

● Sevrage tabagique : un bénéfice quel que soit le gain de poids

Smoking Cessation, Weight Change, Type 2 Diabetes, and Mortality

Yang Hu *et al.*, *New England Journal of Medicine*, août 2018.

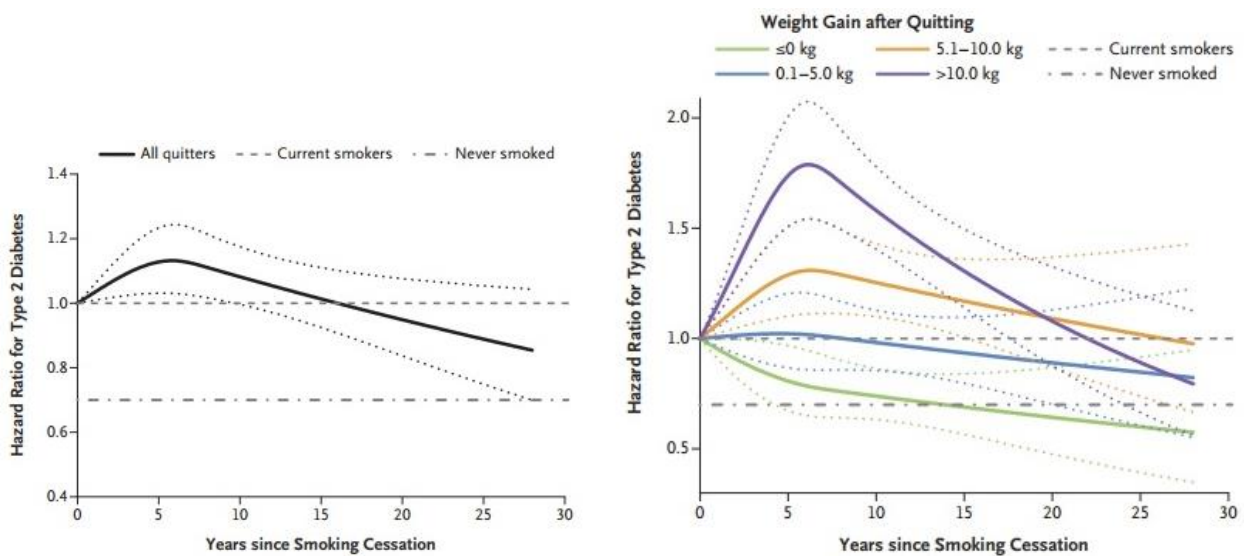
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1803626>

Dans quelle mesure la prise de poids atténue-t-elle les bénéfices d'un sevrage tabagique ? Dans cette étude conduite à Harvard, une équipe de chercheurs américains et chinois a entrepris de répondre à cette question pour le diabète de type 2. Les participants étaient issus de trois cohortes de professionnels de santé américains (deux cohortes d'infirmières et une cohorte d'hommes médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires) recrutées dans les années 80, pour un total de plus de 160 000 sujets conservés à l'analyse.

Les participants avaient un âge moyen de 53 ans (± 10 ans) et un IMC initial de 24 kg/m² (± 4) au moment de leur recrutement. Les anciens fumeurs ont été répartis en cinq catégories selon l'ampleur de leur prise de poids suite à l'arrêt du tabac, de 0 kg (poids stable) à plus de 10 kg. Les auteurs ont ensuite analysé, au moyen d'une régression multiple, le risque de survenue d'un diabète de type 2, de mort cardiovasculaire et de mort toutes causes, avec un suivi moyen de 20 ans.

Risque accru de diabète de type 2

Concernant le diabète, le risque augmentait les premières années suivant l'arrêt du tabac, avec un pic autour de la sixième année (*voir figure ci-dessous*). Une analyse plus fine a montré une grande hétérogénéité selon les profils : les participants avec une prise de poids limitée (inférieure à 5 kg) ont vu le risque décroître dès l'arrêt du tabac, alors que ceux accusant un important gain de poids (supérieur à 5 kg) ont dû attendre une vingtaine d'années pour que le risque de diabète revienne à son niveau d'avant sevrage.



Risque de diabète de type 2 suite à l'arrêt du tabac, par rapport aux fumeurs actuels.

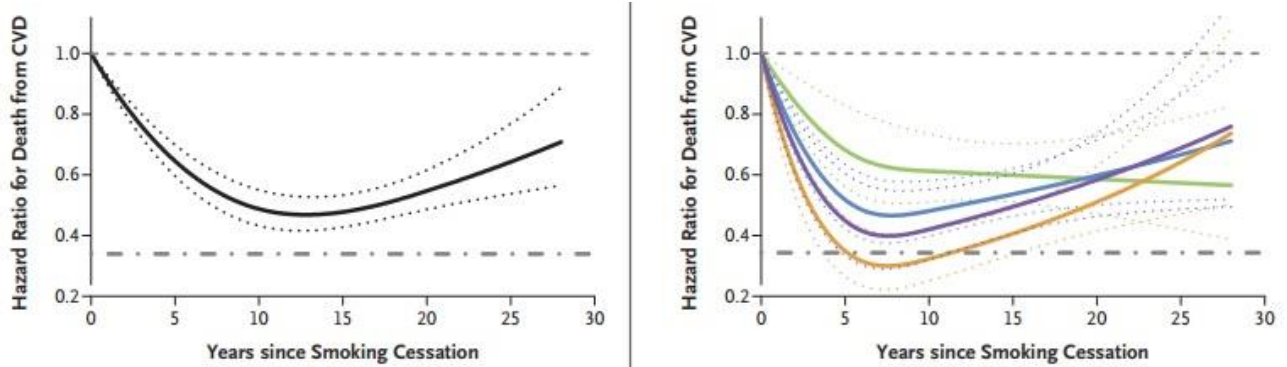
À gauche : analyse en population globale. À droite : analyse stratifiée selon la prise de poids.

Ordonnée : HR de diabète de type 2 ; abscisse : années écoulées depuis le sevrage.

En trait plein : participants ayant arrêté de fumer ; en pointillés : fumeurs actuels ; en traits alternés : non-fumeurs.

L'analyse multivariée a été ajustée pour l'âge, la cohorte, le groupe ethnique, la pratique d'une activité physique, l'IMC initial, la consommation d'alcool, l'historique d'hypertension, d'hypercholestérolémie et de diabète, la consommation de vitamines, le score d'alimentation AHEI et l'apport calorique journalier.

Ce risque de diabète peut légitimement inquiéter, mais l'analyse de mortalité offre une perspective rassurante sur l'intérêt global du sevrage tabagique. À compter de l'arrêt du tabac, le risque de mortalité par maladie cardiovasculaire suit une progression inverse à celui de diabète : il chute en flèche les premières années, avec un nadir situé entre 5 et 10 ans (voir figure ci-dessous). Il tend ensuite à remonter doucement, sans doute à cause du vieillissement des cohortes, sans jamais revenir au niveau de risque initial.



Risque de décès par maladie cardiovasculaire suite à l'arrêt du tabac, par rapport aux fumeurs actuels.

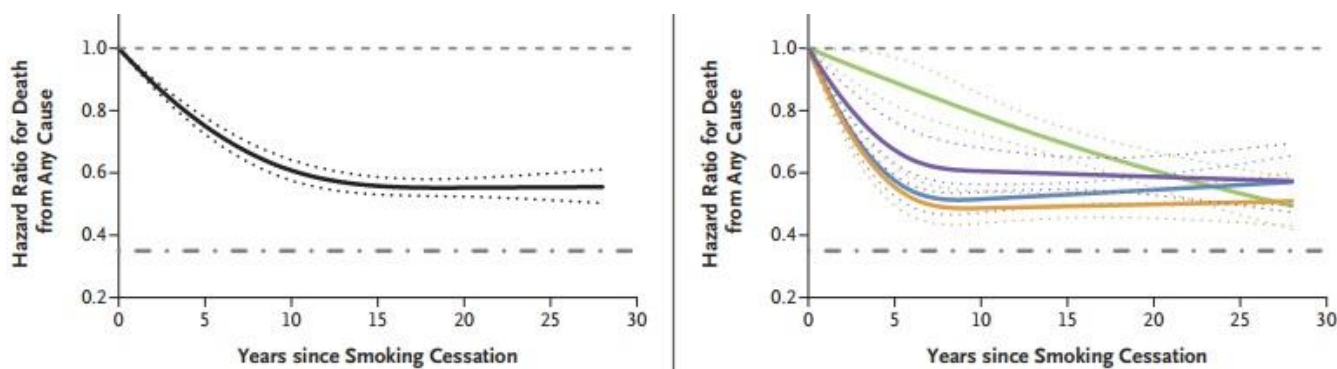
À gauche : analyse en population globale. À droite : analyse stratifiée selon la prise de poids.

Ordonnée : HR de mort par maladie cardiovasculaire ; abscisse : années écoulées depuis le sevrage.

En trait plein : participants ayant arrêté de fumer ; en pointillés : fumeurs actuels ; en traits alternés : non-fumeurs.

L'analyse multivariée a été ajustée pour les mêmes facteurs que le diabète de type 2.

L'évolution du risque de mortalité toutes causes complète ce tableau rassurant. Le risque de décès diminue en flèche à compter de l'arrêt du tabac, avant de se stabiliser autour de HR = 0,6 (voir figure ci-dessous). L'analyse stratifiée montre que la forme en « L » de cette courbe est due à l'influence de la prise de poids : chez les participants de poids stable, la réduction du risque consécutive au sevrage tabagique est parfaitement linéaire.



Risque de décès toutes causes suite à l'arrêt du tabac, par rapport aux fumeurs actuels.

À gauche : analyse en population globale. À droite : analyse stratifiée selon la prise de poids.

Ordonnée : HR de décès toutes causes ; abscisse : années écoulées depuis le sevrage.

En trait plein : participants ayant arrêté de fumer ; en pointillés : fumeurs actuels ; en traits alternés : non-fumeurs.

L'analyse multivariée a été ajustée pour les mêmes facteurs que le diabète de type 2 et la mortalité cardiovasculaire.

En fin de compte, l'arrêt du tabac a provoqué une diminution substantielle du risque de décès prématuré chez les participants. Chez les anciens fumeurs ayant entre 2 et 6 ans de sevrage, cette diminution du risque était de l'ordre de 40 % (HR ajusté = 0,58 ; IC 95 % 0,54 – 0,62). Elle était pratiquement identique chez les anciens fumeurs ayant plus de 6 ans de sevrage à leur actif (HR ajusté = 0,57 ; IC 95 % 0,54 – 0,59).

La principale limite de cette étude est mentionnée par le Pr Steven Schroeder (UCSF), [dans un éditorial associé](#) : « les participants des trois cohortes, tous professionnels de santé, n'ont pas une santé et des comportements directement transposables aux fumeurs d'aujourd'hui, qui tendent à être concentrés au sein des couches les plus vulnérables de la population. » À cette réserve près, il est possible d'affirmer que les bénéfices de l'arrêt du tabac dépassent de loin les risques consécutifs à la prise de poids, et ce même lorsqu'elle est importante.

• La vape au quotidien associée à un risque accru d'infarctus du myocarde

Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction

Alzahrani et al., *American Journal of Preventive Medicine*, août 2018

[https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(18\)31871-3/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(18)31871-3/fulltext)

Cette étude transversale, conduite à l'université de San Francisco et financée par des fonds publics américains (NIH et FDA), vise à évaluer les risques cardiovasculaires de la vape. Les chercheurs ont analysé les données de près de 70 000 participants de plus de 18 ans, issus de deux vagues successives (2014 et 2016) de la National Health Interview Survey (NHIS). La NHIS est une enquête de santé menée tous les ans par le gouvernement fédéral, sur une sélection d'environ 35 000 foyers sélectionnés au hasard sur le territoire américain.

Toutes les données récoltées étaient déclaratives. Après avoir évalué sa consommation de tabac et de vape, chaque participant a été étiqueté comme consommateur régulier (« tous les jours »), occasionnel (« certains jours ») ou non-consommateur. Les participants devaient aussi mentionner leurs antécédents cardiovasculaires (infarctus, diabète, hypertension). Une analyse multivariée (régression logistique) a été menée afin d'évaluer le risque d'infarctus du myocarde en fonction du type de consommation. Celle-ci était ajustée pour les données démographiques, les comorbidités pertinentes (IMC, hypertension, diabète, hypercholestérolémie) et la consommation (tabac, vape).

Des infarctus liés à la vape ?

Au sein de la cohorte, 3 % des participants (n = 2259) étaient adeptes, occasionnels ou réguliers, de la vape (voir tableau ci-dessous). Parmi ces vapoteurs, plus de la moitié (51,5 %) étaient d'anciens fumeurs et 43 % étaient des fumeurs actuels, sur un mode occasionnel (11,1 % des vapoteurs) ou quotidien (32,1 % des vapoteurs).

Variable	E-cigarette use				p-value
	Never, % (n)	Former, % (n)	Some days, % (n)	Daily, % (n)	
n	60,100	7,093	1,483	776	
Myocardial infarction	3.9 (2,309)	3.2 (225)	4.1 (61)	6.1 (47)	0.015
Cigarette smoking					<0.001
Never	66.0 (39,649)	19.9 (1,413)	9.2 (136)	5.3 (41)	
Former	23.9 (14,358)	21.0 (1,486)	12.4 (184)	51.5 (399)	
Some days	2.6 (1,581)	11.5 (816)	17.5 (260)	11.1 (86)	
Daily	7.4 (4,437)	47.6 (3,370)	60.9 (902)	32.1 (249)	

Consommation de tabac et vape au sein de la cohorte combinée NHIS 2014 + 2016 (N = 69 542).

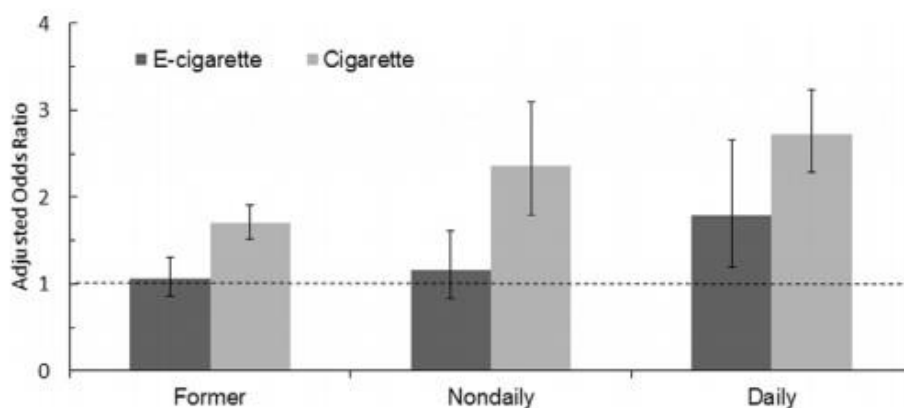
Sans surprise, l'analyse (voir figure ci-dessous) montre un risque accru d'infarctus du myocarde chez les fumeurs comparés aux non-fumeurs (OR ajusté = 2,72 ; IC 95 % 2,29 – 3,24). Mais un sur-risque a aussi été mis en évidence chez les vapoteurs réguliers, avec une proportion quasi double d'antécédents d'infarctus du myocarde par rapport aux participants n'ayant jamais vapoté (OR ajusté = 1,79 ; IC 95 % 1,20 – 2,66). Ce risque était stable lors du passage de l'analyse univariée au modèle multivarié (qui contrôlait notamment le tabagisme), ce qui suggère un effet indépendant de la consommation de tabac.

Characteristics	Unadjusted model		Adjusted model	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
E-cigarette use				
Never	ref		ref	
Former	0.79 (0.67, 0.94)	0.009	1.06 (0.86, 1.30)	0.608
Some days	1.06 (0.79, 1.44)	0.665	1.16 (0.83, 1.62)	0.392
Daily	1.69 (1.19, 2.39)	0.003	1.79 (1.20, 2.66)	0.004
Cigarette smoking				
Never			ref	
Former			1.70 (1.51, 1.91)	<0.001
Some days			2.36 (1.80, 3.09)	<0.001
Daily			2.72 (2.29, 3.24)	<0.001
Hypertension			2.32 (2.05, 2.64)	<0.001
Diabetes mellitus			1.77 (1.57, 2.00)	<0.001
High cholesterol			2.36 (2.12, 2.63)	<0.001
Woman			0.47 (0.42, 0.52)	<0.001
Age (per 10 years)			1.65 (1.56, 1.71)	<0.001
BMI			1.00 (1.00, 1.00)	0.959
Race/ethnicity				
White			ref	
Hispanic			0.82 (0.69, 0.98)	0.031
Black			0.91 (0.78, 1.05)	0.207
Asian			0.58 (0.42, 0.80)	0.001
Other race			1.50 (0.95, 2.38)	0.079
n	69,395		69,046	

Antécédent d'infarctus du myocarde chez les fumeurs et vapoteurs.

La significativité statistique ($p < 0,05$) est indiquée en gras.

L'analyse multivariée prend en compte l'âge, le sexe, le groupe ethnique, l'IMC, les antécédents cardiovasculaires (hypertension, diabète, hypercholestérolémie), la consommation de tabac et la vape.



Risque d'antécédent d'infarctus du myocarde en fonction de la vape et de la consommation de tabac.

En gris foncé : vape. En gris clair : cigarette.

De gauche à droite : ancien consommateur, consommateur occasionnel, consommateur journalier.

L'analyse (régression logistique multivariée) prend en compte l'âge, le sexe, le groupe ethnique, l'IMC, l'hypertension, le diabète, l'hypercholestérolémie, le tabagisme et la vape.

Les OR dans chaque groupe sont calculés par rapport aux non-consommateurs (« never-users »). Par exemple, les fumeurs quotidiens ont un OR ajusté = 2,72 par rapport aux non-fumeurs. De même, les vapoteurs quotidiens ont un OR ajusté = 1,79 par rapport aux non-vapoteurs.

En revanche, la vape occasionnelle ou passée n'était pas associée à un risque accru d'infarctus. Selon les auteurs, deux hypothèses pourraient expliquer ce résultat : soit les études manquent du recul nécessaire pour mettre en évidence un éventuel effet à long terme de la vape, soit le risque cardiovasculaire de la vape se dissipe rapidement, à la différence de celui induit par le tabac.

L'analyse a également montré que les risques liés au tabagisme et à la vape étaient indépendants. De ce fait, l'usage combiné de cigarette et de cigarette électronique conduit à un sur-risque d'infarctus du myocarde qui peut être estimé en multipliant les OR correspondant (*voir tableau ci-dessus*). Un sujet ayant abandonné la cigarette au profit d'une vape quotidienne est ainsi trois fois plus à risque d'avoir eu un infarctus du myocarde au cours de sa vie (OR ajusté = OR ancien fumeur x OR vapoteur régulier = 3,0 ; IC 95 % = 1,8 – 5,1).

Précautions d'usage

Il convient de noter qu'il s'agit là d'une étude transversale sur des données déclaratives et rétrospectives, d'où un niveau de preuve très limité. Il est impossible de savoir si les infarctus rapportés ont eu lieu avant ou après la transition des participants vers la vape, d'où la difficulté d'affirmer l'existence d'un lien de causalité. Il est aussi envisageable que le surnombre d'infarctus relevé chez les vapoteurs capture une partie du risque cardiovasculaire rémanent du tabac, difficile à neutraliser à l'analyse multivariée au vu des données récoltées.

Néanmoins, de plus en plus d'études ([Carnevale et al., 2016](#) ; [Moheimani et al., 2017](#)) suggèrent que l'inhalation des particules fines contenues dans le e-liquide pourrait conduire, via le stress oxydant, à une altération de la fonction endothéliale – selon un mécanisme en partie analogue à celui de la fumée de cigarette. Au bout du compte, les résultats de cette étude ne doivent pas être considérés comme une preuve définitive d'un risque cardiovasculaire spécifique à la vape, mais comme une invitation à la prudence et une incitation à poursuivre ce programme de recherche encore balbutiant.

● Varénicline : efficacité et tolérance confirmées chez les patients VIH

Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in people living with HIV in France (ANRS 144 Inter-ACTIV): a randomised controlled phase 3 clinical trial.

Mercié *et al.*, *The Lancet HIV*, mars 2018

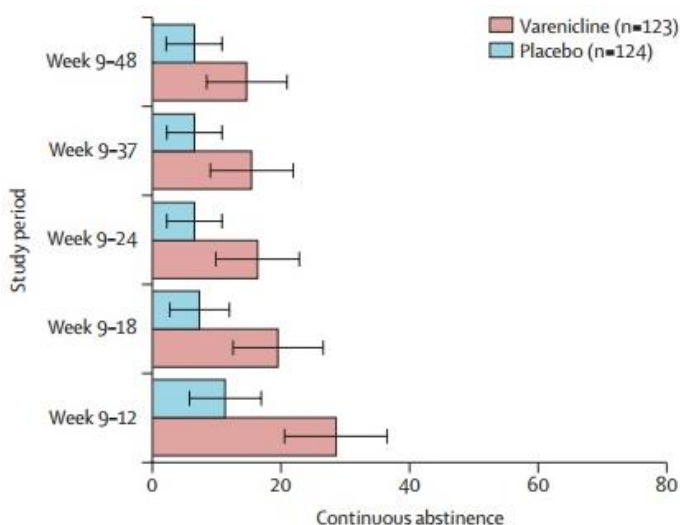
[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30002-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30002-X/fulltext)

Le tabagisme est un facteur de risque majeur chez les patients VIH, avec une prévalence très supérieure et un risque de décès doublé par rapport à la population générale ([Helleberg *et al.*, 2014](#)). L'aide pharmacologique au sevrage est donc un enjeu important pour ces patients. Mais les cas de dépression et de complications cardiovasculaires soupçonnés avec la varénicline posaient la question de son innocuité chez ces patients fragiles. L'étude française multicentrique en double aveugle Inter-ACTIV, menée entre 2009 et 2012 et coordonnée par le Pr Patrick Mercié (CHU Bordeaux), visait à répondre à ces interrogations.

Pour cela, 248 patients VIH (âge moyen 45 ans, 83 % d'hommes) sous traitement antirétroviral ont été sélectionnés et assignés aléatoirement à un groupe varénicline (n = 123) ou placebo (n = 125). Les participants fumaient au moins dix cigarettes par jour, sans co-addiction, et souhaitaient arrêter. Les sujets du groupe intervention ont reçu une prescription de varénicline à une dose de 1 mg par jour pendant 12 semaines. Ils disposaient ensuite d'une fenêtre de 12 semaines pour maintenir leur sevrage, puis d'une seconde séquence de prise en charge en cas d'échec. Les deux groupes bénéficiaient par ailleurs d'un soutien comportemental.

Trois fois plus de sevrages

Les résultats confirment l'efficacité de la varénicline chez les patients VIH. Dans l'analyse en intention-de-traiter (*voir figure ci-dessous*), 18 % (n = 18) des 102 patients du groupe varénicline ont réussi à maintenir leur sevrage tabagique de la semaine 9 à la semaine 48 (critère principal), contre seulement 7 % (n = 8) dans le groupe placebo. En ajustant pour le type de spécialiste en charge du suivi tabagique (tabacologue vs infectiologue) et la participation à une autre étude clinique, ce résultat se traduisait par un taux de sevrage significativement supérieur au placebo (OR ajusté = 2,7 ; IC 95 % 1,0 – 6,1).



Taux d'abstinence tabagique maintenue des patients VIH à l'analyse en intention-de-traiter.

Les barres d'erreur figurent l'intervalle de confiance à 95 %.

L'abstinence maintenue était mesurée de la semaine 9 à la semaine 48.

L'autre objectif majeur de l'étude consistait à faire la preuve de la sécurité d'emploi de la varénicline. Les marqueurs immunologiques – taux de CD4 et charge virale – se sont avérés stables pour tous les participants. Quant aux effets indésirables, ils étaient globalement similaires dans les groupes varénicline et placebo (*voir tableau ci-dessous*), sans alerte particulière au plan psychiatrique ou cardiovasculaire. De façon notable, le groupe varénicline a compté bien moins d'épisodes dépressifs (2,4 cas pour 100 patients-années) que le groupe placebo (12,6 cas).

	Varenicline group (n=102)	Placebo group (n=111)	Total (n=213)
Clinical adverse events			
Patients with clinical adverse events	76 (75%)	85 (77%)	161 (76%)
Patients with drug-related clinical adverse events	49 (48%)	43 (39%)	92 (43%)
Patients with grade 3 or 4 clinical adverse events*	23 (23%)	22 (20%)	45 (21%)
Patients with grade 3 or 4 drug-related clinical adverse events	7 (7%)	7 (6%)	14 (7%)
Number of grade 3 or 4 drug-related events	8	7	15
Sleeping disorders†‡	2	2	4
Depression†	1	1	2
Behavioural disorders†§	2	1	3
Drowsiness†	1	0	1
Headache†	1	0	1
Digestive disorders	0	2	2
Asthenia	1	0	1
Tinnitus	0	1	1
Patients with serious clinical adverse events	12 (12%)	12 (11%)	24 (11%)
Patients with psychiatric disorders (any grade)	38 (37%)	42 (38%)	80 (38%)
Patients with drug-related psychiatric disorders (any grade)	24 (24%)	27 (24%)	51 (24%)
Patients with cardiovascular disorders	6 (6%)	8 (7%)	14 (7%)
Number of cardiovascular disorders	8 (8%)	10 (9%)	18 (8%)
Laboratory adverse events			
Patients with laboratory adverse events	78 (77%)	84 (76%)	162 (76%)
Patients with grade 3 or 4 laboratory adverse events	3 (3%)	9 (8%)	12 (6%)
Number of grade 3 or 4 events (none drug-related)	3	9	12
Hyperbilirubinaemia	0	2	2
Increased alanine aminotransferase	1	1	2
Increased γ-glutamyltransferase	0	2	2
Leucopenia	1	0	1
Thrombocytopenia	0	1	1
Hepatic cytolysis	1	0	1
Hyperglycaemia	0	1	1
Hypertriglyceridaemia	0	1	1
Hypophosphataemia	0	1	1
Patients with serious laboratory adverse events	0	1 (1%)	1 (1%)

Effets indésirables à l'examen clinique ou biochimique (en intention-de-traiter).

* Un décès non lié à l'étude (suite à une agression physique).

† Effets indésirables d'ordre neuropsychiatrique.

‡ Troubles du sommeil : un trouble du sommeil (varénicline), deux signalements de cauchemars (1 varénicline et 1 placebo), et un cas d'insomnie (placebo).

§ Troubles du comportement : un cas d'hallucination combiné à des cauchemars (varénicline), un cas de trouble affectif (varénicline) et un cas de troubles du comportement non spécifiques (placebo, considéré par l'investigateur comme un effet indésirable sérieux en lien avec l'étude).

En l'état, cette étude fait donc la preuve de la sécurité d'emploi de la varénicline chez les patients VIH bien sélectionnés (moins de 20 % des patients en vie réelle). « Du fait de la sélection des participants, nos résultats peuvent être extrapolés aux patients infectés par le VIH avec un faible risque neuropsychiatrique et cardiovasculaire », concluent les auteurs. Dans ce cas, la prise en charge pharmacologique associée à un soutien comportemental semble apporter de réels bénéfices.

● Fumeurs peu motivés pour arrêter : une prise en charge reste souhaitable

Smoking Cessation for Smokers Not Ready to Quit: Meta-analysis and Cost-effectiveness Analysis.

Ali et al., *American Journal of Preventive Medicine*, août 2018

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797\(18\)31704-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797(18)31704-5)

Les fumeurs qui ne sont pas prêts à arrêter (FPPAA) représentent environ un tiers des consommateurs de tabac. Une population rarement prise en compte dans les études, du fait d'une prise en charge jugée difficile. Dans cette revue systématique, les auteurs ont entrepris de compiler la recherche interventionnelle chez les FPPAA depuis les années 2000, afin de mesurer l'efficacité et le rapport coût-efficacité de l'aide au sevrage tabagique pour cette population. La définition des FPPAA comprenait les patients déclarant ne pas avoir le désir d'arrêter dans l'immédiat ou dans un futur prévisible (jusqu'à six mois), et ceux désirant seulement réduire leur consommation.

Au total, 20 publications ont été retenues pour la revue systématique, avec pour objet l'évaluation d'interventions pharmacologiques (varénicline, bupropion, substituts nicotiques), comportementales (conseil, entretien motivationnel, suivi à distance) ou combinées, au sein d'une population de FPPAA de plus de 18 ans. Seules les études dont le critère principal d'abstinence était validé par un test biochimique, au nombre de 15, ont été conservées dans la méta-analyse.

Prêt ou pas prêt, même combat ?

Du point de vue de l'efficacité (*voir tableau ci-dessous*), les auteurs ont établi que les interventions pharmacologiques avaient un OR groupé de 2,72 (IC 95 % 2,19 – 3,37). Les interventions comportementales faisaient montre d'une efficacité plus modérée, avec un OR de 1,90 (IC 95 % 0,86 – 4,23). Quant aux interventions combinant aide pharmacologique et soutien comportemental, elles avaient un OR groupé de 2,64 (IC 95 % 1,76 – 3,97). La différence entre ces familles d'interventions n'était pas significative, mais ces tailles d'effet sont analogues à celles obtenues dans les revues Cochrane chez les fumeurs désireux d'arrêter ([Cahill et al., 2016](#)).

	Groupe Traitement		Groupe Contrôle		OR groupé (IC 95 %)	NST	Coût par fumeur (\$)	Coût par sevrage (\$)
	Arrêts du tabac	Nb de sujets	Arrêts du tabac	Nb de sujets				
Interventions pharmacologiques	319	1966	133	1960	2,72 (2,19 – 3,37)	10	2022	19 510
Inhalateur de nicotine	38	415	20	414	2,00 (1,14 – 3,51)	45	4901	218 644
Gomme à la nicotine	41	389	15	386	2,91 (1,58 – 5,36)	15	1047	15 571
Varénicline	220	867	82	861	3,23 (2,46 – 4,25)	7	1529	10 688
Interventions comportementales	24	549	8	392	1,90 (0,86 – 4,23)	47	240	11 415
Interventions combinées	170	1447	31	542	2,64 (1,76 – 3,97)	16	929	14 662

Tableau de synthèse de l'efficacité des interventions d'aide au sevrage tabagique chez les FPPAA.

Adapté d'après Ali et al. (2018), sur la base des 15 études retenues dans la méta-analyse.

NST : nombre de sujets à traiter pour une intervention réussie.

Les OR groupés ont été calculés afin d'estimer la taille d'effet dans le groupe traitement vs contrôle.

Les auteurs ont également entrepris d'estimer l'efficacité des interventions en termes de nombre de sujets à traiter (NST) pour obtenir un sevrage tabagique. Là encore, les fumeurs non désireux d'arrêter se distinguent peu de ceux qui se déclarent prêts. Par exemple, il faut traiter environ 7 FPPAA pour obtenir un sevrage tabagique à l'aide de la varénicline – soit le même résultat que pour des sujets décidés à arrêter ([Cahill et al., 2016](#)). Dans l'ensemble, les NST pour les FPPAA s'échelonnent de 10 pour les interventions pharmacologiques à 47 pour les interventions comportementales.

Un rapport coût-efficacité impacté

Avec un coût de l'ordre de 10 000 dollars par sevrage obtenu, la varénicline s'avère être l'intervention pharmacologique la plus coût-efficace chez les FPPAA, loin devant les traitements de substitution nicotinique. Quant aux interventions comportementales, elles coûtent environ 11 000 dollars par sevrage – quatre à huit fois plus cher que lorsqu'elles s'adressent à des fumeurs décidés à arrêter. Le seul domaine où le souhait d'arrêter de fumer semble avoir un impact majeur est donc celui du rapport coût-efficacité des interventions.

Pour les auteurs, ces conclusions invitent à étendre l'offre de soins en matière d'aide au sevrage aux patients ne se déclarant a priori pas intéressés. Ils invitent également à réfléchir à des stratégies de recrutement de ces patients, trop souvent négligés dans les essais cliniques.

● Substituts nicotiniques : comment améliorer l'observance ?

Can we increase smokers' adherence to nicotine replacement therapy and does this help them quit?

Schlam *et al.*, *Psychopharmacology*, avril 2018

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00213-018-4903-y>

Le manque d'observance des patients est un problème récurrent dans la prise en charge par substituts nicotiniques. Dans cette étude exploratoire, les chercheurs de l'université du Wisconsin ont cherché à évaluer différentes techniques destinées à améliorer l'observance, dans le cadre d'un traitement combinant gomme à la nicotine et patchs à la nicotine.

Les 513 participants sélectionnés pour l'étude, d'un âge moyen de 46 ans, avaient une consommation tabagique importante (18,6 cigarettes par jour en moyenne) et une forte motivation à arrêter de fumer. Chacun d'entre eux a bénéficié de 8 semaines de traitements de substitution nicotinique (TSN) et de quatre séances de conseil (50 minutes au total) en début de traitement.

Mille et une façons d'améliorer l'observance

Cette prise en charge de base pouvait être agrémentée des cinq modalités suivantes :

- un *conseil médical d'observance* visant à informer le patient sur l'utilisation et l'efficacité des TSN (deux séances de 10 minutes en présentiel, avant et après le début du traitement) ;
- un *suivi téléphonique automatisé* hebdomadaire pour encourager le patient à utiliser les TSN ;
- un *suivi à distance (e-monitoring)* constitué d'un relevé quotidien de la consommation de gomme à la nicotine (pilulier électronique) et des conseils afférents ;
- une *aide pharmacologique étendue à six mois de TSN* au lieu de 8 semaines ;
- un *soutien téléphonique régulier* pour prévenir la rechute et encourager le patient à arrêter de nouveau le cas échéant (huit appels en 22 semaines).

Chaque patient s'est vu attribué aléatoirement une ou plusieurs de ces modalités complémentaires, selon un plan expérimental entièrement croisé (2x2x2x2x2).

Conseil médical + e-monitoring + suivi téléphonique

Dans l'ensemble, l'observance des patients s'est avérée décevante : seuls 40 % utilisaient leur patch tous les jours. Par ailleurs, ils utilisaient en moyenne 2,3 gommes à la nicotine par jour (la recommandation est d'en utiliser au moins 5 par jour), avec une consommation décroissante au fil des semaines. L'utilisation combinée du patch et des gommes était exceptionnelle : seuls 1,4 % des participants se sont tenus à ce schéma au cours des 6 premières semaines.

À l'analyse, les prises en charge les plus à même d'améliorer l'adhésion thérapeutique combinaient trois des modalités à l'étude : le conseil médical d'observance, le *e-monitoring* de la consommation de nicotine, et le soutien téléphonique régulier. Dans ces conditions, les patients consommaient plus de gommes à la nicotine (1,2 par jour ou plus).

Ce sursaut d'observance s'est également traduit par un meilleur taux d'abstinence à six mois, même si le lien causal apparaît très faible au regard des multiples corrélations non concluantes.

- [Infarctus du myocarde : la récupération est plus difficile chez les patients fumeurs](#)

Current Smoking and Prognosis After Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.

Haigh *et al.*, *JACC Cardiovascul Imaging*, juillet 2018.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X18305126>

Les cardiologues ont depuis longtemps observé que les fumeurs semblent avoir un meilleur pronostic vital après un infarctus du myocarde : c'est le « paradoxe du fumeur ». Le concept a fait florès, avant d'être remis en cause par les études plus récentes. Les fumeurs ont des infarctus plus jeunes et moins de facteurs de risque vasculaires, mais une fois ces facteurs neutralisés, le risque post-infarctus chez les fumeurs serait identique à celui des non-fumeurs ([Weisz et al., 2005](#)), ou même supérieur en cas de suivi à un an ([Robertson et al., 2014](#)). Reste que les mécanismes à l'œuvre dans l'infarctus du fumeur sont encore mal compris.

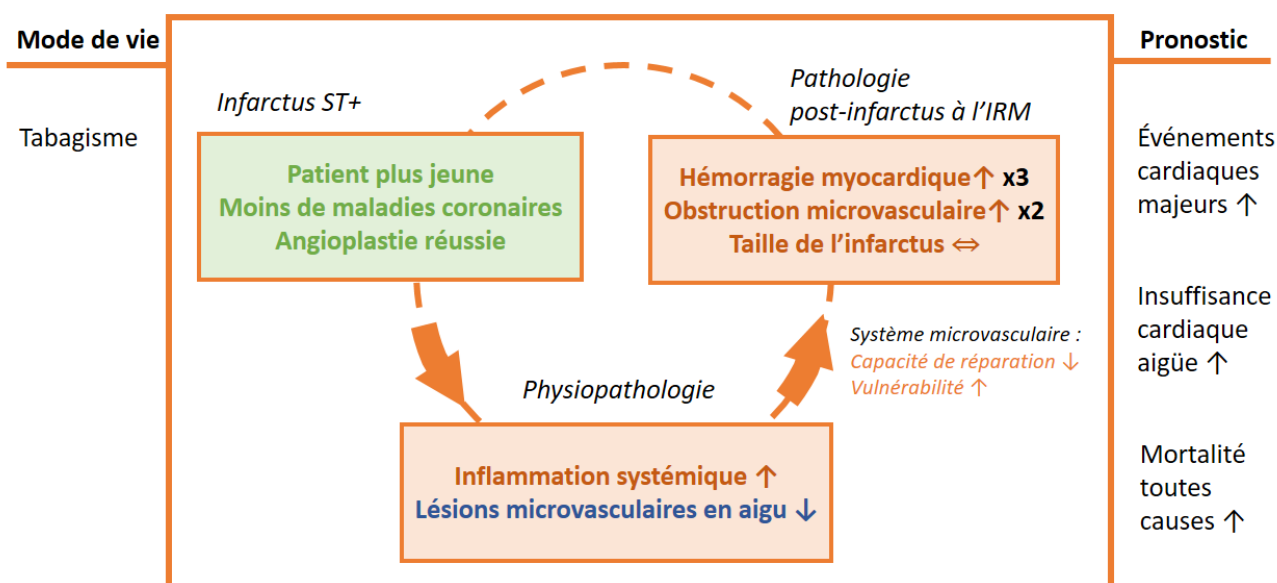
Cette étude a pour objet de mieux comprendre la physiopathologie de l'infarctus du myocarde chez les fumeurs. Pour cela, les auteurs ont sélectionné une cohorte prospective de 324 patients ayant eu un infarctus du myocarde. Les participants ont été recrutés après avoir subi une intervention d'urgence (angioplastie coronaire ou thrombolyse) dans un centre expert entre 2011 et 2012. Ils passaient alors une IRM du cœur dans les deux jours suivant l'intervention, puis une autre à six mois, afin de visualiser l'évolution du myocarde.

La fin du « paradoxe du fumeur »

À la fin du recrutement, la cohorte comprenait 196 patients fumeurs actuels et 128 non-fumeurs. À l'issue d'un suivi médian de 4 ans, il s'est avéré que les patients fumeurs avaient bien un risque accru d'événement cardiaque grave, d'insuffisance cardiaque aiguë ou de mort toutes causes par rapport aux non-fumeurs (n = 35 vs n = 14 ; OR ajusté = 2,20 ; IC 95 % 1,07 – 4,54). Une confirmation de ce que les études épidémiologiques à long terme suggéraient déjà : le paradoxe du fumeur n'est qu'apparent.

L'examen des mécanismes physiopathologiques à l'imagerie a surpris les chercheurs : contrairement à leur hypothèse initiale, les fumeurs ont moins de lésions de reperfusion immédiates consécutives à la prise en charge aiguë de leur infarctus. L'IRM cardiaque, grâce à une nouvelle séquence (dite « pondérée en T2 »), a permis de montrer que l'évolution était moins favorable dans les heures suivantes. On note en effet chez les patients fumeurs davantage d'inflammations systémiques à J+1, et surtout un risque accru d'hémorragie myocardique (à l'origine de lésions irréversibles) à J+2, quelle que soit la taille de la zone infarctée.

Le mécanisme putatif (*voir figure ci-dessous*) est le suivant : du fait de leur meilleure santé vasculaire (liée à leur jeune âge), les fumeurs sont initialement mieux protégés contre les lésions de reperfusion immédiatement consécutives à la prise en charge. Les premières heures sont donc favorables aux patients fumeurs, mais la tendance s'inverse très vite, la plus grande rigidité microvasculaire due au tabagisme empêchant une dynamique normale de revascularisation et de récupération du tissu myocardique. D'où un pronostic péjoratif à plus long terme.



Physiopathologie de l'infarctus du myocarde ST+ chez le patient fumeur : état des lieux.

Adapté et traduit de Haigh et al. (2018).

Dans [leur éditorial joint à l'article](#), le Drs Kim Connelly et Idan Roifman (université de Toronto) saluent ce travail et soulignent les questions qu'il soulève en matière d'adaptation de la prise en charge aux patients fumeurs, alors que l'IRM cardiaque permet désormais de visualiser l'hémorragie myocardique. Et les cardiologues de conclure en espérant que cette étude soit « *le dernier clou dans le cercueil du "paradoxe du fumeur"* ».

CONGRÈS



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 Saïx

Tél. 33 (0)5 63 72 31 00

contact@csft2018.com



Retrouvez la SFT au congrès Infogyn 2018, qui se tiendra du 4 au 6 octobre 2018 à Pau, pour une session thématique femmes & tabac. Inscriptions [disponibles en ligne](#).

Tab'Actu

10^{ème}
**Rencontre
annuelle**

6 Décembre 2018

Domaine de l'Asnée
Salle Rome

VILLERS-lès-NANCY
11 rue de Laxou - 54 600

Association des Lorrains en Tabacologie

CHRU DE NANCY
Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton
Rue du Morvan - 54 211 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 15 34 08 Fax : 03 83 15 35 41
Mél. : a.spinosa@chru-nancy.fr

10^e rencontre annuelle de l'AALT, l'Association des acteurs lorrains en tabacologie

Le 6 décembre 2018

Contact :

TEL : 03 83 15 34 08 - FAX : 03 83 15 35 41

MEL : a.spinosa@chru-nancy.fr

L'Alliance contre le tabac et ses membres tiendront à Paris, **le mardi 11 décembre prochain**, la deuxième édition de leur rencontre.

Au programme (sous réserve de modifications) :

- un décryptage du "ENDGAME", notion anglo-saxonne qui exprime la "sortie du tabac"
- une mise en perspective des initiatives internationales favorisant la "sortie du tabac"
- une analyse des freins existants, mais aussi des opportunités à saisir, pour atteindre les objectifs d'une "France sans tabac"

Le programme détaillé et le lieu vous seront précisés dès l'ouverture des inscriptions.

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.fr

1 rue Charles Drot, 92500 Rueil-Malmaison

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 (2 vacations par semaine).

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations externes (patients externes et personnels) ; liaison dans les services suivants : centre hépatobiliaire, service de cancérologie, service d'hépatogastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et paramédical 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.

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

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

INFORMATIONS

Retrouvez sur le site de la SFT, [les présentations des intervenants de la SFT](#) au congrès de la Nouvelle Société Francophone d'Athérosclérose organisé le 22 juin 2018 à Biarritz.

La liste des substituts nicotiques remboursés à 65 % par la sécurité sociale continue de s'allonger. Elle a été mise à jour [sur le site ameli.fr](#).

[L'analyse régionale de l'enquête ESCAPAD](#) sur l'usage des drogues à 17 ans a été publiée par l'OFDT.

VU SUR LE NET

Quelques liens de nouvelles qui ont fait la une du net ce mois-ci.

[CNCT : dernières actus](#)

[Éteindre l'addiction à la nicotine grâce à la lumière](#)

[Comment les industriels du tabac ont infiltré les réseaux sociaux](#)

[Publicité : la nouvelle stratégie de l'industrie du tabac](#)

[Alerte sur le tabac chauffé, dangereux et addictogène](#)

[La vente du tabac en baisse de presque 10% en un an](#)

[Tabac : les recettes fiscales s'envolent](#)

[Tabac : légères hausses des prix de certains paquets à partir du 22 octobre](#)

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau : alice.deschenau@qh-paulquiraud.fr