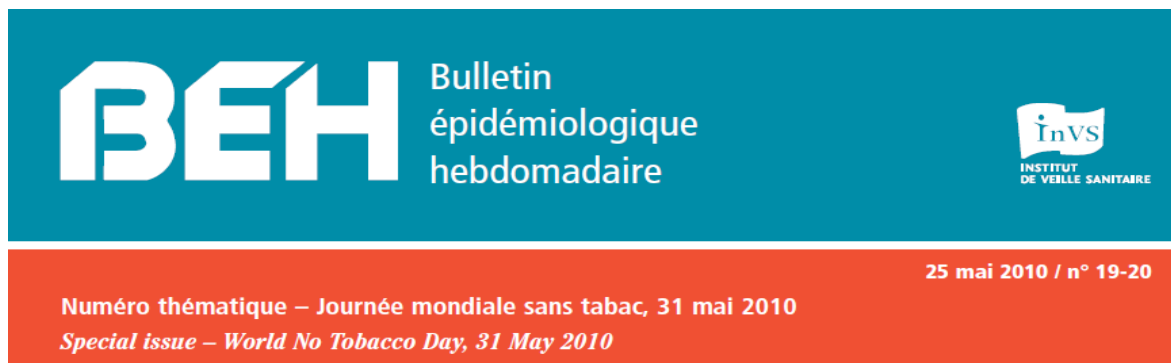


- **Journée mondiale sans tabac placée sous le signe des femmes.**

Consultez le numéro spécial du BEH: http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/index.htm



- **Bienvenue sur le nouveau site internet du CNCT !**



Le site du CNCT a fait peau neuve.

Allez le visiter à la nouvelle adresse : <http://www.cnct.fr/>

- **Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie.**

Udnerner & Peiffer. *Rev Mal Respir.* 2010 Apr;27(4):293-300. <http://www.em-consulte.com/article/249490>

La mesure du CO expiré est une méthode simple et non invasive pour déterminer le statut tabagique des patients. Il existe cependant des conditions qui modifient la production endogène de CO et peuvent créer de faux positifs. Cette revue proposée par deux éminents tabacologues pneumologues fait le point sur les écueils que l'on peut rencontrer en pratique clinique. La mesure du CO expiré peut être augmentée en cas d'intolérance au lactose, d'anémies hémolytiques, de diabète de type 1 et 2, d'asthme, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)... On apprend ainsi que le seuil optimal du CO expiré pour distinguer les fumeurs des non-fumeurs varie de 3 à 10 ppm, mais qu'il est de 10 ppm dans l'asthme et de 11 ppm dans la BPCO. Une revue à mettre entre toutes les mains des jeunes (et moins jeunes) tabacologues!

- **Comment sont pris en charge les petits fumeurs dans les centres d'aide à l'arrêt (données CDTnet).**

Baha & Le Faou. Eur Addict Res. 2010 May 7;16(3):162-169. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20453511>

Cette étude française, basée sur les données de CDTnet (<https://cdtnet.spim.jussieu.fr/>), s'est intéressée au devenir des petits fumeurs (≤ 10 cig/j) dans les centres d'aide à l'arrêt du tabac. Les données de 6000 petits fumeurs ont été comparées à celles de 30 000 gros fumeurs. Il ressort que les petits fumeurs ont plus souvent tendance à être perdus de vue. A 1 mois, ils sont 50,3% contre 46,3% à ne pas revenir en consultation (OR=1,23; IC 95% 1,16-1,30; $p < 0,0001$). Toujours à 1 mois, leur taux d'arrêt est de 13,3% contre 14,5% ($p = 0,013$). Les petits fumeurs se voient aussi moins souvent proposer de pharmacothérapie, pourtant l'efficacité des pharmacothérapies est la même chez les petits et les gros fumeurs. Ils sont environ 20% à réduire leur consommation avec substitution nicotinique avant l'arrêt, tout comme les gros fumeurs. Il n'y a pas non plus de différence concernant l'utilisation des TCC (environ 20%), ou des substituts nicotiques oraux (environ 54%). Par contre ils sont moins nombreux à utiliser le patch (38,4% vs. 52,2%; $p < 0,0001$) ou la varénicline (6,1% vs. 10,3%; $p < 0,0001$). Ceux ayant utilisé à la fois les TCC et un patch avaient plus de chances d'être abstinents à 1 mois (14,7% - $n=71$) que ceux n'ayant utilisé que les TCC (9,5% - $n=71$).

- **Essai clinique avec un nouveau substitut nicotinique (nicotine en gel à boire).**

Geimer et al. BMC Public Health. 2010 Mar 24;10:155.

Article en accès libre: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/155>

Il s'agit d'une étude de phase 2a, non contrôlée contre placebo. Un total de 69 fumeurs ont fait une tentative d'arrêt du tabac en utilisant un tube de plastique contenant un gel de nicotine (1,5 mg de nicotine par tube) à boire (produit commercial Smoke-Break). Le gel est aspiré, comme l'on fait avec une paille, puis gardé dans la bouche un moment avant d'être avalé. Aucune donnée pharmacocinétique n'est disponible pour ce produit. Les sujets ont été vus toutes les 2 semaines pendant 12 semaines, ils remplissaient des questionnaires sur les éventuels effets indésirables et sur leur perception du produit, aucun autre soutien n'a semblé-t-il être administré. Les résultats d'efficacité (abstinence relative vérifiée par CO expiré) ont été de 65,2% à 4 semaines, 47,8% à 8 semaines et 53,6% à 12 semaines. Une étude de phase 3 contrôlée est nécessaire pour confirmer ces résultats.

- **Efficacité relative de 3 agonistes partiels des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$.**

Rollema et al. Br J Pharmacol. 2010 May;160(2):334-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331614>

Cet article de revue (financé par Pfizer) compare des données animales concernant la varénicline (Champix®), la cytosine (Tabex® : molécule d'origine, provenant du cytise, arbre ornemental à grappe jaunes), et la dianicline (molécule développée par Sanofi-Aventis). Ces 3 agonistes partiels des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$, ont été administrés à des rats, et les données pharmacocinétiques plasmatiques et cérébrales ont été analysées afin de prédire les concentrations d'équilibre chez l'homme. Ces données montrent que la dianicline pénètre difficilement la barrière hémato-encéphalique, résultant en de faibles concentrations cérébrales, et a des propriétés fonctionnelles relativement faibles sur les récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$. La cytosine, qui a de bonnes propriétés fonctionnelles *in vitro*, pénètre aussi difficilement la barrière hémato-encéphalique, résultant en de trop faibles concentrations cérébrales pour avoir une efficacité suffisante sur les récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$. Selon les auteurs, ces données corroborent l'efficacité relative de ces 3 molécules dans l'aide à l'arrêt du tabac, confirmant l'efficacité supérieure de la varénicline.

- **Mortalité mondiale chez les hommes et les femmes de 15-59 ans entre 1970 et 2010.**

Rajaratnam Jet al. Lancet. 2010 May 15;375(9727):1704-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434763>

Cette revue donne la mortalité par pays, avec de jolies cartes, pourtant le mot tabac n'apparaît nul part !

● **La réglementation de l'industrie du tabac: enfin ?**

Deyton et al. N Engl J Med. 2010 May 13;362(19):1753-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20410498>

Laugesen et al. N Z Med J. 2010 May 14. [Epub ahead of print]

Gartner & Hall. Drug Alcohol Rev. 2010 Mar;29(2):119-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20447217>

En juin 2009, le Président Barack Obama signait le Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act (la loi sur le contrôle du tabac et la prévention familiale du tabagisme) qui donnait à la FDA (l'équivalent de notre agence du médicament, l'AFSSAPS) le pouvoir de réglementer les produits du tabac. L'industrie du tabac est l'une des dernières (sinon la dernière) grande industrie à ne pas être réglementée (elle peut presque partout mettre un nouveau produit sur le marché sans aucune autorisation préalable). Depuis plusieurs années, la communauté du contrôle du tabac essaye d'obtenir une réglementation de cette industrie. Cependant, contrôler un produit qui par essence n'est pas sain, n'est pas une mince affaire. Que faut-il faire avec la cigarette électronique? Avec le tabac non fumé (voir Gartner & Hall)? Ces produits peuvent-ils être envisagés dans une optique de réduction du risque? C'est un débat qui alimente les forums de discussion de la communauté, sans qu'un consensus ne se dégage. Muray Laugesen quant à lui, propose (depuis plusieurs années déjà) à la Nouvelle Zélande une réglementation qui vise à réduire progressivement la demande pour le tabac à fumer (taxes, réduction de la nicotine, réduction progressive de la vente de cigarettes, proposition croissante de produits non fumés alternatifs), afin d'en éteindre le marché dans les 10 ans à venir. Est-ce réaliste? Il est clair en tout cas que réglementer fortement la publicité (jusqu'à aller vers le paquet neutre, sans image ou logos de la marque, mais avec les avertissements sanitaires incluant des photos chocs) est une idée qui fait son chemin (l'Australie l'a proposé).

● **Une étude danoise confirme l'innocuité de la substitution nicotinique en termes de poids de naissance du nourrisson.**

Lassen et al. Paediatr Perinat Epidemiol. 2010 May;24(3):272-81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20415757>

Cette étude concerne l'impact du traitement nicotinique de substitution (TNS) sur le poids de naissance de nourrissons nés de femmes enceintes fumeuses. La population étudiée (n= 72 761) provient d'une cohorte de femmes enceintes enrôlées entre 1996 et 2002. Elle comporte 53 771 non fumeuses, 15 796 fumeuses n'ayant pas utilisé de TNS, et 1753 fumeuses ayant utilisé le TNS. Les femmes ont été interrogées par téléphone au cours du second, puis du troisième trimestre, et un grand nombre de facteurs confondants ont été enregistrés. Aucune association significative n'a été démontrée entre la durée d'utilisation du TNS et le poids de naissance, y compris lorsque seul le troisième trimestre est pris en compte. Aucune différence non plus en fonction du type de TNS (patch, gomme ou inhalateur). Seule l'association de plus d'un type de TNS pourrait selon les auteurs être associée à une diminution du poids de naissance, mais cette association n'est pas significative (b= -10,73 g par semaine d'utilisation de TNS, IC 95% -26,51-5,05). L'intervalle de confiance est très large (seulement 10% des femmes ont utilisé plus d'un TNS au moins 1 semaine au cours de leur grossesse), et il va au-delà de zéro. On peut même se demander pourquoi les auteurs insistent sur ce point car l'association est non significative, et comme ils le soulignent dans la discussion ce résultat pourrait être directement lié au tabagisme de ces femmes, puisqu'il est probable que ce soit les femmes les plus dépendantes à qui l'on a prescrit plus d'un TNS, et sans doute aussi celles qui ont le plus de mal à arrêter de fumer.

● **Les effets stimulants de la nicotine sur l'attention et la cognition sont bien réels !**

Heishman et al. Psychopharmacology (Berl). 2010 Apr 24. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20414766>

Cet article concerne une méta-analyse réalisée sur 41 études contrôlées à double-insu réalisées en laboratoire (dont une qui m'est particulièrement chère ;-). Les effets de la consommation de cigarettes ou de nicotine pure ont ainsi pu être analysés dans 9 domaines de performance (habileté motrice, attention d'alerte ou orientée, mémoire épisodique ou de travail...). Des effets significatifs ont pu être démontrés dans 6 domaines: motricité fine, temps de réaction et exactitude des réponses dans une tâche d'attention d'alerte, temps de réaction dans une tâche d'attention d'orientation, exactitude des réponses dans une tâche de mémoire épisodique, et temps de réaction dans une tâche de mémoire de travail (taille des effets allant de 0,16 à 0,44). Ces effets positifs sur la motricité, l'attention et la mémoire représentent sans aucun doute de réels effets stimulants car ils ne sont pas modifiés par les effets dus à l'abstinence (soulagement de l'effet d'abstinence), et sont sans doute impliqués tant dans l'initiation au tabagisme que dans le maintien de la dépendance.

● **Pour réduire le tabagisme des jeunes il faut maintenir la pression !**

Dietz et al. Prev Chronic Dis. 2010 May;7(3):A65. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20394704>

Tout le monde se souvient sans doute de la campagne Truth («vérité») lancée en Floride entre 1998 et 2001, dénonçant les pratiques de l'industrie du tabac. Elle avait permis de diminuer significativement le tabagisme des jeunes. Cette campagne s'est arrêtée, et deux enquêtes post-campagne (2004 et 2006) ont été réalisées. Alors qu'en 2004 les effets de la campagne semblaient persister, en 2006 les jeunes de 16 et plus ont vu leur prévalence augmenter (+21,2%), l'augmentation tous âges confondus étant de +6,8% (non significative). Cette étude montre clairement que si lors de la première enquête post-campagne on pouvait encore voir l'effet rémanent de celle-ci, 5 ans après sa fin le tabagisme des jeunes a repris, car les jeunes concernés n'avaient pas été la cible de la campagne. Moralité, selon les auteurs, pour maintenir les effets d'une telle campagne il faudrait qu'elle soit maintenue en permanence.

● **Les futurs traitements d'aide à l'arrêt cibleront peut-être les récepteurs $\alpha 6\beta 2^*$ ou les $\alpha 4\beta 2\alpha 5^*$**

Gotti et al. J Neurosci. 2010 Apr 14;30(15):5311-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20392953>

Jackson et al. J Pharmacol Exp Ther. 2010 Apr 16. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20232057>

Nous avons déjà mentionné dans cette Lettre l'intérêt croissant porté aux récepteurs nicotiniques contenant des sous-unités $\alpha 6$. En injectant dans l'aire tegmentale ventrale (ATV) des antagonistes sélectifs des récepteurs $\alpha 3/\alpha 6\beta 2^*$ ou $\alpha 6\beta 2^*$ (l'* dénote que le récepteur peut contenir d'autres sous-unités telles $\alpha 5$, $\alpha 3$, $\beta 4$...), les auteurs ont montré que les récepteurs $\alpha 6\beta 2^*$ étaient impliqués dans la libération de dopamine dans le noyau accumbens induite par la nicotine, et dans l'habituation de la réponse locomotrice à la nicotine, mais aussi dans l'auto-administration de nicotine (mais pas de nourriture). Globalement, les résultats de cette étude montrent que les récepteurs $\alpha 6\beta 2^*$ exprimés dans l'ATV sont nécessaires pour les effets de la nicotine sur l'activité des neurones dopaminergiques et les comportements qui en découlent (locomotion et renforcement), et suggèrent que des molécules sélectives pour les récepteurs $\alpha 6\beta 2^*$ pouvant pénétrer la barrière hémato-encéphalique pourraient être utilisées comme médicament de l'aide à l'arrêt du tabac. Pour compliquer un peu plus les choses, comme toujours lorsqu'il s'agit de récepteurs nicotiniques! L'étude de Jackson et coll. montre que les récepteurs contenant la sous-unité $\alpha 5$ (chez des souris knock-out pour cette sous-unité) sont aussi impliqués dans les effets de la nicotine (analgésie, locomotion, renforcement) et pourraient donc la aussi conduire au développement de nouvelles molécules pour l'aide à l'arrêt du tabac.

● **Attitudes vis-à-vis de l'arrêt des femmes enceintes vues dans les centres d'aide à l'arrêt (données CDTnet).**

Baha & Le Faou. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 Nov;147(1):46-51.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19709798>

Cette étude française, basée sur les données de CDTnet (<https://cdtnet.spim.jussieu.fr/>), montre qu'il reste des progrès à faire pour convaincre les femmes enceintes fumeuses d'arrêter de fumer. Les données recueillies dans la base de donnée entre 2004 et 2006 concernant les femmes enceintes fumeuses (n=682) vues au moins une fois ont été analysées. Lors de la première visite, 80,5% des femmes fumaient plus de 10 cigarettes par jour. En terme d'arrêt validé par mesure du CO, 16,3% (n=111) des femmes ont arrêté au cours de leur grossesse. Mais là où le bât blesse, c'est que 59,8% (n=408) des femmes vues lors de la première visite ne sont jamais revenues! Les femmes ayant un FTND ≥ 7 (30% de l'échantillon) ont été 5,3 fois plus nombreuses (n=132) à ne jamais revenir qu'à arrêter de fumer (n=25). En comparaison, celles ayant un FTND ≤ 4 (38% de l'échantillon) ont été 2,7 fois plus nombreuses (n=147) à ne jamais revenir qu'à arrêter de fumer (n=55). Parmi les raisons évoquées dans les dossier, une consommation réduite (n=93) est encore trop souvent avancé comme protégeant contre le stress et l'anxiété due à la grossesse. Une faible motivation, ou pas de motivation du tout (n=50), étaient aussi évoquées, certaines femmes se présentant à la consultation d'aide à l'arrêt par «obligation». Le tabagisme du partenaire était aussi évoqué comme une barrière à l'abstinence à long terme. Les auteurs concluent en souhaitant qu'une liaison plus forte existe entre les professionnels de la grossesse et les tabacologues.

A consulter sur le site de la SFT !

**Le 4ème Congrès national de la SFT
dont le thème est "Tabagisme. Du comportement à la maladie chronique"
se tiendra les 4 et 5 novembre 2010
au Palais des arts et des congrès d'Issy-les-Moulineaux.
<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/congres1.html>**

N'oubliez pas !

Henri-Jean Aubin vous remercie chaleureusement de l'avoir aidé dans son **projet de recherche sur la spiritualité dans les addictions** en ayant été nombreux à remplir le questionnaire en ligne.

Après avoir publié en 2005 la validation en français du **questionnaire de craving** dans sa version longue (47 items), Ivan Berlin et coll. publient la version courte en 12 items. **Ivan Berlin souhaiterait qu'il soit utilisé** et vous propose de le contacter si vous voulez le faire. Vous pouvez lui envoyer un courriel en ce sens à ivan.berlin@psl.aphp.fr

Offres d'emploi

4 vacances médicales de tabacologie sont proposées au Centre Hospitalier Sud-Francilien à partir du 1er mai 2010. Tabacologue expérimenté souhaité.
Contact : **Mme Bénédicte Simon**, DRH, CHSF, Tél. : 01 69 13 60 00.
Dr Pascal Gouble, Chef de service de cardiologie du CHSF (site Corbeil)
Tél. (secrétariat) : 01 69 90 30 17 ou 30 18.

Cherche **médecin tabacologue pour 4 demi-journées par semaine**, 3 demi-journées au CHU Avicenne (AP-HP) Bobigny (93) et 1 demi-journée au CHU Jean Verdier (AP-HP) Bondy (93).
Contact (CV) **Dr Anne Borgne** anne.borgne@jvr.aphp.fr

Formation

L'Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie (IRAAT) propose un **Programme de formation à la thérapie comportementale et cognitive (TCC)** de l'arrêt du Tabac. Pour plus d'information consultez le site de la SFT : <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/formations1.html>

et comme toujours !

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec jacques.lehouezec@amzer-glas.com