

Sevrage tabagique et grossesse: aspect clinique et pratique

Dr A Tremey
CHU Clermont Ferrand
DIU Tabacologie



Généralités

- Grossesse: un moment privilégié pour inciter les femmes à arrêter de fumer
- Tabagisme chez la femme enceinte: **un enjeu majeur de santé publique** car:
 - Toutes les femmes enceintes fumeuses n'arrêtent pas leur tabagisme (en 2010 22% à déclarer fumer pendant la grossesse)
 - Sévérité des conséquences: tabac: un des facteurs majeurs de la morbidité maternofoetale anténatale modifiable, 10 % décès
 - Difficulté du sevrage au long terme: rechute après accouchement dans **50%** des cas: 85% dans les 4 mois suivant l'accouchement

- Les patientes qui arrêtent le plus facilement sont les moins dépendantes à la nicotine, début plus tardif, partenaire non fumeur, niveau socio économique plus élevé
- Nous devons nous occuper de toutes les autres!
- Persistance du tabagisme pendant la grossesse:
 - **Comorbidité psychiatrique**
 - **Abus de substance**
 - **ATCD traumatiques**
 - **Précarité**
 - **Tabagisme du conjoint**

Quelques évidences

- Toutes les femmes enceintes désirent avoir un bébé en bonne santé
- Elles savent que le tabagisme est mauvais pour leur bébé
- **Mais ne connaissent pas toujours comment le tabac est nocif** (elles connaissent rarement la nocivité du CO et attribuent souvent la nocivité de la cigarette à la nicotine et aux goudrons, et divers agents cancérigènes)
- Elles ont peur du sevrage
- **ELLES SE SENTENT COUPABLES: facteur majeur d'entretien du tabagisme, de non consultation, de mauvaise réponse au traitement**

Particularités du sevrage chez la femme enceinte

- La grossesse: imposition de plusieurs contraintes et prescriptions
- Le caractère **urgent** du sevrage tabagique
- Et une pression forte à l'arrêt (l'arrêt sinon rien)
- Une fenêtre d'opportunité (mais juste une fenêtre)
- L'entourage: le rôle du conjoint (et de son tabagisme!)
- Arsenal médicamenteux plus limité, modification pharmacocinétique (3^{ème} trimestre)
- Quand? Idéalement: le plus tôt possible...

Principaux risques

« L'allaitement demeure le meilleur choix même si la mère continue De fumer » (ANAES 2002)

Avant la
grossesse

- Infertilité
- Grossesses extra-utérines (jusqu'à 5 fois)

Pendant la
grossesse

- **Retard de croissance IU**
- Placenta Praevia/Hématome rétroplacentaire
- **Accouchement prématuré**
- Avortements spontanés
- Risque thromboembolique
- Trouble anxiodépressif

Après
l'accouchement

- Diminution de l'allaitement (en quantité et qualité)
- Sd de sevrage nicotinique
- **Diminution du poids de naissance**
- Retard de développement PM
- Conséquences pulmonaires (asthme, infections, allergie...)
- **Mort subite (jusqu'à 6 fois)**
- TDAH, difficultés d'apprentissage, vulnérabilité addictive

Et le tabagisme passif après l'accouchement
...mort subite, complications pulmonaires

Agents responsables

1) Le MONOXYDE DE CARBONE: Le responsable: affinité pour l'hémoglobine maternelle 240 fois supérieure à celle de l'oxygène, 400 fois pour l'hémoglobine fœtale et demie vie plus longue chez le fœtus (20h) donc taux de CO sup de 15%/mère

En pratique: lorsque la mère fume sa dernière cigarette le soir, le taux de CO expiré maternel est bas mais le taux fœtal n'a pas encore diminué de moitié : HYPOXIE CHRONIQUE

2) La **NICOTINE**

- Augmentation de la fréquence cardiaque maternelle et vasoconstriction artérielle (artères utérines)

3) Les **METAUX LOURDS** (Cadmium)

4) Les radicaux libres et oxyde d'azote (augmentation vasoconstriction)

- Et la nicotine des traitements de substitution?

- Peu d'études fiables (augmentation FC maternelle, rythme cardiaque foetal?), pas de données démontrant une réelle toxicité: **mais sera toujours majoritairement moins nocif/poursuite du tabagisme pendant la grossesse**

Modalités de sevrage

- Conférence de consensus de l'HAS (2004)
- Les messages:
 - **Arrêt doublement bénéfique tout au long de la grossesse et pendant l'allaitement: jamais trop tard**
 - **Arrêt complet du tabac**
 - **Aide à l'arrêt se prolonge après l'accouchement**

L'entretien

- Antécédents médicaux (**gynécologiques, obstétricaux**, allaitement), psychiatriques personnels et familiaux traitements psychotropes

=) *vulnérabilité psy/addictive?*

- Mode de vie (travail, famille) **tabac chez le conjoint**, enfants (bonne santé?)

=) *environnement?*

- La grossesse actuelle (à risque? Vécu?)
- Histoire tabagique classique (**arrêts antérieurs dont pendant autres grossesses et allaitement**, statut tabagique AVANT la grossesse, réduction actuelle ou statu quo?)
- Co addictions (*cannabis!*)
- Evaluation de la dépendance physique (Fagerström), du comportement (test de Horn), de la motivation, de l'humeur (HAD anxiété dépression), du bien être, de capacité à réussir l'arrêt
- Etat anxio-dépressif?
- **Mesure du CO** et niveau d'intoxication tabagique
- Et quel est son objectif??

- **Facteurs pronostiques péjoratifs:**
 - Entourage fumeur
 - Etat anxio-dépressif avéré ou ATCD
 - Co addiction
 - Forte consommation ou dépendance physique
 - Motivation faible, faible confiance en soi

La prise en charge psycho et/ou comportementale: plusieurs approches

- ***Valoriser la patiente TOUJOURS, Déculpabiliser TOUJOURS***
- *Intervention brève* (informer sur les risques avec tact, restituer les résultats des tests, évaluer les objectifs, proposer un menu, donner des brochures, **empathie**)
- *Travailler la motivation: avantages/inconvénients, balance motivationnelle (aspects positifs de fumer, aspect négatifs, craintes à l'arrêt, aspects positifs attendus de l'arrêt*
- *Travail sur les comportements et les cognitions (agenda, apprentissage de stratégies comportementales, comportements alternatifs, restructuration cognitive, prévention de la rechute, +/- relaxation)*
- ***Travail sur les émotions (relaxation, exercices de respiration, etc...)***
- *Consultation psychologique*
- *Suivi prolongé*

La prise en charge pharmacologique

- TSN probablement pas sans risque mais le risque reste négligeable versus poursuite du tabagisme (taux nicotine 3 fois moins élevé)
- Se référer au nombre de cigarettes consommées **avant** la grossesse
- Si utilisation de patch: préférer l'utilisation sur 16h (par ex Nicorette skin 10,15,25 ou autres marques à enlever la nuit si possible)
- Expliquer l'utilisation des formes orales
- Espacer SO et tétée (même conseils avec la cigarette); **encourager l'allaitement quoi qu'il arrive**



Et la prise en charge du conjoint!

En pratique

- Souvent la patiente consulte alors qu'elle a déjà réduit mais ne peut pas « faire plus ». Elle est bloquée à un certain niveau de consommation (avec ou sans SN)
- Il convient de féliciter cette réduction
- Mais expliquer « l'autotitration » et les méfaits du CO
- **Dosage du CO en consultation à chaque fois**
- Expliquer le mode de fonctionnement des substituts nicotiniques (formes cutanées et orales)
 - Comment ça marche? Rassurer la patiente sur l'absence d'effets tératogènes de la substitution nicotinique
 - Pas de risque de dépendance car délivrance en plateau et non en pic
 - Absence de CO qui est l'agent privant d'oxygène
 - La nicotine seule du SN n'est que peu nocive

Persistance d'une consommation sous SN

- Extrêmement fréquent en pratique
- **Ne pas culpabiliser la patiente**, « on est là pour trouver des solutions »
- **Surtout ne pas retirer le patch!!**
- Expliquer l'intérêt de la SN sur la façon de fumer par des phrases simples
 - « En ayant une dose de base en nicotine délivrée par les patchs, vous tirez moins sur les cigarettes pour chercher la nicotine, donc moins de CO... »
- Rechercher un **sous dosage** en SN expliquant la persistance d'un syndrome de manque et/ou d'un craving
- Analyser les situations déclenchant les envies de fumer
- Identifier les peurs de l'arrêt

En pratique

- Monter la posologie de SN si sous dosage
- Laisser une SN la nuit (patch de 24h) si forte dépendance
- SO à volonté
- Garder l'objectif d'arrêt avec la patiente...à court ou à long terme...en fonction de ses possibilités
- Association Thérapies cognitivo comportementales
 - Valoriser la patiente sur ses capacités, thérapie orientée sur le changement, ne pas se centrer uniquement sur la grossesse
- Ne pas culpabiliser la patiente si l'objectif d'arrêt ou d'abstinence n'est pas possible pendant la grossesse
- Proposer de continuer le suivi après la grossesse
- Proposer de rencontrer le conjoint si fumeur
- *Rappel téléphonique*

E-cigarette

Quelle posture adopter ?

- **L'ennemie, c'est la fumée de tabac.**
- **Devant une patiente fumeuse, le tabacologue doit d'abord :**
 - **Proposer les méthodes validées d'aide au sevrage tabagique (TSN, médicaments, aides psychologique).**
 - **Répondre aux questions qu'elle pose sur la e-cig. :**
 - **Dangerosité**
 - **Validation comme dispositif médical**
 - **Effets et dangers**
 - **Ne proposer la e-cig que devant :**
 - **Une demande insistante de la patiente.**
 - **L'échec des autres techniques validées et bien menées (dose, durée, accompagnement).**