

Le tabac

"Dans les maladies rénales, lors de la dialyse et des transplantations, l'hypertension artérielle et les atteintes vasculaires (voir note) constituent toujours un élément important de pronostic. Même le tabagisme passif, c'est à dire l'exposition à la fumée des autres, constitue un facteur de risque de lésions vasculaires. L'entourage de tous les malades atteints de maladies rénales devrait être fermement averti de ce fait : fumer auprès de ces patients, même sur une courte période, aggrave leur risque vasculaire et peut être à l'origine d'accidents aigus, principalement coronariens.

Tous ces risques sont bien connus des cardiologues, angiologues, évidemment aussi des néphrologues. Alors que les premiers avec la Fédération Française de Cardiologie se sont engagés vigoureusement dans la lutte contre le tabagisme, la mobilisation des néphrologues commence à peine. Certes, l'arrêt du tabac est conseillé, mais les stratégies maintenant bien codifiées de motivation d'aide à l'arrêt ne sont que très rarement utilisées. Le résultat est que le tabagisme reste toujours présent chez les sujets souffrant de maladies rénales, chez les hémodialysés et, même paradoxe extrême, chez les transplantés rénaux. Ainsi, il y a une opposition frappante entre l'importance des procédés utilisés pour traiter et prolonger la vie de ces sujets, avec heureusement les résultats extraordinaires que nous connaissons et le fait que nous laissons persister un facteur aggravant considérable sans le prendre en charge. Il faut cesser d'avoir en ce domaine une attitude passive ; les moyens existent, les médecins doivent apprendre à les utiliser.

Le tabagisme est la principale cause de maladie et de mort dans le monde et dans notre pays. Au moins un tiers des cancers et 80% des broncho-pneumopathies chroniques obstructives conduisant à l'insuffisance respiratoire chronique sont liés au tabac. En association avec les autres facteurs de risque, le tabac est un des responsables des complications vasculaires. La mortalité globale est de près de 80.000 morts par an en France dans les années 2000.

Ces dangers sont maintenant parfaitement identifiés et connus de la majorité de la population, y compris des fumeurs. Le tabagisme devrait donc être la cause la plus facilement évitable de maladie et de mort : l'évolution montre que malheureusement il n'en est rien. Certes, depuis 1975, avec la loi Veil, puis la loi Evin et les campagnes d'informations et d'éducation sanitaire, la consommation de tabac a dans l'ensemble régressé, d'abord rapidement, puis de plus en plus lentement. Mais deux processus sont venus freiner cette évolution :

Le pourcentage de fumeurs à forte consommation a progressivement augmenté ; les "petits" fumeurs ont réussi à arrêter sans difficultés, mais les "gros" fumeurs ont le plus souvent échoué ou rechuté.

Le tabagisme commence de plus en plus tôt et reste très important : 50% des adolescents sont fumeurs entre 16 et 18 ans, avec un pourcentage pratiquement égal dans les deux sexes. Le tabagisme féminin rejoint ainsi progressivement celui de l'homme.

La connaissance du risque encouru avec le tabac n'a donc pas supprimé sa consommation. Même les victimes de l'intoxication tabagique sont encore nombreuses à continuer à fumer. Pourquoi les patients ayant eu un infarctus du myocarde et ayant alors abandonné la cigarette, rechutent-ils dans plus de 50% des cas dans les semaines ou les quelques mois suivant la sortie de l'hôpital ? Pourquoi des sujets hémodialysés ou transplantés rénaux continuent-ils à fumer dans un pourcentage important de cas ? Ces attitudes heurtent le bon sens et apparaissent incompréhensibles.

La raison de cette situation paradoxale est maintenant connue. Pendant longtemps l'usage du tabac a été considéré comme une simple habitude accompagnée de fortes composantes psychologiques et sociales ; la volonté devrait alors suffire pour la réussite du sevrage. Or il

n'en est rien. En 1988 aux Etats Unis, le Ministère de la Santé publiait un volume intitulé "Nicotine Addiction" ; les conclusions en étaient claires et précises :
Le tabac, et surtout la cigarette, induisent une dépendance.
La nicotine est la substance responsable de cette dépendance.
Les mécanismes comportementaux et pharmacologiques responsables de cette dépendance sont les mêmes que ceux de toutes les drogues : héroïne, cocaïne...

Les bases théoriques

Etre devenu dépendant au tabac, c'est fumer contre sa raison et contre sa volonté : toutes les victimes des maladies rénales savent que cela est dangereux et tous souhaiteraient arrêter, mais ne réussissent pas à le faire ou à essayer réellement de le faire.

La prise en charge médicale de la dépendance tabagique est différente des soins traditionnels : le fumeur joue un rôle essentiel dans la réussite ; le médecin apporte une aide. La conjonction patient-médecin constitue l'alliance thérapeutique. Pour avoir toutes les chances de réussite, il est indispensable que le fumeur puisse comprendre les causes et les mécanismes de la dépendance. Le responsable est maintenant connu : c'est la nicotine présente dans la feuille de tabac, seule plante en contenant en quantités importantes, soit 10 à 15 milligrammes par gramme de tabac séché.

La molécule de nicotine est semblable à celle d'une substance naturelle, l'acétylcholine, qui joue un rôle important dans tout l'organisme : elle intervient par exemple dans la régulation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, et surtout dans le contrôle de l'équilibre émotionnel et psychologique.

La nicotine remplace donc l'acétylcholine dans toutes ses actions, exactement comme une fausse clef peut ouvrir une serrure. Son absorption est différente suivant le mode de consommation du tabac : avec la cigarette, il y a inhalation de la fumée, absorption très rapide de la nicotine dans les poumons et fixation en moins de 10 secondes sur les divers organes, avec survenue immédiate de toutes les modifications pharmacologiques qu'elle provoque : l'accélération du pouls, l'élévation de la pression artérielle et surtout les effets psychologiques responsables de la dépendance. C'est une règle générale en psychologie comportementale : l'effet renforçateur est d'autant plus grand que l'intervalle entre le geste et la sensation est plus court et plus souvent renouvelé. Chaque bouffée de cigarette réalise un "shoot" de nicotine et exerce un effet renforçateur maximum ; ceci explique qu'en moins d'un siècle, la cigarette soit devenue le mode quasi exclusif de l'usage du tabac ; c'est également, hélas, le plus dangereux, car toutes les substances toxiques arrivent jusqu'aux poumons et pénètrent dans l'organisme.

Le tabagisme est un comportement entretenu et amplifié par une dépendance pharmacologique, dont la nicotine est responsable. Tout comportement est d'abord appris, puis peut être renforcé par deux types de mécanismes :

Il y a un renforcement positif si le comportement s'accompagne de sensations ressenties comme positives et gratifiantes. La nicotine, par ses propriétés psychoactives, est à l'origine des sensations que connaissent bien les fumeurs : plaisir, détente dans les moments agréables, stimulation lors d'un travail intellectuel difficile à réaliser, effet tranquilisant et antidépresseur dans les moments de stress. Par ailleurs, les actions sur le métabolisme général et l'appétit expliquent que la nicotine puisse servir à réguler le poids ; elle augmente les dépenses caloriques et elle se comporte comme un "coupe-faim" extrêmement efficace.

Dans une seconde période, après plusieurs années de tabagisme survient la dépendance physique. Le fumeur fume non seulement pour obtenir les sensations agréables liées à la nicotine, mais aussi pour éviter les sensations désagréables dues au manque, avec une pulsion irrésistible à refumer. C'est le renforcement négatif du comportement.

Le tabagisme, lorsqu'il est important, a comme toute dépendance une évolution chronique avec plusieurs stades successifs :

1. Après la phase d'initiation, certains sujets deviennent des consommateurs réguliers de cigarettes. Le premier stade est celui du fumeur "heureux". Il n'a aucune envie d'arrêter, pendant 5 à 20 ans, parfois plus ; la motivation à l'arrêt est un processus de maturation

progressif.

2. Survient ensuite le stade du fumeur indécis ; il pèse le "pour", toutes les sensations agréables de la cigarette et le "contre", les ennuis et les méfaits du tabac et l'installation progressive de la dépendance.

3. Puis vient le stade de la préparation pendant quelques semaines et celui de l'action avec l'arrêt.

4. La tentative d'arrêt est suivie d'une phase de consolidation. L'arrêt va être de durée variable, selon la nature et l'intensité des dépendances ; lorsque celles-ci sont importantes, les rechutes sont fréquentes.

Dans la population très hétérogène des fumeurs, il y a :

Les fumeurs à consommation faible, avec moins de 5 cigarettes par jour ; leur dépendance est purement comportementale.

Les fumeurs à dépendance comportementale et psychologique, entre 5 et 20 cigarettes par jour, mais parfois plus.

Les fumeurs ayant l'ensemble des dépendances, consommant plus de 20 cigarettes par jour, parfois 30 et plus ; chez eux le risque est majeur et ils vont connaître de grandes difficultés pour arrêter de fumer. L'association à d'autres conduites "addictives" comme l'alcool, le hachisch... est alors fréquente ; il s'y ajoute dans près de 50% des cas la coexistence d'états anxiodépressifs ; certains fumeurs utilisent inconsciemment la nicotine comme médicament psychotrope et le tabagisme est alors une auto-médication.

Il y a ainsi de très nombreuses catégories d'utilisateurs de tabac, avec toutes les combinaisons possibles suivant le stade évolutif, le degré de motivation, l'importance des dépendances et la présence de troubles psychologiques. Les stratégies d'aide à l'arrêt et les difficultés sont évidemment différentes dans les divers cas.

L'aide à l'arrêt du tabac

Que faut-il faire alors ? Certainement ne pas recourir à des "méthodes magiques", illusoire et parfois charlatanesques. Comme pour tout problème médical, il faut étudier les mécanismes et rechercher les raisons du tabagisme de chacun. Si l'on veut comprendre tant à l'échelon général qu'individuel ce problème, il est indispensable de connaître comment la nicotine agit sur le cerveau, d'observer les multiples effets qui en résultent et de savoir pourquoi elle est une substance "addictive", c'est-à-dire induisant une dépendance psychique et physique, selon la définition même de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les seules stratégies ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité sont :

Les approches comportementales et cognitives avec un suivi et un accompagnement prolongé.

Les traitements de substitution nicotinique sous forme de gomme ou de timbre, à condition que les doses soient adaptées aux besoins du fumeur en nicotine et que le traitement soit suffisamment prolongé.

Les nouveaux antidépresseurs indispensables en association, chaque fois qu'un état anxio-dépressif est présent. Certains d'entre eux tel le "bupropion", maintenant disponible en France, ont une action sur le besoin de fumer, indépendamment de tout état dépressif.

L'élément indispensable est la motivation et la décision personnelle du fumeur. Celle-ci est toujours le fruit d'une lente maturation à laquelle il est possible de contribuer, non pas par des interdits brutaux, mais par des conseils et le dialogue. A partir du moment où existe une complication du tabac, il est bien évident que l'arrêt est impératif. Mais "jamais la connaissance d'un risque ne suffit à elle seule à faire modifier un comportement". Ceci explique que malgré le risque couru et les incitations de l'entourage et des médecins, de nombreux fumeurs continuent à fumer : "Je voudrais bien arrêter, mais je n'en ai pas envie, aidez-moi", disent-ils souvent. En fait, tout dépend de l'intensité des dépendances et de la force de leur motivation

personnelle. Certains fumeurs bien motivés, dont la dépendance n'est pas trop forte, réussissent à arrêter seuls ou avec l'aide de telle ou telle "méthode" à effet purement "placebo", dont ils entretiennent la fallacieuse mais profitable notoriété. Dans les essais thérapeutiques, le pourcentage de succès des groupes "placebo" peut atteindre 40 à 60 %, lorsque la dépendance est faible ; mais il est moins de 10 % lorsque celle-ci est importante.

Or les fumeurs très dépendants qui ont le plus de mal à arrêter, sont ceux qui ont les plus fortes consommations et donc les plus grands risques. Pour eux, l'arrêt du tabac reste toujours difficile, car des troubles multiples peuvent se produire à l'arrêt en raison de la dépendance. Il faut alors éviter de recourir à des "méthodes" empiriques et non éprouvées, qui risquent en raison de leur échec de les décourager. Une aide médicale est maintenant possible et efficace, prenant en compte l'ensemble des dépendances comportementales, psychologiques et physiques, ainsi que les problèmes médicaux spécifiques, tels le poids, l'état vasculaire et surtout l'état psychopathologique qui se manifeste par de l'anxiété, de la dépression.

La dépendance physique est à l'origine des principales difficultés dans les jours et semaines suivant l'arrêt : sensation de besoin, pensée obsédante de la cigarette, nervosité, troubles du caractère ; le seul traitement ayant fait la preuve réelle de son efficacité sur ces diverses manifestations est le traitement de substitution nicotinique, la nicotine pouvant être administrée sous forme de timbres ou de gommes. En cas d'atteinte vasculaire et/ou d'hypertension artérielle, ce qui est souvent le cas dans toutes les maladies rénales chroniques, il est préférable d'essayer d'obtenir un arrêt sans apport de nicotine en recourant aux conseils généraux et aux stratégies comportementales et dans un avenir proche au "bupropion", lorsque son utilisation en cas d'insuffisance rénale ou de traitement immunodépresseur aura été codifiée.

Toutefois si la dépendance physique est intense, cela s'avère souvent très difficile au delà de quelques jours. Le recours au traitement de substitution nicotinique est alors nécessaire, tout en n'administrant pas plus de nicotine que l'ex-fumeur n'en absorbait avec ses cigarettes. C'est maintenant possible en évaluant le degré de dépendance grâce au test de Fagerström (tableau I) et en mesurant le taux de la nicotine et de ses dérivés telle la cotinine sérique ou salivaire, indice de la quantité de nicotine absorbée par le fumeur. En fonction des résultats de ce dosage, il est alors possible de donner une dose de nicotine suffisante, mais inférieure à celle absorbée par l'ex-fumeur avec ses cigarettes. L'avantage immédiat est très grand : moindre quantité de nicotine et surtout suppression immédiate des goudrons et de l'oxyde de carbone, le CO ; celui-ci prend la place de l'oxygène et entraîne une moins bonne oxygénation des tissus, élément dramatique pour le muscle cardiaque, car facteur d'infarctus du myocarde. Il n'y a donc pas de contre-indications à l'emploi du traitement de substitution nicotinique, mais nécessité impérative de respecter certaines précautions. Ce traitement doit absolument être conduit sous contrôle médical et si possible avec surveillance des taux de cotinine, de façon à adapter les doses au cours de l'évolution.

Tableau I : Test de dépendance à la nicotine (d'après Fagerström)

1. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

| moins de 5 minutes 3

| 31 à 60 minutes 2

| 6 à 30 minutes 1

| après 60 minutes 0

2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits?

| oui 1

| non 0

**3. Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?
laquelle aimeriez-vous le moins abandonner ?**

- | la première 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 de façon plus rapprochée
dans la première heure après le réveil
que pendant le reste de la journée ?**

- | oui 1
- | non 0

**6. Fumez-vous même si une maladie
vous oblige à rester au lit ?**

- | oui 1
- | non 0

**Quelle est la marque de vos cigarettes ?
Quel est le taux en nicotine ?**

Interprétation

- 0-2 : pas de dépendance
- 3-4 : dépendance faible
- 5-6 : dépendance moyenne
- 7-8 : dépendance forte
- 9-10 : dépendance très forte

La prévention des rechutes

Une fois l'arrêt obtenu, un pas important a été franchi, mais les rechutes sont relativement fréquentes. L'envie de fumer peut resurgir dans de nombreuses circonstances et être liée à plusieurs mécanismes :

Le besoin physique, témoin du manque de nicotine ; en règle général il s'atténue progressivement au fil des semaines et des mois et il peut être complètement jugulé par le traitement de substitution nicotinique, à condition que la dose prescrite soit suffisante et qu'elle soit ensuite lentement réduite sur plusieurs semaines ou mois.

Des facteurs psychologiques liés au souvenir des propriétés psychoactives de la nicotine. Tous ces éléments peuvent intervenir pendant et surtout après la fin du traitement de substitution. Il faut les analyser au cas par cas, utiliser les psychothérapies comportementales, le soutien psychologique et éventuellement des médicaments. L'expérience montre qu'un suivi sur plusieurs mois est toujours indispensable pour assurer un arrêt aussi prolongé que possible.

Dans certains cas, des états

anxio-dépressifs sont présents et sont alors un facteur de rechute. Ils doivent donc être dépistés et traités.

L'environnement : c'est peut-être l'élément le plus difficile à contrôler. Pendant très longtemps, surtout dans les premiers mois de l'arrêt, l'ex-fumeur sera très sensible à la présence de fumeurs à ses côtés, surtout si celle-ci est répétée. Dans un couple ou une famille, il est

essentiel que tous les fumeurs cessent simultanément ou tout au moins ne fument pas en présence de celui qui est en cours de sevrage. Il faut aussi tenir compte de l'environnement professionnel théoriquement protégé par la loi Evin, loi encore trop peu ou mal appliquée. Enfin, il y a l'environnement occasionnel : réunions amicales ou familiales, repas copieusement arrosés, et surtout la présence d'autres fumeurs. L'envie de fumer peut alors réapparaître des semaines, des mois, voire des années après l'arrêt. Une seule cigarette peut faire repartir le processus. L'environnement des patients atteints de maladies rénales chroniques doit impérativement être non fumeur.

Une éventualité relativement fréquente et difficile à régler, est celle du fumeur qui a dû être hospitalisé pour des complications ou une intervention chirurgicale. Dans la majorité des cas, coupé de son environnement habituel, avec le choc psychologique de l'hospitalisation, celui-ci cesse de fumer. L'expérience montre que l'arrêt ainsi brutalement obtenu est prolongé, dans environ la moitié des cas ; mais pour l'autre moitié, malgré les risques connus et annoncés, il y a rechute à plus ou moins long terme.

L'arrêt du tabac est toujours indispensable au cours des maladies rénales chroniques. Laisser un tel malade continuer à fumer sans tenter d'intervenir peut être considéré comme "non assistance à personne en danger ". Mais en ce domaine les attitudes répressives sont sans effet, voire même aggravantes. Il est indispensable de dialoguer avec empathie et compréhension, en évitant la confrontation et les attitudes moralisatrices. Des stratégies existent maintenant pour susciter et augmenter la motivation à l'arrêt, pour rechercher les causes psychologiques du tabagisme de chacun.

C'est un processus long et difficile qui nécessite un environnement et un soutien prolongé. Chaque fois que des difficultés surgissent, ces patients doivent faire appel à une aide médicale appropriée et spécifique à chaque fumeur, en tenant compte des caractéristiques du comportement tabagique différent d'un fumeur à l'autre. Il n'y a pas de "potion magique" pour arrêter de fumer. Votre médecin peut et doit vous aider, en vous conseillant dans les cas difficiles le recours à ces nouveaux spécialistes que sont les tabacologues.

Ouvrages à consulter

Lagrue G. Arrêter de fumer ? 1 volume, Paris, Odile Jacob, 2.000 (2ème édition).
(les droits d'auteur sont attribués à la recherche)

Reynaud M., Parquet PH.J., Lagrue G. Les pratiques addictives, 1 volume, Paris, Odile Jacob, 1999.

Roques B. Rapport sur la dangerosité des drogues, 1 volume, Paris, Odile Jacob, 1999

Le professeur Gilbert Lagrue

Spécialiste des maladies vasculaires, il se consacre depuis plus de 10 ans aux problèmes de la dépendance tabagique. Il a créé l'un des premiers centres d'aide à l'arrêt du tabac. Rappelons que le professeur Lagrue est un néphrologue : il a dirigé pendant près de vingt ans le service de Néphrologie de l'hôpital Henri Mondor à Créteil.

NdIE. Quels sont les risques cardio-vasculaires pour un fumeur ?

Le tabac, en attaquant les vaisseaux et le coeur, provoque plusieurs types de lésions. D'abord il augmente la tension artérielle et accélère le pouls, puis il encrasse et durcit les artères, favorisant l'apparition de plaques d'athérome. Le sang circule moins vite et devient hypercoagulable, produisant la formation de caillots qui peuvent boucher brusquement les artères. C'est ainsi qu'il provoque des accidents cérébro-vasculaires, tels attaques, infarctus, hémorragies, deux fois plus fréquents chez le fumeur que chez le non-fumeur.

L'obstruction des artères concerne aussi l'aorte abdominale avec un risque d'impuissance chez l'homme, les vaisseaux qui irriguent les organes sexuels provenant de cette zone.

Les artères des membres inférieurs sont également fréquemment endommagées. Quatre-vingt dix pour cent des patients qui souffrent d'artérite sont de gros fumeurs.

Enfin, la nicotine cause des troubles du rythme cardiaque entraînant, lorsque le tabac est associé à d'autres facteurs de risque, infarctus du myocarde et mort subite.

Au cours de leur évolution toutes les maladies rénales peuvent s'accompagner de complications vasculaires et sont donc aggravées par le tabagisme.

L'arrêt du tabac doit être un objectif prioritaire et faire partie intégrante de la prise en charge des patients ayant une maladie rénale chronique.

Les livrets AIRG

Les livrets sont conçus comme une aide destinée aux patients atteints de maladies rénales héréditaires et à leurs familles. Ils ont pour but d'apporter des informations médicales sur une maladie donnée, des informations sur la génétique, des informations sur les progrès thérapeutiques.

Il est clair que chaque livret ne peut donner un panorama exhaustif de la totalité des symptômes. Les manifestations d'une maladie ne sont pas toutes identiques d'une famille à l'autre et d'une personne à l'autre dans une même famille.

Les maladies rénales se vivent dans la durée et comportent des étapes différentes que chacun sera amené à gérer en fonction de son contexte, de son histoire familiale, de son histoire personnelle.

Au total, ces livrets se veulent être une base pour entamer un dialogue entre le patient, sa famille et le médecin qui établit le diagnostic.

Livrets édités

La polykystose rénale dominante autosomique.

Le syndrome d'Alport.

La cystinose.

La maladie de Fabry.