

Sevrage tabagique

Date : 11/12/2015

Société —
Francophone
de **T**abacologie

CONTRIBUTEURS (1)

Coordination

BERTOCCHI Michèle (Annecy), MARTINET Yves (Vandœuvre-lès-Nancy), SAKHRI Linda (Grenoble), WIRTH Nathalie (Vandœuvre-lès-Nancy).

Coordination méthodologique

C3R (Commission Recommandations-Référentiels-Réseaux) : Fadila FARSI, Isabelle KLEIN

Réseau Oncolor : BLOCK Véronique, RHOUNI Samia

Réseau Espace Santé Cancer : LABROSSE CANAT Hélène, DUMONT Marjorie.

Rédacteurs des référentiels régionaux « source »

ARPIN Dominique (Macon), AUBERT Axel (Grenoble), AUDIGIER-VALETTE Clarisse (Toulon), AUDRAS-LUCIANI Stéphanie (Bourgoin Jallieu), AVRILLON Virginie (Lyon), BARLESI Fabrice (Marseille), BÉLLIÈRE Aurélie (Clermont-Ferrand), BERTOCCHI Michelle (Annecy), BOMBARON Pierre (Lyon), BOULEDRAK Karima (Lyon), BRICHON Pierre-Yves (Grenoble), BRUN Philippe (Valence), BYLICKI Olivier (Lyon), CAILLET Bernard (Lyon), CHADEYRAS Jean-Baptiste (Clermont Ferrand), CHAMBONNIERE Marie-Laure (Saint Etienne), CHUMBI René (Lyon), COUDURIER Marie (Chambéry), COURAUD Sébastien (Lyon), DECROISSETTE Chantal (Annecy), DELAROCHE Éric (Saint Etienne), DEVOUASSOUX Mojgan (Lyon), DIAB Sami (Grenoble), DONNE Chantal (Lyon), DOT Jean-Marc (Lyon), DUBRAY LONGERAS Pascale (Clermont-Ferrand), DURUISSEAUX Michael (Grenoble), FALCHERO Lionel (Villefranche sur Saône), FAUCHON Éric (St Julien en Genevois), FILAIRE Marc (Clermont-Ferrand), FOURNEL Pierre (St Etienne), FOURNERET Philippe (Chambéry), FREY Gilles (Saint Etienne), FREYMOND Nathalie (Lyon), GÉRINIÈRE Laurence (Lyon), GIRARD Nicolas (Lyon), GRANGEON Valérie (Roanne), GREILLIER Laurent (Marseille), GRIMA Renaud (Lyon), HOMINAL Stéphane (Annecy), ISAAC Sylvie (Lyon), JANICOT Henri (Clermont-Ferrand), JEANNIN Gaëlle (Clermont-Ferrand), KASMAREK David (Saint Etienne), KEMENY Jean Louis (Clermont-Ferrand), KIAKOUAMA Lize (Lyon), KOUZAN Serge (St Julien en Genevois), LANTUEJOUL Sylvie (Grenoble), LARIVÉ Sébastien (Macon), LE TREUT Jacques (Aix en Provence), LOCATELLI Myriam (Lyon), MAISONNEUVE Dominique (Lyon), MARTEL-LAFAY Isabelle (Lyon), MARTINET Yves (Vandœuvre-lès-Nancy), MASTROIANNI Bénédicte (Lyon), MAURY Jean-Michel (Lyon), MERLE Patrick (Clermont Ferrand), MICHY Bertrand (Thionville), MORO-SIBILOT Denis (Grenoble).

CONTRIBUTEURS (2)

Rédacteurs des référentiels régionaux « source » (suite)

MULLER Pierre (Valence), MULSANT Pierre (Lyon), NAAME Adel (Clermont-Ferrand), NAGY MIGNOTTE Hélène (Grenoble), ODIER Luc (Villefranche sur Saône), PELONI Jean-Marc (Lyon), PENET Alain (Lyon), PEYRIN-BIROULET Carina (Vandœuvre-lès-Nancy), PÉROL Maurice (Lyon), PERRICHON Marielle (Bourg en Bresse), PERROT Emilie (Lyon), RIOU Robert (Valence), SAKHRI Linda (Grenoble), SOUQUET Pierre-Jean (Lyon), SWALDUZ Aurélie (Saint Etienne), TABUTIN Mayeul (Lyon), TANGUY Ronan (Lyon), TAVIOT Bruno (Chalon-sur-Saône), THIBONNIER Lise (Saint Etienne), THIBOUT Yoann (Saint Etienne), THIVOLET BEJUI Françoise (Lyon), TOFFART Anne-Claire (Grenoble), TRONC François (Lyon), VILLA Julie (Grenoble), VUILLERMOZ-BLAS Sylvie (Lyon), WIRTH Nathalie (Vandœuvre-lès-Nancy), ZOUAI Mohammed (Valence).

Relecteurs

ALLIOT Carole (Contamine-sur-Arve), BOISSERIE Thomas (Tours), BRUNENGO Claudine (Annecy), CASTERA Philippe (Bordeaux), CLAVERE Pierre (Limoges), DAUMONT Claire (Douai), DEBIEUVRE Didier (Mulhouse), DEVOUASSOUX Gilles (Lyon), DEWAS Sylvain (Lille), DIGUE Laurence (Bordeaux), GADRE Carline (Lallaing), GARCIA Véronique (Reims), HUDELLOT Christine (Nice), HURTAUD Aline (Tingueux), LECOUFFE Rémi (Arras), LEFEBVRE François (Boulogne sur Mer), LEFEBVRE Gautier (Lille), MAINGON Philippe (Dijon), MASURE Marie (Reims), MELLONI Boris (Limoges), MERAD-BOUDIA Zoher (Vienne), MERLE Patrick (Clermont-Ferrand), MEURICE Jean-Claude (Poitiers), MICHY Bertrand (Thionville), MONNOT Henri (St Omer), MOULAI Cathy (Tarbes), NOEL Georges (Strasbourg), PAITEL Jean-François (Saint-Denis de La Réunion), PERRIOT Jean (Clermont-Ferrand), PROUVOST-KELLER Bernard (Nice), PRUD'HOMME Anne (Tarbes), RAGONNET Delphine (Lyon), ROCHOY Michael (Lille), ROMANET Stéphanie (Douai), ROQUES-VIVIER Sandrine (Rouen), ROUQUET Rose-Marie (Toulouse), SABATINI Marielle (Bayonne), STEENHOUWER François (Roubaix), STEPHAN Jean-Marc (Denain), TAVIOT Bruno (Vénissieux), TERRISSON-PAITEL Véronique (Saint-Denis de La Réunion), TRIVIAUX Dominique (Lyon), UNDERNER Michel (Poitiers), VANNIMENUS Corinne (Lille), VERGNENEGRE Alain (Limoges), VERMELLE Sylvie (Lillers), WALTER Sabine (Draguignan), WOUTERS Chantal (Lille).

Pour la Société Francophone de Tabacologie

PERRIOT Jean (Clermont-Ferrand), STOEBNER-DELBARRE Anne (Montpellier)

Contributeurs (participants aux ateliers des J2R du 10/12/2015)

BURIET Guillaume (Valence), DANTON Sylvie (Audun le Tiche), JAQUINOT Quentin (Besançon), KLEIN Isabelle (Vandœuvre-lès-Nancy), KRAKOWSKI Ivan (Bordeaux), LAMARGUE Clémentine (La Roche-sur-Yon), LEGUY Béatrice (Lyon), RHOUNI Samia (Vandœuvre-lès-Nancy), SAKHRI Linda (Grenoble), SILVE Johanna (Nantes).

Sommaire du référentiel

• Généralités	<u>5</u>
○ Généralités en cancérologie	<u>6</u>
• Conduite à tenir initiale face à un fumeur	<u>7</u>
○ Caractériser la consommation de tabac	<u>8</u>
○ Quantifier la dépendance au tabac	<u>9</u>
○ Consommation d'autres produits psychoactifs	<u>10</u>
○ Troubles anxio-dépressifs	<u>11</u>
○ Problèmes liés au poids	<u>12</u>
○ Evaluer la motivation à arrêter de fumer	<u>13</u>
○ Le conseil d'arrêt	<u>14</u>
○ Le renforcement de la motivation : entretien motivationnel	<u>15</u>
○ Réduction de consommation	<u>17</u>
○ Sevrage tabagique	<u>18</u>
○ Suivi du sevrage	<u>24</u>
• Cigarette électronique et réduction des risques	<u>26</u>
• Thérapies non conventionnelles	<u>27</u>
• Annexes	<u>28</u>
• Bibliographie	<u>41</u>

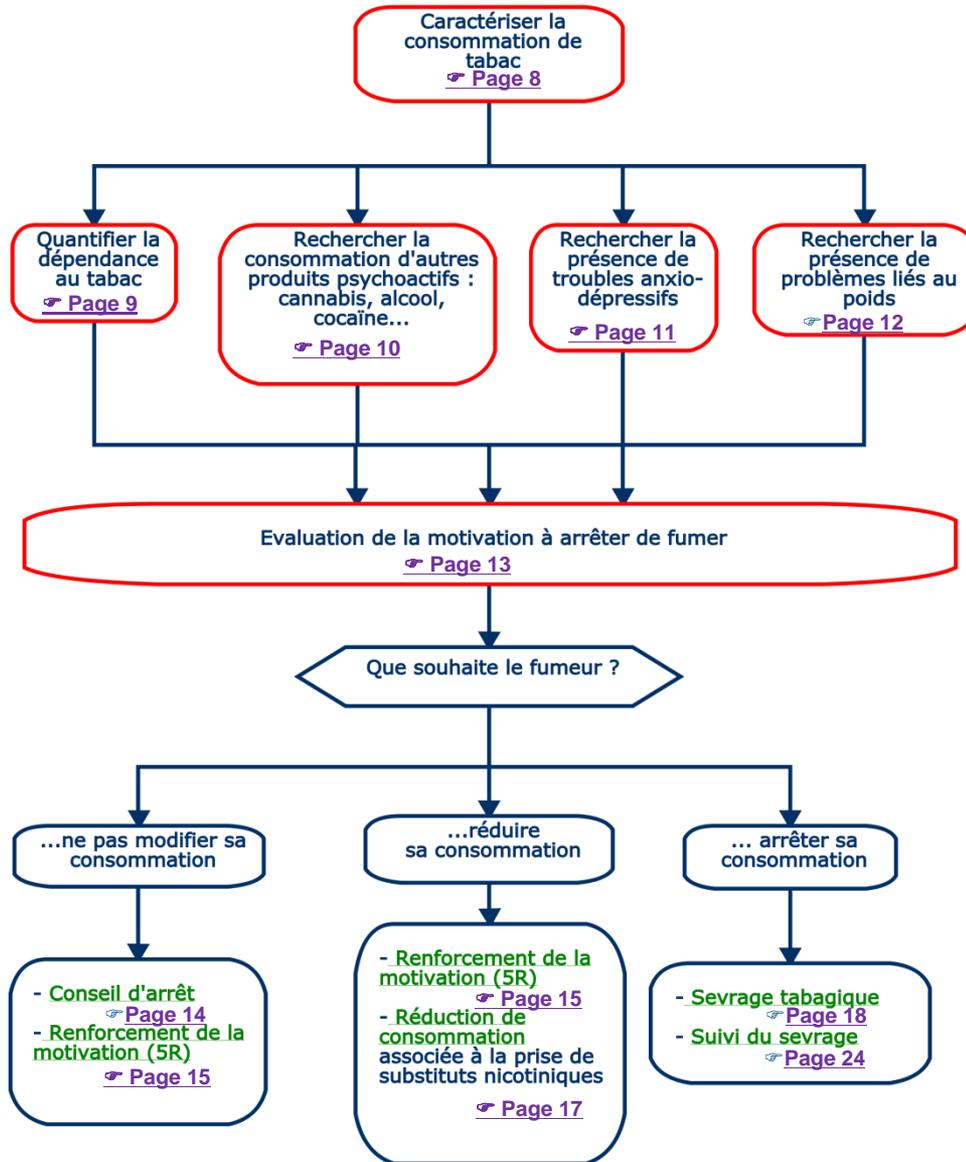
Généralités

- Tout tabagisme doit être traité indépendamment de l'âge du patient.
- Le rôle du médecin n'est pas d'attendre que le fumeur soit motivé pour arrêter, mais de faire évoluer sa motivation et de l'aider au sevrage après, éventuellement, une étape intermédiaire de réduction de consommation.
- L'arrêt du tabac est associé à une amélioration des signes de dépression, d'anxiété et de stress.
- Un programme national de réduction du tabac a été initié pour la période 2014-2019 conformément à la mesure 10 du 3^{ème} plan cancer.

- Ce référentiel s'adresse à tous les professionnels de santé :
 - afin qu'ils soient sensibilisés et qu'ils informent leurs patients atteints de cancer des bénéfices de l'arrêt du tabac dès le diagnostic de cancer et sur le long terme
 - afin de donner des repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage tabagique dans le parcours de soins.

Généralités en cancérologie

- Le sevrage tabagique doit être considéré comme **faisant partie du traitement du cancer quel que soit le stade de la maladie et doit être intégré dans le parcours de soins du patient**. Ainsi, l'aide à l'arrêt du tabac doit être systématique quelle que soit la motivation du patient.
- En effet, le sevrage tabagique peut **améliorer la survie, la qualité de vie et diminuer le risque de survenue d'un deuxième cancer**. De plus, il existe des interactions néfastes entre le tabac et les traitements du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et certaines thérapies ciblées).
- Une prise en charge de la dépendance tabagique est indispensable, **le plus tôt possible**, avant une intervention chirurgicale, en raison du risque majoré de complications postopératoires. Le sevrage tabagique, même récent, permet d'améliorer la qualité de vie en postopératoire.
- L'effet du tabac sur la chimiorésistance reste discuté. Le tabac, en tant qu'inducteur enzymatique, induisant notamment l'isoenzyme CYP 1A2 du cytochrome P450, pourrait interférer avec le métabolisme de certaines chimiothérapies. Seule l'altération du métabolisme de l'irinotécan avec une diminution de son efficacité est démontrée. La poursuite de la consommation tabagique est associée à une moindre efficacité des inhibiteurs spécifiques de la tyrosine kinase de l'EGFR.



Conduite à tenir face à un fumeur

Caractériser la consommation de tabac

Il faut préciser :

- l'âge de début
- les produits consommés : cigarettes, tabac roulé, chicha...
- le nombre moyen de cigarettes fumées par jour sur les derniers mois
- la durée du tabagisme (*en années*)
- le nombre de paquets-années consommés, *calculé en multipliant le nombre de paquets consommés par jour (en prenant pour référence un paquet de cigarettes contenant 20 cigarettes) par le nombre d'années de consommation*
- si possible, le taux de monoxyde de carbone (CO) mesuré dans l'air expiré qui évalue la consommation de tabac (quelques heures avant la mesure) (normale <5-8 ppm)
- les tentatives d'arrêt et/ou de réduction du tabagisme et les moyens ou méthodes utilisés
- le vécu du tabagisme par le fumeur.

Quantifier la dépendance au tabac

L'évaluation de la dépendance au tabac/nicotine repose sur :

- l'interrogatoire
- le **test de Fagerström** (Cf. annexes ☞ [Page 29](#)).

Les deux questions les plus importantes sont :

- le nombre de cigarettes fumées par jour
- le délai en minutes entre le réveil et la première cigarette.

Il s'agit :

- d'anticiper les difficultés à l'arrêt
- d'adapter les traitements.

La compulsion à fumer ou *craving* est une des principales expressions de la dépendance physique. C'est une source majeure de récurrence.

Les signes de sevrage/manque en nicotine sont :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• besoin impérieux de nicotine (<i>craving</i>)• irritabilité, frustration, agressivité• humeur dysphorique ou dépressive• anxiété• difficultés de concentration | <ul style="list-style-type: none">• agitation, impatience• insomnie• réduction du rythme cardiaque• augmentation de l'appétit et/ou prise de poids. |
|--|--|

Consommation d'autres produits psychoactifs

Sa recherche doit être systématique :

- **Alcool** : la consommation d'alcool, même contrôlée, est un facteur de risque de rechute du tabagisme. La prise d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer. L'interrogatoire doit :
 - quantifier la consommation en gramme d'alcool/jour
 - rechercher une éventuelle dépendance ; le **questionnaire DETA** (Cf. annexes ☞ [Page 30](#)) permet le dépistage rapide d'une consommation excessive.
- **Cannabis** : de plus en plus fréquente et même sans dépendance au THC, la consommation de cannabis empêche l'arrêt du tabac. Il n'est pas envisageable de poursuivre une consommation de cannabis tout en arrêtant le tabac. Le **questionnaire DETC** (Cf. annexes ☞ [Page 31](#)) permet le dépistage rapide d'une consommation à risque.
- **Autres substances** : héroïne, cocaïne, méthamphétamines... pouvant justifier une prise en charge spécialisée.

Troubles anxio-dépressifs

Contrairement aux idées reçues, l'arrêt du tabac améliore les symptômes anxio-dépressifs.

- **L'échelle HAD** (Cf. annexes ↗ [Page 32](#)) (*Hospital Anxiety and Depression scale*) est un outil d'aide à l'évaluation des troubles anxio-dépressifs.
- [L'échelle de dépression de Hamilton](#) permet une évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs. Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi.
- En cas de symptômes, une prise en charge conjointe avec un médecin psychiatre peut être utile ; elle permettra l'optimisation des chances de sevrage tabagique.

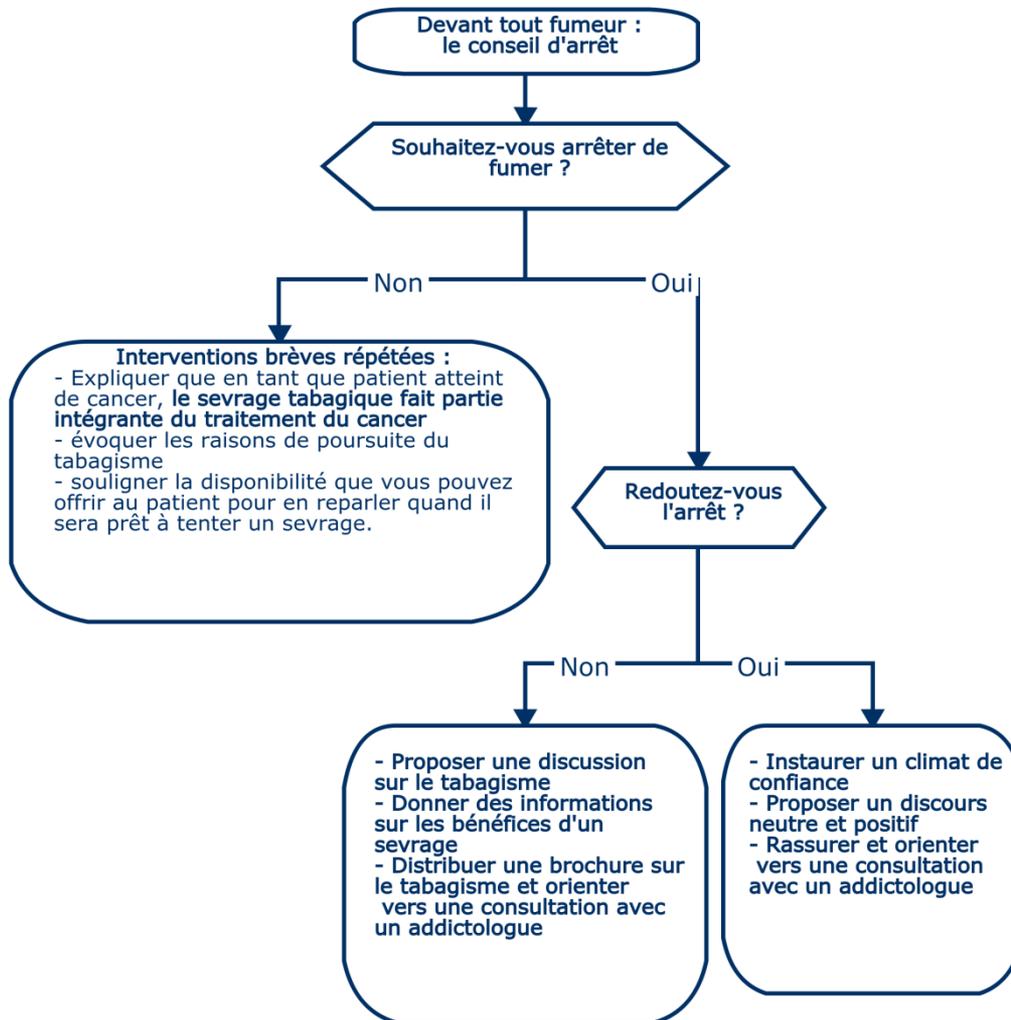
Problèmes liés au poids

- La crainte d'une prise de poids peut être un frein au sevrage tabagique et une prise de poids avérée durant le sevrage est une situation à haut risque de rechute.
- Des conseils alimentaires doivent être donnés afin de prévenir et de limiter la prise de poids durant le sevrage tabagique.
 - Pour les patients ayant un cancer où il existe un risque de prise de poids (cancer du sein, de la prostate...), des conseils alimentaires doivent être donnés afin de prévenir et de limiter la prise de poids durant le sevrage tabagique. Une prise en charge conjointe avec une diététicienne ou un médecin nutritionniste peut dans certains cas être nécessaire.
 - Pour les patients ayant un cancer avec un risque important de dénutrition (cancer de l'œsophage, ORL...), une prise en charge conjointe avec une diététicienne ou un médecin nutritionniste est recommandée afin de veiller au maintien du poids de base.

Evaluer la motivation à arrêter de fumer

- Le fumeur peut être **ambivalent** face aux arguments en faveur de la poursuite de son tabagisme ou de son arrêt. Cette ambivalence doit être systématiquement recherchée et constitue un des axes de travail au cours des consultations.
- Au terme de l'évaluation de la motivation, on retiendra **trois groupes de fumeurs** qui demandent une réponse adaptée :
 - ceux qui ne souhaitent pas modifier leur consommation
 - ceux qui souhaitent réduire leur consommation avant un sevrage
 - ceux qui souhaitent un sevrage immédiat.

Le conseil d'arrêt



Le conseil d'arrêt doit être prodigué à chaque consultation, quel qu'en soit le motif et par tout soignant.

Les fumeurs qui consultent des médecins appliquant le conseil d'arrêt arrêtent plus fréquemment de fumer.

Le renforcement de la motivation : l'entretien motivationnel (1)

L'entretien motivationnel peut s'appuyer sur la **stratégie dite des "5 R"** recommandé aux USA par le National Cancer Institute :

- **Relevance** : encourager le fumeur à indiquer les raisons pertinentes qui pourraient l'encourager à arrêter de fumer
- **Risks** : aider le fumeur à identifier les conséquences négatives potentielles liées à sa consommation de tabac
- **Rewards** : demander au fumeur d'identifier les bénéfices potentiels liés à l'arrêt du tabac
- **Roadblocks** : demander au fumeur d'évoquer les obstacles ou les freins à l'arrêt
- **Repetitions** : répéter cet entretien motivationnel lors de chaque consultation.

Le renforcement de la motivation : l'entretien motivationnel (2)

- L'entretien motivationnel peut être **assuré par l'ensemble des médecins** au cours des consultations successives. Il s'agit notamment :
 - d'établir une relation empathique de qualité entre le patient et le médecin
 - d'éviter la confrontation
 - d'utiliser l'écoute active, qui consiste à reformuler certains propos du patient
 - de mettre en valeur les démarches déjà effectuées par le fumeur
 - de faire décrire le comportement tabagique de celui-ci
 - de pointer son ambivalence
 - de rechercher des situations à haut risque, y réfléchir pour permettre au patient de trouver des stratégies nouvelles de compensation ou d'évitement
 - d'apprendre à gérer les envies de fumer
 - d'apprendre à gérer différemment les émotions
 - de développer des attitudes efficaces en cas de "faux-pas"
 - de proposer une vision positive des bénéfices liés à l'arrêt du tabac
 - de donner des repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage dans le parcours de soins.
- Pour en savoir plus : voir l'ouvrage de Miller et Rollnick ainsi que le site de l'association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel

☞ [Cf. Bibliographie](#)

Réduction de consommation

- La réduction du nombre de cigarettes fumées/jour ne s'accompagne que d'une très modeste diminution des risques pour la santé : **elle n'est pas un objectif final mais constitue une étape vers un sevrage complet.**
- Par la modification des comportements qu'elle implique, elle permet de mûrir la décision d'arrêt. Dans une population qui ne souhaite pas arrêter de fumer tout de suite, le taux d'arrêt est doublé à 6 mois suite à une période de réduction efficace de la consommation définie par :
 - une diminution d'au moins la moitié du nombre de cigarettes fumées
 - l'association indispensable de substituts nicotiques pour éviter le phénomène de compensation (le fumeur « tire » plus sur sa cigarette pour maintenir un taux de nicotine efficace dans son organisme)
 - un taux de CO expiré divisé par deux qui confirme la baisse de l'intoxication récente.

En cas de recours à une stratégie de réduction de consommation par paliers, le fumeur et le thérapeute précisent le nombre de cigarettes/jour envisagé et la durée du palier. Au cours des consultations successives, les doses de substituts nicotiques sont adaptées et les paliers de réduction définis avec pour but l'arrêt définitif de la consommation.

Le choix des médicaments du sevrage tabagique sera adapté à la prise en charge en cancérologie.

Sevrage tabagique (1)

L'association de stratégies de thérapeutiques à visée psychologique et pharmacologique procure les meilleurs taux d'arrêt.

Les thérapies cognitivo-comportementales

- Fumer est un comportement renforcé par de multiples stimuli environnementaux.
- Les thérapies cognitivo-comportementales aident le fumeur à prendre conscience de ses comportements « inadaptés » et à trouver des stratégies alternatives de compensation ou d'évitement. La prévention des rechutes est un axe essentiel.
- Les techniques de l'entretien motivationnel et de la gestion du stress ont aussi leur place dans la prise en charge psychologique du sevrage tabagique (Cf. recommandations HAS, 2014  [Cf. Bibliographie](#)).

Sevrage tabagique (2)

Les substituts
disponibles en France
☞ [Page 33](#)

Les substituts nicotiques

Les substituts nicotiques compensent les apports en nicotine que procurait la cigarette et réduisent ainsi les symptômes de sevrage. Le traitement est habituellement de plusieurs mois.

- La galénique et la posologie doivent être adaptées en fonction du ressenti du fumeur qui évolue au cours du sevrage.
- Il existe différents types de substituts nicotiques :
 - **les dispositifs transdermiques** (timbres, patchs) ; ils assurent une dose continue de nicotine à l'organisme sur toute la journée
 - **des formes buccales à courtes durées d'action** (gommes, comprimés à sucer, inhalateur, spray buccal) ; prescrites seules ou en association aux dispositifs transdermiques
 - l'association des formes orales et transdermiques est la plus efficace
 - il n'existe aucune contre-indication formelle aux substituts nicotiques
 - la varénicline, pouvant entraîner des nausées dans 30 % des cas, sera évitée pendant les périodes de chimiothérapie.
 - les formes buccales des substituts nicotiques types pastilles et gommes à mâcher seront évitées pendant les périodes à risque de mucite (chimiothérapie ou radiothérapie). L'inhalateur pourra être prescrit pour ces périodes car il est moins irritant.

Sevrage tabagique (3)

Les substituts
disponibles en France
☞ [Page 33](#)

Les substituts nicotiniques

- La dose initiale prescrite est déterminée en fonction de la dépendance du fumeur.
- Une réévaluation précoce du traitement est nécessaire **dans les premiers jours**. La présence de signes de sevrage reflète le plus souvent un sous-dosage en nicotine et conduit à une majoration de la posologie des substituts nicotiniques.
- Le syndrome de surdosage se traduit par :
 - nausées
 - lipothymie
 - palpitations
 - céphalées
 - bouche pâteuse
 - insomnies
 - diarrhées.
- Il est de plus en plus courant de prescrire l'association de deux types de substituts nicotiniques : d'une part un timbre/patch (éventuellement à retirer le soir en cas de sommeil perturbé), et d'autre part une forme orale dont le patient définira, en fonction de l'acceptabilité et de l'efficacité ressentie, le dosage et la forme : pastille, gomme, spray, inhalateur... L'association de 2 formes permet de doubler chez les fumeurs les plus dépendants le taux d'abstinence à 6 mois [[Aubin, 2014](#)].

Sevrage tabagique (4)

Les substituts
disponibles en France

[Page 33](#)

Les substituts nicotiniques

- Il est habituel de débiter par un timbre de 21 mg. La quantité de nicotine prescrite et son évolution dans le temps sont donc définies en accord avec le patient en fonction de l'évolution de la symptomatologie clinique, en particulier des signes de sur- ou sous-dosage.
- La persistance d'un tabagisme en même temps que l'utilisation d'un patch n'est pas dangereuse et doit conduire à réévaluer le dosage utilisé.
- Il n'y a pas de contre-indication à utiliser des substituts nicotiniques chez les patients coronariens. Il est même recommandé d'utiliser les substituts nicotiniques à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux.
- La prise de café ou de boisson à base de cola avant ou pendant l'utilisation des substituts nicotiniques oraux est déconseillée car elle diminue l'absorption orale de la nicotine en abaissant le pH buccal.

Sevrage tabagique (5)

Les substituts
disponibles en France

 [Page 33](#)

Les substituts nicotiniques

- L'Assurance Maladie prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire.
- Pour les femmes enceintes et pour les jeunes de 20 à 25 ans, ce montant est de 150 €.
- Depuis le 1^{er} juillet 2015, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer peuvent également bénéficier d'un forfait de 150 €.

[ <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac.php>]

Sevrage tabagique (6)

Les substituts nicotiniques

Les substituts
disponibles en France

☞ [Page 33](#)

Varénicline CHAMPIX® ☞ [Page 34-37](#)

- Agoniste-antagoniste partiel des récepteurs nicotiniques, la varénicline a une action double :
 - *effet agoniste* : diminution des symptômes de sevrage en nicotine par la stimulation des récepteurs nicotiniques
 - *effet antagoniste* : si le fumeur fume une cigarette, la nicotine inhalée ne stimule pas efficacement les récepteurs qui sont « bloqués » et n'induit ainsi que peu d'effet psychoactif.
- La durée de traitement recommandée est de 12 semaines, avec possibilité de reconduire trois mois le traitement chez les patients fortement dépendants, abstinents au terme du 3^{ème} mois, craignant une rechute à l'arrêt du traitement.
- Compte tenu de la tolérance des traitements nicotiniques de substitutions (TNS) et des effets indésirables de la varénicline, la prescription de varénicline est à réaliser après échec aux TNS et recommandée en seconde intention.
- Les études récentes semblent rassurantes concernant un éventuel risque majoré d'épisodes dépressifs majeurs, de suicides ou d'évènements cardio-vasculaires.

Bupropion ZYBAN® ☞ [Page 38-39](#)

- Il s'agit d'un antidépresseur à action principalement dopaminergique et noradrénergique, qui a une action efficace dans l'aide à l'arrêt du tabac, du même ordre que les substituts nicotiniques, à savoir environ 20 % d'abstinence à un an versus placebo.
- C'est un médicament à prescription obligatoire, non remboursé.
- Il n'est pas recommandé d'associer le bupropion et les substituts nicotiniques. La durée habituelle de ce traitement est de 7 à 9 semaines.
- Ce médicament ne doit pas être prescrit chez les patients ayant des antécédents ou risque d'épilepsie.
- Les agents anticancéreux inhibiteurs du CYP2B6 comme le cyclophosphamide, l'ifosfamide et le thiotépa peuvent altérer le métabolisme du bupropion en majorant sa concentration plasmatique et ses effets indésirables. De même, les patientes tabagiques sous tamoxifène ne devraient pas utiliser comme aide au sevrage le bupropion qui risquerait de diminuer l'efficacité de l'hormonothérapie [\[Reich, 2015\]](#).

Suivi du sevrage (1)

Prévention des récives

• Il s'agit de repérer :

- les signes de sevrage qui majorent le risque de reprise du tabagisme ; si le patient utilise des substituts nicotiniques, la posologie doit être augmentée.
 - les situations à hauts risques de récive et notamment celles source de rechute dans le passé ; une meilleure gestion de ces situations est possible avec l'aide des thérapies cognitivo-comportementales.
 - une éventuelle prise de poids, cause fréquente de rechute du tabagisme doit être prise en charge spécifiquement.
 - le mode de vie (stress, habitudes festives...) et l'environnement tabagique du fumeur (domestique, professionnel et amical) sont des points essentiels.
- La rechute doit être dédramatisée, elle constitue une étape souvent nécessaire dans l'apprentissage de la vie sans tabac. Il est important de valoriser les efforts réalisés et d'analyser les circonstances de la rechute. Le suivi doit être maintenu en vue d'une nouvelle tentative de sevrage.

La qualité et la fréquence du suivi améliorent les chances de réussite du sevrage. La périodicité est à définir avec le fumeur sur une durée d'environ 6 à 12 mois.

Suivi du sevrage (2)

Le suivi est basé sur :

- la surveillance de la réalité du sevrage (dosage du CO par CO testeur), les envies de fumer, les cigarettes qui font défaut, les stratégies gagnantes pour tenir bon les premiers temps.
- la recherche du syndrome de manque.
- la recherche du syndrome de surdosage.
- la recherche d'une symptomatologie dépressive ou de troubles bipolaires.
- la surveillance du poids.
- l'évaluation de la qualité du sommeil.
- vérifier le bon usage des substituts nicotiniques et l'utilisation du bon dosage.

Cigarette électronique et réduction des risques

- Il ne s'agit actuellement pas d'un médicament et le médecin ne peut ni la prescrire ni encourager son utilisation.
- **L'intérêt de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique n'est pas établi et elle n'est recommandée par aucune société savante**

[Cf. recommandations HAS, 2014 pages 40 à 43].

En raison de l'insuffisance de données sur la preuve de l'efficacité et de l'innocuité des adjuvants, il n'est actuellement pas possible de recommander la cigarette électronique dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme.

Thérapies non conventionnelles

Certaines méthodes non conventionnelles (hypnose, acupuncture, auriculothérapie...) existent, toutefois aucune donnée scientifique ne permet de recommander leur utilisation.

ANNEXES

Test de Fagerström

D'après Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT, Ear Nose Throat J., 1990;69:763-5

1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?

- Dans les 5 première minutes 3
- Entre 6 et 30 minutes 2
- Entre 31 et 60 minutes 1
- Après 60 minutes 0

2. Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (Eglise, bibliothèque, cinéma, etc....)

- OUI 1
- NON 0

3. Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus de perdre ?

- La première le matin 1
- Une autre 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

5. Fumez-vous d'avantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- OUI 1
- NON 0

6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?

- OUI 1
- NON 0

Score de dépendance : /10

Interprétation du score

- 0 à 2 :** Dépendance faible ou nulle à la nicotine
- 3 à 4 :** Dépendance faible à la nicotine
- 5 :** Dépendance moyenne à la nicotine
- 6 à 7 :** Dépendance forte à la nicotine
- 8 à 10 :** Dépendance très forte à la nicotine

Questionnaire DETA

Evaluation de la consommation d'alcool

Items	Réponses
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	OUI NON
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	OUI NON
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	OUI NON
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	OUI NON
Interprétation du score : Deux réponses positives ou plus témoignent d'un usage à risque d'alcool	

Questionnaire développé sous le terme CAGE (*Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*) par : Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. JAMA. 1984;252:1905–7. Validé par Mayfield D, McLeod G, Hall P. The cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;**131**:1121–3.

Questionnaire DETC

Evaluation de la consommation de cannabis

Items	Réponses
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?	OUI NON
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	OUI NON
Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?	OUI NON
Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?	OUI NON

Interprétation du score:

Deux réponses positives ou plus témoignent d'un usage à risque de cannabis

Questionnaire développé sous le terme CAGE (*Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener*) par : Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. JAMA. 1984;252:1905–7. Validé par Mayfield D, McLeod G, Hall P. The cage questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;**131**:1121–3.

Questionnaire H.A.D (Hospital Anxiety and Depression scale)

D'après Zigmund AS, Snaith RT. The hospital anxiety depression scale. Acta Psycho Scand 1983 ; 67 :361-70

A. Je me sens tendu ou énervé

- La plupart du temps 3
 Souvent 2
 De temps en temps 1
 Jamais 0

D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

- Oui, tout autant 0
 Pas autant 1
 Un peu seulement 2
 Presque plus du tout 3

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
 Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
 Pas du tout 0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses :

- Toujours autant 0
 Plutôt moins 1
 Nettement moins 2
 Plus du tout 3

A. Je me fais du souci :

- Très souvent 3
 Assez souvent 2
 Occasionnellement 1
 Très occasionnellement 0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

- Jamais 3
 Rarement 2
 Assez souvent 1
 La plupart du temps 0

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

- Jamais 3
 Rarement 2
 Oui, en général 1
 Oui, toujours 0

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Pratiquement tout le temps 3
 Très souvent 2
 Quelquefois 1
 Jamais 0

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge :

- Très souvent 3
 Assez souvent 2
 Parfois 1
 Jamais 0

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Totalement 3
 Je n'y fais plus attention 2
 Je n'y fais plus assez attention 1
 J'y fais attention comme d'habitude 0

A. Je ne tiens pas en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
 Un peu 2
 Pas tellement 1
 Pas du tout 0

D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

- Comme d'habitude 0
 Plutôt moins qu'avant 1
 Beaucoup moins qu'avant 2
 Pas du tout 3

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Très souvent 3
 Assez souvent 2
 Rarement 1
 Jamais 0

D. Je peux prendre du plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou télévision :

- Souvent 0
 Parfois 1
 Rarement 2
 Pratiquement jamais 3

Total anxiété : _____

Total dépression : _____

Sont considérées comme valeurs seuils pour chaque sous-échelle :

- 10 dans un objectif de spécificité
- 8 dans un objectif de sensibilité

Un score global de 19 ou plus traduit un épisode dépressif majeur.

Un score global de 13 correspond à des dépressions mineures

[Zigmund, 1983]

Les différents substituts nicotiques disponibles en France

PRODUIT	LIBELLE	DOSAGE	GOÛT
Comprimé à sucer	NICOTINELL®	1 mg 2 mg	Menthe
	NIQUITIN®	2 mg 4 mg	Sans sucre – menthe fraiche
	NIQUITINMINIS®	1,5 mg 4 mg	Sans sucre – cerise Sans sucre
Pastille à sucer	NICOPASS®	1,5 mg	Sans sucre : eucalyptus, menthe fraicheur, réglisse menthe
		2,5 mg	Sans sucre : menthe fraicheur, réglisse menthe
Comprimé sublingual	NICORETTE MICROTAB®	2 mg	Original – Citron
Gomme à mâcher	NICORETTE®	2 mg 4 mg	Sans sucre – menthe fraiche, menthe glaciale, fruit
	NICOTINELL®	2 mg 4 mg	Fruit, menthe fraicheur Menthe fraicheur
Inhaleur	NICORETTE®	10 mg	
Spray buccal	NICORETTE®	1mg/dose	Menthe fraiche
Patch	NICOPATCH®	7 mg - 14 mg – 21 mg/24h	
	NICOTINELL®	7 mg - 14 mg – 21 mg/24h	
	NIQUITIN®	7 mg - 14 mg – 21 mg/24h	
	NICORETTESKIN®	10 mg - 15 mg – 25 mg/16h	

Varénicline CHAMPIX® (1)

Prescription :

- Début 1 à 2 semaines avant date d'arrêt prévue

J 1-3 : 1 cp à 0,5 mg/jour, comprimés avalés entiers avec de l'eau, au cours ou en dehors des repas

J 4-7 : 1cp à 0,5 mg matin et soir

J 8-fin du traitement : 1 cp à 1 mg matin et soir

Durée du traitement : 12 semaines (+ 12 semaines complémentaires possibles chez des sujets ayant arrêté de fumer)

Conditionnement :

- deux premières semaines de traitement : 1 boîte avec 11 cp à 0,5 mg et 14 à 1 mg
- semaines suivantes : boîtes à 28 cp et 56 cp à 1 mg
- si posologie d'entretien réduite : boîte à 56 cp à 0,5 mg

Prescription et délivrance :

- sur ordonnance
- non agréée à l'usage des collectivités

Contre-Indications :

- Hypersensibilité à la varénicline ou à un des excipients

[Référence : Vidal 2015 RCP varénicline données du 01.12.15]

Varénicline CHAMPIX® (2)

Prévention et surveillance étroite :

Insuffisance rénale :

- légère : $50 \text{ ml/min} \leq \text{CC} \leq 80 \text{ ml/min}$: posologie habituelle
- modérée : $30 \text{ ml/min} \leq \text{CC} \leq 50 \text{ ml/min}$: posologie habituelle ; si événement indésirable : posologie réduite à 1 mg/jour
- sévère : $\text{CC} < 30 \text{ ml/min}$: posologie à 1 mg/jour

Conduite et utilisation des machines :

Champix peut avoir une influence mineure ou modérée sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. Champix peut entraîner des sensations vertigineuses et une somnolence et, par conséquent, peut influencer l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. Il est recommandé aux patients de ne pas conduire, de ne pas utiliser de machines complexes ou de ne pas s'engager dans d'autres activités potentiellement dangereuses, tant qu'ils ne savent pas si ce médicament modifie leur aptitude à pratiquer ces activités.

Mises en garde :

Pas d'interaction médicamenteuse cliniquement significative

- Ne pas associer de substituts nicotiques : augmentation des effets indésirables (lorsque la varénicline et un produit de substitution nicotique transdermique ont été administrés de façon concomitante à des fumeurs pendant 12 jours, une diminution statistiquement significative de la pression artérielle systolique moyenne (2,6 mm Hg en moyenne), mesurée le dernier jour de l'étude, a été observée. Dans cette étude, l'incidence des nausées, des céphalées, des vomissements, des sensations vertigineuses, de la dyspepsie et de la fatigue a été plus élevée avec l'association qu'avec le PSN administré seul. La tolérance et l'efficacité de Champix associé à d'autres traitements du sevrage tabagique n'ont pas été étudiées.

Effets indésirables : tous les effets indésirables survenus avec une incidence supérieure à celle observée avec le placebo sont répertoriés par classe de systèmes d'organes et par fréquence : très fréquent ($\geq 1/10$) ; fréquent ($\geq 1/100$ à $< 1/10$) ; peu fréquent ($\geq 1/1000$ à $< 1/100$) ; et rare ($\geq 1/10\ 000$ à $< 1/1000$). Les effets indésirables médicamenteux, qui figurent dans le tableau ci-dessous, proviennent de l'évaluation de données issues d'études de phase 2 et 3, menées avant la commercialisation et actualisées d'après des données regroupées issues de 18 études contrôlées par placebo, menées avant et après la commercialisation et comprenant environ 5000 patients traités par varénicline. Les effets indésirables rapportés depuis la commercialisation sont également inclus avec une fréquence indéterminée (la fréquence de ces effets ne peut pas être estimée à partir des données disponibles). Dans chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés en ordre décroissant de sévérité.

L'ANSM (ex AFSSAPS) a demandé à PFIZER la mise en place d'un plan de gestion de risques.

[Référence : Vidal 2015 RCP varénicline données du 01.12.15]

Varénicline CHAMPIX® (3)

<i>Infections et infestations</i>	
Très fréquent	Rhinopharyngite
Fréquent	Bronchite, sinusite
Peu fréquent	Infection fongique, infection virale
<i>Affections hématologiques et du système lymphatique</i>	
Rare	Diminution du nombre de plaquettes
<i>Troubles du métabolisme et de la nutrition</i>	
Fréquent	Prise de poids, diminution de l'appétit, augmentation de l'appétit
Rare	Polydipsie
Fréquence indéterminée	Diabète, hyperglycémie
<i>Affections psychiatriques</i>	
Très fréquent	Rêves anormaux, insomnie
Peu fréquent	Panique, pensées anormales, agitation, sautes d'humeur, dépression, anxiété, hallucinations, augmentation de la libido, diminution de la libido
Rare	Dysphorie, bradypsychie
Fréquence indéterminée	Idées suicidaires, psychose, agression, comportement anormal, somnambulisme
<i>Affections du système nerveux</i>	
Très fréquent	Céphalées
Fréquent	Somnolence, sensations vertigineuses, dysgueusie
Peu fréquent	Crise convulsive, tremblements, léthargie, hypoesthésie
Rare	Accident vasculaire cérébral, hypertension, dysarthrie, anomalie de la coordination, hypoguesie, trouble du sommeil lié au rythme circadien
<i>Affections oculaires</i>	
Peu fréquent	Conjonctivite, douleur oculaire
Rare	Scotome, coloration anormale de la sclère, mydriase, photophobie, myopie, augmentation de la sécrétion lacrymale
<i>Affections de l'oreille et du labyrinthe</i>	
Peu fréquent	Acouphènes
<i>Affections cardiaques</i>	
Peu fréquent	Angine de poitrine, tachycardie, palpitations, augmentation de la fréquence cardiaque
Rare	Fibrillation auriculaire, sous-décalage du segment ST à l'électrocardiogramme, diminution de l'amplitude de l'onde T à l'électrocardiogramme
Fréquence indéterminée	Infarctus du myocarde
<i>Affections vasculaires</i>	
Peu fréquent	Augmentation de la pression artérielle, bouffée de chaleur
<i>Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales</i>	
Fréquent	Dyspnée, toux
Peu fréquent	Inflammation respiratoire haute, congestion des voies respiratoires, dysphonie, rhinite allergique, irritation de la gorge, congestion des sinus, syndrome de toux des voies aériennes supérieures, rhinorrhée
Rare	Douleur laryngée, ronflement

Varénicline CHAMPIX® (4)

<i>Affections gastro-intestinales</i>	
Très fréquent	Nausées
Fréquent	Reflux gastro-oesophagien, vomissements, constipation, diarrhée, distension abdominale, douleur abdominale, douleur dentaire, dyspepsie, flatulence, sécheresse buccale
Peu fréquent	Émission de selles sanglantes, gastrite, modification du transit intestinal, éructation, stomatite aphteuse, douleur gingivale
Rare	Hématémèse, fèces anormales, langue chargée
<i>Affections de la peau et du tissu sous-cutané</i>	
Fréquent	Éruption, prurit
Peu fréquent	Érythème, acné, hyperhidrose, sueurs nocturnes
Fréquence indéterminée	Réactions cutanées sévères, dont syndrome de Stevens-Johnson et érythème polymorphe, œdème de Quincke
<i>Affections musculosquelettiques et systémiques</i>	
Fréquent	Arthralgie, myalgie, dorsalgie
Peu fréquent	Spasmes musculaires, douleur musculosquelettique du thorax
Rare	Raideur articulaire, syndrome de Tietze
<i>Affections du rein et des voies urinaires</i>	
Peu fréquent	Pollakiurie, nycturie
Rare	Glycosurie, polyurie
<i>Affections des organes de reproduction et du sein</i>	
Peu fréquent	Ménorragie
Rare	Leucorrhée, dysfonction sexuelle
<i>Troubles généraux et anomalies au site d'administration</i>	
Fréquent	Douleur thoracique, fatigue
Peu fréquent	Gêne thoracique, syndrome grippal, pyrexie, asthénie, malaise
Rare	Sensation de froid, kyste
<i>Investigations</i>	
Fréquent	Perturbation du bilan hépatique
Rare	Analyse du liquide séminal anormale, augmentation de la protéine C réactive, diminution de la calcémie

[Référence : Vidal 2015 RCP varénicline données du 01.12.15]

Bupropion ZYBAN LP®

Prescription

Il est recommandé de débiter le traitement avant l'arrêt effectif du tabac et de décider d'une date précise d'arrêt au cours des deux premières semaines de traitement par Zyban LP (de préférence au cours de la deuxième semaine).

La posologie initiale est de 150 mg par jour pendant les six premiers jours, puis de 300 mg par jour en 2 prises quotidiennes espacées d'au moins 8 heures à partir du 7^e jour.

La posologie maximale est de 150 mg par prise et de 300 mg par jour. Elle ne doit en aucun cas être dépassée.

L'utilisation de Zyban LP chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans n'est pas recommandée, en l'absence de données de tolérance et d'efficacité chez ces patients.

La posologie recommandée en cas d'insuffisance hépatique (légère à modérée) ou d'insuffisance rénale est de 150 mg par jour en une prise.

La durée du traitement est de 7 à 9 semaines. En l'absence d'efficacité à la septième semaine, il n'y a pas lieu de poursuivre le traitement.

Contre-indications

- < 18 ans
- Hypersensibilité au Zyban ou à ses excipients
- Troubles convulsifs évolutifs
- Antécédents convulsifs
- Tumeur du SNC
- Sevrage alcoolique en cours
- Sevrage aux benzodiazépines en cours
- Boulimie actuelle ou antécédent de
- Anorexie mentale actuelle ou antécédent de
- Insuffisance hépatique sévère
- Prise d'IMAO (un intervalle d'au moins 2 semaines doit être respecté entre l'arrêt des IMAO non sélectifs et le début du traitement par Zyban LP. Pour les IMAO sélectifs, un intervalle de 24 heures est suffisant.)
- Trouble bipolaire et antécédent

Précautions

- ☞ Conduite automobile et utilisation de machine avec prudence pour les patients traités «après s'être assurés que la prise de Zyban® L.P n'affectait pas leur performance »
- ☞ La consommation d'alcool durant le traitement devra être limitée voire évitée.

Interactions médicamenteuses

- Prudence avec médicaments induisant ou inhibant l'isoenzyme 2D6 du cytochrome P450
- La nicotine administrée par dispositifs transdermiques n'affecte pas la pharmacocinétique du bupropion et de ses métabolites.

Bupropion ZYBAN LP® : effets indésirables (1)

La liste ci-dessous apporte des informations sur les effets indésirables identifiés au cours des essais cliniques, classés par système/organe et par incidence. Il est important de noter que le sevrage tabagique est fréquemment associé à des symptômes de sevrage en nicotine (exemple : agitation, insomnie, tremblements, sueurs), dont certains sont également identifiés comme des événements indésirables associés à Zyban LP.

La classification des effets indésirables selon leur fréquence utilise la convention suivante : très fréquent ($\geq 1/10$) ; fréquent ($\geq 1/100$, $<1/10$) ; peu fréquent ($\geq 1/1000$, $<1/100$) ; rare ($\geq 1/10\ 000$, $<1/1000$) ; très rare ($<1/10\ 000$) ; fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles).

Système/organe	
Fréquence	Effets indésirables
Affections nématologiques et du système lymphatique	
Fréquence indéterminée	Anémie, leucopénie et thrombocytopénie
Affections du système immunitaire*	
Fréquent	Réactions d'hypersensibilité telles qu'urticaire
Rare	Réactions d'hypersensibilité plus sévères incluant œdème de Quincke, dyspnée/bronchospasme et choc anaphylactique. Arthralgies, myalgies et fièvre ont été également rapportées en association avec des éruptions cutanées et d'autres symptômes évocateurs d'une hypersensibilité retardée. Ces symptômes peuvent ressembler à ceux d'une maladie sérieuse
Troubles du métabolisme et de la nutrition	
Peu fréquent	Anorexie
Rare	Perturbations de la glycémie
Affections psychiatriques	
Très fréquent	Insomnie (cf Posologie et Mode d'administration)
Fréquent	Dépression (cf Mises en garde et Précautions d'emploi), agitation, anxiété
Peu fréquent	Confusion
Rare	Irritabilité, hostilité, hallucinations, dépersonnalisation, rêves anormaux, notamment cauchemars
Très rare	Délires, idées paranoïdes, nervosité, agressivité
Non connue	Idées suicidaires et comportement suicidaire ^{***} , psychose
Affections du système nerveux	
Fréquent	Tremblements, troubles de la concentration, céphalées, vertiges, troubles du goût
Rare	Crises convulsives (voir ci-dessous) ^{**} , dystonie, ataxie, syndrome parkinsonien, troubles de la coordination, troubles de la mémoire, paresthésies, syncope

Bupropion ZYBAN LP® : effets indésirables (2)

La liste ci-dessous apporte des informations sur les effets indésirables identifiés au cours des essais cliniques, classés par système/organe et par incidence. Il est important de noter que le sevrage tabagique est fréquemment associé à des symptômes de sevrage en nicotine (exemple : agitation, insomnie, tremblements, sueurs), dont certains sont également identifiés comme des événements indésirables associés à Zyban LP.

La classification des effets indésirables selon leur fréquence utilise la convention suivante : très fréquent ($\geq 1/10$) ; fréquent ($\geq 1/100$, $<1/10$) ; peu fréquent ($\geq 1/1000$, $<1/100$) ; rare ($\geq 1/10\ 000$, $<1/1000$) ; très rare ($<1/10\ 000$) ; fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles).

<i>Affections oculaires</i>	
Peu fréquent	Troubles visuels
<i>Affections de l'oreille et du labyrinthe</i>	
Peu fréquent	Acouphènes
<i>Affections cardiaques</i>	
Peu fréquent	Tachycardie
Rare	Palpitations
<i>Affections vasculaires</i>	
Peu fréquent	Élévation de la pression artérielle (parfois sévère), bouffées vasomotrices
Rare	Vasodilatation, hypotension orthostatique
<i>Affections gastro-intestinales</i>	
Fréquent	Sécheresse de la bouche, troubles digestifs incluant nausées et vomissements, douleurs abdominales, constipation
<i>Affections hépatobiliaires</i>	
Rare	Élévation des enzymes hépatiques, ictere, hépatite
<i>Affections de la peau et du tissu sous-cutané</i>	
Fréquent	Éruption cutanée, prurit, sueurs
Rare	Des cas d'érythème polymorphe et de syndrome de Stevens-Johnson ont également été rapportés. Exacerbation d'un psoriasis
<i>Affections musculosquelettiques et systémiques</i>	
Rare	Contraction musculaire
<i>Affections du rein et des voies urinaires</i>	
Rare	Pollakiurie et/ou rétention urinaire
<i>Troubles généraux et anomalies au site d'administration</i>	
Fréquent	Fièvre
Peu fréquent	Douleur thoracique, asthénie

[Référence : Vidal 2015 RCP bupropion révisé le 05.01.15]

BIBLIOGRAPHIE (1)

Association Francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM)

[L'entretien motivationnel](http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/) [http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/] (en ligne)

- **Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I.**
Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice.
[Br J Clin Pharmacol. 2014 ;77:324-36.](#)
- **Balduyck B, Sardari Nia P, Cogen A, et al.**
The effect of smoking cessation on quality of life after lung cancer surgery.
[Eur J Cardiothorac Surg 2011;40:1432-7.](#)
- **Bertholon JF, Becquemin MH, Annesi-Maesano I, Dautzenberg B.**
Electronic cigarettes: a short review.
[Respiration. 2013;86 :433-8.](#)
- **Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H et al.**
Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial.
[Lancet. 2013; 16:1629-37.](#)
- **Deflandre E, Degey S, Jaucot J, Pichon G et al.**
Gestion anesthésique périopératoire du patient tabagique.
[Le Praticien en Anesthésie Réanimation 2009;13:200-206.](#)
- **Dresler CM, Gritz ER.**
Smoking, smoking cessation and the oncologist.
[Lung Cancer 2001;34:315-323.](#)
- **Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, et al.**
Efficacy of varenicline, an α - β 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release Bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial.
[JAMA. 2006 5;296:56-63. Erratum in: JAMA. 2006 20:1355.](#)

BIBLIOGRAPHIE (2)

- **Haute Autorité de Santé.**
Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode [*Recommandations pour la pratique clinique, octobre 2014.*](#)
- **Hill C.**
Tabagisme passif
[*BEH 2011; 20-21: 233-235*](#)
- **Institut National du Cancer.**
[*Plan Cancer 2014-2019.*](#)
- **Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, et al.**
Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial.
[*JAMA. 2014 ;312:155-61.*](#)
- **Martinet Y, Wirth N.**
À propos de l'interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie.
[*Rev Mal Respir. 2010 ;27:285-6.*](#)
- **Miller R, Rollnick S.**
L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement
2e éd., InterEdition, Paris, 2013, 433p.
- **Office Français de Prévention du Tabagisme.**
Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette.
[*OFT, mai 2013.*](#)
- **Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P.**
Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis.
[*BMJ 2010;340:b5569.*](#)

BIBLIOGRAPHIE (3)

- **Peppone LJ, Mustian KM, Morrow GR, Dozier AM et al.**
The effect of cigarette smoking on cancer treatment-related side effects.
[Oncologist 2011;16:1784-1792.](#)
- **Ruppert AM, Amrioui F, Gounant V, Wislez M et al.**
Smoking cessation therapy in thoracic oncology.
[Rev Mal Respir. 2013.;30:696-705.](#)
- **Reich M, Kotecki N**
Interactions médicamenteuses entre les psychotropes et les thérapies pharmacologiques en oncologie : quelles modalités de prescription ?
[Psycho-Oncol. 2015 : 9 : 249-266.](#)
- **Société Française d'Alcoologie.**
[Recommandations 2014 et Recommandations pour la pratique clinique 2013.](#)
- **Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, et al.**
Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis.
[BMJ. 2014;348:g1151.](#)
- **Underner M, Perriot J, Merson F, Peiffer G.**
Influence du tabagisme sur la qualité de vie des patients atteints de cancer bronchique.
[Rev Mal Respir 2015; 32: 586-98.](#)
- **Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Martinet Y.**
Tabagisme et maladies respiratoires.
[EMC - Pneumologie Elsevier Masson; 2009;6:1-20.](#)
- **Zigmond A.S., Snaith R.P.** Traduction française : J.F. Lépine
The Hospital Anxiety and Depression scale.
[Acta Psychiatr. Scand., 1983, 67, 361-370](#)