CONCLUSIONS

- Réadaptation cardiaque : moment privilégié pour accompagner le sevrage tabagique débuté ou non en USI.
- Le temps permet de choisir le meilleur moment avec le patient
- S'intègre dans le cadre d'une PEC globale et multidisciplinaire de l'ensemble des FRCV (tabagisme, excès pondérale, DT2, HTA, dyslipidémie, souffrance psychique ...)
- Les SN seront essentiellement utilisés de 1^{ère} intention , mais varénicline possible
- Un suivi est indispensable
- Attention aux polyaddictions (tabac-cannabis)

