

# Le tabagisme féminin

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

DIU-LYON 28 11 2015

# 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 une spécificité ?
- Allaitement et tabac.
- 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 - 28/11/15

# 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

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 (baromètre 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 foetus et le nné, 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 (15 cig/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<sup>ème</sup> 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<sup>e</sup> génération → passage aux OP de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup>  
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 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 | effet anti-oestrogénique du tabac pourrait avoir un effet protecteur

Et aussi :

Dysménorrhées et mastodynies augmentées

Acné

Vieillessement 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)

# 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<sup>ème</sup> 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 O<sub>2</sub> 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'O<sub>2</sub> 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 nicotinémié 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 !!

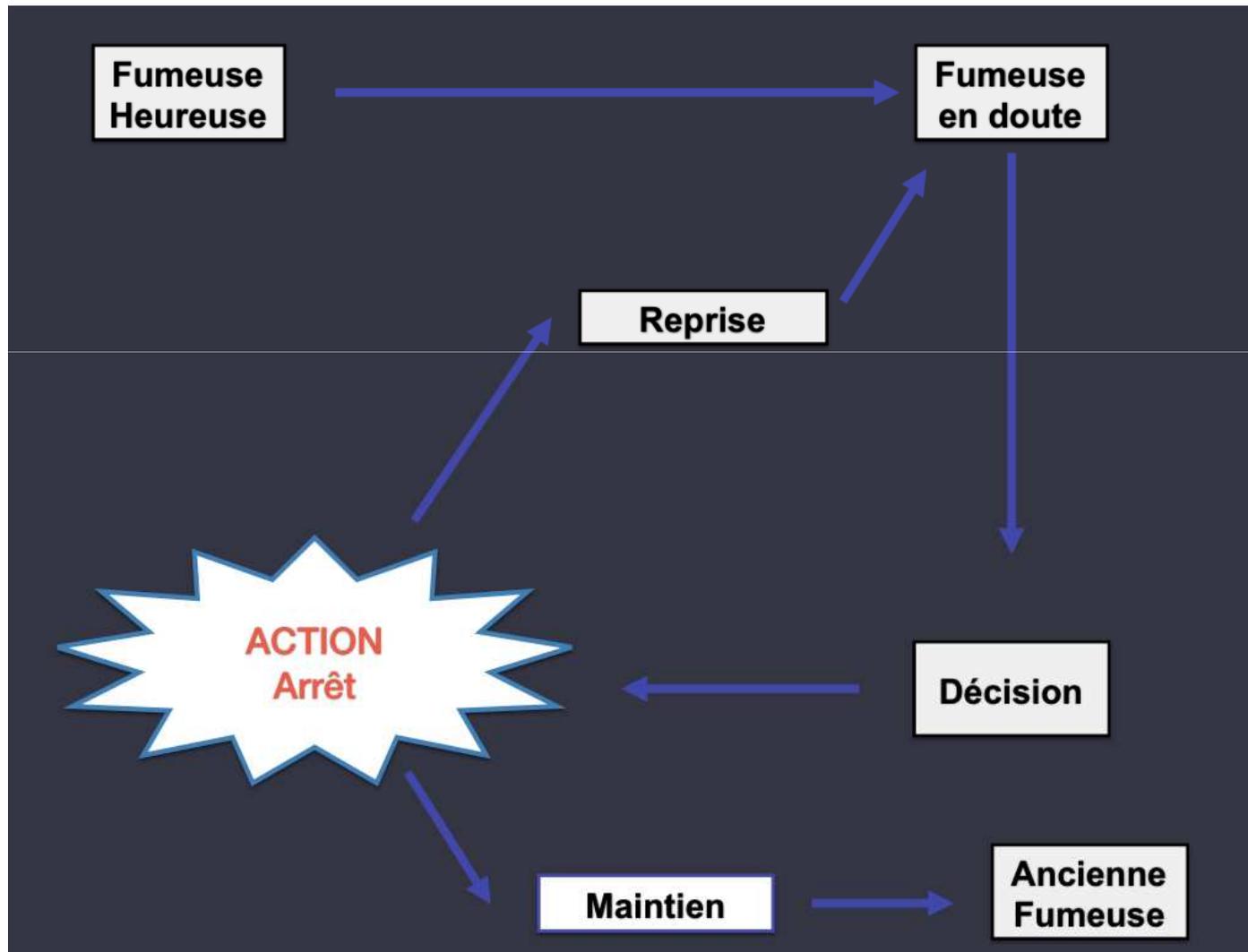


Réduction du nombre de cigarettes

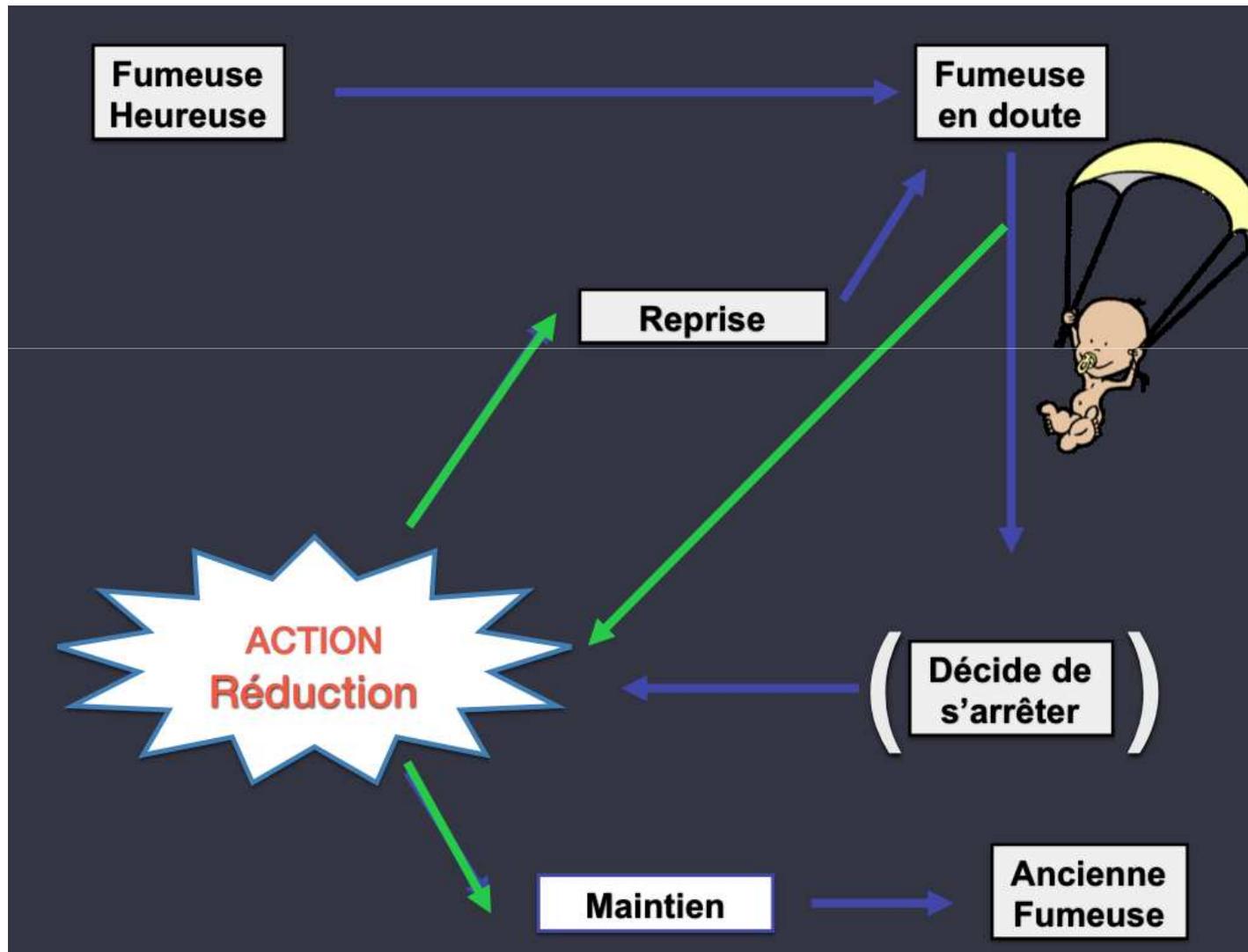
MAIS :

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

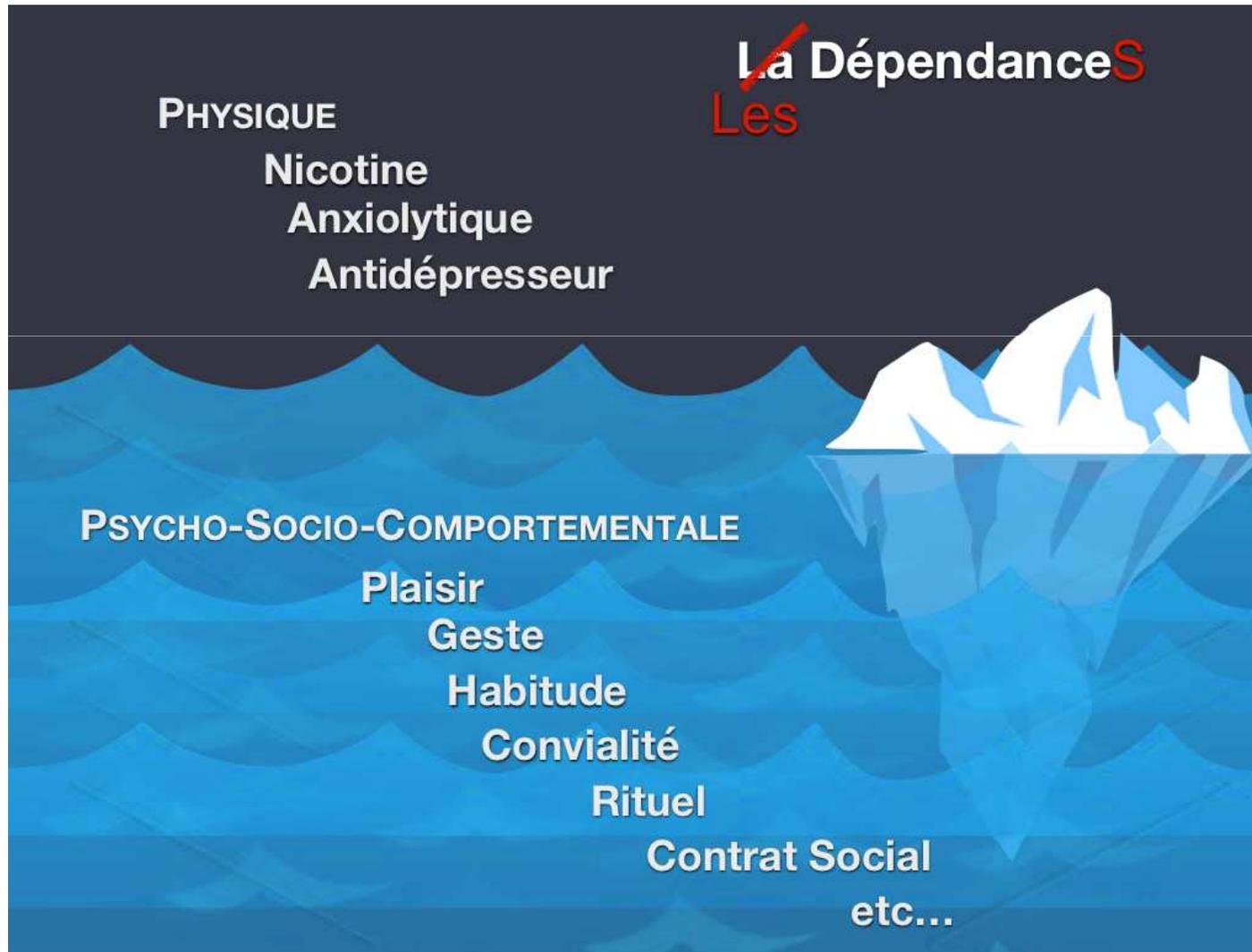
# Cycle de Prochaska



# Cycle de Prochaska



# Les dépendances



# 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

# HRP

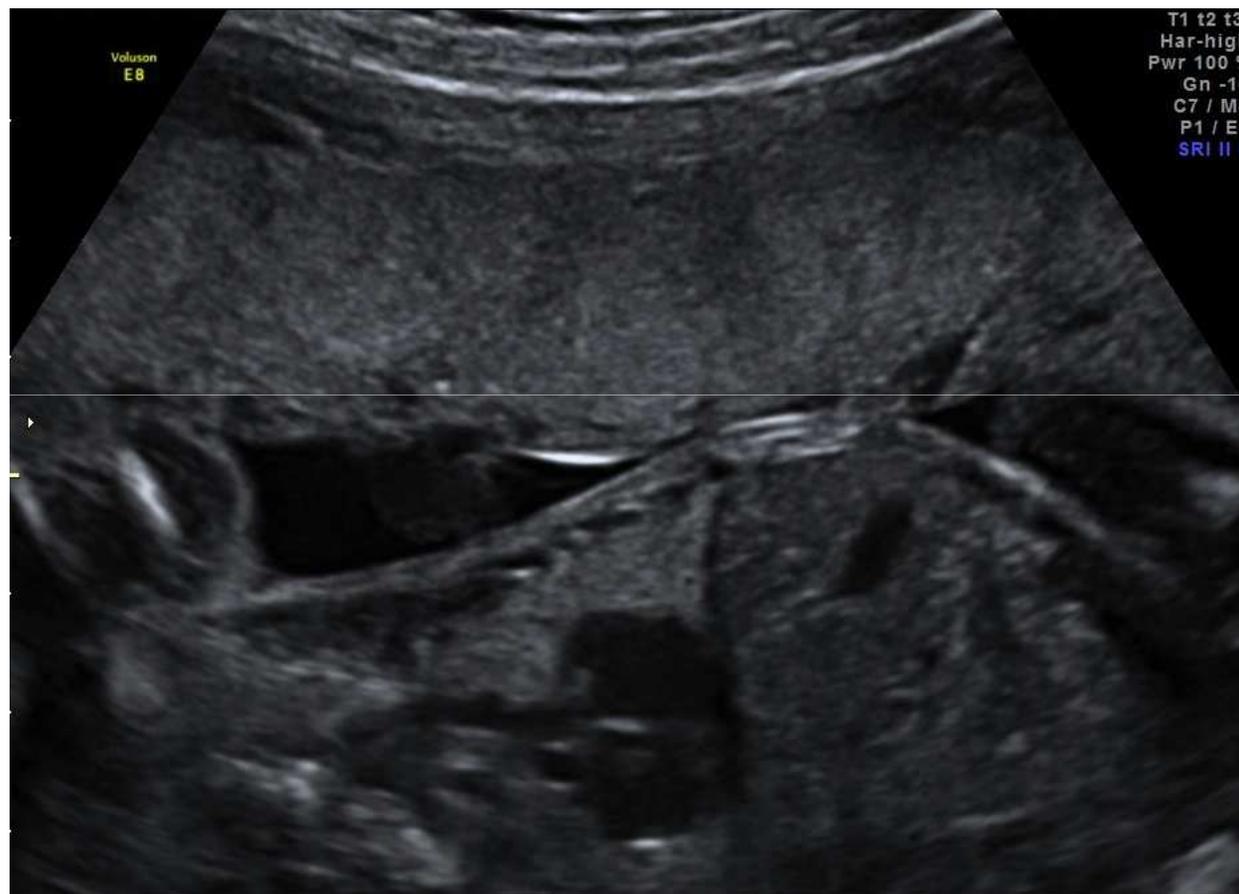
Le tabagisme a des effets délétères sur la vascularisation placentaire, effet réversible immédiat à l'arrêt de l'intoxication tabagique

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

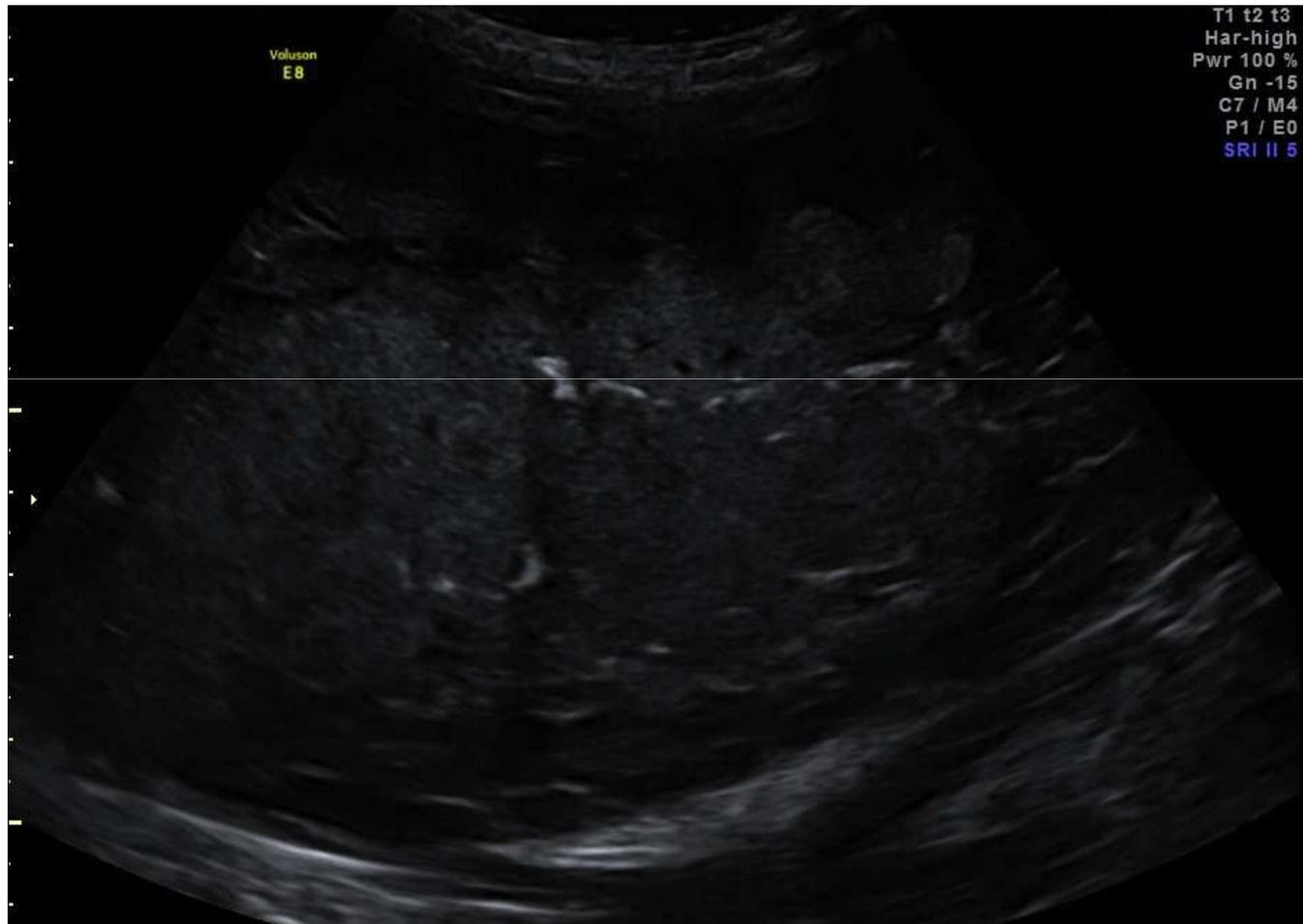
Cela est imputable à l'élévation du taux sérique de carboxyhémoglobine

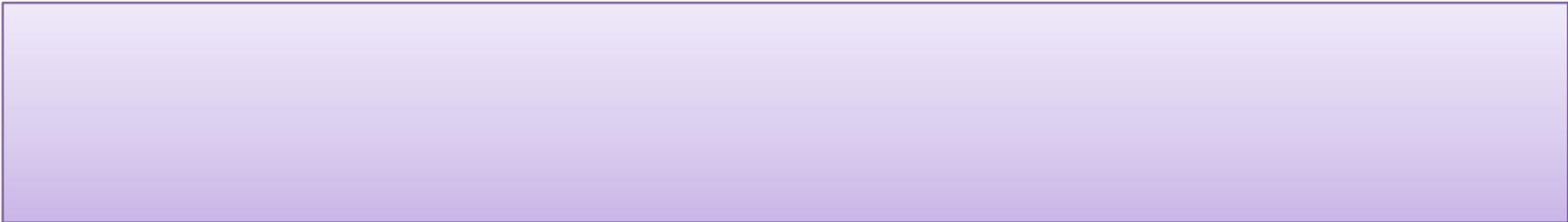
Ne pas oublier de signaler le « vieillissement » précoce du placenta chez la femme fumeuse à l'échographie

# 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

# 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

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 foetale
- 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

# 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

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

# 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

DIU St Etienne – 2013  
G. Mathern

# Connaissance des risques



## Une enquête en Rhône-Alpes\*

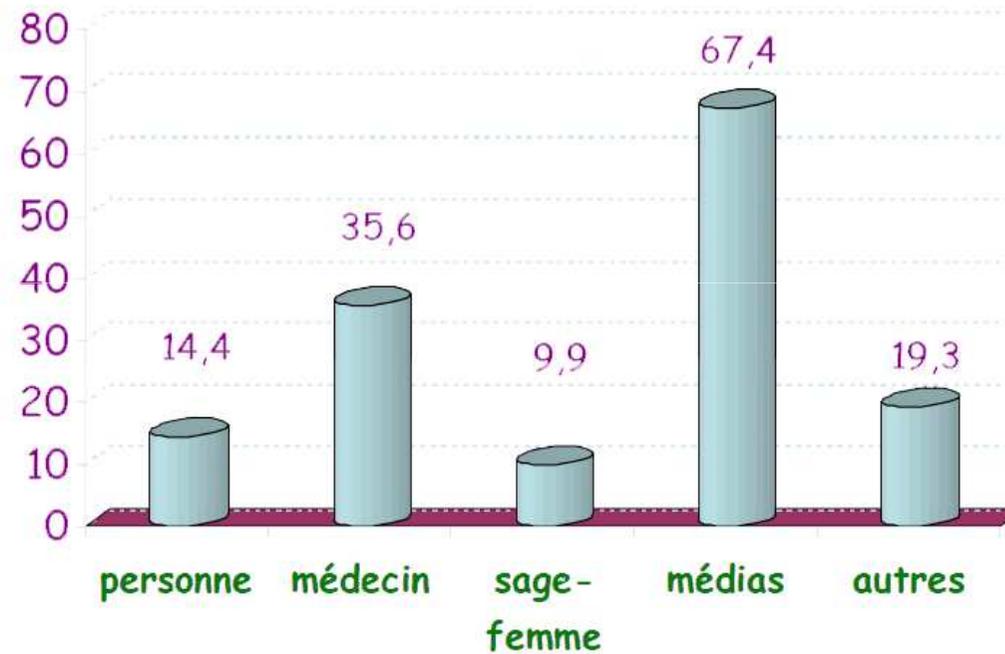
- Connaissez-vous les risques du tabagisme pendant la grossesse ?

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Fausse 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

DIU St Etienne – 2013  
G. Mathern

\* Enquête Mat'ab – IRAT – 2002 – A. Sasco P. Delormas

# Source d'informations



DIU St Etienne – 2013  
G. Mathern

# 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! »

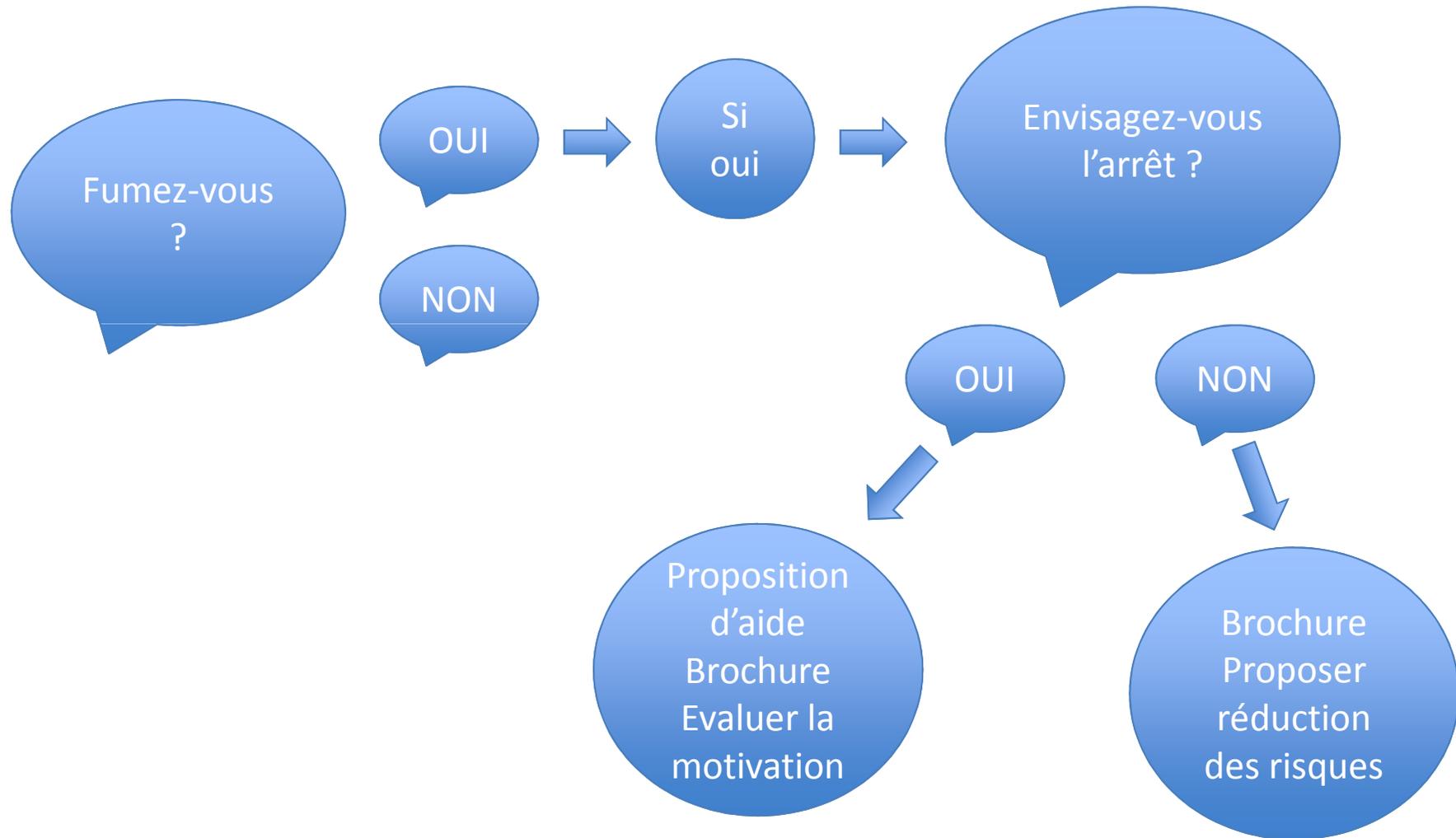
# MODALITÉS DU SEVRAGE

Le conseil minimal d'arrêt

Prise en charge codifiée

Consultation de sevrage : description

# LE CONSEIL MINIMAL D'ARRÊT



# INFORMATION VISIBLE & AUDIBLE

Dans les salles d'attente = affiche et test de Fagerström  
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 :

## Évaluer 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)**

Gathering-Lavoisière - 28/11/15

# 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<sup>o</sup> 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 étalé dans le temps : vaste programme de  
santé publique

Période de fragilité psychologique être vigilant !  
Rechercher une polyconsommation

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

# E-CIGARETTE

# Comment fonctionne une e-cigarette

## Fumée de cigarette électronique

Base de propylène glycol et/ou de glycérine végétale accompagnée d'arômes et, au besoin, de nicotine.

## Fumée de cigarette normale

4 000 composants, dont 50 d'entre eux sont **cancérigènes**, notamment des **métaux lourds** (mercure, benzène, arsenic, toluène...).

## Le fonctionnement

Batterie alimentant la résistance.

Microprocesseur régulant la chaleur.

Capteur détectant les aspirations du fumeur dans le filtre.

Dans l'atomiseur, une résistance chauffe le liquide qui se transforme en vapeur aspirée par le fumeur.



## Les composants

Batterie rechargeable sur le secteur ou sur un ordinateur, avec une prise USB.

Atomiseur où se fait l'évaporation du mélange.

Réservoir contenant ou non de la nicotine qui peut être dosée à 19 mg/ml (l'équivalent d'un paquet de cigarettes) ou à 16 ou 11 mg/ml.

Embout par lequel l'utilisateur aspire la fumée.

LP/Infographie



- E-cigarette produit récent contenant le plus souvent de la nicotine
- Ce n'est ni un produit du tabac ni un médicament ni un dispositif médical
- La e-cigarette a un potentiel addictif et irritant il persiste des inconnues sur ses autres effets



- Gestuelle reproduite
- Effet sensoriel oropharyngé (throat hit) voisin de celui de la cigarette
- => renormalisation du tabac
- => initiation au tabac chez le jeune
- => réintroduction du tabac chez l'ex fumeur



## Le contenu déclaré :

- Propylène glycol
- Glycérine végétale
- Arômes alimentaires
- Nicotine si besoin
- Alcool < 2%



## Les produits inhalés :

- CO=0
- Goudrons = 0
- Nitrosamines = négligeable
- Benzopyrène = négligeable



- Chez la femme la e-cigarette est déconseillée (avis d'experts OFT avril 2014)
- Les méthodes médicales validées doivent toujours être proposées en 1ère intention
- Même si : pas de combustion = pas de libération de CO !!
- Ni de particules fines solides ni de substances cancérigènes donc...



- La FUMÉE du tabac est l'ennemie
- Devant une demande insistante on peut proposer l'utilisation de la e-cig
- Devant l'échec des autres méthodes
- Le vapotage reste une variable d'ajustement pas une solution
- Le vapotage à but d'arrêt total du tabagisme pendant la grossesse reste à explorer

# 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 Mathern
- 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
- E-cig, avis d'experts OFT avril 2014
- Posture du tabacologue et e-cig - Dr G Mathern MAT'AB avril 2015