

## ● Lien entre maladie thrombo-embolique veineuse et tabagisme.

**Mahmoodi BK et al. *Circulation*. 2017 Jan 3;135(1):7-16.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27831499>

Voir aussi l'Editorial de Anand SS. Smoking: A Dual Pathogen for Arterial and Venous Thrombosis. *Circulation*. 2017 Jan 3;135(1):17-20. <http://circ.ahajournals.org/content/135/1/17>

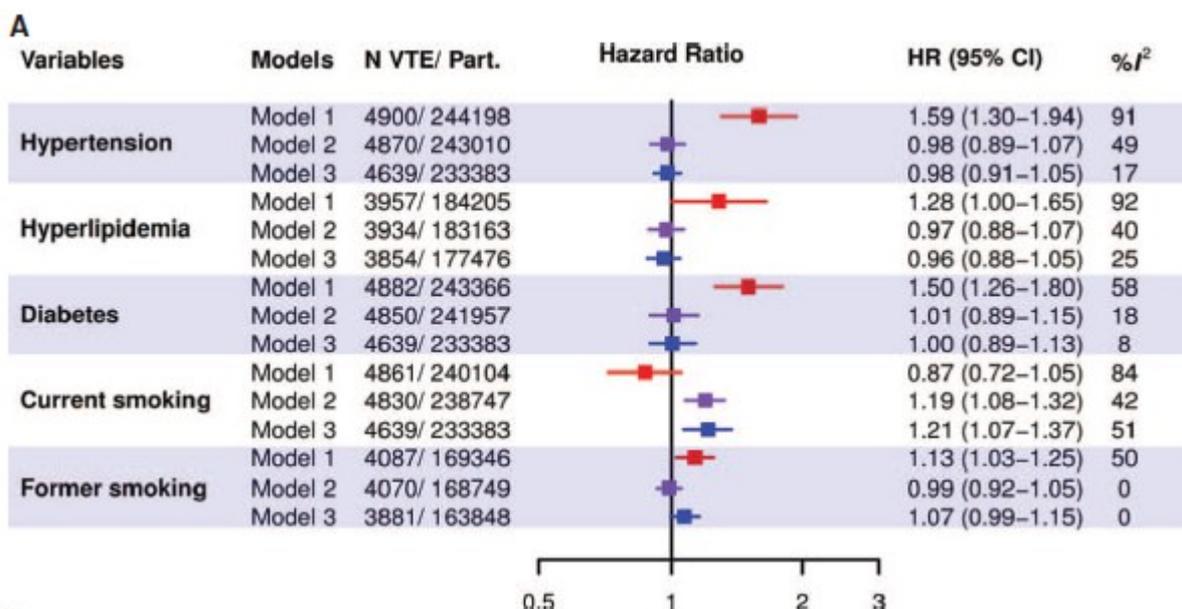
Le lien entre maladie thrombo-embolique veineuse et tabagisme n'était pas clairement établi. Chaque année, plus de 500 000 personnes meurent de thrombo-embolie veineuse (TEV) aux USA et en Europe. Parmi ceux qui survivent à une TEV, la moitié ont des complications durables. La TEV est la thrombose d'une veine profonde (thrombose veineuse) ou une embolie pulmonaire. On la définit comme provoquée ou non provoquée. Une TEV provoquée est précédée par des facteurs de risque connus comme l'immobilisation, la chirurgie, un traumatisme grave, ou un cancer. La moitié des TEV arrivent sans ce type de facteurs de risque et sont donc classifiées comme non provoquées. En plus des facteurs de risque mentionnés ci-dessus, il y a aussi l'âge avancé, les antécédents familiaux, certaines prédispositions génétiques, les contraceptifs oraux et l'obésité.

Au contraire, la thrombo-embolie artérielle (TEA), comme l'infarctus, l'AVC et la maladie artérielle périphérique se produisent à cause de l'athérosclérose principalement, dont les facteurs de risque sont l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète et le tabagisme.

La TEV partage certains facteurs de risque avec l'ensemble des maladies cardiovasculaires comme l'inactivité et l'obésité. La TEV est cependant regardée comme une maladie différente des autres maladies cardiovasculaires.

Les auteurs de cette étude ont réalisé une méta-analyse un peu particulière, consistant à prendre les données individuelles de 9 études prospectives ayant mesuré les facteurs de risque cardiovasculaire lors d'une ligne de base et validé les événements thrombo-emboliques. Parmi les 244 865 participants de ces 9 études, 4910 ont développé une TEV au cours du suivi (entre 4,7 et 19,7 ans), dont 36% (n=1768) au cours des 5 premières années de suivi. Au total 44% des TEV ont été classées comme non provoquées, et 44% étaient des embolies pulmonaires associées ou non à la thrombose d'une veine profonde.

Les estimations groupées des associations entre les facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension, hyperlipidémie, diabète, tabagisme actuel et tabagisme passé) et la TEV sont présentées dans le tableau ci-dessous. A part pour le tabagisme actuel, tous les facteurs de risque montrent une association clairement significative dans le modèle d'analyse non ajusté (Model 1, en rouge dans le tableau). Cependant, après ajustement avec l'âge, le sexe et l'IMC, l'association n'est plus significative pour l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète et le tabagisme passé, seul le tabagisme actuel sort comme un facteur de risque pour la TEV (Model 2, en mauve dans le tableau). Après ajustement complet sur toutes les variables (celles du Model + et antécédents cardiovasculaires, antécédents de TEV, hypertension, diabète, hypercholestérolémie, et tabagisme actuel ou passé) les résultats ne sont pas significativement modifiés (Model 3 en bleu dans le tableau). Les résultats étaient similaires lorsque l'on comparait TEV provoquée et non provoquée, ou embolie pulmonaire et thrombose veineuse. Sauf pour le tabagisme actuel qui n'était significativement associé qu'à la TEV provoquée (rapport de risque ou hasard ratio HR=1,36 ; IC95% 1,22-1,52 ; p non donné) et pas à la TEV non provoquée (HR=1,08 ; 0,90-1,29) (non significatif puisque l'intervalle de confiance passe par la valeur « 1 »). De même, le tabagisme passé n'était significativement associé qu'à la TEV provoquée (HR=1,11 ; 1,00-1,23) et pas à la TEV non provoquée (HR=1,01 ; 0,89-1,16).



Concernant les données de la pression artérielle, la pression systolique montre une association inverse avec la TEV (réduction du risque de TEV avec les fortes valeurs systoliques), selon les auteurs cela pourrait être dû à des risques de comorbidité associés comme la fibrillation auriculaire qui est fortement associée une forte pression artérielle, et dont le traitement par des anticoagulants pourrait être un facteur protecteur pour la TEV. De même, certains traitements anti-hypertenseurs comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ont montré des effets anti-thrombotiques. Mais ces données de traitement des participants n'étaient pas disponibles dans les études pour tester ces hypothèses.

Dans la conclusion, les auteurs insistent particulièrement sur le fait que les facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels ne sont pas associés à la TEV, à l'exception notoire du tabagisme pour la TEV provoquée.

## ● Influence de l'allaitement sur la rechute du tabagisme après l'accouchement.

**Logan CA et al. Nicotine Tob Res. 2017 Mar 1;19(3):367-372.**  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613913>

La rechute après l'accouchement est fréquente, et peu d'interventions se sont révélées efficaces pour diminuer le nombre de rechutes. L'incitation à allaitement est souvent avancée comme une intervention pouvant aider les femmes à ne pas rechuter après l'accouchement, mais la validation de cette intervention est incomplète.

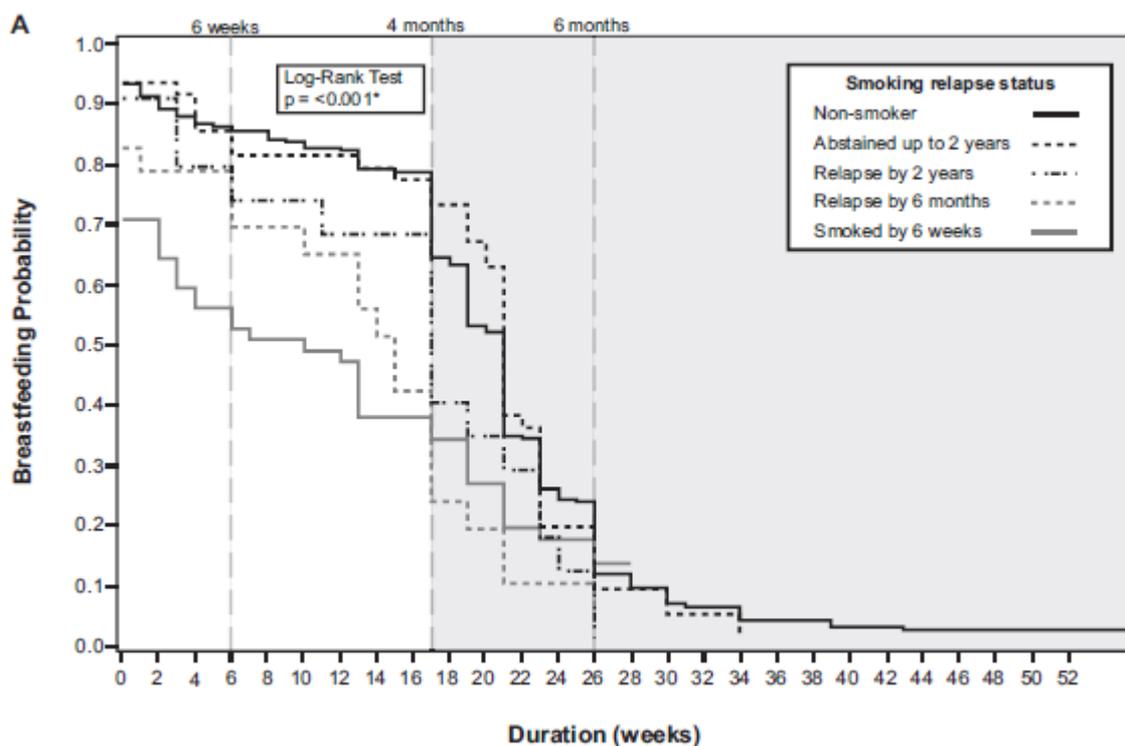
Les auteurs ont utilisé les données d'une cohorte allemande (SPATZ) de 1006 nouveau-nés de 970 mères recrutées au centre hospitalo-universitaire de Ulm. Au total, 856 femmes de plus de 18 ans ayant donné naissance à un enfant unique (excluant les jumeaux, triplés etc...) ont été incluses, dont 797 allaitaient à la sortie de la maternité. Après élimination de quelques participantes pour lesquelles des données de tabagisme manquaient, les analyses ont été faites, l'échantillon final était de 767 mères, dont 188 avaient des antécédents récents de tabagisme (non-fumeuses n=579). Dû à ces restrictions, l'échantillon final était significativement différent de la cohorte complète avec plus de femmes ayant un meilleur niveau d'éducation (62,5% vs. 57,4%), ayant accouché par voie naturelle (76,8% vs. 72,0%), et moins de femmes ayant des antécédents récents de tabagisme (22,7% vs. 26,3%).

Les informations de suivi sur l'allaitement étaient recueillies par téléphone à 6 semaines et à 6 mois, et par téléphone ou par courrier (questionnaire) à 1 et 2 ans. L'allaitement était classé selon la classification de l'OMS en « prédominant » (lait maternel comme source principale de nutrition, avec supplémentation possible, comme de l'eau par exemple), et en « complémentaire » (lait maternel au moins une fois par jour, sans tenir compte du reste de la nourriture). Les données sur le tabagisme (incluant le nombre de cigarettes fumées par jour) étaient recueillies de façon rétrospective pour ce qui était du tabagisme avant ou pendant la grossesse, et à chaque suivi

par courrier (questionnaire à 6 semaines, 6 mois, 1 et 2 ans).

Parmi les femmes ayant des antécédents récents de tabagisme et ayant initié un allaitement, 70% ont rechuté dans les 2 ans et 13% ont rechuté entre 6 mois et 2 ans, la majorité rechutant donc dans les 6 premiers mois. Par rapport au non-fumeuses, celles qui fumaient ou ont rechuté dans les 6 semaines (rapport de risque ou hasard ratio HR=5,04 ; IC 95% 2,96-8,59 ; p non donné) ou 6 mois (HR=2,92 ; 1,14-7,49) étaient moins encline à avoir initié un allaitement prédominant. Une rechute dans les 6 semaines était associée à une probabilité plus importante de l'abandon de l'allaitement 3 semaines après l'accouchement (HR=3,02 ; 1,27-7,39). Chez les femmes ayant rechuté après 6 semaines, l'allaitement était similaire à celui des non-fumeuses, mais déclinait rapidement dès la rechute. Par rapport aux femmes non-fumeuses, les femmes ayant des antécédents récents de tabagisme étaient plus jeunes (moins de 30 ans,  $p < 0,01$ ), moins éduquées, en surpoids ou obèses, ayant déjà eu des enfants, et ayant accouché par césarienne. Les femmes ayant des antécédents récents de tabagisme et étant encore abstinentes à 2 ans étaient plus souvent primipares que celles ayant rechuté avant les 2 ans ( $p < 0,001$ ). La participation du père dans la cohorte SPATZ (détail de la participation non mentionné dans l'article) était moindre chez les femmes ayant rechuté dans les 6 semaines. Parmi ceux qui participaient activement, le tabagisme était moins fréquent chez ceux vivant avec une non-fumeuse ou une femme ayant maintenu une abstinence plus longue (la fréquence diminuait au fur et à mesure de la durée de l'abstinence de la mère).

Le graphique ci-dessous (Kaplan-Meier plot) montre la durée de l'allaitement prédominant en fonction du temps après l'accouchement et selon les groupes. La légende à droite indique le statut tabagique dans l'ordre du haut en bas : non-fumeuses, abstinence d'au moins 2 ans, rechute avant 2 ans, rechute avant 6 mois et rechute avant 6 semaines.



\* Log-rank statistic for all strata of predominant breastfeeding up to 4 months (shaded area not included)

Les auteurs suggèrent que l'allaitement à long-terme (au moins 4 mois, comme recommandé en Allemagne) peut représenter une motivation à maintenir l'abstinence tabagique, au moins jusqu'à l'arrêt de l'allaitement. Le fait que les mères n'ayant pas rechuté au bout de 2 ans étaient plus souvent primipares fait suggérer aux auteurs qu'elles étaient peut-être moins soumises au stress, en particulier dû au fait de n'avoir qu'un enfant à s'occuper, par rapport aux mères ayant déjà d'autres enfants. Il est à noter que la généralisation de ces résultats est limitée par le fait que seulement 15 femmes ont rechuté entre 6 mois et 1 an, et 9 après 1 an.

## ● **Prévalence de l'arrêt du tabac avec les produits du vapotage aux Etats-Unis.**

**Giovenco DP et Delnevo CD. *Addict Behav.* 2018 Jan;76:129-134.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28802179>

L'article de Giovenco et Denelvo est basé sur l'enquête annuelle sur la santé des américains (NHIS) de 2014 et 2015. L'échantillon a été réduit aux fumeurs récents, c'est à dire aux fumeurs actuels et à ceux qui ont arrêté de fumer en 2010 ou après (n=15 532). La prévalence de l'arrêt avec les produits du vapotage a été estimée par régression logistique binomiale (logarithmique) ajustée sur l'utilisation du vapotage (quotidienne, parfois, juste essayé, ou jamais utilisé). Les analyses ont été faites en ajustant sur l'âge, le sexe, l'ethnicité, le niveau d'études, la région habitée, le fait d'avoir une assurance complémentaire et la détresse psychologique (mesurée par une échelle validée, la Kesler-6). Toutes ces variables sont reconnues comme étant des facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac et ont été utilisées afin de réduire l'impact des facteurs confondants.

Parmi l'échantillon, les fumeurs étaient significativement différents de ceux qui avaient arrêté de fumer sur toutes les variables démographiques sauf le sexe. Comparés aux fumeurs, les ex-fumeurs étaient plus nombreux chez les personnes d'origine Latino-américaine (12,6% vs. 10,3%), mais moins nombreux chez les personnes Afro-américaines (8,7% vs. 13,0%). Les ex-fumeurs avaient aussi un niveau d'étude plus élevé, et moins de détresse psychologique que les fumeurs ( $p < 0,001$ ). La majorité des ex-fumeurs (58%) n'avait jamais vapoté, mais l'utilisation quotidienne chez ceux l'utilisant était supérieure à celle des fumeurs (10,7% vs. 3,3%). Les fumeurs utilisaient plus d'autres formes de tabac (cigare, pipe, tabac oral, narghilé...) en plus de la cigarette que les ex-fumeurs (16% vs. 9,6%), et près de la moitié (48,9%) des fumeurs avaient fait une tentative d'arrêt au cours des 12 derniers mois.

Un quart de l'échantillon était des ex-fumeurs (25,2%). L'arrêt du tabac, comme attendu selon les facteurs prédictifs, a été plus fréquent chez les 35-64 ans que dans les autres tranches d'âge, plus fréquent aussi chez ceux ayant un meilleur niveau d'éducation, ou ayant une assurance complémentaire (rapport de prévalence ajustée aPR=1,75 ; IC 95% 1,50-2,04 ; p non donné), par rapport à ceux n'ayant pas d'assurance complémentaire. Les personnes souffrant de détresse psychologique étaient moins enclines à arrêter de fumer (aPR=0,54 ; 0,42-0,69) que celle n'en souffrant pas.

Plus de la moitié des vapoteurs quotidiens ont arrêté de fumer au cours des 5 dernières années. La prévalence de l'arrêt était plus importante parmi les vapoteurs quotidiens que chez ceux n'ayant jamais vapoté (52,2% vs. 28,2% ; aPR=3,15 ; 2,66-3,73 ; p non donné). Ceux n'ayant vapoté que parfois étaient moins nombreux à avoir arrêté de fumer (12,1%). Ces résultats sont restés significatifs même en prenant en compte le fait d'avoir fait ou non une tentative d'arrêt (pour les fumeurs) ou le fait d'utiliser d'autres produits du tabac. En tenant compte de toutes les variables confondantes, le fait de vapoter quotidiennement a été le facteur le plus influent sur l'arrêt du tabac.

Les auteurs concluent en posant la question des vapofumeurs (ceux vapotant non régulièrement dans l'échantillon) et préconisent que les futures recherches devraient inclure la fréquence d'utilisation et le type de matériel utilisé, le niveau de dépendance, l'intention d'arrêter de fumer, et les raisons qui poussent à essayer le vapotage.

## ● **Vapoter un liquide trop peu dosé en nicotine entraînant une compensation pourrait exposer à plus de substances toxiques.**

**Kosmider L et al. *Nicotine Tob Res.* 2017 Jul 22. doi: 10.1093/ntr/ntx162. [Epub ahead of print]**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29065196>

Dans une étude précédente (Dawkins et al. *Psychopharmacology.* 2016;233:2933-2941), 12 vapoteurs expérimentés ont tous utilisé le même matériel (eVic de Joyetech, Nautilus avec résistance de 1,8 ohms, à 8,5W) en *ad libitum* pendant 60 minutes. Lors de deux sessions séparées (jours différents), ils ont vapé un liquide en 24 mg/ml ou en 6 mg/ml. La topographie des bouffées a été enregistrée, ainsi que la nicotémie obtenue. Les résultats ont montré que la nicotémie obtenue a été plus faible avec le liquide en 6 mg/ml, bien que la fréquence et le volume des bouffées aient augmenté et la consommation de liquide presque doublé (voir tableau ci-dessous).

**Table 2** Puffing topography (mean number of puffs and mean duration)

	High	Low	Z	p
Puff number	48.36 (22.86)	70.73 (34.45)	-2.40	0.016
Puff duration (s)	3.84 (1.02)	5.20 (1.39)	-2.93	0.003
Liquid consumed (mL)	0.64 (0.19)	1.23 (0.59)	-2.93	0.003

*Puff number* : nombre de bouffées ; *Puff duration* : durée moyenne des bouffées ; *Liquid consumed* : quantité de liquide consommé ; *High* : liquide en 24 mg/ml ; *Low* : liquide en 6 mg/ml

L'étude de Kosmider et al. (2017) a utilisé une machine à vaper (Université de technologie de Lodz, Pologne) réglée selon les paramètres enregistrés chez les vapoteurs de l'étude précédente, afin de mesurer les émissions de 4 composés carbonyles (formaldéhyde, acétaldéhyde, acétone et acroléine). Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Par rapport au liquide en 24 mg/ml, l'utilisation d'un liquide moins dosé à 6 mg/ml a provoqué une compensation (durée et fréquence des bouffées) résultant en une augmentation significative de 52% du volume d'aérosol produit par bouffée ( $p=0,005$ ), ainsi qu'une augmentation de la production de formaldéhyde (+45% ;  $p=0,03$ ), d'acétaldéhyde (+33% ;  $p=0,01$ ) et d'acétone (+65% ;  $p=0,04$ ), aucune trace d'acroléine n'a été détectée (partie haute du tableau ci-dessous). Lorsque ces résultats ont été multipliés par le nombre de bouffées prises en 1 heure (74 pour le 6 mg/ml et 47 pour le 12 mg/ml), les résultats étaient encore plus significatifs (tous les  $p<0,01$ ) (partie basse du tableau ci-dessous).

**Table 2.** Levels of Aerosol and Carbonyl Compound Yields Generated From 6 and 24 mg/mL Nicotine E-liquids, Per One Puff and, for all Puffs as per Human Topography Data

		6 mg/mL (5.04 s puff)	24 mg/mL (3.76 s puff)
Aerosol yield and selected carbonyl compounds per puff		Level per puff (ng unless otherwise specified)	Level per puff (ng unless otherwise specified)
Yield (mg)	Mean $\pm$ SD	11.1 $\pm$ 1.8	7.3 $\pm$ 0.5
	Median (Q1-Q3)	11.3 (9.1-12.9)	7.3 (6.9-7.7)
Formaldehyde	Mean $\pm$ SD	46.1 $\pm$ 12.8	31.7 $\pm$ 6.4
	Median (Q1-Q3)	44.8 (35.0-52.4)	33.9 (28.8-35.7)
Acetaldehyde	Mean $\pm$ SD	29.3 $\pm$ 4.9	22.1 $\pm$ 2.7
	Median (Q1-Q3)	29.5 (24.3-31.6)	22.2 (20.8-24.3)
Acetone	Mean $\pm$ SD	9.9 $\pm$ 2.7	6.0 $\pm$ 3.1
	Median (Q1-Q3)	10.5 (7.9-11.6)	5.1 (4.0-6.9)
Acrolein*	Mean $\pm$ SD	ND	ND
Aerosol yield and selected carbonyl compounds for all puffs		Level for all (74) puffs ( $\mu$ g unless otherwise specified)	Level for all (47) puffs ( $\mu$ g unless otherwise specified)
Yield (mg)	Mean $\pm$ SD	822 $\pm$ 137	342 $\pm$ 22
	Median (Q1-Q3)	835 (671-956)	342 (326-363)
Formaldehyde	Mean $\pm$ SD	3.41 $\pm$ 0.94	1.49 $\pm$ 0.30
	Median (Q1-Q3)	3.31 (2.59-3.88)	1.59 (1.35-1.68)
Acetaldehyde	Mean $\pm$ SD	2.17 $\pm$ 0.36	1.04 $\pm$ 0.13
	Median (Q1-Q3)	2.19 (1.80-2.34)	1.05 (0.98-1.14)
Acetone	Mean $\pm$ SD	0.73 $\pm$ 0.20	0.28 $\pm$ 0.14
	Median (Q1-Q3)	0.78 (0.58-0.86)	0.24 (0.19-0.32)
Acrolein*	Mean $\pm$ SD	ND	ND

$\mu$ g = microgram; mg = milligram; ng = nanogram; ND = not detected; All  $p$  values for aerosol yield and carbonyl compounds per puff were  $<.05$ . All  $p$  values for aerosol yield and carbonyl compounds for all puffs were  $<.01$ .

\*Statistical comparison between conditions not conducted as carbonyl was ND.

*L'intervalle moyen entre les bouffées, basé sur les données des 12 vapoteurs, était de 44,3 s pour le liquide en 6 mg/ml et de 74,5 s pour le liquide en 12 mg/ml.*

Il faut noter que ces données de topographies ne sont pas généralisables à l'ensemble des vapoteurs sur une consommation quotidienne, les participants étant abstinents depuis 12 heures au moment du début de l'expérience. Par ailleurs les moyennes de bouffées prises en 1 heure sont légèrement différentes de celle présentées dans le premier tableau ci-dessus de l'étude de Dawkins, car il y a un sujet qui a été retiré des analyses

de Dawkins à cause de l'absence de données sur la nicotémie (problème de cathétérisation). Ce sujet a été réintégré dans l'étude de Kosmider, car ses données de topographie étaient exploitables.

Ces données sont importantes à transmettre aux utilisateurs, car très souvent ils tendent à baisser rapidement la concentration en nicotine du liquide qu'ils utilisent. Ils risquent donc de compenser en vapant plus et s'exposer à plus de substances toxiques (même si ces valeurs restent considérablement moindres qu'avec le tabagisme). Les auteurs concluent en indiquant que la limite de 20 mg/ml imposée par la Directive européenne pourrait avoir des conséquences négatives en encourageant l'utilisation de liquides moins dosés que nécessaire à certains fumeurs. Selon les enquêtes menées auprès des vapoteurs, 25% à 30% des fumeurs auraient besoin de liquides dosés à plus de 20 mg/ml (Farsalinos et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:4356-4373).

## ● Exposition à la nicotine et à certaines substances toxiques chez des fumeurs testant le vapotage pendant 2 semaines.

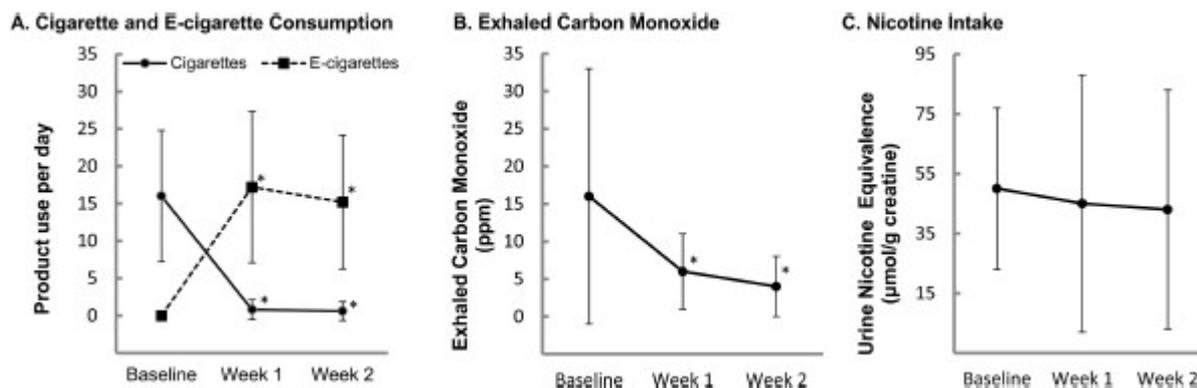
**Goniewicz ML et al. *Nicotine Tob Res*. 2017 Feb;19(2):160-167.**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613896>

Cette étude a suivi 20 fumeurs passant au vapotage pendant 2 semaines pour évaluer l'exposition à la nicotine et à certains carcinogènes et substances toxiques. Elle a été conduite en 2011 en Pologne avec un matériel de 1ère génération (M201 Mild), mais vient juste d'être publiée. Les participants étaient des fumeurs, tous d'origine caucasienne (60% de femmes), de  $31,0 \pm 9,7$  ans (de 20 à 52 ans), fumant en moyenne depuis 12 ans (4 à 35 ans) avec un score moyen au FTCD de  $3,9 \pm 2,7$  (de 0 à 9), désirant arrêter de fumer et dont 16 (80%) avaient déjà essayé. Lors de la ligne de base, ils fumaient en moyenne  $16 \pm 9$  cigarettes par jour.

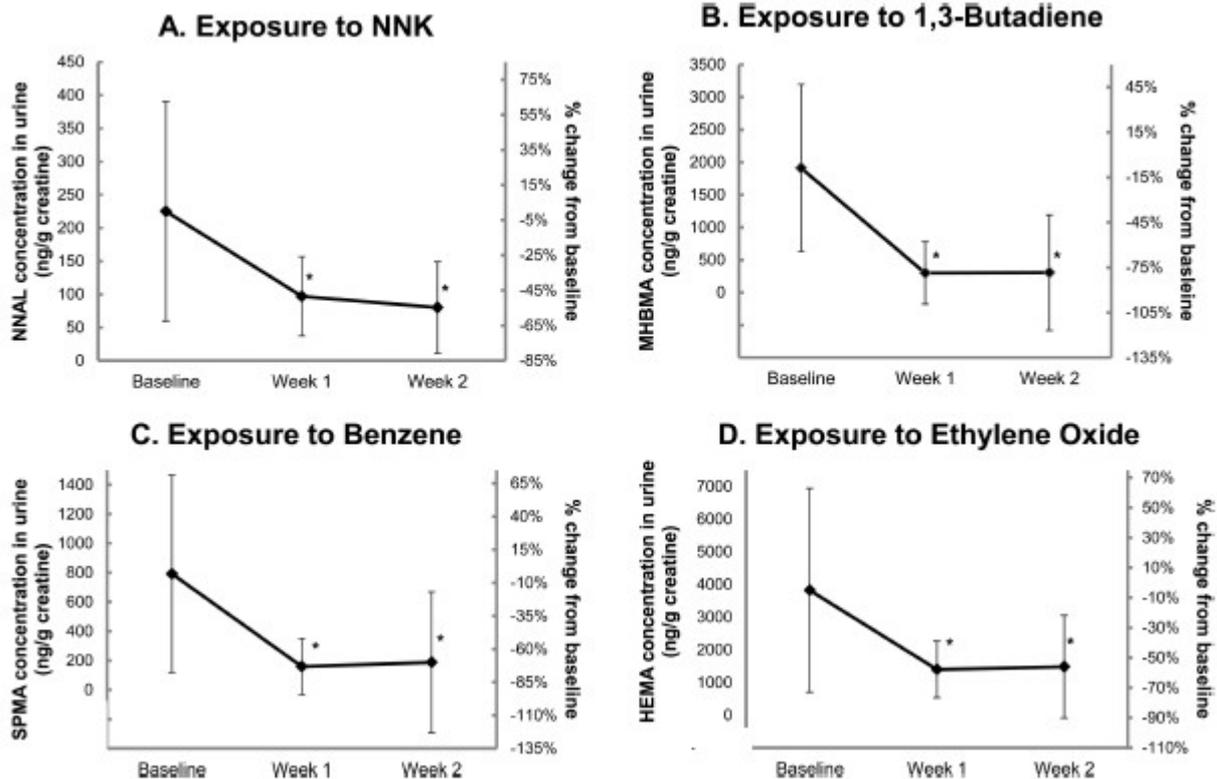
Les fumeurs ont reçu le matériel et 20 cartouches de liquide dosé à 11 mg/ml de nicotine. Lors de la première visite, on leur a proposé de l'utiliser à la place de leurs cigarettes pendant 2 semaines. Pendant ces 2 semaines les participants ont compté le nombre de cigarettes fumées et la quantité de produit utilisé (cartouches). A chaque visite (ligne de base, semaine 1 et semaine 2) un échantillon urinaire était collecté.

La consommation moyenne de cigarettes est passée à  $0,8 \pm 1,3$  cig/j au bout d'une semaine et à  $0,6 \pm 1,2$  cig/j au bout de 2 semaines. Neuf (45%) d'entre eux ne fumaient plus à la semaine 1 ou à la semaine 2. Parmi ceux qui fumaient encore le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est passé à  $1,4 \pm 1,6$  cig/j au bout d'une semaine et à  $1,1 \pm 1,5$  cig/j au bout de 2 semaines. Le statut tabagique a été confirmé par mesure du CO expiré, montrant une baisse chez tous les participants ( $p=0,007$ ). La consommation de nicotine est restée stable au cours de l'étude (voir graphique ci-dessous). Les participants utilisaient en moyenne 1 à 2 cartouches de liquide nicotiné par jour.



Les analyses d'échantillons urinaires (à chaque visite) ont servi à mesurer la nicotine et 7 métabolites de celle-ci, ainsi que 17 biomarqueurs d'exposition au tabac (13 carcinogènes majeurs de la fumée de tabac, un marqueur spécifique, le NNK, 8 composés organiques volatiles, et 4 hydrocarbures aromatiques polycycliques). Les changements de concentration des biomarqueurs dans le temps ont été évalués par analyse de variance pour mesures répétées.

Sur les 17 biomarqueurs d'exposition au tabac, 12 ont baissé significativement au cours des 2 semaines. La figure ci-dessous montre la diminution de 4 substances classées comme carcinogènes. La baisse de la concentration de nitrosamine (NNK) a été de 64% ( $p<0,001$ ).



Une baisse significative de la concentration des composés organiques volatiles a aussi été constaté, particulièrement pour le 1,3-butadiène, le benzène et le 3-hydroxyfluorène ( $p < 0,05$ ), seuls 4 métabolites d'hydrocarbures aromatique polycycliques n'ont pas baissé significativement. L'analyse détaillée montre que la diminution de certaines substances est due principalement aux participants ayant totalement remplacé leurs cigarettes par le vapotage. Par exemple, la diminution du 3-hydroxyfluorène n'a été significative que chez ceux ne faisant que vapoter ( $p = 0,004$  à 1 semaine,  $p = 0,001$  à 2 semaines), alors que chez ceux fumant encore la diminution n'était pas significative.

Dans la discussion, les auteurs mentionnent que la réduction d'exposition à de nombreux marqueurs observée dans cette étude est du même ordre de grandeur que celle observée chez des fumeurs ayant arrêté de fumer sans substitution. Selon eux, cela suggère que le vapotage n'est pas une source significative d'exposition à ces substances toxiques. Des études longitudinales plus longues seraient nécessaires pour le confirmer (c'est le cas de celle de Shahab et al (2017) présentée dans la [Lettre N°79 de mars 2017](#)).

## ● Résolution d'une amygdalite récurrente chez un non-fumeur devenu vapoteur.

**Miler JA et Hajek P. Med Hypotheses. 2017; 109:17-18.**

[http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877\(17\)30348-1/fulltext](http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877(17)30348-1/fulltext)

A l'occasion d'une enquête sur Internet portant sur les infections de la sphère ORL chez les vapoteurs, une participante a déclaré vaper et être non-fumeuse. Celle-ci a accepté d'être contactée et a été suivie sur plusieurs semaines.

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans en bonne santé générale, mais qui souffre depuis son enfance d'infections des oreilles, ayant subi deux épisodes sévères d'otite et d'une rupture du tympan à l'âge adulte. Son principal problème est une amygdalite récurrente ayant commencé vers l'âge de 7 ans, et la présence récurrente de caséum (tonsillolithe) depuis l'âge de 17 ans. Cela lui cause un mal de gorge tous les matins, qui s'améliore après la prise de nourriture, mais fluctue au cours de la journée. Ces amygdales sont enflammées et elle a souvent du mal à avaler, elle a aussi des glaires foncées et toussé beaucoup. Cela dure environ une semaine par mois. Dans l'enfance elle a été régulièrement traitée par des antibiotiques, mais on lui a déconseillé l'ablation des amygdales. Elle avait fini par accepter cette souffrance, sans traitement particulier, en attendant simplement que ça passe, sur les conseils de son médecin généraliste.

La jeune femme n'a jamais fumé, mais vit avec un homme qui a arrêté de fumer environ 8 mois plus tôt et qui

vape des liquides contenant entre 3 et 6 mg/ml de nicotine. Elle a d'abord essayé de temps en temps sur le matériel de son partenaire, puis lorsque celui-ci a changé de matériel, elle a hérité de son premier matériel et s'est mise à l'utiliser plus fréquemment. Depuis, elle vape régulièrement et utilise 8 à 20 ml de liquide par jour (entre 0 et 3 mg/ml de nicotine) avec différents arômes. Elle s'en passe parfois plusieurs jours sans inconfort, mais elle aime vaper et a réduit le grignotage qu'elle avait l'habitude de faire (bonbons et chocolat toute la journée).

Après environ 3 mois de vapotage, elle a constaté que ses maux de gorge du matin avaient disparus, ainsi que ses glaires et sa toux. Après 8 mois de vapotage elle n'a plus d'amygdalite et son caséum a fortement régressé. Elle n'a plus fait non plus de rhume ou d'infection respiratoire depuis qu'elle vape.

L'interprétation qu'en font les auteurs, sans pour autant déclarer un lien de cause à effet, serait l'effet antimicrobien bénéfique du propylène glycol (une publication de 1942 l'a montré) et peut-être aussi l'effet anti-inflammatoire de la nicotine à faible dose, bien que la jeune femme vape principalement des liquides sans nicotine. Comme les virus sont plus souvent en cause dans les amygdalites récurrentes, il est possible que le propylène glycol agisse ici plutôt comme un antiviral. Les auteurs suggèrent un essai clinique chez des patients ayant des infections récurrentes de la sphère ORL en les faisant vaper du liquide sans nicotine, afin de vérifier que cette observation n'est pas juste due à une coïncidence.



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

[www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)

## Congrès



**Judi 16 & vendredi 17 novembre 2017**  
Maison Internationale - CIUP  
**Paris**

[www.csft2017.com](http://www.csft2017.com)

Société —  
Francophone  
de Tabacologie

[www.csft2017.com](http://www.csft2017.com)

### le 15/11/2017

#### **XVII<sup>e</sup> ème rencontre nationale des infirmier(e)s en tabacologie**

L'Association Française des Infirmier(e)s tabacologues vous invite à sa XVII<sup>e</sup>ème rencontre le **mercredi 15 novembre** au Campus Picpus à Paris. Rendez-vous annuel d'échanges et de partages d'expériences, cette journée est l'occasion pour chacun de parfaire ses compétences dans le domaine de la tabacologie.

Inscription gratuite mais obligatoire à renvoyer par mail à Mme Christiane Valles, [christiane.valles@ch-cahors.fr](mailto:christiane.valles@ch-cahors.fr)

- [Pour en savoir plus](#)
- [Télécharger la feuille d'inscription](#)



# Hôpital et lieu de santé sans tabac



Les nouveaux outils réalisés par le RESPADD sur la thématique des lieux de santé sans tabac sont disponibles à la commande sur l'espace adhérent via le site internet du RESPADD.

Vous trouverez :

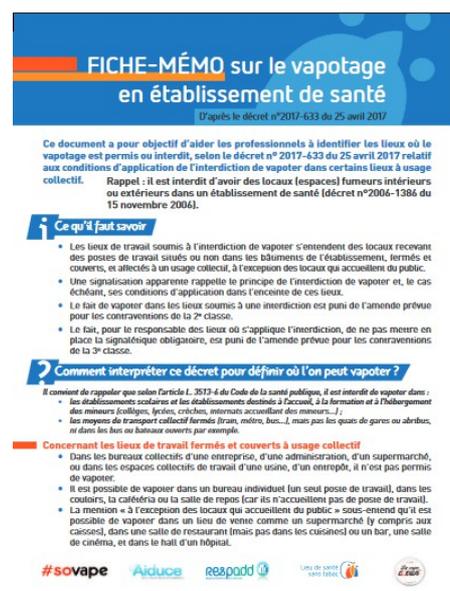
- [le guide Hôpital sans tabac](#)
- [le livret Prendre en charge les fumeurs dans les lieux de santé](#)
- [la charte Hôpital sans tabac \(deux formats disponibles : 40cmx60cm et 60cmx80cm\)](#)
- [les stickers "Lieu de santé sans tabac" \(deux formats disponibles : 4cmx11cm et 18cmx42cm\)](#)

[N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire.](#)

## PUBLICATION

### Fiche-mémo sur le vapotage en établissement de santé

Le RESPADD, en partenariat avec La Vape du coeur, AIDUCE et SOVAPE, a réalisé une fiche-mémo sur le vapotage en établissement de santé dans le but d'aider les professionnels à mettre en place la nouvelle réglementation concernant le vapotage.



Retrouvez toutes les annonces du RESPADD ici : <http://www.respadd.org/category/agenda/>

**T**arifs : (repas inclus)  
 Individuel : 30€  
 Formation continue : 50€  
 Prise en charge possible au titre de la formation continue (n° d'activité : 52 72 010 75 72)

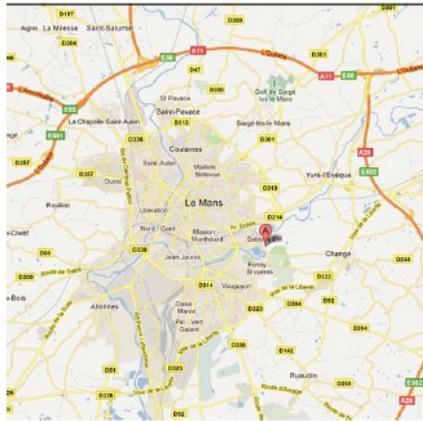
**Inscription obligatoire  
 avant le 25 octobre 2017**

Via le bulletin d'inscription joint

Contact, inscription et renseignements  
 Cellule de Formation à destination des Publics Extérieurs

☎ 02.43.78.85.27

[cfpe@epsm-sarthe.fr](mailto:cfpe@epsm-sarthe.fr)



**Jeu**di 9 novembre 2017

de 9 h 00 à 17 h 30

Abbaye de l'Épau  
 Route de Changé,  
 72530 Yvré l'Évêque

**Intervenants**

**Docteur Nicolas BONNET**  
 RESPADD

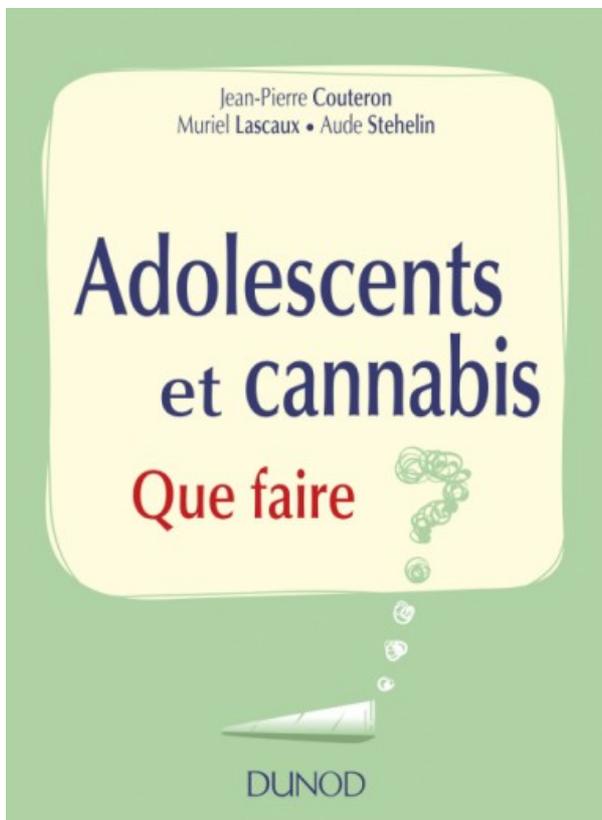
**Professeur Bertrand DAUTZENBERG**  
 CHU Pitié Salpêtrière

**Professeur Alain DERVAUX**  
 CHU Amiens



- Par TGV (15 mn de la Gare)
- Tramway : direction Espal  
 Arrêt « Epau Gué Bernisson » (13 mn de la Gare)

20 av. du 19 mars 1962 - BP 50004  
 72703 Allonnes Cedex



Un livre de : Jean-Pierre Couteron, Muriel Lascaux et Aude Stehelin

L'usage de cannabis est souvent un objet de tension entre l'adolescent et sa famille inquiète des conséquences. L'expérience acquise par les auteurs auprès des familles ayant vécues ces situations montre l'intérêt de les aider à mieux se mobiliser pour accompagner l'adolescent dans la construction de sa motivation au changement. L'objectif de ce manuel est de permettre aux parents de comprendre leur rôle et les outiller pour interagir avec leur adolescent. Il s'agit de les renforcer dans leurs compétences parentales, expliquer les particularités de l'accompagnement d'un adolescent usager et identifier des structures d'aide.

Voir la présentation du livre :

<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/adolescents-et-cannabis-que-faire>



# Fédération Française d'Addictologie

www.addictologie.org

Association Loi 1901 - Siret 439 242 058 00014 - APE 913E

**Journée interassociative – Lundi 4 décembre 2017**

Hôpital Paul Brousse, Villejuif

*Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé*

**Merci de bien vouloir vous inscrire rapidement (nombre de places limité) auprès du Dr Benoît FLEURY, Trésorier adjoint de la FFA ([benoitfleury@wanadoo.fr](mailto:benoitfleury@wanadoo.fr)).**

## **Médicaments opiacés : analgésie, usage détourné, addiction**

Suite aux changements de réglementation de la prescription de la codéine survenue au mois de juillet 2017, dans le cadre des usages de type purple drank, se met en place une nouvelle régulation de la prescription des opioïdes antalgiques en France jusque-là délistés. Ces événements résonnent avec l'épidémie d'abus d'opioïdes aux Etats-Unis et les conséquences connues en termes de morbi-mortalité. En parallèle, de nouvelles molécules à principe actif de forte puissance deviennent accessibles sur le marché noir sur un plan international. Ces phénomènes interrogent les frontières entre indications, prescriptions et consommations. Ce qui est l'objet de cette matinée.

### **PROGRAMME**

9 h 00 Accueil

9 h 25 **Introduction de la journée**

avec le Pr Amine BENYAMINA et le Pr Nicolas SIMON

**Session 1** animée par le Dr Alice DESCHENAU

9 h 30 **Aspects épidémiologiques : les exemples américain et européen, similarités et différences**

Dr Patrizia CARRIERI

*Suivi d'un débat avec la salle*

10 h 00 **Caractéristiques pharmacologiques des opiacés : intérêts et limites dans l'addiction et la douleur**

Pr Maurice DEMATTEIS

*Suivi d'un débat avec la salle*

10 h 30 **Addiction versus dépendance : différences cliniques**

Dr Mélina FATSEAS

*Suivi d'un débat avec la salle*

11 h 00 *Pause*

**Session 2** animée par le Dr Didier TOUZEAU

11 h 30 **Impact de la réglementation sur les usages : aspects bénéfiques et inconvénients – Pistes provisoires pour des Recommandations cliniques**

Table ronde

Dr Mélina FATSEAS, Dr Patrizia CARRIERI, Dr Patrick DAIME, Pr Maurice DEMATTEIS, Pr Alain DERVAUX, Dr Grégory PFAU, Dr Nicolas PRISSE (MILDECA), Représentant(e) de l'ANSM (sous réserve), Représentant(e) de la DGS (sous réserve), Représentant(e) de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (sous réserve)

*Suivi d'un débat avec la salle*

12 h 45 **Conclusions** avec le Pr Nicolas SIMON

13 h 00 Fin de la journée interassociative : déjeuner sur place



A l'occasion du **Moi(s) sans tabac - Fonds Actions Addictions - Addict'aide**

3 soirées Facebook (18-20 heures) sont proposées sur le groupe "je ne fume plus !" avec 2 tabacologues de renom : Bertrand Dautzenberg le 7 novembre et Anne Borgne le 13 novembre. Chacune de ces soirées réunira autour d'une table ronde l'expert, Françoise Gaudel l'animatrice du groupe et Michel Reynaud, avec 7 à 8 membres ayant arrêté de fumer pour le Moi(s) Sans Tabac : ils pourront poser les questions aux experts, et quelques questions seront également posées par les auditeurs sur Facebook.

Groupe Facebook "je ne fume plus !"

---

## *offres d'emploi*

**Médecin tabacologue** à temps partiel (0.1 ETP) au service des consultations externes de l'Hôpital Stell à Rueil Malmaison (Hauts-de-Seine).

Contact :

Dr BOUKHSIBI Fatima, chef de pôle, [fatima.boukhsibi@ch-rueil](mailto:fatima.boukhsibi@ch-rueil)

1 rue Charles Drot 92 500 Rueil Malmaison

**Le pôle addictions de Paul Guiraud recrute un médecin tabacologue à temps partiel**

Pour son unité de consultations de tabacologie ouverte aux patients hospitalisés et suivis par le GH Paul Guiraud (établissement public de soins psychiatriques), ainsi qu'aux professionnels du site, le pôle recrute un médecin tabacologue à partir de septembre 2017.

**Caractéristiques du poste**

Temps partiel : 30%, soit 3 demi-journées

Lieu d'exercice : poste partagé entre le site de Villejuif et celui de Clamart

Consultations dédiées de tabacologie : dossiers cdtnet, COtesteur, prescription et/ou dispensation de TSN, autres prescriptions

Participation à des actions de prévention

Equipe : une infirmière et un psychiatre tabacologues réalisent également des consultations de tabacologie sur un temps partiel, et font partie par ailleurs de l'ELSA de l'établissement.

**Profil du candidat**

Médecin formé en tabacologie

Expériences auprès des patients de psychiatrie bienvenues

**Contacts :**

Didier Touzeau, chef de pôle, [didier.touzeau@gh-paulguiraud.fr](mailto:didier.touzeau@gh-paulguiraud.fr), 0608511014

Alice Deschenau, PH responsable de l'UF, [alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr](mailto:alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr), 0616653340

Le centre ambulatoire d'addictologie recherche un **praticien attaché temps plein**, soit dix vacations pendant 20 mois. Le centre se compose de quatre secteurs : des consultations d'addictologie, une ELSA, un CSAPA et une consultation jeunes et addictions.

Les médecins généralistes en cours de DIU, de capacité, les médecins spécialistes en cours de DIU, de capacité, de DESC et les médecins en cursus de recherche en M1 ou M2 ou les médecins souhaitant valider leurs trois années d'exercice en France, ayant passé avec succès l'examen écrit, sont bienvenus. Il est tout à fait possible d'envisager une publication en tabacologie durant ce laps de temps. Merci d'adresser votre CV et votre lettre de motivation au Dr Anne-Laurence LE FAOU, [anne-laurence.lefaou@aphp.fr](mailto:anne-laurence.lefaou@aphp.fr).

Recherche d'un **tabacologue** pour la consultation d'aide au sevrage tabagique pour le personnel de l'Hôpital Necker (AP-HP, Paris).

Merci de contacter le Dr Elisabeth Gabarra, Médecin du travail, Service de santé au travail de l'Hôpital Necker, Tél. 01 44 49 41 83, [elisabeth.gabarra@aphp.fr](mailto:elisabeth.gabarra@aphp.fr).

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'hépto-gastroentérologie ; 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](mailto:patrick.dupont@aphp.fr).

Poste de **tabacologue** (2 demi-journées) disponible à la Consultation de médecine du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 pour cause de départ à la retraite.

Consultations d'aide au sevrage tabac (Drs Berlin, Zeganne et Iatchev, une IDE clinicienne en tabacologie Mme Pison-Diakhaté, une diététicienne et une psychologue) et alcool (Drs Kosim et Pham) au sein d'une consultation polyvalente (médecine générale, médecine interne, rhumatologie, dermatologie, hépatogastrologie) partie prenante de l'UF d'addictologie (ELSA : Dr Edel, lits sevrage complexe : Dr Podevin et Pr Millet, UCT : Pr Dautzenberg).

Consultations mais aussi enseignement aux étudiants/stagiaires, participation aux activités transversales (Moi(s) sans tabac, projet pilote de repérage et substitution de tout patient hospitalisé...) et études.

Contact :

Dr Christian de Gennes, UF Consultation de Médecine (pôle 3I), GH Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, Tél. 01 42 17 62 61, [christian.de-gennes@aphp.fr](mailto:christian.de-gennes@aphp.fr).  
(annonce du 18.08.17)

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](mailto: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](mailto: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<sup>er</sup> 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](mailto: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](#)**

**[Novembre, opération "mois sans tabac"](#)**

**[Mois sans tabac : vous comptez arrêter de fumer en novembre ? Racontez-nous !](#)**

**[Des malades privés de leur traitement à la nicotine](#)**

**[Patch ou vapotage: choisissez votre camp pour le mois sans tabac](#)**

**[Une étude chiffrée sur le nombre de morts évitées grâce à la cigarette électronique](#)**

**[Parkinson : des malades dénoncent l'abandon d'une thérapie efficace](#)**

---

***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)