

- **La journée mondiale sans tabac met en avant l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé.**

Editorial. *The Lancet*, Volume 379, Issue 9830, Page 1924, 26 May 2012.

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960839-3/fulltext>



Le Lancet en fait un Editorial, et le [CNCT](#) lance un dossier de presse pour cette journée mondiale sans tabac, sur l'ingérence de l'industrie du tabac, en demandant un engagement clair des pouvoirs publics sur l'article 5.3 du traité de l'OMS (CCLAT) visant à préserver les politiques publiques de l'interférence des cigarettiers. Selon le CNCT, en France, cela se traduit notamment par des opérations de mécénats (dans le domaine de la culture, de la santé, de la recherche et du secteur social), mais aussi des invitations à des manifestations à l'attention de responsables politiques, des rapports et initiatives parlementaires téléguidées, la diffusion d'études ou de colloques sans révéler les financements émanant de l'industrie en vue de produire des pseudo études contrariant les mesures de santé publique. Vous pouvez aussi consulter le site de l'OMS à propos de cette journée mondiale sans tabac à :

<http://www.who.int/tobacco/wntd/2012/announcement/fr/index.html>

- **Arrêt du tabac et risque accru de diabète de type 2.**

Luo J et al. *Arch Intern Med*. 2012 Mar 12;172(5):438-40.

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2012.24>

Le tabagisme est associé à une augmentation du risque de diabète de type 2, mais des résultats contradictoires ont été publiés quant à l'implication de la prise de poids à l'arrêt du tabac dans cet accroissement de risque. Les auteurs de cet article ont utilisé les données d'une étude prospective chez des femmes ménopausées (Women's Health Initiative) pour laquelle des informations détaillées existaient sur le statut tabagique, les changements de poids et les potentiels facteurs confondants, afin d'éclaircir les liens entre arrêt du tabagisme, prise de poids et risque de diabète. Un total de 115 092 femmes sans diabète connu ont été suivies pendant 3 ans, puis soit jusqu'au diagnostic d'un diabète, à leur décès, à leur perte de vue, ou jusqu'à la fin de l'étude (30/09/2010). Au total, 11 056 cas de diabète ont été dépistés sur une durée de suivi d'environ 8,5 ans, après les premiers 3 ans de suivi. Les cas ont été analysés en fonction du statut tabagique et de son évolution entre l'entrée dans l'étude et la visite des 3 ans, ainsi qu'en fonction du changement de poids (<5kg ou ≥5kg). Utilisant des modèles multivariés, prenant en compte les facteurs confondants (âge, origine ethnique, éducation, IMC, tour de taille, alcool, activité physique...), des HR (Hazard Ratio) ont été calculés avec un IC à 95%. Par rapport au non fumeuses, l'incidence de diabète a été de 1,00 (IC 95% ; 0,96-1,04) pour les ex-fumeuses, 1,20 (1,09-1,31) pour les fumeuses, et 1,43 (1,26-1,63) pour les abstinentes récentes (celles qui ont arrêté entre l'entrée dans l'étude et la visite des 3 ans). Pendant les premiers 3 ans de suivi, une prise de poids ≥5kg a été observée chez 10,2% des non fumeuses, 11,6% des ex-fumeuses, 12,3% des fumeuses, et 30,5% des abstinentes récentes. Après ajustement en fonction de la prise de poids, le risque de diabète est resté élevé chez les fumeuses (HR=1,20 ; 1,10-1,32) et légèrement atténué, mais toujours significativement élevé chez les abstinentes récentes (HR=1,36 ; 1,19-1,54). Par contre, en séparant les femmes ayant pris moins de 5kg et celles ayant pris 5kg ou plus, celles ayant pris moins de 5kg n'ont pas un risque de diabète supérieur aux fumeuses, alors que chez celles qui ont pris 5kg ou plus, le HR est de 1,32 (1,06-1,64) chez les fumeuses, et 1,67 (1,36-2,05 ; p=0,02) chez les abstinentes récentes, soit une augmentation du risque de respectivement 32% et 67% par rapport aux non fumeuses. Au vu de ces données, il semble que s'il

existe un accroissement du risque de diabète de type 2 à l'arrêt du tabac, il est principalement observé chez les personnes ayant pris au moins 5kg lors de l'arrêt. Par ailleurs, les données montrent aussi que le risque de diabète chez les ex-fumeurs, retombe au niveau des non fumeurs après 10 ans d'arrêt. Les auteurs concluent que puisque la prise de poids au cours de l'arrêt peut être contrôlée par une activité physique et une alimentation adéquates, les fumeurs/fumeuses ne doivent pas se détourner de l'arrêt à cause d'une augmentation potentielle du risque de diabète.

- **Effets de la fumée de tabac sur le poids, la prise de nourriture et les hormones régulant la faim chez le Rat.**

*Ypsilantis P et al. Nicotine Tob Res. 2012 May 15. [Epub ahead of print]*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22589425>

Pour rebondir sur l'étude précédente, en voici une autre qui s'est intéressée aux mécanismes de la perte de poids associée au tabagisme et de la prise de poids associée à l'arrêt de celui-ci. La leptine et la ghréline sont deux hormones impliquées dans le contrôle de la faim et du poids corporel, mais leurs rôles exacts sous l'influence du tabagisme ou de l'arrêt ne sont pas entièrement élucidés. La leptine est produite par le tissu adipeux et libérée dans le sang pour « commander » au cerveau d'arrêter la consommation de nourriture et d'augmenter l'activité physique. La ghréline est une hormone stimulant l'appétit secrétée principalement par la muqueuse de l'estomac. Elle stimule la prise de nourriture et augmente la fixation des graisses et la prise de poids. Cet article rapporte les résultats d'une étude réalisée chez des rats que l'on a exposé à la fumée de tabac pendant 8 semaines (par rapport à un groupe contrôle non exposé), puis suivis pendant 8 autres semaines en l'absence de fumée, en mesurant leur poids et leur prise de nourriture, ainsi que leur taux d'hormones. Les résultats montrent que le poids des animaux exposés à la fumée (groupe F) a diminué rapidement pendant les 4 premières semaines d'exposition, alors que leur prise de nourriture a diminué seulement lors de la première semaine, puis a rapidement rejoint celle des contrôles (groupe C). Les rats F ont ensuite repris régulièrement du poids jusqu'à atteindre celui des rats C seulement 1 semaine après l'arrêt de l'exposition à la fumée. Le retour au poids normal s'est accompagné d'un rebond de la prise de nourriture qui s'est stabilisée durant les 4 semaines suivant l'arrêt de l'exposition à la fumée, puis s'est normalisée. Les concentrations de leptine ont diminué chez les rats F (exposés) durant les deux périodes, ne retournant à la normale qu'à la 7ème semaine après l'arrêt de l'exposition. Les taux de ghréline n'ont pas été modifiés. Les auteurs concluent que la baisse de leptine observée ne peut pas à elle seule expliquer les changements de poids et de prise de nourriture, de même que les taux de ghréline qui n'ont pas été modifiés. Des mécanismes centraux de contrôle sont sans doute impliqués dans ces variations liées au tabagisme et à son arrêt.

- **Le TNS semble bien toléré en unité de soins intensifs.**

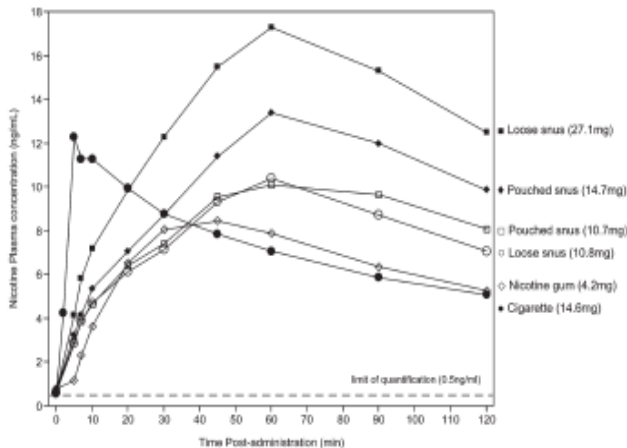
*Gillies MA et al. Intensive Care Med. 2012 May 23. [Epub ahead of print]*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22618096>

Le traitement nicotinique de substitution peut être utilisé en unité de soins intensifs (USI) afin d'améliorer les symptômes de sevrage, et en particulier l'agitation. Des études de cas avaient montré un possible effet délétère du TNS dans cette population (augmentation de la mortalité), mais selon les auteurs de cette nouvelle étude des problèmes méthodologiques pourraient expliquer ces résultats. Cette étude rétrospective de cohorte a été réalisée à Londres, sur 423 fumeurs admis en USI sur une période de 2 ans. Parmi ceux-ci, 73 ont reçu un TNS pendant leur séjour en USI. Des modèles de régression (Cox) ont été utilisés en prenant l'utilisation du TNS comme covariable temporelle (les patients doivent vivre assez longtemps pour que l'agitation devienne apparente, et ceux qui meurent avant n'ont pas reçu de TNS, ce qui est un facteur confondant), et en ajustant en fonction de la sévérité de la pathologie, afin de déterminer si l'utilisation du TNS avait un effet délétère sur la mortalité en USI ou durant l'hospitalisation subséquente. En comparant les deux groupes, il n'est pas surprenant de voir qu'il y a plus de gros consommateurs d'alcool (>21 unités/semaine) dans le groupe TNS (50%) que dans le groupe contrôle (21,7% ;  $p < 0,001$ ). Le TNS a été instauré 2,3 jours (médiane) après l'admission en USI (allant de 1,5 à 5 j), à la dose de 20 mg/j (10-30 mg/j) pendant 6 jours (3-9 j). Après ajustement sur le score APPACHE II (Evaluation du risque de mortalité - Acute Physiology And Chronic Health Evaluation : <http://www.sfar.org/scores/apache2.html>), l'âge, le sexe et la consommation d'alcool, le hazard ratio (HR) pour l'utilisation du TNS ne montre pas de différence significative entre les groupes sur la mortalité, tant en USI que durant l'hospitalisation. En utilisant une méthode statistique différente, en faisant 73 paires de patients appariés (TNS vs. contrôle) contrôlés sur les mêmes variables, mais en ajoutant en plus la catégorie d'admission (médicale vs. chirurgicale), les régressions logistiques pour le groupe TNS donnent un OR=0,50 (IC 95% 0,19-1,33 ;  $p=0,17$ ) pour la mortalité en USI, et OR=0,54 (0,25-1,13 ;  $p=0,10$ ) pour la mortalité durant l'hospitalisation. Les auteurs concluent qu'ils n'ont pas pu démontrer d'effet délétère du TNS sur la mortalité,

mais qu'un essai randomisé et contrôlé serait nécessaire pour confirmer la bonne tolérance du TNS chez les patients fumeurs admis en USI.

## • Absorption de nicotine comparée entre cigarette, snus et gomme à la nicotine.

Digard H et al. *Nicotine Tob Res.* 2012 May 13. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22585541>



Cette étude a été réalisée dans un laboratoire indépendant, mais a été financée par l'industrie du tabac (BAT). Vingt utilisateurs de snus et de cigarettes ( $\leq 40$  cig/semaine) ont testé 6 produits différents au cours de 6 séances séparées. Les 6 produits étaient (rangés par contenu total en nicotine) du snus traditionnel, en vrac (27,1 mg de nicotine), du snus en sachet (14,7 mg), une cigarette (14,6 mg), du snus traditionnel (10,8 mg), du snus en sachet (10,7 mg), et une gomme à la nicotine (4 mg). La cigarette était fumée en 5 minutes, la gomme utilisée pendant 30 minutes, et les différents snus pendant 60 minutes. Les paramètres pharmacocinétiques montrent que la concentration maximum (C<sub>max</sub>) atteinte avec les différents snus est proportionnel au contenu en nicotine et que la C<sub>max</sub> de la

cigarette correspond à celle du snus ayant un contenu en nicotine similaire (14,6 mg et 14,7 mg). Les résultats montrent aussi que le t<sub>max</sub> (temps correspondant à la C<sub>max</sub>) de la gomme est un peu plus court (45 min) que celui des différents snus (60 min). Mais surtout que le t<sub>max</sub> de la cigarette est de loin le plus court (7 min), et que ce qui n'est pas montré, mais fait toute la différence en terme de dépendance, est la concentration artérielle en nicotine (et non pas veineuse comme sur le schéma), ce qui n'est évoqué nulle part dans l'article.

## • La varénicline est bien tolérée chez les séropositifs au VIH.

Ferketich AK et al. *Nicotine Tob Res.* 2012 May 15. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22589421>

La prévalence du tabagisme est très élevée dans la population séropositive au VIH (40% à 85% selon les études). Compte tenu du facteur aggravant que représente le tabagisme dans cette population (risque doublé de faire une pneumonie, risque accru de BPCO, cancer...), il est donc très important de prendre en charge l'arrêt du tabac chez ces patients. Dans cette étude, les patients ont reçu une première intervention en face à face, puis 11 séances hebdomadaires par téléphone réalisées par une infirmière tabacologue. Pendant ces 12 semaines de traitement, 118 patients ont été traités par la varénicline (dose standard à 1 mg deux fois par jour après augmentation progressive des doses), et 110 patients ont été traités par une association d'un patch à 21 mg par jour et de gommes à 4 mg *ad libitum* (max 24 par jour). Les patients étaient encouragés à utiliser la varénicline, mais pouvait choisir le TNS s'ils le désiraient, ou étaient assignés au TNS s'ils présentaient des antécédents de schizophrénie, de trouble bipolaire, ou s'ils avaient un score de dépression de Beck >20. L'efficacité du traitement a été testée à 3 mois avec validation biologique (cotinine salivaire et/ou CO si le patient continuait à prendre un TNS). Parmi les patients traités par varénicline, les événements indésirables les plus fréquents ont été les nausées, les troubles du sommeil, et les troubles de l'humeur. Un patient a rapporté des idées suicidaires, mais aucune complication cardiovasculaire n'a été notée. Il n'y a pas eu de différence d'événements indésirables selon que les patients étaient ou non sous association de traitements antiviraux. Il y a tout de même 14,4% des patients sous varénicline qui ont arrêté le traitement pour effets indésirables et ont été mis sous TNS (10 pour changement d'humeur, 4 pour nausées ou vomissements, et 3 pour maux de tête ou fatigue). Les pourcentages d'abstinence confirmée à 3 mois ont été de 11,8% dans le groupe TNS et 25,6% dans le groupe varénicline (OR=2,54 ; IC 95% 1,43-4,49). Cet effet favorable de la varénicline par rapport au TNS a été confirmé dans plusieurs analyses prenant en compte différents facteurs (antécédents de dépression ou de trouble bipolaire, IMC <10, IMC <20), sans que l'OR perde sa significativité. Seule la schizophrénie n'a pas pu être prise en compte car il n'y avait que 7 patients avec des antécédents de schizophrénie dans le groupe TNS et aucun dans le groupe varénicline. La principale limitation de cette étude est qu'elle n'était ni randomisée, ni en double insu. Elle semble cependant confirmer la relativement bonne tolérance de la varénicline dans un groupe de patients séropositifs au VIH.

- **Fumer pendant la grossesse augmente la concentration d'érythropoïétine dans le sang ombilical.**

Sazak S et al. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:420763.

article en accès libre : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353477/?tool=pubmed>

L'érythropoïétine (hormone glycoprotéique) stimule la production de globules rouges par la moelle osseuse. Sa libération est stimulée par la diminution de l'apport d'oxygène (hypoxie, altitude), ce qui est le cas du tabagisme où le CO prend la place de l'oxygène sur l'hémoglobine. Cette étude a mesuré la concentration d'érythropoïétine dans le cordon ombilical de nouveau-nés nés à terme par voies naturelles, chez 20 (33%) mères fumeuses et 40 (67%) mères non fumeuses. Les résultats montrent que la concentration d'érythropoïétine dans le cordon ombilical est significativement plus élevée chez les fumeuses que chez les non fumeuses ( $61 \pm 46$  UI/L vs.  $24 \pm 9$  UI/L ;  $p < 0,001$ ). De plus, il existe une corrélation entre le nombre de cigarettes fumées par les mères et la concentration en érythropoïétine dans le cordon ombilical ( $r=0,58$  ;  $p \leq 0,05$ ). Cette augmentation de la concentration d'érythropoïétine suggère un risque accru d'hypoxie fœtale et de retard de croissance chez les enfants de mères fumeuses, qui pourrait être dû au CO provenant de la fumée de cigarettes (ce qui laisse supposer qu'il pourrait aussi y avoir un effet lorsque la mère est exposée passivement à la fumée de tabac).

- **Une étude pilote teste l'intérêt des fortes doses de TNS chez les métaboliseurs rapides.**

Schnoll RA et al. *Nicotine Tob Res*. 2012 May 15. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22589423>

Les fumeurs métabolisant plus rapidement la nicotine (estimé en calculant le rapport de la concentration de 3'-hydroxycotinine sur celle de cotinine) sont susceptible d'être moins bien substitués si l'on n'utilise pas de fortes doses de traitement nicotinique de substitution (TNS). Cette étude pilote (proof of concept) randomisée a comparé l'efficacité d'un TNS par patch à 42 mg (2 x 21 mg) chez 44 fumeurs, à celle d'un TNS standard à 21 mg chez 43 fumeurs (tous métaboliseurs rapides). Au bout d'une semaine de traitement, la forte dose de TNS s'est montrée supérieure à la dose standard uniquement pour l'abstinence de 24h confirmée par CO (75% vs. 58,1% ;  $OR=3,21$  ; IC 95% 1,12–9,24,  $p=0,03$ ), pas pour l'abstinence de 7 jours (50% vs. 34,9% ;  $OR=2,02$  ; 0,82–4,94,  $p=0,13$ ). A la fin des 8 semaines de traitement, la forte dose de TNS s'est montrée non significativement supérieure à la dose standard uniquement pour l'abstinence de 24h confirmée par CO (45,5% vs. 30,2% ;  $OR=2,32$  ; 0,92–5,92,  $p=0,08$ ), pas pour celle de 7 jours (29,6% vs. 23,3% ;  $OR=1,52$  ; 0,57–4,07,  $p=0,41$ ). Aucune différence n'a été observée sur la fréquence ou la sévérité des effets indésirables entre les 2 groupes. Malgré des résultats encourageants, cette étude pilote ne disposait pas d'une puissance statistique suffisante pour clairement démontrer la supériorité de la forte dose de TNS par rapport à la dose standard. Mais elle laisse présager la possibilité d'une étude avec plus de sujets qui démontre clairement l'utilité des fortes doses chez les métaboliseurs rapides. A noter que cela nécessiterait de dépister par le rapport 3'OH-cotinine/cotinine les fumeurs, candidats à une prise en charge par TNS.

- **Dans un modèle expérimental, le TNS semble affecter la neuroplasticité mais pas la neurogenèse.**

Mahar I et al. *PLoS One*. 2012;7(5):e37219.

article en accès libre : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352874/?tool=pubmed>

Les effets de la nicotine sur le développement du cerveau sont importants à comprendre au vu de l'utilisation du traitement nicotinique de substitution (TNS) chez la femme enceinte. Cette étude réalisée chez des rats a modélisé le TNS en utilisant une minipompe osmotique sous-cutanée durant la gestation et l'allaitement. Les auteurs ont analysé les effets de la nicotine sur 2 phénomènes dynamiques de l'hippocampe (gyrus denté) fortement influencés par l'environnement ; la neurogenèse des cellules granulaires (prolifération, survie et différenciation) et la potentialisation à long terme (PLT, apprentissage et mémoire). Aucun effet sur la neurogenèse des cellules granulaires n'a été observé chez les rats juvéniles (15 jours) ou adolescents (41 jours) qui ont été exposés à la nicotine durant la gestation et la période d'allaitement, par rapport aux rats témoins (sérum physiologique dans les minipompes osmotiques). Par contre une augmentation de la PLT (signe de neuroplasticité) a été ici observée chez les juvéniles (*in vitro*, sur des tranches d'hippocampe), ce qui suggère que l'effet déjà observé dans d'autres études chez les rats adultes exposés chroniquement à la nicotine, est déjà présent chez les juvéniles dont les mères ont été exposées à la nicotine. Les auteurs suggèrent d'autres études



pour analyser si ces effets perdurent dans le temps, et s'ils affectent d'autres aspects physiologiques ou moléculaires de la plasticité hippocampique, et si enfin ils ont un impact sur la cognition ou l'affect.



Les mises à jour des 5 sections principales de [treatobacco.net](http://treatobacco.net) (Epidémiologie, Efficacité, Economie de la santé, Politiques, Tolérance) sont maintenant toutes traduites en français, ainsi que la page d'accueil.

---

**Faites-vous partie des 4 millions**  
des fumeurs dépendants  
qui n'ont jamais essayé d'arrêter de fumer  
avec des médicaments ?

**Essayez le test gagnant**  
Testez les substituts nicotiniques (patchs et formes orales)  
pendant quelques jours sans nécessairement arrêter de fumer,  
simplement pour constater leur efficacité.

**31 mai 2012**  
Journée mondiale sans tabac

### **Appel « Le test gagnant »**

**Les substituts nicotiniques pour les fumeurs,  
c'est sans danger  
et c'est quand vous voulez**

Un appel lancé par un groupe de tabacologues que  
vous connaissez sûrement !

<http://www.letestgagnant.com/index.php>

**XIV Annual Meeting  
of the SRNT Europe**

SRNT  
EUROPE

Photo: M. Pomeroy  
Photo: Henrik Vahala  
Photo: Niko Soveri  
City of Helsinki Tourist & Convention Bureau  
Photo: Jouni ILM

**14ème Conférence de la SRNT Europe  
Helsinki, Finlande  
30 août au 2 septembre 2012**

<http://www.srntheurope.org/2012>

**Pensez à vous inscrire et à proposer vos résumés !**



**Le 6ème Congrès national de la SFT se tiendra du jeudi 8 novembre au vendredi 9 novembre 2012**

**à la Maison internationale, CIUP, Paris.**

**Thème : La tabacologie aujourd'hui, demain et après...**

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/congres1.html>

---

### *offres d'emploi*

Chers/Chères collègues

Suite à la mise en disponibilité d'un des membres de l'ELSA de l'Hôpital Bécclère, notre unité recherche un médecin tabacologue pour un remplacement temporaire. Le nombre de vacances soumises à recrutement est de six et la période à couvrir va du mois de juin 2012 à février 2013. Il existe toutefois des possibilités de prolongation des vacances à pourvoir au delà de cette date. Nous recherchons en particulier des collègues ayant passé le DU de tabacologie même si sa validation est en cours. Les activités de tabacologie s'intègrent dans celles de l'équipe d'addictologie de l'établissement. Elles concernent les consultations externes, la liaison et les hospitalisations pour sevrage simple et font appel à un travail concerté avec l'ensemble des intervenants de l'unité.

Dr José Polo Devoto      0145374132      [jose.polodevoto@abc.aphp.fr](mailto:jose.polodevoto@abc.aphp.fr)

N'oubliez pas de consulter régulièrement le site de la SFT pour toutes les offres d'emploi !

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/emplois1.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)**