

Le tabagisme féminin

Catherine Laveissière
Sage femme tabacologue
Consultation gyneco-obstetrique hopital croix-rousse
catherine.laveissiere@chu-lyon.fr
DIU-LYON 20 11 2020



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



SEDUCTION



LIBERTE AUTONOMIE



“You’ve come a long way, Baby!”



FAIT PSYCHO SOCIAL?

- Vulnérabilité émotionnelle de la femme
- Mauvaise estime de soi
- Humeur dépressive
 - 9 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)

EPIDEMIOLOGIE

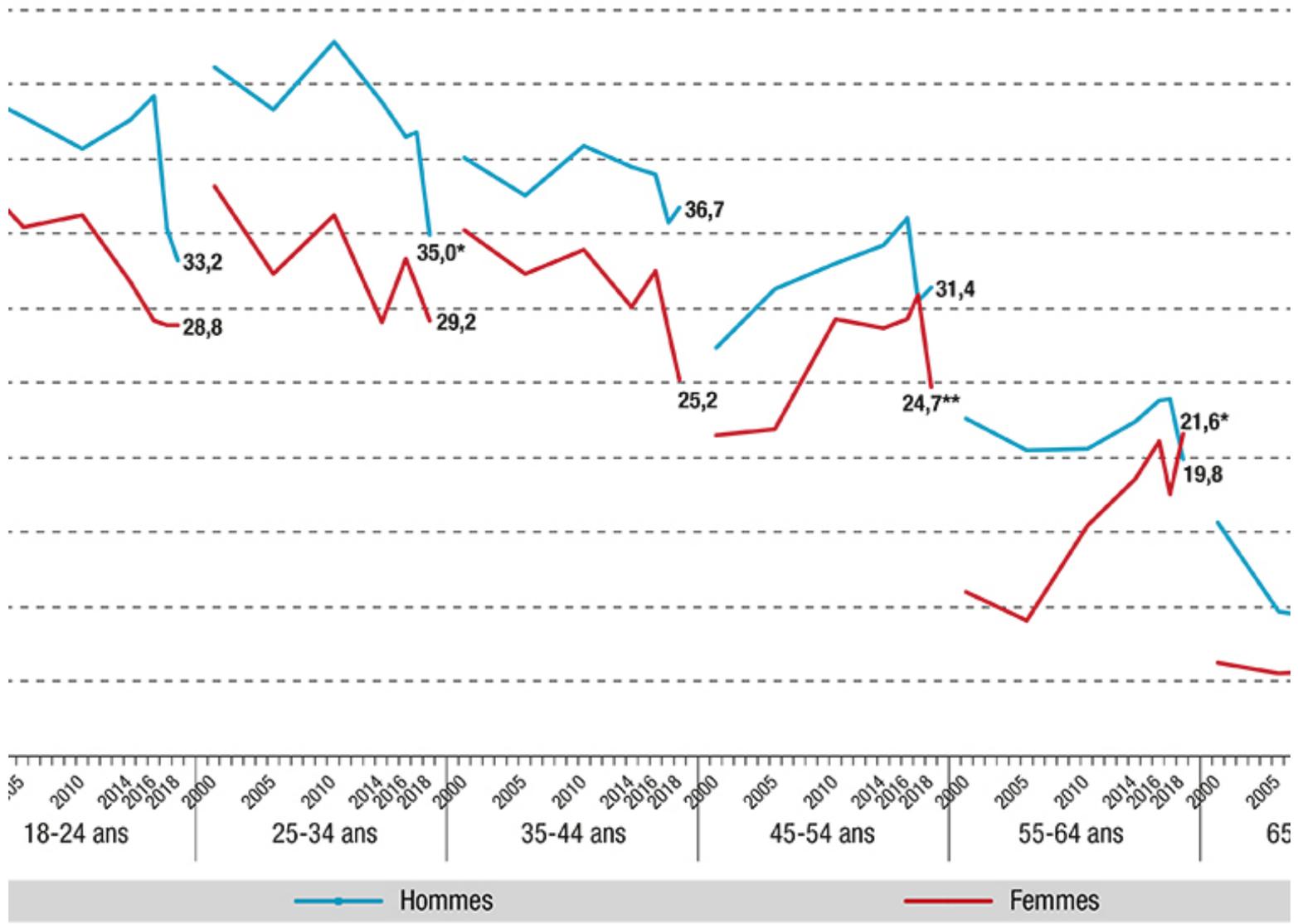
Selon les données du baromètre santé 2014 vs 2010 :

- 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 ⑨ 24,3% contre 26%

Par contre augmentation du tabagisme dans la tranche 55-64 ans ⑨ 18,6% contre 15,5%

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 né, facteur favorisant des cancers de la sphère génitale et sur la ménopause)



mètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France a noté une évolution significative entre 2017 et 2018 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Les données indiquées correspondent à l'année 2018.

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 due à l'inhalation de monoxyde de carbone et de nicotine :

Chez l'homme

Altération de la spermatogenese

Diminution de la mobilité 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 (grossesse extra utérine)risque relatif allant de 1.5 à 3 même si dose de tabac <5 cig/jours)

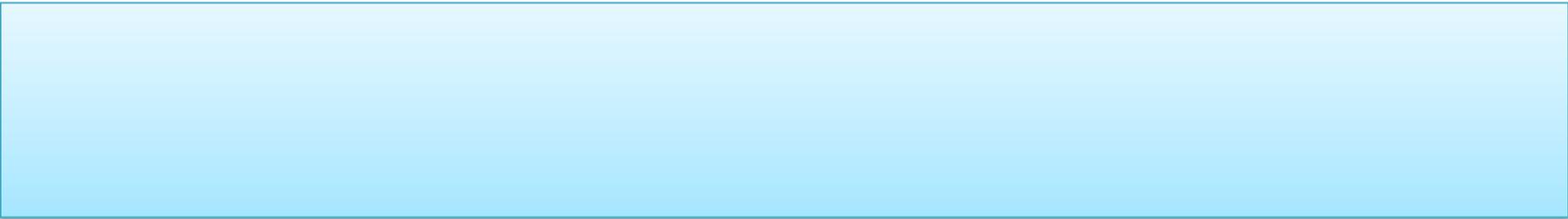
KC DE LA SPHÈRE GÉNITALE

Col de l'utérus (RR: 1,6 à 5,9) risque augmenté si HPV (human papilloma virus)

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 broncho pneumopathie chronique obstructive(vulnérabilité supérieure de la femme à tabagisme égal avec l'homme)



Ménopause : + précoce (*2 ans*)

Baisse de la densité minérale osseuse ⑨
ostéoporose, fractures

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

Diminution efficacité du THS

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

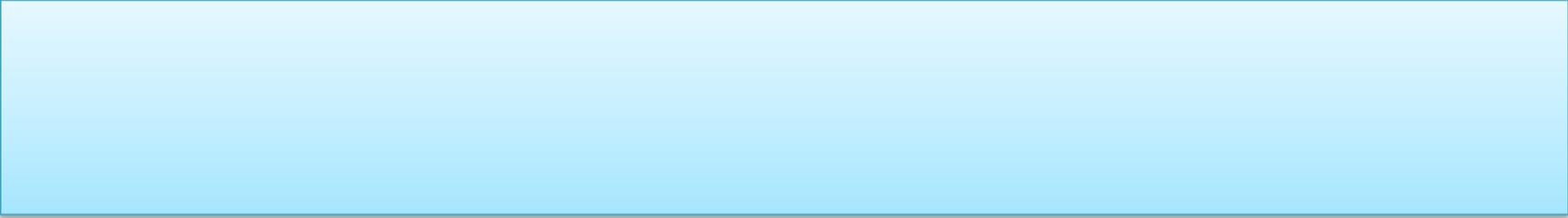
Absorption au niveau du cerveau en 7'' par inhalation

Métabolisée par le foie et élimination en 2 ou 3 h

Taux de 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

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

Risque hémorragique, complications obstétricales

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

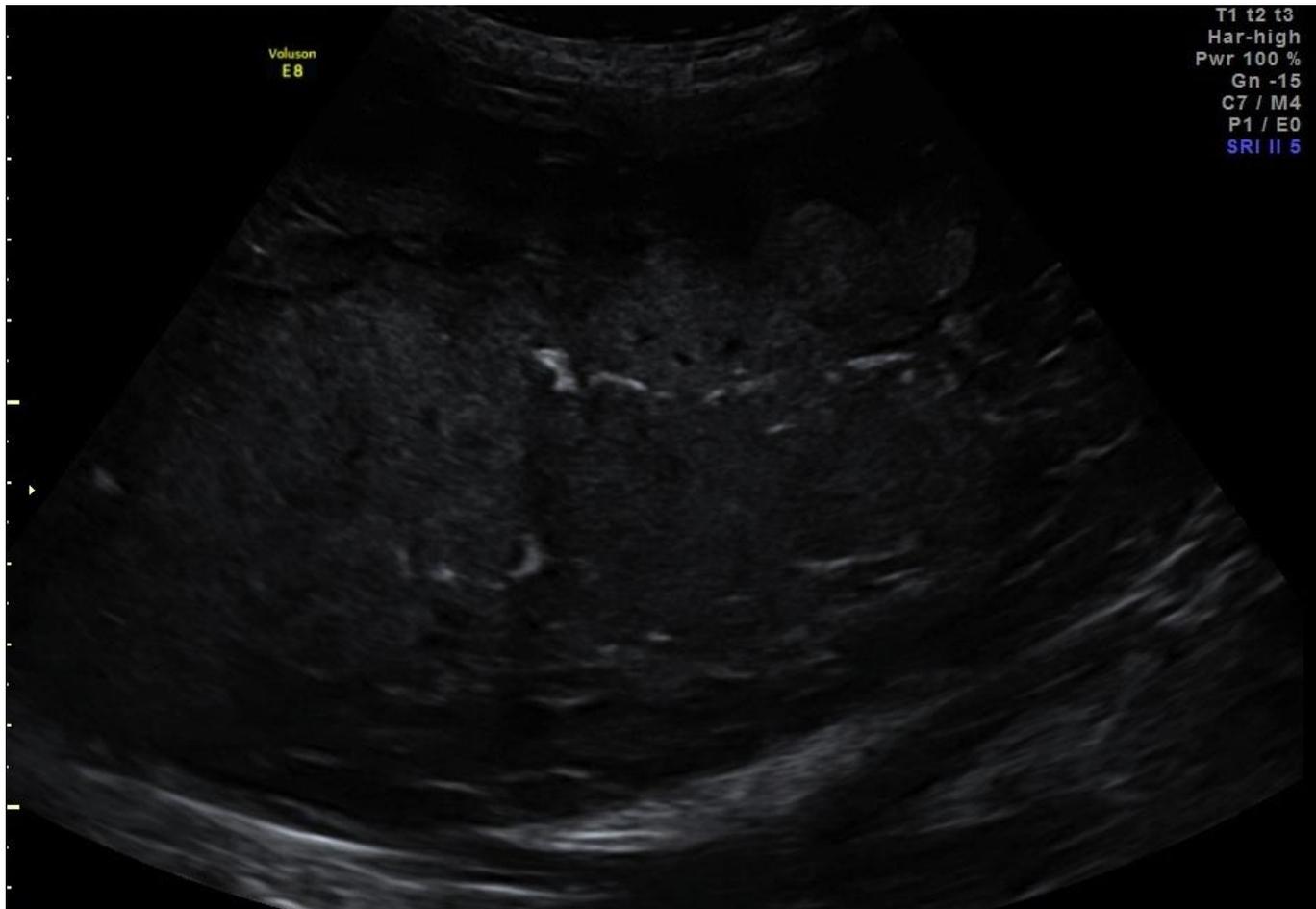
Cela est imputable à l'élévation du taux sérique de carboxyhémoglobine

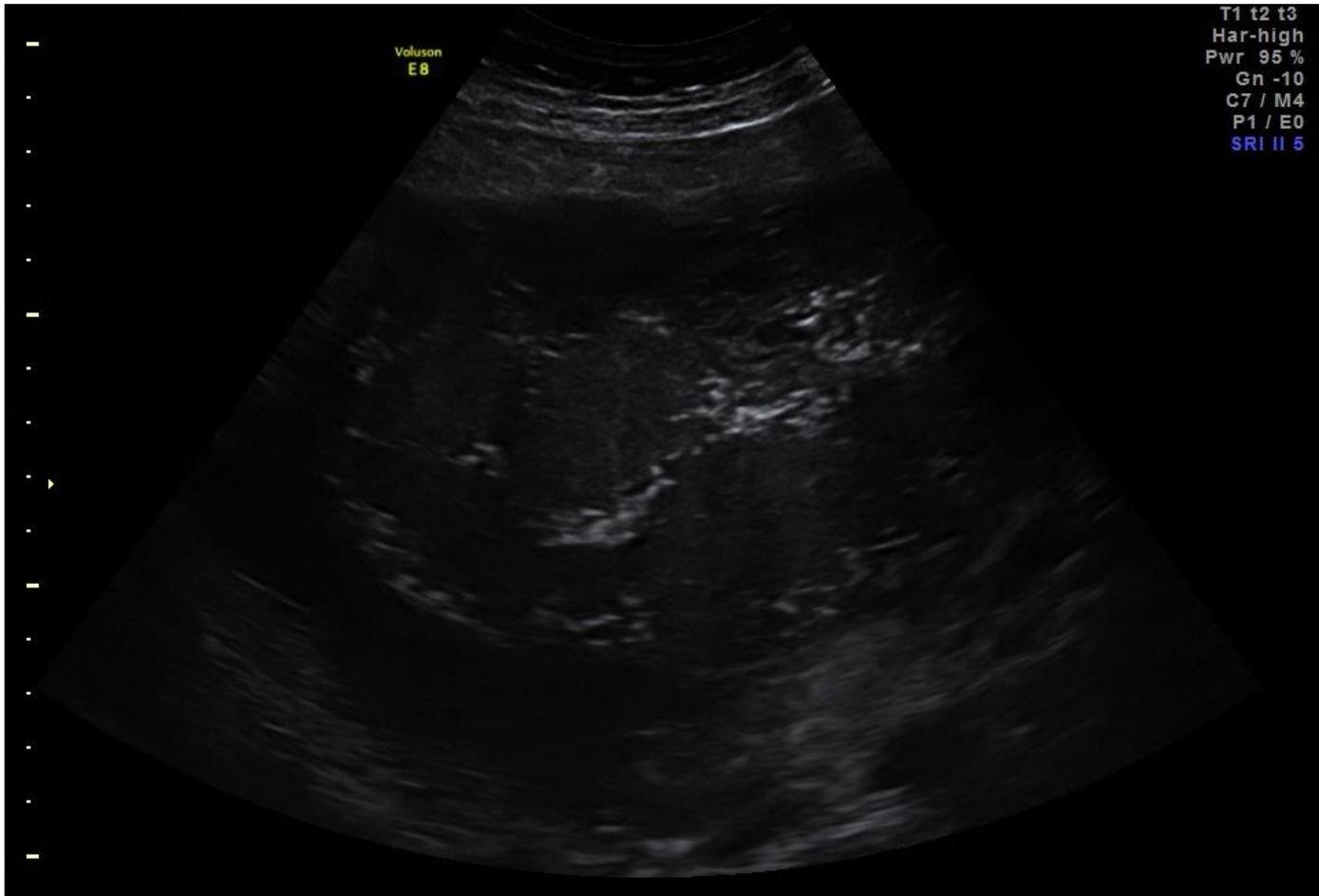
Ne pas oublier de signaler le « vieillissement » précoce du placenta chez la femme fumeuse à l'échographie

PLACENTA GRADE 1



PLACENTA GRADE 2





COMPLICATIONS GRAVIDIQUES PRENATALES

- Acct Préaturé RR= 2
- R.P.M (Rupture Préaturée des Membranes) RR= 2
- R.C.I.U RR= 2 à 3
(Restriction Croissance Intra-Uterin)
- M.F.I.U 10% des morts (Mort
Foetale In Utéro) foetales tardives
imputables au tabac

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES : PHYSIOPATHOLOGIE COMPLEXE

Augmentation de la concentration en PAF (platelet activating factor) qui est un étherlipide 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 ⑨ diminution de l'immunité

⑨ Augmentation de la Fq des chorioamniotites et vaginoses

Le risque est x 2 par rapport à la population normale

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 pourra être pénalisé en moyenne de 100g
- Si la consommation journalière est égale à 20 cigarettes le poids de naissance du nouveau-né pourra être 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 4 à 7% des MFIU sont imputables au tabagisme de la femme enceinte (Smith 2007)
- Effet dose dépendant RR= 1,2 si <10 cig /j RR=1,8 si >10cig/j
- 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 de la grossesse	Mesure d'association et son intervalle de confiance à 95% de la complication avec un tabagisme actif maternel
Fausse couche précoce ¶	1,23 (1,16-1,30)
Grossesse extra-utérine ¶ ¶	1,73 (1,28-2,32)
Anomalie congénitale **	1,01 (0,96-1,07)
Hématome rétroplacentaire**	1,69 (1,62-1,76)
Placenta praevia*	1,27 (1,18-1,35)
Prématurité**	1,21 (1,19-1,24)
Mort foetale in utero*	1,36 (1,27-1,46)
Prééclampsie ¶ ¶	0,67 (0,60-0,75)
Césarienne ¶ ¶	1,09 (1,05-1,14)***
Petit poids de naissance *	1,95 (1,76-2,16)

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

TABAC ET NOUVEAU-NÉ

800 000 naissances en France par an dont :

200 000 nés de mères fumeuses

300 000 nés 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

TABAC ET FEMME ENCEINTE

Prévalence du tabagisme actif en France

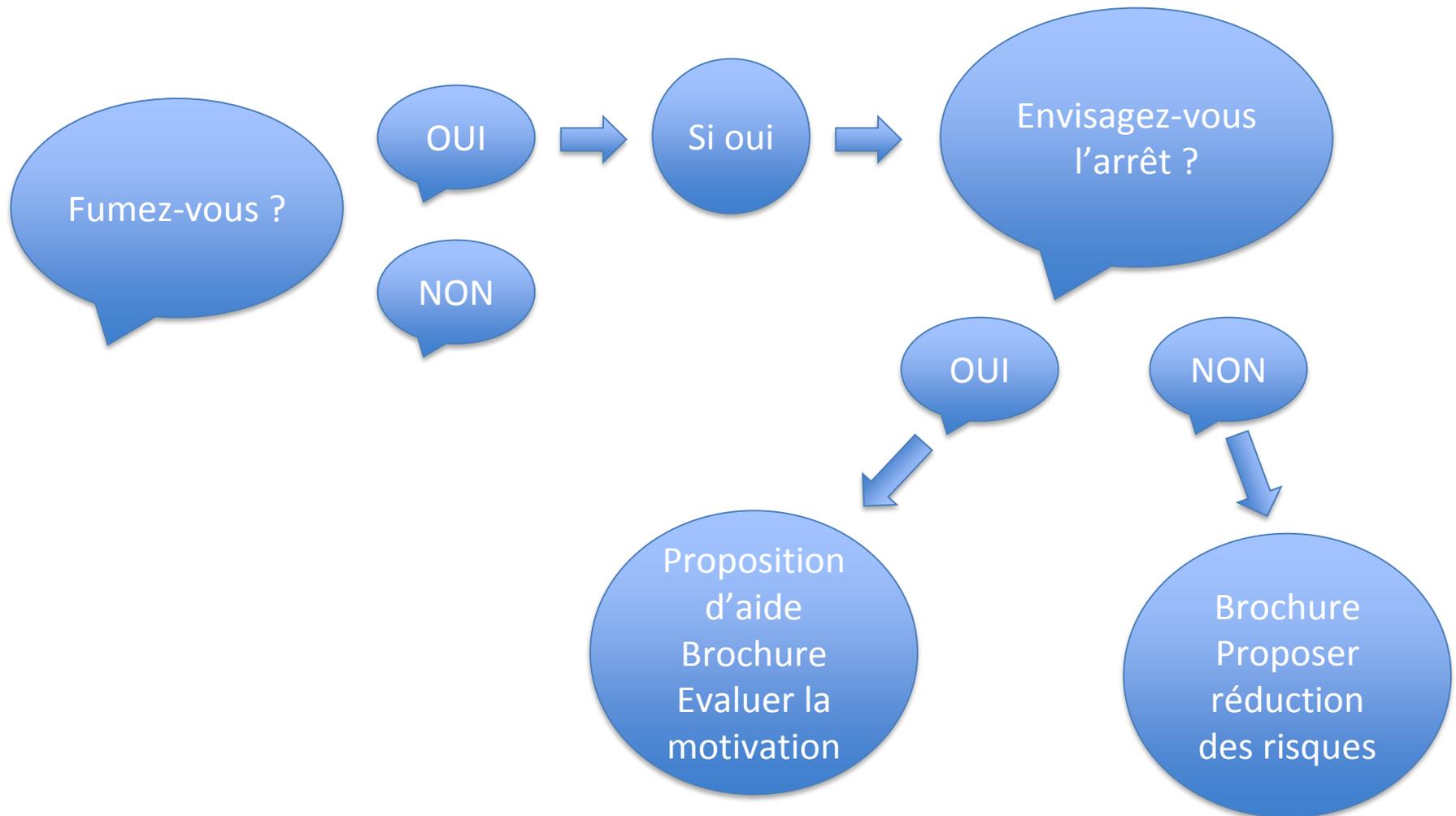
30,5% des femmes fument avant la grossesse

24 % des FE fument au 1^{er} trimestre

20% restent fumeuses au 3^{ème} trimestre de la grossesse



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

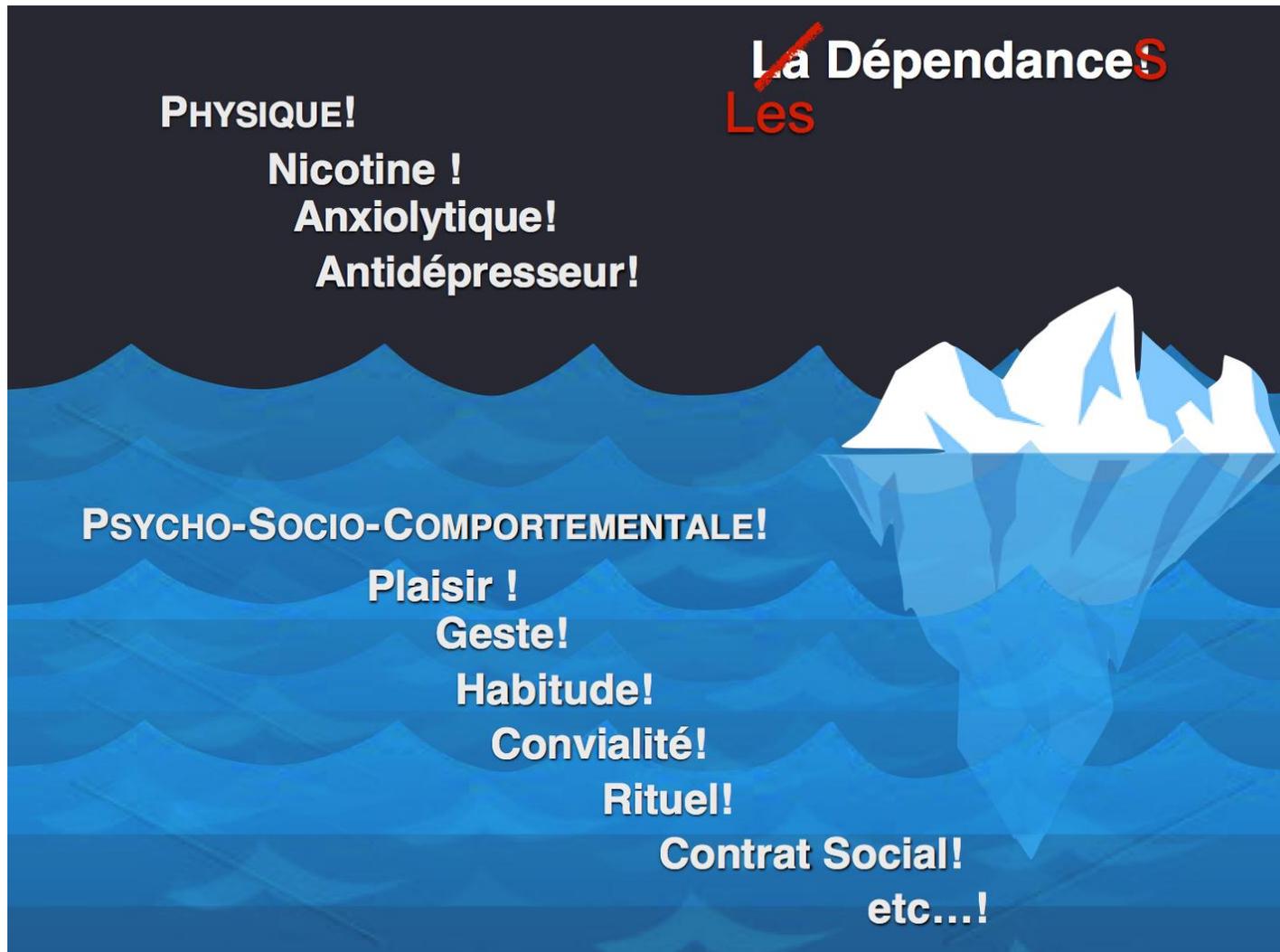
Le référentiel : la conférence de consensus Lille 2004

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

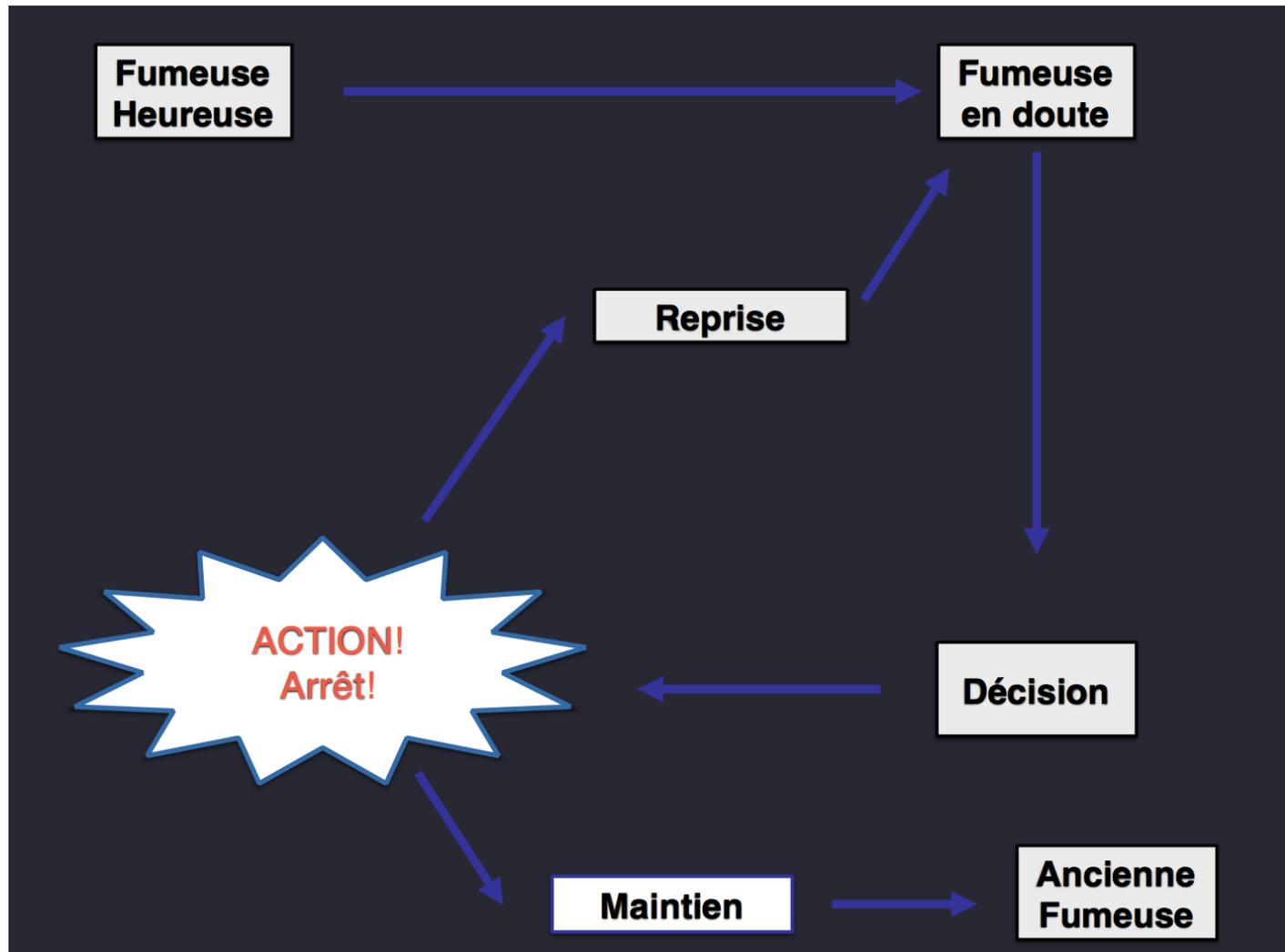
Support : dossier INPES contient tous les tests

Outil : CO testeur et pèse personne

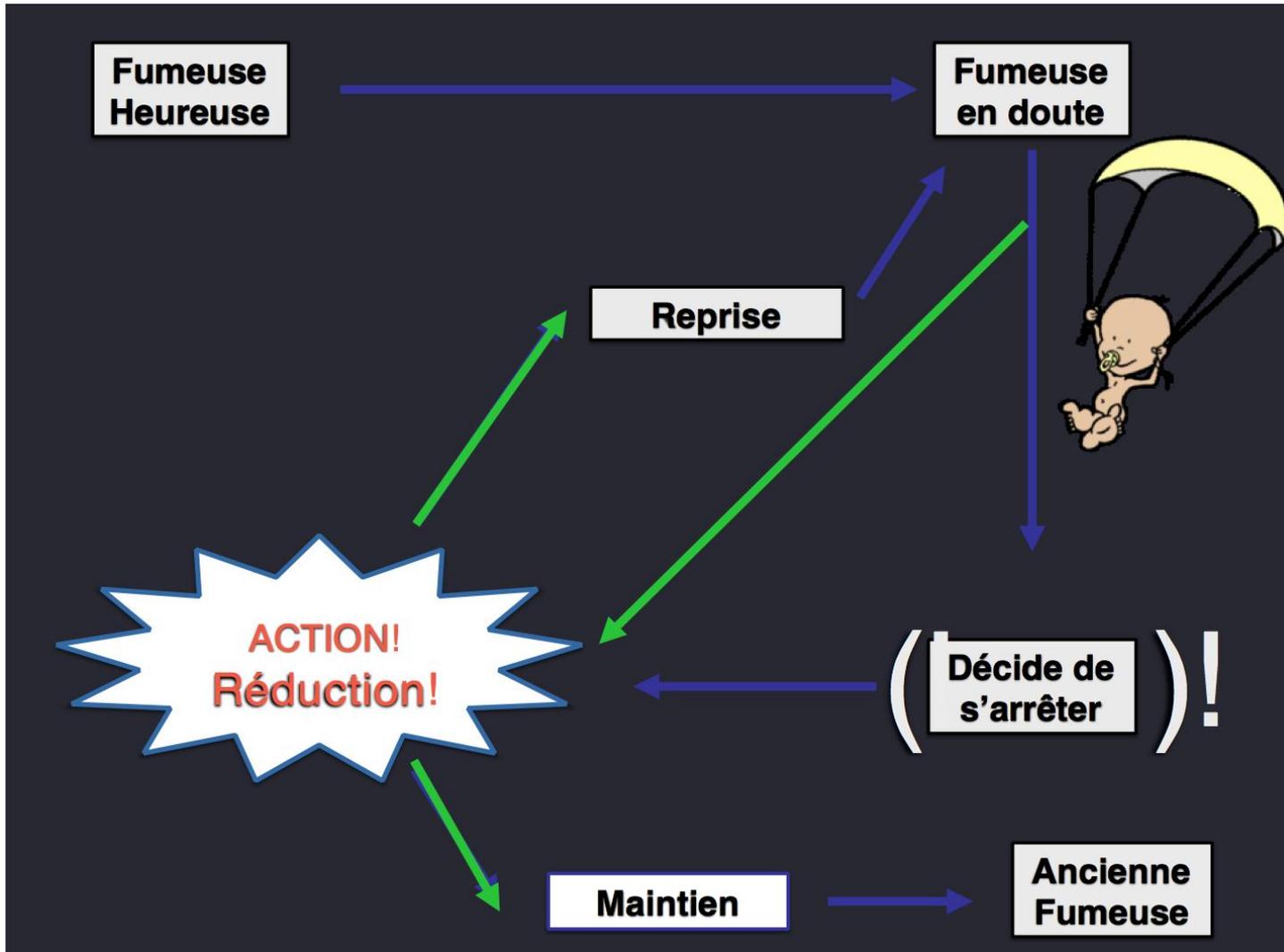
LES DEPENDANCES



CYCLE DE PROCHASKA



CYCLE DE PROCHASKA



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



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)

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

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

Le conseil minimal d'arrêt

Prise en charge codifiée

Consultation d' aide au sevrage

OPTIONS THERAPEUTIQUES

Substituts nicotiques : gommes à mâcher, pastilles à sucer, spray buccal, patchs transdermiques différents dosages (21 mg/24h, 14mg/24h, 7 mg/24h, formes galéniques sur 16h)

A adapter

- en fonction du test de Fagerstrom
- de la mesure du CO expiré

Varénicline (Champix*) et bupropion (Zyban*)
(CI chez la femme enceinte)



ETAT DES CONNAISSANCES sources CRAT

1/ Aspect malformatif

A ce jour aucun effet malformatif n'est attribué aux substituts nicotiques au 1^o 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 nicotinique en fin de grossesse quel que soit son mode d'administration (patchs, gommes, inhaleurs...).

AUTRES OUTILS

- **Reduction des risques** : (TSN + le produit tabac)
- **TCC therapies cognitivo comportementales** (colonnes de Beck, balance décisionnelle, cercle vicieux)
- **Hypnose**
- **Acupuncture, YOGA , incitation financière , activité physique**

AUTRES OUTILS

- **Coherence cardiaque** : recherche de l'harmonie entre SN sympathique et parasympathique
- Le SNS prépare l'action , libère de l'adrenaline et du cortisol
- Le SNPS prépare au repos à la réparation , libère de l'acétylcholine et de la DHEA
- SI le SNS > SNPS ⑨ déséquilibre du système nerveux autonome | indicateur est la variabilité cardiaque
- Intérêt de cette méthode = rééquilibrage du SNS et SNPS
- outil de choix dans le traitement du stress, anxiété, trouble du sommeil, depression
- On observe une diminution du tx sanguin de cortisol et une augmentation du tx de la DHEA
- Méthode = basée sur la respiration volontaire 6 resp / min sur 5 minutes 3 fois / jour (voir appli sur smartphone *Respirelax**) on parle de crise de calme

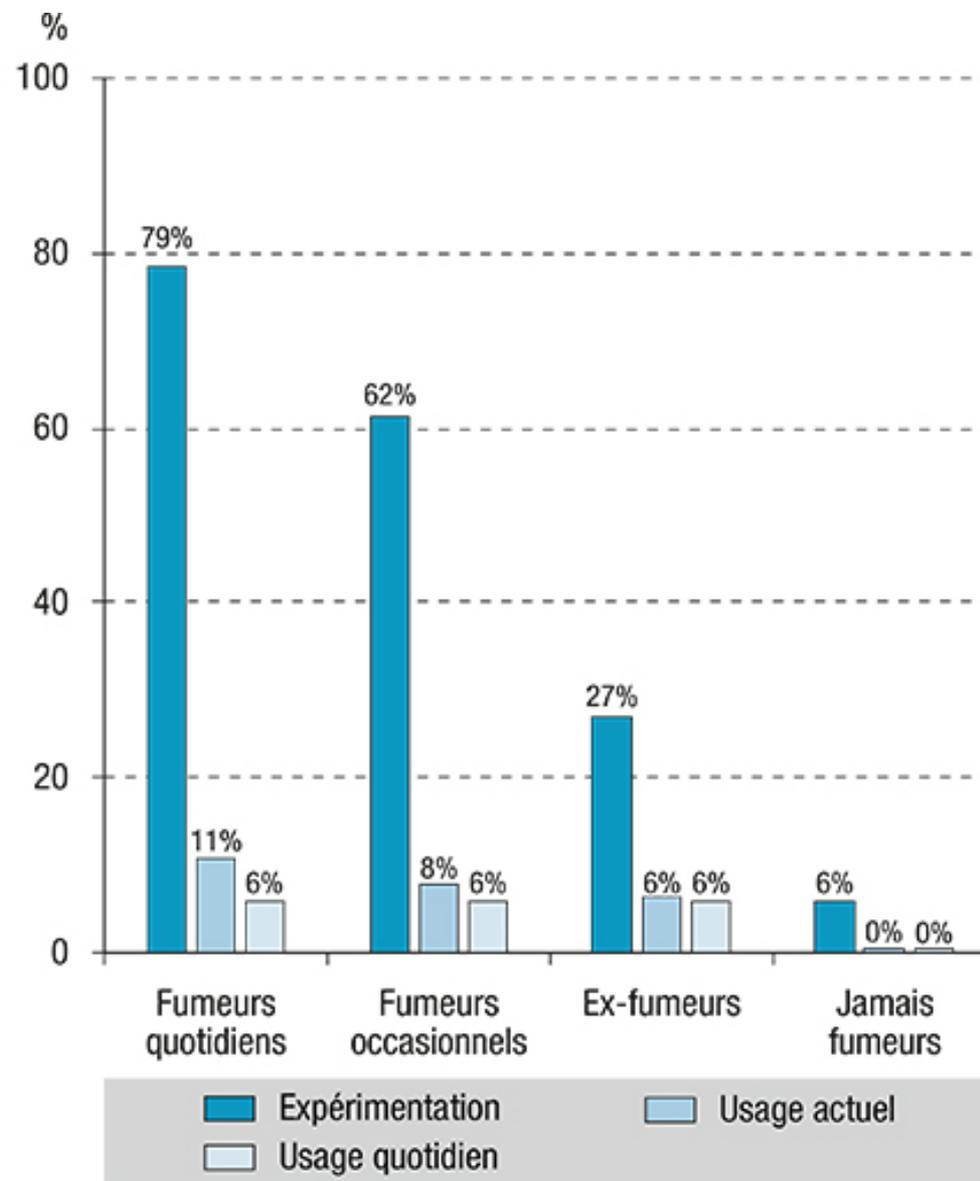
ALLAITEMENT

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

E-CIGARETTE



Source : Baromètre de Santé publique France 2018, Santé publique France.

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...).

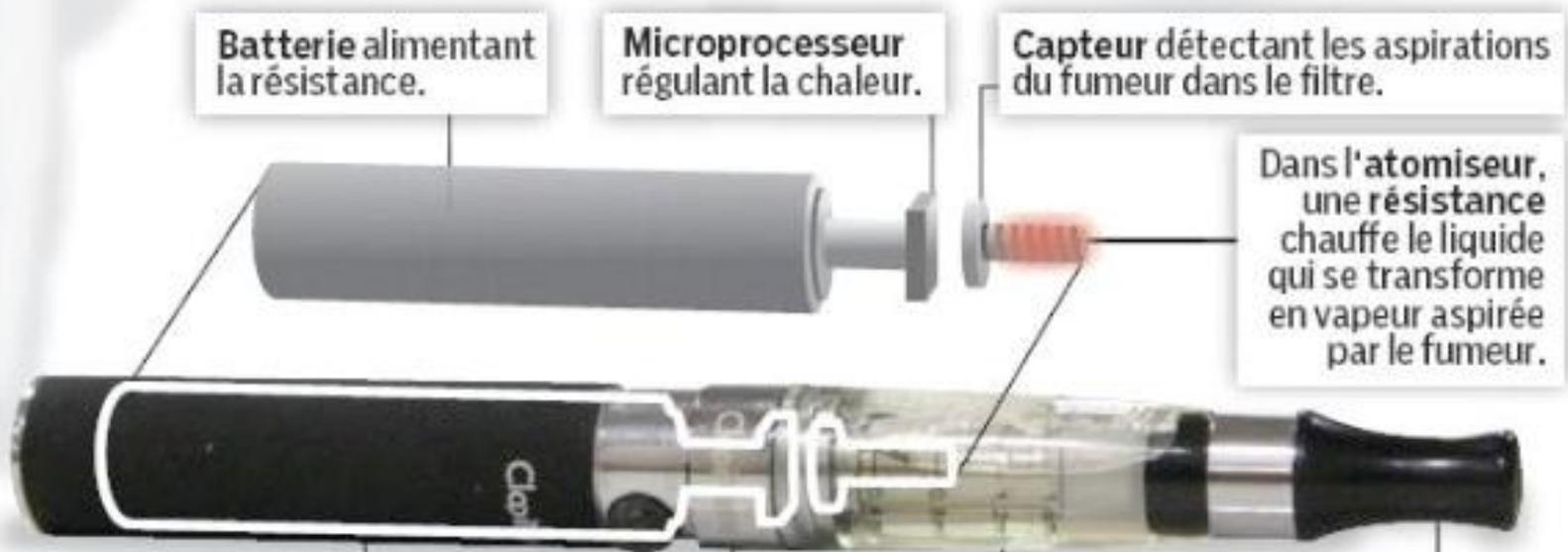
Le fonctionnement

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

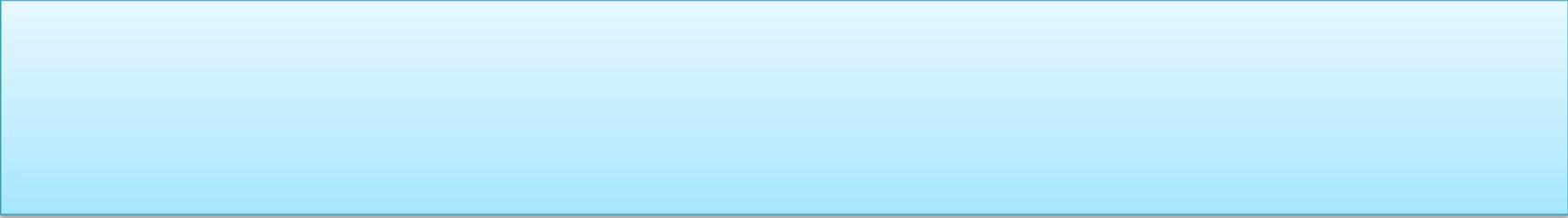
Batterie rechargeable sur le secteur ou sur un ordinateur, avec une prise USB.

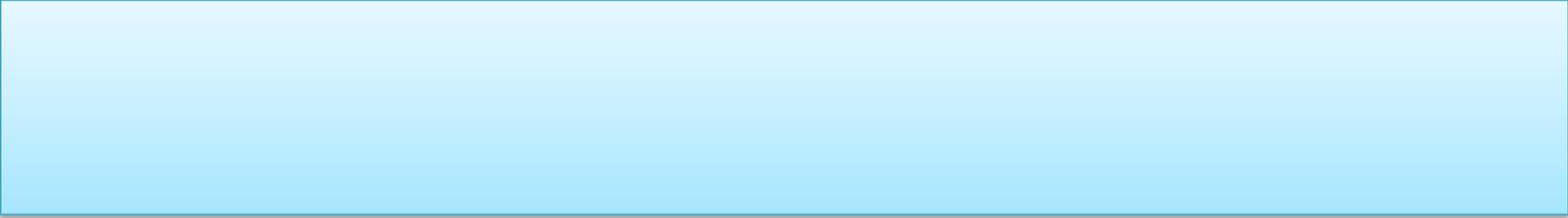
Atomiseur où se fait l'évaporation du mélange.

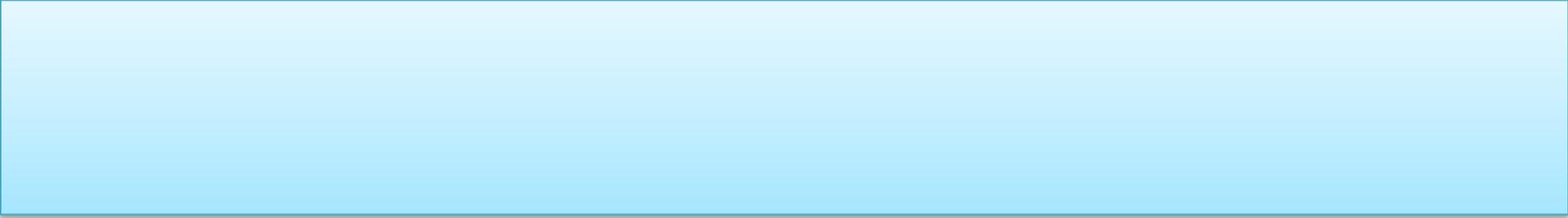
Réservoir contenant ou non de la nicotine qui peut être dosée à 19 mg/ml (l'équivalent d'un paquet de cigarettes) ou à 16 ou 11 mg/ml.

Embout par lequel l'utilisateur aspire la fumée.

LP/Infographie

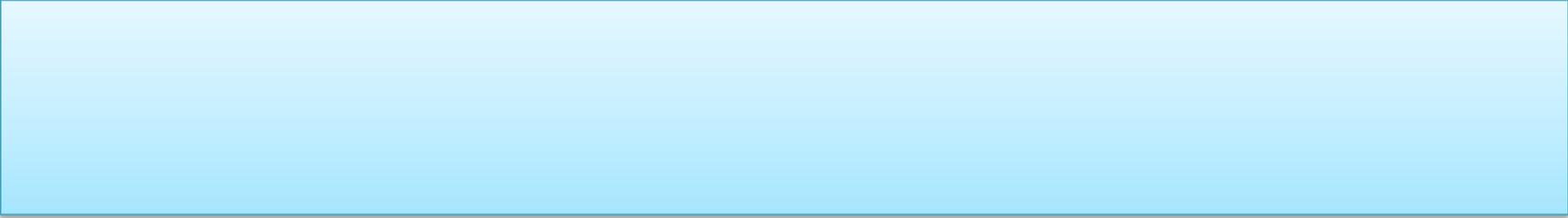
- 
- E-cigarette produit contenant le plus souvent de la nicotine
 - Ce n'est ni un produit du tabac ni un médicament ni un dispositif médical
 - La e-cigarette a un potentiel addictif et irritant il persiste des inconnues sur ses autres effets

- 
- 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



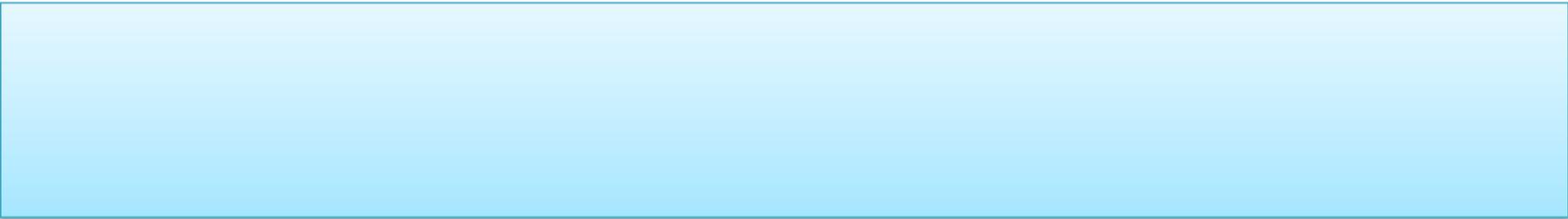
Le contenu déclaré :

- 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**)

Avis de HCSP 2016 :

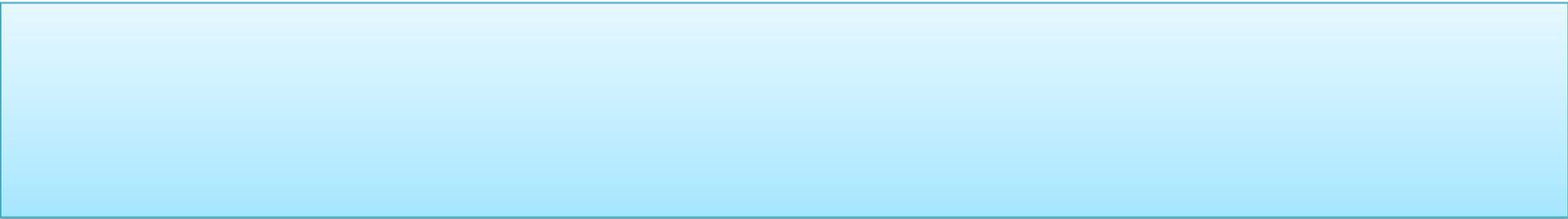
La cigarette électronique peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac

Mais c'est aussi une porte d'entrée aisée dans le tabagisme banalisant celui ci

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 cancérogènes donc...

- 
- La FUMÉE du tabac est l'ennemie
 - Devant l'échec des autres méthodes
 - Le vapotage reste une variable d'ajustement pas une solution
 - Il est recommandé de déconseiller l'initiation de vapotage
 - Chez les utilisatrices de produits de vapotage, il est recommandé de dispenser les mêmes conseils de sevrage que pour le tabagisme
 - Des études robustes doivent être menées
 - Le statut de la e-cigarette doit être clarifié
 - Il est nécessaire d'engager une réflexion sur une e-cig médicalisée

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



ORDONNANCE TYPE

1/ Patches transdermiques à la nicotine

Mettre 1 patch par jour x mg/ 16 ou 24 heures

Le nombre de mg est défini par le nombre de cigarettes fumées avant la substitution : 1 cigarette correspondant à 1 mg

Le patch est à changer de zone d'application tous les jours

Pouvant être associé à :

2/ Pastilles de nicotine

Prendre 1 pastille en cas d'envie de fumer

Max 12/ jour

Ou

3/ Gommes de nicotine

Mastiquer 3-4 fois par minute pendant 20-30 minutes

QSP 1 mois