

● Fumer moins de 5 cigarettes par jour pendant la grossesse diminue significativement le poids du bébé à la naissance.

Berlin I et al. *Nicotine Tob Res.* 2017 May 1;19(5):518-524.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28403475>

Cet article présente une analyse secondaire de l'étude SNIPP (voir la [Lettre de la SFT N°50](#), avril 2014) qui a été menée afin d'évaluer s'il existe une faible consommation de cigarettes durant la grossesse qui n'affecterait pas le poids de naissance du nourrisson. Après exclusion de 6 femmes ayant eu des jumeaux (influence sur le poids du nourrisson) et 15 femmes qui ont perdu leur bébé avant ou au moment de l'accouchement, les données de 374 dyades mère-nourrisson ont été analysées.

Afin d'avoir une mesure continue de la consommation de cigarettes des femmes enceintes pendant leur grossesse, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement a été calculé en prenant le nombre de cigarettes fumées au cours des 7 jours précédents une visite (une par mois) rapporté au nombre de jours entre deux visites [(nombre de cigarettes fumées au cours des 7 jours précédents une visite / 7) x nombre de jours entre les deux visites]. Puis, le nombre total de cigarettes fumées au cours de la grossesse a été calculé à partir des données calculées pour chaque mois de suivi, et le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement a été calculé en prenant le nombre total de cigarettes fumées, divisé par le nombre de jours de la durée de la grossesse. Cela a permis de classer les femmes enceintes selon leur consommation quotidienne moyenne : 0 cigarette depuis la date d'arrêt (n=20), >0<5 cigarettes/j (n=192), 5 à 9 cigarettes/j (n=122), et ≥10 cigarettes/j (n=37). Les scores d'écart à la moyenne (Z) du poids de naissance ont été calculés selon les recommandations de l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG), avec prise en compte de l'IMC de la mère avant la grossesse, l'âge gestationnel à la naissance, et le sexe et le rang de naissance.

Le poids de naissance moyen était de 3417g (IC95% : 3098-3738g) lorsque la mère avait arrêté de fumer, de 3081g (3003-3159g) si elle avait fumé >0<5 cigarettes/j, 3043g (2930-3157g) si elle avait fumé 5 à 9 cigarettes/j, et 2831g (2596-3157g) si elle avait fumé ≥10 cigarettes/j (p=0,006). Par contre aucun effet significatif n'a été observé sur le périmètre crânien du nourrisson (p=0,183). Par rapport aux mères ayant arrêté de fumer tout au long de la grossesse, celles qui ont continué à fumer avaient des concentrations salivaires de cotinine, un CO expiré et un score FTCD supérieurs, et elles fumaient plus de cigarettes/j avant la grossesse.

Dans l'analyse multivariée, le sexe du nourrisson (-98g pour les filles par rapport aux garçons), l'âge gestationnel, les antécédents de croissance réduite du fœtus, le poids de la mère, et le nombre de cigarettes fumées quotidiennement au cours de la grossesse, étaient des facteurs prédictifs d'un plus faible poids de naissance du nourrisson (tous les p<0,02). Par rapport au poids de naissance des nourrissons dont les mères avaient arrêté de fumer (3381g selon l'analyse multivariée), le poids de naissance était réduit de 228g chez ceux dont les mères avaient fumé >0<5 cigarettes/j, de 251g chez ceux dont les mères avaient fumé 5 à 9 cigarettes/j, et de 262g chez ceux dont les mères avaient fumé ≥10 cigarettes/j.

Ces données sont très importantes pour bien montrer que malgré les croyances populaires, même une faible consommation de cigarettes a un effet sur le poids de naissance du nourrisson, et que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement n'a qu'assez peu d'impact (34g de différence entre les deux classes extrêmes de fumeuses dans cette étude). Cette faible différence entre celles qui fument peu et celles qui fument ≥10

cigarettes/j est soit due au fait que le fœtus est très sensible à la toxicité de la fumée de cigarette, soit au fait que ces fumeuses compensent en tirant beaucoup plus sur leurs cigarettes, ce qui fait du nombre de cigarettes fumées quotidiennement un très mauvais indice d'intoxication.

Il est donc très important d'aider les femmes enceintes à arrêter de fumer, et ceci le plus tôt possible au cours de la grossesse, et des efforts devraient être consentis pour réduire au maximum la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes qui était encore de 19% au second trimestre et 13% au troisième trimestre de grossesse, selon des données françaises de 2012.

● Continuer une TCC après la fin d'un traitement médicamenteux ne semble pas augmenter l'abstinence à long-terme.

Laude JR et al. *Addiction*. 2017 Feb 26. doi: 10.1111/add.13806. [Epub ahead of print]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28239942>

Cet essai clinique a testé l'intérêt de poursuivre une thérapie cognitive et comportementale après 26 semaines de pharmacothérapie en ouvert. Tous les participants (fumant ≥ 10 cigarettes/j) ont reçu 10 semaines de traitement combiné de TCC + bupropion (300 mg par jour) + patch de nicotine (21 mg/24h). Ensuite, ils ont continué avec la TCC seule s'ils étaient abstinents à 10 semaines ou avec TCC + bupropion (150 mg) + TNS (21 mg/24h) si leurs scores de «craving» ou de dépression avaient augmenté, ou avec de la varénicline (titrée jusqu'à 2 mg/j) s'ils fumaient toujours à 10 semaines. Après 26 semaines, la moitié des participants a continué la TCC jusqu'à la semaine 48 (n=112) et l'autre moitié n'a pas reçu de TCC supplémentaire, juste des appels mensuels pour vérifier l'abstinence jusqu'à la semaine 52 (n=111). Un suivi a été réalisé à 52 et 104 semaines. Les participants devaient déposer une somme de \$50 qui leur était restituée s'ils avaient complété les visites de suivi à 26, 52 et 104 semaines, et ils recevaient \$25 en plus à la fin s'ils avaient terminé le suivi (qu'ils aient arrêté de fumer ou non). Le CO expiré était mesuré à chaque visite pour contrôler l'abstinence.

Le critère d'efficacité principal était l'abstinence de 7 jours vérifiée par CO expiré (<10 ppm) à 52 et 104 semaines. Le critère secondaire d'efficacité était l'abstinence prolongée.

A 26 semaines, il y avait 60% d'abstinents (23/38) dans le groupe ayant continué sans pharmacothérapie après 10 semaines, 60% d'abstinents (53/89) chez ceux ayant continué le bupropion et le TNS, et 17% d'abstinents (10/58) chez ceux étant passé à la varénicline.

A 52 et 104 semaines il n'y avait pas de différence significative entre le groupe ayant continué une TCC et le groupe contrôle (sans TCC). L'abstinence de 7 jours était respectivement de 39% (TCC) et 40% (sans TCC) à 52 semaines et 33% (TCC) et de 39% (sans TCC) à 104 semaines. L'abstinence prolongée était respectivement de 31% (TCC) et 35% (sans TCC) à 52 semaines et de 24% (TCC) et 27% (sans TCC) à 104 semaines.

Cette étude ne démontre pas l'intérêt de continuer une TCC après la pharmacothérapie au-delà de 26 semaines. Les auteurs font l'hypothèse qu'après 26 semaines de suivi extensif avec TCC, il y a une fatigue des participants pour continuer ce traitement. Ils expliquent cela par le pourcentage de participants ayant suivi les séances de TCC au-delà de 26 semaines. Les participants du groupe avec extension de la TCC ont assisté à 65% des sessions entre les semaines 1 et 26, par contre ils n'ont assisté qu'à 31% des sessions entre les semaines 27 et 48. De plus, le fait que les résultats soient similaires dans le groupe contrôle montrent aussi peut-être qu'un simple suivi par téléphone pour vérifier l'abstinence est peut-être suffisant pour maintenir la motivation des participants.

● Après un échec d'arrêt du tabac il serait recommandé d'essayer une autre pharmacothérapie.

Heckman BW et al. *Am J Prev Med*. 2017 Mar 20. pii: S0749-3797(17)30102-2. doi:10.1016/j.amepre.2017.01.038. [Epub ahead of print] PubMed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28336353>

Ces données sont issues des enquêtes ITC réalisées aux USA, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie sur une cohorte de fumeurs. Les données analysées correspondent aux vagues 5 à 8 de l'enquête entre 2006 et 2011. Les participants rapportent le nombre de tentatives d'arrêt qu'ils ont fait au cours de l'année écoulée, la durée d'abstinence et le mode d'arrêt de la dernière tentative.

Les participants (n=795) ont été classifiés selon le schéma suivant :

1. non utilisateur : aucun traitement utilisé
2. utilisateurs précoces : un traitement utilisé lors d'une première tentative, mais pas lors d'une seconde
3. utilisateurs tardifs : un traitement utilisé lors d'une seconde tentative, mais pas lors de la précédente
4. utilisateurs « répéteurs » : le même traitement utilisé lors de deux tentatives successives

5. utilisateurs échangeurs : changement de traitement lors de deux tentatives

Presque la moitié des participants étaient des non utilisateurs (45,3%), il y avait 11,4% d'utilisateurs précoces, 18,4% d'utilisateurs tardifs, 10,7% d'utilisateurs répéteurs et 14,2% d'utilisateurs échangeurs. En comparant les utilisateurs répéteurs ou échangeurs avec les autres groupes, une plus forte dépendance était significativement associée au fait d'être utilisateur répéteur ($p=0,02$) ou échangeur ($p<0,001$). Par rapport aux participants américains, les australiens étaient significativement plus volontiers répéteurs ($p=0,005$) et ceux du RU étaient significativement moins volontiers échangeurs ($p=0,02$).

Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, le plus fort pourcentage d'abstinence (≥ 1 mois) a été observé chez les échangeurs (28,5%, switchers dans le tableau). Par ailleurs, les répéteurs (12,4%, repeaters dans le tableau) avaient un pourcentage d'abstinence plus faible que les non utilisateurs (15,9%, non-users dans le tableau), bien que la différence ne soit pas significative. Par rapport aux non utilisateurs (référence, Model 1 dans le tableau), seuls les échangeurs avaient un rapport de cote significatif ($OR=2,10$; 1,31-3,36 ; $p=0,002$), c'est à dire que seule cette catégorie avait un pourcentage d'abstinence significativement supérieur. Afin de comparer les répéteurs et les échangeurs, une autre analyse a été faite en prenant cette fois les échangeurs comme référence (Model 2 dans le tableau). Cela montre que les répéteurs avaient moins de chance de rester abstinents ≥ 1 mois que les échangeurs ($OR=0,36$; 0,18-0,72 ; $p=0,004$).

SCM use	% Quit	Adjusted ($n=795$; wave pairs, $n=1,057$)			
		Model 1: Non-users as ref		Model 2: Switchers as ref	
		OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Non-users	15.9	ref	—	0.48 (0.30, 0.76)	0.002
Early users (prior QA)	16.6	1.05 (0.61, 1.80)	0.86	0.50 (0.27, 0.92)	0.03
Later users (current QA)	20.0	1.32 (0.86, 2.03)	0.21	0.63 (0.37, 1.06)	0.08
Repeaters	12.4	0.75 (0.40, 1.40)	0.36	0.36 (0.18, 0.72)	0.004
Switchers	28.5	2.10 (1.31, 3.36)	0.002	ref	—

Note: Boldface indicates statistical significance ($p < 0.05$). Adjusted models included: country, sex, age, majority/minority status, education, income, self-efficacy, and heaviness of smoking index.
QA, quit attempt; SCM, smoking cessation medication.

En analysant ce que les participants ont utilisé comme traitements, les données montrent que les échangeurs ont moins utilisé un traitement nicotinique de substitution (TNS) lors d'une seconde tentative (-7,0%) que les répéteurs, mais utilisé plus d'association de TNS (+10%), de bupropion (+4,2%), de varénicline (+12,3%) ou d'un de ces traitements avec ordonnance (+9,8%, par rapport à ceux utilisant des traitements sans ordonnance). Dans une analyse de variance contrôlant pour le type de traitement utilisé, les échangeurs avaient toujours plus de chances d'être abstinents ≥ 1 mois que les répéteurs.

Selon les auteurs, les résultats de cette étude montrent qu'il existe un sous-groupe de fumeurs qui restent motivés à arrêter de fumer même après plusieurs échecs. Le fait que changer le mode d'arrêt puisse apporter plus de chances d'abstinence dans une tentative ultérieure suggère que c'est un message qu'il faudrait passer aux fumeurs.

Une limite de cette étude réside dans l'abstinence simplement déclarée et non validée par marqueur. De même, aucune information n'a été recueillie sur la durée du traitement ou la dose utilisée, ou encore le fait d'avoir utilisé une aide comportementale ou pas.

● Le rapport des métabolites de la nicotine (RMN) pourrait prédire la rechute.

Fix BV et al. Nicotine Tob Res. 2017 Apr 6. doi: 10.1093/ntr/ntx083. [Epub ahead of print]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28387850>

Le rapport de la concentration de trans 3'-hydroxycotinine à celle de la cotinine (rapport des métabolites de la nicotine ou RMN) est un marqueur de la vitesse du métabolisme de la nicotine. Une valeur élevée de ce rapport indique un métabolisme plus rapide, qui semble associé à une consommation quotidienne de cigarettes plus élevée et à une plus faible abstinence en cas de tentative d'arrêt du tabac. Cette étude a mesuré les différences de RMN dans des échantillons de population de l'étude ITC dans 5 pays.

Au cours des enquêtes longitudinales réalisées en 2010/2011 puis en 2012/2013 aux USA, au Royaume-Uni, à

Maurice, à Mexico et en Thaïlande, 874 participants ont donné un échantillon de salive qui a été utilisé pour déterminer leur RMN.

La moyenne géométrique de la RMN a été utilisée car sa distribution n'est pas normale, et que le log de la RMN est hautement corrélé à la clairance de la nicotine. Une analyse de variance a été réalisée pour comparer la RMN des participants fumant toujours lors de la deuxième vague de l'enquête à celle de ceux ayant déclaré qu'ils ne fumaient plus. Une analyse de variance univariée a examiné la relation entre la RMN et l'arrêt du tabac dans chaque pays, et une régression logistique multivariée a été utilisée pour déterminer les facteurs prédictifs de l'abstinence, en utilisant la RMN comme covariable.

L'échantillon étudié (n=874) comportait plus d'hommes (69,3%) que de femmes, et plus de non caucasiens (61,6%) que de Caucasiens. Concernant l'âge, 6,9% avaient entre 18 et 24 ans, 23,7% avaient entre 25 et 39 ans, 41,8% avaient entre 40 et 54 ans, et 27,6% avaient 55 ans ou plus. Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement était de 12, et 62% de l'échantillon fumaient leur première cigarette dans les 30 minutes après le réveil. Au total, 8% de l'échantillon a déclaré avoir arrêté de fumer lors de la deuxième vague de l'enquête. Les taux d'arrêt par tranche d'âge étaient de 3,5% (18-24), 6,2% (25-35), 7,4% (45-54) et 11,9% (55+), mais aucune différence significative en fonction du groupe d'âge n'a été montrée.

Les participants qui fumaient encore lors de la deuxième vague de l'enquête avaient un RMN moyen de 0,32 alors que ceux qui avaient déclaré avoir arrêté de fumer avaient un RMN moyen de 0,42 [$F(1,874)=8,93$; $p=0,003$]. En tenant compte de la durée de l'abstinence, ceux qui avaient arrêté de fumer depuis plus de 6 mois avaient un RMN plus élevé (0,44) que ceux ayant arrêté depuis 6 mois ou moins (0,36) et que les fumeurs quotidiens (0,32) ou occasionnels (0,31) [$F(3,867)=4,1$; $p=0,007$]. Ceux ayant fait une tentative d'arrêt infructueuse et ceux n'ayant pas fait de tentative d'arrêt avaient des RMN similaires (0,31 et 0,33 respectivement), mais leur RMN était plus faible que celui des abstinentes (0,42) [$F(2,869)=5,37$; $p=0,005$]. Dans le modèle de régression logistique multivariée, les participants ayant un RMN plus élevé avaient plus de chance d'arrêter de fumer que ceux ayant un RMN plus faible (OR ajusté=2,48 ; IC 95% 1,23-4,99). Une analyse en intention de traiter a aussi été réalisée, en prenant en compte tous ceux qui avaient donné un échantillon de salive lors de la première vague de l'enquête (n=1062) et en considérant comme des échecs de sevrage ceux n'ayant pas donné d'échantillon lors de la deuxième vague, l'analyse a donné des résultats similaires.

Une analyse tenant compte du traitement pharmacologique utilisé au cours des tentatives d'arrêt n'a pu être faite qu'avec les données des USA et du RU (données non disponibles dans les 3 autres pays). Aux USA et au RU, 60% des participants ont utilisé une pharmacothérapie, aucune différence de RMN n'a été observée avec ceux n'en ayant pas utilisé. De même aucune différence n'a été observée entre ceux utilisant un TNS et ceux n'en utilisant pas.

Cette étude a donc montré que les fumeurs ayant un RMN élevé avaient plus de chances de succès lors d'une tentative d'arrêt, et plus de chances d'être abstinentes plus longtemps. C'est un peu comme si le fait d'être un métaboliseur rapide de la nicotine servait de facteur protecteur contre la rechute. Ces résultats sont en opposition à de nombreuses autres études où l'inverse était observé. Les auteurs avancent l'hypothèse que la population étudiée (ici en population générale) diffère de celle qui participe à des essais cliniques en termes de dépendance, de motivation ou d'observance, ou par le fait qu'en population générale on observe des arrêts spontanés qui se font par une auto-sélection du traitement et non pas une randomisation. Ces résultats devraient être répliqués, comme le suggèrent par exemple les auteurs, en utilisant les données de la cohorte PATH (Assesment of Tobacco and Health).

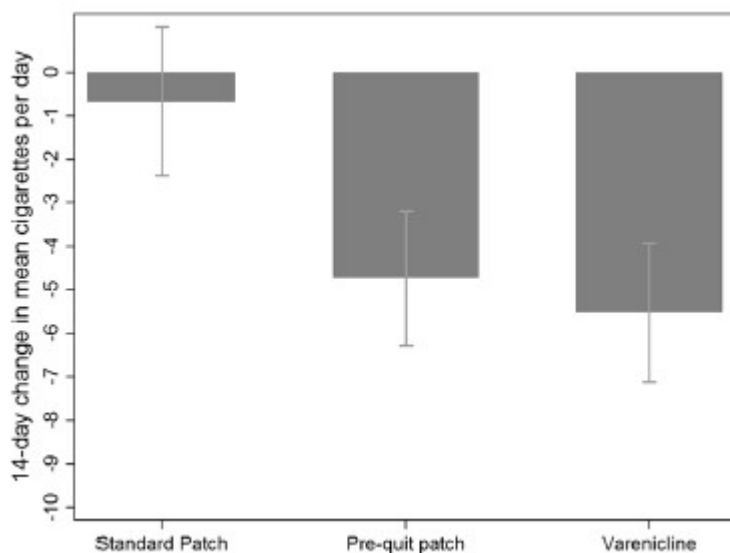
● Effets de la varénicline et du patch de nicotine utilisés avant l'arrêt, sur le nombre de cigarettes fumées et la satisfaction.

Lu W et al. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017 Mar 24. doi:10.1007/s00213-017-4604-y. [Epub ahead of print]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28342090>

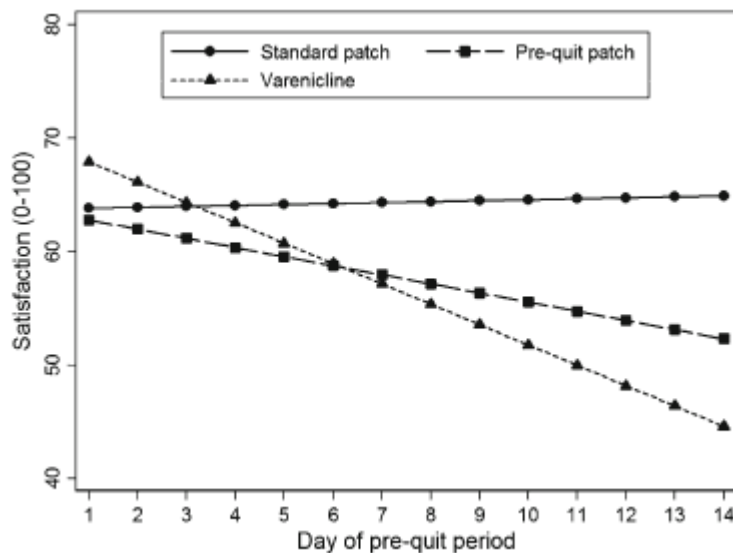
Afin de comparer l'utilisation du patch de nicotine commencé avant l'arrêt du tabac (réduction avant arrêt) à celle de la varénicline sur la réduction de consommation et la satisfaction à fumer, 213 fumeurs (≥ 10 cigarettes/j) motivés à l'arrêt ont été randomisés dans une étude ouverte pour recevoir un patch de nicotine (21 mg/24h) ou de la varénicline (dose habituelle de 2mg/j après augmentation des doses sur une semaine) deux semaines avant la date d'arrêt et 10 semaines après l'arrêt, ou à recevoir un traitement classique par patch de 10 semaines après la date d'arrêt. Au total 5 visites étaient prévues, celle de l'inclusion (J-17), celle de l'affectation au traitement (J-14), celle du jour de l'arrêt (J1) et deux visites de suivi à J14 et J28.

Les participants utilisaient un téléphone portable pour rentrer des données en temps réel pendant les 4 premières semaines. Ils devaient appuyer sur un bouton à chaque fois qu'ils fumaient une cigarette, et 4 à 5 fois par jour cela était suivi d'un questionnaire sur leur affect, leur activité et le lieu où ils étaient à ce moment-là. Il y avait aussi 4 à 5 questionnaires aléatoires au cours de la journée ou en plus de donner les mêmes renseignements ils devaient indiquer leur satisfaction concernant la dernière cigarette qu'ils avaient fumé (échelle de 0 à 100). Ils avaient aussi un questionnaire similaire en fin de journée pour faire le point de la journée.

Une réduction linéaire du nombre de cigarettes fumées a été observé au cours de la période avant arrêt à la fois dans le groupe patch avant arrêt (0,34 cig/j ; IC 95% 0,23-0,45) et le groupe varénicline (0,39 cig/j ; 0,28-0,51) sans différence significative entre les deux groupes. Par contre la consommation n'a pas changé (0,05 cig/j ; -0,07-0,17) dans le groupe de traitement classique par patch (qu'ils ne portaient pas encore, puisque avant la date d'arrêt) (voir graphique de gauche ci-dessous).



Standard patch = groupe patch classique
 Pre-quit patch = groupe patch avant arrêt
 Varenicline = groupe varénicline



De même une réduction de la satisfaction à fumer a été observée (voir graphique de droite ci-dessus) ; de 0,8 (0,32-1,29) points/j pour le groupe patch avant arrêt et de 1,8 (1,31-2,28) points/j pour le groupe varénicline, avec une différence significative en faveur de la varénicline ($p=0,005$). La satisfaction à fumer n'a pas changé dans le groupe patch classique.

Dans une analyse en médiation, les auteurs montrent que la réduction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement est en partie due à la baisse de satisfaction. Cela représente 4,6% de la réduction du nombre de cigarettes fumées dans le groupe patch avant arrêt, et 9,9% dans le groupe varénicline.

Les auteurs concluent que les deux traitements instaurés avant la date d'arrêt ont un effet positif sur la réduction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement, mais que le rôle que joue la perte de satisfaction n'est pas si important que cela. D'autres facteurs comme l'envie irrésistibles de fumer ou le niveau de dépendance jouent sans doute aussi un rôle.

● Efficacités comparées des pharmacothérapies d'arrêt du tabac en fonction du sexe.

Smith PH et al. Nicotine Tob Res. 2017 Mar 1;19(3):273-281.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613893>

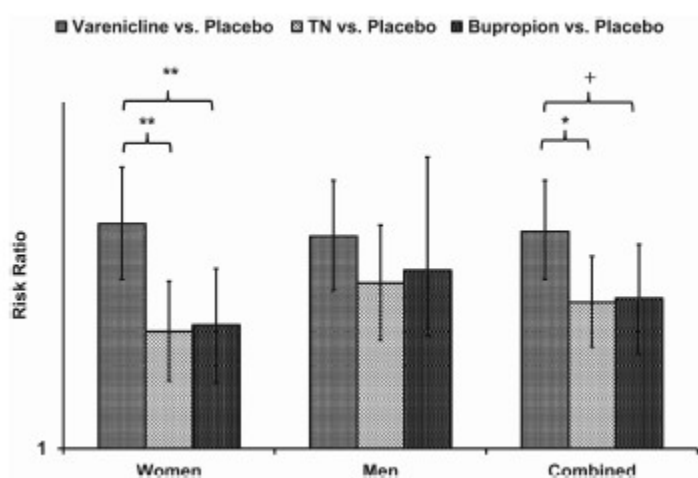
Cet article rapporte les résultats d'une méta-analyse afin d'estimer les différences d'efficacité en fonction du sexe du patch de nicotine (TN pour transdermal nicotine ci-dessous), de la varénicline ou du bupropion pour l'aide à l'arrêt du tabac. Pour cela les auteurs ont recherché les essais cliniques randomisés en double insu et contrôlé contre placebo.

Vingt-huit études ont été retenues pour l'analyse, représentant 14389 fumeurs (51% de femmes). L'analyse

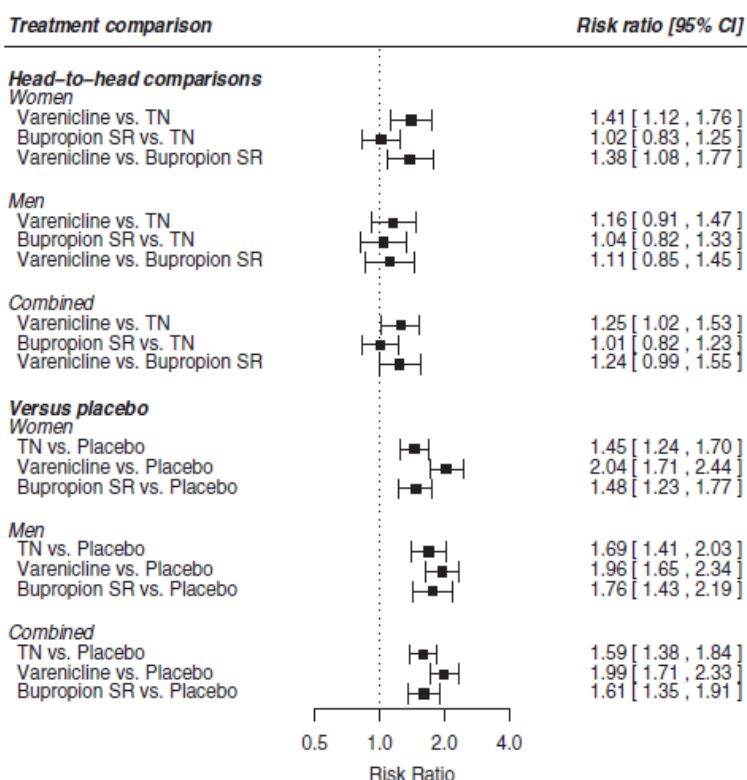
globale incluant hommes et femmes a donné des résultats similaires à ceux rapportés par la Cochrane review, soit varénicline > TN = bupropion. Tous les traitements ont montré une efficacité par rapport au placebo.

En faisant une analyse en fonction du sexe, les auteurs ont montré des différences d'efficacité qui n'apparaissent pas dans l'analyse globale. Par rapport au placebo, la varénicline est aussi efficace chez les femmes que chez les hommes (graphique de gauche ci-dessous). Par contre en analysant les données en fonction du sexe et en comparant les traitements entre eux (varénicline vs. TN ou varénicline vs. bupropion), il ressort que la varénicline est plus efficace chez les femmes que le TN (RR=1,41 ; IC 95% 1,12-1,76) et que le bupropion (RR=1,38 ; 1,08-1,77), alors qu'il n'y a pas de différence d'efficacité entre varénicline et TN ou varénicline et bupropion chez les hommes (RR non significatifs). Aucune différence d'efficacité en fonction du sexe n'a été observée en comparant TN et bupropion.

Les auteurs concluent que l'avantage de la varénicline sur le TN ou le bupropion est plus important chez les femmes que chez les hommes, et proposent d'utiliser en priorité la varénicline chez les femmes, alors que chez les hommes aucun des traitements ne semble avoir d'avantage.



TN = transdermal nicotine = patch de nicotine



Parmi les limites de cette analyse, les auteurs reconnaissent ne pas avoir inclus les autres formes de TNS, ou l'association de TNS. Pour les autres formes de TNS (gomme, comprimé, inhalateur...) ils estiment que l'efficacité est sensiblement la même que celle du patch selon la revue Cochrane, et que les seules méta-analyses disponibles pour comparer à la leur ont principalement été faites avec le patch. Concernant l'association, il n'y a pas suffisamment d'études qui permettent une analyse en fonction du sexe (1 seule répondant à leurs critères d'inclusion a été trouvée).

● Exposition au CO et absorption de nicotine comparées de la fumée de cigarillos et de cigarettes.

Pickworth WB et al. *Tob Control*. 2017; 26:269-276.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27122063>

Les cigarillos (petits cigares de la taille d'une cigarette et munis d'un filtre) sont de plus en plus utilisés par les fumeurs américains, en particulier les jeunes pour lesquels l'attrait est souvent le coût, car ils sont moins taxés que les cigarettes et sont conditionnés en paquets de moins de 20 (ce qui est interdit pour les cigarettes).

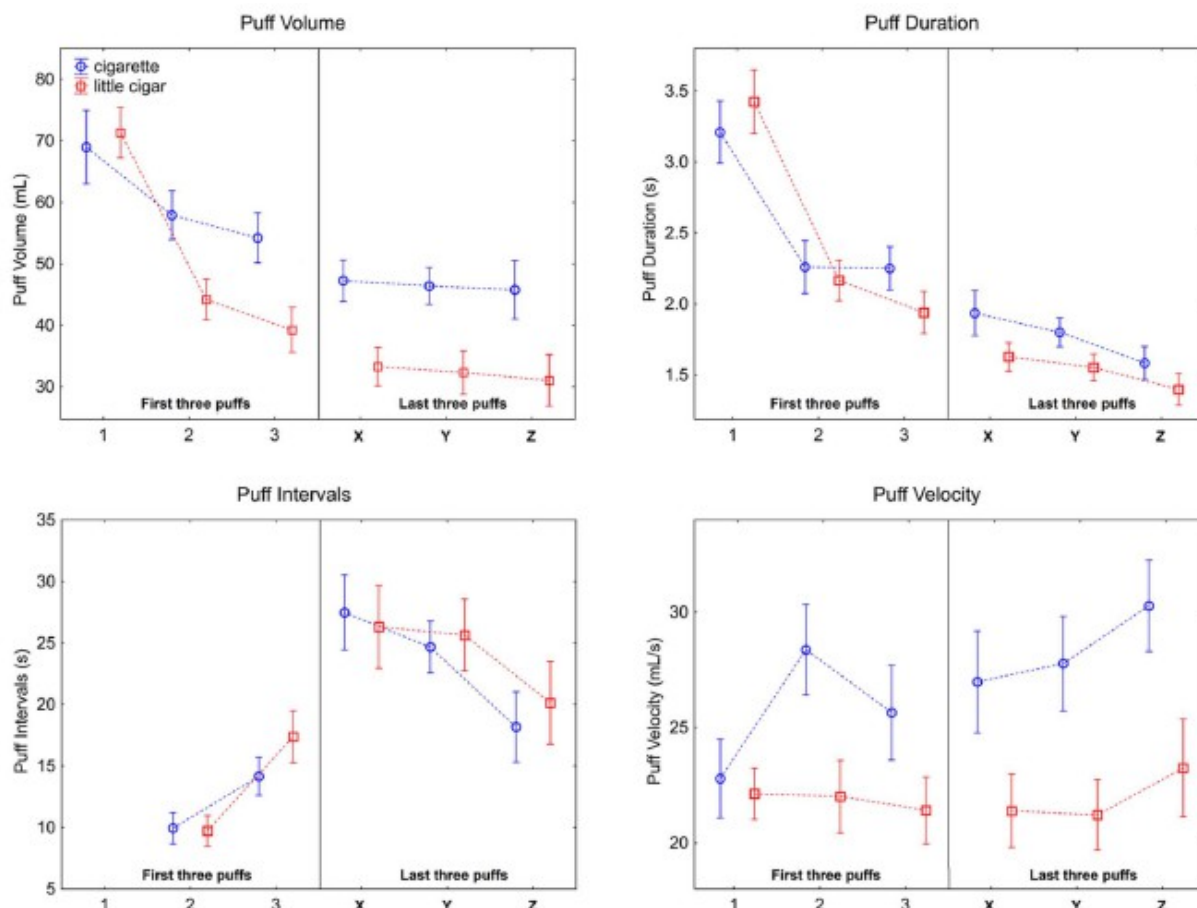
Afin de tester l'exposition au CO et l'absorption de nicotine de la fumée de cigarillos et de cigarettes, les auteurs ont recruté des utilisateurs mixtes (qui fument alternativement des cigarillos et des cigarettes). Les fumeurs (n=21) participaient à deux séances où ils fumaient de façon randomisée soit un cigarillo (marque Winchester), soit une de leurs propres cigarettes. Ils n'étaient pas obligés de s'abstenir de fumer avant de participer à chaque

séance. Trois échantillons sanguins étaient collectés, un avant de fumer et deux après, à 5 et 10 minutes (pour anticiper l'éventuelle absorption plus lente avec le cigarillo si la fumée n'était pas inhalée, donc avec une absorption buccale). Le nombre de bouffées, le volume total de fumée, le volume moyen de la bouffée, la durée de la bouffée, la vitesse de la bouffée (ml/s), l'intervalle entre bouffées, et la durée d'utilisation étaient mesurés. Une comparaison de ces mesures a été faite entre les 3 premières et les 3 dernières bouffées (pour tenir compte d'un éventuel changement de pH de la fumée pouvant influencer l'absorption de la nicotine). La nicotémie, le CO expiré et la cotinine urinaire étaient aussi mesurés. Des questionnaires ont aussi été administrés : historique du tabagisme, test de Fagerström, envies irrésistibles de fumer (QSU), effets subjectifs (Duke Sensory Questionnaire et Cigarette Evaluation Scale).

Les participants étaient principalement des hommes (71%) Afro-américains (62% vs. 33% de Caucasiens) âgés en moyenne de $47,5 \pm 9,5$ ans avec un score moyen au FTCD de $6,8 \pm 1,5$.

Le pic de nicotémie a été obtenu 5 min après consommation avec le cigarillo ou les cigarettes avec une augmentation pré-post de 29,2 ng/ml/g de tabac avec les cigarettes (normalisation de la mesure en fonction du poids du produit, 1,08g pour les cigarettes et 0,92g pour le cigarillo), et 32,5 ng/ml/g pour le cigarillo (différence non significative). Le CO expiré est passé de 29 à 35 ppm avec les cigarettes et de 28 à 36 ppm avec le cigarillo. Rapportée au poids de tabac consommé la différence pré-post du CO expiré était de 9 ppm/g de tabac avec les cigarettes, et de 15 ppm/g de tabac avec le cigarillo ($p=0,013$). Concernant les mesures subjectives, les deux produits ont réduit les envies irrésistibles de fumer avec un léger avantage pour les cigarettes par rapport au cigarillo sur le facteur 1 du QSU (effet récompensant) ($p=0,048$), mais pas sur le facteur 2 (anticipation). De même sur les autres effets subjectifs (agréable, satisfaisant, force, sensation, aversion...) les cigarettes semblaient plus satisfaisantes que le cigarillo (tous les p significatifs). A partir de l'évaluation d'une question ouverte sur les motivations à fumer des cigarillos, il ressort que la motivation principale est le prix.

Sur la figure ci-dessous sont présentées les mesures de topographie des bouffées (3 premières bouffées dans le cadran gauche de chaque graphique, 3 dernières bouffées dans le cadran droit) : le volume des bouffées, la durée des bouffées, l'intervalle entre bouffées et la vitesse d'inhalation (ml/s). Pour les deux produits le volume de la bouffée et sa durée sont plus importantes au début qu'à la fin de la consommation du produit, et l'intervalle entre bouffées est plus court au début qu'à la fin (tous les $p \leq 0,002$). Par contre la vitesse d'inhalation reste la même (différences non significatives).



La différence observée sur le volume des bouffées entre les cigarettes (en bleu) et le cigarillo (en rouge) (graphique en haut à gauche) est expliquée par les auteurs comme étant due à une augmentation importante du pH de la fumée de cigarillo (6,5 sur les premières bouffées à 7,8 sur les dernières bouffées) qui faciliterait l'absorption de la nicotine et nécessiterait des bouffées moins importantes pour un même résultat.

Globalement les résultats montrent que les cigarettes et les cigarillos délivrent les mêmes quantités de nicotine et de CO. Mais rapporté au poids de tabac fumé, les cigarillos produisent plus de CO, ce qui est expliqué par les auteurs (selon d'autres recherches qu'ils ont faites) par le fait que la combustion est moins complète avec les cigarillos à cause d'un diamètre plus large, d'une densité de tabac plus importante et d'une porosité moins importante de l'enveloppe. Les enquêtes en population montrent que 80% des fumeurs de cigarillos sont aussi fumeurs de cigarettes et que la principale motivation de leur utilisation est leur moindre coût.

Cette étude est cependant limitée par plusieurs choses, d'abord le fait de n'avoir testé qu'un seul type de cigarillos non mentholé, alors que la plupart des participants (majoritairement des Afro-américains) fument des cigarettes et des cigarillos mentholés (respectivement 81% et 71,4% des participants). Ces deux facteurs pourraient rendre compte de quelques différences observées. De plus cette étude ne s'est intéressée qu'au CO et à la nicotine, pas aux autres toxiques de la fumée de tabac.



treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

www.treatobacco.net

Congrès



11^e Congrès International d'Addictologie
de l'ALBATROS

Mercredi 31 mai, Jeudi 1 et Vendredi 2 juin 2017



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

**Le colloque Addiction Toxicomanie Hépatites SIDA (ATHS)
(Addictions, Hepatitis, HIV/AIDS)
se tiendra du 17 au 20 octobre 2017 (October 17-20, 2017)
au centre de congrès Le Bellevue à Biarritz (France).**

Pour plus de détails, visitez régulièrement notre [site internet](#).

11^e Congrès de la Société
Francophone de Tabacologie



**Les défis de la
tabacologie francophone**

Jeudi 16 & vendredi 17 novembre 2017
Maison Internationale - CIUP
Paris

www.csft2017.com

Société —
Francophone
de **T**abacologie

www.csft2017.com

AVIS DE L'ALLIANCE CONTRE LE TABAC SUR LES DISPOSITIFS ÉLECTRONIQUES DE VAPOTAGE

Cet avis est accessible par ce lien sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/ACT%20AVIS%202017%20-%20CIGARETTES%20ELECTRONIQUES.pdf>



Conclusions du 2e Sommet de la Vape

L'association SOVAPE et ses partenaires remercient l'ensemble des participants et les donateurs qui ont permis l'organisation du 2e Sommet de la Vape le 20 mars 2017 au CNAM

Les conclusions sont consultables ici :

<http://www.sovape.fr/wp-content/uploads/2017/03/SV-CP-Conclusions-2017-170327.pdf>

Toute l'information sur le sommet, et les vidéos des interventions :

<http://www.sommet-vape.fr/>



Pour la 10ème année, la subvention de recherche GRAND va être lancée.

Elle sera disponible prochainement ici : <http://www.grandawardsprogram.org/>

offres d'emploi

L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val-de-Marne) recherche un **médecin tabacologue** pour un poste de praticien attaché (5 vacations par semaine).

Poste à pourvoir avant la fin de l'année 2017.

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations externes (patients externes et personnels) ; liaison dans les services suivants : centre hépato-biliaire, service de cancérologie, service d'hépatogastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et para-médical de l'établissement ; participation aux travaux de recherches de l'UCT.

L'UCT comprend un PH temps plein, deux praticiens attachés, une IDE tabacologue temps plein, une secrétaire temps plein, un temps psychologue. Ses missions sont : consultations externes ; liaison ; enseignements ; recherche. L'UCT est l'une des unités du département d'addictologie et de psychiatrie du Pr Benyamina. Le service d'addictologie (Centre d'enseignement, de recherche et de traitements des addictions - CERTA) prend en charge toutes les addictions avec ou sans produit, adolescents et adultes.

Contact :

Dr Patrick Dupont, Praticien hospitalier tabacologue, CERTA, APHP, GHU Paris Sud, Site Paul Brousse, 12, avenue P. Vaillant-Couturier, F-94800 Villejuif, Tél. 01 45 59 69 25, patrick.dupont@aphp.fr.

Le centre de référence de l'histiocytose langerhansienne du CHU Saint-Louis Lariboisière (Paris) recherche un **praticien** pour assurer une vacation de consultations de tabacologie.

Contact :

Pr Abdellatif Tazi, Chef de service de pneumologie, CHU Saint-Louis Lariboisière, 1 avenue Claude Vellefaux, F-75475 Paris Cedex, abdellatif.tazi@sls.aphp.fr.

L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Nord, CHU de Saint-Etienne (Loire), recherche un **médecin (tabacologue, addictologue ou en cours de formation)** pour faire des consultations dans le service de tabacologie.

Contact :

Dr Christine Denis-Vatant, UCT, CHU, Hôpital Nord, F-42055 Saint-Etienne Cedex 2, Tél. 04 77 82 86 28.

Poste médecin tabacologue temps partiel :

Recrutement d'un médecin tabacologue à temps partiel dans un Centre de Santé à Lyon.

Pour tout renseignement, merci de vous adresser au :

Dr. Anne-Sophie RONNAUX-BARON

Tél : 04.72.19.84.01 – mail : asronnauxbaron@cdhs.fr



Poste médecin tabacologue mi-temps :

Le service de psychiatrie et addictologie du Pr Dubertret, Hôpital Louis Mourier (Colombes) propose un poste de médecin tabacologue praticien hospitalier contractuel mi-temps pour une durée de 12 mois à partir du 1^{er} février 2017. Le médecin tabacologue travaille en liaison au sein des services de l'hôpital (maternité, médecine) ainsi qu'en consultation, et anime un groupe hebdomadaire auprès des patients hospitalisés de l'unité d'addictologie. Ce poste complète l'équipe déjà existante de 2 praticiens hospitaliers, un assistant des hôpitaux, un interne et un PU-PH pour l'addictologie. L'équipe ELSA (liaison et soins en addictologie) bénéficie également de 2 infirmiers, une psychologue, une secrétaire

et un temps plein assistant social.

La possibilité de s'associer rapidement aux travaux de recherche en cours dans le service est ouverte.

Pour toute question concernant ce poste, contacter par courriel : christine.massy@aphp.fr

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

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

[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](#)

[Tabac: les morts ont augmenté depuis 1990 dans le monde](#)

[Malgré les progrès dans la lutte anti-tabac, les morts ne cessent d'augmenter dans le monde](#)

[Ces pays qui ont réussi à dissuader les gens de fumer](#)

[Tabac: la Suède championne toute catégorie des non-fumeurs](#)

[Tabac. Malgré le paquet neutre, les ventes de cigarettes remontent](#)

[Lutte antitabac : que proposent les candidats à la présidentielle ?](#)

[Grossesse et tabac : même une cigarette par jour constitue un sérieux danger pour le fœtus](#)

[Paquet de cigarettes : quels candidats veulent augmenter le prix ?](#)

[Les cigarettiers veulent vous faire "vapoter" du vrai tabac](#)

[Le nouveau tabac chauffé de Philip Morris est-il vraiment moins nocif pour la santé ?](#)

[Cigarette électronique Iqos : «Pas moins nocif que la cigarette» pour ce pneumologue](#)

[250 tonnes de tabac risquent de partir en fumée](#)

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