

Le tabagisme féminin

Catherine Laveissière
Sage femme tabacologue
Consultation gyneco-obstetrique hopital croix-rousse
catherine.laveissiere@chu-lyon.fr
DIU-LYON 25 11 2017

PLAN

- Comment en est-on arrivé là ?
- Données épidémiologiques
- Des chiffres et des risques
- Mécanismes de la dépendance et cycle de Prochaska
- Modalités du sevrage
- Outils du sevrage
- La e-cigarette ...

HISTOIRE



Georges SAND



Henri Lebasque 1920

En France, les années 50 marquent le début de l'embellie de la consommation de tabac chez la femme.

Avant le tabac est stigmatisé

20 ans de décalage par rapport au tabagisme masculin les 1eres adeptes se trouveront dans les milieux les plus éduqués

EMANCIPATION



Catherine Laveissière - 25/11/17

SEDUCTION



LIBERTE AUTONOMIE



FAIT PSYCHO SOCIAL?

- Vulnérabilité émotionnelle de la femme
- Mauvaise estime de soi
- Humeur dépressive
 - ➔ facteurs prédictifs plus spécifiques d'un tabagisme féminin précoce
- Activité de partage chez la jeune femme
- Gestion du poids, du stress (marketing judicieux s'installe)

“You’ve come a long way, Baby!”



EPIDEMIOLOGIE

Selon les données du barometre santé 2014 vs 2010 :

- La prévalence du tabagisme dans la population générale est stable chez les 15/75 ans
- Le tabagisme quotidien en diminution 28,2% contre 29,1%
- Les fumeurs masculins sont en augmentation 31% contre 29,2%
- Les tentatives d'arrêt plus nombreuses 29% contre 25,2%

Spécifiquement chez les femmes : après un notable accroissement en 2010 on assiste à une diminution du tabagisme régulier chez les 20-44 ans → 24,3% contre 26%

Par contre augmentation du tabagisme dans la tranche 55-64 ans → 18,6% contre 15,5%

En 2020 la prévalence pourra être équivalente à celle des hommes
la femme tolère moins bien que l'homme le stress oxydatif du tabac

40% des femmes sont fumeuses; l'impact est délétère tout au long de la vie génitale (difficulté d'adapter une contraception à l'adolescence, impact sur la fertilité, sur la grossesse le foetus et le né, facteur favorisant des cancers de la sphère génitale et sur la ménopause)

TABAC et CONTRACEPTION

Même chez des patientes jeunes et en « bonne santé » le tabac a un rôle multiplicatif sur les risques thromboemboliques liés aux contraceptifs notamment les OP (15cig/j et OP = risque cardiovasculaire X 5 au delà le risque est X 20)

Action du tabac

Baisse du HDL cholestérol → plaque athéromateuse

Effet thrombotique : ↑ fibrinogène, ↑ agrégation plaquettaire, AVC
spasme coronarien = risque d'infarctus et multiplié par 1,7 et par 4
chez la grosse fumeuse

le tabagisme passif augmenterait le risque cardiovasculaire de 30%
chez les femmes

Modifications de la contraception OP / fumeuse

si OP de 3^e génération → passage aux OP de 1^{ère} et 2^{ème} génération

Si FR associés, en fonction de l'âge et du sevrage tabagique : envisager un autre mode de contraception : soit DIU, soit micro progestatifs, implants

Sevrage tabagique = possibilité de laisser un relatif « choix » dans la contraception à la patiente

TABAC et FERTILITE

Effet de l'hypoxie tissulaire dûe à l'inhalation de monoxyde de carbone et de nicotine :

Chez l'homme

Altération de la spermatogenese

Diminution de la mobilite ciliaire

Majoration de la nécrospermie

Microcéphalie spermique

Chez la femme

favorise l'**hypoxie ovarienne** venant perturber les cycles menstruels provoquant au minimum une augmentation du délai de conception (+4 mois) et au maximum une ménopause précoce

favorise l'**altération vasculaire périfolliculaire** diminuant le taux de fécondité (risque d'infertilité x2 chez la femme fumeuse)

favorise l'**altération de la mobilité ciliaires tubaire** (GEU risque relatif allant de 1.5 à 3 même si dose de tabac <5 cig/jours)

KC DE LA SPHÈRE GÉNITALE

Col de l'utérus (RR: 1.6 à 5,9) risque X 27 si HPV

Cancer de la vulve de mauvais pronostic

Ovaire : (OR 2,4 ; IC:1,5-3,8)

Sein (RR: 1,4 à 4,8) avec des métastases pulmonaires plus fréquentes (X 1,96)

KC de l'endomètre l'effet anti-oestrogénique du tabac pourrait avoir un effet protecteur



Et aussi :

Dysménorrhées et mastodynies augmentées

Acné

Vieillesse cutané et rides : présence de MMP1 dans le derme du fumeur métalloprotéase responsable de la dégradation du collagène

Plus de sensibilité au VIH et Tuberculose

BPCO (vulnérabilité supérieure de la femme à tabagisme égal avec l'homme)

Pas d'augmentation du taux de mortalité retrouvé due aux maladies cardio vasculaires ou des voies respiratoires n'a été trouvée chez les ex fumeuses

Par contre la mortalité des femmes d'âge moyen qui fumaient beaucoup était de 2 à 3 fois supérieure



Ménopause :

+ précoce (*2 ans*)

baisse de la densité minérale osseuse → ostéoporose,
fractures

tabac = CI au THS (traitement hormonal substitutif) ? Oui
si autres FR associés

Diminution efficacité du THS

Et aussi :

Pathologie bucco dentaire (maladie parodontale et
gingivale)



Ménopause :

+ précoce (*2 ans*)

baisse de la densité minérale osseuse → ostéoporose,
fractures

tabac = CI au THS (traitement hormonal substitutif) ? Oui
si autres FR associés

Diminution efficacité du THS

Et aussi :

Pathologie bucco dentaire (maladie parodontale et
gingivale)

TABAC ET FEMME ENCEINTE

Selon l'enquête nationale de périnatalité menée de 2003 à 2010 :
30,5% des femmes fument avant la grossesse
50% réussissent à s'arrêter
17,4% restent fumeuses au 3^{ème} trimestre de la grossesse



PHYSIOPATHOLOGIE du TABAGISME PENDANT la GROSSESSE

Fumée de tabac =

CADMIUM

Toxique chez la femme enceinte +++

diminue la croissance du fœtus par captation du zinc (métal indispensable à la croissance cellulaire foetale)

SUBSTANCE RADIOACTIVE

Polonium (origine : engrais utilisés pour la culture du tabac)

MONOXYDE DE CARBONE = hypoxie

NICOTINE

délivrée en shoots = hypoxie par phénomène de vasoconstriction

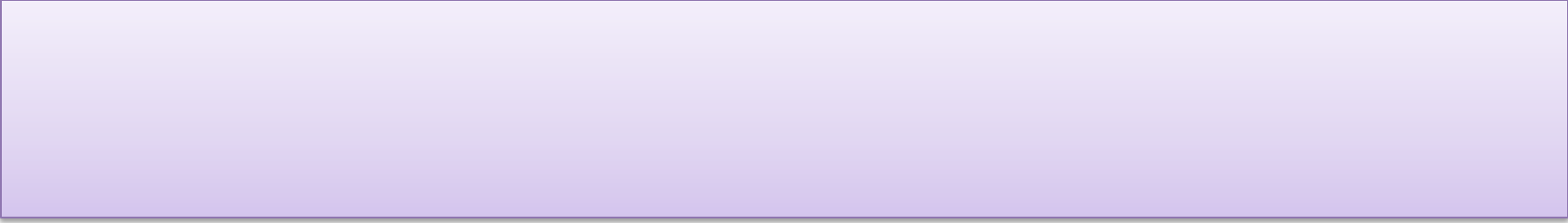
MONOXYDE DE CARBONE

Le CO est produit par une combustion incomplète de produits contenant du carbone.

Son affinité pour l'hémoglobine est 200 fois supérieure à celle de l'oxygène, et le CO remplace alors l'oxygène pour donner la carboxyhémoglobine.

La liaison se fait avec le Fer de l'hémoglobine mais le mécanisme de cette liaison est mal connu. Dès que le taux d'Hémoglobine oxycarbonée atteint 4 à 5%, il y a un risque pour les fonctions vitales (facultés mentales, acuité visuelle, vigilance, fonctions cardiaques et pulmonaires) si l'organisme est fragile, ce qui est le cas pour la femme enceinte et le fœtus.

La molécule de CO est très stable grâce à des liaisons multiples entre les 2 atomes de Carbone et d'Oxygène.



Hb foetale a plus d'affinité pour le CO que celle de l'adulte (250 fois) la pression partielle en O₂ est physiologiquement basse cela va favoriser la fixation du CO sur toutes les hémoprotéines foetales

Le CO diffuse à travers la barrière placentaire et se retrouve dans la circulation foetale à l'inverse l'O₂ doit franchir cette barrière placentaire pour que l'élimination du Co débute

Processus plus lent chez le foetus que chez l'adulte ($\frac{1}{2}$ vie de la carboxyhemoglobine foetale = 8h)

LA NICOTINE = ALCALOÏDE DU TABAC

Absorption au niveau du cerveau en 7'' par inhalation

Métabolisée par le foie et élimination en 2 ou 3 h

Taux de nicotémie est à atteindre chaque jour à l'identique

Même si la fumeuse devenue enceinte réduit presque toujours sa consommation par 2

Produit addictif comme chez les autres !!



Réduction du nombre de cigarettes

MAIS :

Pratique de l'auto-titration pour continuer à satisfaire les récepteurs à la nicotine dans le système dopaminergique mésolimbique

COMPLICATIONS GRAVIDIQUES

- G.E.U RR= 1,5 à 5
- F.C.S RR= 1,5 à 3
- Placenta bas inséré RR= 2
- H.R.P RR= 1,5

PLACENTA PRAEVIA

Le risque est multiplié par 2 chez la fumeuse. Dans la population normale la prévalence est de 3 à 10 ‰ naissances

L'hypoxémie provoquerait une hypertrophie placentaire compensatrice, il serait plus plat et plus étendu

Le risque diminue en même temps que l'arrêt du tabac et en fonction du calendrier gravidique

HEMATOME RETRO PLACENTAIRE

Le tabagisme a des effets délétères sur la vascularisation placentaire, effet réversible immédiat à l'arrêt de l'intoxication tabagique

Le risque d'HRP chez la femme fumeuse est d'environ 20% contre 2,5 % dans la population générale

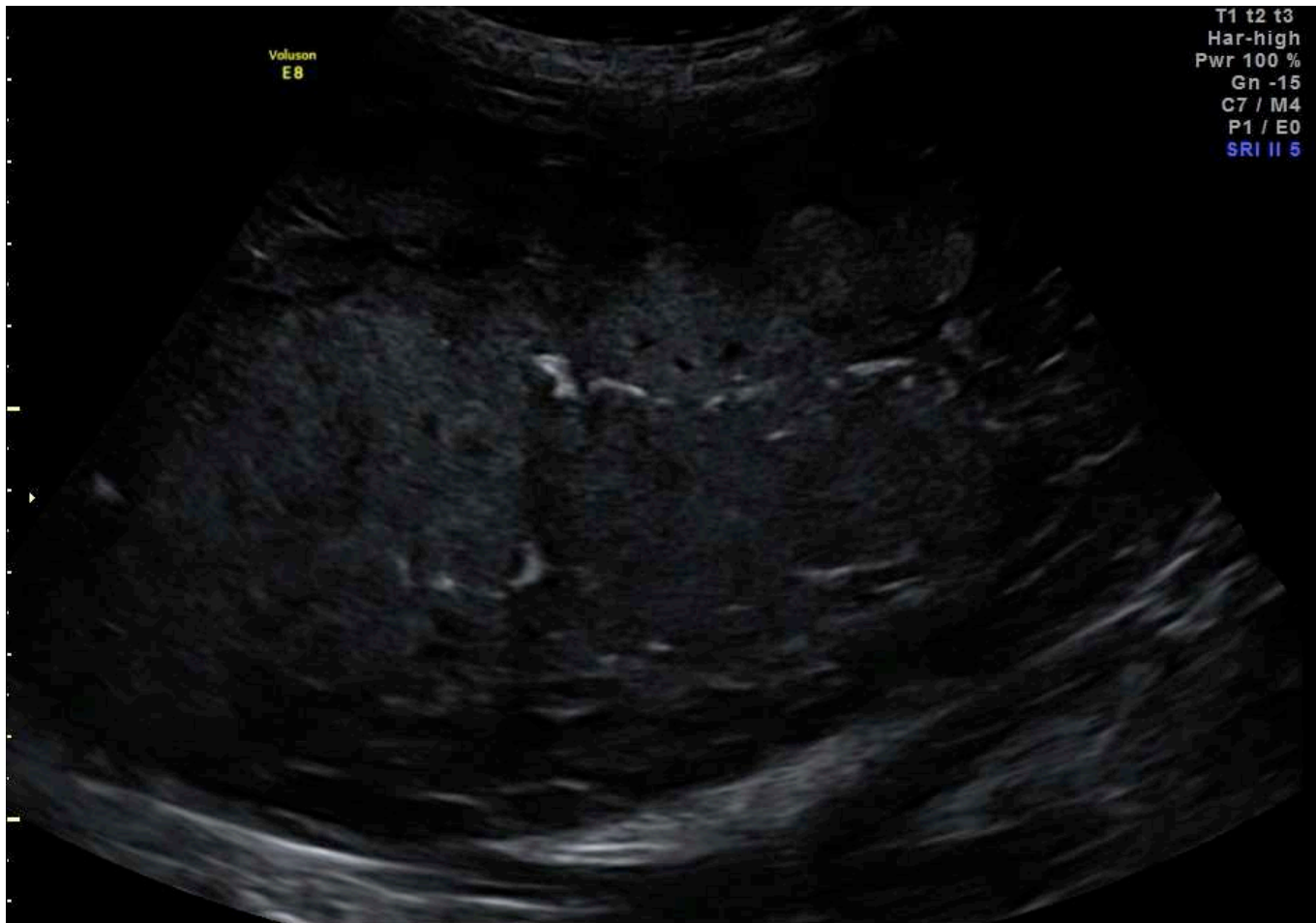
Cela est imputable à l'élévation du taux sérique de carboxyhémoglobine

Ne pas oublier de signaler le « vieillissement » précoce du placenta chez la femme fumeuse à l'échographie

PLACENTA GRADE 1



PLACENTA GRADE 2





COMPLICATIONS GRAVIDIQUES PRENATALES

- Acct Préaturé RR= 2
- R.P.M RR= 2
- R.C.I.U RR= 2 à 3
- M.F.I.U 10% des morts
foetales tardives
imputables au tabac

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES : PHYSIOPATHOLOGIE COMPLEXE

Augmentation de la concentration en PAF (platelet activating factor) qui stimule la production de prostaglandines au niveau des membranes induisant des contractions utérines favorisant le W et l'accouchement prématuré

Diminution du taux sérique d'acide ascorbique

Augmentation de la Fq des chorioamniotites et vaginoses

Le risque est x 2 par rapport à la population normale et surtout avant 34 SA

RESTRICTION DE CROISSANCE IN UTERO (RCIU)

Tabagisme et hypotrophie fœtale sont associés avec effet dose-dépendant
Le déficit pondéral est en moyenne de 200g (de 70 à 400g selon les études).
Elle est harmonieuse car elle concerne le poids, la taille, les périmètres crânien et thoracique, et différents organes du fœtus

- Si la consommation journalière est inférieure à 5 cigarettes le poids de naissance du nouveau-né sera pénalisé en moyenne de 100g
- Si la consommation journalière est égale à 20 cigarettes le poids de naissance du nouveau-né sera pénalisé de 450g

RESTRICTION DE CROISSANCE IN UTERO (RCIU)

Le RCIU peut s'expliquer par l'intervention de plusieurs mécanismes :

- la diminution des apports alimentaires maternels
- la diminution chronique des apports sanguins placentaires (diminution de la perfusion placentaire)
- l'hypoxémie fœtale
- l'effet toxique direct du cadmium (un des 4000 composants de la fumée) qui capte le zinc, essentiel à la croissance cellulaire

Chez la fumeuse la prévalence du RCIU est de 18 % contre 8 % dans la population générale

MORT FOETALE IN UTERO

- Selon les études 7% des MFIU sont imputables au tabagisme de la femme enceinte (Smith 2007)
- Effet dose dépendant
- Majoration du risque si grossesse après 35 ans
- On assiste à une hypoxie foetale du fait de la diffusion transplacentaire du CO et de l'effet vasoconstricteur des pics de nicotine

COMPLICATIONS NEONATALES

- MSN : RR = 2 à 3 (potentialisée si conjoint fumeur)
- Bronchiolite et infections bronchiques augmentation du risque de 72% si femme fumeuse et de 29% si tabagisme passif
- Otites : augmentation de 48% en cas de tabagisme passif
- ASTHME : plus de crises et plus intenses

CANCERS

Le risque est sujet à controverse

On a évoqué le rôle du tabagisme dans la survenue de certains cancers comme : tumeurs cérébrales chez les enfants exposés au tabagisme in utero, et plus récemment le cancer du testicule, lymphome et pour la leucémie le risque est majoré de 10%

Produit en cause entre autre le “cadmium “qui altère la réparation des erreurs de la réplication de l’ADN

PROBLEMES PSYCHOMOTEURS

Ils existent :

On ne connaît pas la dose seuil réellement toxique pour le cerveau foetal mais la toxicité du tabac est admise. Effet sur le développement de structures clés (régions du cortex préfrontal, de l'hippocampe et du striatum ventral)

On retient que les troubles psychomoteurs les plus souvent repérés sont : l'hyperactivité motrice, les troubles de l'attention, les troubles cognitifs, les troubles dépressifs, une appétence aux drogues

RCF et TABAC

10/15' après la consommation d'une cigarette:

Impact à l'échographie sur les dopplers ombilicaux =
augmentation du rapport systole /diastole diminution de la
vitesse résiduelle en diastole signant une diminution du flux
placentaire

Impact sur le RCF = diminution des accélérations et de la
variabilité, réduction des périodes de rythme cardiaque élevé,
plus souvent rythme de base tachycarde en lien direct avec
l'élévation du CO expiré

TABAC ET NOUVEAU-NÉ

800 000 naissances en France par an dont :

200 000 de mères fumeuses

300 000 de mères supportant un tabagisme passif

SYNDROME DE SEVRAGE

- Le prendre en charge !!
- Evaluation de la douleur
- Eviter les ambiances sonores et lumineuses
- Favoriser le peau à peau
- Pas de ttt en general
- Recommander l'allaitement