

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech*

**EXTRAIT des
Mises à jour
en gynécologie médicale
Volume 2010**

Publié le 10 décembre 2010

—



*TRENTE-QUATRIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2010*

Prise en charge de l'arrêt du tabac pendant la grossesse

A. BORGNE, A. DUPONT *
(Bondy)

Résumé

Le tabagisme est un comportement entretenu et amplifié par une dépendance dont la nicotine est responsable. Malgré la connaissance des risques qu'ils prennent pour leur santé, les fumeurs éprouvent les plus grandes difficultés à s'arrêter. Le syndrome de manque nicotinique et les complications liées à l'arrêt, dépression, prise de poids, suffisent à justifier les nombreux échecs du sevrage tabagique.

Pourtant, des traitements efficaces existent et des recommandations de bonne pratique clinique ont été établies, pratique du conseil minimal, substituts nicotiniques, thérapies comportementales et cognitives, médicaments de prescription.

La mesure du score de dépendance tabagique par le test de Fagerström permet de définir la stratégie thérapeutique. La mesure du taux de monoxyde de carbone dans l'air

* Hôpital Jean Verdier - Unité d'addictologie - Avenue du 14 Juillet - 93140 - Bondy

Correspondance : anne.borgne@jvr.aphp.fr

expiré représente un élément de mesure de l'intensité du tabagisme. Le dosage de la cotinine urinaire peut être particulièrement utile pendant la grossesse.

Ces traitements seront probablement plus efficaces chez un fumeur motivé à l'arrêt. La décision d'arrêter de fumer se prend après une période de maturation pendant laquelle le rôle d'information et de conseil de l'ensemble des professionnels de santé est primordial. La femme enceinte, jeune, n'a pas forcément eu le temps de construire cette motivation. Pour certaines, l'annonce de la grossesse va permettre l'arrêt du tabac ; pour un tiers d'entre elles, et probablement parmi les plus dépendantes, l'arrêt sera beaucoup plus difficile, voire impossible à obtenir en l'absence d'une prise en charge spécifique.

Mots clés : tabagisme, sevrage, nicotine, grossesse

Déclaration publique d'intérêt

Je soussignée, Anne Borgne, déclare avoir un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté : laboratoire Pfizer.

L'augmentation régulière du nombre de femmes fumeuses depuis les années 70, et notamment des jeunes filles est inquiétante.

Il suffit d'observer la sortie des collèges et lycées pour mesurer l'importance croissante de ce comportement.

Cigarette, symbole de libération, d'affirmation de soi ? ou d'aliénation par la dépendance qu'elle entraîne extrêmement rapidement ?

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont maintenant bien connues : cancers, risques cardiovasculaires, maladies respiratoires.

Malheureusement, la femme fumeuse ajoute à ces risques communs aux deux sexes certains qui lui sont spécifiques, notamment les conséquences sur la fertilité, la grossesse et l'enfant à venir : diminution de la fécondité, grossesse extra-utérine, fausses couches, accouchement prématuré, petit poids de naissance. Le tabagisme maternel est un des facteurs favorisant la mort subite du nourrisson. 28,9 % des femmes poursuivent leur tabagisme pendant la grossesse [1]. La plupart ont une dépendance nicotinique élevée, expliquant leur

difficulté à l'arrêt. On sait aujourd'hui que la diminution du nombre de cigarettes fumées entraîne un phénomène de compensation et qu'en inhalant plus intensément, l'absorption des toxiques, dont le monoxyde de carbone, reste identique [2].

Les risques associés à l'exposition *in utero* au tabac justifient que les interventions anti-tabagiques auprès des femmes enceintes se développent. Il faut tenir compte de plusieurs caractéristiques de la grossesse pour encourager l'arrêt du tabagisme :

- la grossesse constitue un bouleversement psychologique dans lequel l'intervention encourageant l'arrêt du tabac ne doit pas induire de sentiment de culpabilité et préserve les bonnes conditions d'une relation mère-enfant,
- les femmes ont un délai court pour cesser leur pratique tabagique,
- l'intervention ne doit pas présenter de danger pour le fœtus, un toxique ne devant pas être remplacé par un autre toxique.

Une équipe de l'INSERM conduite par Kaminski a publié en 1992 le bilan des interventions menées auprès des femmes enceintes pour cesser le tabagisme. Ce travail montre que la diminution du tabagisme est plus importante chez les femmes pour lesquelles une intervention a été menée par rapport à celle appartenant au groupe témoin.

Une étude récente montre que pour un sevrage tabagique au 3^e trimestre de la grossesse, les effets sur le retard de croissance fœtale sont réduits [3]. Aux États-Unis, les effets néfastes du tabac représentent 11 % du total des dépenses médicales attribuées aux grossesses compliquées à la naissance, soit 7 milliards de dollars par an. Il a aussi été montré que le remboursement total de la substitution nicotinique chez la femme enceinte par des patchs est plus efficace que le remboursement partiel.

Un des obstacles majeurs au dialogue concernant le sevrage tabagique est la crainte de culpabiliser la femme enceinte qui, malgré un désir fort de cesser sa consommation, se retrouve en situation d'échec en raison de sa dépendance.

Une substitution nicotinique adaptée est une aide souvent indispensable chez la femme enceinte pour le sevrage tabagique. Afin d'adapter la posologie, il convient d'évaluer le taux de dépendance par le test de Fagerström et d'objectiver le niveau d'intoxication par la mesure du taux de monoxyde de carbone expiré. Le résultat obtenu instantanément à l'aide d'un CO testeur n'explore que les 12 dernières heures d'imprégnation tabagique et doit être interprété en fonction du nombre de cigarettes fumées depuis le réveil et du délai qui sépare la

mesure de la consommation de tabac [4]. Elle permet d'évaluer l'intensité de l'inhalation de la fumée, le résultat pouvant être différent pour une consommation quotidienne identique. La normale se situe entre 0 et 5 ppm. Des chiffres entre 5 et 10 sont trouvés en cas de tabagisme passif ou d'inhalation peu intense. Des résultats élevés, au-dessus de 30 ppm indiquent un tabagisme important ou une inhalation intense de la fumée, signe probable d'une dépendance nicotinique avérée. Le dosage de cotinine urinaire ou salivaire évalue l'imprégnation nicotinique des 24 à 48 dernières heures [5]. Il n'est cependant pas réalisé de manière courante, et n'étant pas coté à la nomenclature des actes biologiques, son coût reste à la charge des patients.

Les traitements substitutifs nicotiques sont autorisés chez la femme enceinte depuis octobre 97, qu'il s'agisse des timbres transdermiques à la nicotine ou des gommes à mâcher.

La nicotine est responsable de la dépendance au tabac. Elle donne du plaisir, de la détente, elle a un effet anxiolytique, psycho-stimulant et anorexigène. En cas de dépendance, l'arrêt de l'apport de nicotine produit une sensation de manque, de besoin et constitue la principale cause des échecs à court terme du sevrage. La nicotine étant un anxiolytique puissant, le sevrage tabagique est vécu comme une période stressante par la patiente [6]. Or l'environnement culturel des femmes enceintes est aujourd'hui à plus de tranquillité et de communication sereine avec son fœtus *in utero*. Le stress lié au sevrage tabagique est donc associé à tort ou à raison comme ayant un effet délétère sur le fœtus et la grossesse, justifiant pour de nombreux médecins et patientes la persistance de l'intoxication tabagique en cours de grossesse [7].

La contre-indication à la nicotine était illogique jusqu'en 1997 ; en effet, si l'arrêt du tabac était impossible du fait d'une dépendance trop forte, les apports nicotiques persistent de façon importante associée à l'inhalation de monoxyde de carbone et aux substances cancérigènes. Le traitement substitutif nicotinique permet, quoi qu'il en soit, de réduire la toxicité liée au tabac. Le dosage des métabolites de la nicotine comme la cotinine urinaire permet de connaître les quantités réellement absorbées par la future maman et de fixer ainsi les dosages de traitement nicotinique à prescrire pour optimiser le sevrage [8]. Les doses de nicotine sont alors réduites progressivement en 2 à 3 mois et on peut espérer que la désaccoutumance à la nicotine ainsi obtenue permettra de diminuer les reprises du tabagisme après l'accouchement. Le traitement de substitution nicotinique proposé doit préférer des formes à apport séquentiel, gommes, comprimés sub-linguaux, ou les

timbres que l'on retirera la nuit, évitant ainsi une possible accumulation de la nicotine dans le liquide amniotique [9].

Les œstrogènes ont un effet IMAO qui pourrait être bénéfique au sevrage. Cela pourrait permettre de mieux comprendre la reprise du tabac dans le post-partum puisque celui-ci s'associe à une chute vertigineuse du taux d'œstrogène.

Il faut déculpabiliser et informer ces femmes non seulement sur les méfaits du tabac (qu'elles connaissent souvent déjà) mais aussi sur l'existence d'une dépendance dont elles sont victimes et sur les possibilités d'aide à l'arrêt.

Bien qu'aucun risque fœtal n'ait été démontré chez l'animal, l'absence d'études menées sur la femme enceinte ne permet pas d'utiliser le bupropion ni la varenicline pendant la grossesse [10].

Parallèlement, conseils, aide et soutien psychologique sont indispensables.

Dans certaines maternités fonctionnent des groupes d'aide à l'arrêt, gérés par une sage-femme formée en tabacologie, basés sur l'analyse des dépendances, leur traitement et la dynamique de groupe de femmes enceintes déculpabilisées et sorties de leur isolement.

L'implication du père est importante pour soutenir la mère et éviter l'exposition au tabagisme passif de l'enfant.

Bien sûr, pour ne pas avoir à subir un sevrage pendant sa grossesse, l'idéal est d'arrêter avant, ou encore mieux, de ne pas commencer.

Malheureusement, le constat est négatif : aujourd'hui, plus de 50 % des jeunes filles fument. Ce sont les femmes enceintes de demain.

Bibliographie

- [1] Collet M, Beillard C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de RCIU ou de mort fœtale *in utero*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34 (Hors série n° 1).
- [2] Le Houezec J. Pourquoi devient-on dépendant du tabac ? La Revue du Praticien - Médecine générale 2003;17(635):1675-1678.
- [3] England LJ, Kendrick JS, Wilson HG *et al*. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. Am J Epidemiol 2001;154:694-701.
- [4] SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. Nicotine Tob Res 2002 May; 4(2):149-59.
- [5] Heilbronner C, Berlin I. Nicotine replacement therapies during pregnancy: what do we know about the balance between benefits and risks? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34(7 Pt 1):679-86.
- [6] Grange G, Vayssiere C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier JP, Valensi P *et al*. Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006 Mar 1;125(1):38-43. Epub 2005 Aug 10.
- [7] Grangé G, Borgne A, Ouazana A *et al*. Risk perception related to smoking among pregnant women. Alcoolologie et Addictologie 2006;28(Sp. issue):22S-26S.
- [8] Gomez C, Marquis P. How should markers of smoking be used during pregnancy? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005 Apr;34 Spec No 1:3S171-81.
- [9] Benowitz NL, Dempsey DA. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. Nicotine Tob Res 2004;6(2):S189-S202.
- [10] Cole JA, Modell JG, Haight BR, Cosmatos IS, Stoler JM, Walker AM. Bupropion in pregnancy and the prevalence of congenital malformation Pharmacoepidemiol Drug Saf 2007 May;16(5):474-84.