

● La vape plus efficace que les substituts nicotiques pour arrêter le tabac

A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy

Hajek *et al.*, *New England Journal of Medicine*, 30 janvier 2019.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1808779>

Cet article présente les résultats du premier essai contrôlé randomisé sur l'efficacité de la vape dans l'aide au sevrage tabagique. Dirigé par le psychologue britannique Peter Hajek (université Queen Mary de Londres), il vise à comparer l'efficacité à long terme des vapoteuses de deuxième génération par rapport aux traitements de substitutions nicotiques (TSN), dans une étude pragmatique en ouvert.

Les auteurs ont randomisé 886 fumeurs ayant pris contact avec les services d'aide au sevrage du NHS (Londres, comtés de Leicester et du Sussex de l'Est) pour arrêter de fumer. Seul critère d'exclusion : les personnes exprimant une préférence marquée pour la vape ou les TSN, ou utilisant ces produits, ne pouvaient participer. Les sujets retenus, âgés de 41 ans en moyenne, fumaient 15 cigarettes par jour en moyenne, avec un niveau de dépendance moyen (4,6 au Fagerström). Beaucoup avaient déjà une expérience des produits étudiés : 75 % avaient déjà essayé les TSN et 42 % la vape.

Les participants ont reçu une prise en charge standard, sur la base d'une séance hebdomadaire de soutien comportemental pendant le mois suivant l'arrêt du tabac. Les participants affectés au groupe vape (n = 439) se sont vus confier un kit de démarrage constitué d'une vapoteuse de deuxième génération¹ et d'un flacon de 30 mL d'e-liquide dosé à 18 mg de nicotine. Ceux du groupe TSN (n = 447) disposaient de trois mois de substituts nicotiques : les patients avaient le choix des produits, mais les combinaisons patch + TSN à délivrance rapide (gomme, pastille, spray...) étaient encouragées. Le suivi était effectué à six mois et un an, avec dosage du CO en cas d'abstinence tabagique déclarée.

Un vapoteur sur cinq abstinent à un an

Les résultats (*voir tableau ci-dessous*) suggèrent une efficacité supérieure de la vape. Le taux d'abstinence maintenue à un an était de 18 % (79 sur 438) dans le groupe vape contre 9,9 % (44 sur 446) dans le groupe TSN, soit un taux pratiquement doublé (RR = 1,83 ; IC 95 % 1,30 – 2,58). Un résultat pratiquement inchangé à l'analyse de sensibilité, qui contrôlait pour le centre d'essai, le statut marital, l'âge d'initiation au tabagisme et le score au test de Fagerström.

Les critères intermédiaires – abstinence maintenue à 4 semaines, 26 semaines, entre la semaine 26 et 52 – étaient cohérents avec ces résultats.

¹ On distingue habituellement trois générations de vapoteuses : 1) les « cigalikes », de taille et d'aspect proches des cigarettes classiques ; 2) les modèles de type eGo, de plus grande taille, avec une batterie plus puissante et un réservoir pour le liquide, et 3) la dernière génération, aux batteries encore plus puissantes et généralement réglables. Le niveau de nicotine délivré par les appareils de 2^e et 3^e générations est analogue à la cigarette.

Outcome	E-Cigarettes (N=438)	Nicotine Replacement (N=446)	Primary Analysis: Relative Risk (95% CI) [†]	Sensitivity Analysis: Adjusted Relative Risk (95% CI)
Primary outcome: abstinence at 52 wk — no. (%)	79 (18.0)	44 (9.9)	1.83 (1.30–2.58)	1.75 (1.24–2.46) [‡]
Secondary outcomes				
Abstinence between wk 26 and wk 52 — no. (%)	93 (21.2)	53 (11.9)	1.79 (1.32–2.44)	1.82 (1.34–2.47) [§]
Abstinence at 4 wk after target quit date — no. (%)	192 (43.8)	134 (30.0)	1.45 (1.22–1.74)	1.43 (1.20–1.71) [¶]
Abstinence at 26 wk after target quit date — no. (%)	155 (35.4)	112 (25.1)	1.40 (1.14–1.72)	1.36 (1.15–1.67) [‡]
Carbon monoxide-validated reduction in smoking of ≥50% in participants without abstinence between wk 26 and wk 52 — no./total no. (%)	44/345 (12.8)	29/393 (7.4)	1.75 (1.12–2.72)	1.73 (1.11–2.69)

Taux d'abstinence et réduction du tabagisme chez les sujets du groupe vape vs TSN.

* L'abstinence maintenue à 52 semaines était retenue lorsqu'un sujet déclarait ne pas avoir fumé plus de 5 cigarettes à partir de deux semaines après la date d'arrêt, et après validation par une mesure du taux de CO expiré (< 8 ppm) à 52 semaines. Les mesures intermédiaires étaient définies de façon analogue : pas plus de 5 cigarettes entre la date d'arrêt + 2 semaines et la date-cible, avec validation par mesure du CO à la date-cible.

[†] Analyse ajustée pour le centre d'essai.

[‡] Analyse ajustée pour le centre d'essai, le statut marital, l'âge d'initiation au tabagisme, et le score au test de Fagerström (FTCD).

[§] Analyse ajustée pour le centre d'essai, l'âge, le score au FTCD et l'âge d'initiation au tabagisme.

[¶] Analyse ajustée pour le centre d'essai, le niveau d'éducation, le partenaire fumeur (oui ou non) et le score au FTCD.

^{||} Analyse ajustée pour le centre d'essai, le sexe, l'âge et le partenaire fumeur (oui ou non).

Chez les participants n'ayant pas réussi à demeurer abstinents, la vape permettait aussi une réduction du tabagisme : entre six mois et un an après la date d'arrêt, 13 % (n = 44 sur 345) des participants du groupe vape avaient réduit leur consommation de moitié ou plus, contre 7,4 % (n = 29 sur 393) des utilisateurs de TSN (RR = 1,75 ; IC 95 % 1,12 – 2,72).

40 % d'observance pour la vape

Au plan sensoriel, les participants ont jugé la vape et les TSN « un peu moins satisfaisants » en moyenne que la cigarette. Pour autant, le niveau d'adhésion à la vape était élevé. Un an après l'arrêt du tabac, 40 % des sujets du groupe vape continuaient à utiliser le produit, et 80 % des sujets abstinents. À titre de comparaison, seuls 4 % des patients du groupe TSN suivaient encore leur traitement en fin d'étude (et 9 % des abstinents). Un résultat à porter au crédit de la vape, mais qui pourrait aussi résulter d'une faible utilisation des TSN dans le groupe contrôle.

« La vapeur de cigarette électronique contient de nombreuses toxines et exerce des effets biologiques potentiellement indésirables sur les cellules humaines cultivées in vitro et les modèles animaux », rappellent les épidémiologistes Belinda Borrelli et George O'Connor (université de Boston) [dans un éditorial associé](#), même si « les niveaux de toxicité et les effets mesurés sont généralement plus faibles qu'avec la fumée de cigarette ». Une prudence à replacer dans le contexte américain, où la vape chez les adolescents fait l'objet d'un débat très véhément.²

² Le US Surgeon General Jerome Adams, porte-parole de la santé publique aux États-Unis, a officiellement qualifié « d'épidémie » l'usage de la cigarette électronique chez les jeunes, [en décembre dernier](#).

L'état de santé chez les participants de l'étude a également fait l'objet d'un suivi. Les auteurs ont noté 1 événement respiratoire sévère dans le groupe TSN et 5 dans le groupe des vapoteurs (2 chez des patients fumeurs, 2 chez des vapo-fumeurs, et 1 de statut inconnu).

Dans l'ensemble, les participants du groupe vape n'ont pas présenté plus d'effets indésirables respiratoires que ceux du groupe TSN (*voir tableau ci-dessous*). Surtout, ces effets ont nettement décliné entre le début de l'essai et sa clôture, et ce pour les deux groupes.

Symptom	E-Cigarettes (N=315)		Nicotine Replacement (N=279)		Relative Risk (95% CI) [†]
	Baseline	52 Weeks	Baseline	52 Weeks	
	<i>number (percent)</i>				
Shortness of breath	120 (38.1)	66 (21.0)	92 (33.0)	64 (22.9)	0.9 (0.7–1.1)
Wheezing	102 (32.4)	74 (23.5)	86 (30.8)	59 (21.1)	1.1 (0.8–1.4)
Cough	173 (54.9)	97 (30.8)	144 (51.6)	111 (39.8)	0.8 (0.6–0.9)
Phlegm	137 (43.5)	79 (25.1)	121 (43.4)	103 (36.9)	0.7 (0.6–0.9)

Symptômes respiratoires à t = 0 et à 52 semaines après la date d'arrêt du tabac.

Shortness of breath : souffle court ; wheezing : sifflements ; cough : toux ; phlegm : crachats.

** Les symptômes ont été évalués sur une base déclaratoire.*

† Le risque relatif, calculé par régression logistique, a été ajusté pour le niveau de base et le centre d'essai.

L'essai n'est pas exempt de défauts. L'observance des patients au traitement qui leur était assigné n'était pas mesurée à l'aide d'indicateurs objectifs. Par ailleurs, le protocole était entièrement ouvert, ce qui n'exclut pas la possibilité d'un effet psychologique – lié par exemple au contexte britannique très favorable à la vape. Mais ces résultats tendent néanmoins à démontrer l'efficacité de la vape avec un haut niveau de preuve, au moins chez des patients assez déterminés pour avoir recours à des services d'aide au sevrage.

● Aide au sevrage dans les parcours de chirurgie : une étude pilote

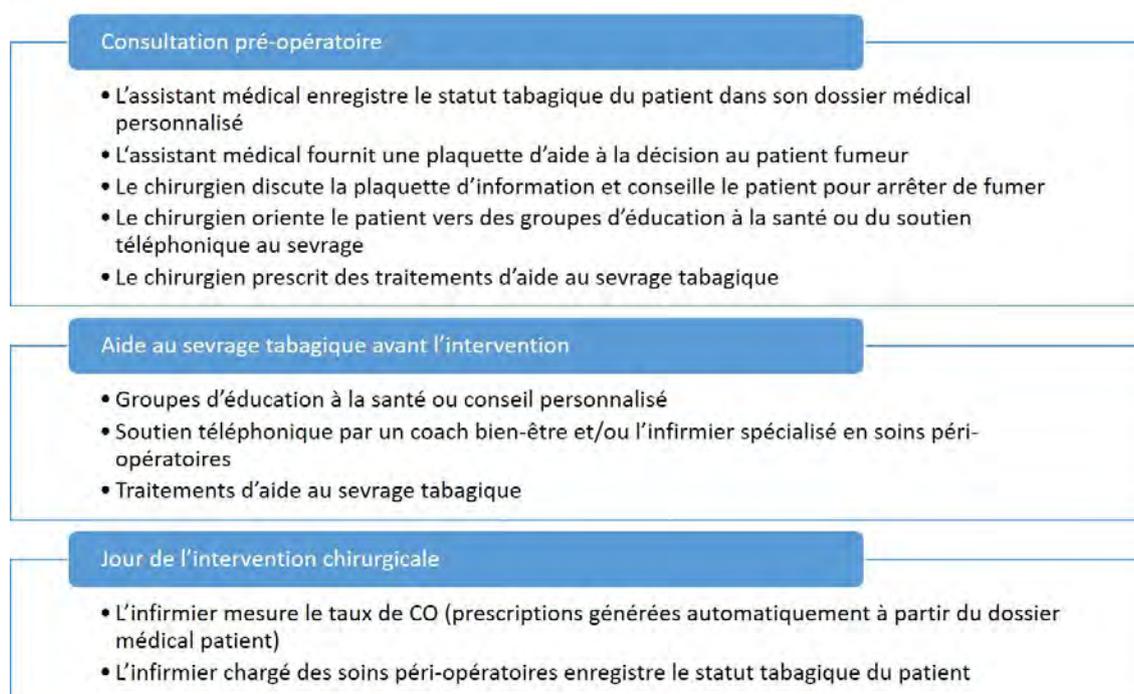
Evaluation of a Pilot Perioperative Smoking Cessation Program: A Pre-Post Study

Young-Wolff *et al.*, *Journal of Surgical Research*, janvier 2019.

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-4804\(18\)30873-4](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022-4804(18)30873-4)

Cette étude américaine visait à évaluer l'intérêt d'intégrer une aide au sevrage tabagique systématique dans les parcours de chirurgie. Les expérimentateurs ont mis en place un programme pilote dans les services de chirurgie générale, orthopédique et vasculaire du centre Kaiser Permanente de San Francisco. Tous les patients fumeurs devant faire l'objet d'une chirurgie programmée ont bénéficié d'un suivi systématique en période-péri-opératoire.

Le protocole est résumé dans la figure ci-dessous. Lors de la première visite pré-opératoire, les patients fumeurs recevaient une plaquette d'information par l'assistant médical³, puis discutaient d'un éventuel arrêt du tabac avec le chirurgien. En cas d'accord, le patient était orienté vers un accompagnement d'aide au sevrage préalable à l'opération. (Dans le cas contraire, le chirurgien avait la possibilité de prescrire lui-même des traitements.) Le jour de l'opération, un infirmier mesurait le taux de monoxyde de carbone du patient. Le cas échéant, le chirurgien conseillait à nouveau au patient d'arrêter de fumer.

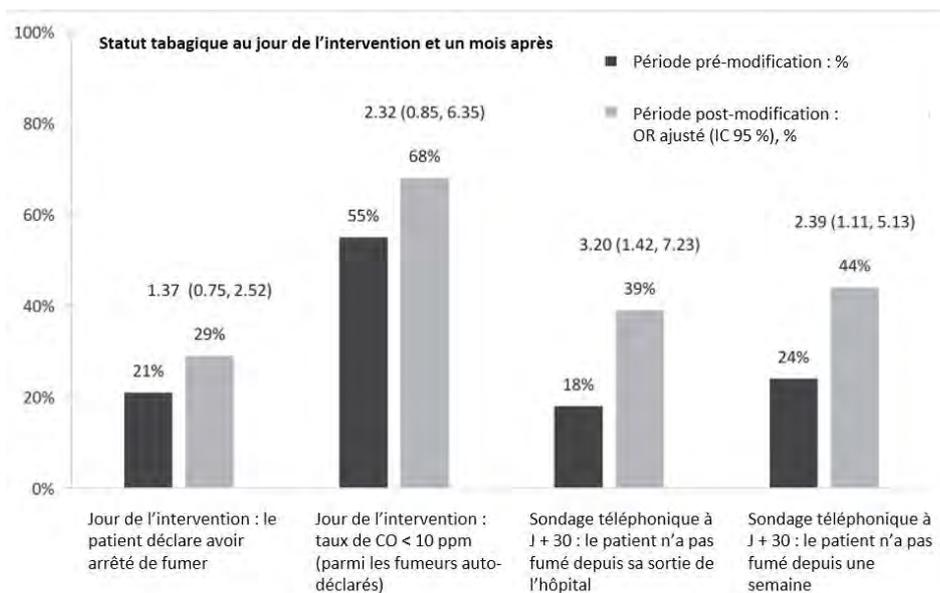


Étapes-clés du protocole péri-opératoire d'aide au sevrage tabagique (adapté).

L'intervention d'aide au sevrage tabagique par le chirurgien lors de la consultation pré-opératoire dure environ 5 minutes.

L'étude, de type pré-post, a retenu un échantillon de 276 patients fumeurs, admis pour des interventions de chirurgie générale (47 %), orthopédique (38 %) ou vasculaire (15 %) généralement réalisées en ambulatoire (70 % des cas). Au total, 78 patients opérés ont été retenus à l'analyse avant la mise en place du nouveau protocole (groupe pré-modification), et 98 après (groupe post-modification). Les patients, de 50 ans en moyenne, étaient pour la plupart en bonne santé avant l'opération chirurgicale (score ASA de 1 ou 2 pour 70 % d'entre eux).

³ Les assistants médicaux sont une profession de santé reconnue aux États-Unis, où ils exercent aussi bien en premier recours qu'à l'hôpital.



Statut tabagique des patients fumeurs au cours de leur intervention chirurgicale (adapté)

Les barres en gris sombre figurent la période avant modification du protocole péri-opératoire et celles en gris clair après l'introduction d'une intervention d'aide au sevrage tabagique.

Toutes les régressions logistiques ont été ajustées pour le sexe du patient, son âge, son groupe ethnique, le type de chirurgie (générale, orthopédique ou vasculaire), une éventuelle obésité, son score de statut physique ASA, et la lourdeur de l'intervention chirurgicale. En sus de ces facteurs, les variables mesurées le jour de l'intervention ont été ajustées pour le temps écoulé entre la date de programmation et celle de l'intervention, et les variables issues de sondages téléphoniques l'ont été pour le temps écoulé entre la sortie du bloc et la date de l'enquête.

Les résultats figurent ci-dessus. L'abstinence post-opératoire, évaluée au téléphone (sans validation biochimique) environ un mois après l'intervention chirurgicale, a pratiquement doublé à l'issue de l'introduction de l'aide au sevrage dans le protocole. Les auteurs ont ainsi observé que le taux d'abstinence maintenue depuis la sortie de l'hôpital passait de 18 % à 39 % (OR ajusté = 3,20 ; IC 95 % 1,42 – 7,23), et le taux d'abstinence ponctuelle de 7 jours de 24 % à 44 % (OR ajusté = 2,39 ; IC 95 % 1,11 – 5,13).

En revanche, l'effet de l'aide au sevrage sur le tabagisme pré-opératoire n'a pu être mis en évidence. Les patients abstinents le jour de l'intervention chirurgicale étaient plus nombreux (29 % vs 21 % ; OR ajusté = 1,37 ; IC 95 % 0,75 – 2,52), de même que les patients fumeurs avec un taux de CO inférieur à 10 ppm (68 % vs 55 % ; OR ajusté = 2,32 ; IC 95 % 0,85 – 6,35), ce qui suggère une réduction de la consommation dans l'attente de l'opération. Mais ces tendances n'étaient pas significatives.

Des résistances en chirurgie orthopédique

Au-delà du probable manque de puissance statistique à l'origine de ce résultat mitigé, les auteurs indiquent que les traitements de substitutions nicotiques (TSN) suscitent des réticences en chirurgie orthopédique. L'effet négatif de la nicotine sur la reformation osseuse, mis en évidence sur des études animales à forte dose mais peu étayée dans le cas des TSN, conduirait les chirurgiens orthopédiques à éviter leur utilisation dans l'aide au sevrage tabagique.

En tout état de cause, les auteurs estiment que les risques per- et post-opératoires liés au tabagisme, notamment au point de vue infectieux, justifient amplement l'intégration d'une aide au sevrage tabagique en routine dans les parcours patients de chirurgie.

● Tabac et cancer : les fumeurs sous-évaluent grandement le risque

Évolution de la perception des risques du tabagisme en France : Baromètre cancer 2015

A. Pasquereau, *Baromètres santé de SPF*, janvier 2019.

En accès libre : <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Evolution-de-la-perception-des-risques-du-tabagisme-en-France-Barometre-cancer-2015>

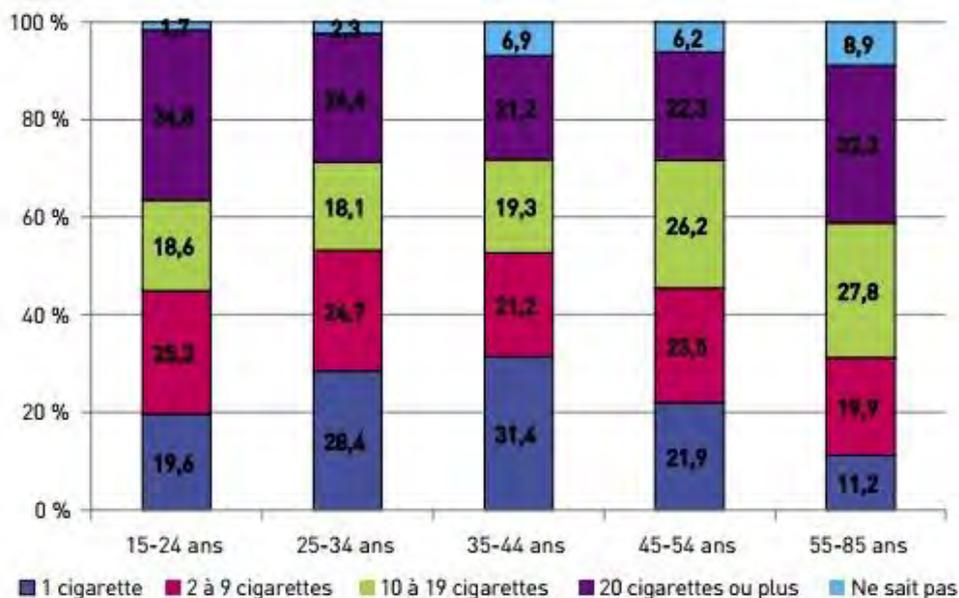
Le Baromètre Cancer 2015, réalisé conjointement par l'Institut national du cancer (INCa) et Santé publique France, s'est penché sur la perception des risques liés au tabac au sein de la population française. L'enquête repose sur l'envoi de questionnaires à 4139 personnes âgées de 15 à 85 ans et vivant en métropole, en l'occurrence entre mai et octobre 2015. Les données ont été corrigées afin d'être représentatives de la population générale (sur la base de critères sociodémographiques).

Premier constat, rassurant : la quasi-totalité des personnes interrogées avaient conscience du lien entre tabac et risque de cancer. A la question « Fumer du tabac peut-il favoriser l'apparition d'un cancer ? », 74 % des 15-85 ans répondent « certainement » et 23 % « probablement ». Les 3 % de sceptiques restant – 1,3 % de « probablement pas » et 1,5 % de « certainement pas » – représentent une proportion stable par rapport à 2010 : on les retrouve essentiellement chez les personnes les moins diplômées et les plus bas revenus, avec une surreprésentation des personnes de 55 ans et plus.

Les fumeurs sous-estiment la dangerosité du tabac

Les choses se compliquent lorsqu'il s'agit d'évaluer le seuil de consommation dangereuse (*voir figure ci-dessous*). À la question « À partir de combien de cigarettes par jour un fumeur risque-t-il d'avoir un cancer dû à la cigarette ? », les fumeurs interrogés répondent en moyenne... 12 cigarettes par jour ! Ce chiffre n'a pas évolué depuis 2010. En moyenne, un quart (23 %) seulement des fumeurs estiment que le risque de cancer augmente dès la première cigarette – c'est-à-dire la réponse conforme aux données de la science, qui montrent l'absence d'effet de seuil (cf. par exemple [Inoue-Choi et al., 2016](#)).

Si les perceptions évoluent avec l'âge, les jeunes (15-24 ans) et les plus âgés (55-85 ans) sont les plus à même de sous-estimer la dangerosité de la cigarette, alors que les 25-44 ans sont les plus sensibilisés.



Seuil perçu (nombre de cigarettes par jour) à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer dû à la cigarette, parmi les fumeurs de 15-85 ans, selon l'âge, en 2015 (N = 1192).

La dangerosité perçue en termes d'horizon temporel suit une structure assez proche. En réponse à la question « Au bout de combien d'années une personne qui fume ce nombre de cigarettes par jour (*le nombre de cigarettes précédemment déclaré, ndlr*) a-t-elle un risque élevé d'avoir un cancer ? », la durée moyenne évaluée par les fumeurs est de 16,5 ans. Un chiffre stable par rapport à 2010, et qui tend à augmenter avec l'âge.

Des médecins pas assez impliqués ?

La place des médecins dans la prévention du tabagisme semble elle aussi n'avoir guère évolué depuis 2010. En 2015, seuls 31 % des fumeurs ont abordé la question du tabac en consultation au cours des douze derniers mois : 17 % à leur initiative et 14 % à celle du médecin. Lorsque ce fut le cas, seuls la moitié (54 %) des patients rapportent que le médecin leur a proposé une aide au sevrage tabagique.

L'âge était le seul facteur associé au fait pour un fumeur d'aborder spontanément la question du tabac avec son médecin : les patients plus âgés étaient 2 à 3 fois plus susceptibles d'avoir abordé la question d'eux-mêmes que les 15-24 ans (*voir tableau ci-dessous*). Aucune autre caractéristique sociodémographique n'était significative.

	%	OR	IC à 95%
SEXE			
Homme (réf.) (n = 631)	15,5	1	
Femme (n = 629)	17,9	1,2	[0,8-1,7]
ÂGE			
*			
15-24 ans (réf.) (n = 207)	8,6	1	
25-34 ans (n = 273)	17,9	2,5*	[1,2-5,3]
35-44 ans (n = 251)	16,8	2,3*	[1,1-4,9]
45-54 ans (n = 236)	21,0	3,0**	[1,5-6,3]
55-85 ans (n = 293)	17,7	2,2*	[1,1-4,3]
SITUATION PROFESSIONNELLE			
Travail (réf.) (n = 775)	18,3	1	
Chômage (n = 131)	14,1	0,9	[0,5-1,6]
Études et inactivité (n = 354)	14,4	1,0	[0,6-1,7]
DIPLÔME			
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 498)	16,0	1	
Bac (n = 271)	17,3	1,1	[0,7-1,8]
Supérieur au bac (n = 491)	17,2	0,9	[0,5-1,4]
TERCILES DE REVENUS			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 371)	15,4	1	
2 ^e tercile (n = 454)	16,5	0,9	[0,6-1,4]
3 ^e tercile (élevé) (n = 361)	18,1	1,0	[0,6-1,7]
Refus/Nsp (n = 74)	18,2	1,1	[0,5-2,2]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 84)	21,9	1,2	[0,6-2,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 238)	18,6	1	
Professions intermédiaires (n = 281)	19,0	1,0	[0,6-1,7]
Employés (n = 300)	17,5	0,9	[0,4-1,7]
Ouvriers (n = 278)	13,5	0,6	[0,3-1,3]
Sans activité professionnelle (n = 79)	12,1	0,6	[0,2-1,6]

Facteurs associés au fait d'avoir abordé la question du tabac à l'initiative du fumeur, versus ne pas avoir abordé la question ou l'avoir abordée à l'initiative du médecin, chez les fumeurs de 15-85 ans, 2015 (N = 1260).

*** : $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Les OR non coiffés d'une ou plusieurs astérisques ne sont pas significatifs.

« L'implication des professionnels de santé est (...) un enjeu majeur pour aider les fumeurs à arrêter de fumer », rappellent les auteurs du rapport, face à ce constat en demi-teinte. Plusieurs mesures récentes pourraient contribuer à faire évoluer la situation : l'ouverture de la prescription des traitements de substitution nicotinique à certains professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, médecins du travail, infirmiers et kinésithérapeutes) depuis janvier 2016, la prise en charge par l'assurance maladie des TSN et l'inclusion du sevrage tabagique dans les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp) des généralistes.

● Patches à la nicotine : la réduction du « craving » détectable à l'IRM

The effect of nicotine patches on craving in the brain: A functional MRI study on heavy smokers.

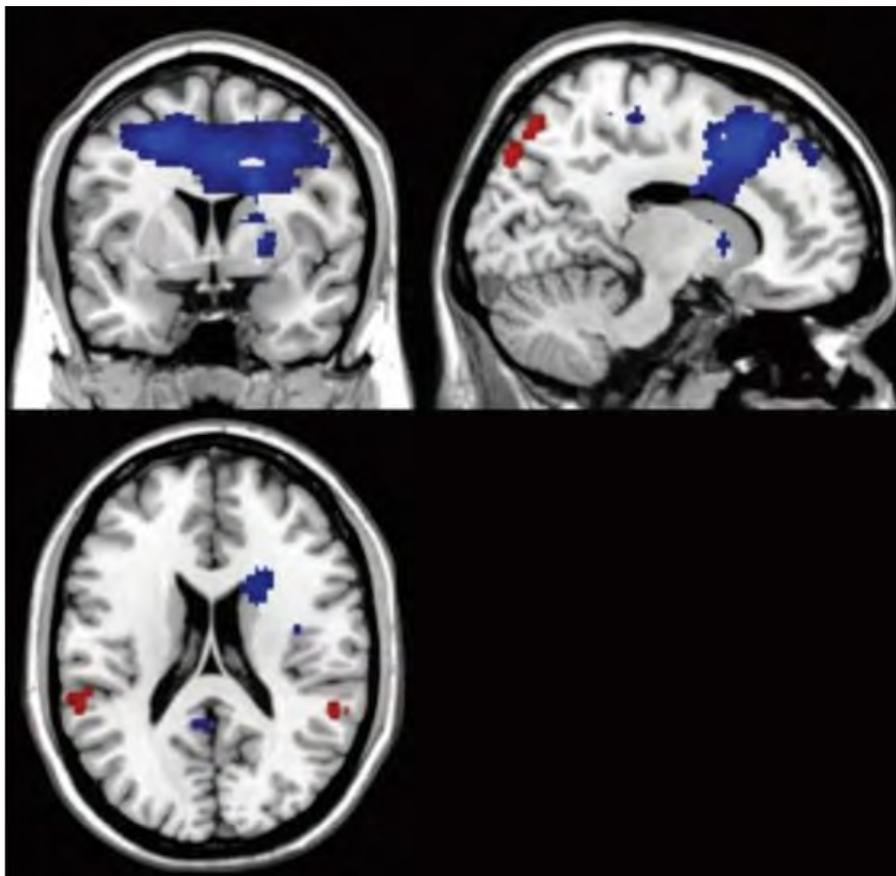
Liberman *et al.*, *Medicine (Baltimore)*, septembre 2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6181594/>

Cette étude belge vise à étudier l'effet des patches à la nicotine sur le « *craving* » au filtre de l'activité cérébrale. La nicotine interfère avec le système de récompense cérébral par l'intermédiaire de récepteurs nicotiques distribués sur les voies dopaminergiques : en cas de sevrage, certaines aires de ce circuit sont moins stimulées, telles que le noyau accumbens (NA) et le cortex préfrontal (PFC). D'où l'espoir de visualiser, en IRM fonctionnelle, l'effet des patches à la nicotine sur ces circuits.

À cet effet, 5 participants fumeurs ont été recrutés, avec un score d'au moins 4 au Fagerström. Il leur a été demandé de réaliser la même expérience – une tâche visuelle sur des images de personnes en train de fumer – dans différentes conditions : dans leur état de fumeur habituel (S, *smoking*), en étant abstinent (SD, *smoking deprivation*), abstinent avec un patch placebo (SD + PP, *placebo patch*), et abstinent avec un patch de 21 mg de nicotine (SD + NP, *nicotine patch*). L'abstinence correspondait à l'interdiction de fumer pendant six heures avant la séance d'IRMf.

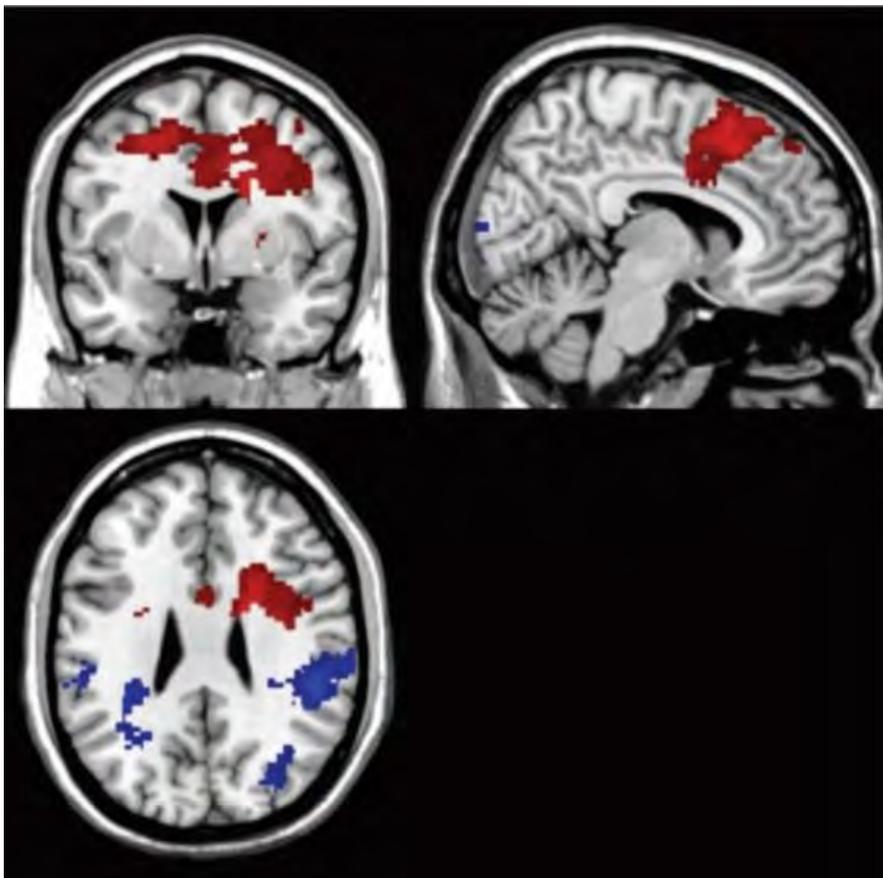
Plusieurs comparaisons ont produit des résultats intéressants, à commencer par l'effet du patch à la nicotine par rapport au patch placebo (SD + NP vs SD + PP, voir image ci-dessous). Les auteurs relèvent notamment une activation préférentielle du cortex prémoteur dans la condition « placebo », qu'ils attribuent à une anticipation de l'acte de fumer. Ils notent également une activation préférentielle du précunéus (lobe pariétal) dans la condition « nicotine », qu'ils attribuent à une attention accrue portée aux stimuli.



Comparaison entre le patch à la nicotine et le patch placebo chez les sujets fumeurs

En rouge : nicotine > placebo. En bleu : placebo > nicotine.

La comparaison entre les IRM des fumeurs abstinents et celles des fumeurs porteurs d'un patch est plus délicate à interpréter (SD vs SD+NP, voir image ci-dessous). Les auteurs notent que les fumeurs avec un patch présentent une activation supérieure des zones de l'attention, qui pourrait être dû à une meilleure faculté de concentration, et une activation supérieure du système limbique (émotions). A l'inverse, l'abstinence était associée à une activation préférentielle du cortex cingulaire postérieur, sans doute liée au phénomène de « craving ».



Comparaison entre sujets fumeurs abstinents avec et sans patch à la nicotine
En rouge : sans patch > avec patch. En bleu : avec patch > sans patch.

« Dans l'ensemble, nous avons observé que le patch réduisait l'activation dans les aires impliquées dans le craving, comparé aux conditions patch placebo ou abstinence », concluent les auteurs. « Les aires de l'attention étaient plus activées quand les sujets recevaient de la nicotine via leur patch. »

● Le lien entre tabagisme passif et cancer du col de l'utérus confirmé

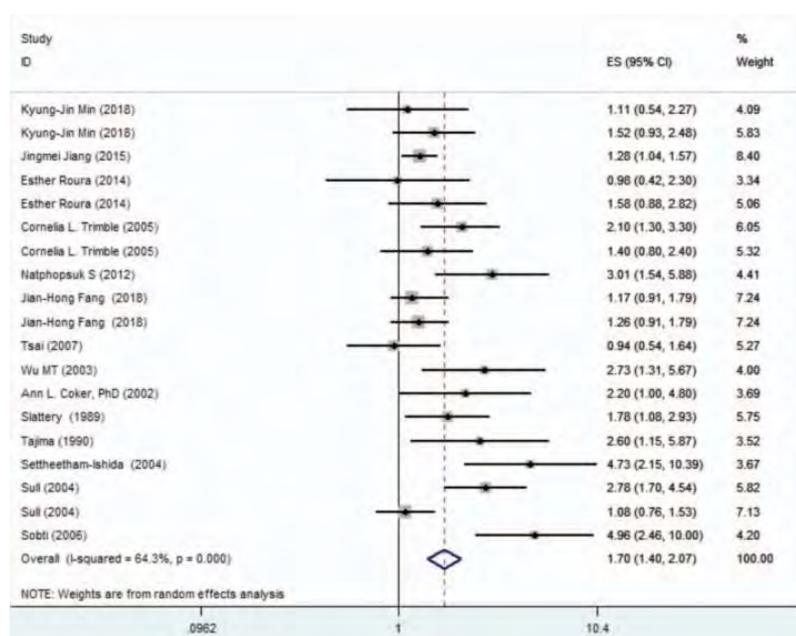
The relation of passive smoking with cervical cancer: A systematic review and meta-analysis.

Su *et al.*, *Medicine (Baltimore)*, novembre 2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257541/>

Le cancer de l'utérus est principalement lié à une infection par le virus HPV, mais compte plusieurs autres facteurs de risque majeurs : les rapports sexuels multiples et précoces, l'utilisation d'une contraception orale, et le tabac. Mais si le tabagisme actif est bien identifié, le lien entre tabagisme passif et cancer du col de l'utérus reste plus fragile et controversé. Cette méta-analyse chinoise avait vocation à trancher la question.

Un total de 14 études a été retenu lors du processus de sélection : essentiellement réalisés en Asie (n = 10), de type étude de cohorte (n = 4) ou cas-contrôle (n = 10), pour un total de près de 385 000 participants. Combinées, ces études témoignaient d'un risque nettement majoré de cancer du col de l'utérus chez les femmes exposées au tabac (*voir figure ci-dessous*), avec un OR groupé de 1,7 (IC 95 % 1,4 – 2,07 ; $I^2 = 64,3 \%$). Cette littérature se signale néanmoins par une hétérogénéité importante.

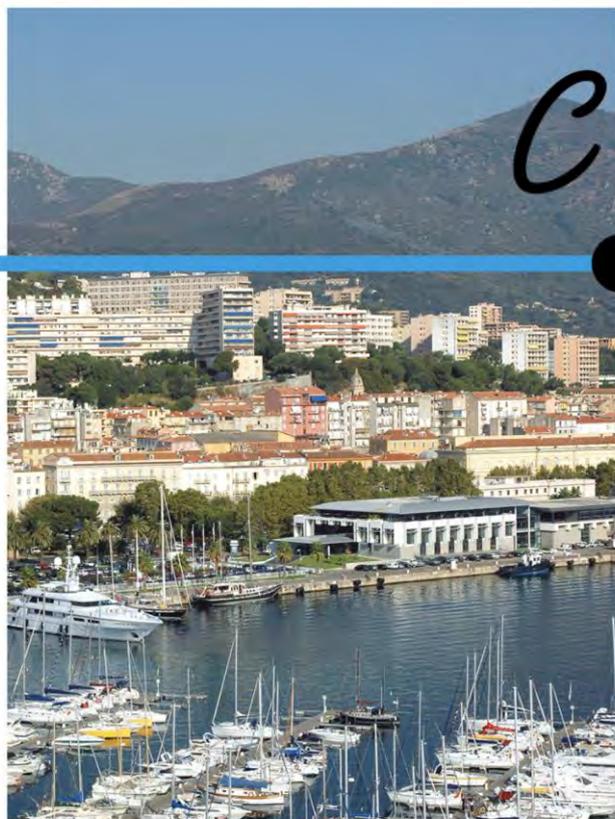


Graphique en forêt des 14 études retenues à la méta-analyse

Les OR estimés sont figurés par les carrés gris, et les intervalles de confiance à 95 % par les segments.

Pour mieux assurer le résultat, les auteurs ont conduit plusieurs analyses de sous-groupe sur la base de critères permettant de regrouper les études (continent, méthodologie, qualité, type de cancer), qui tendent à confirmer l'effet mesuré. Les analyses de sensibilité (consistant à retirer chaque étude de l'analyse pour vérifier qu'une seule d'entre elles n'est pas responsable de la totalité de l'effet) et de biais de publication (consistant à retirer les études qui tranchent avec la dispersion attendue des résultats) ont confirmé l'existence d'un effet.

Les mécanismes biologiques expliquant ce risque accru de cancer du col de l'utérus ne sont pas bien identifiés. L'hypothèse préférentielle concerne le rôle immunosuppresseur du tabac : un affaiblissement des mécanismes de contrôle immunitaire augmenterait le risque d'infection durable à HPV. D'autres pistes complémentaires évoquent le rôle de la nicotine dans la promotion des tumeurs ([Warren & Sing, 2013](#)) et les interactions possibles entre la fumée de tabac et les traitements anticancéreux.



CSFT 2019

**13e congrès de la Société
Francophone de Tabacologie**
Tous égaux face au tabac ?

21 au 22 novembre 2019

Centre de congrès d'Ajaccio



Ouverture du site prochainement

INFORMATIONS

Tabac : Arrêtez comme vous voulez !

#MOOCLiveArretTabac

Le Dr Anne-Laurence Le Faou, présidente de la Société Francophone de Tabacologie (SFT) et responsable du centre ambulatoire d'addictologie de l'hôpital européen Georges Pompidou, a réalisé avec le centre Virchow-Villermé (université de Paris), un MOOC (« *massive open online course* », cours en ligne ouvert pour tous), entièrement gratuit pour permettre à tous les professionnels d'encourager et de suivre une tentative d'arrêt du tabac.

Ce MOOC intitulé « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! », à travers des cours, des ateliers en groupe et du matériel pédagogique à disposition, permettra de renforcer les connaissances des professionnels en contact avec les fumeurs. Le public visé est l'ensemble des personnels de santé et sociaux, qu'ils soient médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, professionnels de la santé au travail, professionnels de santé publique et toute autre personne souhaitant connaître la prise en charge des fumeurs.

Sept semaines de formation sont proposées sur la plateforme France Université Numérique (FUN) :

- Tabac et santé ;
- Dépendance au tabac ;
- Qui peut aider les fumeurs ? ;
- Comment organiser l'aide aux fumeurs ? ;
- Les outils pour aider les fumeurs dans leur tentative d'arrêt ;
- La prise en charge de l'arrêt du tabac et la lutte contre le tabac en Europe ;
- Que se passe-t-il au-delà des frontières de l'Europe continentale pour la lutte contre le tabac et sa prise en charge ?

Le matériel pédagogique est disponible afin que chaque professionnel suivant le MOOC puisse le reproduire et l'adapter à sa convenance selon sa profession et les besoins spécifiques des fumeurs.

Un questionnaire est proposé au début du MOOC pour mieux connaître le public ainsi qu'à la fin de la formation afin d'évaluer ce MOOC.

<https://www.fun-mooc.fr/courses/course-v1:USPC+37021+session01/about>

VU SUR LE NET

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

CNCT : dernières actus

Dont : Condamnation de la Confédération nationale des Buralistes français et de la revue LOSANGEXPO

Sevrage tabagique: La cigarette électronique serait plus efficace que tous les autres substituts nicotiques

Le tabac à chauffer est-il vraiment moins nocif ?

Calais : 9 tonnes de tabac de contrebande saisies, un routier écroué

Trafics de tabac: l'État intensifie la traque

Tabac : les buralistes se reconvertissent

Hausse du prix du tabac : la présidente de Philip Morris France tacle "l'approche agressive du gouvernement"

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 à Villejuif (Val-de-Marne) recherche un(e) **infirmier(ère) tabacologue** pour un poste à temps plein.

Prérequis : diplôme inter-universitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations d'information individuelles et de suivi ; liaison dans les différents services de l'hôpital ; participation aux groupes d'informations du service (patients externes, patients hospitalisés en addictologie) ; 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 centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions (Certa) dirigé par le Pr Benyamina. Le service d'addictologie prend en charge toutes les addictions avec ou sans produit, adolescents et adultes.

L'unité de coordination de tabacologie du **CHU de Grenoble** recherche un **médecin tabacologue** (praticien attaché) à mi-temps pour de la consultation, participation aux enseignements universitaire, recherche.

Contact : Aline Noblet
Sage-femme tabacologue
Unité de coordination de tabacologie
06 16 58 68 78

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

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

CONTACT

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