

Les effets du tabagisme, bien connus mais souvent sous-estimés

Leila LAOUAR

Service de Pneumo-phtisiologie
CHU Mustapha. Alger - Faculté de Médecine Alger. Algérie



Sommaire

Le tabagisme est un fléau mondial, responsable d'une lourde morbi-mortalité, ce phénomène touche tous les continents, hommes et femmes. Il est toujours d'actualité, et à ce jour, il n'est plus à démontrer son implication dans la survenue de nombreuses pathologies.

La fumée du tabac qui comporte de nombreux agents toxiques est responsable de nombreuses pathologies, touchant, bronches, parenchyme pulmonaire et une multitude d'autres organes. Elle est responsable de maladies chroniques avec une mortalité et une espérance de vie moindre et une consommation plus sérieuse de médicaments et un cout pour la société très important.

Cet article a pour but, d'énumérer et de décrire de façon plus succincte les effets néfastes de la fumée du tabac sur notre organisme.

Mots clés : Tabac, fumée, cigarette, Cancer, pathologie respiratoire chronique, BPCO, pathologie cardiovasculaire.

Summary

Smoking is a global plague, responsible for heavy morbidity and mortality, this phenomenon affects all continents, men and women. It is still relevant today, and to this day, its involvement in the occurrence of many pathologies has not been demonstrated.

Tobacco smoke, which contains many toxic agents, is responsible for many pathologies, affecting the bronchial tubes, lung parenchyma and a multitude of other organs. It is responsible for chronic diseases with lower mortality and life expectancy and more serious drug use and a very high cost for society.

The purpose of this article is to list and describe more succinctly the harmful effects of tobacco smoke on our body.

Keywords: Tobacco, smoke, cigarette, Cancer, chronic respiratory pathology, COPD, cardiovascular pathology.

Keywords : Tobacco, cigarette, Cancer, chronic respiratory pathology, COPD, cardiovascular pathology.

Introduction

L'épidémie de tabagisme est l'une des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale, elle est fréquente dans les pays développés, et particulièrement en nette progression dans les pays en développement. Le tabagisme est sans équivalent la première cause de décès évitable, on lui attribue un cancer sur trois. Toutes les 6 secondes, une personne meurt d'une maladie liée au tabac, et une cigarette équivaut à environ 6 minutes de vie en moins. Au total, il est responsable de 8 millions de morts chaque année dans le monde. Parmi eux, plus de 7 millions sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et environ 1,2 million des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée.

Les données de la bibliographie, retrouvent une fréquence généralement plus supérieure du tabagisme chez l'homme. En effet, certains facteurs sociologiques impliquent que le tabagisme actif continue d'être plus répandu chez les individus de sexe masculin (10% en 2015). [1]

Le tabagisme est une toxicomanie réelle, et comme tout comportement addictif, il est l'indicateur d'une souffrance multiforme, corporelle et/ou psychologique et/ou sociale. Ce comportement est particulièrement présent chez des patients atteints de maladies psychiatriques, en effet, près de 44% des cigarettes dans le monde sont consommées par des personnes atteintes de maladie mentale.

La dangerosité de la consommation du tabac est causée par les carcinogènes et le monoxyde de carbone présents dans la fumée,

Tableau n°1. Composition de la fumée de tabac et effets.

Substances	Effets
Nicotine	Responsable de la dépendance pharmacologique .
Monoxyde de carbone (CO)	Se fixe sur hémoglobine, myoglobine musculaire (y compris myocardique). Facteur de toxicité cardio-vasculaire . Diminution de la prise de dioxygène dans le sang
Irritants : • Acroléine. • Aldéhydes...	Bronchites et infections respiratoires
Goudrons : cancérigènes	Obstruction des voies respiratoires, Cancers

et non par la nicotine seule, cette dernière étant exclusivement responsable de la dépendance. (Tableau n°1)

Les coûts économiques du tabagisme sont considérables : il s'agit à la fois des coûts substantiels qu'entraîne le traitement des maladies causées par le tabagisme et du capital humain perdu à cause de la morbidité et de la mortalité imputables au tabac.

Une étude ayant concerné 152 pays et coordonnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a révélé que sur l'année 2012, le tabac avait accaparé 6% des dépenses de santé mondiales, et prélève l'équivalent de 2% du PIB de la planète.

Au total, ce sont près de 1.436 milliards de dollars qui y sont consacrés, ce qui est énorme. 40% de cette sacrée somme a été à la charge des pays en développement.

Les preuves d'une relation de cause à effet entre le tabagisme et certaines maladies sont accablantes et irréfutables. Elles reposent sur environ 80 000 publications résultants d'études de toutes sortes menées dans de nombreux pays. Nous citons les principales pathologies induites par la fumée du tabac.

Les conséquences néfastes du tabagisme

1. Tabac et Affections respiratoires :

L'appareil respiratoire est la cible directe et privilégiée des effets nocifs de la fumée de tabac. Le tabagisme qu'il soit actif ou passif est responsable du développement de symptômes respiratoires et de maladies chroniques telles que le la BPCO et l'asthme chez l'enfant.

On cite, parmi ces affections respiratoires :

- **La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)**

La BPCO est une maladie chronique et non réversible qui touche les bronches et ou les alvéoles, elle est caractérisée par des symptômes respiratoires persistants et une gêne à l'écoulement de l'air, conséquence à une exposition significative à des particules ou gaz. Elle est directement liée à la consommation du tabac, et est secondaire à un remodelage bronchique induit par la fumée de tabac (mais également à des proportions moindres à la biomasse, et à d'autres aerocontaminants), une hypersécrétion bronchique chronique et d'une réduction du calibre bronchique

qui est à l'origine de la limitation des débits expiratoires.

Cette pathologie est fréquente mais demeure sous diagnostiquée, sa prévalence varie de 4 à 10% selon les pays, plus importante en Afrique du Sud et aux Philippines, elle est de 15% chez les fumeurs actifs, 11% chez les ex-fumeurs, et à 4% chez les non-fumeurs. [2]

La prévalence de la BPCO est de 4,9% à Alger, elle dépend du statut tabagique : 31,5% chez les fumeurs, 14,6% chez les ex-fumeurs, et 2,5% pour les non-fumeurs. [3]

Dans la majorité des pays, la prévalence est plus importante chez les hommes en comparaison aux femmes.

Elle est un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, sa prévalence est en augmentation croissante en raison de la consommation tabagique et de l'allongement de l'espérance de vie, elle a un impact négatif sur la qualité de vie, responsable d'Handicap respiratoire, et d'une augmentation des dépenses de santé.

• **L'Asthme**

La fumée de tabac est considérée comme un facteur de risque de l'asthme notamment chez l'enfant exposé au tabagisme passif d'origine parentale et surtout maternel, néanmoins il est à préciser qu'il n'est pas le seul facteur étiologique, puisque d'autres expositions environnementales peuvent entrer en cause, et majorant le risque en cas de co-exposition avec le tabac.

Qu'il soit passif ou actif, le tabagisme est considéré comme un facteur intervenant négativement sur le contrôle de l'asthme, avec : une moins bonne réponse thérapeutique, d'un déclin plus rapide de la fonction respiratoire

avec un risque de décès par exacerbation sévère plus important, par rapport aux sujets non-fumeurs [4], et une résistance au traitement corticoïde, inhalé ou oral, retrouvée chez les adultes fumeurs [5].

Les mécanismes impliqués dans cet effet du tabac sont : la diminution de l'activité et de l'expression des d-acétylases des histones, qui sont des enzymes nucléaires essentielles à l'action des corticoïdes, une augmentation de l'inflammation générée par le stress oxydant, et enfin, une diminution de l'affinité, du nombre et de la translocation nucléaire des récepteurs des corticoïdes. [6]

Egalement, le tabac est incriminé comme facteurs étiologique dans les exacerbations d'asthme notamment chez les enfants de parents fumeurs. [7] [8]

• **Les Pneumopathies Infiltrantes Diffuses (PID)**

Certaines PID ont un lien fort avec le tabagisme actif notamment :

- l'Histiocytose langerhansienne, une pneumopathie infiltrante rare, de cause inconnue. Elle est caractérisée par une accumulation anormale dans le parenchyme pulmonaire, de cellules de Langerhans, de lymphocytes et d'éosinophiles. La prévalence du tabagisme rapportée dans les études est de 95 % à 100 % [9], cependant son mécanisme d'action reste discuté.

- également, nous citons : la Bronchiolite respiratoire associée ou non à une pneumopathie interstitielle, la Pneumopathie interstitielle desquamative, la Fibrose pulmonaire idiopathique, la Pneumopathie interstitielle associée à une polyarthrite rhumatoïde, l'asbestose et l'Hémorragie alvéolaire.

À l'heure actuelle, les recherches n'ont pas permis d'expliquer clairement l'action de la fumée de tabac sur la survenue de ces pneumopathies infiltrantes. Egalement, il a été établi que le sevrage tabagique ne permettrait pas la résolution des lésions au cours de la plus part de ces PID, cependant, il est toujours recommandé.

• **Le Pneumothorax Spontané**

Le pneumothorax est dû, dans la majorité des cas, à la rupture d'une bulle ou d'une "bleb" (petite collection aérienne entièrement close dans le tissu conjonctif de la plèvre viscérale), le plus souvent apicale. L'inflammation des bronchioles distales induite par la fumée de tabac favoriserait la distension des "blebs" et leur rupture dans la plèvre. Le tabac en est un facteur de risque capital [10], une relation entre le risque et la dose cumulée de tabac a été observée.

L'arrêt du tabac chez un sujet ayant fait un pneumothorax réduit le risque de récurrence.

2. Infections respiratoires

Il est bien démontré que le tabagisme actif augmente le risque d'infections respiratoires (ORL et broncho-pulmonaires). Chez l'adulte, les pneumonies communautaires à pneumocoque, conséquences de l'altération des mécanismes de défense immunitaire [11] [12], la légionellose, et l'infection par chlamydia, sont particulièrement plus fréquentes chez le fumeur.

Certaines études ont également observées une association fréquente entre le tabagisme et la tuberculose pulmonaire bacillifère. [13]

Chez l'enfant, il existe un lien entre le tabagisme parental et les maladies respiratoires (infections saisonnières, otites), et

l'hospitalisation pour infection respiratoire basse. Le risque augmente avec le nombre de personnes fumeuses et la quantité de tabac fumée à la maison. Le lien entre le tabagisme parental et l'incidence des bronchites ou pneumonies est plus marqué dans la première année.

Lorsqu'il est passif et notamment chez les enfants, le tabagisme altère les différents mécanismes de défense respiratoire non spécifiques et spécifiques. Il résulte de ces agressions une fragilisation de l'arbre respiratoire avec augmentation de la fréquence des infections respiratoires hautes et basses. La fréquence de survenue d'otites moyennes aiguës est augmentée avec une relation dose-effet ^[14]. Le temps de guérison de ces affections ORL est allongé par rapport à celui d'enfants non exposés au tabagisme passif ^[15] et l'indication d'adénoïdectomie est multipliée par quatre ^[16]. L'altération des moyens de défense respiratoire, qui favorise les infections respiratoires, est un facteur d'aggravation, voire de survenue de la BPCO. ^[17]

3. Tabac et Cancers

Le mode d'action du tabac qui agit directement, ou comme cofacteur avec d'autres contaminants (silice, amiante,...) dont les effets sont potentialisés, n'est pas entièrement élucidé, et les mécanismes incriminés sont complexes ;

- facteurs cellulaires, par altération du matériel génétique des cellules épithéliales bronchiques. La fumée de cigarette recèle jusqu'à 4000 composés chimiques particulièrement toxiques, dont au moins 50 sont cancérigènes, leurs effets s'exercent en altérant la structure de l'ADN des cellules. Certaines altérations sont réparées par la

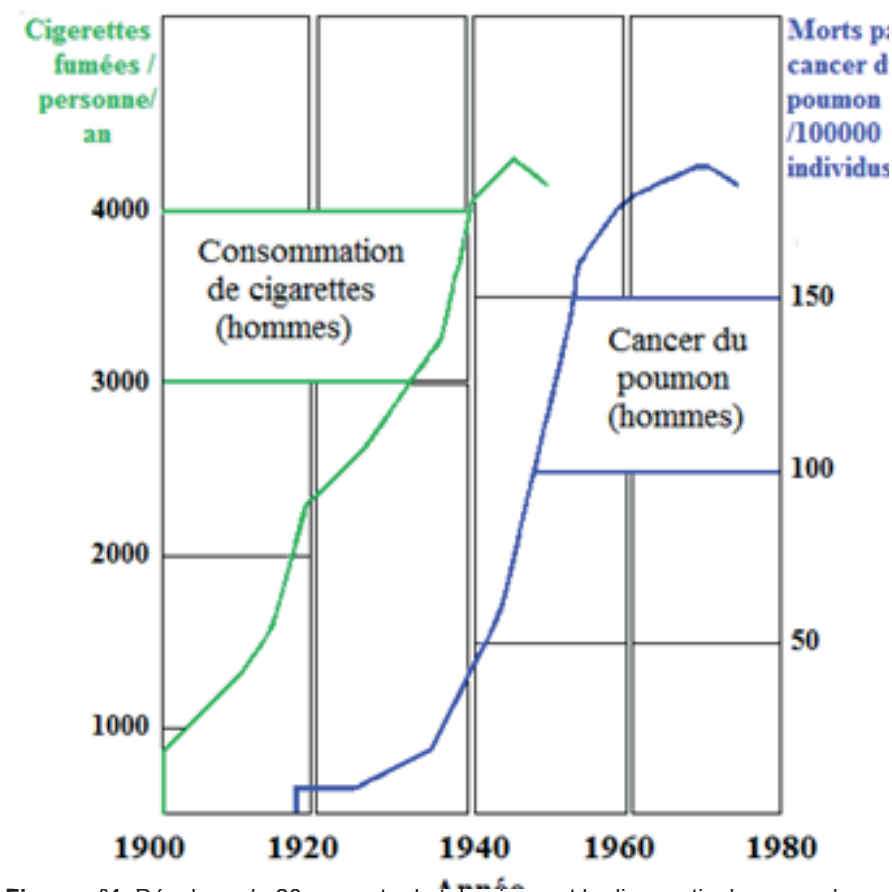


Figure n°1. Décalage de 20 ans entre le tabagisme et le diagnostic du cancer bronchique.

cellule elle-même, mais à force d'être exposées à ces toxiques, ces anomalies deviennent des mutations irréversibles donnant naissance à des cellules cancéreuses.

- facteurs tissulaires par modifications histologiques de la muqueuse bronchique.
- facteurs génétiques : plusieurs études ont avancé l'hypothèse d'une inégalité de l'équipement enzymatique définissant ainsi des populations à risques différents ; certains sujets posséderaient des enzymes capables de dégrader les agents cancérigènes.

Le tabagisme est responsable de plusieurs cancers dont principalement les cancers broncho-pulmonaires, ORL, mais aussi les tumeurs de la vessie et des voies urinaires et du pancréas.

. Cancer bronchopulmonaire

Le tabac est de loin le facteur étiologique principal du cancer bronchique primitif, le lien entre l'usage du tabac et le cancer du poumon a été établi il y a cinquante ans grâce à l'étude réalisée par Doll et Hill auprès de médecins britanniques ^[18]. Plus de 9 cancers broncho-pulmonaires sur 10 sont directement liés au tabac. Il intéresse plus essentiellement certaines variétés histologiques dont le carcinome épidermoïde, l'adénocarcinome, et le carcinome à petites cellules.

Le risque de cancer broncho-pulmonaire et sa mortalité augmentent avec la durée (Figure n°1), la quantité de consommation de cigarettes et le degré d'inhalation, ce risque est d'autant plus élevé que l'on commence à fumer jeune ; il diminue pour les

sujets ayant arrêté de fumer, et ce d'autant plus que l'arrêt est ancien, d'ailleurs, l'espérance de vie devient presque identique à celle du non-fumeur 10 à 15 ans après l'arrêt du tabac.

Le cancer du poumon n'est pas que la conséquence du tabagisme actif, en effet, de nombreuses études ont établi que le tabagisme passif entraînait un excès de risque de survenue de cancer du poumon chez les non-fumeurs, et aussi chez les fumeurs. En 1986, les rapports du Surgeon General et de l'Académie Nationale des Sciences des États-Unis d'Amérique concluaient que l'exposition passive à la fumée du tabac est une cause de cancer du poumon. [19]

. D'autres cancers sont également causés par le tabac

- Tout d'abord, les cancers des sphères ORL et aérodigestive. Le risque relatif de cancer du larynx associé au tabagisme est de 10, il est compris entre 4 et 5 de pour les cancers de la cavité buccale et du pharynx, et varie entre 2 et 5 pour l'œsophage [20];

- puis la vessie avec un risque multiplié par 2, et le rein. Le tabac était clairement impliqué dans la survenue du carcinome rénal [21], le risque relatif de cancer du rein chez un fumeur par rapport à une personne n'ayant jamais fumé est de 1,38 ;

- le pancréas avec un risque multiplié par 2 à 4. Également, le col utérin, de l'estomac, du foie, la leucémie myéloïde aiguë et le sein.

Le tabagisme est associé à une incidence accrue de métastases pulmonaires des cancers du sein. Il a été rapporté : un taux

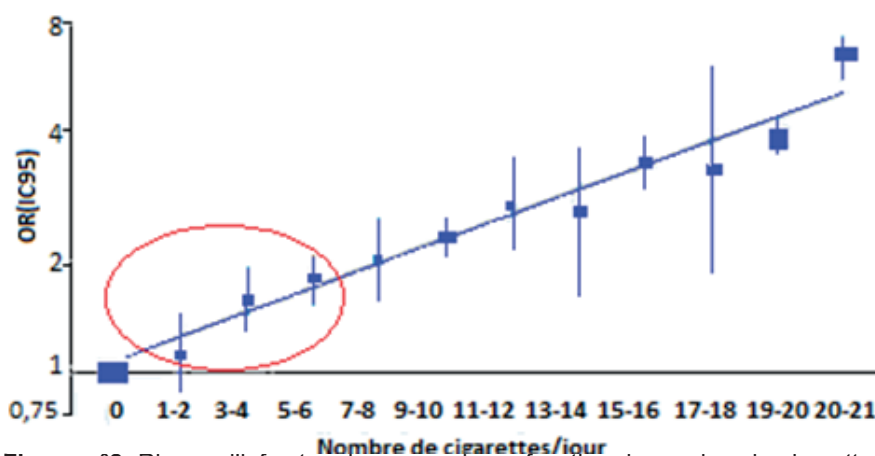


Figure n°2. Risque d'infarctus du myocarde en fonction du nombre de cigarettes par jour, d'après Teo et al. [23]

de métastases pulmonaires de 8,7 % chez les non-fumeuses et de 14,3 % chez les fumeuses, et un risque qui semble être proportionnel à l'intensité du tabagisme. [22]

4. Tabac et Maladies Cardiovasculaires : «Un rôle important et sous-estimé en pathologie cardiovasculaire»

Les facteurs de risque cardiovasculaires sont universels : habitudes alimentaires, obésité, sédentarité, rapport tour de taille / tour de hanche, diabète, tabagisme, alcool, hypertension artérielle, taux d'apolipoprotéines (Apo) et les facteurs psychosociaux.

La fumée de tabac contient des particules inflammatoires et irritantes (benzènes divers, dérivés d'hydrocarbures,...) en atteignant le sang, ces particules créent un état inflammatoire chronique au niveau des parois des vaisseaux sanguins, ce qui les fragilise, et favorise ainsi la création des micro brèches par lesquelles s'engouffrent le cholestérol. Ceci a pour conséquences, le développement des maladies thromboemboliques.

Le tabagisme est un facteur de risque cardiovasculaire majeur. Plus d'un décès cardiovasculaire

sur dix dans le monde peut être attribué au tabagisme, ce qui représente la plus importante cause de mortalité cardiovasculaire évitable. Il est le facteur essentiel et souvent isolé des accidents coronaires aigus des sujets jeunes.

Téo et al, ont mis en évidence l'association entre tabagisme et augmentation du risque d'infarctus du myocarde, dans toutes les régions du monde. Le risque est plus important chez les jeunes, à la fois chez les femmes et chez les hommes ; il est lié au nombre total de cigarettes fumées et existe même pour une consommation de moins de 5 cigarettes par jour. Les ex-fumeurs ont un risque d'infarctus du myocarde plus important que les non-fumeurs, risque qui diminue avec la durée du temps d'arrêt. Les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour ont un risque encore augmenté même après 20 ans d'arrêt. Aussi, la consommation de quelques cigarettes par jour (cercle rouge sur la figure ci dessous) augmente significativement le risque d'infarctus du myocarde [23] (Figure n°2).

Dans l'étude INTERHEART, il a été retrouvé que le rapport Apo B / Apo A1 anormal et le taba-

gisme seraient responsables à eux deux seuls des deux tiers des IDM dans le monde. Selon l'étude, 90% des infarctus du myocarde (IDM) sont prévisibles, les mesures de prévention sont donc simples et universels : arrêt du tabagisme, modification des habitudes alimentaires, et l'exercice physique régulier sont primordiales. [24] (Tableau n°2).

5. Tabac et Fertilité

L'inhalation de la fumée de tabac paraît altérer la fertilité dans les deux sexes, Il a été observé une stérilité dans les deux sexes plus importante. Elle est estimée à des taux de 15 à 20% dans les pays développés. [25]

- Chez l'homme : Une diminution des capacités sexuelles et de la fertilité ; la spermatogénèse est diminuée, une impuissance deux fois plus importante et un risque multiplié par 27 chez les hypertendus qui sont également fumeurs. Des troubles érectiles chez les fumeurs plus fréquents. Il existe un lien statistique entre impuissance d'origine vasculaire et tabagisme (80% des hommes impuissants sont fumeurs).

- Chez la femme : Il existe une diminution de la fertilité, un allongement du délai pour le début d'une grossesse à l'arrêt des contraceptifs.

6. Tabac et Peau : souplesse et coloration.

La fonction ventilatoire est fortement diminuée par le tabagisme, cela a pour conséquence une réduction de l'oxygénation de la peau, avec pour effet une altération de l'épiderme avec des rides et ridules apparaissant de manière précoce, plus creuses, un teint terne, des doigts jaunis.

7. Tabac et Hormones

Les femmes fumeuses développent une ménopause plus

Tableau n°2. Etude INTERHEART. Risque d'IDM dans toute la population. La relation avec le tabac est forte et graduée, la consommation de 40 cigarettes par jour fait passer l'odd-ratio à 9 (IC 99 % : 6-13,5).

	Odd-ratio ajusté pour l'âge, le sexe et le tabac OR (IC 99 %)	Risque attribuable par population RAP (IC 99 %)
Fumeur actuel	2,95 (2,72-3,20)	
Fumeur actuel et ancien	2,27 (2,11-2,44)	36,4 % (33,9-39,0)
Diabète	3,08 (2,77-3,42)	12,3 % (11,2-13,5)
HTA	2,48 (2,30-2,68)	23,4 % (21,7-25,1)
Obésité abdominale	2,24 (2,06-2,45)	33,7 % (30,2-37,4)
Facteurs psychosociaux	2,51 (2,15-2,93)	28,8 % (22,6-35,8)
Fruits et légumes	0,70 (0,64-0,77)	12,9 % (10,0-16,6)
Exercice physique	0,72 (0,65-0,79)	25,5 % (20,1-31,8)
Consommation d'alcool	0,79 (0,73-0,86)	13,9 % (9,3-20,2)
ApoB/ApoA1	3,87 (3,39-4,42)	54,1 % (49,6-58,6)
Tous les risques combinés	129,2 (90-185)	90,4 % (88,1-92,4)

précoce d'environ de 2 ans [26], ce qui a pour effet, des os plus fragiles, une ostéoporose, un risque plus important de fractures ; et un risque plus précoce de pathologies cardiovasculaires. Le risque d'AVC chez la femme jeune est augmenté par le tabac et par la prise d'oestrogénostatifs. La prise concomitante des deux, multiplie le risque d'AVC, et augmente le risque de thrombophlébite.

Egalement et toujours chez la femme, le tabagisme bouleverse l'équilibre hormonal, ce qui entraîne une nouvelle répartition des graisses corporelles au niveau du ventre majorée par la ménopause.

8. Tabac, Grossesse et Allaitement

Le rôle nocif du tabagisme sur l'évolution et l'issue de la grossesse a été très largement étudié [27] [28], il est considéré comme un facteur de risque de complications au cours de la grossesse. Il peut compromettre le développement du fœtus. On cite :

- Avortement spontané, avec le

taux multiplié par 2 ou 3 ;

- Hémorragies ;
 - Hypotrophie fœtale ;
 - Prématuration avec un le risque multiplié par deux ;
 - Faible poids de naissance : les enfants nés de mères fumeuses pèsent 200 grammes de moins que les enfants nés de non fumeuses ;
 - Syndrome mort subite du nourrisson (MSN) : le tabagisme maternel constitue, actuellement, le principal facteur de risque de MSN [29] [30] [31]. Le tabagisme pendant la grossesse multiplie le risque de MSN par 2 à 3 ; une relation dose/effet est clairement démontrée, puisque le risque relatif est respectivement de 4,3, 6,5 et de 8,6 pour des consommations maternelles inférieures à 10 cigarettes/j, entre 10 à 19 cigarettes/j et de plus de 20 cigarettes/j [32] ;
 - Malformations congénitales : Le risque de fente palatine est plus important et semble être dose-dépendant. [33]
- En plus de provoquer des complications spécifiquement gynécologiques ou obstétricales, les nourrissons de mères fumeuses

et exposés au tabac courent différents risques, et cela de manière directe par le biais du lait maternel ou indirecte par le biais du tabagisme passif.

Les fumeuses produisent environ 1/4 de lait de moins que les non-fumeuses.

9. Tabac et Chirurgie

Les complications peri et post opératoires sont particulièrement plus fréquentes chez le patient fumeur notamment s'il n'a pas arrêté de fumer au moins 15 jours avant l'intervention, avec un risque d'infections et de maladies coronaires multiplié par trois, doublement du risque d'être transféré en réanimation et de faire des complications respiratoires immédiates.

Les complications chirurgicales post opératoires médiate et à distance sont également fréquentes : éventration après laparotomie, médiastinite, lâchage de suture digestive, retard de consolidation osseuse. Les Complications de cicatrice sont plus fréquentes deux à quatre fois plus.

De même chez l'enfant, il existe une relation entre l'intensité du tabagisme passif et la fréquence des complications respiratoires, Il a été bien établi que le tabagisme augmente la durée globale d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie lourde d'environ 2 à 3 jours.

10. Autres :

Le tabagisme aggrave les micro et macro-angiopathies diabétiques. Les néphropathies des diabétiques de type I ou II sont aggravées par le tabac.

11. Tabac et Médicaments

L'interaction entre le tabac et certains médicaments a été observé particulièrement pour :

- Les œstro-progestatifs oraux : l'association exerce une action

synergique vis-à-vis de l'incidence des accidents vasculaires.

- Les bêtabloquants, la théophylline : le métabolisme et la cinétique sont modifiés chez le fumeur.

12. Tabac et Sport

Globalement, le fumeur sportif aura un rendement et une récupération physique diminuée et beaucoup plus longue.

Conclusion :

Le tabagisme est un danger mortel aussi bien pour les fumeurs que pour les non-fumeurs. Il est impliqué dans la survenue et ou l'aggravation de maladies respiratoires chroniques (asthme et BPCO) et aigues (infections ORL et Broncho-pulmonaire) aussi bien chez l'adulte comme chez l'enfant.

Le tabagisme joue un rôle déterminant dans la survenue du cancer du poumon, il est également un facteur de risque cardiovasculaire majeur dont l'impact est souvent sous-estimé, notamment ces les sujets jeunes.

L'exposition in utero et ex utero au tabac est à l'origine de plusieurs effets négatifs : une mort subite du nourrisson, majeure le risque de prématurité, de troubles de croissance et de

mort fœtale, ainsi que des malformations congénitales.

Le tabagisme est responsable d'une augmentation très importante du risque de complications péri-opératoires, mais il est trop souvent négligé.

Au vue de l'ensemble des pathologies graves, et complications parfois mortelles induites par la consommation de tabac et citées ci-dessus, on se demande comment se fait-il que de nos jours, le tabagisme se poursuit, touchant les riches comme les pauvres, et, progressant d'avantage chez les enfants et chez la femme. Il est claire que depuis sa fabrication industrielle en 1843, la cigarette a pu s'incruster dans toutes les sociétés et a pu résister à des politiques et aux impératifs économiques, défiants ainsi les énormes progrès humains dans la recherche et les soins. Ce qui nous revoit à dire que la prévention et le sevrage tabagique chez le fumeur restent à ce jour nos seules armes contre ce fléau, de même que les méfaits du tabagisme passif justifient pleinement d'informer et sensibiliser le corps médical sur son devoir de lutter contre ce fléau et des pouvoirs publiques pour mener des actions concrètes dans les différents établissements. Sans



Références bibliographiques :

appel, ces actions permettent de diminuer les complications, ce qui constituerait un gain important en terme de santé et en terme d'économie.

- 1- INSP, Bulletin d'information de santé publique, N°11, Décembre 2015.
- 2- Halbert RJ, et al. :Global Burden of COPD : systemic review and analysis . *Eur Respir J* 2006 ; 28 : 523-32
- 3- Khelafi. R, Aissanou.A, Tarsift.S, Skander.F. Épidémiologie de la broncho-pneumopathie chronique obstructive dans la wilaya d'Alger. *Revue des Maladies Respiratoires Volume 28, numéro 1* pages 32-40 (janvier 2011)
- 4- Thomson NC, Spears M : The influence of smoking on the treatment response in patients with asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005 ; 5 : 57-63.
- 5- Livingston E, Thomson NC, Chalmers GW : Impact of smoking on asthma therapy : a critical review of clinical evidence. *Drugs* 2005 ; 65 : 1521-36.
- 6- Ito K, Lim S, Caramori G, Chung KF, Barnes PJ, Adcock IM : Cigarette smoking reduces histone deacetylase 2 expression, enhances cytokine expression, and inhibits glucocorticoid actions in alveolar macrophages. *FASEB J* 2001 ; 15 : 1110-2.
- 7- Boulet L-P. *Eur Respir J* 2009;33:897-906 ; C Janson et al, Tabagisme passif et symptômes d'asthme chez l'adulte, *Revue des Maladies Respiratoires* Vol 20, N° SPECIAL -juin 2003 pp. 528
- 8- Wirth N et al, Les pathologies respiratoires liées au tabagisme passif, *Revue des Maladies Respiratoires* Vol 26, N° 6 - juin 2009 pp. 667-678.
- 9- Travis WD, Borok Z, Roum JH et al. Pulmonary Langerhans cell granulomatosis (histiocytosis X). A clinicopathologic study of 48 cases. *Am J Surg Pathol* 1993;17:971-86.
- 10- Bense L, Eklund G, Wilman LG : Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumothorax. *Chest* 1987 ; 92 : 1009-12.
- 11- Nuorti JP, Butler JC, Farley MM, et al. Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. Active Bacterial Core Surveillance Team. *N Engl J Med* 2000;342:681-9.
- 12- Almirall J, Gonzalez CA, Balanzo X, Bolibar I : Proportion of community-acquired pneumonia cases attributable to tobacco smoking. *Chest* 1999 ; 116 : 375.
- 13- Pai M, Mohan A, Dheda K, et al. Lethal interaction : The colliding epidemics of tobacco and tuberculosis. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2007;5:385-91.
- 14- Guillois B : Retentissement chez le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant du tabagisme maternel pendant la grossesse. *Réalités en Gynécologie Obstétrique* 2000 ; 48 : 14-8.
- 15- Juchet A, Piot M, Dutau G : Tabagisme passif chez l'enfant. *Encycl Méd Chir, Pédiatrie* 2002 ; 4-062-A-1 : 6 p.
- 16- Juchet A, Micheau P, Bremont F, Dutau G : Les méfaits du tabagisme chez l'enfant : les pédiatres doivent agir. *Arch Pédiatr* 2001 ; 8 : 539-44.
- 17- N. Wirth et al, Les pathologies respiratoires liées au tabagisme passif, *Revue des Maladies Respiratoires* Vol 26, N° 6 - juin 2009 pp. 667-678.
- 18- Richard Doll et A. Bradford Hill. Tabagisme et carcinome du poumon. *Br Med J*. 1950 30 septembre; 2 (4682): 739-748.
- 19- US Department of Health and Human Services : The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General; Public Health Service, Center for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. Rockville, Maryland, 1986.
- 20- Sasco AJ, Secretan MB, Straif K : Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer* 2004 ; 45 Suppl 2 : S3-9.
- 21- Hunt JD, van der Hel OL, McMillan GP, Boffetta P, Brennan P : Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: meta-analysis of 24 studies. *Int J Cancer* 2005 ; 114 : 101-8.
- 22- Scanlon EF, Suh O, Murthy S, Mettlin C, Reid SE, Cummings KM. Influence of smoking on the development of lung metastases from breast cancer. *Cancer* 1995;75:2693-9.
- 23- KK Teo, S Ounpuu, S Hawken, MR Pandey, V Valentin, D Hunt, R Diaz, W Rashed, R Freeman, L Jiang, X Zhang, S Yusuf, INTERHEART Study Investigators Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006 ; 368 : 647-58.
- 24- Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., et al. Effet of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study). A case-control study. *Lancet* 2004 ; 364 : 937-52
- 25- Boivin J, Bunting L, CollinsJA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007;22:1506-12.
- 26- US Department of Health and Human Services. Smoking and women's health. A report of the Surgeon General. Rockville: USDHHS, 20 01.
- 27- US Department of health and human service. The health consequences of smoking for women. A report of the surgeon General. Rockville: USDHHS, 1980.
- 28- Royal College of Physicians Smoking and the young. London: Royal College of Physicians, 1992
- 29- Massoni F : Tabac et grossesse : RCIU et tabagisme. *Réalités en Gynécologie Obstétrique* 2000 ; 48 : 7-9
- 30- California Environmental Protection Agency : Air Resources Board. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Office of Environmental Health Hazard Assessment, California, San Francisco, 2005 ; 805 p.
- 31- Cheron G, Timsit S : Tabac et mort subite du nourrisson. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2003 ; 32 : 1S33-40.
- 32- Blair PS: Sudden Infant Death Syndrome and parental smoking. *Early Hum Dev* 2007; 83 : 721-5.
- 33- Chung KC, Kowalski CP, Kim HM, Buchman SR : Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. *Plast Reconstr Surg* 2000 ; 105 : 485-91.