

• La dernière revue Cochrane sur la varénicline.

Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21154363>

Il y a maintenant 11 études randomisées et contrôlées testant la varénicline contre un placebo, dont 3 ont aussi fait la comparaison avec le bupropion. Il y a aussi 2 essais comparant la varénicline au patch de nicotine, mais non contrôlés contre placebo. Le risque relatif (RR) d'abstinence continue à 6 mois ou plus est de 2,31 (IC 95% 2,01-2,66) pour la dose standard de varénicline. Il est un peu plus faible pour une dose réduite ou variable (4 essais seulement), à 2,09 (IC 95% 1,56-2,78). Comparé au bupropion, le RR est de 1,52 (IC 95% 1,22-1,88; 3 essais) à 1 an. En comparaison avec le patch, le RR d'abstinence ponctuelle à 6 mois est de 1,13 (IC 95% 0,94-1,35; donc non significatif car la borne basse est ≤ 1). En termes d'effets indésirables, la varénicline semble bien supportée, même lors d'une utilisation supérieure à 12 semaines (2 essais cliniques), l'effet indésirable le plus fréquent étant les nausées. Des données de pharmacovigilance, particulièrement aux États-Unis, posent la question d'une éventuelle association de la prise de varénicline avec une humeur dépressive, une agitation, ou des idées ou comportements suicidaires. Des mises en garde ont été publiées, mais jusqu'à présent ni les données de pharmacovigilance, ni une ré-analyse des données des essais cliniques ne conduisent à un lien de causalité direct.

• Une comparaison des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt à travers l'Europe.

Willemsen MC et al. BMC Public Health. 2010 Dec 18;10:770.

Article en accès libre : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3020686/?tool=pubmed>

Cette étude a été réalisée entre février 2005 et avril 2006 sur les personnes utilisant les lignes d'aide à l'arrêt de 7 pays européens (Danemark, France, Irlande, Italie, Pays-Bas, Norvège, Royaume Uni). Près de la moitié (43%) des appelants ont reçu une information sur les traitements pharmacologiques; principalement patchs et gommes. Ils s'agissait des fumeurs les plus dépendants (environ 50% ont un HSI ≥ 4 , sur un score max de 6). Il a un lien entre le niveau d'éducation de l'appelant et la durée de l'appel: plus le niveau d'éducation est bas, moins l'appel dure longtemps. Par contre il n'y a pas de lien entre le niveau d'éducation et les autres paramètres étudiés (conseil, brochure, pharmacothérapie, renvoi vers un professionnel...). Les fumeurs prêts à arrêter (stade de l'action selon Prochaska) se voient plus facilement proposé des conseils (2 lignes téléphoniques), ou un suivi (2 lignes) que ceux au stade de préparation, moins fréquemment renvoyés vers un professionnel (3 lignes). Très peu d'appels proviennent de fumeurs envoyés par un professionnel de santé (10,7%), mais ceux-ci se voient plus souvent proposé un suivi, mais seulement sur 4 des 7 lignes téléphoniques. En conclusion, la plupart des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt favorisent les fumeurs les plus dépendants et ceux les plus avancés selon les stades de Prochaska, ceci indépendamment de leur niveau d'éducation. Les auteurs recommandent que les lignes d'aide à l'arrêt européennes étendent leurs services aux moins éduqués.

- **Quelle est l'efficacité des antidépresseurs en fonction du statut tabagique ?**

Weinberger AH et al. *J Psychopharmacol.* 2010 Dec 17. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21169392>

Malgré la connaissance des liens entre tabagisme et dépression, il ne semble pas y avoir de prise en compte du statut tabagique des patients déprimés dans les études testant des antidépresseurs. Les auteurs ont donc conduit une analyse de la littérature, en sélectionnant les études publiées entre le 1 janvier et le 31 décembre 2007. Les résultats sont accablants! Seulement 5% des 107 essais cliniques sur la dépression ont rapporté le statut tabagique des patients. Deux études seulement (1,9%) ont pris en compte le tabagisme comme facteur contrôlant dans leurs analyses, et aucune (!) n'a analysé les résultats en fonction du statut tabagique des patients. Ainsi, alors que le lien entre tabagisme et dépression est de mieux en mieux connu, pratiquement aucune étude sur de nouveaux traitements pharmacologiques pour la dépression ne s'intéresse à l'efficacité du traitement en fonction du statut tabagique des patients. Cela permettrait pourtant de mieux comprendre le lien entre tabagisme et dépression et de mieux comprendre la neurobiologie de la dépression afin de développer de meilleurs traitements.

- **L'effet d'une courte exposition au tabagisme passif sur le système respiratoire est plus important qu'on ne croyait !**

Flouris AD & Koutedakis Y. *Curr Opin Pulm Med.* 2010 Dec 21. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178628>

Cette revue de la question s'est intéressée aux études montrant les effets à court-terme de la fumée de tabac secondaire sur le système respiratoire. Ainsi, 1 heure d'exposition à une atmosphère enfumée de type bar/restaurant, produit une réaction inflammatoire et une altération de la fonction respiratoire significatives. Ces effets étant amplifiés lors d'une activité physique subséquente, particulièrement chez les individus les moins athlétiques. Les effets directs les plus évidents sont une induction de facteurs de croissance provoquant un remodelage des voies respiratoires et une altération de la régulation de l'oxyde nitrique. Des recherches seraient nécessaires afin de déterminer quelle est la concentration des composants de la fumée au niveau alvéolaire, les différentes susceptibilités individuelles, ainsi que les traitements qui permettraient d'inverser l'effet de remodelage des voies respiratoires. Un effet thérapeutique bénéfique pourrait être obtenu chez les personnes souffrant de maladies liées à l'exposition passive à la fumée secondaire de tabac avec des agents pharmacologiques qui augmentent soit la conductance de la membrane apicale au chlore, soit la conductance de la membrane basale au potassium. Par ailleurs, les statines ont montré un effet bénéfique en réduisant l'hypertension pulmonaire induite par la fumée, le dysfonctionnement endothélial et le remodelage vasculaire.

- **Le Prochaska encore malmené !**

Fu M et al. *Prev Med.* 2010 Dec 14. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21163297>

La théorie des stades du changement appliquée à l'arrêt du tabac a été remise en cause par certains auteurs (JF Etter, Robert West), mais est cependant couramment employée partout dans le monde afin de guider les interventions destinées aux fumeurs candidats (volontaires ou non!) à l'arrêt. Au cours d'une étude sur un échantillon de la population de Barcelone (N=1245), avec un questionnaire sur le comportement tabagique et le recueil d'un échantillon salivaire pour mesurer la concentration de cotinine, les auteurs ont déterminé la distribution de 278 fumeurs adultes (au moins 1 cig/j) selon les stades de Prochaska, la quantité de cigarettes fumées par jour et leur score au FTND. La répartition selon les stades était de 68% en indétermination (pas d'intention d'arrêt dans les 6 mois), 22% en intention (intention d'arrêt dans les 6 mois), et 11% en préparation (intention d'arrêt dans les 30 jours). Les fumeurs fumaient en moyenne 17 cig/j, sans différence en fonction des stades de Prochaska. De même pour la cotinine salivaire qui était en moyenne de 151,3 ng/ml. Par contre la concentration salivaire de cotinine était corrélée à la quantité de cigarettes fumées par jour, au score au FTND, et au délai entre le réveil et la première cigarette, mais de façon intéressante, lorsque l'on regarde les données en détail, on s'aperçoit que ces corrélations ne sont significatives que dans les stades d'indétermination et d'intention, mais pas du tout dans le stade de préparation, ce qui pourrait indiquer que les fumeurs prêts à l'arrêt ont déjà commencé à modifier leur comportement tabagique (ce que les cliniciens remarquent souvent à propos des réponses au test de Fagerström qu'il faut reprendre avec le fumeur pour s'assurer de la validité des réponses par rapport au comportement antérieur à l'intention immédiate d'arrêt), et qu'il convient d'en tenir compte si l'on

veut adapter la dose de substitution nicotinique à la concentration de cotinine salivaire.

- **Tabagisme et grossesse; pas d'effet sur le développement des prématurés, l'effet n'apparaît qu'en fin de grossesse.**

Kayemba-Kay's S et al. Swiss Med Wkly. 2010 Dec 22;140:w13139. Doi:10.4414/smw.2010.13139.

Article en accès libre : <http://www.smw.ch/content/smw-2010-13139/>

Cette étude, française, s'est attachée à déterminer l'impact du tabagisme maternel sur la croissance fœtale des prématurés (âge gestationnel < 33 semaines). Deux cohortes ont été suivies, l'une d'enfant grands prématurés (AG 24-32 semaines) divisée en deux sous-groupes, 129 nés de mères fumeuses et 229 nés de mère non fumeuses, l'autre d'enfants nés à terme (AG 37-41 semaines), divisée aussi en 2 sous-groupes, 129 nés de mères fumeuses et 232 nés de mères non fumeuses, servant de contrôles. Les mesures portaient sur la taille et le poids de naissance, et le périmètre crânien (définis par les courbes AUDIPOG). Les caractéristiques démographiques des mères (âge, taille, poids avant grossesse, parité, sexe du fœtus) étaient identiques dans les groupes et sous-groupes, mais les mères fumeuses étaient plus jeunes ($p < 0,001$), plus fréquemment sans emploi ($p < 0,001$), et moins éduquées ($p < 0,001$). Le tabagisme de la mère n'a pas influencé les paramètres de croissance des grands prématurés (même s'il y avait significativement plus de femmes fumant >10 cig/j dans ce groupe que dans celui des mères d'enfants nés à terme). La différence de poids de naissance (mères fumeuses – mères non fumeuses) était de +14,94 (IC 95% -44,92 – +74,80), la différence de taille de naissance était de -0,26 (IC 95% -0,91 - +0,38) et la différence de circonférence crânienne était de -0,05 (IC 95% -0,43 - + 0,33), aucune comparaison n'étant significative (tous les $p > 0,44$). Par contre le tabagisme des mères d'enfants nés à terme a eu une influence négative sur ces 3 paramètres (tous les $p < 0,01$). En conclusion, cela confirme que c'est surtout en fin de grossesse que le tabagisme influence la croissance fœtale.

- **Les défavorisés abandonnent le traitement, plutôt que le tabac !**

Hiscock R et al. J Public Health (Oxf). 2010 Dec 22. [Epub ahead of print]

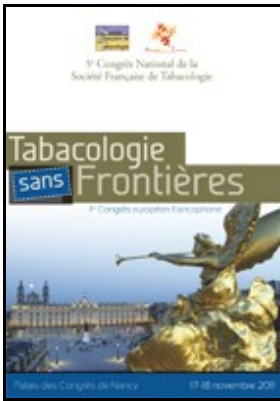
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178184>

Cette étude est une analyse secondaire de données d'évaluation de l'efficacité des interventions d'arrêt du NHS en Angleterre (North Cumbria et Nottingham) et en Écosse (Glasgow). Elle a porté sur 2397 fumeurs âgés de 25 à 59 ans, dont l'abstinence à 1 an était validée par mesure du CO. Des données socio-économiques ayant été recueillies cette étude a cherché à vérifier l'impact de la précarité sur l'issue du traitement d'aide à l'arrêt. Ainsi, à 1 an, 14,3% des fumeurs les plus aisés étaient abstinents, contre seulement 5,3% des fumeurs les plus défavorisés. Après ajustement sur les variables démographiques, les fumeurs anglais (N=1305) les plus aisés présentaient un rapport de cotes (OR) d'abstinence de 2,5 (IC 95% 1,4-4,7) par rapport aux plus défavorisés, et les fumeurs écossais (N=687) les plus aisés un OR de 7,5 (IC 95% 1,4-40,3) par rapport aux plus défavorisés !! Les facteurs influençant ces inégalités incluaient l'adhérence au traitement (Angleterre OR=2,5; IC 95% 1,3-4,8 / Écosse OR=6,5 IC 95% 1,1-37,9), la présence de fumeurs dans la famille, et le référent. La conclusion principale des auteurs est que les fumeurs les moins aisés abandonnent le traitement, plutôt que la cigarette. Dans l'échantillon anglais par exemple, lorsque l'on prend comme référence ceux qui ont arrêté rapidement leur traitement (pharmaco-thérapie <4 semaines), ceux qui l'ont utilisé plus de 7 semaines ont un OR=4,8 (IC 95% 2,3-10,3). Des résultats qui prônent en faveur d'une prise en charge du coût des traitements, au moins pour les plus défavorisés.

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 5^{ème} 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

offres d'emploi

Le centre d'addictologie de HEGP recrute pour un poste de
Praticien Attaché en tabacologie (2 vacations)
Contacter le Dr Anne-Laurence Le Faou au 01 56 09 24 88 (5018) ou
anne-laurence.lefaou@egp.aphp.fr

4 vacations de tabacologie disponibles dès le 1er octobre 2011 au CH de Niort (Deux-Sèvres)
Tel : 06 82 95 73 74
Dr AM Baranger-Brulé

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



INSTITUT RHONE ALPES AUVERGNE
DE TABACOLOGIE

Avec le soutien de

CONSEIL GENERAL DU RHONE
HOSPICES CIVILS DE LYON
DGS
ARS
INCA

et des laboratoires

PIERRE FABRE SANTE
GSK
NOVARTIS
PFIZER
MAC NEIL
EOLYS
LERO
FIM
NUTERGIA



Hôtel Best Western
23 Cours Charlemagne - Perrache
69002 LYON

Metro ligne A direction Perrache : Arrêt Perrache
Tramway T1 direction Montrochet : Arrêt Suchet
Tramway T2 direction Perrache : Arrêt Perrache

Parking payant : Perrache Archives
Pass Hôtel jour 7h30 – 18h30 : 8 euros
(en vente à la réception)

14^{ème} Journée Scientifique

MAT'AB (IRAAT)
Maternité sans tabac

Maternité sans tabac

I.R.A.A.T.

Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie

Hôpital de la Croix-Rousse
103, Grande Rue de la Croix-Rousse
69 004 LYON

Tél. / Fax : 04 78 42 59 18
E-mail : iraat-lyon@orange.fr
Site web : www.iraat.fr

N° agrément : 82690676369
N° siret : 444 131 072 00019

Jeudi 17 mars 2011

Hôtel Best Western
23 Cours Charlemagne - Perrache
69002 LYON

Maternité sans tabac

8 h30	Accueil des participants
9h15- 9h30	Ouverture <i>Animation :</i> Dr Gérard MATHERN, Président IRAAT
SESSION I	TABAGISME, FEMME ENCEINTE ET TROUBLES PSYCHOLOGIQUES
9h30- 10h00	Etude IRAAT : La femme enceinte fumeuse et la dépression (Collectif Sages Femmes Tabacologues Rhône Alpes) <i>Questions</i>
10h15 – 10h45	Prise en charge de la femme enceinte dépressive Dr Audrey SCHMITT (Clermont-Ferrand) <i>Questions</i>
11H	Pause
SESSION II	TABAGISME ET PMA
11h15 – 11h45	Les bases scientifiques Pr René RUDIGOZ (Lyon)
11h45 – 12h15	Evolution de l'impact du tabac actif et passif sur FIV et ICSI Madame Isabelle HANCE, Sage Femme (Dijon) <i>Questions</i>

12h30	Repas
SESSION III	GROSSESSE TABAGISME ET AUTRES ADDICTIONS
<i>Animation :</i>	Dr Etienne ANDRE, Médecin Santé Publique Grenoble
14h – 14h30	Prise en charge en Côte Basque des femmes polyaddictives en maternité Madame Sabine GEORGIEU, Sage Femme (Bayonne) <i>Questions</i>
14h – 15h15	Grossesse et addictions Dr Laurent KARILA (Paris) <i>Questions</i>
15h30 – 16h	Le regard sur la femme enceinte fumeuse Jean-Olivier MAJASTRE (Grenoble) <i>Questions</i>
16h15 – 16h30	Conclusions



INSTITUT RHONE ALPES AUVERGNE
DE TABACOLOGIE

Coupon réponse

à retourner avant le 10 mars 2011 ,
accompagné de votre règlement à l'ordre de l'IRAAT à :

I.R.A.A.T.

Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
Hôpital de la Croix-Rousse
103, Grande Rue de la Croix-Rousse
69 004 LYON

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Adresse _____

Ville _____

Tél _____

e mail lisible _____

Participera à la 14^{ème} Journée Scientifique
MAT'AB de l'IRAAT le 17 mars 2011

Montant de la participation : 40 euros
(comprend l'accès aux conférences et le repas)