

- **Une nouvelle étude de cohorte du groupe ITC démontre clairement l'efficacité des traitements d'aide à l'arrêt du tabac dans la population générale.**

Kasza KA et al. *Addiction*. 2012 Aug 14. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04009.x. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22891869>

Faisant suite à l'étude de Alpert et al. (*Tobacco Control* 2012) qui a fait beaucoup de bruit médiatique, et à laquelle Hughes et al. apportaient une critique le mois dernier dans *Addiction*, le groupe ITC (International Tobacco Control) publie une étude contradictoire en utilisant les données de leurs enquêtes de cohorte (2002-2009) dans les 4 pays anglo-saxons (Australie, Canada, Royaume Uni et USA). Sur un total de 2550 participants, l'abstinence de 1 mois et de 6 mois a été évaluée en fonction du délai entre la tentative d'arrêt et la dernière enquête (afin de minimiser les erreurs de rappel de mémoire). Parmi ceux ayant fait une tentative d'arrêt dans le mois suivant une enquête, ceux qui ont utilisé la varénicline, le bupropion ou un patch de nicotine avaient plus de chance de rester abstinents pour 6 mois par rapport à ceux ayant arrêté sans aide pharmaceutique (OR ajusté=5,84 ; IC 95% 2,12 – 16,12 ; p<0,01 pour la varénicline ; ORa=3,94 ; 0,87 – 17,80 ; donc non significatif pour le bupropion et ORa=4,09 ; 1,72 – 9,74 ; p<0,01 pour le patch). L'efficacité pour le bupropion n'a été démontrée que pour une abstinence d'un mois (ORa=3,35 ; 1,02 – 11,07 ; p<0,05). L'efficacité des formes orales de TNS n'a pas été clairement démontrée (ORa=1,42 ; 0,36 – 5,56) [rappel : pour qu'il y ait significativité il ne faut pas que la borne basse de l'IC soit <1]. Si l'on utilise le rappel d'une tentative ayant eu lieu 3 mois après une enquête (par rapport à 1 mois ci-dessus), les OR correspondants sont ORa=2,73 (1,51 – 4,94 ; p<0,01) pour la varénicline, ORa=2,06 (0,78 – 5,45 ; NS) pour le bupropion, et ORa=1,37 (0,82 – 2,29 ; NS) pour le patch. On voit ainsi à quel point le biais de rappel peut influencer les résultats ! Ceux qui n'ont pas utilisé d'aide pharmacologique étaient plus jeunes, appartenait plutôt à une minorité ethnique, avaient de plus faibles revenus, ou ne pensaient pas que la médication rendrait l'arrêt plus facile. Ces résultats sont en accord avec les essais cliniques randomisés et contrôlés, et montre l'intérêt de contrôler les biais de rappel lorsque la tentative d'arrêt se situe à plus d'un mois d'un entretien pour une enquête.

- **La prise de poids à l'arrêt du tabac : méta-analyse.**

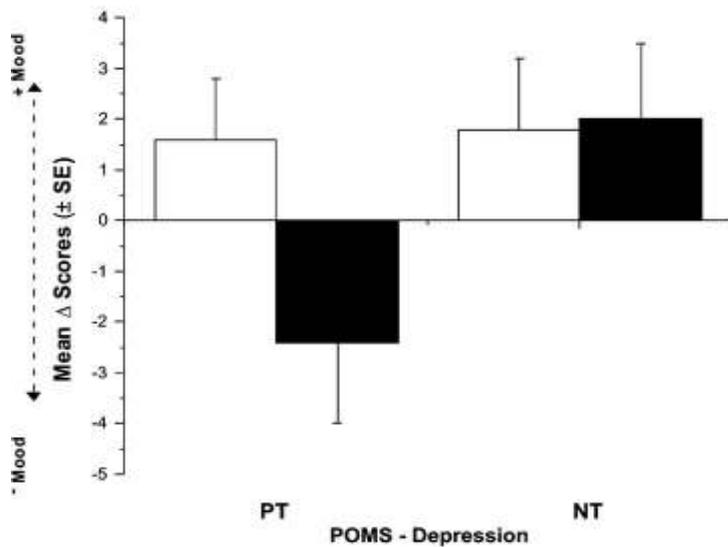
Aubin HJ et al. *BMJ*. 2012 Jul 10;345:e4439.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782848>

La question de la prise de poids après l'arrêt du tabac reste toujours un peu tabou. Cette méta-analyse permet de se faire une idée de l'ampleur de cette prise de poids qui inquiète souvent les fumeurs avant l'arrêt. Cette méta-analyse a utilisé les résultats de 62 études ayant rapporté le poids des fumeurs depuis l'inclusion jusqu'à la fin de l'étude, et rapporte les prises de poids après l'arrêt. Chez les fumeurs non traités (ceux du groupe contrôle dans les études), la prise de poids à 1, 2, 3, 6 et 12 mois après l'arrêt était respectivement de 1,12 kg (IC 95% 0,76 – 2,47), 2,26 kg (1,98 – 2,54), 2,85 kg (2,42 – 3,28), 4,23 kg (3,69 – 4,77) et 4,67 kg (3,96 – 5,38). Pour la population non traitée, 12 mois après l'arrêt, les calculs donnent une estimation de 16% des fumeurs ayant perdu du poids, 37% ayant pris moins de 5 kg, 34% ayant pris entre 5 et 10 kg et 13% ayant pris plus de 10 kg. Ces estimations sont équivalentes chez les fumeurs ayant pris un traitement pharmacologique, et indépendamment du fait qu'ils aient eu ou non des préoccupations concernant leur prise de poids à l'arrêt. Ces résultats indiquent qu'en moyenne un fumeur prend 4 à 5 kg après 12 mois d'abstinence et que cette prise de poids se cantonne principalement aux 3 premiers mois de l'arrêt. Cependant, les variations individuelles sont importantes et environ 16% des fumeurs perdent du poids, alors qu'environ 13% gagnent plus de 10 kg.

- **Les effets antidépresseurs de la nicotine mis en évidence par une étude EEG.**

Knott V et al. *Biol Psychol.* 2012 Jun 25;91(2):190-200.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22743591>



Le test de déplétion en tryptophane est utilisé pour tester les effets antidépresseurs de médicaments. La déplétion en tryptophane réduit les réserves en sérotonine et perturbe le fonctionnement du système sérotoninergique (agit sur l'humeur), qui est observable en électro-encéphalographie (EEG) et se manifeste par une activation abérente et une assymétrie hémisphérique des régions corticales frontale et postérieure. Cette étude a été réalisée chez 20 sujets (14 femmes) dont 16 étaient non fumeurs (12 femmes) et 4 fumeurs de moins de 10 cig/j (2 femmes), tous avec des antécédents familiaux de dépression. Les sujets ont été traités par patch placebo (n=10) ou patch actif (n=10; 7 mg/24h pendant 5h chez les non fumeurs et 21 mg/24h pendant 5h chez les fumeurs).

Les effets perturbateurs de l'humeur, mesurés par l'échelle POMS, observés chez les sujets ayant subi la déplétion en tryptophane et traités par placebo (barre noire vers le bas sur le graphique), ont été annulés chez les sujets traités par nicotine (barre noire vers le haut) ( $F(1,18) = 4.98$  ;  $p < 0,05$ ).

[PT= placebo, NT= nicotine, barre blanche = apport normal de tryptophane, barre noire = déplétion en tryptophane].

- **Le tabagisme pendant la grossesse a-t-il un effet sur les symptômes psychiatriques des enfants.**

Ellis LC et al. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Jul 6. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22767183>

Cette étude a cherché à montrer si le tabagisme maternel au cours de la grossesse avait une influence sur les symptômes psychiatriques observés chez l'enfant à 4 ans. Il est à noter que l'évaluation psychiatrique des enfants de cet âge reste à prendre avec précaution. Les parents de 995 enfants de 4 ans résidant en Norvège ont été interrogés en utilisant un questionnaire d'évaluation psychiatrique des enfants en âge pré-scolaire (qui inclut des données sur le tabagisme des parents pendant la grossesse). Après ajustement sur les facteurs confondants (anxiété des parents, dépression, troubles de la personnalité, toxicomanie et statut socio-économiques), il ressort que le tabagisme (observé chez seulement 14% des femmes durant leur grossesse ; 70% moins de 10 cig/j et 30% 10 ou plus cig/j) augmente le risque de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH, observé chez 34 de ces enfants),  $OR=2,59$  (IC 95% 1,5 – 4,34 ;  $p < 0,001$ ) et celui du trouble oppositionnel défiant ou trouble des conduites (TOD, observé chez 57 de ces enfants),  $OR=2,69$  (IC 95% 1,84 – 3,91 ;  $p < 0,001$ ), ainsi que le risque de comorbidité de ces deux troubles (observé chez 13 de ces enfants),  $OR=2,55$  (1,24 – 5,23 ;  $p < 0,001$ ). Les auteurs concluent donc à un risque augmenté des ces deux diagnostics chez des enfants de 4 ans qui ont été exposés au tabagisme maternel durant la grossesse, mais reconnaissent dans la discussion un grand nombre de facteurs limitant la généralisation de leurs résultats (étude non randomisée, pas de mesure précise du tabagisme, pas de contrôle du QI des parents ou de facteurs génétiques comme la présence de TDAH chez la mère, etc...).

- **Une étude prospective démontre clairement les effets du tabagisme sur la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.**

Higuchi LM et al. *Am J Gastroenterol.* 2012 Jul 10. doi: 10.1038/ajg.2012.196. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22777340>

Deux études prospectives chez les infirmières américaines avec un suivi de 32 ans pour l'une (NHS = Nurse Health Study) et de 18 ans pour l'autre (NHS II) a permis d'obtenir des données chez 229111 femmes. Au cours du suivi, 336 cas de maladie de Crohn (MC) et 400 cas de rectocolite hémorragique (RCH) ont été documentés. Pour la MC, le risque (Hazard Ratio) chez les fumeuses par rapport aux non fumeuses est de HR=1,90 (IC 95% 1,42 – 2,53), alors que chez les ex-fumeuses le risque est encore significatif, HR=1,35 (IC 95% 1,05 – 1,73) par rapport aux non fumeuses. L'intensité du tabagisme (paquets-année) est un facteur aggravant, mais l'arrêt diminue le risque. Par contre, pour la RCH le HR=0,86 (IC 95% 0,61 – 1,20) n'est pas accru chez les fumeuses, mais il est augmenté, HR=1,56 (IC 95% 1,26 – 1,93), pour les ex-fumeuses (toujours par rapport aux non fumeuses). Le risque de RCH est particulièrement élevé dans les premières années après l'arrêt, entre 2 et 5 ans après l'arrêt le HR=3,06 (IC 95% 2,0 – 4,67) et persiste à un niveau élevé pendant 20 ans. Ces résultats confirment bien le risque de MC associé au tabagisme et son intensité, et celui de RCH associé à l'arrêt et persistant pendant au moins 20 ans.

- **Pour tordre le cou à la mesure en paquets-années.**

Peto J. *Br J Cancer.* 2012 Jul 24;107(3):406-7.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22828655>

**Table 1** Predicted lung cancer incidence rates per 100 000 per year in non-smokers (NS), and excess incidence rates (ES) and excess relative risks (ERR) in smokers of 1 pack per day from age 15

Age	Incidence in non-smokers	Excess incidence in smokers	Pack-years P (Age – 15)	Excess rel risk	ERR per pack-year
	NS Age <sup>4</sup>	ES (Age – 15) <sup>4</sup>		ERR = ES/NS	ERR/P
30	0.8	3.7	15	4.6	0.30
40	2.6	28.6	25	11.1	0.45
50	6.3	109.8	35	17.5	0.50
60	13.0	300.0	45	23.1	0.51
70	24.1	669.5	55	27.8	0.51
80	41.1	1305.9	65	31.8	0.49

Dans un éditorial du British Journal of Cancer, Julian Peto démontre pourquoi la durée du tabagisme est bien plus importante en termes d'incidence de cancer que la quantité fumée. Dans le tableau ci-contre, il montre l'évolution du risque chez un fumeur qui aurait commencé de fumer à 15 ans et aurait fumé 1 paquet par jour toute sa vie. Le poids de la durée du tabagisme (puissance 4) est beaucoup plus élevé que celui de la quantité fumée (puissance 1 ou 2). Ainsi, si l'on considère 20 paquets-années, l'excès d'incidence de cancer est beaucoup plus important après 40 ans de tabagisme à 0,5 paquet par jour ( $40^4 \times 0,5 = 1\ 280\ 000$ ) qu'après 10 ans à 2 paquets par jour ( $10^4 \times 2 = 20\ 000$ ). Le risque est relativement faible durant les 10 premières années, mais devient considérable après

40 ans, tel que le risque relatif (fumeur / non fumeur) augmente rapidement chez le fumeur persistant, mais diminue chez celui qui arrête. Ainsi dans le tableau, l'excès de risque relatif (ERR) par paquets-années est relativement constant, alors que l'excès d'incidence de cancer augmente très vite avec l'âge à partir de 40 ans.

- **L'administration pulmonaire : l'avenir du traitement de la dépendance tabagique ?**

Islam N, Rahman S. *Drug Discov Ther.* 2012 Jun;6(3):123-32.  
 article en libre accès : <http://www.ddtjournal.com/getabstract.php?id=560>

La voie pulmonaire est idéale pour l'administration de substances psychoactives, car elle permet une absorption et une distribution très rapides. L'administration de nicotine pure par voie pulmonaire aurait de nombreux avantages, en particulier celui de produire une nicotémie plus élevée, plus rapidement, par rapport aux modes actuels d'administration par substituts nicotiques. Il est même envisageable de délivrer des médicaments comme le bupropion ou la varénicline par voie pulmonaire, et ainsi d'améliorer leur efficacité. Un certain nombre de brevets sont déposées, mais peu d'articles rapportant des essais cliniques ont été publiés. L'administration pulmonaire est complexe, et il est possible que l'on n'ait pas encore trouvé le bon mode d'administration. Ainsi, il serait sans doute préférable de délivrer la nicotine sous forme de poudre (inhalateur à poudre sèche) plutôt que sous forme liquide, comme dans les inhalateurs de type traitement de l'asthme. Mais ces dispositifs à poudre semblent plus difficiles à développer. Y a-t-il là un rôle à jouer pour les e-cigarettes, qui sont

ni plus ni moins que des inhalateur de liquide ? L'avenir nous le dira.

- **Une étude pilote pour évaluer l'efficacité d'un site internet pour l'arrêt du tabac basé sur la théorie PRIME de Robert West.**

*Brown J et al. Addict Behav. 2012 Jun 9. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795643>*

Ce nouveau site internet pour l'aide à l'arrêt, en phase expérimentale actuellement, est basé sur la théorie PRIME (<http://www.primetheory.com/>) développée par Robert West (<http://www.rjwest.co.uk/>). Cet article rapporte les résultats d'une étude non contrôlée réalisée sur 204 fumeurs désirant arrêter de fumer. Ce site guide le fumeurs jusqu'à 1 mois avant l'arrêt et pendant 1 mois après. Le programme propose un plan d'arrêt et des recommandations pour modifier son comportement basées sur les preuves (evidence based). Une série de séances successives avec des menus interactifs mène les fumeurs vers l'arrêt avec des conseils individualisés. Le critère principal d'efficacité était l'arrêt d'au moins un mois validé par cotinine ou anabasine (pour ceux utilisant un TNS). L'utilisation a été mesuré par les connections et le nombre de pages vues, la satisfaction par un questionnaire à 2 mois (fin du programme), et les résultats ont été testés en fonction du niveau socio-économique des personnes. A 8 semaines (2 mois) post-inscription, 19,6% (40/204) participants étaient abstinents. Les participants ont vu en moyenne 133 pages, lors de 6,4 connections (médiane = 3). La majorité (66 à 75%) des participants ont été satisfait (utile, adapté, recommandable, future utilisation), et aucun effets du statut socio-économique n'a été observé sur l'abstinence, l'utilisation du site, le nombre de connections, ou la satisfaction. Ces résultats sont suffisamment encourageants pour envisager maintenant un essai contrôlé et randomisé.

- **Un programme personnalisé pour l'arrêt (basé sur le modèle du changement) sur internet pas plus efficace qu'un programme standard.**

*Mason D et al. Addiction. 2012 Jun 12. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03972.x. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22690882>*

Des fumeurs (n=1758) s'inscrivant sur un site internet d'aide à l'arrêt du tabac ont été randomisés en 2 groupes, dont le groupe contrôle recevait par courriel des rapports d'aide à l'arrêt et de suivi standards pour les encourager dans leur tentative d'arrêt, et le groupe traitement recevait des rapports personnalisés. La personnalisation était basée sur les croyances sur le tabagisme, les caractéristiques individuelles et le statut tabagique, la sensation d'efficacité et les attentes en terme d'arrêt. L'évaluation était faite à 6 mois, avec comme critère principal d'évaluation une abstinence prolongée de 3 mois, et comme critères secondaire une abstinence prolongée d'1 mois, de 7 jours ou de 24h. Les résultats montrent qu'aucune différence n'est observée entre les 2 groupes, tant sur le critère principal (9,1% vs. 9,3%; OR=1,02 IC 95% 0,73 – 1,42), que sur les critères secondaires (ex : abstinence de 7 jours, 13,6% vs. 12,5% ; OR=1,11 ; 0,84 – 1,47). Il semble que le programme personnalisé ait été bien perçu et apprécié des participants, mais il faut noter le très fort pourcentage de perdus de vue (58%) lors de l'évaluation à 6 mois (de nombreux participant n'ont pas laissé de numéro de téléphone, ou un faux numéro), ces perdus de vue étant considérés comme fumeur (sans vérification possible), les auteurs concluent que ce problème (garder le contact avec les participants) est un défi pour les concepteurs de sites internet dédiés à l'arrêt du tabac.

- **Prévalence du tabagisme dans une population de 3 milliard d'individus.**

*Giovino GA et al. Lancet. 2012 Aug 18;380(9842):668-79.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22901888>*

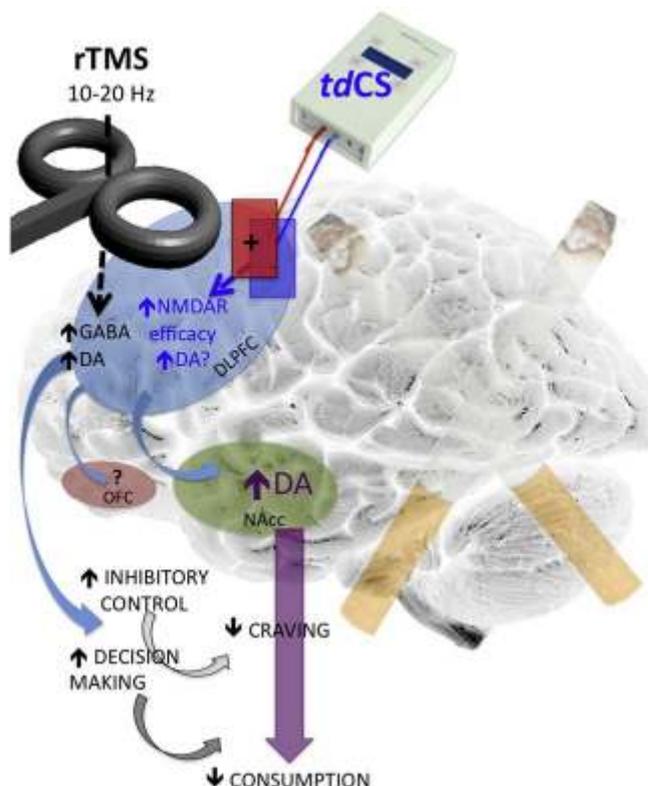
Les données sur le tabagisme dans les pays à faible et moyen revenus sont rares, c'est pourquoi ces données issues de l'enquête mondiale sur le tabac (Global Adult Tobacco Survey, GATS) sont importantes. Elles ont été obtenues entre 2008 et 2010 chez les personnes de 15 ans et plus, dans 14 pays à faible et moyen revenus (Bangladesh, Brésil, Chine, Egypte, Inde, Mexico, Philippines, Pologne, Russie, Thaïlande, Turquie, Ukraine, Uruguay, et Vietnam), et comparées à celles du Royaume Uni (données de 2008) et des USA (2006-2007). Dans ces 14 pays, la prévalence du tabagisme (tabac fumé et non fumé) est de 48,6% (IC 95% 47,6 – 49,6) chez les hommes (RU 22,8%, USA 24,0%) et de 11,3% (10,7 – 12,0) chez les femmes (RU 20,6%, USA 16,2%), correspondant à 852 millions d'utilisateurs (en ajoutant ceux du RU et des USA). L'utilisation de tabac fumé est

de 40,7% chez les hommes (de 21,6% au Brésil à 60,2% en Russie) et de 5% chez les femmes (0,5% en Egypte à 24,4% en Pologne). Les cigarettes manufacturées sont principalement utilisées (82%), mais le tabac non fumé est couramment utilisé en Inde et au Bangladesh. Dans les anciennes générations, les femmes ont en général commencé à fumer plus tard que les hommes du même âge, mais chez les plus jeunes (25-34 ans au moment de l'enquête) les hommes et les femmes commencent au même âge. Les taux d'arrêt sont très faibles (< 20% dans l'ensemble) en Chine, Inde, Russie, Egypte et Bangladesh, équivalent à ce qu'ils étaient aux USA dans les années 1950.

## ● La stimulation cérébrale : l'avenir de l'arrêt du tabac ?

Wing VC et al. *Brain Stimul.* 2012 Jul 9. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22809824>



Il existe 4 sortes de stimulations cérébrales qui ont été testées dans l'arrêt du tabac. L'électrostimulation crâniale (CES) est réalisée en utilisant un faible courant alternatif passant par 2 électrodes placées sur les lobes des oreilles ou sur les mastoïdes. Les résultats des quelques études publiées, tant pour le tabac que pour d'autres addictions ne semblent pas prometteurs. La stimulation cérébrale profonde (DBS) implique la mise en place par stéréotaxie de 2 électrodes profondes. Elle permet d'atteindre des régions profondes de façon très précise. Les données sur l'arrêt du tabac sont plutôt anecdotiques, elles ont été observées lors de traitements pour d'autres maladies (dyskinésies, trouble obsessionnel compulsif...). La stimulation magnétique transcrâniale répétitive (rTMS) est une technique non invasive qui utilise des champs magnétiques alternatifs pour créer des courants au niveau cortical. Elle peut être réalisée à basse fréquence ( $\leq 1$  Hz) et a une action inhibitrice, ou à haute fréquence ( $> 3$  Hz) et a une action stimulatrice. Les effets ne sont pas seulement locaux mais peuvent s'étendre à des régions sous-corticales par l'intermédiaire des connexions neuronales. C'est la technique qui semble la plus prometteuse, 6 études contrôlées et randomisées ont été réalisées sur la dépendance au tabac (voir Lettre SFT

n°26, novembre 2011). La stimulation transcrâniale par courant continu (tDCS) est une autre technique non invasive utilisant un courant continu de faible intensité (1 à 2 mA) passant entre 2 électrodes placées sur le scalp. En inversant les polarités on peut moduler l'excitabilité corticale (la stimulation par l'anode la stimule, alors que la stimulation par la cathode l'inhibe). Les résultats des études montrent que lorsque la rTMS ou la tDCS sont ciblées sur le cortex préfrontal dorsolatéral ont réduit fortement le craving, ce qui suppose un effet sur le système de récompense. La rTMS a aussi montré une réduction de la consommation de cigarettes, mais aucune de ces techniques n'a pour l'instant démontré d'effet sur l'abstinence.

treatobacco.net

Savez-vous que vous pouvez trouver des présentations powerpoint pour vos formations sur [treatobacco.net](http://treatobacco.net) ?

## XIV Annual Meeting of the SRNT Europe



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

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



---

**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*

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)