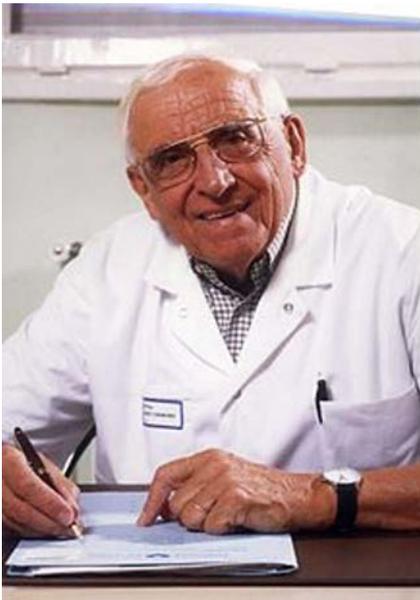


Hommage à Gilbert Lagrue par la Présidente de la SFT, Anne-Laurence Le Faou



Le Pr Gilbert Lagrue,.... Mais je m'arrête. Je dois dire « Gilbert » comme il tenait à ce qu'on le nomme ainsi, car pendant toute sa vie, il a effacé la distance que crée une fonction très visible par la proximité qui naît du respect et de l'écoute des autres.

L'ensemble de la tabacologie souhaite célébrer son Maître disparu, pour son enseignement, sa recherche, ses observations cliniques... et ses Lettres.

A titre d'exemple, rappelons-nous cette lettre sur la « non-assistance à personne en danger » qui, par la surprise d'un titre accrocheur, attirait différemment l'attention sur les fumeurs, actifs et passifs. Elle fut l'une de ses centaines de publications qui nous ont éveillés à la science ou à la société.

Car Gilbert avait l'art et la manière de manier la plume... sans avoir de masque.

Je tenterai donc avec vous de célébrer Gilbert, à travers ses bons mots et ses traits de caractère.

La tabacologie l'avait fait renaître juste avant sa retraite en 1991, et il a fait grandir la tabacologie pendant un quart de siècle, dans tous ses points communs avec les soins des hypertendus, et ses spécificités pour la dépendance et les comportements. La science de Gilbert ne venait pas seulement de la lecture et de la réflexion. Elle venait d'une grande capacité d'écoute et d'un sens aigu de l'observation clinique. Elle résultait d'une association performante entre une mémoire exceptionnelle, et une créativité basée sur une connaissance en perpétuel remaniement. Elle intégrait aussi des réflexions issues de la vie de tous les jours.

Enfin, l'étude des caractéristiques psychiques des fumeurs fut encore un nouveau sujet lors de cette période, car il aimait l'être humain. Il se réalisa ainsi complètement à Albert Chenevier dans sa consultation de tabacologie-cannabis. Il a alors fait participer les infirmiers, les psychologues et les biologistes à la prise en charge du sevrage et a été précurseur dans la mise en place de groupes de première consultation avec une explication accessible des mécanismes de la dépendance, le recueil de données, la mesure du monoxyde de carbone et l'initiation d'un traitement grâce à une prise en charge pluri-professionnelle.

Aimé, respecté, attractif, il fut ainsi à nouveau pionnier, avec beaucoup d'autres professionnels formés autour de lui et après lui, comme dans la néphrologie.

Nous rappellerons ici quelques-unes de ses maximes que nous utilisons tous :

L'arrêt du tabac n'est pas un long fleuve tranquille.

Le sevrage tabagique, ce n'est pas du prêt à porter mais c'est du cousu main.

Il n'y a pas d'échec mais des succès différés ...

J'évoquais les belles lettres que Gilbert adorait, tant dans les classiques que... dans l'Equipe ! Quelle mémoire... un vrai livre...

Tel Cyrano, Gilbert, avec élégance, avait toujours une tirade dans la manche :

"Je marche sans rien sur moi qui ne reluisse,
Empanaché d'indépendance et de franchise ;
Ce n'est pas une taille avantageuse, c'est
Mon âme que je cambre ainsi qu'en un corset,
Et tout couvert d'exploits qu'en rubans je m'attache,
Retroussant mon esprit ainsi qu'une moustache,
Je fais, en traversant les groupes et les ronds,
Sonner les vérités comme des éperons."

Nous consacrerons prochainement une Lettre de la SFT à la mémoire de Gilbert et à ses principaux travaux en tabacologie. Vos témoignages personnels seront les bienvenus.



L'Alliance contre le tabac, dont la SFT est membre, a lancé un appel pour rassembler tous les professionnels de santé contre l'épidémie du tabagisme, véritable hécatombe sanitaire et financière : Appel des 100 000 - un constat, un engagement, une interpellation !

Il est important que tous les tabacologues soutiennent cette action. Il peut être également signé par tout acteur de santé (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, infirmier, sage-femme, kinésithérapeute, étudiants en médecine...)

<http://appeldes100000.fr/>

● Quelles sont les meilleures associations de traitements pour l'aide à l'arrêt du tabac ?

Windle SB et al. Am J Prev Med. 2016 Dec;51(6):1060-1071.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27617367>

Cette revue systématique est basée sur les essais cliniques randomisés et contrôlés publiés en anglais ou en français jusqu'en juillet 2015. Elle est basée uniquement sur les essais ayant validé l'efficacité d'une pharmacothérapie, d'une thérapie comportementale (TC), ou de l'association des deux, sur l'abstinence de 7 jours ou l'abstinence absolue à 12 mois vérifiée par marqueur biologique (mais excluant les études sur les fumeurs de <10 cig/j, appelés « petits fumeurs »). L'analyse statistique est basée sur des modèles bayésiens hiérarchisés. Elle a permis d'estimer les rapports de cote (odds ratio = OR) et les intervalles crédibles (ICr) équivalents des intervalles de confiance (IC). Une thérapie comportementale était considérée comme étant une intervention ayant l'intention de modifier le comportement du fumeur, incluant le conseil bref, le suivi individuel ou en groupe, ou par téléphone.

Au total, 115 essais (n=57851 participants) ont été analysés. Les résultats sur l'abstinence à 12 mois (de 7 jours ou continue selon les études) des comparaisons sont présentés dans le tableau ci-dessous. La pratique courante (usual care) n'est pas clairement définie dans l'article, mais correspond à la condition contrôle dans les essais la comparant à une thérapie comportementale. Les essais retenus pour l'analyse devaient comparer une pharmacothérapie de première intention (TNS, bupropion, varénicline ou thérapie comportementale) à une autre pharmacothérapie ou à un placebo (dans le cas des thérapies comportementales il s'agit de la pratique courante).

Treatment group	Referent group					
	Usual care	BT	Nicotine patch + BT	Short-Acting NRT + BT	Bupropion + BT	Varenicline + BT
Usual care	1.00	0.47 ^a (0.29, 0.72)	0.27 (0.16, 0.43)	0.27 (0.17, 0.43)	0.25 (0.15, 0.40)	0.16 (0.09, 0.28)
BT	2.12 ^a (1.38, 3.39)	1.00	0.55 ^b (0.42, 0.68)	0.58 ^c (0.49, 0.68)	0.55 ^d (0.46, 0.64)	0.34 ^e (0.23, 0.49)
Nicotine patch + BT	3.73 (2.30, 6.28)	1.81 ^b (1.47, 2.37)	1.00	1.02 (0.78, 1.36)	0.94 (0.72, 1.26)	0.61 (0.40, 0.91)
Short-acting NRT + BT	3.65 (2.31, 6.01)	1.73 ^c (1.47, 2.04)	0.99 (0.74, 1.28)	1.00	0.93 (0.73, 1.17)	0.60 (0.40, 0.87)
Bupropion + BT	3.94 (2.48, 6.55)	1.83 ^d (1.56, 2.18)	1.06 (0.79, 1.38)	1.08 (0.85, 1.37)	1.00	0.64 (0.43, 0.94)
Varenicline + BT	6.17 (3.54, 11.19)	2.96 ^e (2.04, 4.44)	1.65 (1.10, 2.51)	1.68 (1.15, 2.53)	1.56 (1.07, 2.34)	1.00

NB : « short-acting NRT » = forme orale de nicotine ; BT = behavioral therapy = thérapie comportementale (TC)

Les résultats montrent une supériorité de la varénicline associée à une TC par rapport à toutes les autres pharmacothérapies (dernière ligne du tableau), et que toutes les pharmacothérapies associées à une TC montrent une supériorité par rapport à la TC seule (2ème colonne du tableau). Le patch, les formes orales de nicotine ou le bupropion associés à une TC ne se distinguent pas les uns des autres (OR non significatif).

Les analyses comparant l'association d'une pharmacothérapie et de TC à la pharmacothérapie seule n'ont pas montré de différences entre les pharmacothérapies (non présenté dans l'article, mais disponible dans un supplément en ligne). Cependant les auteurs estiment que cela est probablement dû au faible nombre d'études (n=7) ayant produit des ICr larges et donc des OR non significatifs (ex : un OR=1,17 ; ICr 0,60-2,12). De même, l'intensité de la TC (individuelle, en groupe ou par téléphone) par rapport à une intervention clinique minimale, n'a pas montré de différence significative.

Les résultats des essais comparant une association de TNS (patch + forme orale de nicotine ; non présentés dans le tableau) par rapport à un TNS seul, montrent une supériorité de l'association (OR=1,63 ; ICr 1,06-3,03).

Les résultats d'essais comparant l'association de plusieurs pharmacothérapies (ex : bupropion + TNS, varénicline + TNS ou varénicline + bupropion) sont trop peu nombreux pour donner des résultats significatifs.

Les données concernant la tolérance et les événements indésirables sont limitées sans doute à cause du faible nombre de participants dans chaque étude. Parmi les études ayant associé plusieurs pharmacothérapies, l'association de TNS ne montre pas d'événements indésirables graves ou sévères, de même en ce qui concerne l'association du bupropion et d'un TNS, et dans le seul essai associant le bupropion et la varénicline, seuls les symptômes anxieux (7,2% vs. 3,1%) et dépressifs (3,6% vs. 0,8%) étaient significativement supérieurs dans le groupe recevant l'association par rapport au groupe ne recevant que la varénicline.

Les auteurs concluent que le bénéfice de l'association d'une TC à une pharmacothérapie est probablement moindre que ce que l'on pensait, peut-être parce que cette analyse n'a retenu que les études à plus long terme (abstinence à 12 mois et plus). Ils concluent que l'association varénicline + TC semble montrer un bénéfice supérieur par rapport à l'association TNS ou bupropion + TC, et que l'association de TNS (patch + forme orale) devrait être recommandée par rapport à un TNS seul, mais qu'il y a encore trop peu de données pour recommander l'association varénicline + bupropion.

● L'association de la varénicline et du bupropion semble efficace chez les fumeurs fortement dépendants ayant échoué avec un traitement par patch.

Rose JE et Behm FM. Nicotine Tob Res, 2016 Nov 7. doi:10.1093/ntr/ntw283

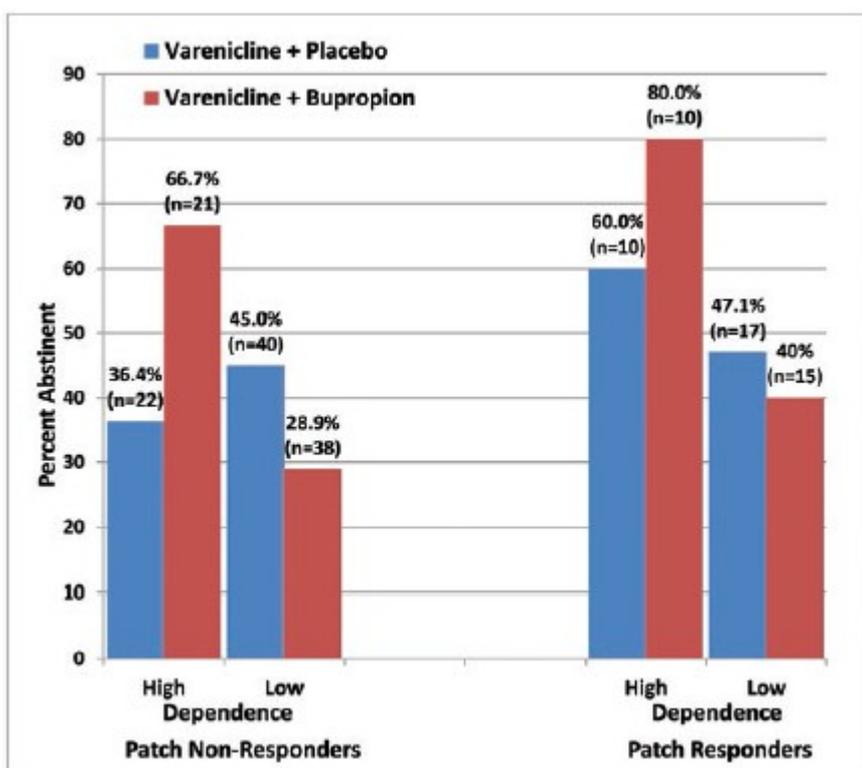
Article en libre accès : <http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2016/11/07/ntr.ntw283.full.pdf+html>

Cette étude vient confirmer une étude des mêmes auteurs de 2014 (Am J Psychiatry. 2014;171:1199-1205). C'est un essai randomisé et contrôlé réalisé chez 174 fumeurs qui ont reçu soit une association varénicline + bupropion, soit varénicline + placebo après une semaine de pré-traitement par patch (2 patch à 21mg/24h si CO expiré >30 ppm, sinon un seul patch). La semaine de traitement par patch a permis de distinguer deux populations, ceux répondant au traitement par patch (réduction du CO expiré >50%) et ceux n'y répondant pas (réduction du CO expiré <50%). Par ailleurs, dans les analyses des résultats, le degré de dépendance a aussi été

considéré (dépendance faible = FTCD <6 et consommation <20 cig/j vs. dépendance forte = FTCD ≥6 et consommation ≥20 cig/j).

Deux groupes, l'un de 122 non-répondeurs au traitement par patch et 52 répondeurs ont été inclus. Dans les deux groupes les fumeurs ont été randomisés pour recevoir un traitement de 12 semaines par varénicline + bupropion (V+B) ou varénicline + placebo (V+P). La posologie de la varénicline était de 0,5 mg une fois par jour pendant 3 jours, puis 0,5 mg deux fois par jour pendant 4 jours, et 1 mg deux fois par jour pendant le reste des 12 semaines. La posologie du bupropion était de 150 mg par jour pendant 3 jours, puis de 150 mg deux fois par jour pendant le reste des 12 semaines. Le critère principal d'efficacité était l'abstinence continue entre les semaines 8 à 11 après la date d'arrêt, confirmée par CO expiré <10 ppm.

Chez les fumeurs non-répondeurs fortement dépendants, le traitement V+B a été plus efficace que le traitement V+P (66,7% vs. 36,4% ; OR=3,50 ; IC 95% 1,00-12,29 ; p=0,025), alors que chez les fumeurs moins dépendants la différence n'était pas significative (32,1% vs. 45,6%) et n'était pas en faveur de l'association V+B. Il y avait ainsi une interaction entre degré de dépendance et traitement, les fumeurs non-répondeurs au patch ayant tendance à plus bénéficier de l'association V+B que les fumeurs répondeurs (voir graphique ci-dessous).



En termes d'événements indésirables, il y a eu un cas sérieux de réaction allergique dans le groupe V+B considérée en rapport avec le traitement (réaction allergique avec gonflement de la langue et de la gorge et souffle court). Les symptômes ont disparu à l'arrêt du traitement. Concernant les événements indésirables survenus chez plus de 5% des participants (sécheresse de la bouche, soif, diminution de la libido, douleurs musculaires ou articulaires, maux de tête, sudation excessive, changement du goût, irritabilité, rêves intenses, insomnie et anxiété), ils ont nécessité, pour 15 sujets du groupe V+P et 9 sujets du groupe V+B, une diminution de la posologie. Deux participants ont arrêté leur traitement à cause d'événements indésirables en relation avec le traitement (1 dans le groupe V+P pour insomnies et l'autre dans le groupe V+B pour la réaction allergique mentionnée ci-dessus). Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été observée sur les événements indésirables, sauf pour la « modification du goût » qui a été plus fréquente dans le groupe V+B (p=0,002). L'adhérence au traitement a été bonne avec plus de 80% des doses de traitement utilisées.

Ces résultats semblent encourageants pour aider les fumeurs les plus dépendants et ne répondants pas de façon satisfaisante à un traitement par patch. Il serait intéressant de tester dans ce cas l'association de formes orales au patch. Il est aussi à noter que tous les résultats statistiques sont présentés selon une analyse unilatérale (qui teste seulement la supériorité ou l'infériorité par rapport à un autre traitement) et non bilatérale (qui teste les deux hypothèses à la fois) comme il est habituel de le faire. Ce qui veut sans doute dire que l'analyse statistique n'est pas significative en bilatéral. Cela modère un peu les résultats de cette étude.

● Efficacité de l'association d'un nouvel inhalateur à dose contrôlée et d'un patch de nicotine.

Caldwell BO et Crane J. *Nicotine Tob Res.* 2016 Oct;18(10):1944-51.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27185903>

Les auteurs de cette étude ont publié il y a quelques années un article (Caldwell B et al. *Nicotine Tob Res.* 2009 Apr;11(4):342-7) présentant une étude pilote avec un inhalateur de nicotine à dose contrôlée (du genre de ceux utilisés pour les asthmatiques). Cette étude présente les résultats d'un essai randomisé et contrôlé chez 502 fumeurs fumant au moins 9 cigarettes par jour, ayant un FTCD ≥ 3 et désirant arrêter de fumer. Les participants ont été randomisés en deux groupes, l'un recevant un traitement par patch + inhalateur actif et l'autre un traitement par patch + inhalateur placebo. Le patch devait être utilisé pendant 5 mois (18 semaines à 21 mg/24h, 2 semaines à 14 mg/24h et 2 semaines à 7 mg/24h) et l'inhalateur pendant 6 mois (à utiliser à chaque fois qu'ils ressentaient une envie de fumer. Dose à 100 μ g de nicotine/bouffée au début, puis dose à 200 μ g de nicotine/bouffée après une période d'accoutumance), l'inhalateur placebo contenait du menthol (comme l'inhalateur actif) avec deux doses différentes (une plus faible pour la période d'accoutumance) pour simuler l'effet de la dose de nicotine de l'inhalateur actif. Les participants devaient réduire leur consommation de tabac et tenter d'arrêter à la fin de la 4ème semaine. Le critère principal d'efficacité était l'abstinence de 7 jours à 6 mois.

Les résultats présentés dans le résumé sont encourageants, le groupe utilisant l'inhalateur actif (nicotine) ayant une abstinence plus importante que celui ayant utilisé le placebo (31,7% vs. 18% ; OR=2,12 ; IC 95% 1,40-3,23 ; $p < 0,001$). Cependant, ces résultats sont ceux de l'abstinence non validée par CO expiré. Les résultats correspondant, toujours significatifs, avec validation par CO, sont de 26% vs. 14% (OR=2,15 ; 1,37-3,41 ; $p < 0,001$). On se demande pourquoi ces résultats ne sont donc pas présentés dans le résumé. Mais en regardant plus en détail on s'aperçoit que ces résultats sont ceux d'une abstinence de 7 jours consécutifs (mais sans préciser quand). Dans le tableau des résultats on a aussi les données d'abstinence pour les 7 derniers jours (à 6 mois), et là les résultats sont non significatifs (20,3% vs. 11,3% ; OR=2,00 ; 1,22-3,31 ; $p = 0,06$), de même concernant l'abstinence prolongée (pas une seule bouffée de cigarette), les résultats ne sont pas significatifs (13,4% vs. 8,6% ; OR=1,65 ; 0,94-2,95 ; $p = 0,086$).

Dans la discussion, les auteurs soulignent que la tolérance à l'inhalateur de nicotine pourrait être améliorée en diminuant la dose de nicotine (ici testée à 200 μ g/bouffée) qui est un peu aversive (provoque une toux au début) chez certains sujets. A la différence de l'inhalateur existant depuis de nombreuses années sur le marché, délivrant la nicotine principalement au niveau buccal, celui-ci semble impliquer une inhalation pulmonaire de la nicotine ($T_{max} = 5$ min, selon l'étude de 2009).

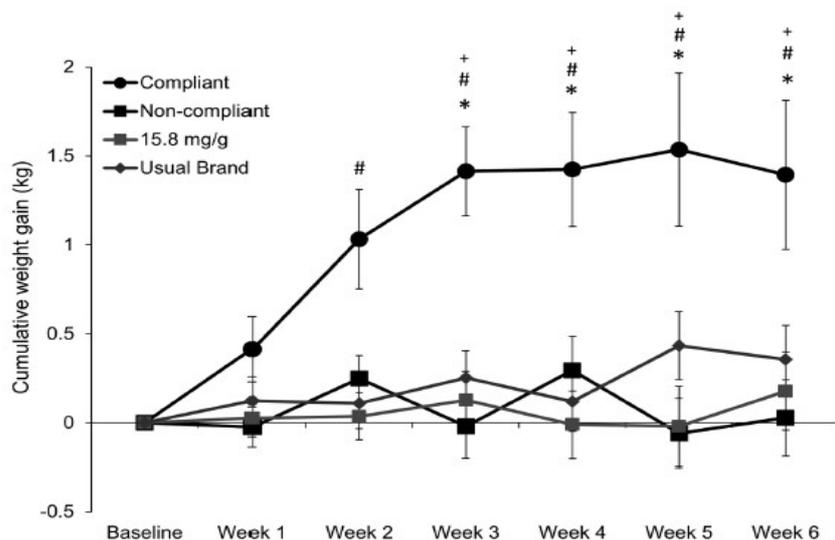
● La réduction de l'exposition à la nicotine avec les cigarettes à faible contenu en nicotine expose à une prise de poids.

Rupprecht LE et al. *Tob Control.* 2016 Nov 17. pii: tobaccocontrol-2016-053301.

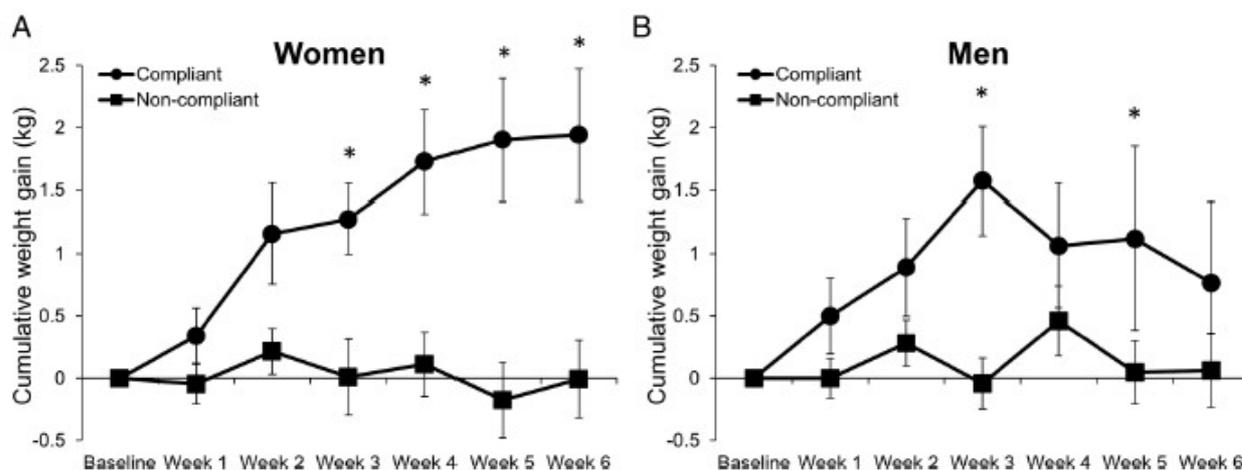
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27856940>

Cet article est une analyse secondaire d'un essai randomisé ayant testé des cigarettes à faible contenu en nicotine (article en libre accès : [Donny EC et al. *N Engl J Med.* 2015 Oct;373\(14\):1340-9](#)). Après une ligne de base de 2 semaines pendant lesquelles les fumeurs ($n=839$) utilisaient leurs propres cigarettes, ils étaient randomisés pour tester pendant 6 semaines l'une des 6 cigarettes à contenu réduit en nicotine ou leurs propres cigarettes (7 groupes en tout). Les contenus en nicotine étaient de 0,4 mg/g [de tabac], 0,4 mg/g + goudrons élevés, 1,3 mg/g, 2,4 mg/g, 5,2 mg/g, 15,8 mg/g ou leurs cigarettes habituelles. Le rendement moyen en goudrons des cigarettes testées était de 8 à 10 mg, mais il était de 13 mg pour celle à 0,4 mg/g + goudrons élevés (en jouant sur la ventilation des filtres). Ce dernier type de cigarettes a été utilisé pour tester l'impact du rendement en goudrons sur l'utilisation et l'acceptabilité de ces cigarettes. Durant l'étude, les fumeurs étaient vus une fois par semaine. A chaque visite les investigateurs prodiguaient des conseils pour renforcer l'observance de l'utilisation des cigarettes expérimentales afin d'éviter que les sujets ne fument pas trop de leurs propres cigarettes.

Ainsi que présenté sur le graphique ci-dessous, les fumeurs observants ($n=45$) ayant utilisé les cigarettes à 0,4 mg/g de nicotine (incluant celles à fort rendement en goudrons) ont pris significativement plus de poids que les fumeurs non-observants ($n=170$) utilisant ces mêmes cigarettes, mais aussi que ceux ayant utilisé les cigarettes à 15,8 mg/g ($n=119$) (équivalent à des cigarettes normales) ou leur propres cigarettes ($n=118$).



Cet effet était plus marqué chez les femmes observantes (n=24) que chez les hommes observants (n=21).



Au cours des 6 semaines d'expérimentation, les participants observants ont pris environ 1,4 kg, ce qui est comparable à la prise de poids observée chez les fumeurs abstinentes. Les auteurs insistent sur le fait que cette prise de poids semble bien liée à la diminution de l'apport de nicotine, car la prise de poids était négativement corrélée à la quantité de nicotine et de métabolites mesurés dans l'urine des participants ($r = -0,21$; $p = 0,001$; IC 95% $-0,34$ à $-0,08$).

Dans leurs conclusions, les auteurs mentionnent que cette prise de poids, si elle est limitée et ne continue pas à augmenter dans le temps, ne devrait pas poser de problèmes compte-tenu du bénéfice d'un potentiel arrêt du tabac qui pourrait être favorisé par ces cigarettes « peu addictives ».

Il reste que de nombreuses autres études seront nécessaires si les autorités américaines souhaitent, comme les tenants de l'utilisation de ces cigarettes à faible contenu en nicotine, réduire progressivement le contenu en nicotine des cigarettes autorisées à la vente. Par ailleurs, comme l'a souligné Neal Benowitz dans d'autres articles ([Benowitz NL et Henningfield JE. Tob Control. 2013 May;22 Suppl 1:i14-7](#)), cette politique de réduction du contenu en nicotine des cigarettes n'est envisageable que si d'autres sources de nicotine (substituts nicotiniques, produits du vapotage, voire tabac non fumé) sont aussi facilement accessibles aux fumeurs.

● Relations entre l'utilisation du snus et le tabagisme en Suède.

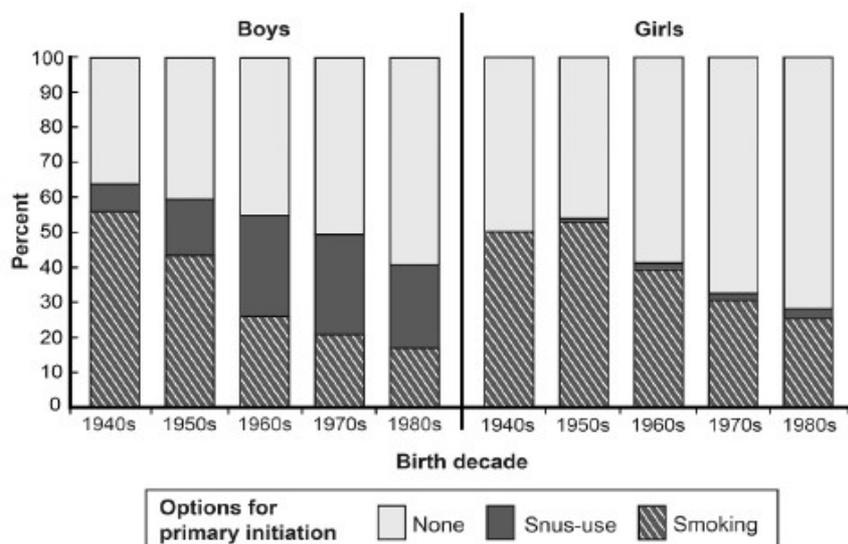
Ramström L et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Nov 9;13(11). pii: E1110.

Article en libre accès : <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/11/1110>

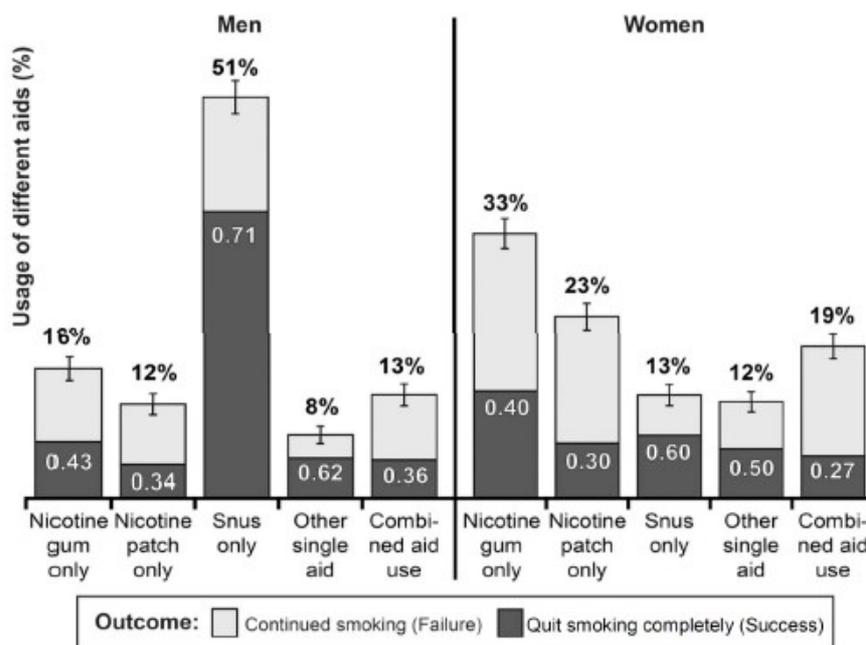
Le snus a été interdit de vente en Europe en 1992 (interdiction reconduite dans la récente Directive sur les produits du tabac). La Suède a bénéficié d'une exemption car ce produit était utilisé historiquement depuis longtemps, principalement chez les hommes. Cette situation a provoqué une expérimentation naturelle, permettant de comparer l'évolution du tabagisme (tabac fumé) en Europe.

Cet article est basé sur une enquête mesurant l'utilisation du snus et du tabac fumé entre janvier 2003 et février 2011 en Suède sur un échantillon représentatif de la population âgée de 18 à 79 ans (n=60675).

Les résultats confirment que l'utilisation du snus est plus importante chez les hommes que chez les femmes, et qu'elle a eu un impact sur la consommation de tabac fumé. Le graphique ci-dessous représente l'initiation chez les jeunes. En gris clair, les non-fumeurs, en hachuré ceux qui ont commencé par le tabac fumé, en gris foncé ceux qui ont commencé par le snus. Dans la cohorte née dans les années 1980, les non-fumeurs sont majoritaires, et ceux qui commencent à fumer ne représentent plus qu'environ 15% chez les hommes, mais 25% chez les femmes.



Les résultats de l'enquête montrent que ceux qui ont commencé leur initiation tabagique par le snus sont moins devenus fumeurs par la suite que ceux ayant commencé par le tabac fumé (17,6% vs. 45,9% chez les hommes, 8,2% vs. 40,2% chez les femmes). De plus, parmi ceux qui ont utilisé le snus après avoir commencé à fumer, 76,3% des hommes et 71,6% des femmes ont arrêté de fumer, et 31,5% des hommes et 28,6% des femmes ont arrêté toute consommation de tabac (fumé ou snus). Chez les hommes, le snus a été le moyen le plus utilisé pour arrêter de fumer, avec un taux de succès supérieur aux substituts nicotiniques ou autres moyens d'arrêt (graphique ci-dessous).



Sur le graphique ci-dessus, les barres en gris foncé représentent le taux de succès d'arrêt du tabac fumé. Tant chez les hommes (71%) que chez les femmes (60%), le taux de succès d'arrêt du tabac fumé est le plus

important. L'effet est beaucoup plus significatif chez les hommes qui utilisent plus volontiers le snus que les femmes.

Selon les auteurs, ces données montrent que la disponibilité du snus a permis à la fois une protection de l'initiation au tabac fumé, et une facilitation de l'arrêt, contribuant ainsi à un effet positif de santé publique. Selon une analyse des données de l'OMS par les auteurs en 2014 (Ramström LM et Wikmans T. *Tob. Induc. Dis.* 2014, 12, 14), la Suède est le pays européen où la mortalité due au tabagisme est la plus faible, suggérant que la disponibilité du snus a pu contribuer à cette situation.

● Effets à 1 an du passage à la vape (cigarette électronique) sur la pression artérielle de fumeurs hypertendus.

Polosa R et al. *Int J Environ Res Public Health.* 2016 Nov 11;13(11). pii: E1123.

Article en libre accès : <http://www.mdpi.com/1660-4601/13/11/1123>

Farsalinos K et al. *Intern Emerg Med.* 2016 Feb;11(1):85-94.

Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747988/>

Pour réaliser cette étude (Polosa et al. 2016), les auteurs ont consulté les dossiers de patients hypertendus suivis dans leur service (Catane, Italie). Il s'agit donc d'une étude observationnelle rétrospective, non randomisée, donc moins concluante qu'une étude prospective et randomisée. Les patients ayant rapporté qu'ils vapaient à l'occasion de deux visites consécutives étaient éligibles pour faire partie du groupe vape. Un groupe de fumeurs ne vapant pas à l'occasion de deux visites consécutives, appariés par l'âge et le sexe, a été utilisé comme groupe contrôle. Pour être inclus, les patients des deux groupes ne devaient pas avoir de fluctuation de poids ≥ 5 kg et de pression artérielle systolique ≥ 10 mmHg entre la pré-ligne de base (extraite de la visite précédente du dossier patient, en moyenne 6 à 12 mois avant) et la ligne de base (extraite aussi du dossier patient). Les patients ayant une cause secondaire d'hypertension étaient exclus. Les patients des deux groupes ont été revus à 6 (± 1) et à 12 (± 2) mois après la ligne de base (visite de routine). A chaque visite les patients étaient examinés, renseignaient leurs antécédents tabagiques et la pression artérielle (systolique PAS et diastolique PAD) et le poids étaient notés (pratique de routine dans le service). Les mesures de PA étaient réalisées selon les recommandations du 7^{ème} rapport du Comité national de prévention, détection évaluation et traitement de l'hypertension (Chobanian AV et al. *Hypertension* 2003, 42, 1206–1252). Le patient devant être assis depuis au moins 5 min, deux mesures séparées de 1 à 2 min sont réalisées, la moyenne des deux mesures est utilisée.

Au total, les dossiers de 89 patients (50 hommes et 39 femmes) fumeurs réguliers hypertendus et sous traitements anti-hypertenseurs ont été utilisés. Parmi eux 43 (26 hommes et 17 femmes) vapaient depuis 10 à 14 mois (dont 36/43 qui l'utilisaient depuis plus d'un an) et 46 (24 hommes et 22 femmes) ne vapaient pas. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les mesures effectuées en pré-ligne de base et ligne de base (ce qui est normal puisque les sujets étaient appariés).

Dans le groupe qui vapait, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est passé de $20,2 \pm 5,0$ à la ligne de base à $2,6 \pm 2,9$ à 6 mois et $1,8 \pm 2,0$ à 12 mois ($p < 0,001$ pour chaque comparaison à la ligne de base). Dans le groupe qui ne vapait pas aucune diminution significative n'a été observée (voir Cigarettes/day dans le tableau ci-dessous).

Table 2. Parameter measurements at baseline, 6- and 12-months for both groups.

Parameter	Baseline (BL)	6 Months	12 Months	p Value between Groups	
				Baseline to 6 Months [§]	Baseline to 12 Months ^ψ
E-Cigarette Group (n = 43; 26 M, 17 F)					
				p Value [¶]	p Value [§]
Weight (Kg) [¶]	73.4 (± 12.2)	75.1 (± 13.7)	74.6 (± 13.5)	0.012	0.046
Cigarettes/day [¶]	20.2 (± 5.0)	2.6 (± 2.9)	1.8 (± 2.0)	<0.001	<0.001
SBP (mmHg)	140 (134.5, 144)	137 (130, 142.5)	130 (123.5, 138.5)	0.141	<0.001
DBP (mmHg)	86 (78, 90)	81 (75, 89)	80 (74.5, 90)	0.053	0.006
HR (bpm)	77 (69.5, 84.5)	78 (71, 86)	78 (72.5, 89.5)	0.414	0.745
Control Group (n = 46; 24 M, 22 F)					
				p Value [¶]	p Value [§]
Weight (Kg) [¶]	73.2 (± 12.4)	73.8 (± 12.4)	73.9 (± 12.6)	0.074	0.043
Cigarettes/day [¶]	20.5 (± 5.2)	20.8 (± 5.5)	21.4 (± 5.6)	0.532	0.223
SBP (mmHg)	143 (135, 151.8)	145 (137.3, 151.8)	145 (136.3, 150)	0.105	0.095
DBP (mmHg)	85 (80, 90)	87 (85, 90)	85 (85, 90)	0.007	0.042
HR (bpm)	77.5 (72, 85)	78 (72, 83.5)	78.5 (72, 83.8)	0.791	0.857

Abbreviations: n, number; M, male; F, female; Kg, kilograms; mmHg, millimetres of mercury; bpm, beats per minute. Data expressed as median (25th-, 75th-centile); SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; HR, heart rate. [¶] Data expressed as mean (\pm standard deviation); [§] p value computed between baseline and 6 months; ^ψ p value computed between baseline and 12 months; [¶] p value computed as repeated measures ANOVA between baseline and 12 months between groups.

Les résultats (tableau ci-dessus) montrent que la réduction de la PA principalement observée chez les vapoteurs était significativement supérieure à celle mesurée chez les fumeurs non vapoteurs (ANOVA comparant la ligne

de base et le suivi à 12 mois chez les vapoteurs par rapport aux fumeurs, dernière colonne du tableau). La variation de poids et la fréquence cardiaque n'étaient pas différentes entre les groupes.

Lors des visites à 6 mois et 12 mois, respectivement 23/43 (53,5%) et 22/43 (51,2%) des vapoteurs fumaient aussi (utilisation mixte, Dual users dans le tableau ci-dessous). Leur consommation quotidienne est passée de $21,5 \pm 6,9$ cig/j à $4,8 \pm 2,3$ à 6 mois et $3,7 \pm 1,1$ à 12 mois. Une réduction de 75% du nombre de cigarettes fumées quotidiennement a été observée chez 60,9% des utilisateurs mixtes à 6 mois et 77,3% à 12 mois. Dans ce sous-groupe, seules la consommation de cigarettes et la PAS (SBP dans le tableau) ont diminué significativement. Dans le groupe des vapoteurs exclusifs (Single users dans le tableau) la diminution de la PA était très significative, mais accompagnée d'une légère prise de poids (environ 3 kg).

Table 3. Parameters measurements at baseline, 6- and 12-months for the E-Cigarette group only.

Parameter	Baseline	1st Follow-up Visit (6 Months \pm 1)		2nd Follow-up Visit (12 Months \pm 2)	
All Patients (n = 43; 26 M, 17 F)					
Weight (Kg) ¶	73.4 (\pm 12.2)	75.1 (\pm 13.7)		74.6 (\pm 13.5)	
Conventional Cigarettes/day ¶	20.2 (\pm 6.9)	2.6 (\pm 2.9)		1.8 (\pm 2.0)	
SBP (mmHg)	140 (134.5, 144)	137 (130, 142.5)		130 (123.5, 138.5)	
DBP (mmHg)	86 (78, 90)	81 (75, 89)		80 (74.5, 90)	
HR (bpm)	77 (69.5, 84.5)	78 (71, 86)		78 (72.5, 89.5)	
Single Users					
		n = 20 (11 M; 9 F)		n = 21 (11 M; 10 F)	
		p Value §		p Value ¶	
Weight (Kg) ¶	71.0 (\pm 11.8)	75.0 (\pm 14.6)		74.2 (\pm 14.8)	0.003
Conventional Cigarettes/day ¶	20.4 (\pm 4.5)	-		-	-
SBP (mmHg)	140 (135, 146.3)	134 (130, 142.3)		130 (123, 138)	<0.001
DBP (mmHg)	85.6 (75.8, 92)	80.5 (73.8, 84.8)		80 (75, 87)	0.030
HR (bpm)	76 (71.5, 81.3)	79.5 (75, 86)		80 (76, 90)	0.151
Dual Users					
		n = 23 (15 M; 8 F)		n = 22 (15 M; 7 F)	
		p Value §		p Value ¶	
Weight (Kg) ¶	75.6 (\pm 12.4)	75.2 (\pm 13.1)		76.7 (\pm 11.3)	0.382
Conventional Cigarettes/day ¶	20.1 (\pm 5.4)	4.8 (\pm 2.3)		3.7 (\pm 1.1)	<0.001
SBP (mmHg)	138 (133.5, 140.5)	137 (132, 143.5)		130 (120.8, 139.8)	0.011
DBP (mmHg)	87 (78.5, 90)	83 (80, 91.5)		80 (70.8, 90)	0.109
HR (bpm)	83 (68.5, 86)	77 (70, 83)		76 (70.5, 92.3)	0.874

Abbreviations: n, number; M, male; F, female; Kg, kilograms; mmHg, millimetres of mercury; bpm, beats per minute. Data expressed as median (25th-, 75th-centile). ¶ Data expressed as mean (\pm standard deviation); § p value computed between baseline and 6 months within group; ¶ p value computed between baseline and 12 months within group.

Dans le groupe de vapoteurs (exclusifs + mixtes, n=43), le nombre de patients présentant un bon contrôle de la PA (<140/90 mmHg) a augmenté (passant de 11/43 à 21/43 en 12 mois), alors qu'il n'a pas significativement changé dans le groupe de fumeurs (passant de 9/46 à 10/46 en 12 mois).

Au cours du suivi, très peu de variations des traitements anti-hypertenseurs ont été effectuées (voir tableau ci-dessous, près de 80% n'ont pas changé de traitement ou de dose au cours du suivi). Montrant ainsi que c'est la forte réduction de consommation de tabac, ou l'abstinence de tabac qui a elle seule rend compte de ces résultats dans le groupe de vapoteurs. Ces résultats vont à l'encontre d'autres études ayant montré une augmentation de la PA après sevrage tabagique ([Lee DH et al. Hypertension. 2001 Feb;37\(2\):194-8](#)). Aucun événement indésirable grave et aucune décompensation de la PA n'ont été observées au cours du suivi chez les vapoteurs. Les seuls effets indésirables rapportés étant la sécheresse de la bouche et l'irritation de la gorge occasionnelles.

Les résultats de cette étude sont limités par le faible échantillon de patients suivis et par le caractère observationnel et rétrospectif de cette étude, mais devrait encourager à faire des études sur de plus larges groupes, en particulier chez les fumeurs ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter de fumer avec les traitements validés.

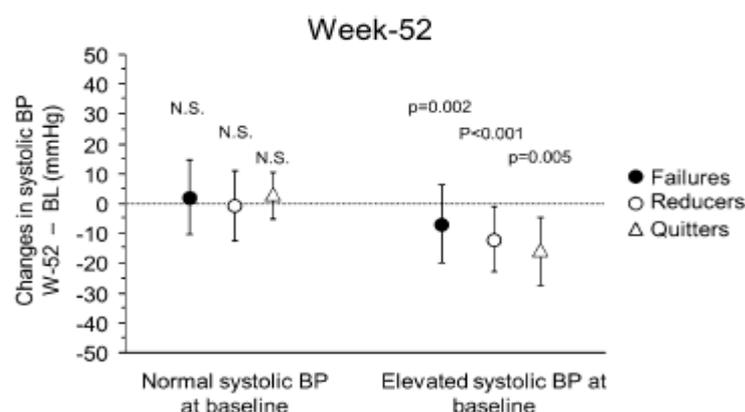
Table 5. Details of anti-hypertensive medications use at baseline, 6- and 12-months for both study groups.

Parameter	Pre-Baseline	Baseline	6 Months	12 Months
E-Cigarette Group (n = 43; 26 M, 17 F)				
Number of drugs [¶]	3.7 (±1.3)	3.6 (±1.1)	3.5 (±1.3)	3.3 (±1.5)
Drugs' class (%)				
- Diuretics	75%	78%	75%	72%
- Calcium channel blockers	43%	41%	33%	30%
- Beta-blockers	31%	28%	25%	23%
- ACE inhibitors	90%	92%	90%	90%
- Angiotensin receptor blockers	75%	75%	73%	73%
Change of drugs' class from baseline (%)	-	-	5 (11.6%)	5 (11.6%)
Same dose as from baseline (%)	-	-	35 (81.4%)	33 (76.7%)
Reduction in dose from baseline (%)	-	-	5 (11.6%)	7 (16.3%)
Increase in dose from baseline (%)	-	-	3 (7.0%)	3 (7.0%)
Control Group (n = 46; 24 M, 22 F)				
Number of drugs [¶]	3.5 (±1.3)	3.7 (±1.4)	3.5 (±1.4)	3.6 (±1.3)
Drugs' class (%)				
- Diuretics	74%	72%	70%	74%
- Calcium channel blockers	40%	37%	35%	31%
- Beta-blockers	27%	25%	25%	26%
- ACE inhibitors	88%	90%	92%	93%
- Angiotensin receptor blockers	80%	82%	83%	86%
Change of drugs' class from baseline (%)	-	-	8 (17.4%)	9 (19.6%)
Same dose as from baseline (%)	-	-	37 (80.4%)	35 (76.1%)
Reduction in dose from baseline (%)	-	-	4 (8.7%)	5 (10.9%)
Increase in dose from baseline (%)	-	-	5 (10.9%)	6 (13.0%)

Abbreviations: n, number; M, male; F, female; ACE – angiotensin converting enzyme. [¶] Data expressed as mean (±standard deviation).

Dans une analyse *post hoc* de l'étude ECLAT ([Caponnetto P et al. PLoS One. 2013 Jun 24;8\(6\):e66317](#)), un des deux essais randomisés et contrôlés ayant testé l'efficacité de la cigarette électronique (de 1ère génération, peu efficace), Farsalinos et al. (2016) ont aussi trouvé une amélioration de la PAS à 1 an limitée aux seuls participants qui avaient une PAS élevée lors de la ligne de base, à la fois chez les participants ayant totalement arrêté de fumer et chez ceux ayant seulement réduit leur consommation de cigarettes (mais amélioration moins significative que chez les abstinents, voir graphique ci-dessous).

Dans une analyse de régression linéaire multiple de la PAS entre la ligne de base et la visite à 1 an, contrôlée selon le comportement tabagique au cours des 12 mois, le sexe, l'âge et la variation de poids, une diminution significative de la PAS a été observée chez les participants ayant réduit leur consommation de cigarettes d'au moins 50% (contrôlé par une baisse significative du CO expiré) ($\beta = -6,76$; IC 95% -13,39 à -0,13 ; $p=0,046$) et chez ceux ayant totalement arrêté de fumer depuis au moins l'avant-dernière visite de l'étude (contrôlé par CO < 7 ppm) ($\beta = -14,25$; IC 95% -23,70 à -4,81 ; $p=0,003$), comparés aux participants n'ayant pas modifié leur quantité fumée (ou réduit de moins de 50% leur consommation) (voir graphique ci-dessous).



NB : Failures = consommation tabagique non diminuée ou diminuée de moins de 50%, Reducers = réduction \geq 50% du nombre de cigarettes fumées par jour confirmé par une baisse significative du CO expiré, Quitters = pas une bouffée de cigarette depuis l'avant-dernière visite de l'étude et CO \leq 7 ppm.

A gauche les résultats chez les participants ayant une PAS normale à la ligne de base, à droite les résultats chez les participants ayant une PAS élevée à la ligne de base.

Ces deux études, même si elles n'apportent pas de preuves définitives, montrent dans ces deux échantillons un bénéfice de l'utilisation de la vape sur la diminution de la PAS chez les fumeurs qui avaient une PAS élevée avant utilisation.



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

www.treatobacco.net

Congrès



Fédération Française de Cardiologie/Société Francophone de Tabacologie/SFC. Tabagisme, nicotine et maladies cardiovasculaires

Samedi 14 Janvier 2017

Session commune

09:00 - 10:30

Salle 253

Modérateur(s) :

* X. Castellon de la Plana

* A.L. Le Faou

• Capture rectangulaire

09:00 - 09:17 Connaissances et attitudes des cardiologues français vis-à-vis du tabagisme - O. Stora

09:20 - 09:37 Risque cardiovasculaire du tabagisme selon le genre - D. Thomas

09:40 - 09:57 Tabagisme et hypertension artérielle - C. Mounier-Vehier

10:00 - 10:17 L'e-cigarette : où en est-on ? - I. Berlin

SOCIETY FOR RESEARCH ON NICOTINE & TOBACCO
FLORENCE, ITALY
MARCH 8-11, 2017
www.srnt.org



<http://www.srnt.org/general/custom.asp?page=2017meeting>



Congrès International d'Addictologie
de l'ALBATROS

Mercredi 31 mai, jeudi 1 et vendredi 2 juin 2017

Novotel Tour Eiffel - PARIS

“ L'ENJEU DES COMORBIDITÉS DANS LES ADDICTIONS ”



Numéro de DPC : en cours

Numéro d'agrément : I191P000291

<http://www.congresalbatros.org/>

offres d'emploi

Vacations en Tabacologie :

Le Service de pneumologie de l'Hôpital Tenon (Paris) cherche pour son Unité fonctionnelle de tabacologie un médecin tabacologue pour **4 vacations de consultation**. A pourvoir immédiatement.

Le poste est proposé aux médecins thésés intéressés ou justifiant d'une expérience en tabacologie.

L'activité s'articule sur 3 axes : consultations externes : consultations de liaison ; participation aux activités du service (prise en charge du tabac en péri-opératoire, tabac et femmes enceintes, tabac au cours d'hospitalisation en psychiatrie).

Contact : Dr Anne-Marie Ruppert, Responsable de l'unité, Service de pneumologie, Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, F-75020 Paris, Tél. 01 56 01 78 47, anne-marie.ruppert@aphp.fr.

Pr Jacques Cadranel, Chef de service de pneumologie, Tél. 01 56 01 61 47, jacques.cadranel@aphp.fr.

Vacations en tabacologie à l'AP-HP Hôpital Avicenne à Bobigny :

Le groupe hospitalier Avicenne, René Muret et Jean Verdier, recherche un médecin tabacologue pour effectuer deux vacations par semaine au sein de l'hôpital Avicenne. Ces vacations peuvent être regroupées sur une même journée ou sur deux demi journées différentes. Travail en équipe avec l'infirmière tabacologue et une pharmacienne très engagée dans l'aide au sevrage tabagique.

Pour toute information , contacter Le Dr Pierre Polomeni, pierre.polomeni@aphp.fr.

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

information



L'ASSOCIATION ACTUALITÉS THÉMATIQUES PROFESSIONNELS FORMATION RESSOURCES REGIONS CONTACT

Le RESPADD émet plusieurs recommandations pour le vapotage dans les établissements de santé



[TÉLÉCHARGER LES RECOMMANDATIONS](#)



L'ASSOCIATION ACTUALITÉS THÉMATIQUES PROFESSIONNELS FORMATION RESSOURCES REGIONS CONTACT

COMMUNIQUE DE PRESSE



LE RESPADD ET L'AP-HP ACCOMPAGNENT LES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ VERS L'ARRÊT DU TABAC

https://gallery.mailchimp.com/6e0fa86cb67b5d4a98c4d0019/files/COMMUNIQUE_PRESSE_MOIS_SANS_TABAC_RESPADD_V2.pdf



Le tabagisme des jeunes est un enjeu de santé publique majeur : initiation précoce, dépendance forte et rapide, prévalence élevée, etc. Pourtant, le tabac est encore trop banalisé et souvent considéré comme secondaire par rapport à d'autres consommations jugées plus « problématiques ».

Face à ces enjeux, la Fédération Addiction édite, en partenariat avec le [RESPADD](#) et grâce au soutien financier de l'[INCA](#), le kit « Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt ».

<http://www.federationaddiction.fr/jeunes-et-tabac-un-kit-pratique-pour-contribuer-a-enrayer-le-tabagisme-des-jeunes/>

[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.

[CNCT : dernières actus](#)

[Moi\(s\) sans tabac : arrêter de fumer d'un seul coup, bonne ou mauvaise idée ?](#)

[E-cigarette : les chiffres parlent pour la « vape »](#)

[Tabagisme : hausse du forfait annuel de remboursement pour ceux qui arrêtent](#)

[Arrêt du tabac : quelles solutions ?](#)

[Paris - Tabac: la rémunération des buralistes va augmenter, le prix aussi](#)

["Moi\(s\) sans tabac": plus de 160.000 inscrits selon Touraine](#)

[L'e-cigarette n'induit pas les mutations provoquées par le tabac](#)

[Réussir à arrêter de fumer avec la cigarette électronique](#)

[Tabac : le paquet neutre en vente](#)

[La Chine fait la guerre au tabac dans les lieux publics](#)

[Tabac : la composition des cigarettes introuvable sur le paquet neutre, voici pourquoi](#)

[Seita, la filiale d'Imperial Tobacco, a annoncé, hier, la fermeture du site de Fleury-les-Aubrais](#)

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