

- **Validation en français du questionnaire de craving à 12 items.**

Berlin et al. *Nicotine Tob Res.* 2010 Mar 24. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335281>

Après avoir publié en 2005 la validation en français du questionnaire dans sa version longue (47 items), Ivan Berlin et coll. publient la version courte en 12 items. Le questionnaire en français est reproduit dans l'article. Ivan Berlin souhaiterait qu'il soit utilisé et vous propose de le contacter si vous voulez le faire. Vous pouvez lui envoyer un courriel en ce sens à [ivan.berlin@psl.aphp.fr](mailto:ivan.berlin@psl.aphp.fr).

- **La réactivité à la publicité du tabac observée par résonance magnétique fonctionnelle !**

Vollstädt-Klein et al. *Addict Biol.* 2010 Mar 10. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331560>

Un très bel article, un peu complexe, qui illustre parfaitement les deux précédents résumés. Chez 22 fumeurs et 21 non fumeurs, les auteurs ont analysé la réponse comportementale (craving mesuré par une seule question sur une échelle de 0 à 100) et la réponse neuronale (par IRM fonctionnelle) en comparant la présentation d'images de publicité pour le tabac (encore autorisée dans les magazines allemands à l'époque de l'étude) à celles d'images de publicité pour d'autres produits, similaires en terme de couleurs, formes... En terme de craving les images de publicité pour le tabac ont produit plus de craving que les images contrôles chez les fumeurs, mais pas chez les non fumeurs. En séparant fumeurs modérément dépendants (FTND  $\leq 6$ ) et fortement dépendants (FTND  $\geq 7$ ), les premiers ont vu leur craving augmenter au cours de l'expérience, alors qu'il n'a pas évolué chez les fumeurs les plus dépendants. L'activité cérébrale dans les aires limbiques (amygdale, hippocampe, putamen, thalamus) stimulée par les images de publicité de tabac, l'était plus chez les fumeurs modérément dépendants que chez les fortement dépendants. L'activation limbique était aussi prédictive de reconnaissance des images a posteriori, même chez les non fumeurs. Il est possible que le craving et l'activation cérébrale chez les fumeurs fortement dépendants soit plus dus à des indices internes (symptômes de sevrage). Il semble par contre qu'à la fois les fumeurs moins dépendants et les non fumeurs soient sensibles aux effets de la publicité pour le tabac.

- **La cigarette électronique : guère mieux qu'un inhalateur !**

Bullen et al. *Tob Control.* 2010 Apr;19(2):98-103. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20378585>

Quarante fumeurs ont utilisé pendant une journée entière (après une nuit d'abstinence) à quatre reprises (séparées par au moins 3 jours) soit leur propres cigarettes, soit un inhalateur (Nicorette), soit une cigarette électronique avec une cartouche à 16 mg ou 0 mg de nicotine (en aveugle). Au cours de la première heure, le craving était mesuré à intervalles réguliers (5, 10, 15, 20, 25, 30, 40, 50 et 60 min). Dans un sous-groupe un échantillon sanguin était prélevé pour mesurer la nicotémie. L'efficacité était testée par l'aire sous la courbe du craving pendant la première heure d'utilisation (échelle analogique de 0 à 10). La e-cigarette à 16 mg a réduit significativement le craving par rapport au placebo (celle à 0 mg), mais pas différemment par rapport à l'inhalateur. Elle a par contre été préférée à l'inhalateur en terme d'irritation de la bouche ou de la gorge et en terme de préférence d'utilisation. En termes pharmacocinétiques, le Cmax de la e-cigarette a été de 1,3 ng/ml à 19,6 min; celui de l'inhalateur a été de 2,1 ng/ml à 32 min; et celui de la cigarette de 13,4 ng/ml à 14,3 min. Cela confirme ce que l'on a pu lire récemment dans d'autres articles, ce n'est pas un produit miracle!

- **Nouvelles approches de la prévention en santé publique - L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences.**

*Rapport du Centre d'analyse stratégique de mars 2010.* [http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id\\_article=1145](http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id_article=1145)

La seconde partie de ce rapport est principalement consacrée au tabac (publicité, campagnes de communication, images sur les paquets...). Vous pouvez télécharger le rapport (156 pages) depuis la page de l'article sur le site dédié au Centre d'analyse stratégique.

- **Les effets renforçateurs du tabac : nicotine ou pas nicotine ?**

*Rose et al. Psychopharmacology (Berl). 2010 May;210(1):1-12.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20358364>

Encore une étude proposée par Jed Rose et son équipe. Il a été un des premiers à parler du potentiel renforçateur des autres substances (en particulier irritantes) de la fumée de tabac, autres que la nicotine. Dans cette étude (sur seulement 16 fumeurs!), assez complexe, il a fait tester la préférence des sujets pour la nicotine ou un placebo injecté par intraveineuse (IV) ou entre bouffées de cigarette dénicotinisée et bouffées d'air (placebo ou «sham» smoking). Les sujets ont préféré les bouffées de cigarette dénicotinisée, puis la nicotine IV, puis les bouffées d'air, et enfin le placebo IV. Une fois de plus, il en conclut (peut-être un peu trop rapidement) que son étude démontre que la nicotine n'est pas le seul facteur de satisfaction du fumeur puisqu'il préfère les bouffées de cigarette dénicotinisée à la nicotine IV. Il fait pourtant bien référence à l'étude de Brody et al (2009), puisqu'il fait partie des auteurs, qui a clairement démontré que le peu de nicotine présent dans les cigarettes dénicotinisées à 0,05 mg de nicotine (ici ce sont des cigarettes Philip Morris à 0,08 mg de nicotine) est susceptible d'occuper une fraction non négligeable (26%) des récepteurs nicotiques centraux; et donc de produire des effets non négligeables ! Il conclut en insistant sur le fait que les traitements pour l'arrêt du tabac devraient s'intéresser aussi aux aspects non nicotiques de la dépendance (il est cependant l'un des inventeurs du patch !).

- **Phéochromocytome : une contre-indication pour la varénicline ?**

*Hukkanen et al. Ann Intern Med. 2010 Mar 2;152(5):335-6.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194248>

Le phéochromocytome est une maladie rare, ce qui explique que cet événement indésirable n'ait pas été décrit auparavant. Il s'agit d'une femme de 55 ans qui fume 15 cigarettes par jours depuis plusieurs décades et qui présente une hypertension, un hypothyroïdisme, et des antécédents de palpitations depuis 8 ans. Alors qu'elle prend des doses stables de telmisartan et de L-thyroxine, on lui prescrit de la varénicline pour arrêter de fumer. Rien ne se passe après la première dose de 0,5 mg, mais lors de la seconde prise le jour suivant, elle souffre de diarrhée, de brûlures d'estomac, et de palpitations. Elle décrit ses symptômes comme totalement inhabituels. Ses symptômes empirent et elle commence à ressentir une douleur dans la poitrine. Elle prend alors du propranolol pour ses palpitations, mais rien n'y fait. Elle arrive finalement aux urgences où son cas empire et elle finit en soins intensifs. Finalement après de nombreux examens on découvre un phéochromocytome (qui lui sera ôté par la suite avec succès). C'est une tumeur surrénalienne qui libère des catécholamines. Le système nerveux sympathique régule la libération de catécholamines par l'intermédiaire de récepteurs nicotiques surtout de types  $\alpha 3\beta 4$  ou  $\alpha 3\beta 2$ , bien que l'on trouve aussi des  $\alpha 4\beta 2$ . Bien qu'étant utilisée pour ses propriétés d'agoniste partiel des récepteurs  $\alpha 4\beta 2$ , la varénicline est aussi un agoniste des récepteurs  $\alpha 7$  et  $\alpha 3\beta 4$ , où elle est en fait plus efficace que la nicotine, ce qui pourrait expliquer qu'elle puisse provoquer cette libération accrue de catécholamines alors que la nicotine de la fumée de cigarette ne le fait pas. Les auteurs concluent qu'il faut éviter de prescrire de la varénicline chez un patient présentant un phéochromocytome ou chez qui on pourrait le suspecter.

- **L'adolescence, une période critique pour les effets de la nicotine.**

*Riley et al. Alcohol. 2010 Feb;44(1):81-7.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20113876>

Une étude intéressante, mais réalisée chez la Souris, pas chez l'Homme! Deux groupes de souris, adolescentes (J28 post-naissance) ou adultes (J70), ont été exposées pendant 7 jours soit à de l'éthanol, soit à de la nicotine, soit à l'association des deux, soit à un placebo. Six semaines plus tard elles sont exposées chroniquement à des vapeurs d'éthanol, puis leur sevrage est mesuré par les convulsions induites par le stress (manipulation). Chez les souris adolescentes seulement, le traitement chronique par la nicotine (seule) résulte en une exacerbation des convulsions induites. Le traitement par l'éthanol seul, ou l'association éthanol + nicotine ne l'induit pas. De même rien n'est observé chez l'adulte. Les auteurs concluent qu'il doit exister une période critique chez

l'adolescent où le tabagisme pourrait avoir une influence sur la dépendance alcoolique de l'adulte. Cette étude n'est cependant limitée qu'à une souche de souris, et seulement des mâles !

- **Agitation en USI et syndrome de sevrage.**

*Lucidarme et al. Crit Care. 2010 Apr 9;14(2):R58.* Article en accès libre : <http://ccforum.com/content/14/2/R58>

C'est une petite étude française qui vient rappeler une évidence. Les fumeurs admis en unité de soins intensifs se retrouvent très souvent en sevrage forcé, et les conséquences de ce sevrage ne sont pas toujours prises en compte dans le décours de leur hospitalisation. Sur les 144 patients admis consécutivement dans 2 USI (Caen et Saint-Lô), et nécessitant une assistance respiratoire pendant plus de 48h, il y a 44 fumeurs. En utilisant une échelle d'agitation et une liste d'items concernant le délire, les auteurs ont montré deux fois plus d'agitation chez les fumeurs que chez les non fumeurs (64% vs. 32%; p= 0,0005). Le sevrage en nicotine a été associé avec une plus grande incidence d'événements indésirables tels que l'arrachage d'intubation ou de cathéters, et un besoin plus important de sédatifs, d'analgésiques, de neuroleptiques, ou de contention. Par contre rien concernant le délire. Pas non plus de différences sur le nombre de jours sous sédatif, de durée d'hospitalisation ou de mortalité. Les auteurs regrettent l'absence d'essai clinique montrant l'utilité de traiter ces patients par substituts nicotiques.

- **Les métaboliseurs lents pourraient bénéficier d'un traitement plus long par substituts nicotiques.**

*Lerman et al. Clin Pharmacol Ther. 2010 May;87(5):553-7.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20336063>

Cet essai clinique a testé l'efficacité relative d'un traitement «standard» (8 semaines par patch à 21 mg/24h) par rapport à un traitement «long» (6 mois par patch à 21 mg/24h) dans deux sous populations; les métaboliseurs lents de la nicotine, par rapport aux métaboliseurs normaux. Les métaboliseurs lents peuvent être définis par leur génotype (allèles différents du cytochrome CYP2A6 qui métabolise la nicotine en cotinine, puis la cotinine en 3'-hydroxycotinine), ou par leur phénotype (le rapport 3'-hydroxycotinine/cotinine plasmatique). L'étude a montré que le traitement long de 6 mois (par rapport à 8 semaines) produisait un bénéfice seulement chez les métaboliseurs lents (taux de succès stable entre 8 semaines et 6 mois, qui ensuite décroissait plus rapidement, n'étant plus significatif à 1 an). Alors que chez les métaboliseurs normaux, il n'y avait pas de différence d'efficacité entre traitement standard et long. Les auteurs notent que les métaboliseurs lents pourraient bénéficier d'un traitement encore plus long (le gain d'efficacité étant perdu très rapidement dès l'arrêt du traitement) et que les métaboliseurs normaux pourraient bénéficier de doses plus importantes (> 21 mg/24h).

---

***A consulter sur le site de la SFT !***

**Les résumés et diaporamas du 3ème congrès de la SFT sont disponibles sur le site de la Société !**

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/index.html>

---

***et comme toujours !***

**Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec [jacques.lehouezec@amzer-glas.com](mailto:jacques.lehouezec@amzer-glas.com)**

## *N'oubliez pas !*

Henri-Jean Aubin vous serait reconnaissant de l'aider à faire progresser son **projet de recherche sur la spiritualité dans les addictions**, en remplissant le questionnaire en ligne : <http://www.stoptabac.ch/cgi-bin/spiritu.pl?language=fr>  
La validation de la version française de ce questionnaire nécessite un grand nombre de réponses.

*Merci de faire passer l'information autour de vous.*

---

## *Offres d'emploi*

**4 vacances médicales de tabacologie** sont proposées au Centre Hospitalier Sud-Francilien à partir du 1er mai 2010. Tabacologue expérimenté souhaité.  
Contact : **Mme Bénédicte Simon**, DRH, CHSF, Tél. : 01 60 13 60 00.

Cherche à Jean Verdier **médecin tabacologue pour 3 demi journées par semaine**, à partir de septembre, CHU Avicenne (AP-HP) Bobigny (93). Contact (CV) **Dr Anne Borgne**  
[anne.borgne@jvr.aphp.fr](mailto:anne.borgne@jvr.aphp.fr)

---

## *Colloque*



### **Femmes et tabac**

Ce colloque, qui se tiendra le 25 mai 2010 à Paris, est organisé dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac de l'OMS, à la demande du Ministère de la santé en coopération avec le Respadd et l'OFT.

Renseignements :

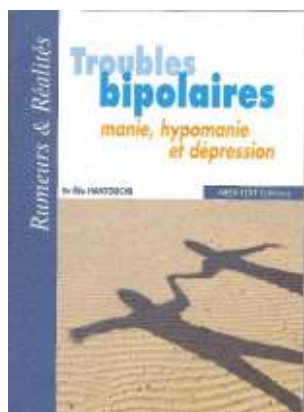
- Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions, [www.respadd.org](http://www.respadd.org)
- Office Français de Prévention du Tabagisme, [www.ofta-asso.fr](http://www.ofta-asso.fr)

Vous pouvez télécharger le programme sur le site de la SFT :

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/actualites1.html>

## Livres

**Les tabacologues ont souvent comme patients des personnes souffrant de troubles bipolaires. Leur diagnostic et leur prise en charge n'est pas toujours une chose aisée. Voici un petit livre qui pourrait bien vous être utile dans votre démarche clinique:**



### **Troubles Bipolaires - manie, hypomanie et dépression : un livre pour tout savoir des Fausses Rumeurs et des Réalités**

Troubles bipolaires, bipolarité, psychose maniaco-dépressive, schizophrénie... des termes qui renvoient au domaine de la psychiatrie et intriguent, ou même parfois inquiètent, du fait d'incompréhensions et d'amalgames.

Ainsi, que penser des assertions suivantes ? Sont-elles de Fausses Rumeurs ou des Réalités ?

- R 6 - L'exaltation hypomaniaque est un phénomène physiologique normal
- R 8 - Le trouble bipolaire est une psychose
- R 13 - Le trouble bipolaire doit être pris en charge exclusivement par un psychiatre
- R 14 - La bipolarité débute à l'âge adulte
- R 15 - La bipolarité est d'origine génétique
- R 19 - Un trouble bipolaire non traité affecte la santé physique
- R 22 - La bipolarité peut guérir spontanément
- R 31 - L'entourage d'un bipolaire a un impact déterminant

Pour vous permettre de tout savoir sur les Troubles Bipolaires, anciennement appelés « psychoses maniaco-dépressives », le **Dr Élie HANTOUCHE** a décidé de faire le tri parmi les fausses rumeurs qui circulent et les réalités scientifiques méconnues. Les troubles bipolaires constituent en effet une pathologie complexe pouvant allier épisodes de manie et/ou de dépression, conduites excessives et à risque, vie chaotique, addictions et transgressions, personnalité perverse, narcissique, irritable ou anxieuse, mais aussi créativité, leadership, euphorie, hyperactivité... Du fait de leur complexité, le diagnostic des troubles bipolaires est difficile et peut parfois prendre des années, d'où une prise en charge souvent inadaptée et une altération de la qualité de vie des personnes qui en souffrent et de leur entourage. Pourtant, des traitements efficaces et une prise en charge adaptée permettent aujourd'hui une stabilisation de la maladie et la prévention de ses rechutes. Lire ce livre participe ainsi à la **psycho-éducation** du patient en lui apprenant, ainsi qu'à son entourage, à mieux identifier les situations fragilisantes et les manifestations de la bipolarité, et à mieux accepter sa maladie et les traitements qu'elle impose afin de **reprendre le contrôle sur sa vie**.

**Troubles bipolaires - manie, hypomanie et dépression** du Dr Élie Hantouche

MEDI-TEXT Editions, collection *Rumeurs & Réalités*

prix public TTC : 15 €

parution : mars 2010

**L'auteur :** Le **Dr Élie HANTOUCHE** est psychiatre, spécialisé depuis plus de vingt ans dans les troubles bipolaires et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et très impliqué dans leur prise en charge et l'information aux médecins et au grand public : il est secrétaire du Forum Bipolaire Européen, membre organisateur du congrès mondial IRBD (rencontre annuelle des experts internationaux des troubles bipolaires), conseiller scientifique de l'Aftoc et du site d'information [www.bipolaire-info.org](http://www.bipolaire-info.org), mais également auteur de plus de deux cents publications et de six ouvrages sur les troubles bipolaires et les TOC.