

Lettre Thématique : Tabagisme et santé bucco-dentaire

● Pourcentage de risque de cancer de la cavité buccale attribuable au tabac et/ou à l'alcool dans la population française.

Radoï L et al. BMC Cancer. 2015 Oct 31;15:827.

Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26520570>

Cette étude a cherché à mesurer quel est le pourcentage de cancers de la cavité buccale attribuable à la consommation de tabac et/ou d'alcool (indépendamment ou associés). C'est une étude cas-contrôles réalisée sur les données de 689 cas de cancer de la cavité buccale et 3481 contrôles (étude ICARE), afin de déterminer le pourcentage de risque attribuable (PRA) à la consommation de ces deux substances, ou leur association, dans la population. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour calculer les rapports de cote (OR), les PRA et les intervalles de confiance à 95%.

Les cas éligibles (enregistrés sur la base de données française des cancers) incluaient des tumeurs de la cavité buccale confirmées par histologie chez des personnes de 75 ans ou moins au moment de l'entretien. Parmi les 1316 cas éligibles, 968 ont pu être contactés et 792 (81,8%) ont accepté de participer. Les contrôles ont été sélectionnés dans la population générale par appel téléphonique randomisé, 4411 ont été contactés et 3555 (80,6%) ont accepté de participer. Les entretiens ont été réalisés en face-à-face. Le questionnaire portait sur les données socio-démographiques, les antécédents médicaux et familiaux, les consommations de tabac, d'alcool et de thé (quantité, durée, type de produit, âge d'initiation, durée de l'abstinence le cas échéant). Certaines personnes trop malades au moment de l'entretien n'ont pas pu compléter toutes les questions, elles ont été retirées de l'analyse, laissant 689 cas et 3481 contrôles.

Les hommes représentaient plus des 2/3 des cas (78,2%) et des contrôles (80,6%). Les cas étaient un peu plus jeunes (56,8 ans) que les contrôles (58,5 ans) et un niveau d'éducation moindre (12,3% de diplômes universitaires, contre 25,9%). La localisation de la tumeur était de 27,7% sur le plancher de la bouche, 23,2% sur la langue, 18,8% à la base de la langue, 11,5% pour les autres parties de la bouche et 10,8% pour le voile du palais. Les gencives et la voûte palatine ne représentaient que 5,7% et 2,3% respectivement.

Les résultats présentés partiellement dans le tableau ci-dessous (voir l'article en libre accès pour le tableau complet avec le détail par localisations des tumeurs) montrent que l'alcool seul n'est pas un risque significatif de cancer de la cavité buccale (PRA ou PAR en anglais = 0,3%), que le tabagisme représente un PRA de 12,7%, mais que l'association du tabagisme et de l'alcool représente un PRA de 69,9%, montrant que l'effet combiné est plus grand qu'une simple multiplication des risques associés à chaque substance. Au total, les consommations de tabac et/ou d'alcool représentent un PRA de 82,9% pour les cancers de la cavité buccale.

Le PRA de l'association tabac et alcool était moins important chez les femmes (45,4%) que chez les hommes (74,0%), ce qui a déjà été montré dans d'autres études. Cela s'explique par la proportion plus faible de l'association tabac et alcool chez les femmes (41% des cas féminins) que chez les hommes (78% des cas

masculins). Les auteurs n'excluent pas une sous-déclaration de la consommation d'alcool chez les femmes, qui est moins acceptée socialement. Dans la conclusion, les auteurs pointent le fait que si 94% des cancers de la cavité buccale sont expliqués chez les hommes par les facteurs de risque pris en compte (tabac, alcool, IMC < 25,0 kg.m² et consommation de thé), 26% des cancers de la cavité buccale chez les femmes ne sont pas expliqués par ces facteurs de risque. D'autres études sont donc nécessaires afin de trouver ces facteurs de risque.

Table 1 Odds ratios (OR), population attributable risks (PAR) and confidence intervals (95 % CI) for oral cavity cancer associated with tobacco smoking, alcohol drinking and their joint effect, overall and by subsite, gender and age. ICARE study

| | Cases (N = 689) | Controls (N = 3481) | OR (95 % CI) ^a | PAR (95 % CI) ^a |
|--------------------------------|--------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Oral cavity overall | | | | |
| None consumption | 37 | 926 | reference | |
| Alcohol alone | 14 | 297 | 1.1 (0.4–2.6) | 0.3 % (–3.9–3.9) |
| Tobacco alone | 135 | 1189 | 3.2 (1.9–5.3) | 12.7 % (6.9–18.0) |
| Tobacco and alcohol | 486 | 1040 | 17.3 (10.6–28.3) | 69.9 % (64.4–74.7) |
| Total (Alcohol and/or tobacco) | | | $\Psi = 5.2 (1.9–13.8)$ | 82.9 % (73.8–88.5) |

Tableau 1 : Rapports de cote (OR), pourcentages de risque attribuable (PAR) et intervalles de confiance (IC 95%) pour les cancers de la cavité buccale associés à la consommation séparée ou associée de tabac et d'alcool.

● Même après l'arrêt du tabagisme, l'effet sur la perte des dents perdurerait !

Similä T et al. BMC Public Health. 2016 Aug 24;16(1):867.

Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997696/>

Cette étude transversale finlandaise est basée sur les données d'une cohorte née en 1966 et suivie pendant 46 ans (les données ont donc été obtenues lors du suivi à 46 ans, et les données sur le tabagisme et les autres variables ont été recueillies par questionnaire). Les données de 5540 personnes ont été utilisées pour tester l'influence de la durée du tabagisme et de l'arrêt sur la perte des dents. Les sujets ont été classés en fumeurs (n=1757), ex-fumeurs (n=1525) et non-fumeurs (n=3062) (déclaratif), et la durée du tabagisme (pour les fumeurs et les ex-fumeurs) et de l'abstinence (pour les ex-fumeurs) ont été prises en compte. Le nombre de dents, incluant les dents de sagesse (déclaré + examen clinique sur une partie des sujets), servant de mesure de l'effet du tabagisme a été classé en deux groupes : 0 à 27 dents, et 28 à 32 dents (ce qui permet d'éviter de compter la perte des dents de sagesse comme seulement due au tabagisme). Des modèles de régression logistique binaire ont été utilisés pour calculer les rapports de cote (OR) non ajustés et ajustés sur les variables confondantes (sexe, éducation, fréquence de brossage des dents, diabète et consommation d'alcool).

Plus de la moitié des sujets étaient non-fumeurs, dont une majorité de femmes (60%), alors que la répartition hommes-femmes était presque similaire chez les fumeurs et ex-fumeurs (52% d'hommes dans les deux groupes). Les résultats montrent que le pourcentage de personnes ayant moins de 28 dents (ayant donc au moins perdu une dent si les dents de sagesse ont été extraites ou n'ont pas poussé) est plus important chez les fumeurs (49%) que chez les ex-fumeurs (42%) et les non-fumeurs (35%).

Parmi les ex-fumeurs, les hommes ont fumé plus longtemps que les femmes (38% ont fumé 20 ans ou plus chez les hommes, contre 25% chez les femmes), les femmes ayant arrêté de fumer depuis plus longtemps (35% des femmes ont arrêté depuis 20 ans ou plus, contre 25% chez les hommes). Au total, 58% des ex-fumeurs avaient au moins 28 dents, le nombre moyen de dents était de 27,0 chez les hommes et 27,4 chez les femmes.

Le tableau ci-dessous montre les résultats des régressions logistiques qui comparent les fumeurs et ex-fumeurs aux non-fumeurs en fonction de la durée du tabagisme (<10 ans vs. 10 ans ou plus). Les résultats montrent que 10 ans ou plus de tabagisme ont une répercussion significative (par rapport à moins de 10 ans) sur la perte des dents, y compris chez les ex-fumeurs. L'effet est un peu moins important et à la limite de la significativité chez les femmes (OR ajusté = 1,27 ; IC 95% 1,00-1,62) que chez les hommes (OR ajusté = 1,74 ; IC 95% 1,40-2,16 ; p non donné). L'analyse basée sur l'examen clinique dentaire (745 hommes et 929 femmes), et non pas seulement le déclaratif, a donné des résultats similaires.

La figure présentée dans l'article (en libre accès) montre que chez les hommes le risque de perte de dents après l'arrêt du tabac ne diminue vraiment qu'à partir de 10-11 ans d'arrêt, mais qu'il ne rejoint pas celui des non-fumeurs même après 20 ans d'arrêt (OR toujours significatif). Cet effet n'a pas été observé chez les femmes, sans doute, selon les auteurs, parce que les femmes finlandaises ont fumé moins et moins longtemps que les hommes.

En comparant leurs résultats avec ceux d'une autre étude japonaise (uniquement chez les hommes car peu de fumeuses au Japon) chez des fumeurs de 40 à 75 ans (Yanagisawa T et al. J Periodontal Res. 2010;45:277–83), les résultats semblent similaires, ce qui exclut le fait que cet effet soit dû à une population/génération plus jeune (46 ans dans cette étude).

Dans la discussion, les auteurs prennent cependant la précaution de dire, puisque cette étude est transversale (et non pas longitudinale), qu'ils ne peuvent cependant pas établir de lien de causalité entre tabagisme et perte des dents.

Table 4 Results of the binary logistic regression analyses, with self-reported number of teeth as the outcome (n = 5245)

| Smoking status | Gender | Years of smoking (ref. = Never smoker) | Unadjusted | | Adjusted* | |
|----------------|--------|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | OR | 95 % CI | OR | 95 % CI |
| Current | Male | 1–9 (n = 74) | 1.43 | 0.88–2.30 | 1.38 | 0.85–2.25 |
| | | 10+ (n = 621) | 2.17 | 1.76–2.66 | 1.74 | 1.40–2.16 |
| | Female | 1–9 (n = 101) | 1.20 | 0.80–1.82 | 1.13 | 0.74–1.72 |
| | | 10+ (n = 559) | 1.80 | 1.48–2.18 | 1.65 | 1.34–2.02 |
| | Total | 1–9 (n = 175) | 1.29 | 0.95–1.77 | 1.21 | 0.88–1.67 |
| | | 10+ (n = 1180) | 1.99 | 1.73–2.29 | 1.70 | 1.46–1.97 |
| Former | Male | 1–9 (n = 180) | 0.98 | 0.70–1.37 | 0.93 | 0.66–1.30 |
| | | 10+ (n = 458) | 1.53 | 1.22–1.92 | 1.35 | 1.07–1.71 |
| | Female | 1–9 (n = 287) | 1.15 | 0.89–1.49 | 1.12 | 0.86–1.46 |
| | | 10+ (n = 338) | 1.35 | 1.06–1.72 | 1.27 | 1.00–1.62 |
| | Total | 1–9 (n = 467) | 1.09 | 0.88–1.33 | 1.04 | 0.85–1.28 |
| | | 10+ (n = 796) | 1.46 | 1.24–1.71 | 1.31 | 1.11–1.55 |

Unadjusted and adjusted odds ratios (OR) with 95 % confidence intervals (CI) (28–32 teeth as the reference)
*Adjusted for gender, education, tooth brushing, alcohol use (g/week) and diabetes

● Les effets de l'acroléine sur la santé bucco-dentaire.

Aizenbud D et al. Rambam Maimonides Med J. 2016 Jul 28;7(3).

Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27487309>

Cette revue de la question en accès libre porte sur les effets délétères de l'exposition à l'acroléine. Cet aldéhyde insaturé hautement réactif est présent dans l'environnement, mais il est très fortement présent dans la fumée de tabac.

L'acroléine est produite en cas de combustion d'un végétal (le tabac par exemple), mais nous sommes aussi exposés par notre alimentation : les fruits comme les framboises, les fraises ou le raisin, mais aussi les légumes, le poisson et même certains fromages. Elle est aussi présente dans les gaz d'échappement des moteurs à combustion, ou lorsque l'on laisse trop chauffer une poêle. Il y a aussi une production endogène d'acroléine qui est un produit de la fragmentation des acides gras polyinsaturés.

L'acroléine produit un stress oxydatif responsable d'une inflammation qui par exemple est impliqué dans la destruction du tissu parodontique, et la parodontite chronique induit une inflammation systémique qui peut avoir des conséquences sur d'autres organes. Un autre effet de l'acroléine est sa propension à se lier aux sites nucléophiles des protéines, ce qui dans la cavité buccale peut induire des réactions avec les enzymes, les glycoprotéines et les immunoglobulines. Concernant les enzymes salivaires cela peut réduire leurs propriétés digestives et antimicrobiennes (infections oropharyngées plus fréquentes chez les fumeurs). Selon les auteurs elle pourrait même se lier à l'ADN et endommager les systèmes de protection comme les gènes suppresseurs des tumeurs.

● Effets de l'utilisation de la Chicha sur le pH, la capacité tampon, le flux et la consistance de la salive.

Khemiss M et al. Libyan J Med. 2017 Dec;12(1):1289651.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28266252>

Cette étude s'est intéressée à l'effet de l'utilisation de la Chicha sur les caractéristiques de la salive, car il n'y avait pas de données sur cette pratique (il y en a sur la consommation de tabac).

Les auteurs ont recruté des étudiants (dentaire, ingénierie et sciences) de l'Université de Monastir (Tunisie), non-fumeurs et fumeurs exclusifs de Chicha (les facteurs d'exclusions étaient le tabagisme, moins de 5 ans d'utilisation de la Chicha, l'utilisation de tabacs non fumés comme le tombac ou le jurak, une maladie systémique, des antécédents de radiothérapie de la tête ou du cou, la consommation d'autres substances addictives, porter un appareil dentaire).

Au total 72 sujets ont été inclus (tous des hommes), dont 36 non-fumeurs (âge moyen 23 ± 4 ans) et 36 fumeurs exclusifs de Chicha (âge moyen 22 ± 3 ans). Ils devaient s'abstenir de fumer ou de manger au moins 3 heures avant la collecte de salive qui avait lieu entre 10 h et 12 h du matin. La production de salive était stimulée par l'utilisation d'un chewing-gum. Les paramètres mesurés étaient le flux de salive (ml par min) sur une période de 5 min, le pH de la salive, la capacité tampon de la salive (sa capacité à neutraliser une petite quantité d'acide, de 10 à 160 μ l d'HCl à 0,1 N), et la consistance de la salive (fluide vs visqueuse, déterminée visuellement par l'expérimentateur).

Les sujets ont été appariés en fonction de l'âge, du nombre de dents, de l'indice de plaque, et du nombre de dents abîmées ou soignées. Les résultats n'ont pas montré de différence significative entre non-fumeurs (NF) et fumeurs de Chicha (FC) sur le flux salivaire (NF $1,78 \pm 1,14$ vs. FC $1,81 \pm 0,79$; $p=0,91$), le pH salivaire (NF $6,76 \pm 0,39$ vs. FC $6,60 \pm 0,37$; $p=0,08$), ou la consistance de la salive ($p=0,35$). Par contre une différence significative est apparue entre non-fumeurs et fumeurs de Chicha sur la capacité tampon de la salive (voir graphique ci-dessous). Sur la courbe de titration du pH, les deux groupes sont significativement différents à partir de 30 μ l d'HCl.

La perte de capacité tampon de la salive est un facteur important car cela peut augmenter le risque de caries. Les auteurs relèvent cependant quelques limitations à leur étude. D'abord il s'agit d'une étude transversale chez des volontaires recrutés qui ne peut représenter la population dans son ensemble, d'autant qu'ils ont sélectionné uniquement des hommes de façon à avoir un échantillon le plus homogène possible, compte tenu du fait qu'il existe des différences de le flux salivaire selon le sexe. Ils notent aussi qu'ils auraient dû inclure un groupe de fumeurs de cigarettes afin d'avoir un point de comparaison avec les études déjà publiées.

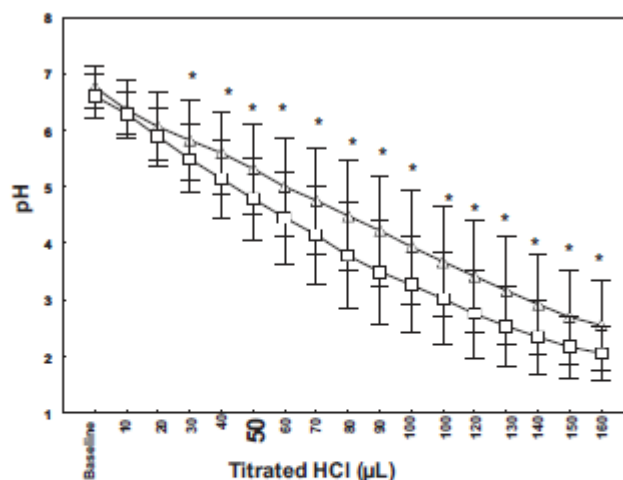


Figure 1. pH titration curve of exclusive waterpipe smokers (EWPS, $n = 36$) and non-smokers ($n = 36$). Data are mean (\square for non-smokers and Δ for EWPS) and standard deviation (\square). *Student's t -test $p < 0.05$: non-smokers vs. EWPS for the same volume of HCl.

● Résultats d'une enquête britannique sur la formation des dentistes à la prise en charge du tabagisme.

Holliday R et al. *Eur J Dent Educ.* 2017 Jun 27. doi:10.1111/eje.12280. [Epub ahead of print] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28653495>

Cette étude avait pour but de faire le point sur la formation initiale des dentistes et des aides dentistes au Royaume-Uni. Un questionnaire a été envoyé à tous les programmes de formation durant l'année universitaire 2015/2016.

Le questionnaire électronique comportait 17 items portant sur les connaissances sur le tabagisme et son évaluation chez les fumeurs, ainsi que sur les produits du vapotage. Il a été envoyé en juin 2016 en précisant aux étudiants qu'ils devaient renseigner le nom de l'institution où ils étudiaient, mais que l'analyse serait présentée de façon anonyme et sans mentionner l'institution. Toutes les questions nécessitaient une réponse, sans possibilité de retour en arrière.

Au total 25 des 37 programmes de formation ont pu être évalués (68%). Les données obtenues de la part des programmes pour les dentistes et ceux pour les aide-dentistes étaient fortement corrélées et ont donc été combinées. Le nombre d'heures dédiées à la formation théorique (1ère ligne) et à la formation pratique (2ème ligne) est présenté dans le tableau ci-dessous. Pour la majorité des programmes (théorique 68% et pratique 44%) le nombre d'heures était supérieur à 3 (sans précision du pourcentage par rapport au nombre total d'heures d'enseignement).

TABLE 1 Reported formal teaching time provided for both the theoretical and practical aspects of tobacco education

| | None | 30 min-1 h | 1-2 h | 2-3 h | >3 h |
|--|------|------------|---------|---------|----------|
| Amount of formal teaching time spent on theoretical content of tobacco education | 0 | 0 | 0 | 8 (32%) | 17 (68%) |
| Amount of formal teaching time spent on practical content of tobacco education. | 0 | 0 | 6 (24%) | 8 (32%) | 11 (44%) |

Tous les programmes délivraient les connaissances sur le tabagisme en faisant intervenir plusieurs personnes, principalement des dentistes ou aide-dentistes, mais aussi dans 36% des programmes l'intervention d'un spécialiste de l'arrêt du tabac. La plupart des programmes (80%) avait fait appel à spécialiste de l'arrêt du tabac les années précédentes, mais pas en 2016.

Pour le contrôle des connaissances, les examens portaient sur la partie théorique (pour 80% des programmes) et sur la partie pratique (pour 72%). Un contrôle continu sur la partie théorique était réalisé dans 36% des programmes, en plus d'un contrôle par l'examen final (40%) et par examen spécifique (48%).

Un contrôle continu sur la partie pratique était réalisé dans 56% des programmes, en plus d'un contrôle par examen (40%) et par qualification externe (20%). Pour 36% des programmes la qualification externe était obligatoire et devait être réalisée sur le site du [NCSCT](#) (le Centre national de l'arrêt du tabac et de la formation anglais, qui propose des qualifications à réaliser en ligne). Dans la moitié des programmes (52%) des documents multimédia de référence étaient proposés aux étudiants (le plus utilisé étant les recommandations du [NICE](#)). Mais, en dehors de l'Angleterre, 71% des programmes écossais, gallois ou d'Irlande du Nord ne mentionnaient pas les recommandations du NICE.

Il est intéressant de noter que pour tous les programmes, il est nécessaire que les étudiants sachent discuter des méfaits du tabagisme, délivrer un conseil bref et orienter vers un service d'aide à l'arrêt du tabac, mais que la prescription de médicaments d'aide à l'arrêt n'était pas possible pour un dentiste en 2016 (ni en 2017 selon le Dental Practitioners' Formulary du NICE), contrairement à la France qui le permet depuis 2016.

En 2016, peu de programmes (3, soit 12%) incluait une intervention spécifique sur les produits du vapotage.

● Amélioration de la santé bucco-dentaire chez des vapoteurs pendant un suivi de 4 mois.

Tatullo M et al. *Medicine (Baltimore).* 2016 Dec;95(49):e5589. Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27930577>

Cette étude pilote italienne (Crotone) a recruté 350 vapofumeurs ayant commencé à vapoter 4 ± 1 mois avant le début de l'étude, afin de vérifier si le fait d'arrêter de fumer et de passer exclusivement au vapotage pouvait montrer un effet bénéfique sur la santé parodontique, et de recueillir les perceptions des vapoteurs sur une

amélioration de leur santé, ainsi que sur la possible reprise du tabac.

Le suivi a eu lieu sur 120 jours pour chaque patient recruté dans le service de parodontologie et d'hygiène buccale. Trois visites avaient lieu, l'une à T0, puis à T1 (60 jours) et à T2 (120 jours). On a demandé aux vapofumeurs s'ils désiraient arrêter de fumer en participant à cette étude clinique, et de rapporter s'ils fumaient pendant l'étude le nombre de cigarettes fumées. Des critères d'exclusion, incluant la grossesse, et toute maladie nécessitant un traitement pouvant influencer les résultats (cancer, maladies respiratoires, cardiovasculaires ou de la cavité buccale) ont été appliqués. Deux groupes ont été formés, le groupe 1 était constitué de sujets ayant fumé moins de 10 ans (n=216), et le groupe 2 ceux ayant fumé 10 ans ou plus (n=134). A T0, après application des critères d'exclusion et tenant compte des personnes ne souhaitant pas participer, il restait 116/216 (54%) vapofumeurs dans le groupe 1 et 78/134 (58%) dans le groupe 2.

A T1, après application des critères d'exclusion et tenant compte des perdus de vue, il restait 77 vapofumeurs dans le groupe 1 et 57 dans le groupe 2.

A T2, après application des critères d'exclusion et tenant compte des perdus de vue, il restait 60/216 (28%) vapofumeurs dans le groupe 1 et 50/134 (37%) dans le groupe 2. Les analyses ont été faites sur cet échantillon final de 110 personnes (âge moyen 31 ± 9 ans) ayant complété l'étude.

Il n'est pas clairement indiqué dans l'article le type de produits du vapotage qu'utilisaient les participants, mais d'après la date de l'étude (réalisée apparemment en 2012) et la description du matériel (très succincte), il doit s'agir de « cigalike » ou produit de première génération avec un liquide dosé à 18 mg/ml de nicotine.

L'index de plaque (PI sur le graphique ci-dessous, mesuré sur une échelle allant de 0 à 3) et l'index de saignement papillaire (PBI sur le graphique) ont été mesurés à chaque visite. Une mesure de CO expiré a été réalisée de façon aléatoire sur 20% des sujets à chaque point temps pour vérifier l'abstinence tabagique.

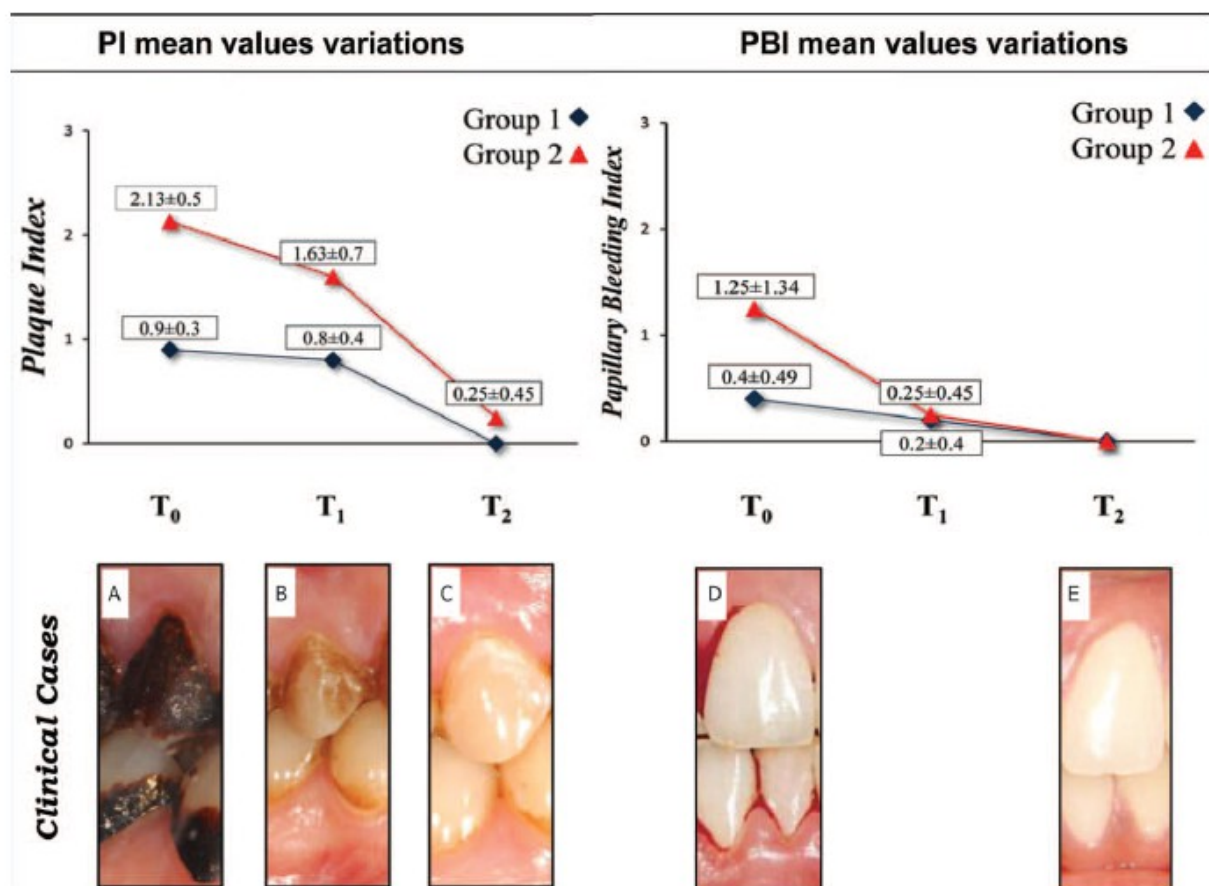


Figure 2. Comparison of PI and PBI values from T₀ to T₂. Group 1 (blue line) shows a PI that remains rather constant between T₀ and T₁, instead, group 2 (red line) shows a PI that tends to decrease homogeneously from T₀ to T₂. On the other hand, the PBI shows a trend rather comparable between the 2 groups, of course, starting from different values at baseline. PI and PBI values are expressed as mean \pm standard deviation. Clinical cases represent the appearance of the clinical conditions at different time points: (A-C) show the variation of PI from T₀ to T₂; (D, E) show the variation of PBI from T₀ to T₂. PBI = papillary bleeding index, PI = plaque index.

Chez les 110 vapoteurs exclusifs, entre le temps T0 (ligne de base) et T2 (120 jours), l'indice de plaque est passé de $0,9 \pm 0,3$ à 0 (pas de plaque mesurable) dans le groupe 1 (ayant fumé moins de 10 ans), et de $2,13 \pm 0,5$ à

0,25 ± 0,45 dans le groupe 2 (ayant fumé 10 ans ou plus). De même, l'index de saignement papillaire est passé de 0,4 ± 0,49 dans le groupe 1 et de 1,25 ± 1,34 dans le groupe 2 à T0 à 0 à T2 (plus de saignements après stimulation dans les 2 groupes). Les photos montrent des exemples de l'amélioration observée chez 2 sujets, l'un concernant la plaque dentaire, l'autre les saignements des gencives. Chez la quasi-totalité des vapoteurs exclusifs testés, le test de CO expiré confirmait l'arrêt du tabac.

Les auteurs concluent qu'une amélioration notable de la santé bucco-dentaire a été observée chez ces vapoteurs exclusifs suivis pendant 4 mois.



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

www.treatobacco.net

Congrès



Les défis
de la Tabacologie
Francophone

16 & 17 novembre
à la Maison Internationale
Paris 14^e

Les présentations faites au 11ème Congrès de la SFT sont disponibles ici :
<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/congres1.html>



Une session commune SFT/SFC aura lieu pendant les Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie le samedi 20 Janvier au Palais de Congrès, Porte Maillot, Paris. <http://www.cardio-online.fr/Congres/JESFC-2018>

Lien pour les inscriptions : <http://www.cardio-online.fr/Congres/JE-SFC-2018/Inscriptions>

📅 Samedi 20 Janvier 2018 ⌚ 09:00-10:30 📍 Salle 242 A

👥 Séance commune parrainée (organisée avec le soutien de l'industrie)

Modérateur(s) : Anne-Laurence LE FAOU, Youcef LOUNES

Orateur(s) : Denis ANGOULVANT, Henri-Jean AUBIN, Olivier STORA, Daniel THOMAS



09:00 · Denis Angoulvant

Tabac et traitement antivitamine K : les liaisons dangereuses



09:20 · Henri-Jean Aubin

Arrêt du tabac : nouveau traitement de l'anxiété et de la dépression



09:40 · Olivier Stora

Le sevrage tabagique est-il réalisable par le cardiologue de ville ?



10:00 · Daniel Thomas

Et la cigarette électronique, outil d'intérêt ?

La 12^e édition du Congrès de l'ALBATROS aura lieu les mercredi 06, jeudi 07 et vendredi 08 juin 2018 au CAP 15 à Paris sur le thème : *"Les addictions : du défi de la prévention à l'innovation thérapeutique"*.

www.congresalbatros.org/appel-communications-et-posters-2018



Congrès de la Nouvelle Société Française d'Athérosclérose à Biarritz, du 20 au 22 juin 2018 :

- le vendredi 22 juin 2018 sera une journée commune NSFA-SFT ;

- les membres de la SFT qui souhaiteraient n'assister qu'à cette journée pourront bénéficier d'une inscription à la journée, à tarif réduit (entre 80€ et 100€).

Vendredi 22 juin

9h00-11h15 Session VI Journée conjointe Société Francophone de Tabacologie - NSFA

9h00-9h30 "Polymorphismes des récepteurs à la nicotine et dépendance" **Uwe MASKOS**

9h30-9h50 "Tabac et diabète" **Vincent DURLACH**

9h50-10h10 "Tabac et lipides" **Michel FARNIER**

10h10-10h55 Pause, visites des posters et des expositions

10h55-11h25 "Cannabis et athéro-Thrombose" **Reto AUER**

11h25-12h25 Symposium PFIZER

12h25-14h00 Pause déjeuner, visites des posters et des expositions

14h00-15h30 Session parallèle VII NSFA/SFT actualités en tabaco - addictologique

14h00-14h20 "Tabac et thrombose et/ou Endothélium" **Eduardo ANGLES-CANO**

14h20-14h40 "Femme, tabagisme et risque CV" **Daniel THOMAS**

14h40-15h00 "Le contrôle du tabac" **Stephen LEQUET**

15h00-15h20 "Comment aborder un fumeur porteur d'une pathologie cardio-vasculaire" **Anne-Laurence Le FAOU**

14h00-15h30 Session parallèle VIII Hot topics

Communications orales sur sélection

15h30-16h00 Conférence Plénière "La cigarette électronique en 2018" **Ivan BERLIN**

Infos pratiques sur : nsfa.asso.fr



Le 12^e Congrès national de la SFT se tiendra du jeudi 29 au vendredi 30 novembre 2018.

Thème : La tabacologie au cœur de la santé

Lieu : Corum, Montpellier

Site du congrès : www.csft2018.com

Renseignements :

Carte Blanche

7, chemin En Barbaro, F-81710 Saix

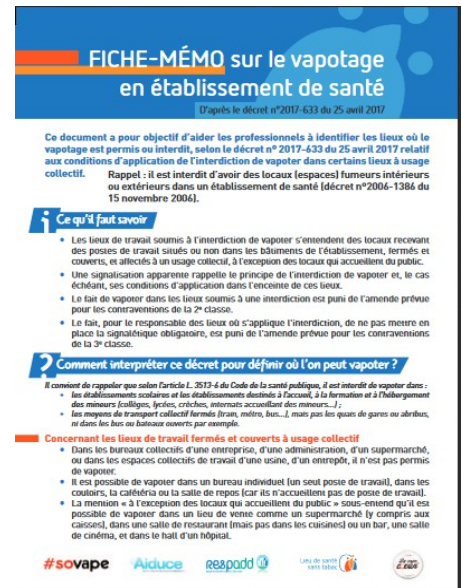
Tél. 33 (0)5 63 72 31 00

contact@csft2018.com

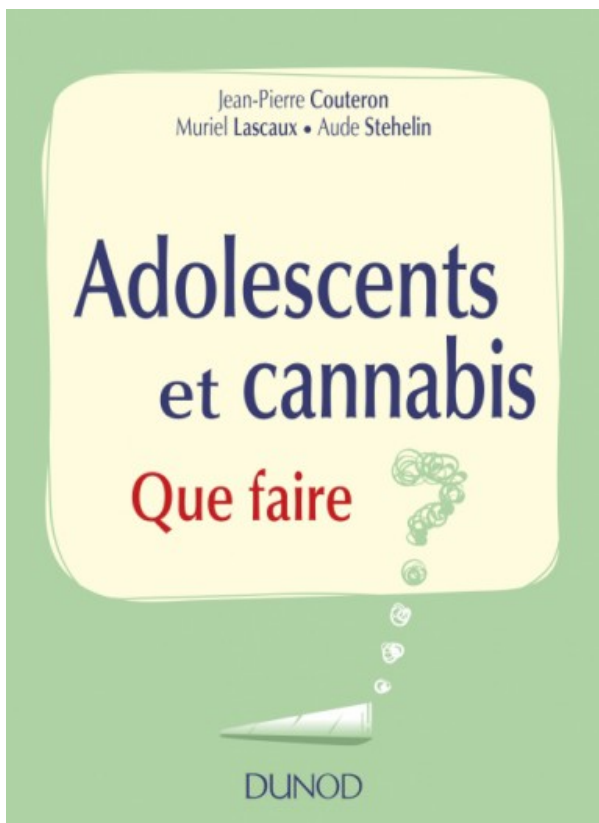
PUBLICATION

Fiche-mémo sur le vapotage en établissement de santé

Le RESPADD, en partenariat avec La Vape du cœur, 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/>



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>

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
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, 0608511014

Alice Deschenau, PH responsable de l'UF, alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr, 0616653340

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.

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.

Poste de **tabacologue** (2 demi-journées) disponible à la Consultation de médecine du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris) à partir du 1^{er} 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.
(annonce du 18.08.17)

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](#)

[L'Autriche renonce à interdire le tabac dans les bars](#)

[Directive tabac : les lobbyistes européens ont-ils déjà gagné ?](#)

[Tabac: le prix de certains paquets va baisser](#)

[Le vapotage et le cannabis sont plus populaires que la cigarette chez les adolescents américains](#)

[Tabac en terrasse : une interdiction souvent ignorée](#)
