

- [Une majoration des accidents cardio-vasculaires de tout type et à tous les âges chez les fumeurs](#)

Cigarette Smoking and Competing Risks for Fatal and Nonfatal Cardiovascular Disease Subtypes Across the Life Course.
Khan S , Ning H, Sinha A *et coll.* *J Am Heart Assoc.* 2021;10:e021751. DOI: 10.1161/JAHA.121.021751

Si le tabac est associé de façon significative à une augmentation des décès prématurés liés ou non aux maladies cardiovasculaires (MCV), ce risque est-il équivalent pour toutes ces affections (infarctus du myocarde, AVC, insuffisance cardiaque) ? Dans le but de répondre à cette question, Saduya Khan et coll. ont mis en place une étude sur 1 949 658 années-personnes de suivi, comprenant des observations cliniques entre 1948 et 2017 afin de préciser le devenir cardio-vasculaire en fonction de l'âge et du statut tabagique. Les participants ont été stratifiés par sexe, groupes d'âge (20-39 ans pour les jeunes adultes, 40-59 ans pour les adultes d'âge moyen, et 60-79 ans pour les adultes plus âgés) et statut tabagique à l'inclusion.

Au total, l'étude a porté sur le suivi de 106 165 personnes dont 17 205 (16,2%) participants Noirs et 53 527 (50,4%) femmes.

- Risques à long terme d'événements cardiovasculaires et de décès non-cardiovasculaires selon le statut tabagique

Avec une médiane de suivi de 23 ans (15-32 ans), chez les adultes d'âge moyen (40 à 59 ans à l'inclusion), 7002 infarctus du myocarde (fatals ou non), 3527 AVC (fatals ou non) et 4559 poussées d'insuffisance cardiaque ont été recensés pendant la durée de l'étude. En outre, un total de 6224 décès d'origine cardio-vasculaire (coronaropathie, AVC...) et 11 578 décès d'autres causes ont été rapportés dans la tranche d'âge moyen à l'inclusion. Les taux d'événements non ajustés pour les MCV et les décès non liés aux MCV étaient plus élevés chez les personnes qui ont déclaré fumer à l'inclusion par rapport aux témoins, et ce pour toutes les tranches d'âge.

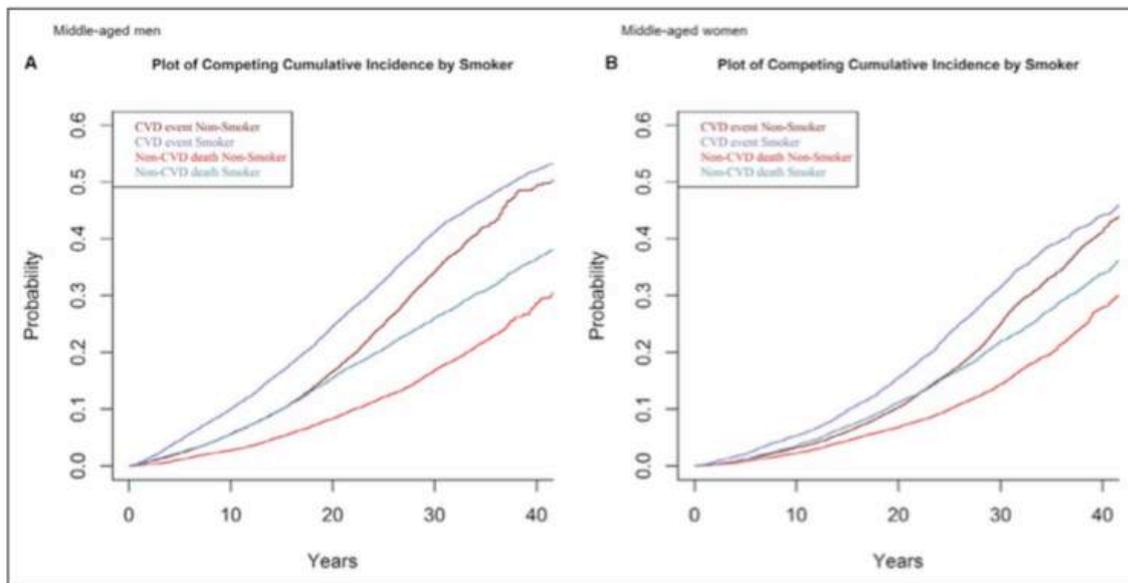


Figure 1. Cumulative incidence of cardiovascular disease (CVD) morbidity and mortality among middle-aged adults. Risk of cardiovascular disease in (A) men and (B) women aged 40 to 59 years based on smoking status and adjusted for competing risks of noncardiovascular death.

Incidence cumulée de la morbidité et de la mortalité cardio-vasculaires chez des personnes d'âge moyen (40-59 ans) selon le sexe : en rouge décès non-cardio-vasculaires chez les non fumeurs, en vert chez les fumeurs ; en bleu décès cardio-vasculaires chez les fumeurs, en bordeaux chez les non fumeurs.

- Années de vie sans et avec MCV

Dans tous les groupes d'âge et de sexe, la survie globale était significativement plus courte chez les participants fumeurs à l'inclusion que chez les témoins, tout comme le nombre d'années de vie en bonne santé. Par exemple, chez les hommes d'âge moyen à l'inclusion, la survie globale était significativement plus élevée chez les non fumeurs (32,6 ans) que chez les fumeurs (27,1 ans). En prenant en compte les années de vies sans MVC, l'analyse conclut à une différence significative en défaveur des fumeurs : 24,0 ans contre 29,1 ans. Autrement dit, les pathologies CV surviennent en moyenne 5,1 ans plus tard chez les témoins que chez les fumeurs.

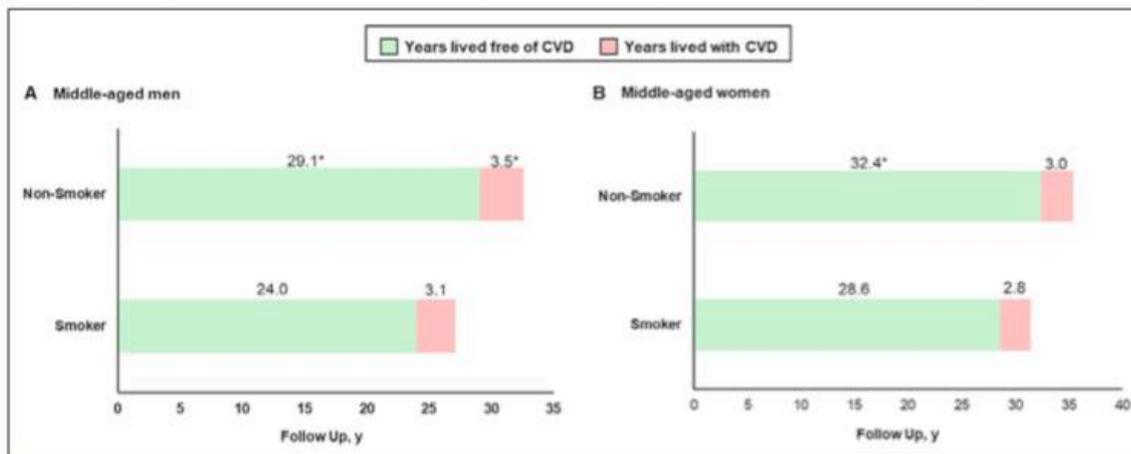


Figure 2. Years lived (cumulative years lived under observation to date) free of and with cardiovascular disease (CVD) among middle-aged adults.

Années de vie en bonne santé CV chez les adultes d'âge moyen à l'inclusion

- Risques de morbidité et de mortalité CV ou autre selon le statut tabagique

Chez les personnes d'âge moyen à l'inclusion, le risque de MCV de tout type se trouvait majoré chez les fumeurs des deux sexes par rapport aux témoins : 52,1 % chez les hommes et 44,1 % chez les femmes, contre 49,5 % et 41,2 %.

Dans toutes les tranches d'âges étudiées, le risque de décès d'origine cardio-vasculaire ou non était systématiquement majoré chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Table 4. Cumulative Incidences for First Event (CVD Event or Non-CVD Death) Among Young (Index Age 20–39 Years), Middle-Aged (Index Age 40–59 Years), and Older Adults (60–79 Years) According to Sex and Smoking Status*

	Young adults, aged 20–39 y		Middle-aged adults, aged 40–59 y		Older adults, aged 60–79 y	
	Smoking	Nonsmoking	Smoking	Nonsmoking	Smoking	Nonsmoking
Men						
Non-CVD death, %	22.3	12.6	36.5	28.6	43.5	36.7
CVD event, %	24.6	19.9	52.1	49.5	54.7	59.2
Fatal and nonfatal MI, %	15.6	11.7	28.3	23.8	24.7	27.1
Fatal and nonfatal stroke, %	5.0	4.4	9.9	10.9	10.5	11.3
CHF, %	2.3	2.8	9.1	10.4	12.8	15.6
CVD death, %	1.7	1.0	4.8	4.4	6.7	5.2
Women						
Non-CVD death, %	16.5	11.0	33.9	27.9	47.2	41.9
CVD event, %	15.3	11.4	44.1	41.2	52.1	57.5
Fatal and nonfatal MI, %	6.5	4.1	17.2	13.9	18.0	20.0
Fatal and nonfatal stroke, %	5.1	4.4	11.2	13.4	13.3	14.6
CHF, %	2.1	2.3	11.1	10.3	15.8	17.5
CVD death, %	1.6	0.6	4.5	3.6	4.9	5.4

CHF indicates congestive heart failure; CVD, cardiovascular disease; and MI, myocardial infarction.

Incidence cumulée du premier évènement cardiovasculaire ou non cardio-vasculaire fatal ou non

- [L'inégalité mondiale du risque de maladies cardio-vasculaires en lien avec le tabac](#)

Importance of smoking cessation for cardiovascular risk reduction. Møller A, Andersson C. *European Heart Journal* (2021) 42, 4154–4156 doi:10.1093/eurheartj/ehab541

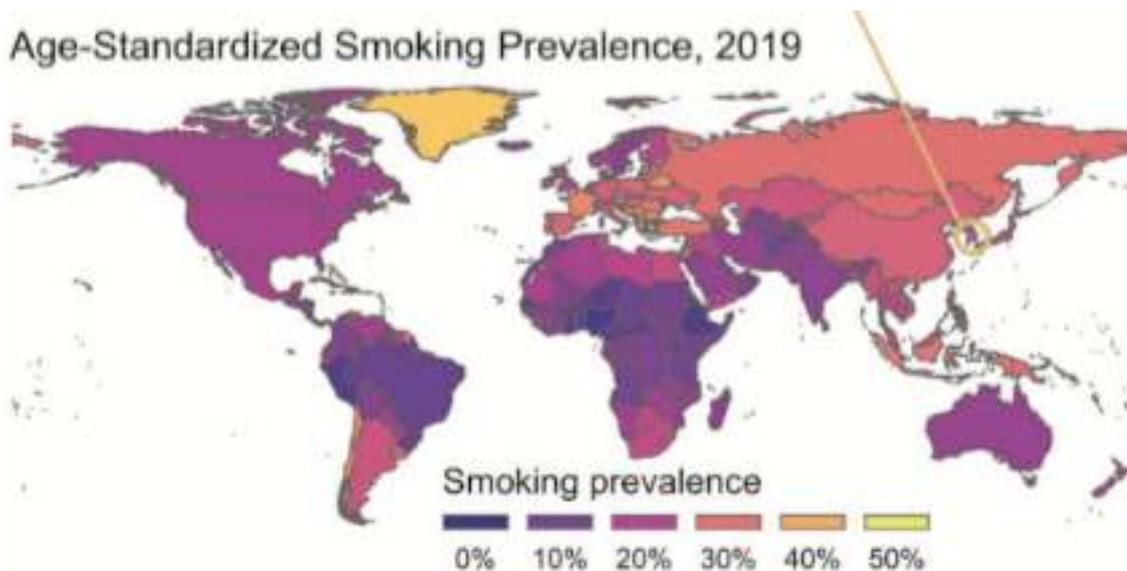
En introduction à une étude coréenne analysant l'impact d'une simple réduction de consommation par rapport à un arrêt total (Jeong SM et al. (*European Heart Journal* (2021) 42, 4141–4153. doi:10.1093/eurheartj/ehab578), Møller et Anderson proposent un éditorial en forme de tour d'horizon de l'évolution du tabagisme sur ces 20 dernières années.

Il y a près de 60 ans, l'étude de Framingham a été la première à faire état d'une association entre le tabagisme et les maladies coronariennes - elle l'établissait dans une population donnée et non plus à un niveau individuel. Plus d'un demi-siècle après cette publication, le tabagisme reste l'un des principaux facteurs de risque évitables de mortalité prématurée et de morbidité cardiovasculaire dans le monde.

Pourtant, d'innombrables études publiées suite à ce travail princeps ont confirmé l'existence d'une relation forte et progressive entre le tabagisme, la durée du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées par jour et les risques de morbidité, ainsi que ceux de mortalité cardiovasculaires et non cardiovasculaires. Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué de 25 % à l'échelle mondiale entre 1980 et 2012, au moins 25 % de la population masculine et 5 % de la population féminine dans le monde fument encore activement dans le monde. Amalie Lykkemark et Charlotte Anderson insistent sur le gradient social défavorable du tabagisme qui se superpose à celui de la santé cardiovasculaire. Ainsi, le tabagisme est plus fréquent chez les plus âgés, chez les moins aisés et dans les pays en développement. Cette tendance s'accroît encore si l'on prend en compte le fait que le prix du tabac a nettement augmenté dans les pays développés alors que, à l'inverse, les cigarettes sont plus facilement accessibles dans les pays les plus pauvres du fait d'une baisse récente des prix.

En 2015, on estimait que le tabagisme était à l'origine de plus de 11 % des décès dans le Monde, et de plus de

27 % et 12 % de l'ensemble des décès liés aux cardiopathies ischémiques en 2017 chez les hommes et les femmes, respectivement. Bien que la mortalité mondiale liée aux cardiopathies ischémiques attribuables au tabagisme ait légèrement diminué récemment (33 % chez les hommes et 17 % chez les femmes), cette variation ne semble pas avoir eu de conséquences globales sur la santé publique. La raison de ce constat tient aux disparités géographiques et à celles des politiques de prévention. En Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, la baisse a été estimée à 50 % chez les hommes et 40 % chez les femmes, alors que dans le même temps, aucune différence n'a été notée en Europe de l'Est et en Asie du Sud Est. Dans les pays du Pacifique occidental et en Asie du Sud-Est, le tabagisme est encore responsable de plus de 30 % de tous les cas de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral, observation illustrant ce qui est une véritable épidémie en cours dans cette région. La prévalence du tabagisme est également élevée et représente une fraction considérable du risque de maladie cardiovasculaire pour la population dans le monde occidental, en Amérique du Sud et dans certaines parties de l'Afrique.



Prévalence standardisée du tabagisme selon l'âge

- [La balance prise de poids/bénéfice du sevrage penche pour l'arrêt du tabac selon l'ESC](#)

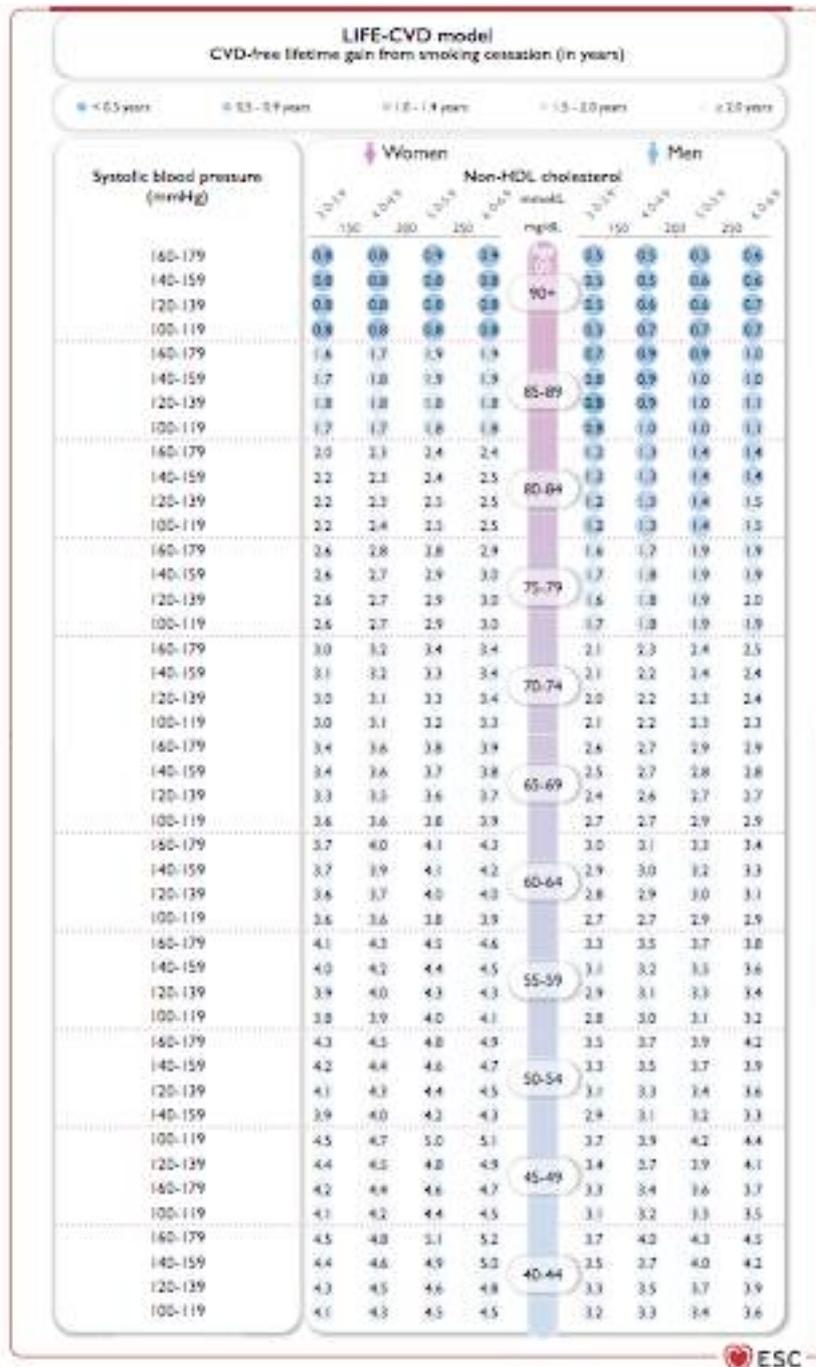
2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Visseren F, Mach F, Smulders Y *et coll.*. *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

Les nouvelles recommandations de l'European Society of Cardiology sur la prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) en routine clinique ont été publiées dans l'*European Heart Journal* et présentées au congrès 2021 de l'ESC. L'estimation du risque individuel de maladie cardiovasculaire (MCV) est la pierre angulaire de ce nouveau texte. Ces recommandations, comme les précédentes, incluent clairement le sevrage tabagique, mais c'est la première fois que le tabac est mis plus spécifiquement en avant, avec en particulier, dans les nouveautés des recommandations de classe 1, le fait que même s'il entraîne une prise de poids, le sevrage tabagique ne contrecarre pas les bénéfices liés à l'arrêt du tabac.

Dans la première partie de l'article, l'ESC insiste sur des données épidémiologiques. La liste est longue. Ainsi, le tabagisme est responsable de la moitié des décès évitables chez les fumeurs. En outre, 50 % des personnes consommant des cigarettes pendant toute leur vie décèdent d'une conséquence directe du tabagisme, et ce, 10 ans en moyenne avant leurs congénères. Le risque de MCV d'origine athérosclérotique (ASCVD) chez les

fumeurs de moins de 50 ans est cinq fois plus élevé que chez les non-fumeurs. Le tabagisme prolongé se révèle plus dangereux pour les femmes que pour les hommes. Dans le monde entier, le tabagisme est, après l'hypertension, le principal facteur de risque de vie « en mauvaise santé ». Enfin, le tabagisme passif est associé à une augmentation du risque de MCV.

Face à ce constat, la mesure préventive la plus efficace potentiellement, en termes de santé cardio-vasculaire, reste l'arrêt du tabac : il permet en effet une réduction substantielle des récives d'infarctus du myocarde et de décès. A tout âge, le sevrage favorise un gain de « vie sans MCV », et les bénéfices sont évidemment encore plus substantiels si d'autres complications du tabagisme sont prises en compte (BPCO, cancer du poumon ou ORL). À partir de 45 ans, des gains de 3 à 5 ans persistent chez les hommes jusqu'à 65 ans et chez les femmes jusqu'à 75 ans.



Bénéfice en terme de prévention des maladies cardio-vasculaires athérosclérotiques chez des patients en bonne santé apparente en prenant en compte différents facteurs de risque : âge, sexe, pression artérielle systolique, hypercholestérolémie.

Même chez les gros fumeurs (≥20 cigarettes/jour), l'arrêt du tabac diminue le risque de MCV dans les 5 ans.

Néanmoins, au-delà de 5 ans, le risque reste plus élevé que chez les jamais-fumeurs. Mais l'analyse doit être pensée en avantages totaux pour la santé qui seront encore plus importants en raison du gain de santé non lié aux MCV (poumons, infections, maladies ORL...).

De toute évidence, l'arrêt du tabac doit être encouragé chez tous les fumeurs, et le tabagisme passif évité autant que possible. En cours de consultation tout-venant, aborder le sujet du tabac constitue donc un pas important. Une incitation majeure à l'arrêt du tabac est nécessaire au moment du diagnostic ou du traitement des MCV. Ce temps de consultation doit faire un tour d'horizon sur les interventions de sevrage validées, sur l'intérêt cardio-vasculaire et général de l'arrêt, et proposer un plan spécifique avec un dispositif de suivi.

La règle des 30 secondes au Royaume-Uni.

Les médecins généralistes britanniques ont adapté une approche fondée sur des "conseils très brefs" sur le tabagisme. Cette intervention clinique d'une durée de 30 secondes permet d'identifier les fumeurs, de les conseiller sur la meilleure méthode pour arrêter de fumer et de les soutenir dans leurs tentatives ultérieures d'arrêt.

Le conseil très bref comporte trois éléments :

- DEMANDER - établir et enregistrer le statut de fumeur
- AVISER - conseiller sur les meilleurs moyens d'arrêter de fumer
- AGIR - offrir de l'aide

L'arrêt du tabac, chez la plupart des fumeurs, s'accompagne d'une prise de poids (5 kg en moyenne). Mais, pour l'ESC, les avantages pour la santé de l'arrêt du tabac l'emportent sur les risques liés à cette prise de poids. Chez les patients atteints de coronaropathie, en particulier chez ceux qui souffrent de dépression sévère et qui sont exposés à des facteurs environnementaux, la persistance ou la reprise du tabagisme est fréquente. À ces patients, il est possible de proposer des thérapies de gestion des émotions qui peuvent améliorer les résultats en cas de dépression actuelle ou passée.

Une prise en charge médicamenteuse d'aide à l'arrêt du tabac doit être envisagée chez tous les fumeurs en demande de sevrage. Plusieurs interventions médicamenteuses ont fait la preuve de leur efficacité : les substituts nicotiques, le bupropion, la varénicline et la cytisine (disponible dans très peu de pays dans cette indication). On constate que toutes les formes de substituts nicotiques (gomme à mâcher, patchs transdermiques de nicotine, spray nasal, inhalateur, comprimés sublinguaux) sont efficaces. En outre, une combinaison de différents substituts peut majorer le taux de réussite par rapport à l'utilisation d'une forme unique.

Les substituts nicotiques ne présentent pas d'effets indésirables chez les patients atteints de maladie athérosclérotique sévère, mais les preuves de leur efficacité dans ce groupe ne sont pas concluantes.

Chez les patients atteints d'ASCVD, la varénicline (RR 2,6), le bupropion (RR 1,4), la thérapie de soutien par téléphone (RR 1,5) et le counselling individuel (RR 1,6) augmentent tous les taux de réussite du sevrage. Le bupropion (qui est doté d'une action antidépressive) est doté d'une efficacité similaire à celle des substituts nicotiques.

La varénicline (à 1 mg deux fois par jour) double le taux d'abandon par rapport au placebo, augmente de 25 % le sevrage par rapport aux substituts nicotiques et de 40 % par rapport au bupropion. Pour réduire l'incidence des effets secondaires, il est possible d'utiliser des doses plus faibles ou variables qui sont, elles aussi, efficaces. La varénicline, même lorsqu'elle est utilisée au-delà du régime standard de 12 semaines, est bien tolérée. C'est actuellement la thérapeutique médicamenteuse de choix en Europe pour les patients admis pour un SCA en raison de son efficacité et de sa sûreté. La nausée, principal effet indésirable, disparaît rapidement avec le temps.

Enfin, un lien de causalité entre la varénicline et les événements indésirables neuropsychiatriques semble peu probable.

L'ESC aborde aussi pour la première fois la place de la vape. Des données récentes suggèrent que la vape est probablement plus efficace que les substituts nicotiques en termes de sevrage tabagique. Les effets à long terme des e-cigarettes sur la santé cardiovasculaire et pulmonaire doivent cependant faire l'objet de recherches plus approfondies. Le double usage avec les cigarettes doit quant à lui et autant que possible être évité. De plus, comme la vape avec nicotine crée une dépendance, son utilisation devrait être soumise à des contrôles de marketing similaires à ceux des cigarettes classiques, en particulier pour les variétés aromatisées

privilégées par les plus jeunes.

Bien qu'il contienne moins de substances toxiques que les cigarettes classiques, le tabac chauffé est addictif et doit donc être évité.

- [Une nouvelle étude en faveur du dépistage du cancer du poumon avec scanner faible dose chez les fumeurs](#)

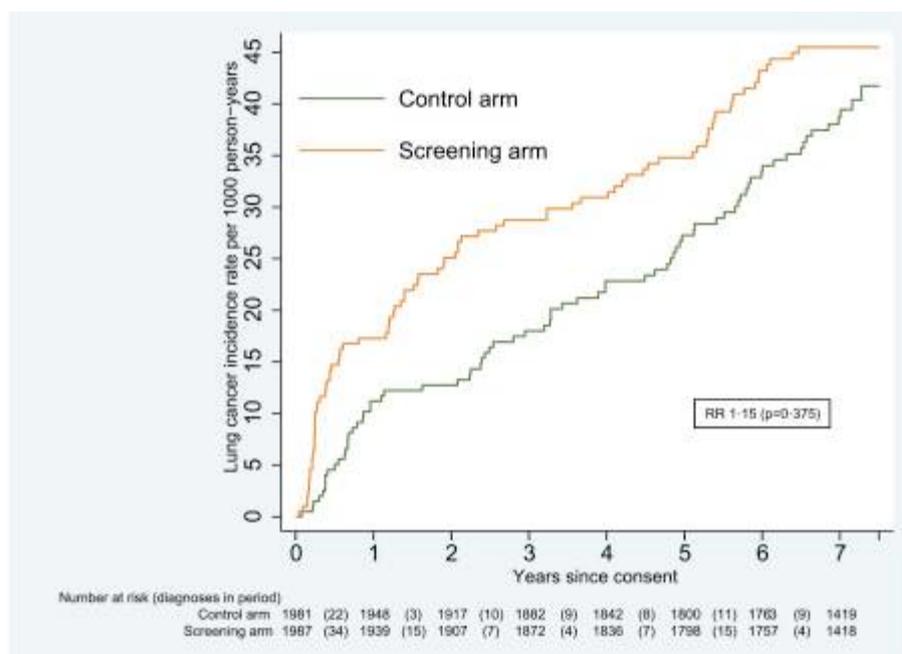
Lung cancer mortality reduction by LDCT screening: UKLS randomised trial results and international meta-analysis. Field J, Vulcan M, Davies M. *The Lancet Regional Health - Europe*. Volume 10, November 2021, 100179. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100179>

Une réduction de la mortalité par cancer du poumon chez des personnes à risque a été rendue possible grâce à un dépistage par scanner faible dose. C'est ce qu'indiquent les résultats d'un essai randomisé britannique publié dans le *Lancet Regional Health*, dont les auteurs présentent aussi dans le même article une méta-analyse des différents essais sur ce sujet qui conclut à une baisse de mortalité.

L'intérêt d'un dépistage du cancer du poumon chez les gros fumeurs est débattu depuis de nombreuses années. Ce type de dépistage n'est jusqu'à présent pas mis en pratique en France. Si des sociétés savantes en approuvent le principe, l'Académie de médecine est en revanche défavorable à un dépistage organisé en raison selon elle d'une insuffisance de données, mais sans exclure la réalisation de scanners dans le cadre de bilans de santé chez certains fumeurs.

Les deux plus grandes études sur ce sujet ont mis en valeur une baisse de mortalité par cancer du poumon avec un scanner faible dose. Il s'agit de NLST aux Etats-Unis et de l'essai belgo-néerlandais NELSON.

Dans l'étude de Field et coll., la UKLS, un seul cycle de dépistage a été effectué au début de l'étude. Les chercheurs ont ensuite randomisé les personnes à risque entre le scanner et le suivi usuel sans scanner. Au total, 4.055 personnes de 50-75 ans présentaient un score de risque de développer un cancer du poumon (score LLPv2) correspondant une probabilité d'atteinte d'au moins 4,5% de cancer sur 5 ans.

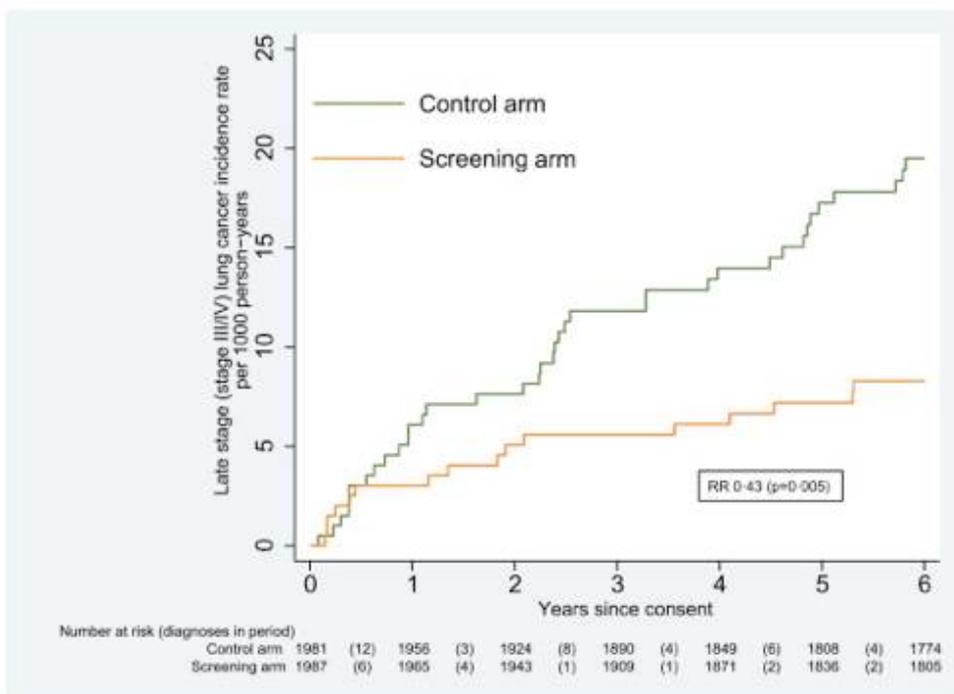


Incidence cumulée des cancers du poumon

Après un suivi médian de 7,3 ans, 86 cancers ont été détectés chez les personnes ayant bénéficié du dépistage contre 75 dans le groupe contrôle.

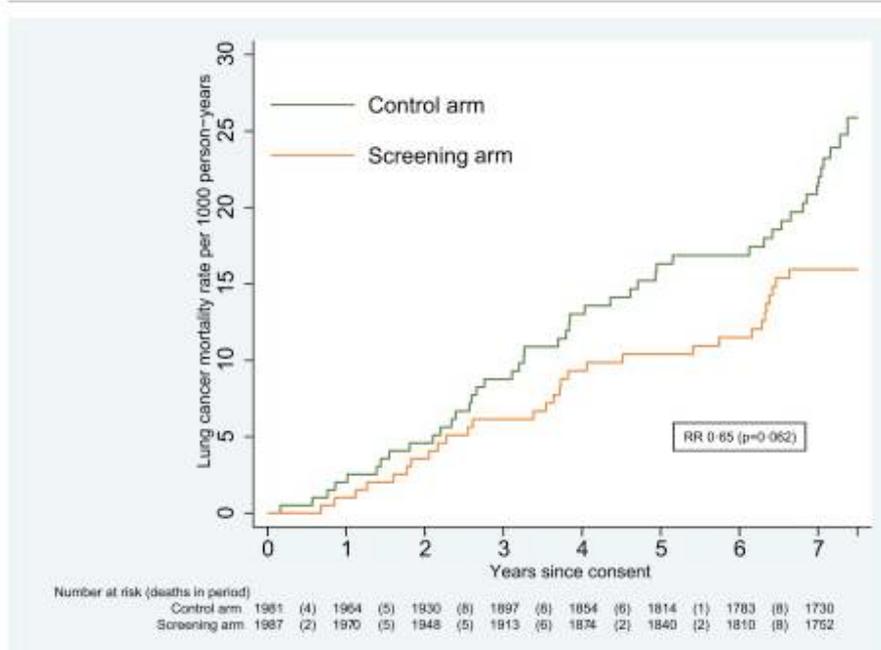
Les auteurs ont mis en évidence des différences importantes dans les stades des cancers lors de leur diagnostic. Ainsi, dans le groupe dépisté, 52,9% des patients étaient au stade IA (60% d'entre eux dépistés par le scanner initial, les autres détectés durant le suivi) contre seulement 14,5% dans le groupe contrôle. Les atteintes étaient aussi plus fréquemment détectées aux stades IB et IIA dans le groupe dépisté.

A l'inverse, seulement 10% des cancers étaient diagnostiqués au stade IV dans le groupe dépisté, contre 49,1% dans le groupe contrôle. Si l'on regroupe les stades III et IV, les proportions étaient de respectivement 22,9% et 67,3%.



Incidence cumulée des cancers du poumon à un stade tardif

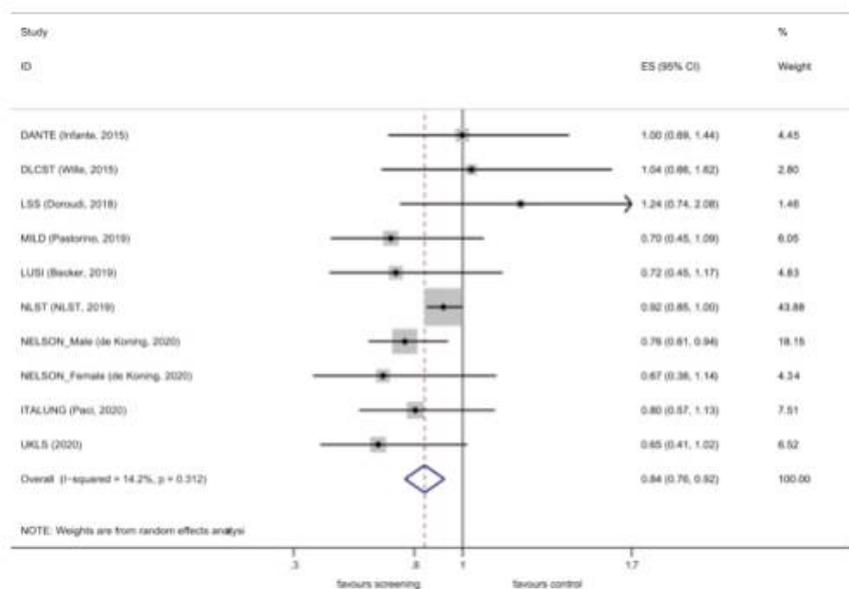
Les auteurs expliquent que le risque de décès par cancer bronchique a été diminué de 35% grâce au scanner faible dose, avec 30 décès dans le groupe dépisté contre 46 décès dans le groupe contrôle.



Mortalité cumulée par cancer du poumon

Durant le suivi, respectivement 246 patients du groupe dépistage et 266 du groupe contrôle sont décédés. La différence n'est pas statistiquement significative.

Les chercheurs britanniques ont ensuite regroupé les données des 9 essais randomisés conduits sur le dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose, pour conclure à une réduction de risque de décès de 16% liée à ce type de cancer.



9 études incluses dans la méta-analyse

Au cours de leur discussion, les auteurs évoquent la question - posée pour tous les dépistages de cancers - d'un risque de surdiagnostic. Avec 86 cas dans le groupe dépisté contre 75 dans le groupe contrôle, ils retiennent un taux possible de surdiagnostic de 15%. Toutefois, la différence entre les 2 groupes n'était pas statistiquement significative.

- [Un diagnostic plus précoce du cancer du poumon associé à une mortalité réduite](#)

Association of Stage Shift and Population Mortality Among Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. Flores R, Patel P, Alpert N et coll. *JAMA Netw Open.* 2021;4(12):e2137508. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.37508

La baisse de la mortalité par cancer du poumon, observée aux Etats-Unis est en partie liée à un diagnostic à un stade plus précoce que par le passé, nous apprend une étude publiée dans *JAMA Network Open*.

C'est la première fois qu'une étude menée sur une large population (plus de 300 000 personnes) démontre une baisse de la mortalité par cancer du poumon grâce à une détection précoce, lorsque les tumeurs sont de plus petite taille et donc, plus accessibles au traitement. Cette baisse à la fois de l'incidence et de la mortalité est observée depuis 2012, probablement grâce à une amélioration des traitements, en particulier l'immunothérapie et les thérapies ciblées, ainsi que de la prévention, notamment par la baisse du tabagisme et la précocité de la détection.

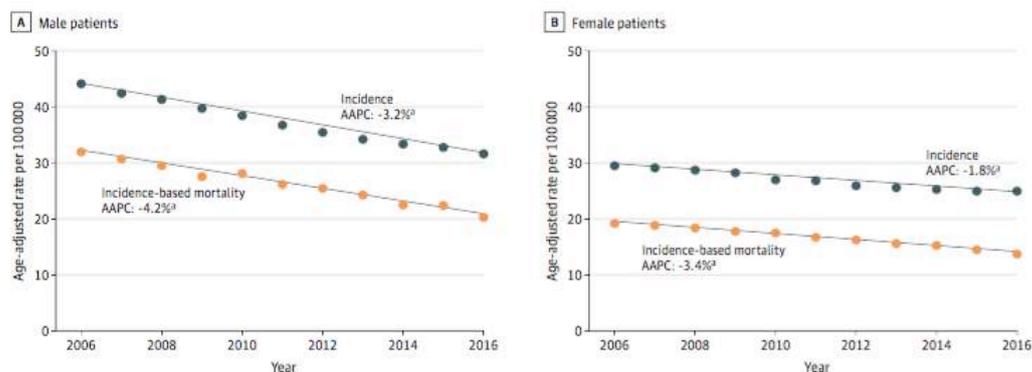
Dans cette étude, Flores et coll. ont souhaité mieux comprendre l'impact de la détection précoce des cancers du poumon dans l'évolution de la mortalité, supposant que le recours au scanner (CT-Scan ou tomodensitométrie), intentionnel ou non, pouvait avoir eu un impact. Aux Etats-Unis, plusieurs études ont conduit à recommander cet examen pour le dépistage à partir de 2013 et, récemment encore, les critères ont été élargis.

L'étude américaine correspond à une analyse rétrospective des données issues des registres SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*) portant sur tous les patients diagnostiqués avec un cancer du poumon non à

petites cellules (NAPC) entre 2006 et 2016, soit 312.382 patients (53,4% d'hommes, de 68 ans en médiane et 52,2% avec un adénocarcinome à l'histologie).

La mortalité ajustée sur l'incidence dans les cinq ans suivant le diagnostic a baissé entre 2006 et 2016, de -3,7% par an en moyenne.

Figure 1. Incidence and Incidence-Based Mortality for Non-Small Cell Lung Cancer According to Sex From 2006-2016

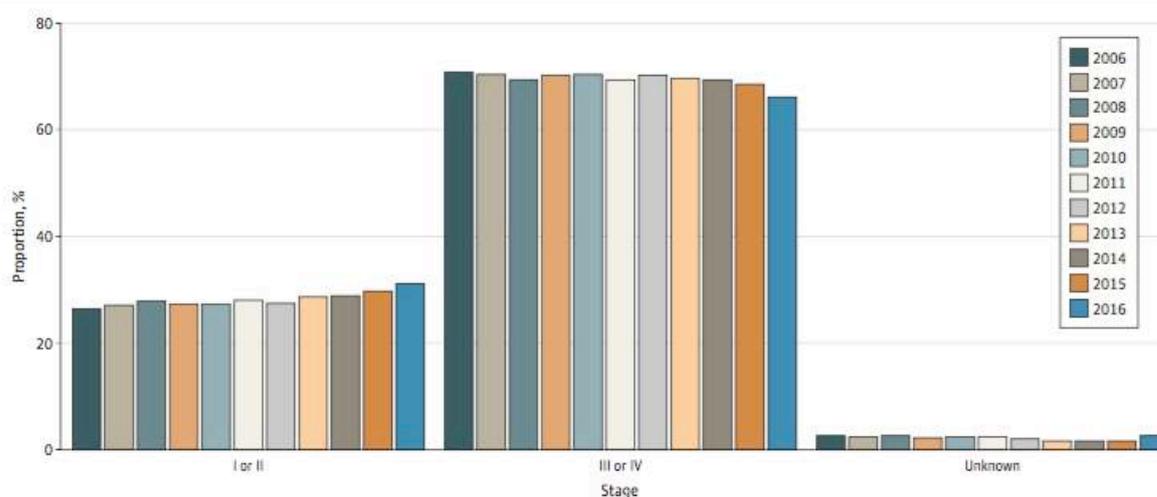


AAPC indicates average annual percent change.

Incidence et mortalité du cancer du poumon non à petite cellules selon le sexe entre 2006 et 2016

L'analyse des données montre une association significative entre l'année du diagnostic et le stade clinique, avec un diagnostic aux stades I/II passant de 26,5% des patients en 2006 à 31,2% en 2016, soit une hausse de 1,5% par an en moyenne. Inversement, la part des diagnostics aux stades plus avancés III/IV a diminué, passant de 70,8% en 2006 à 66,1% en 2016, soit une baisse de 1,6% par an.

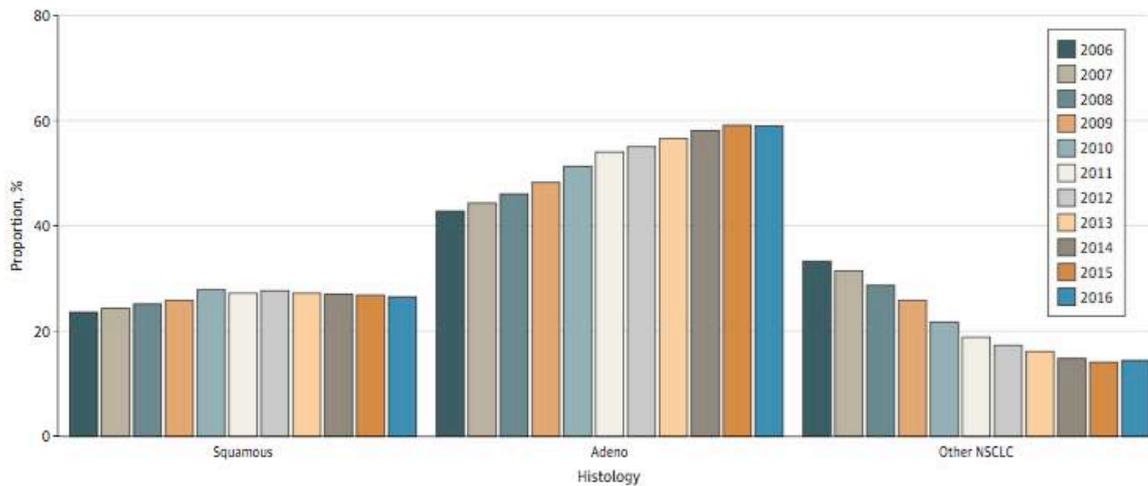
Figure 2. Shift in Stage at Diagnosis Over Time, 2006-2016



Modification du stade de détection dans le temps

L'année de diagnostic était aussi associée de manière significative à l'histologie de la tumeur. En 2006, 42,9% des cas étaient des adénocarcinomes alors que, en 2016, ceux-ci se montaient à 59%, soit une hausse de 3,4% par an. Les carcinomes épidermoïdes ont également progressé, de 23,7% à 26%, alors que les autres tumeurs diagnostiquées histologiquement ont reculé de 33,4% à 14,4%.

Figure 3. Shift in Histology Over Time, 2006-2016



NSCLC indicates non-small cell lung cancer.

Modifications dans l'histologie des tumeurs

La survie médiane des patients diagnostiqués à un stade I/II était de 58 mois, contre 12 mois au stade III et 5 mois au stade IV.

Ces résultats suggèrent que, en dépit du rôle des nouveaux traitements - les thérapies ciblées, plus particulièrement -, la baisse de la mortalité par cancer du poumon est également associée à un diagnostic à des stades plus précoces et à davantage d'adénocarcinomes. Les auteurs estiment que si tous les patients éligibles, c'est-à-dire les personnes de plus de 40 ans fumeuses ou anciennes fumeuses, participent effectivement au dépistage par scanner, 80% des patients atteints de cancers du poumon pourraient être sauvés.

- [Cancer du poumon : recommandations américaines en faveur d'un élargissement de la population éligible au dépistage](#)

Screening for Lung Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2021;325(10):962-970. doi:10.1001/jama.2021.1117

Le groupe de travail des services américains de prévention (US Preventive Services Task Force -USPSTF) recommande d'élargir la population éligible au dépistage annuel du cancer du poumon par scanner thoracique faible dose, sur la base notamment d'une étude de modélisation publiée dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*.

Jusqu'à présent, le dépistage annuel était recommandé pour les 55-80 ans fumeurs ou anciens fumeurs à 30 paquets-années ou pour les anciens fumeurs ayant arrêté au cours des 15 dernières années. Désormais, ce dépistage est proposé d'une part à des personnes plus jeunes, à partir de 50 ans et, d'autre part, à des individus présentant un tabagisme moins important, de 20 paquets-années.

Ces nouvelles recommandations reposent, comme d'habitude, sur une revue systématique de la littérature, ainsi que sur une étude de modélisation qui compare quatre scénarios différents pour des personnes nées entre 1950 et 1960.

Selon cette étude, le dépistage annuel chez des fumeurs ou anciens fumeurs à 20 paquets-années permet

d'augmenter la population éligible par rapport aux critères de 2013 et d'éviter entre 469 et 558 décès par cancer du poumon pour 100.000 personnes dépistées, contre 382 décès évités précédemment.

Mais cette stratégie s'accompagne notamment d'une hausse des faux-positifs, avec un surdiagnostic de cas de cancer de poumon entre 83 et 94 pour 100.000, contre 69 cas pour 100.000 avec les critères de 2013, et des décès par radiation, de 29 à 42,5 cas pour 100.000, contre 20,6 cas pour 100.000.

L'avantage des nouvelles recommandations - en élargissant la population cible - est de réduire les inégalités d'accès aux soins, observent les auteurs. Pour les éditorialistes, il manque encore des données permettant d'inclure des non-fumeurs mais à risque génétique notamment de développer un cancer du poumon.

Les observateurs s'interrogent également sur la mise en œuvre de ce dépistage annuel, rappelant que dans la réalité médicale quotidienne, le taux d'adhésion à une telle mesure est faible par rapport à ce qui est observé dans les essais cliniques. En 2022, la situation pourrait évoluer en France sous l'impulsion des sociétés savantes (SPLF, sociétés d'oncologie..) qui y travaille avec la HAS.

• Amélioration de la survie à 5 ans des cancers liés au tabac en France

Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine (1989-2018). <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine>

La survie des personnes atteintes d'un cancer lié au tabac cinq ans après le diagnostic s'améliore en France ; ce résultat doit cependant être appréhendé avec attention puisqu'il peut masquer de fortes disparités. L'Institut national du cancer (Inca), Santé publique France (SPF), le réseau français des registres des cancers (Francim) et le service biostatistiques des Hospices civils de Lyon (HCL) ont publié une étude intitulée "Survie des personnes atteintes de cancers en France métropolitaine" qui s'inscrit dans les différents plans cancer ainsi que dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Les chercheurs ont analysé la survie à 1, 5, 10 ans et 20 ans de 730.000 personnes diagnostiquées avec un cancer (50 tumeurs solides et 23 hémopathies malignes) entre 1989 et 2015. Dans le cadre de l'étude, les chercheurs ont plus particulièrement analysé la survie nette standardisée (SNS, la mortalité spécifique par cancer) à 5 ans sur la période 2010-2015.

Globalement, la survie à 1 et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015 tend à s'améliorer. Différents exemples sont détaillés dans l'étude.

- **Cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx** : la survie nette standardisée à 5 ans est de 41 % chez les hommes et 56 % chez les femmes pour les cas diagnostiqués en 2010-2015. Globalement, il existe une amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans de 12 points de pourcentage entre les personnes diagnostiquées en 1990 et 2015

- **Cancer de la lèvre** : ce cancer est doté d'un pronostic favorable avec une survie nette standardisée à 5 ans de 89 % pour les personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015. La survie nette à 5 ans varie peu avec l'âge au moment du diagnostic (87 % à 80 ans et 91 % à 50 ans)

- **Cancer de la cavité buccale** : la survie nette standardisée à 5 ans est de 44 % chez les hommes et 56 % chez les femmes pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015. Globalement, il existe une amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans de 13 points entre 1990 et 2015

- **Cancer de l'oropharynx** : la survie nette standardisée à 5 ans est de 41 % chez les hommes et 53 % chez les femmes pour les cas diagnostiqués entre 2010 et 2015. L'amélioration de la survie nette standardisée à 5 ans augmente ainsi de 18 points de pourcentage entre 1990 et 2015

- **Cancer du larynx** : la survie nette standardisée à 5 ans est de 59 % pour les personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015. Sur la même période, la survie nette à 5 ans se révèle meilleure pour les femmes que pour les hommes avant 70 ans au diagnostic.

- **Cancer du poumon non à petites cellules** : la survie nette standardisée à 5 ans est de 24 % et de 18 % respectivement pour les femmes et les hommes diagnostiqués sur la période 2010-2015

- **Adénocarcinomes pulmonaires** : la survie nette standardisée à 5 ans est plus favorable chez les femmes que chez les hommes (27 % versus 20 %) pour les cancers diagnostiqués entre 2010 et 2015. On observe une amélioration de 11 points de pourcentage de la survie nette standardisée à 5 ans entre 1990 et 2015

- **Cancers épidermoïdes du poumon** : la survie nette standardisée à 5 ans se monte à 21 % pour les femmes et les hommes diagnostiqués entre 2010 et 2015.

- **Carcinome pulmonaire à petites cellules** : la survie nette standardisée à 5 ans est de 7 % tous sexes confondus, et de 9 % et 6 % respectivement pour les femmes et les hommes diagnostiqués entre 2010 et 2015,

- **Cancer de la vessie** : la survie nette standardisée à 5 ans est de 55 % chez l'homme et 49 % chez la femme entre 2010 et 2015.

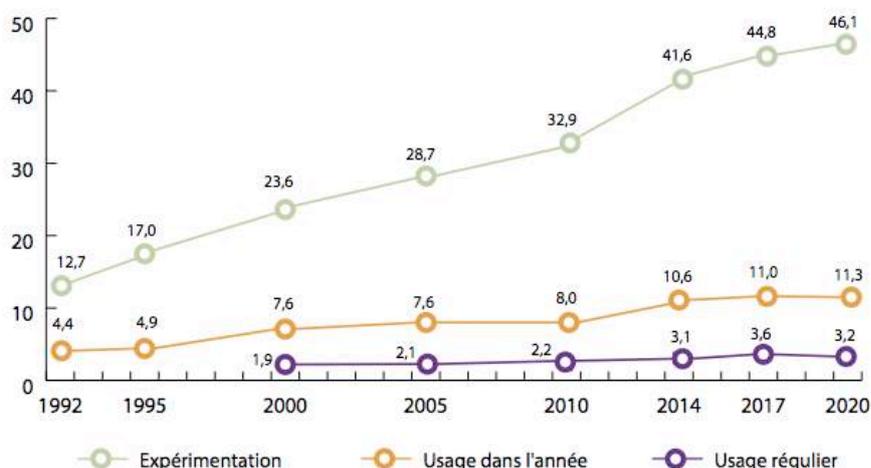
• Cannabis : un usage en baisse chez les jeunes adultes mais une tendance haussière chez les plus âgés

Les niveaux d'usage de cannabis en France en 2020. Note 2021-06, OFDT, 6 p. Décembre 2021. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxoln2ba.pdf>

Le cannabis reste en 2020 le produit illicite le plus expérimenté en France avec une stabilisation globale chez l'adulte mais, depuis plusieurs années, son usage tend à baisser chez les jeunes, même s'ils sont les plus nombreux à en consommer, alors qu'il progresse parmi les plus âgés, selon les premiers résultats du baromètre de Santé publique France (SPF) 2020. Le cannabis reste le produit illicite le plus expérimenté en France, même si sa consommation tend à se stabiliser.

A l'occasion du baromètre santé de SPF de 2020, 10.879 adultes âgés de 18 à 64 ans ont été interrogés sur leurs usages de cannabis. Principal résultat : 46,1% des adultes l'ont expérimenté, avec toujours une prévalence plus élevée chez les hommes, 54,8% contre 37,7% des femmes.

Figure 1. Évolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2020, parmi les 18-64 ans (en %)



Après trois décennies pendant lesquelles la diffusion du cannabis n'avait cessé de progresser, le taux d'expérimentation s'est globalement stabilisé entre 2017 et 2020, mais reste en hausse parmi les hommes.

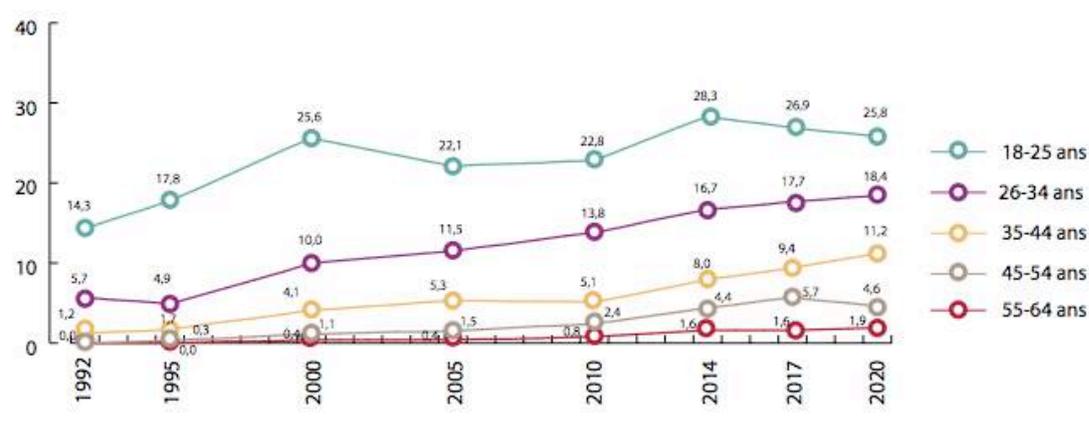
De la même manière, la part des usagers dans l'année reste stable en 2020, à 11,3% contre 11% en 2017, après une hausse quasi continue entre 1992 et 2014, de 4,4% à 10,6%, mais avec un écart qui reste marqué entre les hommes et les femmes (respectivement 15,2% et 7,5% en 2020). Le nombre des usagers réguliers (10 fois ou plus durant le dernier mois) et quotidiens de cannabis demeure lui aussi stable entre 2017 et 2020 (de 3,6% à 3,2%), après une période de hausse entre 2000 et 2017 (de 1,9% à 3,6%).

Depuis trente ans, même si les usagers restent très majoritairement masculins, les femmes sont de plus en plus nombreuses.

Les plus jeunes sont toujours les principaux consommateurs : plus de 40% des adolescents de 17 ans en avaient déjà consommé en 2017. En 2020, la part des 18-25 ans ayant consommé au cours de l'année passée a baissé, à 25,8% contre 26,9% en 2017 et 28,3% en 2014. Les auteurs précisent qu'ils n'étaient que 14,3% de la classe d'âge considérée à en avoir consommé en 1992.

La part des adultes plus âgés qui recouru au cannabis au cours des douze mois précédents est plus faible mais progresse régulièrement, à 18,4% des 26-34 ans en 2020 (contre 17,7% en 2017, 13,8% en 2010, 10% en 2000 et 5,7% en 1992), et à 11,2% des 35-44 ans en 2020 (9,4% en 2017, 5,1% en 2010, 1,1% en 2000 et 1,2% en 1992), témoignant d'un vieillissement, en moyenne, des usagers dans l'année, selon l'expression choisie par les auteurs. Cette dernière tendance laisse clairement entendre qu'une partie des premières générations d'usagers n'a pas abandonné ses usages du cannabis en prenant de l'âge.

Figure 2. Évolution de l'usage actuel de cannabis entre 1992 et 2020 par groupe d'âge (%)



Source : Baromètres santé de Santé publique France, exploitation OFDT

Quant à la part des usagers de 45-54 ans, elle est faible mais suit la même tendance générale : de nulle en 1992, elle atteint 4,6% en 2020, même si elle est en baisse par rapport à 2017 (5,7%). Pour les 55-64 ans, la consommation est passée aussi de zéro en 1992 à 1,9% en 2020.

Les résultats soulignent que le profil socio-économique des usagers a lui aussi évolué. En 2020, les individus présentant un niveau de diplôme équivalent au baccalauréat sont plus souvent usagers dans l'année (13,9%) que ceux possédant un diplôme inférieur au bac (9,4%) et ceux qui sont pourvus d'un diplôme de l'enseignement supérieur (11,4%). En revanche, pour l'usage régulier ou quotidien, ce sont les titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat qui présentent les niveaux de consommation les plus élevés.

Enfin, en 2020, des questions complémentaires sur les modes d'usage du cannabis ont été posées pour la première fois dans cette enquête. Le cannabis fumé reste le mode majoritaire (94%), mélangé avec du tabac (95%), avec une prédominance confirmée de l'herbe (61%) par rapport à la résine (37%). Les autres modes minoritaires se présentaient sous forme comestible (gâteau, infusion... 2,2%) ou vapotée/vaporisée (2,3%).

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Consultez les références des publications des membres de la SFT sur notre site :
<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/publications1.html>

Et envoyez-nous les vôtres : sft@larbredecomm.fr !

INFORMATIONS

MOOC – Tabac : arrêtez comme vous voulez !

Grâce au soutien du Fonds de lutte contre les addictions (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie), la Société Francophone de Tabacologie (SFT) propose la rediffusion du MOOC « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! », financé par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme d'Investissements d'avenir portant la référence ANR-15-IDFN-0003.

Ce Massive Open Online Course (cours en ligne ouvert pour tous - entièrement gratuit !) a été réalisé par le Dr Anne-Laurence Le Faou – Présidente de la SFT.

Le MOOC – à travers des cours, des ateliers en groupe et du matériel pédagogique à disposition – permettra de renforcer les connaissances des soignants.

Depuis 2016, de nombreux soignants ont le droit de prescrire des substituts nicotiques (infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes). Une formation est cependant indispensable pour accompagner le fumeur et réaliser cette prescription dans les conditions optimales.

Sept semaines de formation à raison de 2 heures par semaine au maximum à organiser selon vos souhaits sont proposées sur la plateforme **Pédagogie Numérique en Santé** :

<https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation>

Tabagisme et Diabète

Le Groupe de travail « Tabagisme et Diabète » – piloté par la Société Francophone du Diabète et la Société Francophone de Tabacologie – propose un questionnaire anonyme dans le cadre de l'élaboration de recommandations de bonne pratique qui bénéficieront de votre expertise. Le temps moyen de renseignement est de moins de 4 minutes. Merci d'avance de votre participation !

Questionnaire en ligne : <https://forms.office.com/r/Yvs0DHDRzR>

CONGRÈS



32es Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie 2022

12-15 janvier 2022.

Palais des congrès, Paris et en distanciel le 15 janvier. La session SFT intitulée « Tabagisme et maladies cardiovasculaires » se tiendra le jeudi 13 janvier entre 10:00 et 11:00.

<https://www.cardio-online.fr/Congres/JE-SFC-2022/Journees-Europeennes-de-la-SFC-2022>



26e Congrès de Pneumologie de Langue Française

21-23 janvier 2022.

Grand Palais, Lille.

La session « Tabac » organisée conjointement par la SFT et le GT Tabac de la SPLF se tiendra le samedi 22 janvier entre 8:30 et 10:00.

<https://www.congres-pneumologie.fr>



16e Congrès international d'addictologie de l'Albatros

7-9 juin 2022.

Paris.

<https://www.congresalbatros.org>



16e Congrès national de la Société Francophone de Tabacologie

24-25 novembre 2022.

Palais des congrès, Dijon.

Contact : Mme Maria Ilie, Carte Blanche 7, chemin En Barbaro, 81710 Saix

Tél. : 33 (0)5 63 72 31 00

maria.ilien@carte-blanche.fr

<http://csft2022.fr>

OFFRES D'EMPLOI

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :
<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser au Dr Philippe Arvers :
p.arvers@wanadoo.fr