

7 LES THERAPEUTIQUES INEFFICACES

7.1 L'acétate d'argent

L'acétate d'argent produit un goût métallique désagréable quand il est associé aux cigarettes. De nombreuses études ont évalué son utilité dans le sevrage tabagique [62-67]. Différentes galéniques ont été proposées aux Etats-Unis (gommes, pastilles ou spray) pour provoquer un stimulus aversif lors de la prise de cigarettes. Le principe est le même que l'utilisation du disulfiram dans l'alcoolisme. Les résultats d'études randomisées qui rapportent des niveaux d'abstinence après 6 mois de traitement ne montrent au mieux qu'une très faible efficacité de cette technique, bien moins efficace que les substituts nicotiques par exemple [68]. Son utilisation n'est plus recommandée depuis plusieurs années. Son usage pouvait même être dangereux et entraîner de l'argyrisme (en rapport avec l'absorption de fortes doses d'argent). Pour limiter le risque, son utilisation était limitée dans le temps, avec une dose maximale totale recommandée de 750 mg.

7.2 Les antidépresseurs autres que le bupropion LP et la nortryptiline

Le lecteur est invité à se reporter à la méta-analyse du groupe Cochrane pour plus d'informations [69].

7.3 Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Le moclobémide, un inhibiteur réversible de la monoamine oxydase A, a montré une tendance à l'amélioration des taux d'abstinence, mais pas d'effet significatif à long terme dans l'aide à l'arrêt du tabac (Niveau de preuve = III) [70].

Il existe des données préliminaires montrant que la sélégiline, un inhibiteur de la monoamine oxydase puisse réduire le tabagisme dans des conditions expérimentales de laboratoire. Un essai est en cours évaluant son utilité en association avec les substituts nicotiques [69].

7.4 Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine ou ISRS représentent une classe pharmacologique assez étoffée (seropram, citalopram, fluoxétine, paroxétine, sertraline...) Ces molécules aux propriétés antidépressives sont également utilisés dans les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et certaines douleurs. Il n'existe pas de résultats clairs en faveur de l'utilité des inhibiteurs de la recapture de sérotonine dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Un effet faible mais significatif a été mis en évidence dans un essai multicentrique évaluant la fluoxétine [71]. Cet effet semble plus net chez les patients présentant des signes dépressifs [72]. Toutefois, cette étude n'a pas encore été publiée et a toujours été présentée sous forme d'abstracts. Il existe une étude de durée plus courte qui a montré au contraire une diminution du taux d'abstinence sous fluoxétine par rapport au placebo [73]. Une autre étude multicentrique a été réalisée et ses résultats n'ont pas encore été publiés. La consommation de cigarettes chez des alcooliques n'effectuant pas de tentative d'arrêt n'est pas modifiée par l'administration de citalopram [74]. La sertraline n'a pas d'effet sur l'arrêt du tabac [75].

7.5 Anxiolytiques

Le syndrome de sevrage lors de l'arrêt s'accompagne fréquemment d'anxiété et il existe un lien entre troubles anxieux et tabagisme. Ces arguments ont conduit à évaluer l'intérêt des anxiolytiques dans cette indication. Le lecteur est invité à se reporter à la méta-analyse du groupe Cochrane pour plus d'informations [76].

7.6 Les benzodiazépines

Le diazepam n'a pas montré d'effet à une dose de 7.5 à 15 mg/j pendant 4 semaines.

7.7 La buspirone

La buspirone (Buspar®) est un anxiolytique qui présente la caractéristique d'un délai d'action prolongé. C'est un agoniste 5HT1a qui module la transmission sérotoninergique cérébrale. Il ne possède pas de propriétés sédatives ni addictives. Les études ayant évalué son efficacité ne sont pas concordantes à court terme et ne montrent pas d'efficacité à long terme contre placebo [77-81]. Cinciripini avait mis en évidence un effet de la buspirone dans une population de sujets très anxieux [82] ; ce résultat n'a pas été reproduit [83].

La buspirone ne semble donc pas efficace dans l'aide à l'arrêt du tabac.

7.8 Le méprobamate

Un essai n'a pas montré d'utilité de cette molécule dans l'aide à l'arrêt du tabac [84].

7.9 Les bêta-bloquants

Ils semblent posséder certaines propriétés anxiolytiques. Une étude n'a pas retrouvé d'effet du propranolol (40 mg, 3 x/j) à la fin de 8 semaines de traitement [85]. Un essai, qui nécessiterait d'être reproduit, montre un effet significatif du metoprolol versus placebo sur le taux d'abstinence à long terme [86].

Toutefois, à ce jour, il n'existe pas d'arguments solides pour utiliser des bêta-bloquants dans cette indication.

7.10 L'ondansetron

C'est un antagoniste 5 HT3 qui a été testé dans l'hypothèse que cette classe pharmacologique pourrait réduire les effets renforçant de la nicotine. Les essais réalisés ne sont pas en faveur d'une efficacité de l'ondansetron [87, 88].

7.11 Autres classes pharmacologiques

Diverses molécules ont été testées : les anorexigènes, la caféine/éphédrine, la cimétidine, la lobéline. Toutes ces molécules n'ont pas montré d'efficacité dans le sevrage tabagique.

Des produits vendus en pharmacie dans cette indication n'ont pas montré leur efficacité, notamment le Nicoprive® et les médicaments homéopathiques.

7.12 les autres méthodes thérapeutiques non validées

7.12.1 L'acupuncture

C'est une technique de soin de la médecine traditionnelle chinoise. Elle a permis de diminuer l'intensité du syndrome de sevrage de fumeurs d'opium, ce qui a suggéré son utilité dans la dépendance au tabac. Les premières études non contrôlées rapportaient une efficacité de cette méthode. Pour déterminer si cet effet résulte d'un effet placebo, des études comparant une technique d'acupuncture de référence à une technique contrôle, *i.e.* acupuncture effectuée en dehors des sites de stimulation décrits comme efficaces, ont été réalisées. Nous rapporterons ici uniquement les résultats de différentes méta-analyses. Le lecteur désirant une information plus complète peut se rapporter à la synthèse du groupe Cochrane [89]. Les conclusions des méta-analyses ne sont pas uniformes. Certaines ont trouvé un effet sur le syndrome de sevrage [90], pas d'effet [91] ou un intérêt limité [92]. Deux méta-analyses plus récentes concluent à « peu ou pas » d'effet [93] ou que les résultats disponibles ne permettent pas de conseiller son utilisation, malgré quelques études encourageantes [94]. La revue de la littérature la plus récente [89] conclut que l'acupuncture n'a pas démontré une efficacité supérieure à celle d'un traitement par une méthode d'acupuncture « placebo » (Niveau de preuve = I). On observe une amélioration des taux d'abstinence en début de traitement (RR. = 1.22 ; 95% IC 0.99-1.49), qui ne persiste pas sur le long terme (à un an : RR. = 1.02 ; 95% IC 0.72-1.43). Les études comparant l'efficacité de l'acupuncture avec d'autres méthodes ne montrent pas d'amélioration des taux d'abstinence avec l'acupuncture. Ainsi, l'utilisation de l'acupuncture n'est pas conseillée, son efficacité n'ayant pas été clairement démontrée.

7.12.2 L'hypnose

La plupart des études dans la littérature sont d'une qualité méthodologique assez faible. De plus, il existe différentes méthodes, ce qui complique les comparaisons entre les études. Les taux élevés d'abstinence rapportés dans certaines études n'ont pas pu être reproduits dans des études contrôlées, ce qui suggère que ces résultats étaient liés à des biais de recrutement de patient probablement très motivés. Si l'on compare à un groupe contrôle ne recevant aucune intervention, l'hypnose augmente les taux d'abstinence. Toutefois, il est par ailleurs démontré que le seul contact avec un thérapeute permet d'augmenter également les taux d'abstinence « en soi ». La littérature ne permet pas de conclure à l'heure actuelle que l'hypnose possède une efficacité supérieure à celle d'une intervention comportementale (Niveau de preuve = I) [95].

7.12.3 Autres méthodes

La désensibilisation (vaccinothérapie), la mésothérapie, l'auriculothérapie, le laser ont été évalués dans plusieurs études qui n'ont pas démontré l'efficacité de ces méthodes. Les cigarettes sans tabac n'ont pas montré leur efficacité. Leur utilisation est à proscrire car elles présentent les mêmes inconvénients et les mêmes risques pour la santé que les cigarettes normales. De plus, le manque de nicotine peut pousser les sujets à inhaler encore plus fortement sur la cigarette sans tabac, ce qui peut accroître leur toxicité.

Recommandations : La désensibilisation (vaccinothérapie), la mésothérapie, l'hypnose, l'acupuncture, l'auriculothérapie et le laser ont été évalués dans plusieurs études qui n'ont pas démontré d'efficacité de ces méthodes. Ces méthodes ne sont donc pas recommandées pour le sevrage tabagique car il s'agit de thérapeutiques non validées (Accord professionnel).

LES THERAPEUTIQUES NON RECOMMANDEES

- 1°) Clonidine, antidépresseurs tricycliques, buspirone, inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS)
- 2°) Anorexigènes, bêta-bloquants, Nicoprive®, caféine/éphédrine, cimétidine, lobeline, médicaments homéopathiques, méprobamate, benzodiazépines, ondansétron, vaccinothérapie, acétate d'argent.
- 3°) Acupuncture, mésothérapie, auriculothérapie, cigarettes sans tabac, hypnose, laser.