

- [La sécurité de la prescription d'une substitution nicotinique dès les 48 premières heures dans les syndromes coronaires aigus confirmée](#)

Pack Q, Priya A, Lagu T et coll. [Short-term safety of nicotine replacement in smokers hospitalized with coronary heart disease](#). J Am Heart Assoc. 2018 ; 7 :e009424. DOI : 10.1161/JAHA.118.009424

Traiter dès les premières heures par substituts nicotiniques les patients souffrant de syndrome coronaire aigu permet d'éviter le manque et de favoriser le sevrage sans majorer les risques à court terme.

Prescrire des substituts nicotiniques aux fumeurs dans les 48 premières heures d'hospitalisation aux patients admis pour syndrome coronaire aigu (SCA) ne majore pas la mortalité (2,1 % contre 2,3 %, $p=0.98$), la durée de séjour (4,4 +/- 3,5 jours contre 4,3 +/- 3,3 jours, $p=0,06$) ni le taux de réadmissions à un mois (15,8 % contre 14,6 %, $p=0,31$) par rapport à l'absence de prescription, selon les résultats d'une étude de cohorte rétrospective portant sur 27 459 patients sélectionnés sur une population totale de 36 675 fumeurs admis pour syndrome coronaire, angioplastie (avec ou non syndrome coronaire) ou pontage, publiée dans le Journal of the American Heart Association.

Un délai de 15 jours jusqu'à présent recommandé aux Etats-Unis

Pourquoi attendre pour proposer une substitution nicotinique chez les patients admis pour syndrome coronarien aigu et traités médicalement, par angioplastie ou par pontage ? Les cardiologues et réanimateurs restent encore réticents à l'utilisation de la nicotine en raison d'un possible risque cardiaque lié à ses propriétés adrénérgiques et vasoconstrictrices. Bien qu'il ait été prouvé que la substitution nicotinique est bien tolérée et efficace chez les coronariens stables, les dernières recommandations américains ([US Public Health Service Clinical Practice Guidelines 2008](#)) estiment qu'après un syndrome coronaire aigu, un délai de deux semaines est nécessaire avant prescription. Les deux principales sociétés savantes américaines de cardiologie (ACC et AHA) ne recommandent pas non plus la substitution nicotinique. C'est pour ces raisons que seulement 20 % des patients hospitalisés pour syndrome coronaire aigu sont traités dès les 48 premières heures.

Population concernée par l'étude : angioplastie, pontage ou traitement médical

Les précautions de prescription sont essentiellement fondées sur des études menées chez des non-fumeurs concluant que la nicotine induit à court terme une majoration de la fréquence cardiaque (10 à 15 battements par minute) et de la pression artérielle (5 à 10 mmHg). Mais qu'en est-il en pratique chez les fumeurs ? Pour répondre à cette question l'équipe du Dr Quinn Pack (Springfield, Etats-Unis) a analysé le devenir de 27 459 fumeurs – dont 4 885 traités par substituts nicotiniques pendant les 48 premières heures – sur 36 675 patients hospitalisés pour syndrome coronaire aigu en 2014 dans l'un des 270 établissements hospitaliers affiliés au « Premier Healthcare Inpatient Database Alliance » (Premier Inc.) une base de données proposée par une société de conseils destinée aux hôpitaux et qui prend en compte 15% à 20% des hospitalisations aux Etats-Unis.

Les patients retenus ont été traités soit par angioplastie, soit par pontage soit par traitement médical. Ils étaient âgés en moyenne de 57 ans, il s'agissait d'hommes dans 69 % des cas, 60,7 % souffraient d'hypertension artérielle sans complications, 20 % d'une insuffisance cardiaque, 27,7 % d'une affection pulmonaire chronique, 31,4 % de diabète, 18,9 % d'obésité, 7,1 % d'alcoolisme chronique, 6,8 % de toxicomanie et 9,1 % de dépression. Au total, 56,9 % ont été admis en soins intensifs, 38,8 % ont reçu un traitement par vasodilatateurs et 11,8 % par amines vasopressives.

Une bonne tolérance d'une substitution nicotinique prescrite précocement

Au total, 17,8 % de patients ont été traités par substituts nicotiques au cours des 48 premières heures (4 885) : dans 97,2 % des cas, le choix s'est porté sur des patchs à une dose médiane de 21 mg/jour pendant une durée médiane de 3 jours. Les autres patients ont été traités par gommes à mâcher, comprimés à sucer ou inhalateur.

Le devenir à court terme – mortalité, durée de séjour et taux de réhospitalisations à un mois – de ces patients considérés comme dans un état sérieux (plus de 50 % des patients en soins intensifs, plus de 25 % des personnes pontées restant intubées en post-opératoire) s'est révélée similaire qu'ils soient traités par substituts nicotiques ou non.

Pour les patients traités par angioplastie, la mortalité hospitalière s'est établie à 0,9 % sans substitution contre 0,5 % avec substitution ($p=0,06$), la durée de séjour à respectivement 3,5 contre 3,6 jours ($p=0,91$) et le taux de réadmissions à 9,8 % contre 8,9 % ($p=0,22$). En cas de pontage, ces chiffres étaient de 2,2 % et 1,2 % (sans ou avec substitution, $p=0,099$) pour la mortalité, à 9,6 et 10 jours pour la durée de séjour ($p=0,06$) et à 10,4 % et 12,6 % pour le taux de réadmission ($p=0,16$). Enfin, lors d'une prise en charge médicale, les chiffres étaient de 2,1 % contre 2,3 % ($p=0,98$) pour la mortalité, de 4,3 et 4,4 jours pour la durée de séjour ($p=0,60$) et de 15,8 % et 14,6 % pour le taux de réadmission ($p=0,31$).

Aucune différence n'a non plus été constatée quant au coût moyen de l'hospitalisation (10 428 \$ à 42 118 \$ selon le type de prise en charge) et ce dans les trois bras analysés : coronaropathie, pontage et traitement médical du syndrome coronarien aigu.

Variable	PCIMI			CABG			Medical MI		
	No NRT	Early NRT	P Value*	No NRT	Early NRT	P Value*	No NRT	Early NRT	P Value*
Patients, n (%)	2975 (50)	2975 (50)		892 (50)	892 (50)		769 (50)	769 (50)	
In-hospital mortality, n (%)	26 (0.9)	14 (0.5)	0.06	20 (2.2)	11 (1.2)	0.099	16 (2.1)	18 (2.3)	0.98
LOS, mean (SD), d [†]	3.5 (2.7)	3.6 (2.6)	0.91	9.6 (4.5)	10.0 (4.4)	0.06	4.3 (3.3)	4.4 (3.5)	0.60
All-cause readmission among survivors (≈1 mo), n (%)	289 (9.8)	263 (8.9)	0.22	91 (10.4)	111 (12.6)	0.16	119 (15.8)	110 (14.6)	0.31
Cost, mean (SD), US \$ [§]	17 243 (10 475)	17 085 (9855)	0.55	42 118 (23 111)	41 078 (18 529)	0.28	10 502 (8731)	10 428 (8814)	0.57

Devenir des patients inclus dans la cohorte (mortalité hospitalière, durée de séjour, réadmissions à un mois) et selon le type de prise en charge et selon l'utilisation ou non de substituts nicotiques. PCIMI : intervention coronarienne percutanée avec ou sans infarctus du myocarde, CABG : pontage, Medical MI infarctus du myocarde traité médicalement. Adapté de Pack et coll. 2018

Gage de suivi du traitement à la sortie

Les auteurs concluent que l'incidence des syndromes de manque de nicotine est très souvent sous-estimée à l'hôpital. Or, ils sont maximaux après une semaine de sevrage et ils peuvent influencer sur le devenir clinique du patient... Leur étude montre qu'il est possible de prescrire en toute sécurité ce traitement dès les premiers jours d'hospitalisation, ce qui est un gage de meilleur suivi du traitement lors de la sortie... Les auteurs précisent enfin que les recommandations devraient être actualisées car on dispose désormais de preuves suffisantes de l'efficacité des substituts nicotiques en cas de syndrome coronaire aigu pour intégrer cette prescription aux futures nouvelles recommandations.

- **Cibler le partenaire pour que les mères cessent de fumer**

Scheffers-van Schayck T, Tuithof M, Otten R et coll. [Smoking behavior of women before, during, and after pregnancy : indicators of smoking, quitting, and relapse](#). *Eur Addict Res* 2019 ; 25 : 132-144. DOI : 10.1159/000498988

Lorsque le partenaire fume avant, pendant ou après la grossesse, les tentatives de sevrage tabagique des mères sont moins souvent fructueuses.

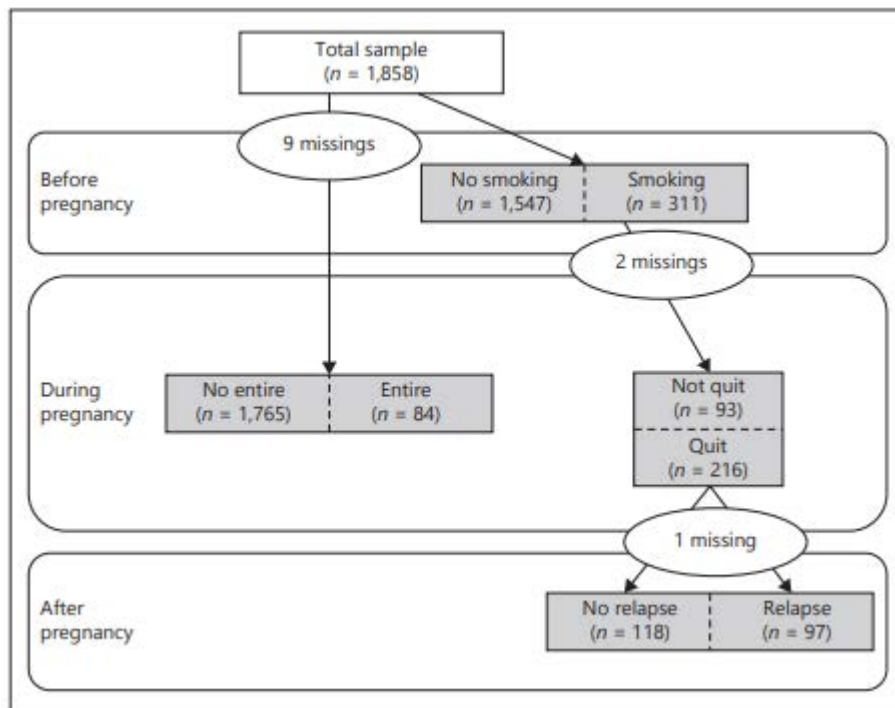
Une étude menée aux Pays-Bas sur 1 858 mères de jeunes enfants et publiée dans *European Addiction Research* prouve combien il est important pour réussir un sevrage tabagique au décours d'une grossesse d'être accompagnée par un partenaire non-fumeur. Ce travail est le fruit d'une analyse de questionnaires proposés à l'occasion de consultations post-natales dans 46 centres de soins pour enfants situés dans 35 villes du pays.

Un taux de rechute qui monte jusqu'à 74 %

Les questionnaires – complétés anonymement pour éviter les biais de sous-déclaration à un tiers – avaient pour but d'évaluer les facteurs influençant le tabagisme actif avant, en cours (3 périodes évaluées 1-3 mois, 4-6 mois, et 7-9 mois) et dans les 6 mois suivant la grossesse. L'idée qui sous-tendait ce travail était de caractériser des cibles d'action spécifiques aux jeunes mères avec l'intention de mettre en place par la suite des mesures de prévention adaptées. En effet, une méta-analyse d'études déclaratives sur la reprise du tabagisme après l'accouchement montre que 43 % des femmes abstinentes en cours de grossesse refument dans les 6 mois. Plus encore, lorsque seules les études évaluant le tabagisme à partir d'analyses biochimiques sont prises en compte (évitant ainsi le biais déclaratif), la proportion de rechute du tabagisme s'établit à 74 %.

84 des 1 858 femmes ont fumé pendant toute la grossesse

Sur les 1 858 femmes incluses, 311 fumaient avant d'être enceintes (17,4 %), 216 d'entre elles ont cessé de fumer pendant la grossesse et 93 ont continué à au moins une des périodes analysées dont 84 pendant les 9 mois (4,9 %). En post-partum, 97 ont recommencé à fumer (46,1 %) alors que 118 sont restées abstinentes. A 6 mois, le taux de reprise de la cigarette était de 82,3 % des femmes qui avaient cessé de fumer en cours de grossesse.



Les 4 groupes de femmes individualisés pour l'étude : échantillon total, avant la grossesse, durant la grossesse et après la grossesse. Adapté de Scheffers-van Schayck et coll. 2019

L'équipe du Dr Tessa Scheffers-van Schayck (Utrecht, Pays-Bas) a ensuite analysé les facteurs démographiques associés au tabagisme aux différents stades de désir d'enfant.

-Tabagisme avant la grossesse

Comparées aux femmes qui n'ont jamais fumé, celles qui consommaient des cigarettes avant la grossesse étaient plus jeunes, moins éduquées et plus souvent mères célibataires. Elles étaient aussi moins souvent sous acide folique. Elles consommaient plus de substances psychoactives (alcool et cannabis) et étaient plus souvent en couple avec un partenaire qui lui aussi fumait avant la grossesse.

-Tabagisme pendant toute la grossesse

Par rapport aux femmes qui ne fumaient pas du tout durant toute la grossesse, celles qui ont gardé une consommation étaient plus souvent plus jeunes plus souvent mères célibataires et moins éduquées. Elles consommaient plus de cannabis mais moins d'alcool que les femmes auxquelles elles étaient comparées. Leurs partenaires restaient eux aussi plus souvent fumeurs pendant les 9 mois de grossesse.

-Arrêt du tabagisme pendant la grossesse

Parmi les facteurs favorisant l'arrêt de la consommation en cours de grossesse, les auteurs retiennent un niveau d'éducation élevé et une plus grande consommation d'alcool avant la grossesse. Avoir un partenaire ayant cessé de fumer pendant ou avant la grossesse ou n'ayant jamais fumé est aussi un facteur de sevrage tabagique.

-Arrêt du tabagisme en post-partum

Ce sont les femmes les plus âgées et celles dont le partenaire ne fumait pas ou plus qui ont eu le plus tendance à ne pas reprendre le tabac en post-partum.

Un partenaire fumeur multiple par 7 le risque de tabagisme

Les auteurs insistent sur la relation à prendre en compte entre le tabagisme du partenaire et celui de la mère. En effet, vivre avec un partenaire fumeur avant la grossesse majore d'un facteur 7 le risque de tabagisme chez la mère. De façon similaire, deux tiers des fumeuses en cours de grossesse vivaient avec un partenaire fumeur. Enfin, le risque de reprise en post-partum était doublé chez les femmes vivant avec un fumeur.

Parmi les autres facteurs influençant le tabagisme maternel, l'équipe du Dr Scheffers-van Schayck retient un niveau d'éducation bas (qui multiplie le risque de tabagisme par 11,5), ou intermédiaire (risque multiplié par 5), la consommation de cannabis (risque multiplié par 10). Ils soulignent aussi que le rôle de l'intensité de la consommation d'alcool est ambigu puisque ce sont les femmes qui buvaient le plus qui ont pu plus facilement cesser le tabac en cours de grossesse. L'étude ne précise pas si les mères avaient, en cours de grossesse, limité leur consommation d'alcool. Parmi les autres constatations ambiguës, les auteurs soulignent le fait que les femmes qui ont cessé de fumer ont plus souvent que les autres été informées de l'intérêt du sevrage par leurs soignants. Pour autant ce n'étaient pas celles qui ont eu le plus souvent eu recours aux aides au sevrage.

Cibler le partenaire dès le désir d'enfant

Cette étude souligne l'importance d'avoir un partenaire non fumeur à tous les stades de la grossesse. Les auteurs estiment qu'il est donc essentiel de les inciter à cesser leur tabagisme dès le désir d'enfant et de s'y tenir pendant les 9 mois. Si le partenaire n'y parvient pas, il faut l'encourager à arrêter en post-partum afin de donner le maximum de chances à la mère de ne pas rechuter. Les auteurs précisent aussi qu'il faut aller plus loin que simplement interroger la mère sur le tabagisme de son partenaire, il faut lui donner les moyens de s'arrêter. La période du post-partum peut être un moment clé de sensibilisation du partenaire en insistant sur le conflit entre la notion de « bon parent » et la persistance d'un tabagisme.

NB : En France, depuis 2016, les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>

- **Le tabac facteur favorisant et aggravant de la sclérose en plaques**

Alrouji M, Manouchehrinia A, Gran B, Constantinescu C. [Effects of cigarette smoke on immunity, neuroinflammation and multiple sclerosis](#). *Journal of Neuroimmunology*. DOI : 10.1016/j.jneuroim.2018.10.004

Par son effet sur l'immunité, le tabagisme favorise la survenue de la sclérose en plaque chez les patients susceptibles génétiquement. Il majore aussi les signes cliniques, aggrave le handicap et augmente la mortalité.

Le *Journal of Neuroimmunology* propose une revue exhaustive de l'effet du tabagisme sur l'immunité et une application des différents impacts sur l'immunité innée, les cellules épithéliales, les macrophages, les cellules dendritiques, l'immunité adaptative (lymphocytes T et B) et l'auto-immunité chez les patients atteints de sclérose en plaque (SEP).

« A ce jour, et en dépit des recherches menées sur ce sujet, on ne connaît encore que très peu de facteurs de risque modifiables de la sclérose en plaque. Néanmoins, le tabagisme actif est considéré comme l'un d'eux puisqu'il augmenterait de 50 % le risque de développer la maladie. Le tabagisme passif, pour sa part, augmenterait le risque de 30 % chez les adultes et multiplierait par deux le risque chez les enfants. Seul le tabac inhalé serait en cause et non le tabac à mâcher, ce qui laisserait à penser que la toxicité pourrait être en lien avec des toxiques contenus dans la fumée », analyse le Dr Mohammed Alrouji (Nottingham, Grande-Bretagne).

L'arrêt du tabac réduit le risque de passage à une forme progressive

La cigarette interagirait avec les deux gènes majeurs de susceptibilité - présence de HLA-DRB1*15 et absence de HLA-A*02 – qui multiplient le risque d'atteinte par 4,9 chez les non fumeurs et par 13,5 chez les personnes qui ont déjà fumé ou qui fument.

Outre contribuer à l'apparition des signes cliniques de SEP, le tabac augmente l'intensité des signes cliniques, majore le handicap, les signes cognitifs, abaisse la qualité de vie et est lié avec les atteintes neurologiques retrouvées à l'IRM mode T2 ou injectée au gadolinium.

En outre, le tabagisme favoriserait le passage d'une forme rémittente à une forme progressive (majoration du risque de 80 %).

Enfin – en se fondant sur les résultats de plusieurs études principalement menées en Grande-Bretagne – les auteurs expliquent que le risque de mortalité toutes causes confondues est majoré d'un facteur 2 à 3,5 pour les personnes qui ont déjà fumé voire d'un facteur 6,7 chez les fumeurs actifs.

L'arrêt du tabac permet de limiter la survenue des signes cliniques, de réduire le risque de passage à une forme progressive, et de diminuer le handicap. Il est donc essentiel de proposer une intervention active anti-tabac rapidement dans le cours de la maladie.

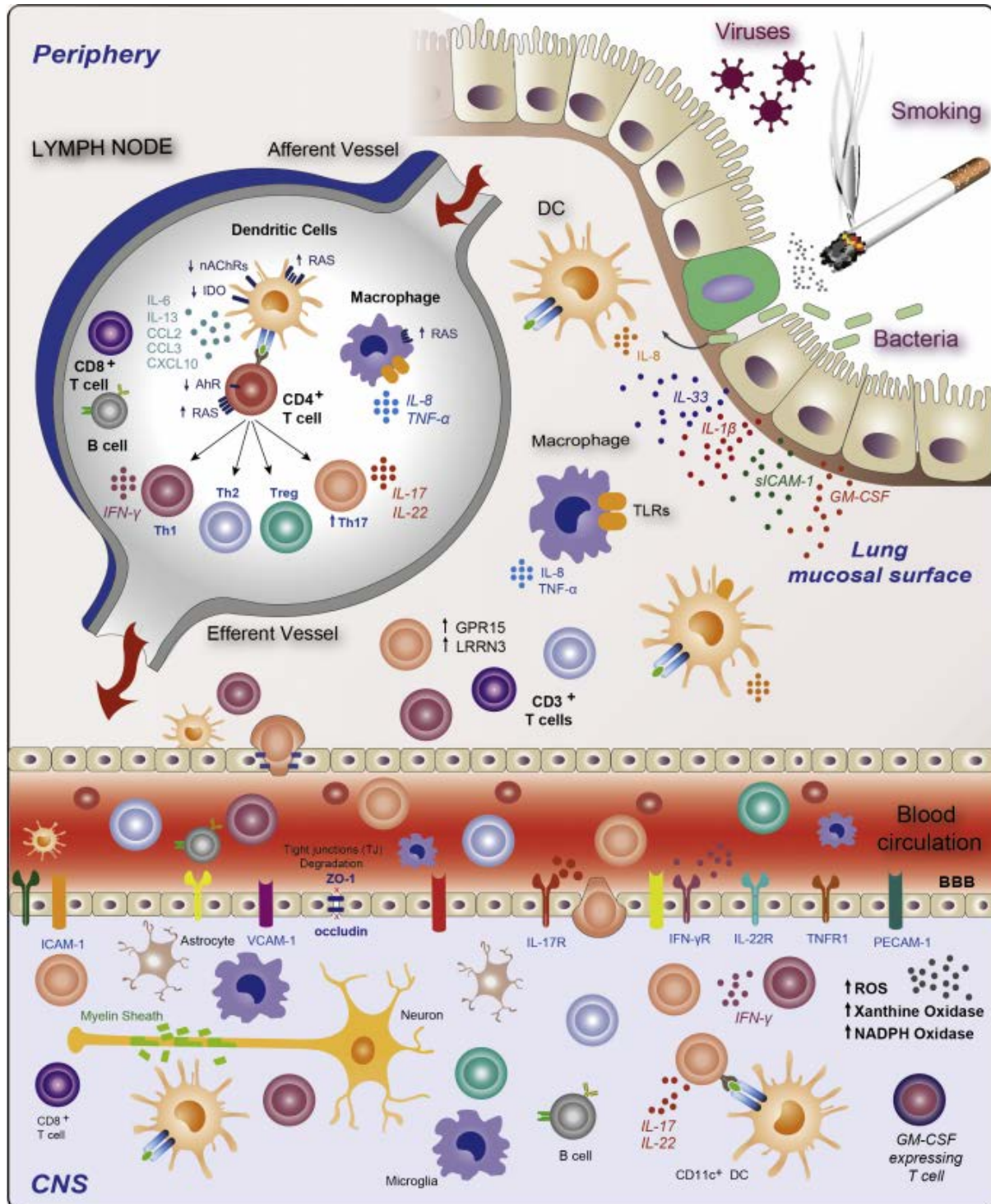
Une altération de la réponse immunitaire innée et adaptative

Les auteurs détaillent ensuite l'impact du tabagisme sur l'immunité des patients ayant une SEP. Rappelant que les poumons constituent un site critique d'activation et de différenciation des lymphocytes T, ils expliquent que le tabagisme pourrait induire un état pro-inflammatoire et altérer la fonction des lymphocytes T ce qui a été retrouvé dans différents modèles animaux.

La fumée de cigarette pourrait agir à la fois sur la réponse immunitaire innée et adaptative en altérant la reconnaissance des antigènes pathogènes, augmentant ainsi la sensibilité aux infections, et en particulier aux infections à EBV qui pourraient jouer un rôle dans la physiopathologie de la SEP. Par

ailleurs, le tabagisme – par le biais du stress oxydatif et de l’inflammation vasculaire – pourrait induire des modifications physiopathologiques de la barrière hémato-encéphalique chez les patients ayant une SEP. Enfin, il pourrait induire des modifications épigénétiques (modifications des histones, méthylation post-translationnelle...) qui pourraient influencer sur la réponse immunitaire innée ou adaptative.

Les auteurs concluent qu’en raison de la complexité des constituants de la fumée de cigarette, les mécanismes précis de l’impact du tabagisme sur la SEP restent encore mal élucidés.



Modèle schématique de l’impact immunologique de la fumée de cigarettes sur l’évolution des SEP : au sein de l’environnement pulmonaire, l’exposition aux fumées de cigarettes induit un stress oxydatif, une réponse pro-inflammatoire qui entraîne des modifications post-translationnelles de protéines. Or

ces dernières contrôlent la présentation antigénique, le recrutement des lymphocytes B et T et peut donc influencer sur l'auto-réactivité des lymphocytes T. C'est ce qui pourrait induire des phénomènes auto-immuns pathologiques. Par ailleurs, la fumée de cigarettes majore la susceptibilité aux infections augmentant ainsi la sécrétion des cytokines pro-inflammatoires, et induisant une transformation des lymphocytes T en cellules tH17. L'intégrité de la barrière hémato-encéphalique pourrait être affectée.
Adapté de Alrouji et coll. 2018

Quid de l'effet de la nicotine ?

La question de l'effet de la nicotine sur la SEP est aussi abordée. En effet, l'hypothèse d'un bénéfice de la nicotine par le biais d'un effet immunomodulateur a été proposée depuis les années 2000. Cette idée a été en outre confortée par le moindre risque de survenue de SEP chez les utilisateurs de tabac à priser par rapport aux fumeurs alors même que la nicotémie mesurée est similaire. C'est cette constatation qui a ouvert la voie à des recherches sur les autres composants potentiellement nocifs et présents dans la fumée des cigarettes.

Dans des modèles animaux de SEP, l'administration de nicotine améliore la sévérité des symptômes, alors que la fumée de cigarettes les aggrave. La nicotine pourrait donc influencer sur la viabilité de la microglie et sur l'activation et la réponse immunitaire du système nerveux central.

- **Le tabagisme, principal facteur de risque cardio-vasculaire modifiable chez les plus jeunes**

Gleerup HB et coll. [Smoking is the dominating modifiable risk factor in younger patients with STEMI](#). *European Heart Journal : Acute cardiovascular Care*. DOI : 10.1177/2048872618810414

Trois quarts des patients de 30-49 ans pris en charge pour un syndrome coronaire aigu sont des fumeurs actifs et seuls 19 % n'ont jamais fumé.

Quels sont les principaux facteurs de risque cardio-vasculaire des plus jeunes patients souffrant d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI) et sur lesquels des campagnes de prévention pourraient être proposées de façon ciblée ? C'est à cette question qu'une équipe de cardiologues danois a tenté de répondre en analysant l'impact du tabagisme, de l'hypertension, des dyslipidémies, du diabète, des antécédents familiaux cardio-vasculaires et de l'IMC sur 4 sous-populations (30-49 ans, 50-59, 60-69, plus de 70 ans) dont les données ont été colligées dans le Western Denmark Heart Registry entre 2005 et 2015. Les résultats de ce travail sont publiés dans *European Heart Journal : Acute Cardiovascular Care*.

Comparaison entre les tranches d'âge

Sur les 9 914 patients inclus, 3 131 étaient âgés de plus de 70 ans, 2 926 avaient entre 60 et 69 ans, 2 327 entre 50 et 59 ans, et 1 530 étaient âgés de moins de 49 ans. Pour préciser l'influence des différents facteurs de risque, les données ont été comparées avec celles de la tranche d'âge des plus de 70 ans qui a été choisie comme référence.

-Sexe : Si les hommes représentent 63 % du sous-groupe des plus âgés, cette proportion est de 79 % pour les 60-69, de 81 % pour les 50-59 et de 77 % pour les 30-49 ans.

-Tabac : la proportion de fumeurs actifs est la plus importante chez les sujets les plus jeunes (74 %). Elle s'abaisse progressivement avec l'âge : 63 % pour les 50-59, 50 % pour les 60-69 et 30 % pour les plus de 70 ans. De façon inverse, la proportion des anciens fumeurs augmente avec l'âge - respectivement 10, 19, 28 et 37 % - tout comme celle des personnes qui n'ont jamais fumé -16, 18, 22 et 30 %.

-Hypertension : l'analyse des prescriptions de médicaments antihypertenseurs retrouve une majoration progressive avec l'âge de la proportion de patients traités qui passe de 15 à 25 puis 34 et 45 % des patients.

-Hyperlipidémie : le nombre des patients traités pour hyperlipidémie est relativement stable à tous les âges (9, 13, 17 et 17 %).

-Diabète : la proportion des diabétiques reste limitée à tous les âges (7, 6, 8 et 9 %)

-Antécédents familiaux : ce sont les plus jeunes qui, en proportion, ont un risque de maladie cardio-vasculaire chez les ascendants le plus important en raison d'une prédisposition familiale ou héréditaire plus marquée (54 % pour les moins de 49 ans, 48 % pour les 50-59 ans, 37 % pour les 60-69 ans et 27 % pour les plus de 70 ans).

-Obésité : la proportion d'obésité reste stable dans toutes les tranches d'âge étudiées : 6, 5, 5 et 5 %.

Syndrome coronaire aigu : 8 ans plus tôt chez les fumeurs que chez les non-fumeurs et 14 ans plus tôt chez les fumeuses que chez les non-fumeuses

L'analyse réalisée en prenant en compte le statut tabagique des patients admis pour infarctus du

myocarde est riche d'enneigements. Ainsi, l'âge moyen des fumeurs actifs pris en charge par STEMI s'établissait à 59 ans en moyenne, contre 68 ans pour les anciens fumeurs et 67 ans pour les personnes qui n'avaient jamais fumé ($p < 0,001$). Cette différence est retrouvée dans les deux sexes avec des valeurs respectives de 58, 67 et 64 ans pour les hommes et 61, 71 et 75 ans pour les femmes ($p < 0,001$). Les patients fumeurs étaient moins souvent traités pour hypertension que les anciens et les non fumeurs (25%, 42 % et 38 % $p < 0,001$) et ils étaient aussi moins souvent traités pour une hyperlipidémie (12, 19 et 17 %, $p < 0,001$).

	Smoking status			All ^a N=9914	P value ^b
	Current smoking n=5000	Previous smoking n=2565	Never smoking n=2349		
Age, years	59 (17)	68 (16)	67 (18)	63 (18)	<0.001
Men (7359)	58 (16)	67 (16)	64 (17)	62 (17)	<0.001
Women (2555)	61 (19)	71 (16)	75 (17)	67 (20)	<0.001
Men	3722 (74)	2014 (79)	1623 (69)	7359 (74)	<0.001
Women	1278 (26)	551 (21)	726 (31)	2555 (26)	<0.001
Treated for hypertension^c (n=9804)	1221 (25)	1054 (42)	892 (38)	3167 (32)	<0.001
Men (7274)	809 (22)	773 (39)	558 (35)	2140 (29)	<0.001
Women (2530)	412 (33)	281 (52)	334 (47)	1027 (41)	<0.001

Caractéristiques des patients au moment de la survenue du syndrome coronaire avec élévation du segment ST selon le statut tabagique. Adapté de Bechmann Glerup et coll. 2018

Risque multiplié par un facteur 5,15

Parmi les patients admis pour syndrome coronaire avec élévation du segment ST (STEMI) les fumeurs sont 5,15 fois plus représentés (OR 95 % CI 4,37-6,07) chez les patients de moins de 50 ans comparés à ceux de plus de 70 ans. L'analyse stratifiée – hommes/femmes- retrouve un risque plus marqué et significatif ($p < 0,001$) de STEMI chez les femmes tabagiques, quelle que soit la tranche d'âge étudiée, autrement dit, à tout âge, les femmes fumeuses ont un risque majoré de SCA par rapport aux hommes fumeurs. Parmi les patientes retenues pour l'étude, 80 % de celles qui avaient présenté un SCA avant 50 ans étaient fumeuses, contre 73 % des hommes.

Les auteurs précisent que bien que cette pathologie soit rare, on retrouve des SCA chez des patients jeunes qui n'ont jamais fumé : certains d'entre eux sont atteints d'athérosclérose précoce, d'autres consomment des drogues (cocaïne par exemple), il existe aussi des cas de prédisposition familiale ou génétique d'infarctus du myocarde, enfin, des dissections spontanées des artères coronaires peuvent être en cause.

Pour les auteurs en dépit des campagnes visant à prévenir des méfaits du tabagisme, ce facteur de risque reste le principal facteur modifiable notamment chez les patients les plus jeunes et chez les femmes.

	30–49 Years	50–59 Years	60–69 Years	≥70 Years ^a
All patients				
OR (95% CI) (n=7349)	5.15 (4.37–6.07)	3.66 (3.19–4.21)	2.46 (2.17–2.80)	1
Women				
OR (95% CI) (n=2004)	9.88 (6.94–14.08)	7.41 (5.48–10.03)	4.26 (3.34–5.44)	1
Men				
OR (95% CI) (n=5345)	3.78 (3.12–4.58)	2.69 (2.28–3.17)	1.84 (1.58–2.15)	1

Comparaison du risque entre un fumeur actif et une personne n'ayant jamais fumé selon les tranches d'âge et le sexe chez des patients admis pour STEMI. Stratification selon le sexe. Adapté de Bechmann Glerup et coll. 2018

- **Cigarette électronique : première description de syndromes de manque**

Hughes J, Callas P. Prevalence of withdrawal symptoms from electric cigarette cessation: a cross-sectional analysis of the US population assessment of tobacco and health. *Addictive Behaviors*. DOI : 10.1016/j.addbeh.2018.07.002

Avec l'augmentation du recours aux cigarettes électroniques, va t-on assister à l'écllosion d'une nouvelle entité : le e-manque ?

Les Drs John Hughes et Peter Callas (Burlington, Etats-Unis) publient dans *Addictive Behavior* une petite étude sur un sujet assez nouveau et parfaitement d'actualité : le sevrage nicotinique chez les utilisateurs de cigarettes électroniques. Jusqu'alors, seules deux études rétrospectives (2015 et 2016) avaient rapporté un taux de survenue d'au moins un symptôme de manque à l'arrêt du vapotage de e-liquide avec nicotine chez respectivement 23 et 26 % des sujets, chiffre bien moindre qu'en cas de sevrage du tabac.

Avec l'arrivée des dispositifs de vapotage de deuxième et troisième génération, qui permettent une inhalation rapide et marquée de nicotine (proche de celle des cigarettes), la question des effets de l'arrêt de la vape avec nicotine est légitime. L'éventuel syndrome de manque peut, en effet, rendre plus difficile l'arrêt de la vape et, chez une minorité d'utilisateurs, il peut induire des conséquences plus marquantes telles qu'un effet sur les fonctions cognitives, voire une dépression.

Seuls 25 vapoteurs exclusifs

Les auteurs ont choisi d'analyser des données issues de la base PATH (Population Assessment of Tobacco and Health) incluant 25 vapoteurs exclusifs, 2 528 fumeurs actifs, 60 personnes qui fumaient tout en utilisant un vapoteur et qui ont cessé de recourir à ce dernier, 355 personnes qui consommaient des cigarettes et utilisaient un vapoteur avant de cesser de fumer et non de vapoter, et 242 sujets qui ont cessé le double recours à la nicotine. L'article ne précise pas si certains fumeurs étaient sous substitution nicotinique et aucune indication sur le dosage en nicotine du e-liquide n'était précisée.

Plus de 65 % des sujets inclus étaient âgés de 25 à 54 ans. La proportion de femmes était proche de 50 % et les minorités ethniques étaient représentées de façon significative. Plus de la moitié de l'échantillon n'avait pas suivi d'études au delà du lycée.

12 à 25 % de symptômes de manque selon le DMS-5

Une minorité des vapoteurs américains a rapporté au moins un des symptômes de manque à l'arrêt de la vape : 40 % des vapoteurs exclusifs et 30 % des vapofumeurs. Dans respectivement 25 % des cas pour les vapoteurs exclusifs et 12 % des cas pour les vapofumeurs, les symptômes s'inscrivaient dans la définition du manque telle qu'elle est proposée par le DMS-5 . Au total, 25 % des vapoteurs exclusifs ont présenté au moins 4 symptômes de manque, contre 33 % des fumeurs exclusifs, 12 % des vapofumeurs ayant cessé la cigarette et 45 % des fumeurs/vapoteurs ayant cessé la vape.

Le Dr John Hughes souligne un fait qu'il qualifie de contre-instinctif : les fumeurs/vapoteurs qui ont arrêté la cigarette rapportent plus souvent des signes de manque que les fumeurs exclusifs. Il explique en partie ce résultat par le fait que les fumeurs/vapoteurs ont une consommation nicotinique plus importante que les fumeurs exclusifs, sans néanmoins que des chiffres précis soient fournis. Les niveaux de dépendance à la nicotine des fumeurs et des vapofumeurs n'ont pas été analysés dans cette étude.

Parmi les symptômes les plus souvent rapportés à l'arrêt de la vape avec nicotine, la colère, l'anxiété et l'augmentation de l'appétit sont plus habituels que la dépression ou l'insomnie.

De 0,9 à 1,7 symptômes de manque

Les auteurs ont aussi analysé le nombre de symptômes de manque en fonction du type de consommation de nicotine et en prenant en compte les personnes qui ont effectivement pu arrêter, celles qui n'y sont pas parvenu et celles qui ont réduit leur recours à la nicotine (soit 12 sous-groupes différents). Avec un très faible nombre de sujets dans le bras arrêt de la vape, les signes de manque chez les vapoteurs étaient moins importants qu'en cas de tabagisme pour neuf des comparaisons réalisées entre les différents sous-groupes. Une différence - non significative - a été retrouvée seulement pour deux comparaisons et notamment pour la comparaison entre le nombre de symptômes des vapoteurs exclusifs en sevrage et des fumeurs en sevrage qui retrouve une majoration du nombre de signes pour les vapoteurs (2,5 contre 1,4). Cette donnée pourrait être liée au faible nombre de personnes dans l'échantillon.

En moyenne, les personnes qui ont cessé la vape ont présenté 0,9 à 1,7 symptômes de manque contre 2,5 à 3,1 pour les fumeurs.

	EC-only	TC-only	Dual	Dual	Within-Ss	
	users	users	users	users	comparison	
	who	who	who	who	of dual	
	stopped	stopped	stopped	stopped	users who	
	ECs	TCs	ECs, but	TCs, but	stopped:	
			not TCs	not ECs	ECs	TCs
Quit	2.5	1.4	0.6	2.4	1.4	3.3
successfully	(2.9)	(1.9)	(1.6)	(2.6) ^{***}	(2.2)	(2.3)
fully	(10)	(270)	(41)	(70)	(20)	^{***} (20)
Failed to quit	1.2	2.9	1.6	3.5	2.6	3.4
	(1.6)	(2.3) ^{***}	(2.1)	(2.3) ^{***}	(2.4)	(2.7)
	(9)	(1558)	(14)	(214)	(41)	^{***} (41)
Reduced only	0.9	2.1	2.3	2.5	1.1	2.0
	(1.4)	(2.2) ^{**}	(2.4)	(2.3)	(1.7)	(2.3)
	(6)	(700)	(5)	(71)	(15)	(15)

Moyenne, déviation standard et (taille de l'échantillon) pour le nombre de symptômes de manque par résultat (arrêt, échec de l'arrêt, réduction) chez les utilisateurs de vape ayant suspendu la cigarette électronique, chez les fumeurs de cigarettes ayant suspendu le tabac, chez les utilisateurs vape/cigarettes ayant suspendu la e-cigarette et non le tabac, chez les utilisateurs vape/cigarettes ayant suspendu le tabac et non la vape, comparaison chez les utilisateurs vape/cigarette ayant cessé la vape ou la cigarette. L'effectif est faible et l'hétérogénéité DS est grande. Adapté de Hughes et coll. 2019

Une minorité de personnes concernées

Les auteurs concluent que leur étude « suggère qu'une minorité de vapoteurs présentent des symptômes de manque à l'arrêt et que ces symptômes sont moins marqués qu'à l'arrêt de la cigarette et ils pourraient n'avoir que peu de conséquences. Néanmoins, en raison du faible échantillon analysé dans cette étude, il serait souhaitable de mettre en place un essai prospectif afin de mieux préciser l'impact de l'arrêt de la vape ».

- **Recourir aux applications d'aides au sevrage : une piste à suivre**

Nghiem N, Leung W, Clerghorn C et coll. [Mass media promotion of smartphone smoking cessation app : modelled health and cost-saving impacts](#). BMC Public Health. DOI : 10.1186/s12889-019-6605-8

L'utilisation d'applications d'aide au sevrage tabagique sur Smartphones pourrait permettre d'améliorer la santé, de réduire les inégalités ethniques et de diminuer les coûts

A l'heure du « tout-Smartphone », quelle pourrait être la place d'applications d'aides au sevrage promues par les autorités sanitaires ? Une revue de 8 études sur l'intérêt de cette approche a conclu à un taux de sevrage compris entre 13 et 24 %. La première étude randomisée sur le sujet publiée en 2018 et menée dans 8 pays précisait que le taux de sevrage pouvait passer de 3,8 % (témoins) à 8,5 % (intervention) à 6 mois. En se fondant sur ces données, le Dr Nhung Nghiem et ses collègues (Wellington, Nouvelle-Zélande) ont proposé une élégante modélisation qui conclut qu'une campagne sur 5 ans fondée sur la promotion d'applications sur Smartphones pourrait permettre d'améliorer la santé, de réduire les dépenses et les inégalités. Les résultats de ce travail sont publiés dans *BMC Public Health*.

Une sous-population : les Maori issus d'une tribu native

Le modèle mis en place par l'équipe néo-zélandaise est fondé sur la mise à disposition sur Apple et Android d'une application spécifique dont l'utilisation serait promue par les autorités sanitaires. L'impact de cette approche a été évalué en prenant en compte l'espérance de vie pondérée en fonction de la qualité de vie (QALYs Quality Adjusted Life-Years) et les coûts de santé si, grâce aux campagnes sur Smartphone, 3 % de la population des fumeurs pouvait s'abstenir à vie. Une étude en sous-population a été réalisée chez les Maoris, issus d'une tribu native chez qui l'espérance de vie est diminuée en raison, entre autres, d'une proportion plus importante de tabagisme.

La promotion des applications d'aide au sevrage sur une durée de 5 ans pourrait générer 6 760 points QALYs (95 % UI : 5 420 à 8 420) rapportés à la vie entière de la population. Dans la population Maori, le gain relatif serait multiplié par 2,5 par rapport aux non Maoris (3,14 /1,25 pour 1 000 habitants respectivement) et par 2,78 après standardisation pour l'âge. Cette intervention pourrait permettre d'économiser 81,8 millions de \$ US.

Demographic group	Non-Māori QALYs gained	Māori QALYs gained	Ethnic groupings combined, QALYs gained	Ethnic groupings combined, cost-savings (NZ\$ million)
Sex and age groups combined	4650 (3540 to 5910)	2120 (1590 to 2720)	6760 (5420 to 8420)	\$115 (72.5 to 171)
Males, 15–24 years	379 (200 to 619)	175 (92.6 to 292)	554 (347 to 835)	\$14.8 (7.43 to 25.9)
Males, 25–44 years	1220 (821 to 1690)	390 (262 to 543)	1610 (1170 to 2150)	\$40.1 (25.1 to 58.9)
Males, 45–64 years	654 (422 to 954)	142 (88.7 to 215)	796 (548 to 1100)	\$11.7 (5.47 to 19.8)
Males, 65+ years	39.3 (24.2 to 59.4)	3.15 (1.77 to 4.84)	42.5 (27.1 to 62.7)	\$-2.12 (-1.81 to -2.37)
Males, all ages	2300 (1730 to 2980)	710 (530 to 926)	3010 (2370 to 3780)	\$60.1 (36.9 to 89.7) ^a
Females, 15–24 years	407 (218 to 650)	292 (155 to 479)	700 (447 to 1020)	\$13.8 (6.91 to 23.1)
Females, 25–44 years	1280 (865 to 1790)	813 (548 to 1120)	2090 (1550 to 2720)	\$38.9 (24.9 to 57.6)
Females, 45–64 years	628 (397 to 910)	295 (182 to 447)	924 (660 to 1250)	\$9.4 (3.96 to 16.4)
Females, 65+ years	39.4 (24.7 to 58.8)	5.78 (3.34 to 8.80)	45.2 (29.9 to 65.1)	\$-2.71 (-2.46 to -2.94)
Females, all ages	2350 (1750 to 3050)	1410 (1050 to 1830)	3760 (2970 to 4690)	\$55.1 (34.1 to 82.6) ^a
Per capita (QALYs /1000 people & \$) ^b	1.25 (0.95 to 1.58)	3.14 (2.36 to 4.03)	1.54 (1.23 to 1.91)	\$26.2 (16.5 to 38.9)

Gain de santé en points QALYs et baisse des coûts du système de santé obtenus grâce aux applications sur Smartphones (intervention sur 5 ans, baisse de 3 % du nombre des fumeurs). Adapté de Nghiem et coll. 2019

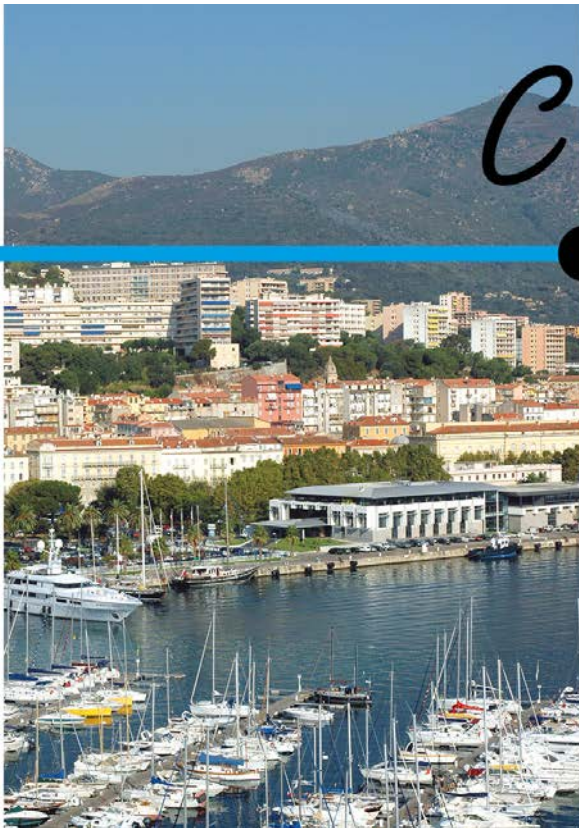
Un moindre impact par rapport à l'augmentation des taxes

Les auteurs précisent que des études randomisées contrôlées sont nécessaires afin d'apprécier le taux de sevrage à 12 mois avec les applications sur Smartphones qui vont plus loin que la délivrance d'un simple texto. Il est aussi nécessaire de mieux apprécier le point de vue des fumeurs sur les applications d'aide au sevrage promues par les autorités de santé.

Cette étude pourrait constituer une base de réflexion des décideurs politiques sur la place des possibles interventions actives. Il n'en reste pas moins, comme le précise le Dr Nghiem, que « *des mesures majeures telles qu'une augmentation des taxes, une diminution des approvisionnement ou l'arrivée d'une génération de non fumeurs pourraient générer des bénéfices plus importants que les applications en termes de santé. Mais si le recours aux applications est nécessaire pendant un premier temps, la recherche et la promotion des meilleurs applications doit être favorisée dès à présent* ».

L'étude française STAMP, un résultat positif des envois de e-mails

Publiée en 2018 dans *Nicotine&tobacco Research*, [l'étude française STAMP](#) concluait elle aussi à l'intérêt d'un outil numérique automatisé d'aide au sevrage par le biais d'e-mails adressés régulièrement pendant 3 mois (soit 45 messages au total individualisés selon le profil du fumeur). Les messages personnalisés et interactifs se sont révélés efficaces pour le maintien du sevrage en complément d'un coaching personnalisé. Ce type d'outil – tout comme les applications sur Smartphones – est, une fois développé, peu coûteux et complémentaires du suivi en face à face en particulier pour les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas bénéficier de consultations d'aide au sevrage.



CSFT 2019

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

21 au 22 novembre 2019

Palais des congrès d'Ajaccio



<http://www.csft2019.fr/>



**13^e Congrès International
d'Addictologie de l'ALBATROS**
Mercredi 5, jeudi 6 & vendredi 7 juin 2019
Brongniart Event Center / PARIS

www.congresalbatros.org

« Les addictions : un défi pour la société, la science et la politique »

Il est encore possible de s'inscrire : <http://www.congresalbatros.org/inscriptions>

Session parrainée par la SFT - 6 juin 2019, 14h30

Modératrice : Anne-Laurence Le Faou

- Cannabis et grossesse : actualités - Sarah Coscas

- Pratiques infirmières en tabacologie et prescription de la substitution nicotinique par les Infirmières - Isabelle Hamm

- Impact of decision-making capacities on 3-months treatment outcome among patients treated for cannabis



Retrouvez la session :

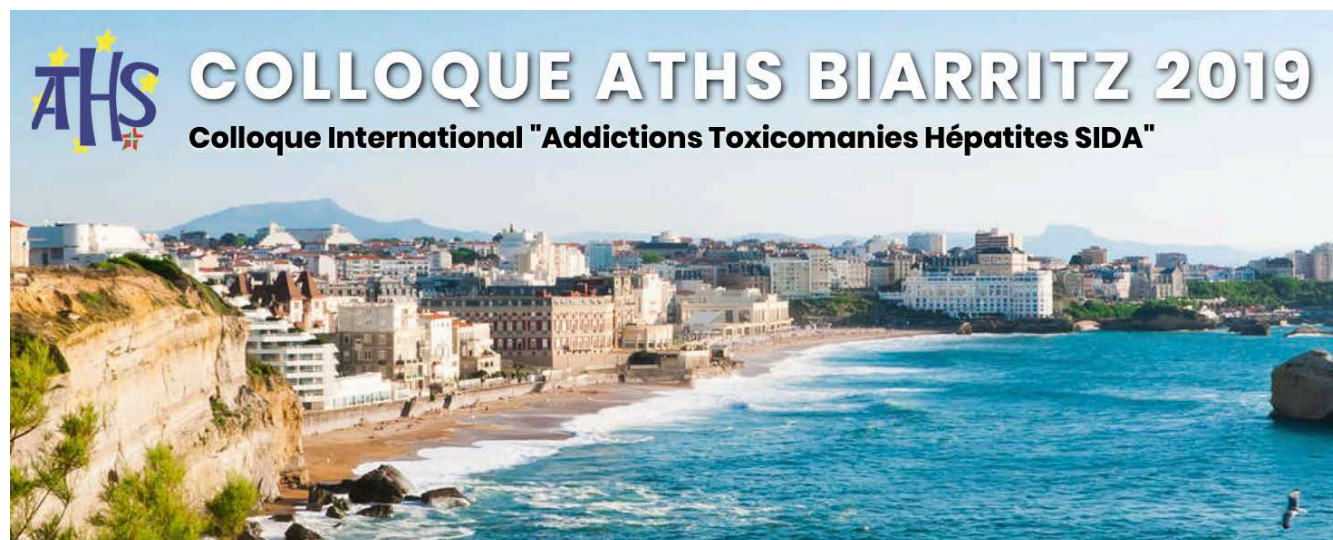
Prise en charge du tabagisme
Par le Dr Marie-Françoise PEAN, Angiologue -
Nantes

Lors de la 15^e journée de médecine vasculaire.



Retrouvez au Congrès de la Société Française de Médecine vasculaire les 25-28 Septembre, la session commune avec la SFT sur le tabagisme le mercredi 25 septembre.

<https://congres.sfmv.fr/#>



Les inscriptions sont ouvertes : <http://www.aths-biarritz.com/inscriptions/>

INFORMATIONS



Prix de l'innovation 1^{ère} Edition Remis au Dr Jean Loup Duros pour le programme Tab'Agir

Le premier prix d'Innovation de l'Institut Pierre Fabre de Tabacologie (IPFT) a été décerné lors des premières Journées Scientifiques de l'IPFT le 1^{er} et 2 Avril 2019 à PARIS en présence de 35 experts Tabacologues et Addictologues. Créé en 2016, l'IPFT est le fruit de 30 ans d'engagement en tabacologie des laboratoires Pierre Fabre.

Pouvaient concourir des professionnels de santé, PME, scientifiques, patients, en présentant des projets d'innovation dans la lutte contre le tabagisme et pour l'amélioration des pratiques professionnelles.

Ce prix IPFT a suscité un fort intérêt, avec 17 projets d'horizons multiples proposés en France et au-delà. « *La prise en charge de la dépendance tabagique est une préoccupation majeure* » a déclaré le Docteur Anne-Laurence Le Faou, présidente du jury et présidente de la Société Francophone de Tabacologie, « *on constate un nouvel élan vers des missions de formation locale auprès des différents professionnels de santé qui interviennent dans les régions... Il est primordial de stimuler de nouvelles vocations pour la tabacologie.* »

Le Prix de l'Innovation au programme Tab'Agir pour une dynamique tabacologique dans les maisons de santé pluridisciplinaires

Le lauréat, le Dr JL Duros, médecin tabacologue représentant le réseau Tab'Agir a été primé pour la constitution du réseau Tab'agir, présidé par le Dr S Tcherakian pneumologue. Le programme Tab'Agir fonctionne avec une dynamique de réseau mono-thématique et une ambition de prise en charge pluridisciplinaire, il est financé par l'ARS. Ses objectifs :

1. **Soutenir et former les professionnels de santé du premier recours** (sages-femmes, psychologues, diététiciens, médecins...), grâce à une formation initiale et une formation continue tous les 6 mois.
2. **Accompagner les patients dans l'arrêt du tabac.**
3. **Favoriser la proximité géographique** : des médecins, sagefemmes, infirmières ... formés à la tabacologie près des patients.
4. **Dupliquer ce modèle** de la Bourgogne à la Franche-Comté.

Au cours de ces journées IPFT, étaient organisées des sessions d'information avec des experts du plus haut niveau, des ateliers pour contribuer à la constitution d'un réseau solidaire et préparer les modules de formation à destination des professionnels de santé pour optimiser la prise en charge personnalisée des fumeurs.

Retrouvez le rapport e-santé et addictions édité par la Mildeca

<https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-e-sante-2019-num-v4.pdf>

VU SUR LE NET

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

CNCT : dernières actus

[En Grèce, mobilisation pour faire respecter la loi anti-tabac](#)

[La ville de Nancy s'oriente vers des parcs sans tabac](#)

[Les ravages du tabac chimique, un jeune homme décède à Saint-Pierre](#)

[L'Opéra Royal de Wallonie est sponsorisé par l'industrie du tabac](#)

[Les paquets de cigarettes seront tous bruns, selon les règles de Santé Canada](#)

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 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@gh-paulguiraud.fr