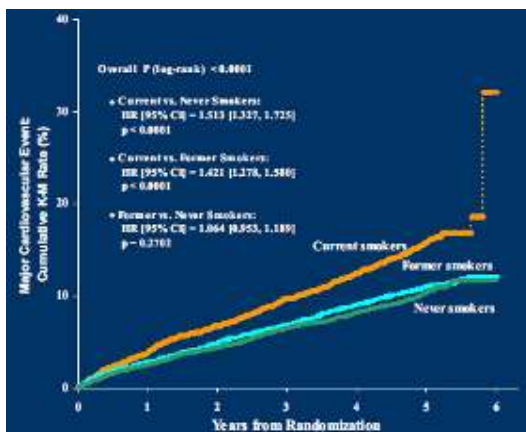


- **L'arrêt du tabac montre un bénéfice majeur chez les patients coronariens, même traités par les meilleurs médicaments actuels.**

Frey et al. *Am J Cardiol.* 2010 Dec 1. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21129718>



Cet article est une analyse a posteriori (post-hoc) réalisée chez 18885 patients coronariens traités par statines (combinaison de 2 essais cliniques comparant des doses fortes à des doses modérées), et stratifiés selon leur statut tabagique à l'entrée de l'étude (3176 fumeurs, 11513 ex-fumeurs, 4196 non fumeurs). Le critère principal d'évaluation était un événement cardiovasculaire majeur (ECVM), incluant la mort par arrêt cardiaque, l'infarctus du myocarde, l'AVC ou un arrêt cardiaque réanimé, sur un suivi de 5 ans. Le risque (hazard ratio, HR ajusté par rapport aux données démographiques) des fumeurs (F) par rapport aux non fumeurs (NF) était de HR=1,68 (IC 95% 1,46-1,94), et des F par rapport aux ex-fumeurs (EF) était de HR=1,57 (IC 95% 1,41-1,76). Les taux absolus de ECVM étaient de 15,1% chez les F, 10,6% chez

les EF et 10,0% chez les NF. La différence entre F et EF était donc de 4,5%, soit plus de 2 fois la diminution de risque observée entre patients traités par fortes doses et doses modérées de statines dans les 2 essais cliniques (respectivement 1,7% et 2,2%). En conclusion, même s'il ne s'agit pas d'une étude prospective et si le statut tabagique n'a été collecté qu'à l'entrée dans l'étude, cet article montre que l'arrêt du tabac chez des patients coronariens traités par les meilleurs traitements actuels accorde un bénéfice substantiel, avec un nombre de patients à traiter pour éviter un ECVM sur 5 ans de seulement 22, et pour éviter n'importe quel événement cardiovasculaire, de seulement 17 !

- **Comment les spécialistes français de l'infertilité se comportent-ils face à l'arrêt du tabac ?**

Freour et al. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Nov 26. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112685>

Une étude française sur le statut tabagique, l'opinion sur l'arrêt et leur pratique face aux patients des professionnels de santé impliqués dans l'infertilité (803 gynécologues, urologues, endocrinologues, et embryologistes) a été réalisée par l'envoi d'un questionnaire. Malheureusement le faible taux de réponse (42,3%) laisse des doutes sur l'interprétation que l'on peut faire des résultats (50% hommes/femmes, 41% <45 ans, 37% d'embryologistes et 53,3% de gynécologues). La prévalence du tabagisme dans cette population est de 13%. Plus de 80% demandent toujours à leurs patients s'ils fument du tabac ou du cannabis. La plupart des médecins informent leurs patients des méfaits du tabagisme, leur recommande d'arrêter de fumer (94%) et leur propose de les aider (76%). Seulement 24% refusent de traiter si les patients n'arrêtent pas de fumer. Les analyses montrent quelques différences dans les réponses en fonction du sexe, de l'âge ou de la spécialité, mais curieusement, les résultats ne sont pas différents entre fumeurs et non fumeurs. Les auteurs concluent qu'il est encore nécessaire d'informer ces professionnels afin de réduire la prévalence du tabagisme chez les couples consultants pour des problèmes d'infertilité.

- **Les patients souffrant d'une maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique ne sont pas différents face à l'arrêt du tabac.**

*van der Heide et al. J Crohns Colitis. 2010 Jun;4(2):125-31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21122495>*

Le tabagisme a des effets négatifs en ce qui concerne la maladie de Crohn (MC), et positifs pour la rectocolite hémorragique ulcéreuse (RHU). Cette étude néerlandaise s'est attachée à déterminer quels étaient les attitudes de ces patients face au tabagisme actif ou passif et à l'arrêt du tabac. Pour cela 820 patients ont reçu un questionnaire, sur lesquels 675 (82%) ont répondu (320 MC et 295 RHU). Les résultats montrent que plus de patients RHU ont arrêté de fumer avant leur diagnostic (63%) que de patients MC (22%,  $p < 0,001$ ), donnant 30% d'ex-fumeurs chez les RHU et 13% chez les MC ( $p < 0,001$ ). Les taux d'arrêt du tabac après ou au moment du diagnostic sont identiques dans les deux groupes. La moitié des patients MC ont arrêté de fumer après le diagnostic, ce qui donne une prévalence plus faible que dans la population générale néerlandaise (26%, IC 95% 21,1%-29,9%, par rapport à 33%). Les intentions d'arrêt (89% d'intentions, mais seulement 33% d'intention d'arrêt dans les 6 mois!), et l'exposition passive au tabagisme dans l'enfance ou présente, n'étaient pas différentes dans les deux groupes de patients. Il ne semble pas y avoir de différence de changement de comportement face au tabagisme entre les patients MC et RHU, ce qui suggère un manque de connaissances chez ces patients du lien existant entre le tabagisme et leur maladie. Cependant les patients MC semblent moins réfractaires à l'arrêt que la population générale, ce qui est encourageant pour ceux qui les aident à arrêter de fumer.

- **Estimation mondiale des méfaits de l'exposition passive à la fumée de tabac.**

*Oberg et al. Lancet. 2010 Nov 25. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112082>*

Cet article tente d'estimer le poids du tabagisme passif sur la mortalité et la morbidité des enfants et des non fumeurs. Pour ce faire les auteurs ont calculé le nombre de décès et les DALYs (disability-adjusted life-years ou années de vie ajustées sur l'incapacité), en fonction des estimations de risque relatif spécifiques de chaque maladie et les estimations des proportions régionales de personnes exposées au tabagisme passif (méthode de détermination de risque comparatif), ceci pour l'année 2004 dans 192 pays. Globalement, 40% des enfants, 33% des hommes non fumeurs et 35% des femmes non fumeuses sont exposés au tabagisme passif. Il est estimé que cette exposition a produit 379000 morts par maladie cardiaque, 165000 par infections respiratoires basses, 36900 par asthme et 21400 par cancer du poumon. Au total, 603000 morts ont été dues au tabagisme passif en 2004, soit environ 1% de la mortalité mondiale (si mon calcul est exact, cela représenterait 5000 morts en France). Parmi ces morts, 47% ont eu lieu chez les femmes, 28% chez les enfants et 26% chez les hommes. Les pertes en DALYs sont de 10,9 millions, soit environ 0,7% du poids des maladies dans le monde en 2004 (mais 61% de cette perte l'a été chez les enfants). Les méfaits les plus importants ont été les infections respiratoires basses chez les enfants (5939000), les maladies cardiaques chez les adultes (2836000) et l'asthme chez les adultes (1246000) et les enfants 651000). Ces estimations montrent à quel point la réduction de l'exposition de la population au tabagisme passif, en particulier par les restrictions de fumer dans les lieux publics et à la maison, pourrait améliorer la santé dans le monde.

- **Le nombre de fumeurs a augmenté en Italie entre 2008 et 2009; la faute à la crise ?**

*Gallus et al. Prev Med. 2010 Dec 1. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130111>*

Cette lettre à l'Éditeur montre la comparaison de deux enquêtes (un peu plus de 3000 personnes pour chaque), l'une avant la crise économique internationale (mars-avril 2008) et l'autre, pendant la crise (mars-avril 2009). Durant cet intervalle, le chômage est passé de 6,7% à 7,9%. La prévalence du tabagisme chez les italiens de 15 ans et plus est ainsi passé de 22% en 2008 à 25,4% en 2009 (une réduction importante s'est produite après l'interdiction de fumer dans les lieux publics de 2005). Cette augmentation a eu lieu à la fois chez les hommes, mais de façon non significative (26,4% à 28,9%,  $p = 0,13$ ), et chez les femmes de façon significative (17,9% à 22,3%,  $p < 0,01$ ). Le nombre de cigarettes fumées par jour n'a pas bougé. Ces chiffres sont à rapprocher des chiffres du baromètre français publiés récemment et montrant une augmentation de la prévalence en France entre 2005 et 2010.

- **Méta-analyse de l'utilisation du TNS avant l'arrêt: l'efficacité n'est pas probante !**

*Lindson & Aveyard. Psychopharmacology (Berl). 2010 Nov 9. [Epub ahead of print]*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21060996>

Deux publications de 2008 (Shiffman & Ferguson, et la revue Cochrane de Stead et al.) montraient l'efficacité de l'utilisation du traitement nicotinique de substitution (TNS) avant l'arrêt effectif (preloading en anglais, différent de la réduction avant arrêt). Mais aucune n'avait cherché à déterminer les causes de cette efficacité par rapport à un arrêt conventionnel. Depuis 3 études supplémentaires ont été publiées (Bullen et al. 2010; Etter et al. 2009; Hughes et al. 2010). La présente méta-analyse a donc utilisé l'ensemble des études (8 études, 2813 participants) et testé 4 hypothèses; 1) l'efficacité est due à la diminution du renforcement par la cigarette; 2) l'efficacité est due à une meilleure adhérence au TNS après l'arrêt; 3) l'efficacité est due à une augmentation de la confiance en soi; 4) l'aide comportementale modifie l'efficacité. Les résultats, non significatifs, donnent un risque relatif RR=1,05 (IC 95% 0,92-1,19) à court terme (max. 3 mois) et un RR=1,16 (IC 95% 0,97-1,38) à long terme (plus de 6 mois). Aucune des hypothèses testées n'a donné de résultat probant. Il semble cependant que le patch donne de meilleurs résultats que les formes orales dans cette intervention.

- **Le tabagisme et la maladie coronaire augmentent le risque d'AVC, mais pas l'alcool !**

*Lip et al. Stroke. 2010 Dec;41(12):2731-8.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966417>

Le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) est très hétérogène chez les patients présentant une fibrillation auriculaire, et des schémas de stratification du risque (SSR) ont été développés afin de déterminer qui sont les patients sous anticoagulant les plus à risque d'AVC. Cette étude a cherché les facteurs thrombo-emboliques prédictifs dans une cohorte de sujets sous anticoagulant (N=7329) en testant les valeurs prédictives de certains SSR (CHADS<sub>2</sub>, Framingham, ACC/AHA/ESC, 8<sup>th</sup> CCP guidelines, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc). Les facteurs prédictifs ont été , l'AVC et l'attaque ischémique transitoire (AIT) (HR=2,24; p<0,001), le tabagisme (HR=2,10; p=0,0005), avoir 75 ans ou plus (HR=1,77; p=0,0002), une coronaropathie (HR=1,52; p=0,0047), alors qu'une consommation d'alcool avait un effet protecteur (HR=0,70; p=0,02). La comparaison des différents SSR a donné des résultats similaires entre eux. Parmi les 184 événements thrombo-emboliques enregistrés, 181 (98,4%) se sont produits chez des patients identifiés à risque par le CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Par ailleurs, sa valeur prédictive d'absence de risque était de 99,5%. Ce schéma semble donc le mieux adapté pour déterminer les patients à risque. Là encore le tabagisme reste un facteur de risque majeur, l'alcool semble protecteur (à dose modérée on espère!).

- **Évaluation de la mise hors de vue des produits du tabac en Irlande.**

*McNeill et al. Tob Control. 2010 Nov 18. [Epub ahead of print]* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21088060>

En juillet 2009, l'Irlande a mis en place une nouvelle législation interdisant l'exposition à la vue du public des paquets de cigarette chez les revendeurs. Les auteurs de cette étude ont évalué les changements de comportement et les attitudes vis-à-vis de la loi et du tabac par des questionnaires chez les adolescents (cohorte de 180 adolescents de 13 à 15 ans) et les adultes (enquêtes mensuelles sur environ 1000 adultes, existant depuis 2002). Juste après la mise en œuvre de la loi, l'adhérence des revendeurs était élevée (97%). Le soutien de la loi par les adultes a considérablement augmenté après la mise en œuvre, passant de 58% en avril-juin 2009 à 66% en juillet-décembre 2009 (p<0,001). Le souvenir d'avoir vu des paquets de cigarettes exposés à la vue du public a diminué de façon significative chez les adultes (de 49% à 22%; p<0,001), et encore plus chez les adolescents (de 81% à 22%; p<0,001). Aucune différence de prévalence du tabagisme n'a été observée à court terme chez les adultes ou les adolescents. Cependant, après la loi, 14% des fumeurs adultes estimaient que cela rendait plus facile l'arrêt, et 38% des adolescents, que cela rendrait plus facile de ne pas commencer à fumer. Cette loi participe à la dé-normalisation du tabac, mais devra dans le futur être complétée par l'introduction du paquet générique (sans logo de marque) afin de réduire encore l'exposition visuelle aux produits du tabac.

- **Tous les tabacs non fumés (ou tabac oral) ne sont pas identiques en terme de toxicité !**

Stanfill et al. *Tob Control*. 2010 Nov 25. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21109685>

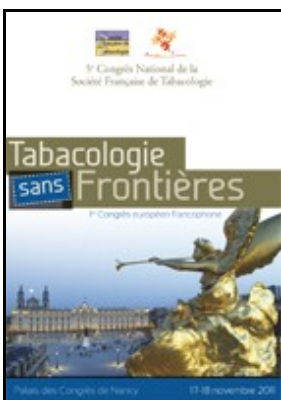
Le tabac non fumé, ou tabac oral, a l'avantage par rapport aux tabacs fumés de ne pas exposer le consommateur aux produits de combustion. Il reste néanmoins que le consommateur de tabac oral s'expose toujours à des cancérigènes (les nitrosamines spécifiques du tabac; NST) et à la nicotine, facteur de dépendance. Les tabacs non fumés sont cependant très différents en fonction des régions du monde, et cette étude a cherché à déterminer quels étaient les teneurs en nicotine totale, en nicotine non ionisée (qui est plus facilement absorbée par les muqueuses), et en 5 des NST, ainsi qu'à déterminer le pH moyen des différents produits (le pH influence aussi l'absorption). Au total, 53 produits, provenant de 5 régions du monde, ont été analysés. Les résultats montrent que le tabac oral est un produit très hétérogène. La quantité totale de nicotine varie de 0,16 à 34,1 mg/g et la quantité de nicotine non ionisée (calculée à partir de la nicotine totale et du pH du produit) de 0,05 à 31,0 mg/g. Le pH varie de 5,2 à 10,1 et donne ainsi une proportion de nicotine non ionisée disponible allant de 0,2% à 99,1%. Les produits ayant un pH très élevé et des contenus en NST élevés aussi, sont surtout en provenance d'Afrique et d'Asie. Les concentrations en NNK (l'une des NST) mesurées vont de 4,5 ng/g (mawa du Pakistan, contenant aussi de la noix d'arec ou de betel) à 516000 ng/g (toombak du Soudan). Les auteurs concluent que compte tenu de cette très grande variation en contenus toxiques, les tabacs non fumés ne doivent pas être considérés comme une seule entité lorsque l'on considère leur impact en terme de santé publique.

---

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

**Le 4ème Congrès national de la SFT  
s'est tenu les 4 et 5 novembre 2010 à Issy-les-Moulineaux.**

<http://www.csft2010.fr/pages/44alhome.html>



***Le 5ème Congrès national de la SFT  
dont le thème est "Tabacologie sans frontières"  
se tiendra du jeudi 17 au vendredi 18 novembre 2011  
au Palais des congrès de Nancy.***

***Retrouvez prochainement toutes les informations relatives à ces journées:  
<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/congres1.html>***



**FCTC**

CONVENTION-CADRE DE L'OMS  
POUR LA LUTTE ANTITABAC

**La CoP4 a eu lieu du 15 au 20 novembre à Punta del Este (Uruguay). Les directives de l'article 14 sur l'arrêt du tabac ont été adoptées.**

**Plus d'information sur: [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)**

---

### *offres d'emploi*

L'unité d'addictologie des CHU Jean Verdier/René Muret, recrute 5 IDE pour l'unité d'hospitalisation (10 lits sevrage complexes, 16 lits SSR addictologie). Voir fiche de poste jointe.  
Contacter le Dr Anne Borgne au 01 48 02 62 31 ou [anne.borgne@jvr.aphp.fr](mailto:anne.borgne@jvr.aphp.fr)

Le centre d'addictologie de HEGP recrute pour un poste de Praticien Attaché en tabacologie (huit vacations). Voir fiche de poste jointe.  
Contacter le Dr Anne-Laurence Le Faou au 01 56 09 24 88 (5018) ou [anne-laurence.lefaou@egp.aphp.fr](mailto:anne-laurence.lefaou@egp.aphp.fr)

---

### *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)**