

Sevrage tabagique et grossesse: aspect clinique et pratique

Dr A Tremey

CHU Clermont Ferrand

DIU Tabacologie

Généralités



- Grossesse: une étape de bouleversement où les femmes ont besoin de soutien sans exagérer la vulnérabilité; une option de « renouvellement » un moment pour inciter les femmes à arrêter de fumer mais ce n'est pas forcément une recette miracle de sortie de la dépendance
- Tabagisme chez la femme enceinte: **un enjeu majeur de santé publique** car:
 - **Toutes les femmes enceintes fumeuses n'arrêtent pas leur tabagisme**
 - (prévalence 20-24% 1^{er} trimestre, 14 à 20% au deuxième trimestre; grande disparité inter- régionale)
 - **Sévérité des conséquences:** tabac: un des facteurs majeurs de la morbidité maternofoetale anténatale modifiable, 10 % décès
 - **Difficulté du sevrage au long terme:** rechute après accouchement dans **50%** des cas: jusqu'à 82% de rechute à 1 an
 - Les principaux facteurs associés au maintien de l'abstinence en post-partum sont **l'allaitement, le fait de ne pas avoir de fumeur à la maison et l'absence de symptômes de dépression du post-partum**

- Les patientes qui arrêtent le plus facilement sont les moins dépendantes à la nicotine, début plus tardif, partenaire non fumeur, niveau socio économique plus élevé
- Nous devons nous occuper de toutes les autres!
- Facteurs de persistance du tabagisme pendant la grossesse:
 - **Age jeune**
 - **Comorbidité psychiatrique**
 - **Abus de substance associé (cannabis++)**
 - **ATCD traumatiques**
 - **Précarité (pas d'activité professionnelle)**
 - **Tabagisme du conjoint**
 - **Faible niveau d'instruction**

Quelques évidences

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

Particularités du sevrage chez la femme enceinte

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



Freins dans l'accès aux soins

- Moins dans la recherche de soins:
 - Avoir accès à des structures pour garder ses enfants
 - Pendant la grossesse: peu de services spécialisés, peur du placement, peur des poursuites
 - Résistance des membre de la famille
 - Gérer sa relation avec un partenaire lui-même souffrant d'addiction
 - Plus grande exposition aux abus physiques et sexuels
 - Obstacles sociaux, pratiques et financiers
 - Comorbidité psychiatrique
 - Peu de programmes spécialisés par genre

Fonseca et al 2021

Principaux risques

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

Avant la
grossesse

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

Pendant la
grossesse

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

Après
l'accouchement

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

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

Agents responsables



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

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

2) La **NICOTINE**

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

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

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

Et la nicotine des traitements de substitution?

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

Modalités de sevrage

- Conférence de consensus de
- l'HAS (2004);

recommandations

collège de gynécologie et

SFT

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

Rapport d'experts et Recommandations

**Prise en charge du tabagisme
en cours de grossesse**
(texte court)

Elaborés par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français (CNGOF)
et la Société francophone de tabacologie (SFT),
avec le soutien financier de Santé publique France

Promoteur

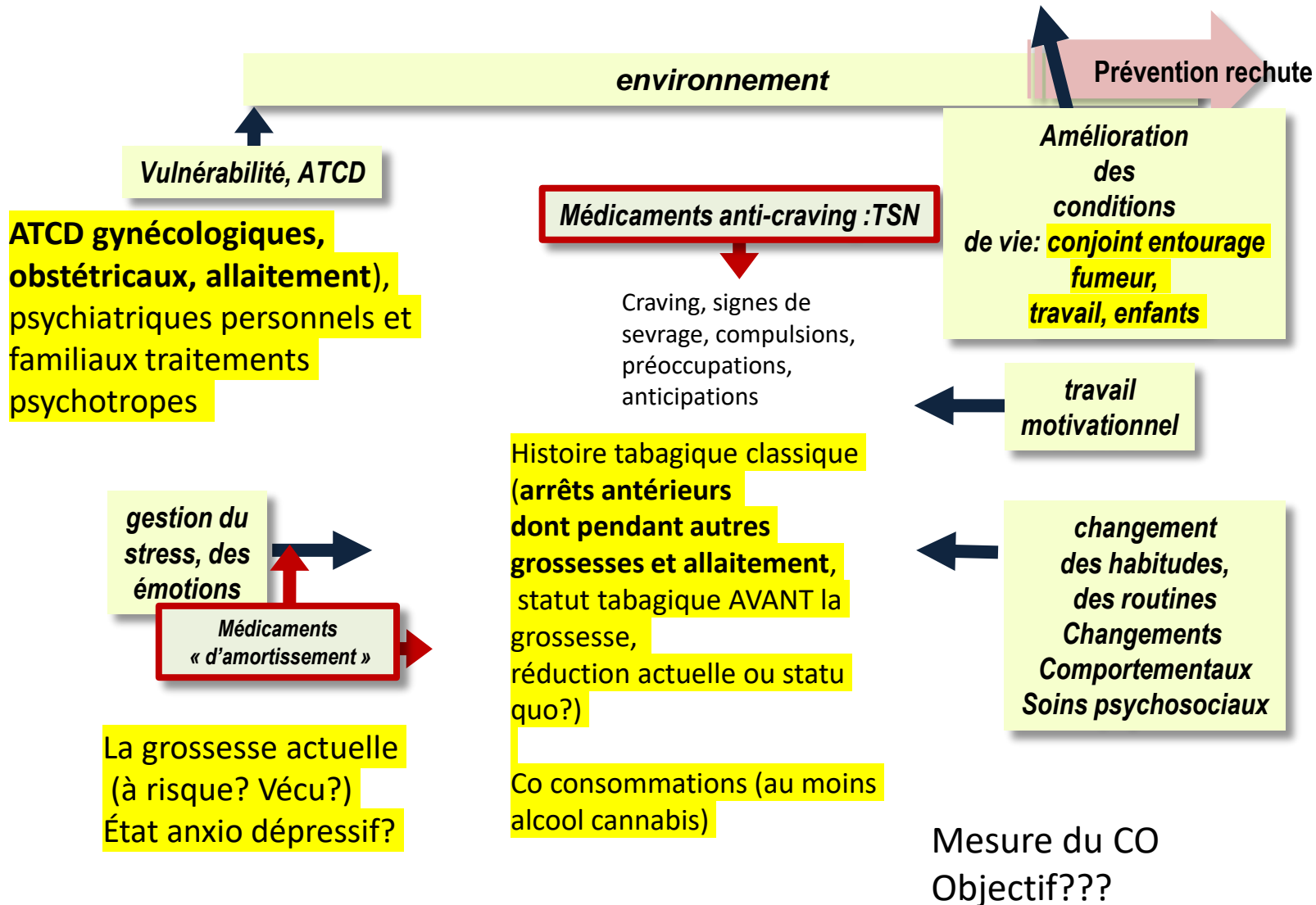
CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Arriver jusqu'à la consultation tabacologique....

- Rompre l'isolement
- Le travail avec les professionnels de la maternité
- Diffusion de l'information ,
Autoquestionnaires



Le premier entretien



Faire alliance



- Empathie et bienveillance

- Exemple :

- Comment

Déculpabiliser:

Éducation à la maladie addictive, maladie du cerveau; techniques pour mieux s'affirmer; pas de consommation en cachette

« On me dit que je descends trop fumer »

« Je suis une toxico de la clope »

« Mon entourage me dit que je fais du mal à mon bébé »

« Mon amie me dit que c'est facile d'arrêter car j'ai une bonne raison maintenant »

La prise en charge pharmacologique

- TSN probablement pas sans risque mais le risque reste négligeable versus poursuite du tabagisme
- Se référer au nombre de cigarettes consommées **avant** la grossesse
- Si utilisation de patch: utilisation sur 16h (par ex Nicorette skin 10,15,25 ou autres marques à enlever la nuit si possible) puis forme sur 24h selon niveau de tabagisme
- Expliquer l'utilisation des formes orales
- Intérêt des associations des différentes formes
- Espacer SO et tétée (même conseils avec la cigarette); **encourager l'allaitement quoi qu'il arrive**

La prise en charge psycho et/ou comportementale

- ***Valoriser la patiente TOUJOURS, Déculpabiliser TOUJOURS***
- **Empathie**
- ***Travailler la motivation: avantages/inconvénients, balance motivationnelle (aspects positifs de fumer, aspect négatifs, craintes à l'arrêt, aspects positifs attendus de l'arrêt)***
- ***Travail sur les comportements et les cognitions (agenda, apprentissage de stratégies comportementales, comportements alternatifs, restructuration cognitive, prévention de la rechute, +/- relaxation)***
- ***Travail sur les émotions (relaxation, exercices de respiration, etc...)***
- ***Méthodes d'autosupport (brochures, manuels, smartphone, internet)***
- ***+/- Consultation psychologique (TCC, Mindfulness, EMDR, etc...); sophrologie***
- ***Suivi prolongé***

Anxiété, dépression, émotions négatives, estime de soi

- Facteurs d'initiation
- Facteurs de rechute
- Savoir les reconnaître et les traiter en même temps que les troubles addictifs
- Traitements médicamenteux et psychothérapies
- travail sur la gestion des émotions, mindfulness, relaxation, sophrologie etc...



La prise en charge du conjoint

- Au mieux le rencontrer avec la patiente
- Et l'accompagner vers un changement...
- L'évoquer sur les consultations avec la patiente systématiquement
- Fonction du tabac dans le couple



En pratique

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

Persistance d'une consommation sous SN

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

En pratique

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

- Rappel téléphonique +++ des perdues de vue
 - Augmentation du dosage du patch au troisième trimestre de grossesse
 - **Réduction des risques** : préparer tabac et accouchement, conseils tabagisme et allaitement, prévention tabagisme passif du nourrisson
 - Préparer à **l'allaitement**
- Et SOUTIEN futur à l'allaitement**

CNGOF

L'allaitement maternel est un facteur associé à la réduction de la consommation tabagique et/ou au sevrage (NP2). Afin de limiter la consommation tabagique, il est recommandé de promouvoir l'allaitement maternel chez les femmes non sevrées (grade B). Il n'existe actuellement pas de données concernant l'impact de l'allaitement maternel sur les effets du tabagisme passif sur l'enfant.

E cigarette : quoi faire?

RAPPORT D'EXPERTS - PRISE EN CHARGE DU TABAGISME EN COURS DE GROSSESSE

VI. AUTRES MÉTHODES DE CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE : CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, TABAC CHAUFFÉ, CHICHA ET SNUS

- La **fumée** de tabac c'est tabou!
- Devant une patiente fumeuse le tabacologue doit d'abord:
 - Proposer les méthodes validées d'aide au sevrage
 - Répondre à ses questions concernant la e cigarette
- Proposer la e cigarette selon insistance de la patiente et échecs des autres techniques bien menées
- Soutien dans la démarche si **arrêt** avec le vapotage , cas des consommatrices mixtes
- Avec ou sans nicotine? Type de vapoteuse?
- Suivi du taux de CO

L'exposition à la nicotine persiste avec la cigarette électronique si elle en contient. Bien que le fœtus ne soit pas exposé aux toxiques combustibles de la cigarette « classique », d'autres recherches sont nécessaires sur les autres composants de la cigarette électronique, comme les arômes et le propylène glycol et/ou le glycérol, afin d'évaluer la balance bénéfices/risques. En l'état actuel des connaissances, il convient de respecter le principe de précaution. Il est recommandé de déconseiller l'initiation ou la poursuite des produits de vapotage pendant la grossesse (accord professionnel). Chez les utilisatrices de produits de vapotage, il est recommandé de dispenser les mêmes conseils de sevrage que pour le tabagisme (accord professionnel). Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée sur l'utilisation de JUUL et de tabac chauffé. En l'absence de données, il est recommandé de déconseiller l'utilisation de la JUUL et du tabac chauffé pendant la grossesse. La chicha impacte négativement la croissance fœtale. Il est donc recommandé de ne pas utiliser la chicha pendant la grossesse (grade C). L'utilisation de snus (tabac oral d'origine suédoise) doit être déconseillée pendant la grossesse.

Conclusion

- Sevrage de la femme enceinte=sevrage complexe
- Attention particulière sur l'alliance thérapeutique, le sentiment de culpabilité, la gestion des émotions négatives
- Stratégies de maintien du suivi à mettre en place après l'accouchement