

Le tabagisme féminin

Catherine Laveissière
Sage femme tabacologue
Consultation gyneco-obstetrique hopital croix-rousse

DIU-LYON 29 11 2014



catherine.laveissiere@chu-lyon.fr

Manipulation?

“Ce sera comme ouvrir une nouvelle mine d’or dans notre propre jardin”

George Washington Hill 1924 (American Tobacco compagny)

“Cours de tabagisme” dans des clubs de femmes aux USA en 1920 sponsorisés par Philip Morris

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



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!”



PLAN

- Données épidémiologiques
- Tabac adolescente et contraception
- Tabac et fertilité
- Autres conséquences
- Tabac et grossesse foetus et nouveau né
- Modalités du sevrage une spécificité ?
- Allaitement et tabac

EPIDEMIOLOGIE

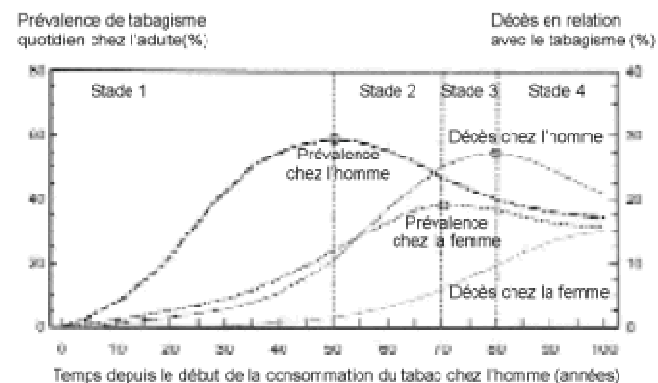
Problème de santé publique : accroissement du tabagisme féminin

La prévalence du tabagisme quotidien féminin est passé de 22,9% à 26,0% , $p < 0,001$ de 2005 à 2010 (barometre santé 2010)

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 fœtus et le nouveau-né, facteur favorisant des cancers de la sphère génitale et sur la ménopause

A Evolution du tabagisme et de la mortalité, selon le genre



B

Pays en fonction du stade			
Afrique Sub-saharienne	Chine	Europe de l'Est	Europe du Nord-Ouest
	Japon	Grande-Bretagne	
	Asie du Sud-Est	Bats-Unis	
	Amérique latine	Europe	Canada
	Afrique du Nord	Australie	

Figure 1 Evolution de l'épidémie du tabagisme

A. Source : Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. In : Bolliger CT, Fagerström KO (eds). The Tobacco Epidemic. Prog Respir Res Basel: Karger S, 1997;20:64-77. Avec la permission de S. Karger SA, Bâle.

B. Tiré et adapté de Wilson CM, Tobin S, Young RC. The exploding world-wide cancer burden: The impact of cancer on women. Int J Gynecol Cancer 2004;14:1-11.

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



Effet multiplicatif et non additionnel avec les autres facteurs
thrombotiques → à rechercher ++++

Age > 38 ans

Perturbation du bilan glucido-lipidique

Surpoids

Diabète, diabète gestationnel pendant les grossesses

HTA , TA « limite »

ATCD thromboemboliques familiaux

Sédentarité

OP de 3^{ème} génération

→ Interrogatoire soigneux , courriers aux médecins traitants ...



Changement éventuel de contraception si pas de sevrage →
peut être une motivation

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

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

TABAC et FERTILITE

Effet de l'hypoxie tissulaire due 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 nécropermie

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 idem col de l'utérus

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

Vieillissement cutané et rides : présence de MMP1 dans le derme 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)



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)

LA GEU

Risque dans la population normale: 16/1000

L'imprégnation tabagique favorise une altération de la mobilité ciliaire de la trompe utérine :

1/3 des GEU lui serait imputable RR : 1,5 à 3,5 effet dose dépendant(-10 cig/j à +20 cig/j) et partiellement réversible

TABAC et GROSSESSE

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 fœtale)

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.

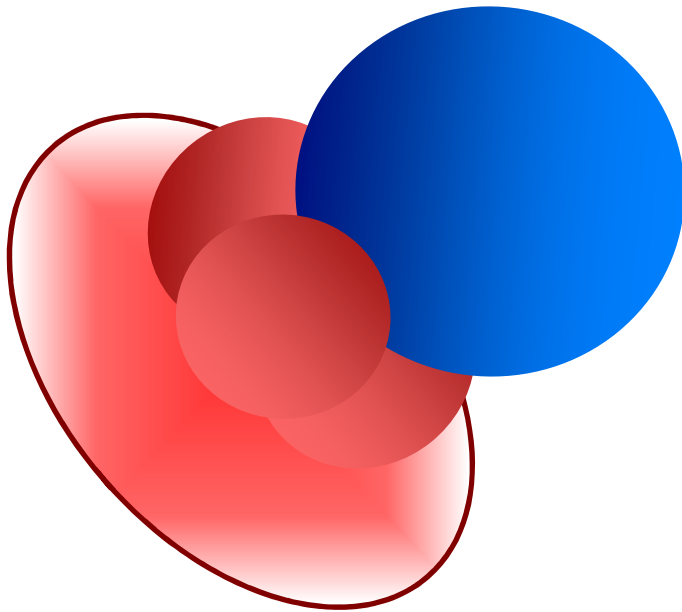
La liaison se fait avec le Fer de l'hémoglobine mais le mécanisme de cette liaison est mal connu. Dès que le taux d'Hémoglobine oxycarbonée atteint 4 à 5%, il y a un risque pour les fonctions vitales (facultés mentales, acuité visuelle, vigilance, fonctions cardiaques et pulmonaires) si l'organisme est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

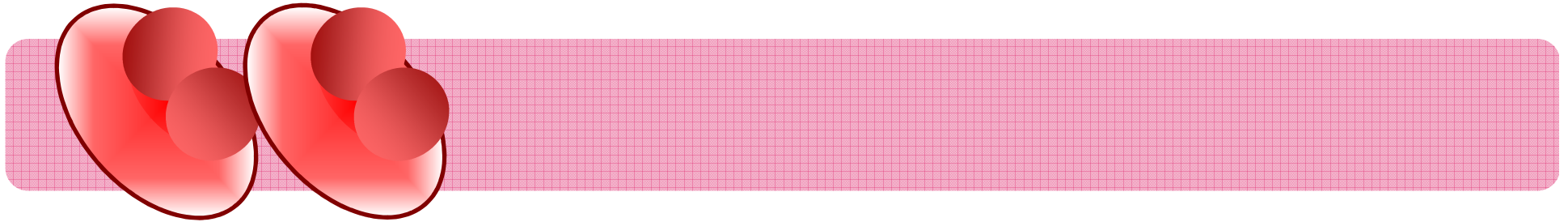


Le monoxyde de carbone

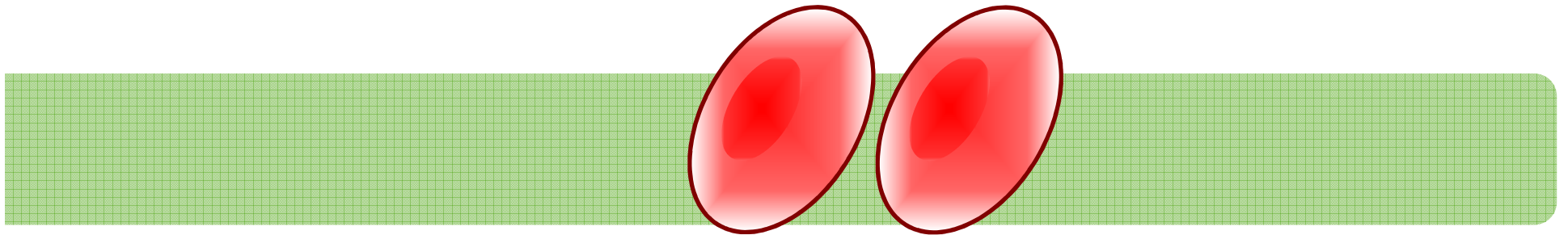
entre en competition avec l'oxygène

Affinité pour l'Hb Adulte 200 fois
supérieure à celle de l'Oxygène

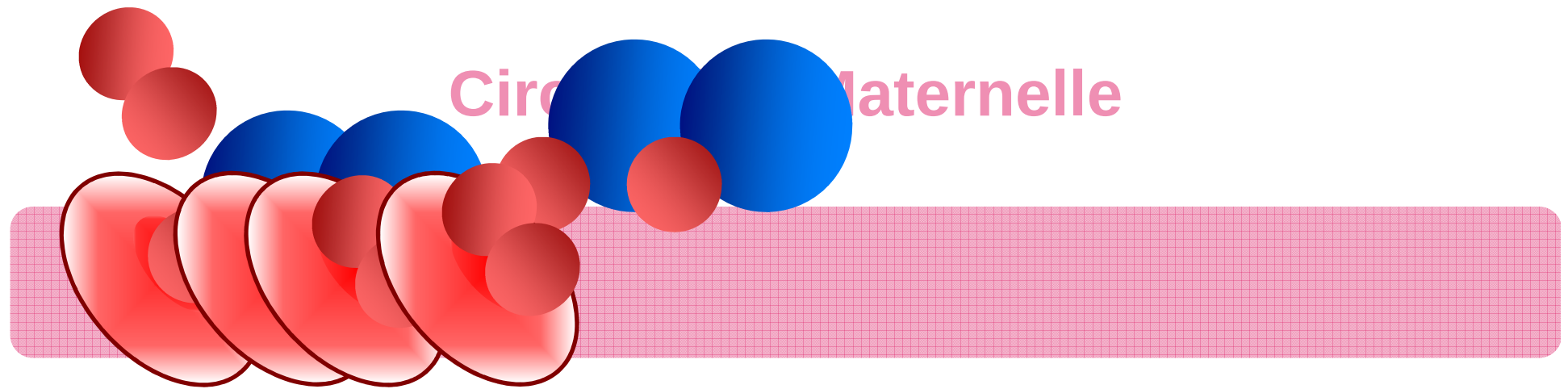
Circulation Maternelle



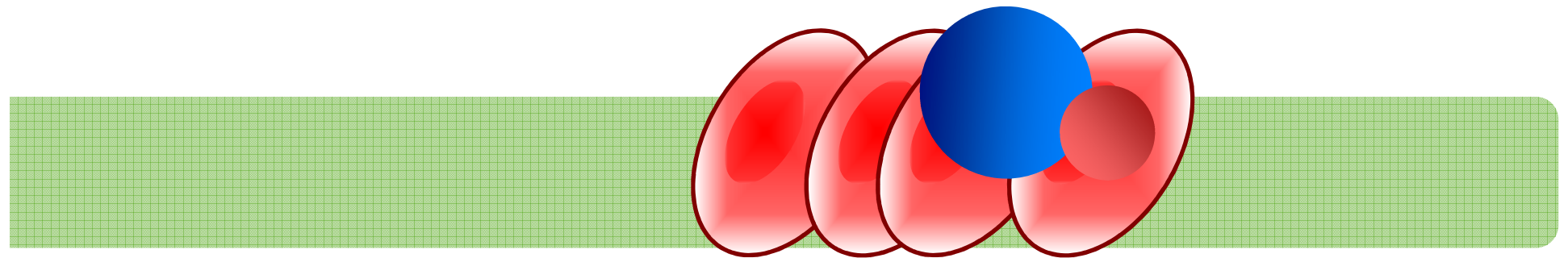
Barrière Placentaire



Circulation Foetale



Barrière Placentaire



Circulation Foetale



Passe la barrière placentaire

Exposition foetale > adulte

Affinité pour l'Hb foetale 250x supérieure

Demi-vie de la carboxyhemoglobine foetale = 8 heures

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

HRP

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 de carboxyhémoglobine.

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

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 du placenta, il serait plus plat et plus étendu.

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

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

La survenue de RPM est surtout liée au risque accru de chorioamniotite et à une plus grande fragilité des membranes chez la consommatrice de tabac enceinte.

Le risque de RPM chez la fumeuse enceinte est doublée par rapport à la population femme enceinte non fumeuse. Ce risque est multiplié par 3 avant la 34^{ème} semaine d'aménorrhée.

Cette RPM survenant avant la 34^{ème} semaine d'aménorrhée entraîne, par effet de conséquence, une multiplication par 3 du nombre d'accouchement prématuré.

Rupture prématurée des membranes



	OR
Arrêt avant conception	1,4
Arrêt trimestre 1	1,6
Pas d'arrêt	<u>2,2</u>
Fumeur occasionnel	1,6
Nbre cigarettes /jour	
1-9	1,8
10-19	1,5
≥ 20	1,7

RPM: 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

EFFETS PULMONAIRES et TERATOGENES

Les conséquences pulmonaires

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur l'effet de maturation pulmonaire avancée qui réduirait le risque de détresse respiratoire en cas de naissance prématurée, mais entraînerait plutôt, des lésions de l'appareil respiratoire visibles chez l'enfant.

Les conséquences tératogènes

Les études se contredisent, mais il semble que le risque tératogène est significatif pour une consommation maternelle supérieure à 20 cigarettes par jour (malformations urinaires, malformations des membres, fentes labio-palatines, malformation du tube neural).

On retient : 5% de l'ensemble des anomalies congénitales (institut européen des géomutations)

Il est donc indispensable d'insister sur un sevrage précoce et total du tabac chez la femme enceinte.

MFIU

Selon les études 7.5% à 11% des MFIU sont imputables au tabagisme de la femme enceinte.

Effet dose dépendant

Majoration du risque si grossesse après 35 ans

RESTRICTION de CROISSANCE IN UTÉRO (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.

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

- la diminution des apports alimentaires maternels
- la diminution chronique des apports sanguins placentaires
- 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

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

TABAC et NOUVEAU-NÉ

La mort subite du nourrisson (MSN)

50% des morts subites du nourrisson seraient imputables au tabagisme actif de la femme enceinte.

Le conjoint fumeur potentialise le risque de mort subite chez le nourrisson.

33% des MSN pourraient être évités si le tabagisme parental était supprimé.

TABAC et NOUVEAU-NÉ

Les problèmes respiratoires

Le tabagisme au sein de la cellule parentale favorise les infections respiratoires à type de bronchiolite, bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme.

Augmente le taux des otites aiguës à répétition.

Bien évidemment ces pathologies sont à corréluer au tabagisme actif maternel anté-natal qui aura fait de nombreux dégâts sur les cellules épithéliales.

CANCÉROGÉNÈSE

Le risque est sujet à controverse. On a évoqué le rôle du tabagisme dans la survenue de certains cancers comme : tumeurs du cerveau chez les enfants exposés au tabagisme in utero, et plus récemment le cancer du testicule.

A long terme on évoque de voir survenir chez l'adolescent, exposé in utero, une maladie maligne: lymphome, leucémie risque majoré de 10%

LES PROBLÈMES PSYCHOMOTEURS

Ils existent :

Tout d'abord, le périmètre crânien du fœtus exposé au tabagisme maternel, mesuré à la naissance, est inférieur à celui des fœtus non exposés.

On ne connaît pas la dose seuil réellement toxique pour le cerveau fœtal 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 peut aussi se poser la question quant à la nicotine contenue dans les substituts....

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.

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 général
- Recommander l'allaitement

LA FEMME ENCEINTE et sa CONNAISSANCE DES IMPACTS

Connaissance des risques



- A votre avis, fumer pendant la grossesse peut provoquer pour le fœtus plus de :

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Retards de croissance	77,9	2,3	12,4
Prématurités	78,7	4,0	11,3
Souffrances fœtales	47,4	4,9	32,5
Autres	6,7	0,1	4,3

Connaissance des risques

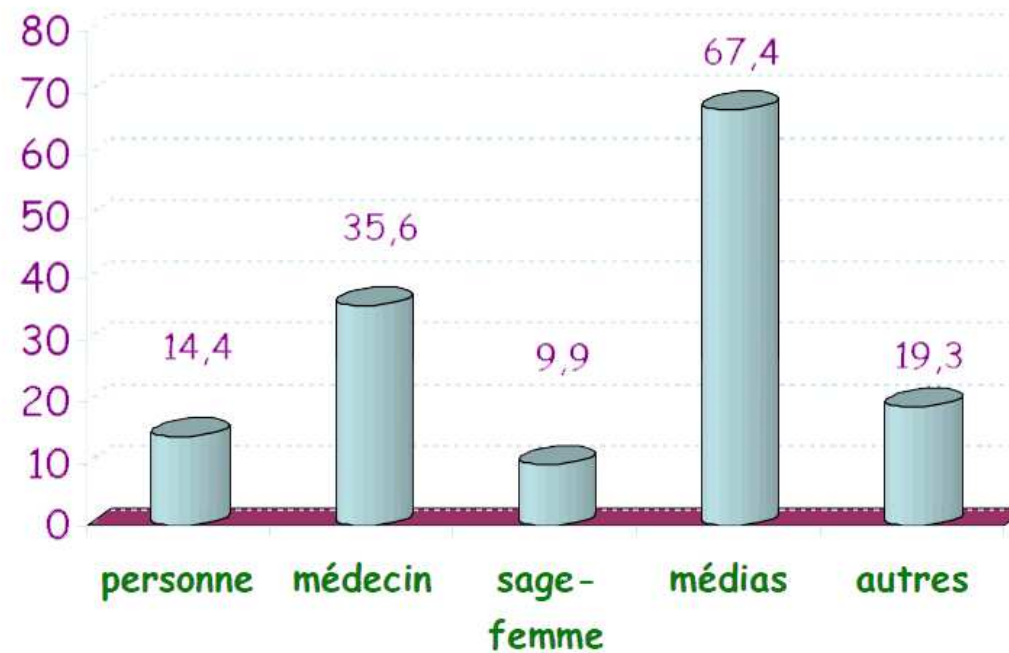


Une enquête en Rhône-Alpes*

- Connaissez-vous les risques du tabagisme pendant la grossesse ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Fausses couches	58,1	8,7	26,9
Grossesses extra-utérines	21,7	16,5	50,7
Ruptures de la poche des eaux avant terme	23,3	13,5	52,0

Source d'informations



IDÉES REÇUES

« Il vaut mieux fumer que de stresser »

« Jusqu'à 5 cigarettes par jour pas de problème! »

« Pas de patchs chez la femme enceinte que des substituts oraux »

« On ne fume pas avec un patch! »

« La nicotine contenue dans les STN est dangereuse pour le BB! »

MODALITÉS DU SEVRAGE

Le conseil minimal

Prise en charge codifiée

Consultation de sevrage : description

LE CONSEIL MINIMAL

fumez- vous ?

Si oui : envisagez-vous l'arrêt ?

Doit être largement pratiqué par les professionnels de santé

Responsable de 2 % des arrêts spontanés !

INFORMATION VISIBLE & AUDIBLE

Dans les salles d'attente = affiche et test de Fagerstrom
à disposition (évalue la dépendance physique)

Information lors des entretiens précoces de début de
grossesse

Aborder la problématique en préparation à la naissance

Et surtout à chaque rencontre avec la patiente

Formation du professionnel acteur en périnatalité

PEC CODIFIÉE

Intervention précoce... la grossesse moment propice...oui mais la femme enceinte fumeuse est avant tout «une femme fumeuse devenue enceinte»

Dr F. Molenat

70 % stoppent spontanément

30 % restent à prendre en charge

90 % reprennent 4 mois après l'accouchement

Urgence thérapeutique

PEC

Le référentiel : la conférence de consensus Lille 2004

Comment : intervention sous forme d'entretien
empathique pour créer une alliance thérapeutique

Support : dossier INPES contient tous les tests

Outil : CO testeur et pèse personne

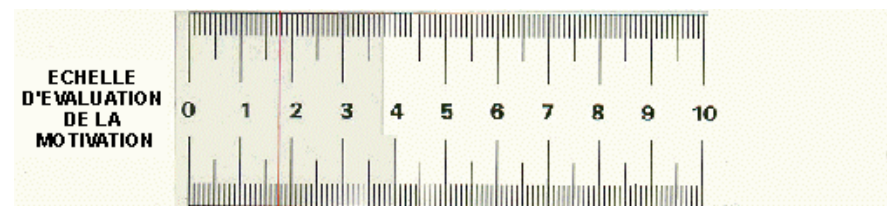
AVANT D'ENTAMER UN SEVRAGE TABAGIQUE, IL FAUT :

Evaluer la motivation

Motiver le fumeur hésitant au changement

Méthodes de test de la motivation

Échelle analogique visuelle de motivation



Questionnaires : Q-MAT (motivation arrêt tabac)

Faire préciser les raisons du sevrage : Grossesse, coût, problème de santé, intervention chirurgicale, mauvais exemple....

QUESTIONNAIRE - MOTIVATION ARRÊT TABAC

Le test Q-MAT (test de dépendance au tabac)

Ce test vous permet de savoir quelle est votre réelle motivation pour arrêter de fumer. De cette motivation peut dépendre le résultat de cet arrêt, quelque soit la méthode employée. Ce test vous mettra en phase avec la réalité...

Cochez les cases correspondantes pour ces 4 questions et visualisez le résultat en fin de page

QUESTION N° 1 : Pensez-vous que dans six mois

- ☐ Vous fumerez toujours autant ?
- ☐ Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?
- ☐ Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?
- ☐ Vous aurez arrêté de fumer ?

QUESTION N° 2 : Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

QUESTION N° 3 : Pensez-vous que, dans quatre semaines

- ☐ Vous fumerez toujours autant ?
- ☐ Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?
- ☐ Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?
- ☐ Vous aurez arrêté de fumer ?

QUESTION N° 4 : Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

- ☐ Jamais
- ☐ Quelquefois
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

TOTAL : Points

Interprétation des résultats :

Score supérieur à 12 : motivation bonne à très bonne.

Score entre 7-12 : motivation moyenne

Score inférieur à 6 : motivation insuffisante (faibles chances de réussite)

RECUEILLIR L'HISTOIRE DU TABAGISME

Ancienneté du tabagisme (âge début, nombre années)

Nombre de cigarettes fumées par jour (jours de travail et jours de repos)

Type de tabac fumé (blond, brun, cigarette, pipe, roulé, cannabis...)

Type d'utilisation du tabac : fréquence, facteurs poussant à allumer une cigarette

Précédentes tentatives d'arrêt, méthodes utilisées (spontanée, utilisation de médicaments...)

Histoire du tabagisme familial (cette histoire se construit au cours des consultations successives)

MODALITÉS DU SEVRAGE

Évaluer:

la dépendance à la nicotine par le test de Fagerström

les habitudes tabagiques

l'anxiété-dépression

la situation nutritionnelle

on peut aussi doser les marqueurs biologiques permettant de quantifier le tabagisme :

le **monoxyde de carbone expiré** : c'est le reflet de l'intensité du tabagisme des 12 heures précédentes (30 minutes après la dernière cigarette) ; il y a une bonne corrélation entre le taux de CO expiré et l'intensité du syndrome de **sevrage**.

Définir le moment: idéalement le plus tôt possible au cours de la grossesse



TEST DE FAGERSTRÖM

- **Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?**
 - ☐ Dans les cinq minutes
 - ☐ De 6 à 30 minutes
 - ☐ De 31 à 60 minutes
 - ☐ Plus de 60 minutes
- **Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile à renoncer?**
 - ☐ La première
 - ☐ N'importe quelle autre
- **Combien de cigarettes fumez-vous par jour?**
 - ☐ 10 ou moins
 - ☐ De 11 à 20
 - ☐ De 21 à 30
 - ☐ 31 ou plus
- **Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- **Fumez-vous même quand vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Valeur du test de Fagerström

Effacer

- 0 à 2 points : pas de dépendance à la nicotine
- 3 à 4 points : faible dépendance à la nicotine
- 5 à 6 points : dépendance moyenne à la nicotine
- 7 à 8 points : forte dépendance à la nicotine
- 9 à 10 points : très forte dépendance à la nicotine

SUBSTITUTS NICOTINIQUES

NICOPASS® - NICOPATCH® - NICORETTE® - NICOTINELL® - NIQUITIN®

En cours de grossesse, toutes les mesures destinées à éviter la poursuite du tabagisme sont justifiées, à l'exception de la prescription de bupropion (Zyban®) et de varénicline (Champix®).

ETAT DES CONNAISSANCES sources CRAT

1/ Aspect malformatif

A ce jour aucun effet malformatif n'est attribué aux substituts nicotiques au 1^{er} trimestre de la grossesse quel que soit leur mode d'administration (patchs, gommes, inhaleurs...).

2/ Aspect foetal et néonatal

Aucun effet foetotoxique n'est observé à ce jour chez des femmes utilisant une substitution nicotique en fin de grossesse quel que soit son mode d'administration (patchs, gommes, inhaleurs...).



Les paramètres fœtaux suivants ont été mesurés : RCF, dopplers fœtaux et utérins, test de Manning

Le poids de naissance des enfants de mères sous substitution nicotinique semble amélioré par rapport à celui des enfants de mères qui continuent le tabac.

NB :

Réduction de consommation aidée par les SN, méthode non validée mais efficace et souvent utilisée par les tabacologues formés

ALLAITEMENT

La nicotine, ses dérivés et d'autres toxiques inhalés passent dans le lait maternel, et peuvent s'y concentrer. Leur élimination dans le lait est parfois plus longue que dans le sérum maternel et ils peuvent être retrouvés chez l'enfant allaité. ($\frac{1}{2}$ vie de 1h30 à 2 H)

Les paramètres du développement de l'enfant allaité (croissance, acquisitions) ne semblent pas modifiés par le tabagisme maternel. Néanmoins, les pathologies respiratoires dues à l'inhalation passive de la fumée sont plus fréquentes chez ces enfants.

➡ Diminuer voire arrêter le tabac, ménager un espace sans fumée dans l'habitation, allaiter au moins 2h1/2 après la dernière cigarette, décourager le co-sleeping

CONCLUSIONS

Chez la jeune femme informer sur les avantages à ne pas fumer

Appliquer la loi

Prix du tabac élevé (dissuasif)

Former les professionnels de santé MG dentiste pediatre

...

milieu gyneco obstétrical

omnipraticiens

tabacologue

Valoriser le “non tabac” par des campagnes publicitaires



Chez la femme enceinte faire du repérage précoce
et étalée dans le temps : vaste programme de
santé publique

Période de fragilité psychologique être vigilant !
Rechercher une coconsommation

Ne pas négliger la prise en charge de son entourage
elle n'est pas seule responsable

BIBLIOGRAPHIE

- Grossesse et tabac. Conférence de Consensus. Lille 7 et 8 Octobre. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n°1) : 351 – 35480.
- Delcroix M. La grossesse et le tabac. Que sais-je ? Paris : PUF, 2006.
- Recommandations de Bonnes Pratique. AFSSAPS. Les stratégies Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du Tabac. Alcool Addictol 2003 ; 25 (2 supp) : 35-445
- La revue medicale suisse G de Torrenté de la Jara: Femmes et tabagisme spécificités épidémiologiques et cliniques N° 3072
- Cours DIU tabacologie 2012 “le tabagisme féminin” Dr Gerard Mather
- Baromètre santé 2010
- Haute autorité de santé (HAS): Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique efficacité, efficience et prise en charge financière janvier 2007
- Varescon I., Gerard C., Grange G., Aubourg F., Detilleux M. (2008). Facteurs d'arrêt et de maintien du tabagisme chez la femme enceinte. Alcoolologie et Addictologie 2008, vol. 30, n°4: p.379-383
- Sociologie du tabagisme féminin – FPS – 2009 Michaël Robert Service Études des FPS 02/515.04.01