

Syndromes coronaires aigus et tabac : prise en charge spécifique en cardiologie, au décours d'un syndrome coronarien aigu

Dr Béatrice Le Maitre

Introduction

- **Le tabagisme est un facteur de risque essentiel et souvent isolé des accidents coronariens aigus du sujet jeune. 80 % des victimes d'infarctus avant 45 ans sont des fumeurs. Entre 30 et 49 ans, le risque d'infarctus du myocarde chez le fumeur est multiplié par cinq.**

- Autre facteur essentiel : il n'existe pas de seuil d'intoxication en-dessous duquel le risque n'existerait pas ; ce risque existe même pour des sujets non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée de tabac environnementale (tabagisme passif).

La fumée de tabac est un aérosol dynamique constitué de plus de 4000 composés chimiques. Le risque vasculaire est essentiellement lié à l'inhalation de monoxyde de carbone (CO : tabagisme actif, mais aussi tabagisme passif) ; secondairement, l'effet vasoconstricteur de la nicotine gazeuse inhalée par le fumeur lors du tabagisme, est également dommageable.

- A l'inverse, l'arrêt total de toute consommation de tabac et/ou la suppression de l'exposition régulière à la fumée de tabac environnementale, peut rapidement apporter une protection vis-à-vis des accidents coronariens¹. Les bénéfices de l'arrêt de toute consommation de tabac sont confirmés à tous les stades de la maladie coronaire². Après un infarctus, le sevrage tabagique est un des principaux facteurs de diminution du risque de récurrence ou de décès³. Après 1 année d'abstinence tabagique, le risque de faire un nouvel accident coronarien baisse de 50 %⁴ ; à 15 ans, le risque coronarien lié au tabagisme disparaît⁵.

- Dans le cadre de la maladie coronaire, le tabagisme est le facteur de risque dont la prise en charge bénéficie du meilleur rapport coût / bénéfice parmi toutes les actions de prévention cardiovasculaire, incluant les traitements médicamenteux. C'est aussi le facteur de risque dont, jusqu'à ce jour, la prise en charge médicale était la plus insuffisante.

A l'occasion d'un événement coronarien aigu, l'arrêt du tabac est souvent annoncée comme évident par le patient. Cependant, le contexte de sevrage tabagique, après syndrome coronaire aigu est bien particulier. Sans suivi spécifique, plus de la moitié des patients fumeurs auront repris leur tabagisme dans les six mois. Cardiologue et médecin généraliste, amenés à revoir le patient après l'hospitalisation doivent tout mettre en place pour éviter une reprise du tabagisme. L'orientation vers une consultation de tabacologie sera nécessaire pour les fumeurs les plus dépendants.

- Il s'agit assez souvent un fumeur de longue date, avouant avoir beaucoup de plaisir à fumer, avec un profil comportemental de type A (impatience, hostilité, esprit compétitif, ambition...). Profil qui, conjugué à une forte dépendance, peut rapidement conduire à une reprise de tabac, en l'absence d'un traitement efficace et d'un suivi régulier : la peur ressentie lors de l'accident aigu diminue avec le temps, et le souvenir du plaisir immédiat obtenu en fumant une cigarette refait surface à grands pas.

¹ Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease (Cochrane Review) ; From *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd.

² Van Berkel TFM, Boersma H., Roos-Hesseling JW., Erdman RAM, Simmons ML. Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J* ; 1999 ; 20 : 1773-82.

³ Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction : meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 (7) : 939-44

⁴ Aberg A, Bergstrand R, Johansson S et al. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *Br Heart J* 1983 ; 49 : 416-22.

⁵ UDSHHS 1990 http://sgreports.nlm.nih.gov/NN/B/B/C/T/_/nnbct.pdf

• La décision d'arrêt, au décours d'un accident coronarien, n'a pas été prise par le fumeur ; c'est l'accident coronarien qui a décidé pour lui. Le fumeur est placé, par la maladie, devant une obligation d'arrêt de sa consommation de tabac. La motivation à l'arrêt est souvent peu importante, même quand, au décours de l'accident aigu, le patient affirme « *De toutes façons, c'est fini, je ne fume plus...j'ai eu trop peur...* », « *Je n'ai pas fumé depuis 3 jours...Je n'ai pas besoin de traitement...* ». Il ne faut pas se contenter de ces déclarations. Un arrêt de courte durée, apparemment « facile » au décours immédiat d'un accident aigu, ne préjuge pas d'une abstinence durable.

Prise en charge spécifique du patient fumeur au décours d'un accident coronarien.

Critère 1 – Evaluer et mesurer la dépendance physique

L'interrogation sur les habitudes tabagiques du patient doit être faite de façon systématique, dès l'arrivée du patient, une fois passée l'urgence des premiers soins. Le test de Fagerström⁶, fait et commenté avec le patient, permet d'évaluer le niveau de dépendance physique à la nicotine du patient.

Le test de Fagerström en six points sera l'occasion d'un véritable dialogue avec le patient sur ses habitudes tabagiques. Deux questions sont particulièrement importantes, qui constituent le test de Fagerström simplifié : question 1 - A quel moment après le réveil fumez-vous – ou avez-vous envie - votre première cigarette –? et question 4 – Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour ?

Pour les fumeurs de cigarillos, de cigares ou de tabac à rouler, le nombre sera rapporté en équivalent-cigarettes.

Ce test servira d'indicateur pour évaluer le dosage de la substitution nicotinique.

Critère 2 - Rechercher l'histoire du tabagisme

L'entretien fera préciser au fumeur l'âge du début du tabagisme régulier et les modalités des éventuelles tentatives d'arrêt antérieures (cause des rechutes ?).

Cette recherche est essentielle et permet de mieux cerner le profil, les motivations et les freins à l'arrêt du fumeur.

Critère 3 - Evaluation du profil psychologique.

La recherche d'un état anxio- dépressif sera systématiquement faite. L'outil le plus utilisé est l'auto-questionnaire H.A.D. (Hospital Anxiety Depression). Une co-addiction (alcool, cannabis, autre produit) sera également recherchée.

En présence d'un contexte anxio-dépressif retrouvé lors du bilan de la dépendance tabagique ou se manifestant au décours de l'arrêt du tabac, un traitement par IRS devra être institué et poursuivi suffisamment longtemps. Un suivi psychologique pourra être conseillé. Chez les patients coronariens, la dépression constitue un facteur de risque pronostique indépendant.

Critère 4 - Recueil d'informations sur l'existence d'un environnement fumeur.

On devra s'attacher à connaître l'existence d'un environnement fumeur régulier au domicile et/ ou au travail.

En cas de réponse positive, qu'il s'agisse du domicile ou du travail, une information devra être donnée sur la dangerosité de l'exposition fréquente à la fumée de tabac. Cette information sera donnée en présence des proches, en cas d'exposition au domicile, incitant à supprimer cette source d'exposition. Ce conseil pourra être mentionné sur une ordonnance remise directement au patient à la sortie.

Critère 5 - Mise en place d'un traitement nicotinique substitutif.

Dès la sortie de l'unité de soins intensifs, au décours immédiat d'un infarctus, un traitement nicotinique substitutif pourra être mis en place, à dose suffisante pour éviter tout symptômes de sevrage. Le traitement sera évalué en cours d'hospitalisation, **selon un protocole pre-établi** (les services de cardiologie et de réanimation cardiologique doivent disposer de substituts nicotiniques et d'un protocole de prescription).

⁶ Heatherton T, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence : a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Brit J Addiction 1991 ; 86 : 1119-27.

Il n'existe plus aucune contre indication cardiovasculaire à la prescription de substituts nicotiques au décours immédiat d'un accident coronarien aigu (Afssaps, mai 2003): « *les substituts nicotiques sont bien tolérés chez les patients coronariens et n'entraînent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de trouble du rythme (Niveau de preuve II). Les substituts nicotiques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs (Grade B)* ».

L'association patch et forme orale pourra être proposée, pour un sevrage sur mesure .

L'efficacité et la très bonne tolérance des substituts nicotiques chez les patients coronariens ont été largement démontrées⁷, même en cas d'abstinence partielle. Cependant, de nombreuses réticences existent encore chez de nombreux médecins et les substituts nicotiques sont encore très insuffisamment prescrits et utilisés chez des patients coronariens.

Si l'arrêt total de toute consommation de tabac est toujours l'objectif à rechercher, la réduction de la consommation avec utilisation conjointe de substituts nicotiques (évitant toute compensation dans la façon de fumer) sera une solution à choisir, dans un premier temps, pour les fumeurs les plus « récalcitrants » qui refusent à priori l'idée d'un arrêt total. Les gommes à mâcher nicotiques, les comprimés à sucer et l'inhalateur ont aujourd'hui l'indication « Réduction de la consommation ».

Critère 6 – Prévoir le suivi du sevrage tabagique.

Un rendez-vous sera pris, avant la sortie, dans une consultation de tabacologie (suivi indispensable sur plusieurs mois), tandis qu'une ordonnance portant mention du traitement institué, de l'importance de l'arrêt du tabac et de l'importance de la non exposition régulière à des atmosphères polluées par la fumée de tabac, sera remise en main propre au patient.

Le suivi prolongé, sur plusieurs mois, du sevrage tabagique par le médecin ou le tabacologue est indispensable chez ces patients, placés devant une obligation d'arrêt , alors qu'ils ne s'y étaient pas préparés.

Même en cas de reprise partielle du tabac, les substituts nicotiques devront être poursuivis , sous peine de reprise de la consommation au niveau antérieur. La réduction du tabagisme, avec substituts nicotiques, s'accompagne obligatoirement d'une moindre inhalation de fumée (en particulier moins de CO), le fumeur ne compensant pas par une façon plus intense de fumer. Ce faisant, il doit être aidé à se préparer, graduellement, à un arrêt total, la réduction de la consommation avec substituts ne pouvant être, en aucun cas, un but en soi.

Le bupropion et la varénicline pourront également être prescrits chez ces patients : il n'existe aucune contre indication cardiovasculaire pour ces traitements.

Une thérapie cognitive et comportementale pourra également être conseillée, soit seule soit en accompagnement du traitement d'aide à l'arrêt.

Conclusion

L'accident coronarien aigu, avec ou sans décalage de ST, chez un patient fumeur, est un signal fort pour l'arrêt du tabac, qui ne doit être ni négligé ni sous-estimé.

Le sevrage tabagique doit faire partie des mesures prioritaires chez les patients coronariens, avec mise en place d'un traitement efficace de la dépendance.

C'est seulement au prix d'un suivi prolongé, si nécessaire dans une consultation de tabacologie, que les rechutes, à court et moyen terme, pourront être évitées et que le risque de nouvel accident s'éloignera.

⁷ Mahmarián JJ, Moyle LA, Nasser GA et al. Nicotine patch therapy in smoking cessation reduces the extent of exercise induced myocardial ischemia. J Am Coll Cardiol 1997 ; 30 : 125-30