

4 COMMENT TRAITER ?

4.1 Les objectifs du traitement

Le but du traitement est l'abstinence totale à long terme. Dans les études cliniques, cette abstinence peut être mesurée comme l'abstinence totale depuis la mise en route du traitement ou comme l'abstinence mesurée ponctuellement. Dans ce dernier cas, le sujet est considéré comme abstinent s'il n'a pas fumé la dernière semaine avant l'évaluation. Ce critère est un critère moins sévère que l'abstinence totale : il permet, en effet, de garder dans le groupe des sujets abstinents des sujets n'ayant, par exemple, fumé qu'une cigarette dans la première semaine de traitement.

Il existe actuellement un débat sur l'utilité de préconiser une abstinence partielle dans le cadre de la réduction du risque tabagique. Dans ce cas, le but du traitement ne serait pas d'obtenir une abstinence totale mais simplement une diminution de la consommation tabagique. Cette stratégie a été proposée pour des sujets qui sont dans l'impossibilité d'obtenir une abstinence totale. La Lung Health Study a montré l'utilité de l'abstinence partielle sur la fonction respiratoire dans une population de patients atteints de BPCO [7, 17, 18]. Ce résultat a également été confirmé par Bolliger en Suisse. Il n'y a pas d'information sur la relation abstinence partielle et cancer. Il n'y a pas de données montrant une efficacité sur la morbi-mortalité de l'abstinence partielle chez des patients atteints de troubles cardiovasculaires. Toutefois, des données montrent qu'en cas de coronaropathie ou d'artérite des membres inférieurs, cette stratégie d'abstinence partielle permet d'améliorer des marqueurs intermédiaires comme le HDL-cholestérol ou le LDL-cholestérol. Le but étant la réduction des risques, la simple diminution du nombre de cigarettes fumées pourrait constituer un objectif satisfaisant chez les sujets très fortement dépendants incapables d'un sevrage complet [19]. Cette notion est néanmoins sujet à débat. Le bénéfice pour la santé d'une telle démarche n'est pas encore clairement démontré et, de plus, cet objectif pourrait être considéré par de nombreux patients comme une solution de facilité et diminuerait leur motivation à s'arrêter totalement. Le tabagisme occasionnel entraîne une augmentation de la mortalité chez les hommes [20].

Il existe également un débat sur l'opportunité de poursuivre les traitements du sevrage tabagique à long terme afin d'éviter la rechute. Ainsi, certaines études suggèrent que l'utilisation des substituts nicotiques et du bupropion LP à long terme pourrait permettre de maintenir l'abstinence [21]. Toutefois, ces travaux reposent sur des effectifs faibles et ne sont pas suffisamment démonstratifs à l'heure actuelle.

4.2 Qui doit traiter ?

Le nombre de patients dépendants au tabac est tel que seule une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé pourra être efficace. Tous doivent constituer une chaîne dont chaque maillon compte, dans la synergie et la complémentarité des compétences. Tout praticien en première ligne, qu'il soit pharmacien, médecin généraliste ou spécialiste, sage-femme, chirurgien dentiste, infirmière ou d'une autre profession paramédicale devrait, en fonction de ses possibilités matérielles (facteur temps) et de ses acquisitions professionnelles, soit, au delà du conseil minimal, prendre lui-même en charge le suivi, soit orienter vers un praticien ayant acquis une compétence dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Le médecin généraliste doit jouer un rôle de premier plan. Leur nombre et leur proximité avec les patients permettent de toucher un grand nombre de fumeurs. Dans une perspective de santé publique, le conseil minimal doit être systématisé. Une aide pour l'aide à l'arrêt devrait être également proposée. Des médecins généralistes ont pu suivre une formation par l'intermédiaire du programme NICOMEDE (géré par la Ligue nationale contre le cancer avec le soutien de la direction générale de la santé) ou de la FMC. L'utilisation d'auto-questionnaires, tels ceux édités par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), permet ainsi un suivi dans un minimum de temps.

Les pharmaciens ont également un rôle central à jouer. Depuis que les substituts nicotiques sont disponibles sans prescription médicale, l'accessibilité des traitements a été significativement facilitée. Des pharmaciens sont formés et impliqués dans la sensibilisation, le dépistage, la mise en place, la conduite, l'accompagnement et le suivi des fumeurs. Cette implication a déjà généré un phénomène de prescription importante et doit être poursuivie.

Les médecins spécialistes qui rencontrent un patient fumeur doivent également s'impliquer, sans attendre que le patient souffre d'une maladie liée au tabac.

Les sages-femmes peuvent également s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac des femmes enceintes fumeuses et aider celles qui s'arrêtent à prévenir la reprise post-partum. Il existe ainsi un programme de formation auquel l'Ordre des sages-femmes a participé (NICOMATER), un groupe de travail sur les maternités réuni par le Réseau hôpital sans tabac et un dépliant qui leur est destiné, édité notamment par l'OFT.

Les infirmières peuvent de part leur proximité avec les patients jouer un rôle actif dans l'arrêt du tabac. Une récente méta-analyse portant sur 16 essais randomisés avec un suivi d'au moins 6 mois a montré que le conseil des infirmières est une intervention qui peut être efficace [21bis]. En France, elles sont de plus en plus nombreuses à se former au sevrage tabagique, notamment dans les formations diplômantes (DIU, DU), et à contribuer à l'offre de soins aux fumeurs dépendants, en particulier dans les consultations de tabacologie hospitalières.

Recommandations : L'ensemble des professionnels de santé en contact avec des fumeurs (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes...) doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac (Accord professionnel).

Lorsque cette prise en charge initiale n'est pas opérante, une aide à l'arrêt du tabac doit être apportée par des médecins généralistes ou spécialistes ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac (Accord professionnel).

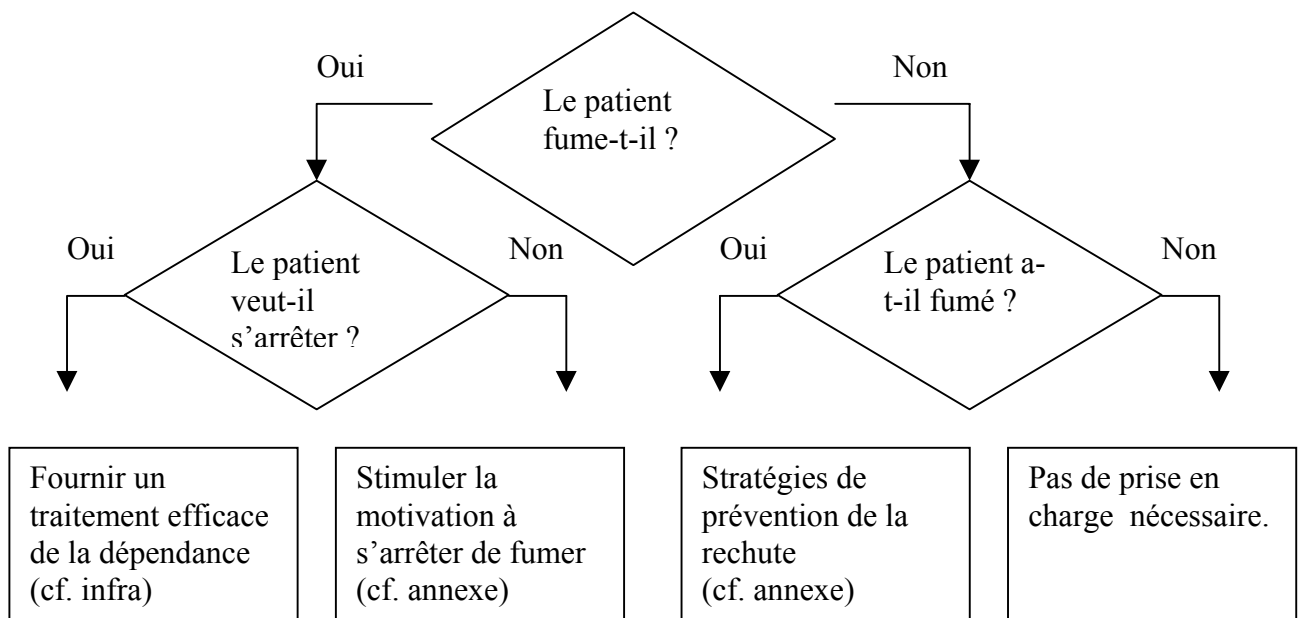
En cas d'échec de la prise en charge par ces médecins, le patient sera orienté vers un centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions (Accord professionnel).

4.3 Evaluation clinique du sujet fumeur

4.3.1 Evaluer la position du sujet face au tabagisme

Cette première étape est essentielle pour fournir une prise en charge adaptée. L'arbre décisionnel est reproduit dans l'algorithme de prise en charge du sujet fumeur [22].

Algorithme de prise en charge d'un sujet fumeur [22] :



Pour un patient qui ne souhaite pas faire une tentative d'arrêt

Environ 40 % des fumeurs n'envisagent pas d'arrêter. Dans ce cas le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal conseillant au sujet de s'arrêter. Ce simple conseil minimal de la part d'un professionnel de santé au cours d'une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois (Niveau de preuve = I). Tous les professionnels de santé devraient fournir ce conseil minimal au patient fumeur. Il est également utile d'augmenter la motivation du sujet à s'arrêter de fumer.

Dans ce but, plusieurs stratégies sont efficaces (cf. annexe). Il apparaît que l'effet sur la motivation est le plus fort quand le professionnel de santé emploie une attitude empathique, favorise l'autonomie du patient en lui proposant un choix entre plusieurs options, évite les arguments d'autorité et favorise le sentiment d'efficacité personnelle du patient en insistant par exemple sur certains comportements que le patient a pu modifier avec succès dans le passé [1].

Pour un patient qui souhaite s'arrêter

Ce type de patient correspond aux sujets visés par cette recommandation de bonne pratique. La démarche à suivre est expliquée ci-dessous. Après avoir effectué une anamnèse complète évaluant notamment la présence de co-dépendances ou de troubles anxio-dépressifs associés, le praticien doit proposer un traitement efficace de la dépendance tabagique chez les patients fortement ou moyennement dépendants. Deux phases très différentes se distinguent dans la prise en charge. La première consiste à instaurer le sevrage avec notamment des traitements pharmacologiques chez les patients fortement ou moyennement dépendants ou une prise en charge cognitivo-comportementale. Les meilleurs taux de succès étant obtenus en combinant les deux stratégies. La deuxième phase, qui est plus longue, a pour but d'aider le patient à maintenir son abstinence et utilise les stratégies de prévention de la rechute.

Pour un patient qui s'est arrêté récemment

En raison de la nature chronique de la dépendance tabagique, chaque professionnel de santé qui rencontre un sujet ayant récemment arrêté de fumer devrait lui fournir une aide afin d'éviter la rechute. La prévention de la rechute est utile dès le début de l'arrêt car c'est à ce moment que surviennent beaucoup de rechutes. C'est pourquoi chaque patient doit être félicité de façon systématique pour chaque succès obtenu. Il faut également encourager fortement le maintien

de l'abstinence. Il est utile d'avoir une discussion active avec le patient sur les bénéfices obtenus par l'arrêt, sur les succès qu'il a obtenus lors de sa tentative de sevrage (par exemple, sur la durée de l'abstinence, sur la gestion du syndrome de sevrage) et sur les difficultés qu'il a rencontrées. Il est utile d'envisager et d'anticiper les causes potentielles de rechute : survenue d'un syndrome dépressif, prise de poids, difficulté de gestion de la consommation d'alcool, attitude face aux proches qui fument à domicile, cigarette 'test' que certains patients fument (pour vérifier si l'effet est le même ou parce qu'ils croient pouvoir résister à la dépendance après une abstinence, pourtant assez brève). Les stratégies de prévention de la rechute doivent être adaptées individuellement en fonction des échecs antérieurs (cf. annexe).

La prise en charge doit être poursuivie au moins sur une durée d'un an car la rechute peut survenir des mois ou des années après l'arrêt. Les stratégies de prévention de la rechute d'intensité brève devraient être données de façon systématique. Certains patients nécessitent des interventions plus structurées qui sont en général développées dans les centres de tabacologie et qui sont apportées spécifiquement à des sujets qui n'arrivent pas à maintenir leur abstinence. Le soutien peut s'effectuer dans le cadre d'un suivi individuel ou par des programmes de groupe.

Recommandations : Un suivi prolongé des patients tabagiques sevrés s'impose toujours (Grade A). La prise en charge doit être poursuivie sur une durée d'au moins six mois. Il est recommandé d'analyser les causes de la rechute afin d'adapter la stratégie de prévention des rechutes futures (Accord professionnel).

En cas de rechute, un soutien psychologique prolongé associé à une thérapie comportementale et cognitive est recommandé. Une reprise ou la

prolongation du traitement pharmacologique de substitution nicotinique peut s'avérer nécessaire en cas de rechute après un sevrage réussi.

4.3.2 Diagnostiquer la dépendance

Recommandations : Le questionnaire de référence pour évaluer la dépendance tabagique est l'auto-questionnaire de Fagerström en 6 points (Grade A), mais avec la possibilité d'utiliser un test simplifié en 2 questions lors de l'interrogatoire pour plus de facilité (questions 1 et 4) (Accord professionnel).

4.3.3 Définir l'histoire du comportement tabagique

Il faut repérer les raisons pour lesquelles le sujet a initié sa consommation tabagique et les effets bénéfiques que le patient en retire. Il est utile de faire préciser la quantité fumée. Mais surtout le mode de consommation : dans quelles circonstances le tabac est consommé, quels sont les éléments (réunions, amis...) ou les facteurs (alcool, émotions...) qui déclenchent la prise de cigarettes. Pour avoir une idée claire, il peut être utile de faire remplir au patient un tableau de bord sur lequel il décrit pendant quelques semaines sa consommation de tabac. Une grande majorité des sujets effectuant une tentative d'arrêt ont déjà essayé dans le passé. Il est utile de préciser avec le patient quels enseignements ont été tirés des tentatives précédentes et quelles ont été les causes de l'échec. La survenue d'un trouble anxio-dépressif ou d'un syndrome de sevrage particulièrement intense sont à rechercher de façon systématique. Il est utile de faire préciser au patient quels traitements ont été utilisés dans le passé et si l'observance (« *compliance* ») a été bonne. Il est utile de préciser la dose et la durée, l'échec pouvant être lié à un sous-dosage ou à un traitement de durée trop brève. La présence de fumeurs dans l'entourage est à rechercher car c'est un facteur prédictif de la rechute. Il est utile de savoir si les proches du sujet ont déjà fait une tentative d'arrêt et s'ils sont prêts à entreprendre une tentative conjointe avec le sujet. Il faut interroger le patient sur ces préférences par rapport au traitement et s'il a déjà prévu une date d'arrêt. Ces éléments devant être pris en compte lors du choix du traitement.

4.3.4 Les marqueurs biologiques

Les marqueurs biologiques sont utilisés en pratique courante pour le contrôle de l'abstinence, en complément de la déclaration des personnes. Leur utilisation a été proposée pour évaluer le niveau de dépendance. Ainsi, un taux de cotinine plasmatique supérieur à 50 ng/ml peut être considéré comme un reflet de dépendance tabagique forte. Ils sont utilisés en recherche dans les essais thérapeutiques pour le contrôle de l'abstinence et également pour l'évaluation du tabagisme passif.

- Nicotine et cotinine

La nicotine et la cotinine, son principal métabolite, peuvent être mesurés dans le sang, la salive ou l'urine [23-25]. Les taux de nicotine reflètent la consommation de tabac des heures

précédentes alors que ceux de la cotinine reflètent les apports de nicotine des 2 à 3 jours précédents et reflète mieux la quantité réelle de nicotine absorbée par le fumeur. Le dosage de la cotinine a été proposé pour aider au choix de la dose de substitut nicotinique à utiliser. Toutefois, l'utilité de ce dosage n'est pas encore démontrée [26]. Le dosage de la cotinine sérique et salivaire semble plus précis que le dosage de la cotinine urinaire. Les différentes méthodes de dosage sont la chromatographie, des réactions immunochimiques ou colorimétriques. Cette dernière technique est moins coûteuse mais elle est moins spécifique car elle dose l'ensemble des métabolites de la nicotine.

Recommandations : Le dosage de la cotinine est réservé à la recherche, aux centres spécialisés et aux services hospitaliers (Accord professionnel).

- Le monoxyde de carbone (CO)

Il est facilement mesuré dans l'air expiré par un analyseur de CO. Il reflète la consommation tabagique des heures précédentes. Son utilité résulte de sa facilité de mesure. Il peut être utilisé pour vérifier l'abstinence chez un sujet qui utilise des substituts nicotiniques. La normale est inférieure à 6 ppm. Un sujet qui inhale la fumée présente des valeurs supérieures à 10 ppm et fréquemment de l'ordre de 20 à 30 ppm. Il existe plusieurs facteurs qui peuvent fausser la mesure, ce qui limite son utilisation. Sa valeur peut être surévaluée en cas de pollution (circulation des voies publique, cuisine, chauffage) ou en cas de tabagisme passif, mais parfois sous-évaluée (en cas d'emphysème à cause de la baisse de la fonction respiratoire). La mesure du CO dans l'air expiré a été utilisée pour motiver les sujets fumeurs à s'arrêter ou pour renforcer l'abstinence car les valeurs sont normalisées après un jour d'abstinence. Toutefois, l'utilité de sa mesure dans ce cadre n'est pas claire.

Recommandations : L'analyseur de CO n'est pas indispensable en première intention, mais il peut être très utile pour le suivi (Accord professionnel). L'analyseur de CO est recommandé dans les services hospitaliers, chez les médecins tabacologues et dans les centres de tabacologie (Accord Professionnel).

4.3.5 Evaluation psychiatrique

Troubles anxio-dépressifs :

Le lien épidémiologique entre les troubles anxio-dépressifs et le tabagisme est bien établi. Il semblait admis que le tabagisme permettait à certains sujets de contrôler leurs troubles anxio-dépressifs en agissant comme une forme d'automédication. Toutefois, l'âge moyen d'initiation du tabagisme est de 15 ans, ce qui précède l'âge de début de la plupart des troubles psychiatriques. Une étude récente de cohorte d'adolescents montre que les troubles anxieux apparaissent après le début du tabagisme. Il semble également que les troubles anxieux s'améliorent à l'arrêt du tabac, ce qui suggère un rôle causal de la nicotine dans leur survenue [27]. Bien que le lien physiopathologique entre ces troubles reste encore l'objet de débats, il semble établi que les fumeurs qui ont présenté dans le passé ou qui présentent lors de leur tentative d'arrêt des troubles anxieux ou dépressifs aient plus de difficultés à s'arrêter de fumer [3]. Cette difficulté accrue à s'arrêter de fumer peut résulter de nombreux facteurs : une dépendance plus forte chez ces sujets, moins de soutien social ou moins d'habileté personnelle à gérer le sevrage chez ces patients. De surcroît, l'arrêt du tabac induit chez certains patients une recrudescence de leurs troubles anxieux ou dépressifs. Le risque d'apparition d'épisode dépressif majeur est augmenté pendant les six mois après arrêt du tabac [96]. Les fumeurs qui présentent un trouble dépressif induit par le sevrage ont plus de

difficulté à s'arrêter de fumer. Les troubles anxio-dépressifs induits par le sevrage durent en général quelques semaines et ne nécessitent en général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les troubles persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique.

Recommandations : Les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent impérativement être pris en charge (Accord professionnel).

Il est utile de rechercher ces troubles par l'interrogatoire avant la mise en route du traitement. Les antécédents personnels et familiaux doivent être recherchés. Certains outils ont été développés permettant le dépistage de ces troubles par des praticiens non-psychiatres. Les outils les plus utilisés sont des auto-questionnaires comme le H.A.D. (Hospital Anxiety Depression) et l'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée (Beck Depression Inventory). En cas d'anomalies, l'utilisation d'entretiens structurés fondés sur les critères du DSM IV, permet de mieux caractériser la nature des troubles, ce qui guidera les indications thérapeutiques. L'utilisation de ces outils nécessite une formation spécifique. Malgré les difficultés d'acceptabilité que cela peut soulever, il semble utile en cas de doute d'adresser le patient à un psychiatre pour un avis diagnostic.

Recommandations : Il convient de repérer l'anxiété et la dépression et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique (Accord professionnel). Les troubles anxieux sont parfois améliorés par le sevrage. En cas de persistance ou d'aggravation des troubles dépressifs, une prise en charge spécifique devra être mise place. (Accord professionnel), Il convient de souligner le risque de rechute chez les anciens déprimés lors du sevrage tabagique. Le bupropion LP n'a pas d'autorisation de mise sur le marché en France dans l'indication épisode de dépression. En cas d'épisode de dépression caractérisé, le sevrage tabagique ne devra être envisagé que lorsque l'état neuro-psychique du patient est stabilisé (Accord professionnel).

Les troubles thymiques interviennent dans la morbidité cardiovasculaire. La survenue d'une dépression dans les suites d'un infarctus du myocarde multiplie par 4 la mortalité à 6 mois. Il est utile de prendre en charge ce trouble afin d'améliorer le trouble thymique et la qualité de vie du patient. L'utilité du traitement antidépresseur pour diminuer la mortalité en post-infarctus reste à démontrer [27 bis].

Recommandations : En cas d'épisode dépressif majeur survenant en post-infarctus ou en relation avec des pathologies liées au tabac, il convient d'entamer un sevrage avec des substituts nicotiques associés à un traitement antidépresseur ayant l'AMM dans cette indication (Accord professionnel)

Autres troubles psychiatriques

La prévalence du tabagisme est élevée dans de nombreuses maladies psychiatriques. Il est quasi constant dans les schizophrénies. Sa prévalence est accrue chez les sujets ayant présenté une hyperactivité de l'enfant, par contre elle est plus faible parmi les sujets qui souffrent de

trouble obsessionnel compulsif. Le sevrage tabagique est d'une extrême difficulté en cas de schizophrénie et une prise en charge spécifique s'impose. Des études récentes suggèrent que ces taux d'abstinence puissent être améliorés par la mise sous neuroleptiques atypiques. Ces résultats sont encore préliminaires et la modification du traitement doit s'envisager uniquement après avis spécialisé du psychiatre référent [28, 29].

Recommandations : Pour les patients psychiatriques lourds ou présentant un épisode majeur d'anxiété ou de dépression, il convient d'envisager le sevrage tabagique lorsque l'état neuropsychique du patient est stabilisé (Accord professionnel).

4.3.6 Les co-dépendances

Alcool

L'alcool est la première co-dépendance. Il s'agit d'une situation assez fréquente et le lien épidémiologique est établi entre les deux dépendances. Les fumeurs qui présentent un abus ou une dépendance envers l'alcool ont plus de difficultés à s'arrêter. Il semble important de rechercher de façon systématique l'abus et la dépendance à l'alcool. Le questionnaire CAGE-DETA qui comporte quatre questions est l'outil à utiliser en dépistage (cf. annexe). Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool. Dans le cas d'un désir du patient d'arrêter à la fois l'alcool et le tabac, les situations apparaissent comme individuelles et dépendent à la fois du thérapeute et du patient. Il est possible d'arrêter l'alcool dans un premier temps puis, une fois le sevrage d'alcool effectué, de s'occuper du tabac. Il apparaît aussi possible d'effectuer les deux sevrages en parallèle. Le lecteur est invité à se reporter à la conférence de consensus sur la prise en charge de l'abus et de la dépendance à l'alcool pour plus d'information. D'après celle-ci, il apparaît actuellement que la majorité des sevrages alcooliques peuvent s'effectuer en ambulatoire, la prise en charge dans un centre spécialisé d'alcoologie ne relevant que de cas difficiles ou particuliers.

Recommandations : Il est recommandé de rechercher une addiction ou une consommation excessive d'alcool au moment de l'évaluation de la dépendance au tabac par l'utilisation du questionnaire CAGE - DETA. Le chiffrage se fera en nombre de verres (1 verre = 10 gr) (Accord professionnel).

Il peut exister lors du sevrage d'une substance addictive une augmentation transitoire de la consommation d'une autre substance addictive. Il est utile de surveiller la consommation d'alcool lors du sevrage tabagique, car une augmentation de la consommation d'alcool peut s'observer.

Recommandations : Il convient d'insister sur le rôle d'information que le médecin généraliste doit tenir sur les risques et conséquences de l'association tabac/alcool (Accord professionnel). Celui-ci doit être le premier thérapeute pour les sevrages, tant tabagique qu'alcoolique (Accord professionnel). C'est en

cas d'échec de la prise en charge par le praticien de première ligne que le patient sera dirigé vers un centre spécialisé dans les addictions (Accord professionnel).

4.3.7 *Le cannabis*

La consommation de cannabis paraît actuellement de plus en plus fréquente, particulièrement chez les adolescents et les adultes jeunes. Il conviendra de préciser si ce produit est consommé sous forme d' "herbe" sans tabac associé ou s'il est consommé sous forme de résine ("haschich") avec du tabac. Il convient de distinguer l'usage occasionnel de la consommation habituelle et répétée. Il convient aussi de dépister un comportement addictif envers le cannabis. Une consommation régulière peut révéler un trouble psychologique ou un trouble de l'adaptation, révéler ou générer une psychose. Une prise en charge spécialisée peut alors s'imposer.

Il existe un risque cancérogène lié à la consommation de cannabis. Il s'ajoute au risque lié à la consommation de tabac. La consommation d'un joint qui comporte du tabac peut provoquer une rechute du tabagisme. Ainsi, une prise en charge conjointe de l'addiction aux deux toxiques paraît utile.

Recommandations : Il est recommandé d'évaluer l'importance de la consommation de cannabis. En cas d'addiction au cannabis, l'adolescent ou le sujet devra être adressé soit à un thérapeute formé à la prise en charge de ce type de pathologie soit à un centre d'addictologie. Le fumeur qui a entrepris une démarche d'arrêt et l'ex-fumeur doivent être mis en garde contre la consommation de cannabis qui peut faire échouer le sevrage ou entraîner une rechute de tabagisme du fait de la présence de tabac dans les « joints ».

4.3.8 *Médicaments*

Recommandations : Une dépendance envers des médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs, analgésiques...) doit être dépistée et prise en charge de façon adaptée avant le sevrage tabagique (Accord professionnel).

4.3.9 *Examen clinique général*

Chaque praticien devrait rechercher chez les sujets fumeurs la présence de signes ou de symptômes évocateurs d'une pathologie liée au tabagisme. Notamment la recherche de pathologie cardiovasculaire, de cancer broncho-pulmonaire ou de BPCO. Parmi les fumeurs de cigare ou de pipe, les cancers ORL, qui représentent la cause la plus fréquente de mortalité liée au tabagisme devraient être recherchés, de même que chez des patients présentant un abus ou une dépendance à l'alcool. L'examen clinique devrait comporter une palpation soigneuse des ganglions cervicaux, un examen visuel détaillé de la cavité buccale et une palpation manuelle de la cavité buccale. Les cordes vocales peuvent être visualisées par l'utilisation du miroir de Clarr.