

- **L'association de TNS pourrait être nécessaire pour une efficacité chez la femme enceinte.**

**Brose LS, et al. *Drug Alcohol Depend.* 2013 May 13. [Epub ahead of print]**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23680076>

A l'heure actuelle, aucun essai randomisé et contrôlé n'a pu démontrer l'efficacité du TNS dans l'arrêt du tabac chez la femme enceinte. Il est possible que l'augmentation du métabolisme de la nicotine chez la femme enceinte rende le traitement standard en monothérapie inefficace. En Angleterre les données recueillies par les centres d'aide à l'arrêt (n=44) ont permis d'analyser l'efficacité comparée du TNS seul ou en association (patch plus forme orale) chez 3880 femme enceintes fumeuses suivies pour un arrêt. Les données d'abstinence sont celles relevées à 4 semaines et confirmées par un CO <10 ppm (mesure standardisée de suivi en Angleterre). Les auteurs ont comparé l'abstinence entre 3 groupes, les femmes enceintes n'ayant pas reçu de traitement pharmacologique, celles ayant été traitées avec un TNS unique, et celles traitées avec une association de TNS. Après ajustement sur les variables confondantes (âge, ethnicité, métier, le type de centre ou d'intervention, et la durée de la grossesse), et par rapport aux femmes enceintes n'ayant pas reçu de traitement pharmacologique, le traitement par un seul TNS n'a pas démontré d'efficacité (OR=1,06 ; IC 95% 0,60-1,86 ; p=0,84), mais le traitement par association de TNS (patch plus forme orale) a clairement montré son efficacité avec un OR=1,93 (IC 95% 1,13-3,29 ; p=0,016). Ainsi les auteurs concluent que bien qu'il ne s'agisse que d'une étude observationnelle, les résultats confortent l'idée qu'une association de TNS pourrait être efficace chez la femme enceinte et qu'il convient de continuer à proposer ce traitement aux femmes enceintes, en attendant les résultats d'un essai randomisé.

- **Un nouveau paradigme expérimental pour étudier le craving, ou envie irrésistible de fumer.**

**Sayette MA, Tiffany ST. *Addiction.* 2013 Jun;108(6):1030-1.**  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.04062.x/abstract>

Les études de laboratoire sur le craving ont beaucoup utilisé un paradigme qui consiste à mesurer la réponse des fumeurs lorsqu'ils sont soumis à des stimuli en lien (rappelant l'acte de fumer) ou non (stimuli neutres) avec le comportement tabagique, le cue-reactivity ou réactivité aux stimuli. Hors, ces expériences ont beaucoup été critiquées car elles ne reflètent peut-être pas ce qu'on observe en clinique, particulièrement en terme de prédiction de la rechute. Le craving déclenché par ces stimuli n'a peut-être rien à voir avec celui déclenché par l'abstinence. Les auteurs proposent un nouveau paradigme expérimental, non pas pour remplacer le précédent, mais plutôt en complément de celui-ci. L'approche du PCC (peak provoked craving, ou pic de craving provoqué), se fait en confrontant des fumeurs abstinents à des stimuli liés à la consommation de tabac. A la différence du paradigme de cue-reactivity, le PCC analyse la réponse brute de craving, sans soustraire la condition de base, ou l'exposition à des stimuli neutres, et représente un état de craving maximal. Cette nouvelle approche se veut plus réaliste et mieux représenter la situation clinique de craving. Je vous accorde que tout cela est assez théorique, et manque de données concrètes, néanmoins il est probable que de nouvelles études vont utiliser ce paradigme et permettront peut-être de mieux appréhender le rôle du craving dans les situations de rechute.

## ● Echelle de craving : uni- ou multidimensionnelle, laquelle choisir ?

**Berlin I et al. Drug Alcohol Depend. 2013 Apr 23. [Epub ahead of print]**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23623506>

Comment prédire le risque de rechute à travers la mesure du craving? Et quelle est la meilleure échelle pour cela? Il y a un débat dans la communauté de l'arrêt du tabac concernant le meilleur moyen de mesurer le craving. Une seule question suffit-elle, ou bien une mesure multidimensionnelle est-elle plus précise? Pour essayer de répondre à ces questions, les auteurs ont utilisé les données recueillies lors de l'étude ADONIS (ajustement des doses de TNS pour obtenir 100% de substitution). La mesure du craving a été faite à la fois par le questionnaire FTCQ-12 (comportant 4 axes conceptuels: émotionnalité, attente, compulsion et anticipation), et l'item unique de craving de l'échelle MNWS (échelle d'évaluation des symptômes de sevrage; voir l'analyse des échelles sur le site de la SFT [http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010\\_Echelles\\_DGS.pdf](http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/RapSFT2010_Echelles_DGS.pdf)). Les auteurs ont estimé les modèles de prédiction de la rechute pour chaque mesure du craving et comparé leur capacité à prédire le risque de rechute 1 à 8 semaines après la date d'arrêt. Il faut noter que le craving est à son maximum généralement les 2 premières semaines de l'arrêt. Après ajustement sur les facteurs confondants (avoir fumé la semaine précédente, problèmes d'alcool, cotinine salivaire, randomisation, infarctus, angine de poitrine non stabilisée, athérosclérose périphérique, score de sevrage de la MNWS), le score de risque (SR) de la FTCQ-12 (facteur 2, attente + facteur 4, anticipation) et la mesure du craving par la MNWS, ont été des facteurs prédictifs de la rechute 1 à 7 semaines plus tard. La précision pronostique du SR de la FTCQ-12 a été la plus forte 1 à 2 semaines après sa mesure, pour l'item de craving de la MNWS elle a été la plus forte 1 semaine seulement après sa mesure. La sensibilité (capacité à détecter le risque de rechute) pour le SR de la FTCQ-12 a été de 85%, contre seulement 53% pour l'item de craving de la MNWS. Les auteurs concluent que le SR de la FTCQ-12 pourrait représenter un processus de rechute impliquant des envies irrésistibles liées à l'anticipation du plaisir de fumer et à l'intention de le faire, et qu'il s'avère être une meilleure mesure de la rechute que l'item de craving de la MNWS.

## ● Effet de l'alcool sur la consommation de tabac chez les fumeurs dépendants et occasionnels.

**Barrett SP et al. Alcohol Clin Exp Res. 2013 Mar 25. doi:10.1111/acer.12094. [Epub ahead of print]**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23527868>

Des études antérieures ont montré que la consommation d'alcool augmentait le craving et la consommation de tabac, à la fois chez les fumeurs dépendants et occasionnels. Cependant les mécanismes en jeu ne sont pas totalement élucidés. Cette étude a testé les effets d'une boisson alcoolisée (concentration sanguine moyenne de 0,76 g/l) ou d'un placebo sur les effets subjectifs et comportementaux de cigarettes normales (0,6 mg nicotine) et dénicotinisées (0,05 mg nicotine) chez 17 fumeurs dépendants (FD) et 23 fumeurs occasionnels (FO). Chez les FO, l'alcool a fait augmenter la consommation de cigarettes, qu'elles contiennent ou non de la nicotine, et aucune différence de consommation n'a été observée entre les deux types de cigarettes, quelle que soit la boisson consommée. Au contraire, chez les FD, la prise d'alcool a provoqué une diminution de la consommation de cigarettes dénicotinisées par rapport à la condition placebo, mais une augmentation de la consommation de cigarettes normales par rapport aux cigarettes dénicotinisées. Sous l'effet de l'alcool, les FD ont aussi présenté un craving plus important lorsqu'ils consommaient des cigarettes normales. Aucun effet sur le craving n'a été observé chez les FO. Les fumeurs dépendants sont sans doute plus sensibles aux effets de la nicotine que les fumeurs occasionnels (non dépendants). D'autres études utilisant de la nicotine pure (spray nasal, Perkins et al. 2005), n'ont pas réussi à montrer d'effet de l'alcool sur la consommation de nicotine. Il se peut que dans la présente étude, le fait d'avoir administré la nicotine par la fumée de cigarette, fait qu'elle est délivrée avec d'autres composants de la fumée de tabac qui pourraient aussi intervenir dans cette interaction entre alcool et tabac.

## ● Les récepteurs nicotiques cholinergiques pourraient intervenir dans la dépendance à l'alcool !

**Hendrickson LM et al. *Front Psychiatry*. 2013 Apr 30;4:29.**

Article en libre accès:

[http://www.frontiersin.org/Addictive\\_Disorders\\_and\\_Behavioral\\_Dyscontrol/10.3389/fpsy.2013.00029/abstract](http://www.frontiersin.org/Addictive_Disorders_and_Behavioral_Dyscontrol/10.3389/fpsy.2013.00029/abstract)

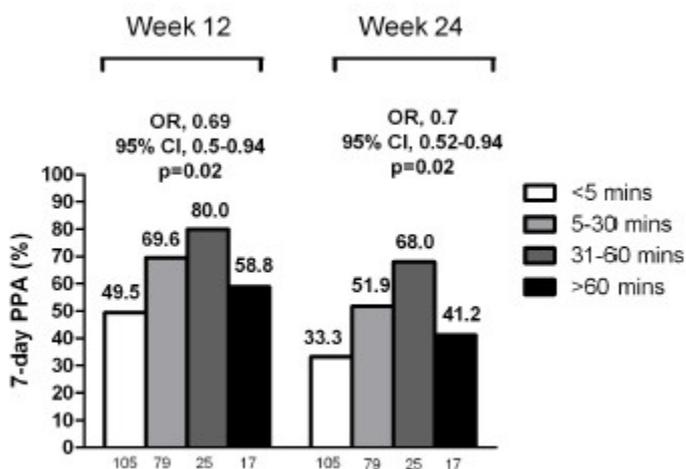
Cette revue de la question pourrait bien nous aider à mieux comprendre l'étude précédente (ci-dessus). Le fait que 80% à 95% des alcooliques soient fumeurs suggère qu'il existe une possible interaction entre éthanol et nicotine au niveau du système nerveux central. Alors que la nicotine agit directement sur les récepteurs nicotiques cholinergiques (nAChR), les effets de l'éthanol sont moins spécifiques et agissent sur l'expression de plusieurs gènes dont ceux qui codent pour les récepteurs canaux voltage-dépendants et ceux répondants aux neurotransmetteurs excitateurs ou inhibiteurs. Cependant, de nouvelles données semblent indiquer que l'éthanol puisse interagir avec les nAChR, à la fois directement et indirectement, dans le système de récompense dopaminergique (DA) mésocorticolimbique. Tout comme la nicotine, il semble que l'éthanol puisse activer les neurones DA de l'aire tegmentale ventrale (ATV) qui se projettent vers le noyau accumbens (NAc). Ainsi, le blocage des nAChR dans l'ATV diminue l'activation des neurones DA induite par l'éthanol, mais aussi la libération de DA dans le NAc, ainsi que la consommation d'alcool et les réponses opérantes pour obtenir de l'alcool chez les rongeurs. L'éthanol pourrait libérer de l'acétylcholine (ACh) dans l'ATV, ce qui pourrait activer les neurones DA par l'intermédiaire des nAChR. De plus, il semble que la varénicline (agoniste partiel des nAChR) diminue la consommation d'alcool dans les modèles animaux de consommation d'alcool, et chez les gros fumeurs consommateurs d'alcool. Des données génétiques humaines semblent aussi confirmer un lien entre polymorphisme des nAChR et dépendance à l'alcool et au tabac. Il se pourrait donc que les nAChR soient aussi impliqués dans les propriétés addictives de l'éthanol, ainsi que dans la co-dépendance tabac/alcool.

## ● Une étude observationnelle belge de l'efficacité de la varénicline et des facteurs prédictifs de l'arrêt .

**Boudrez H et al. *Acta Clin Belg*. 2013 Jan-Feb;68(1):37-42.**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23627193>

Cette étude observationnelle s'est déroulée dans des conditions proches de la prise en charge de routine que l'on peut attendre d'un centre d'aide à l'arrêt ou d'un médecin généraliste. Elle a eu lieu dans 4 pays, Belgique, Grèce, Hongrie et Slovénie, mais seuls les résultats de la partie belge (28 sites) sont analysés ici. Sur 230 fumeurs recrutés (fumeurs adultes désirant arrêter de fumer et ne présentant pas de contre-indication pour la varénicline), 226 ont reçu le traitement, consistant en 12 semaines de varénicline prescrite selon le résumé des caractéristiques



du produit (RCP). Le nombre de visites était limité à 3 (inclusion, 12 et 24 semaines), mais certains centres, si cela correspondait à leur pratique pouvaient pratiquer des visites intermédiaires. L'âge moyen des participants était de 46 ans, (56% d'hommes), ils fumaient 22 cigarettes par jour depuis 28 ans en moyenne, et avaient un score moyen au FTND de 6 (81% fumaient dans les 30 minutes après le réveil). Une aide comportementale limitée (minimum 10 minutes) (reçu par 61% des participants) et un programme de soutien par courriel était disponible. L'abstinence ponctuelle de 7 jours a été de 61,1% (n=138) à 12 semaines, et de 45,6% (n=103) à 24 semaines. Le score au FTND (avec un cut-off de <6 vs. ≥6) n'a pas permis de montrer de différence d'efficacité. Par contre, le

délai de la première cigarette était un facteur prédictif de l'abstinence, les taux d'abstinence les plus forts étant observés chez les fumeurs fumant entre 31 et 60 minutes après le réveil (voir figure). De même, ceux ayant reçu une aide comportementale (minimum de 10 minutes) avaient plus de chances d'être abstinents à 12 et 24 semaines (respectivement, OR=6,18 ; IC 95% 3,41-11,2 et OR=5,37 ; 2,89-9,98 ; p<0,01). Le principal effet indésirable a été les nausées (9,3%), suivi des troubles du sommeil (4,4%), de l'insomnie (2,2%) et des rêves anormaux (1,3%), de façon faible pour tous. Deux participants ont présenté une humeur dépressive (0,9%) et 1 participant a rapporté un trouble psychiatrique (0,4%).

- **Etude prospective tchèque comparant l'efficacité de la varénicline au TNS.**

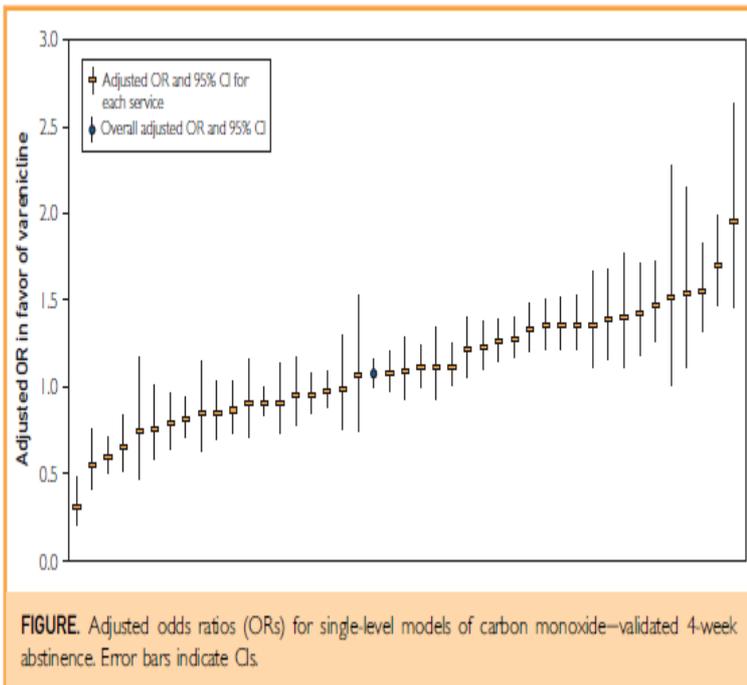
**Kralikova E et al. *Addiction*. 2013 May 13. doi:10.1111/add.12219. [Epub ahead of print]**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23668486>

Il s'agit d'une étude prospective sur une cohorte de 855 fumeurs consultant dans un centre d'aide à l'arrêt de Prague (entre 2005 et 2011, la varénicline n'ayant été disponible qu'à partir de 2007). Ce n'est pas une étude randomisée, on a simplement comparé les fumeurs qui ont choisi d'arrêter avec la varénicline (n=519), à ceux ayant choisi le TNS (n=336 ; 125 ont utilisé une ou plus parmi les formes orales, gomme, comprimé ou inhalateur, 51 ont utilisé seulement le patch, et 160 ont utilisé une association patch + forme orale). Il faut noter qu'après l'arrivée de la varénicline, la majorité l'a utilisée (donc entre 2007 et 2011, 519 ont été traités par varénicline et 148 par TNS). L'abstinence (confirmé par CO <10 ppm) à 52 semaines (sans précision de durée) a été de 42,8% dans le groupe varénicline, et de 31,0% dans le groupe TNS (p<0,001). Un certain nombre de différences significatives ont aussi été observées entre les 2 groupes (âge 43,5 vs. 46,4 ; p=0,004 ; emploi p=0,012 ; CO à l'entrée dans l'étude 21,1 vs. 13,7 ; p<0,001 ; utilisation antérieure de TNS 0,2% vs. 11,6% ; p<0,001 ; respectivement pour le groupe varénicline et le groupe TNS). Après ajustement par rapport aux variables confondantes, les chances d'abstinences à 52 semaines étaient en faveur de la varénicline (OR=2,03 ; IC 95% 1,46-2,82 ; p<0,001). Il est important de noter que l'aide comportementale associée à l'arrêt est assez élevée (première consultation de 3h en moyenne!) et que comparé à un pays de l'Europe de l'Ouest les fumeurs tchèques n'ont pas beaucoup expérimenté l'arrêt auparavant, ce qui peut expliquer les taux d'abstinence relativement élevés observés.

- **Comparaison de l'efficacité de la varénicline et de l'association de TNS dans les centres d'aide à l'arrêt britanniques.**

**Brose LS et al. *Mayo Clin Proc*. 2013 Mar;88(3):226-33.**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23489449>

Est-ce une coïncidence, voici une autre étude de terrain, mais comparant cette fois la varénicline et l'association de TNS en Angleterre. Les données ont été recueillies dans 42 centres d'aide à l'arrêt et correspondent à 167 487 épisodes de traitement (entre avril 2009 et juin 2011) chez des fumeurs ayant reçu un traitement par la varénicline ou par association de TNS.



La mesure de l'abstinence est faite à 4 semaines, validé par CO (c'est le critère anglais retenu pour comparer tous les centres d'aide à l'arrêt). Les résultats montrent un avantage pour la varénicline, 43,5% vs. 36,9%, des chiffres similaires à l'étude précédente (ci-dessus), mais attention ici il s'agit de l'abstinence à 4 semaines, contre 52 semaines dans l'étude tchèque ! Cependant, après avoir pris en compte certains facteurs confondants (âge, sexe, métier, l'exemption de paiement pour les médicaments, le type de centre ou d'intervention [groupe vs. individuel] et l'année de l'arrêt), l'avantage pour la varénicline devient marginal avec un OR=1,080 (IC 95% 1,003-1,163 ; soit une différence de 1,86% ; IC 95% 0,07%-3,37% ; p=0,04). Il apparaît sur le graphique ci-contre que cela dépend beaucoup du centre d'aide à l'arrêt (et sans doute de sa population). Le point noir vers le milieu représente la

moyenne, mais on voit qu'il y a à peu près autant de centres où la varénicline fait moins bien que l'association de TNS, que l'inverse.

## ● Etude pilote sur l'utilité du TNS en unité de soins intensifs.

**Pathak V et al. Respir Care. 2013 Mar 26. [Epub ahead of print]**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23533293>

Il ne s'agit que d'une étude pilote, dont la portée des résultats est donc limitée. Quarante patient (27 hommes, 13 femmes) admis en USI ont été randomisés pour recevoir un patch à 21 mg de nicotine (âge moyen 57,4 ans) ou un patch placebo (âge moyen 52,5 ans), jusqu'à leur sortie de l'USI, leur transfert vers un service médical, où 10 semaines de suivi. Les mesures ont porté sur l'utilisation de sédatifs et d'analgésiques, la durée du suivi en USI, et l'utilisation et la durée d'une ventilation mécanique. Le score APACHE II (évaluation de l'état physique aigu et de l'état de santé chronique) a servi à uniformiser la randomisation entre le groupe actif (score 14,3) et le groupe contrôle (score 13,8 ; différence non significative,  $p=0,07$  mais pas neutre tout de même). Aucun effet significatif n'a été observé. La durée moyenne de séjour en USI a été de 4,5 jours pour le groupe nicotine vs. 7 jours pour le groupe placebo, de même la durée d'utilisation de la ventilation mécanique a été respectivement de 1,9 et 3,5 jours, et le nombre de jours sous sédatif/analgésie a aussi été plus faible pour le groupe nicotine (1,1 et 1,4) que pour le groupe placebo (2,1 et 2,7). Il semble clair qu'un effet plutôt favorable du patch à la nicotine a été observé, mais que le faible échantillon (étude pilote, donc pas dimensionnée pour démontrer une efficacité) n'a pas permis d'obtenir d'effet significatif. Par ailleurs, il faut souligner, que les critères d'exclusions étaient la présence d'un infarctus du myocarde au cours des 2 semaines précédentes, une angine de poitrine instable, une arythmie sévère ou incontrôlée, une réaction allergique sévère, ce qui limite considérablement la portée de cette étude aussi. Pour compléter cette information, je vous renvoie à la [Lettre de la SFT n°30 de mai 2012](#), où une autre étude avait été analysée, et montrait l'absence d'effets délétères du TNS sur la mortalité en USI.

---

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

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[Les fabricants de tabac se lancent dans la cigarette électronique](#)

[Tabac : Marlboro se lance dans la cigarette électronique](#)

[L'industrie et la science du mensonge - Sciences<sup>2</sup> - Libération](#)

[La fabrique du mensonge, de l'hôtel Plaza à l'Institut du Cerveau et ...](#)

[Cannabis : ces buuralistes qui veulent vendre du shit](#)

[Tabac : les femmes sont encore plus vulnérables que les hommes](#)

[Quoi de neuf dans le projet de directive européenne tabac?](#)

[Le tabac plus mortel que le sida ou la tuberculose d'ici 2020](#)

[Tabac : la cigarette électronique exclusivement chez les buuralistes ?](#)

[Vers un encadrement du marché de la cigarette électronique ?](#)

[Pilule et tabac : les vrais risques](#)

[La FDA en échec face aux « majors » du tabac](#)

[La hausse des prix du tabac serait repoussée à octobre](#)

[Les taxes sur le tabac augmenteront bien en juillet](#)

[Le procès contre les compagnies de tabac reprend](#)

[JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC Mobilisation les 30 et 31 mai](#)

[La Journée mondiale sans tabac axée sur l'interdiction de la publicité](#)

[Tabac : les anti dénoncent la "désinformation" véhiculée par l'industrie](#)

## *congrès*

### **RESPADD 28 mai : Conférence dans le cadre de la Journée Mondiale Sans Tabac**

Au programme de cette nouvelle édition, les premiers résultats de l'enquête SNIPP portant sur la prescription de substituts nicotiques chez la femme enceinte et trois tables rondes sur la Convention Cadre pour la lutte Anti-Tabac (Interdiction de publicité, promotion et parrainage des produits du tabac ; article 13), le tabagisme chez les jeunes et la cigarette électronique.

Cette journée est organisée en collaboration avec le Ministère de la santé, l'Alliance contre le tabac et la Fédération addiction.

Programme en cours de finalisation

**28 mai 2013, de 9 heures à 17 heures, Direction générale de la santé, 14 avenue Duquesne - Amphithéâtre Laroque.**

Inscription gratuite mais obligatoire : [Vous inscrire ici](#)



Le **7ème Congrès national** de la SFT se tiendra du jeudi **24** au vendredi **25 octobre 2013**.

Lieu : Polydôme, **Clermont-Ferrand**.

Thème : **De la clinique à la recherche**

Retrouvez toutes les informations relatives à ces journées sur le site [www.csft2013.fr](http://www.csft2013.fr).

Renseignements : Sarah Bordas, PubliClin', 84, avenue de la République, CS 40701, F-63050 Clermont-Ferrand  
Tél. 33 (0)4 73 98 39 39 - 33 (0)6 37 43 34 87  
Fax : 33 (0)4 73 98 39 35 [S.BORDAS@publiclin.com](mailto:S.BORDAS@publiclin.com)

## *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)