

## ● Comment aider un fumeur souhaitant désespérément arrêter de fumer ?

Rigotti NA. *JAMA*. 2012 Oct 17;308(15):1573-80.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1383221>

Nancy Rigotti, qui était l'invitée du congrès de la SFT l'an dernier à Nancy, vient de publier une très belle revue sur la prise en charge de la dépendance tabagique. De plus, cet article publié dans le JAMA est accompagné d'un éditorial, indiquant ainsi l'importance que la revue accorde à ce sujet. Fait assez rare aussi aux USA, cette revue aborde le traitement en allant au-delà des AMM, en mettant entre autre l'accent sur l'importance d'associer plus d'un substitut (patch + forme(s) orale(s)), qui n'est pas approuvé par la FDA (autorité réglementaire du médicament) mais recommandé par les recommandations cliniques de 2008 (Fiore et al.). Elle insiste aussi sur le fait que l'association d'une aide comportementale et d'une pharmacothérapie augmente les chances de succès (voir ci-dessous la dernière revue Cochrane sur ce sujet), mais aussi sur le rôle de plus en plus important des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt qui peuvent prendre le relais des médecins généralistes, ou de la sortie d'hospitalisation, si les professionnels de santé prennent l'habitude d'y référer leurs patients, et si ces lignes ont un comportement pro-actif (rappel du patient). Enfin, Nancy Rigotti insiste sur l'importance d'intégrer le traitement de la dépendance tabagique au système de santé afin que cette dépendance soit réellement prise en charge. C'est ce qu'a fait le Royaume Uni (intégration au système de santé NHS) ou certains États américains comme le Massachusetts. Les autorités de santé publique en France feraient bien de se pencher sur ces questions.

## ● Le TNS augmente les chances d'arrêt du tabac, mais n'augmente pas le risque cardiovasculaire après infarctus.

Wolf KJ et al. *Am J Cardiol*. 2012 Oct 1;110(7):968-70.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22727182>

Cette étude confirme l'innocuité du traitement nicotinique de substitution (TNS) chez les patients fumeurs atteints d'un syndrome coronaire aigu (SCA). Il s'agit d'une étude rétrospective, basée sur les données de 663 fumeurs ayant subi un SCA (angine de poitrine instable, infarctus du myocarde avec ou sans élévation du segment ST). Les patients ont été séparés en 2 groupes, selon qu'ils avaient reçu (groupe TNS= 184) ou non (groupe contrôle =479) une prescription de TNS à leur sortie de l'hôpital. Une régression logistique multivariée a été utilisée afin de contrôler les facteurs confondants entre les 2 groupes. Au total, 202 patients ont fait un événement indésirable au cours de l'année, 53 (29%) dans le groupe TNS et 149 (31%) dans le groupe contrôle. A 1 an après, aucune différence significative n'a été observée entre le groupe TNS et le groupe contrôle sur la mortalité (OR=0,80; IC 95% 0,33-1,91; p=0,61), un nouvel infarctus (OR=0,90; 0,40-2,06; p=0,80), une revascularisation répétée (OR=0,77; 0,44-1,36; p=0,37), ou une réhospitalisation (OR=1,01; 0,66-1,53; p=0,97). De même lorsque l'on prend ensemble tous les événements (mortalité, infarctus, revascularisation, réhospitalisation), aucune différence significative ne ressort (OR=0,89; 0,61-1,30; p=0,54). Les auteurs concluent que l'utilisation du TNS chez ces patients n'a pas augmenté leur risque d'événement indésirable durant la première année après leur syndrome coronaire aigu. Il faut cependant noter qu'aucune donnée d'abstinence n'est présentée. On ne sait pas quand le TNS a été instauré (à distance ou non de l'épisode aigu), ni combien de temps il a été prescrit ou utilisé. Enfin, les auteurs avaient estimé la taille de l'échantillon nécessaire à 918 patients, mais seulement 663 ont été inclus (20 sont morts durant l'hospitalisation, et 221 ont été perdus de vue, ils ont tous été exclus de l'analyse). Comme les auteurs le font remarquer dans leur discussion, on peut cependant espérer que le nombre de fumeurs abstinents à un an est au moins doublé par rapport à la non utilisation du TNS.

- **Associer aide comportementale et médicaments augmente de 70 à 100% les chances d'arrêt.**

*Stead LF & Lancaster T. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD008286.*  
<http://summaries.cochrane.org/CD008286/>

Basé sur 40 études (15021 sujets) comparant l'association d'une aide comportementale et de médicaments d'aide à l'arrêt du tabac, la Cochrane review conclut que l'association d'une aide comportementale et d'une pharmacothérapie augmente les chances d'arrêt par rapport au conseil minimal ou à une prise en charge simple. Dans ces études, l'aide comportementale était donnée par un(e) tabacologue, et comportait 4 à 8 séances, totalisant une durée allant de 30 à 300 minutes. Selon cette méta-analyse, l'association d'une pharmacothérapie (TNS, bupropion ou varénicline) et d'une aide comportementale soutenue est bénéfique en termes d'abstinence à long terme (au moins 6 mois) par rapport à un conseil minimal, un suivi courant par un généraliste, ou une aide comportementale moins intense (le risque relatif RR=1,82 ; IC 95% 1,66-2,00). L'effet est plus important lorsque la prise en charge a lieu dans le cadre d'une consultation spécialisée plutôt qu'en consultation de ville (RR= 2,06 ; IC 95% 1,81-2,34 ; contre RR=1,53 ; IC 95% 1,33-1,76 ; respectivement). Aucune indication ne tend à montrer un effet favorable de la motivation à l'arrêt (recrutement spécifique ou non de fumeurs désirant ou non d'arrêter), et seulement une faible tendance en faveur d'un plus grand nombre de séances, mais pas d'une plus grande durée de contact.

- **Les enfants exposés à la fumée de tabac ont plus de risque de complications lors d'un épisode grippal.**

*Wilson KM et al. J Pediatr. 2012 Aug 3. [Epub ahead of print]*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22863259>

Voici une étude qui a comparé des enfants exposés ou non à la fumée de tabac à la maison et analysé l'impact de cette exposition sur l'évolution d'une grippe ayant nécessité une hospitalisation. C'est une étude rétrospective sur les dossiers d'enfants hospitalisés pour une grippe entre 2002 et 2009. Les données démographiques, l'historique médicale et l'exposition à la fumée de tabac ont été recueillies, ainsi que les index de sévérité incluant les soins intensifs, l'intubation et la durée d'hospitalisation. Les facteurs confondants tels que certaines données démographiques, la présence d'asthme ou d'une maladie chronique (cardiaque, pulmonaire, endocrine, neurologique...) ont été pris en compte. Sur 117 enfants hospitalisés, 40% étaient exposés à la fumée de tabac, et ont nécessité plus de soins intensifs (30% vs. 10% p<0,01), d'intubation (13% vs. 1% p<0,05), et une plus longue durée d'hospitalisation (4,0 vs. 2,4 jours p<0,05). Parmi les enfants ayant une maladie chronique, ceux qui étaient exposés à la fumée de tabac ont nécessité plus de soins intensifs (53% vs. 18% p<0,05) et une plus longue durée d'hospitalisation (10,0 vs. 3,5 jours p<0,01). Dans une analyse multivariée contrôlant les facteurs confondants, les enfants exposés à la fumée de tabac avaient plus de risque d'être admis en soins intensif (OR=4,7 ; IC 95% 1,4-18,5) et de rester plus longtemps hospitalisés (Incidence Rate Ratio, IRR=1,7 ; IC 95% 1,2-2,3 ; p<0,01) que les enfants non exposés. Ces résultats montrent que les conséquences d'un épisode grippal peuvent être considérablement aggravées par l'exposition à la fumée de tabac, et devrait inciter les pédiatres à s'engager pour lutter contre le tabagisme passif des enfants.

- **A la sortie de l'hôpital, les infirmières pourraient diriger les patients vers une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt !**

*Sarna L et al. Nurs Res. 2012 Oct 12. [Epub ahead of print]*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23073265>

Les fumeurs qui tentent d'arrêter de fumer lors d'une hospitalisation ont plus de chance de rester abstinents à long terme s'ils sont suivis après leur sortie de l'hôpital, même si le suivi est réalisé par une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt. Cette étude a montré l'intérêt de former les infirmières aux 5A (en français: Demander, Evaluer, Aider, Arranger, Référer) (<http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/tabac/TabacSevrage5A.asp>) grâce à un site internet. Après 6 mois, les infirmières formées réfèrent plus fréquemment les patients vers une ligne d'aide à l'arrêt (OR=1,74 ; IC 95% 1,11-2,72 ; p=0,02), et plus particulièrement celles qui avaient suivi un séminaire (webinar) sur internet (OR=2,34 ; IC 95% 1,03-4,23 ; p=0,005). C'est sans doute une piste à poursuivre telle qu'évoquée plus haut dans l'article de Nancy Rigotti.

## • Quels sont les déterminants du développement d'une consommation régulière chez l'adolescent ?

Selya AS et al. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Sep 17. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22995764>

L'échantillon étudié est issu d'une étude longitudinale sur le contexte social et émotionnel de la consommation chez l'adolescent, qui s'est déroulée sur 4 ans avec 5 vagues de questionnaires. Selya et al. ont étudié trois groupes d'adolescents, l'un est constitué d'anciens expérimentateurs (ayant fumé moins de 100 cigarettes et n'ayant pas fumé au cours des 3 derniers mois, n=304), le second est constitué de récents expérimentateurs (ayant fumé moins de 100 cigarettes et ayant fumé au cours des 3 derniers mois, n=594), et le dernier est constitué de fumeurs actuels (ayant fumé plus de 100 cigarettes et ayant fumé au cours du dernier mois, n=152). La moyenne d'âge est de  $15,7 \pm 0,6$  ans. Des modèles de régression à effets mixtes ont été utilisés afin de déterminer si la fluctuation temporelle de la quantité de cigarettes fumées et des symptômes de dépendance avaient une influence sur la régularité de la consommation chez l'adolescent (mesurée par le nombre de jours où ils fument). Le comportement tabagique a été mesuré à 6, 15, 24 et 48 mois en demandant aux participants combien de jours ils avaient fumé au cours des 30 derniers jours, et combien de cigarettes ils avaient fumé au cours des 7 derniers jours (voir tableau 1). La dépendance était évaluée à l'aide d'une version courte de la NDSS (nicotine dependence syndrom scale ; Shiffman et al. 2004) modifiée pour l'utilisation chez les adolescents, à 6, 15, 24 et 48 mois (voir tableau 1).

Tableau 1

Caractéristique de base	Anc. expérimentateurs	Réc. expérimentateurs	Fumeurs actuels
Quantité fumée (cig/7j)	0,2 ± 1,7	2,0 ± 5,6	19,4 ± 23,6
à 6 mois	0,6 ± 3,4	2,5 ± 7,7	24,1 ± 27,1
à 15 mois	1,9 ± 9,3	5,3 ± 15,2	32,6 ± 38,0
à 24 mois	2,9 ± 11,1	7,6 ± 12,3	25,8 ± 31,0
à 48 mois	9,3 ± 22,8	15,9 ± 31,5	38,3 ± 44,6
Score NDSS (10 items scorés 1 à 4)	1,0 ± 0,3	1,2 ± 0,5	2,2 ± 0,9
à 6 mois	1,0 ± 0,4	1,3 ± 0,6	2,2 ± 0,9
à 15 mois	1,1 ± 0,5	1,4 ± 0,7	2,3 ± 0,9
à 24 mois	1,1 ± 0,6	1,4 ± 0,8	2,3 ± 0,9
à 48 mois	1,9 ± 0,8	2,1 ± 0,9	2,6 ± 0,9

Les résultats (tableau 2) montrent qu'à la fois la quantité fumée et l'intensité de la dépendance sont associées significativement à la régularité de la consommation, mais que l'intensité de l'association varie au cours du temps. L'influence de la quantité fumée diminue au cours du temps dans les 3 groupes, alors que celle de la dépendance augmente, mais seulement pour les anciens et récents expérimentateurs. A l'évaluation des 48 mois, les effets de la quantité fumée et de l'intensité de la dépendance se sont stabilisés. Cette étude montre que la quantité fumée et l'intensité de la dépendance ne sont pas des facteurs de risque statiques vis à vis de l'établissement d'une consommation régulière. A faible niveau de consommation, lorsque les symptômes de dépendance sont moins forts, la quantité fumée est un meilleur facteur prédictif d'une consommation régulière, alors que chez des fumeurs plus expérimentés, c'est la dépendance qui est le meilleur facteur prédictif d'une consommation régulière.

Tableau 2

Effet	Anc. expérimentateurs	Réc. expérimentateurs	Fumeurs actuels
Quantité fumée (cig/7j)	F(1/71)=31,22 ; p<0,0001	F(1/447)=335,91 ; p<0,0001	F(1/228)=42,30 ; p<0,0001
Score NDSS	F(1/71)=52,30 ; p<0,0001	F(1/447)=337,18 ; p<0,0001	F(1/228)=156,90 ; p<0,0001
Interaction quantité x temps	F(4/71)=3,64 ; p<0,01	F(4/447)=33,86 ; p<0,0001	F(4/228)=2,90 ; p<0,05
Interaction NDSS x temps	F(4/71)=3,07 ; p<0,05	F(4/447)=13,08 ; p<0,0001	F(4/228)=0,26 ; NS

Les auteurs concluent que la stratégie à adopter chez les adolescents dépend donc de leur situation dans ce continuum. Ainsi, une stratégie visant à réduire le nombre de cigarettes fumées serait sans doute plus profitable pour un adolescent débutant sa carrière tabagique, alors que chez un adolescent consommant déjà d'une façon assez régulière, une stratégie visant à réduire ou à traiter ses symptômes de sevrage serait sans doute plus efficace.

- **Un complexe formé entre le récepteur  $\alpha 7$  et le récepteur NMDA pourrait être la cause des rechutes !**

*Li S et al. J Exp Med. 2012 Oct 22. [Epub ahead of print]*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091164>

Voici des résultats qui, si ils sont répliqués et validés, pourraient bien permettre le développement d'un nouveau traitement pour l'aide à l'arrêt du tabac. Le principal problème de l'abstinence à long terme est la fréquence des rechutes, et aucun traitement jusqu'à présent n'est capable de les prévenir. Cette étude canadienne démontre que sous l'effet de l'exposition chronique à la nicotine, le récepteur nicotinique  $\alpha 7$  ( $\alpha 7nAChR$ ) forme un complexe protéique avec le récepteur NMDA au glutamate (NMDAR) par l'intermédiaire d'une interaction protéine-protéine. Les auteurs montrent dans cet article qu'ils ont développé un moyen de dissocier ce complexe  $\alpha 7nAChR$ -NMDAR en administrant à un animal pré-traité chroniquement par la nicotine un peptide qui vient rompre la liaison entre les deux récepteurs. Ils ont pu ainsi montrer qu'en administrant ce peptide à des rats, ils pouvaient bloquer la reprise de l'auto-administration de nicotine chez des rats sevrés. C'est le modèle de rechute induite par stimuli après extinction du comportement d'auto-administration (en anglais cue-induced reinstatement of nicotine seeking). Il consiste, après avoir entraîné des rats à s'auto-administrer de la nicotine en présence d'un stimulus particulier, à éteindre le comportement en sevrant les animaux de nicotine. Après un certain temps, on remet les rats dans les conditions d'auto-administration et on les soumet au stimulus associé auparavant à l'injection de nicotine. Les animaux réapprennent ainsi à s'auto-administrer de la nicotine, c'est le modèle animal de rechute. Ce peptide semble donc capable d'empêcher la rechute (ou en tout cas de la diminuer fortement), mais n'a pas d'action en soi sur le comportement d'auto-administration ou sur la locomotion (ce qui pourrait expliquer les résultats si c'était le cas). Il s'agit donc là de résultats très prometteurs qui pourraient déboucher sur le développement d'un traitement de prévention de la rechute tabagique.

- **Pour la prise de poids, il vaut mieux être une femme jeune peu dépendante, qu'un homme âgé et très dépendant !**

*Prod'hom Set al. Nicotine Tob Res. 2012 Oct 9. [Epub ahead of print]*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23048177>

Cette étude de l'équipe de Jacques Cornuz à Lausanne, s'est intéressée à la prise de poids lors d'un arrêt du tabac. Pour cela ils ont utilisé les données d'une autre étude (Bize et al. Tob Control 2010) sur l'efficacité d'une activité physique de faible intensité dans l'aide à l'arrêt du tabac. Ils ont utilisé des modèles statistiques permettant de prendre en compte le statut tabagique et la prise de substituts nicotiques pendant toute la durée de suivi. Enfin, ils ont pris en compte les facteurs tels que le sexe, l'âge, la dépendance, l'éducation et le niveau d'activité physique. Dans l'ensemble de la cohorte (n=477), la prise de poids a eu lieu principalement pendant les 3 premiers mois et s'est stabilisée par la suite. La prise de poids moyenne à 1 an a été de 3,3 kg pour les femmes et 3,9 kg pour les hommes (différence significative, p=0,002). Pendant la période d'abstinence, les facteurs prédictifs d'une plus grande prise de poids étaient d'être un homme et d'être fortement dépendant (évalué par le nombre de cigarettes fumées >25 cig/j, correspondant à la médiane du groupe). Par ailleurs, être plus âgé (âge au-dessus de la médiane, 43 ans pour le groupe) était associé au fait de continuer à prendre du poids lors de la rechute. Le fait de prendre des substituts nicotiques a montré une tendance, non significative, à une moindre prise de poids. Par exemple, selon le modèle développé dans cet article à partir de ces données, un homme de plus de 43 ans, fumant plus de 25 cig/j au début de l'arrêt et abstinent pendant 8 semaines (médiane de la durée du programme d'aide), devrait avoir pris 2,5 kg, alors qu'une femme de moins de 43 ans, fumant moins de 25 cig/j ayant le même parcours ne devrait prendre que 1,1 kg. A la fin du traitement, à 14,3 semaines (moyenne), s'ils maintiennent leur abstinence, leur prise de poids devrait être respectivement de 3,5 et 2,0 kg. En conclusion, les auteurs notent que la prise de poids est généralement limitée aux 3 premiers mois du sevrage, et que d'être un homme, d'être plus âgé, ou d'être plus dépendant sont des facteurs prédictifs d'une plus grande prise de poids.

---

[Vu sur le Net](#) (nouvelle rubrique)

A partir de ce numéro, je vous propose quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci. Merci de m'envoyer vos réactions (non pas aux nouvelles, mais par rapport à cette nouvelle rubrique, si elle vous plaît ou non, etc...) à [jacques.lehouezec@amzer-glas.com](mailto:jacques.lehouezec@amzer-glas.com)

[Le smartphone, nouveau support de promotion du tabac](#)

[Plus de 100 applications pro-tabac téléchargeables sur smartphones](#)

[La démission du Commissaire Européen à la santé](#)

[Bruxelles présentera sa législation anti-tabac fin 2012](#)

[Que prévoit le plan anti-tabac préparé par Bruxelles ?](#)

[Les achats de tabac sur internet](#)

[La cigarette électronique fera-t-elle un tabac ?](#)

Pour les anglophones :

[NICE : Tobacco - harm reduction: draft guidance consultation](#)

La réduction du risque est une indication pour le TNS en Angleterre, il est question d'étendre cette indication à d'autres traitements, voire à la cigarette électronique...



Il y aura bientôt une page dédiée aux études et à la réglementation de la e-cigarette sur [treatobacco.net](http://treatobacco.net)



**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>

L'Elsa du CHU Ambroise Paré cherche un(e) tabacologue pour 2 vacations hebdomadaires sur 2 ans dans le cadre d'une étude financée par l'Inca et intitulée : Mise en place d'une stratégie d'aide au sevrage tabagique chez les patients VIH+ .

Pour toute information complémentaire, merci de contacter : Khalida Berkane 01 49 09 47 32 06 24 39 90 67.

---

### *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)**