

TABAC ET GROSSESSE

POURQUOI L'ABORDER ?

- Le CO prend la place de l'oxygène sur l'hémoglobine (son affinité est 200 fois supérieure) et entraîne une hypoxie placentaire et foetale.
- La fumée du tabac est composée de plus de 7000 substances dont beaucoup sont toxiques (cadmium, plomb, nitrosamines...)
- **Conséquences possibles :**
 - **Obstétricales :** grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée, hématome rétro-placentaire et placenta bas inséré, accouchement prématuré et/ou rupture précoce des membranes
 - **Foetale :** retard de croissance intra utérine, augmentation de la mortalité périnatale, malformations (cardiaques, fentes palatines...) augmentation des altérations du rythme cardiaque foetal notamment pendant l'accouchement
 - **Pédiatriques :** agitation, coliques et régurgitations, infections ORL, bronchiolites, mort inattendue du nourrisson (MIN), diabète, obésité...
- Le taux de CO expiré se normalise 24h après l'arrêt de la cigarette.
- L'aide à l'arrêt de la consommation est bénéfique quel que soit le moment.
- La substitution nicotinique (patch ou substituts oraux) est possible pendant la grossesse.

COMMENT L'ABORDER ?

"Avez-vous déjà fumé ? » **Si oui,** « Comment a évolué votre consommation depuis l'annonce de votre grossesse ? »
« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter ? »

Penser à rechercher les consommations associées (alcool, cannabis, médicaments...)

ÉVALUER LA CONSOMMATION

▶ À l'aide du test de Fagerström simplifié

Dépendance physique si score > 2	
Combien de cigarette fumez-vous ?	Quel est le délai entre votre réveil et la prise de votre 1 ^{ère} cigarette ?
• ≤ 10 cig/jour = 0	• > 60 minutes = 0
• 11 - 20 cig/jour = 1	• 31 à 60 minutes = 1
• 21 - 30 cig/jour = 2	• 6 à 30 minutes = 2
• ≥ 31 cig/j = 3	• ≤ 5 minutes = 3

▶ Par la mesure du CO expiré

CO < 5 ppm	Absence ou faible tabagisme (actif ou passif) dans les 24h, impact faible ou nul sur le poids de naissance, majoration du risque de MIN faible ou nul
CO de 5 à 10 ppm	Tabagisme actif et/ou passif (TP) : risque d'hypoxie foetale, impact sur le rythme cardiaque foetal (RCF) et le poids de naissance, majoration du risque de MIN
CO de 11 à 19 ppm	Tabagisme actif et/ou TP+ : risque important d'hypoxie foetale et retard de croissance intra-utérin, augmentation du risque de RCF anormal, impact sur le poids de naissance, majoration du risque de MIN
CO ≥ à 20 ppm	Tabagisme, risque d'hypoxie foetale très important, majoration des risques de retard de croissance et de RCF anormal. Impact sur le poids de naissance, majoration du risque de MIN

Remarque : le CO est influencé par le nombre de cigarettes fumées (1 roulée=2 manufacturées) et par l'intensité de l'inhalation.

QUELLE RÉPONSE APPORTER ?

► Garder une attitude chaleureuse, bienveillante, professionnelle, non culpabilisante

Avant l'accouchement à chaque consultation	Consommation arrêtée	Consommation à l'identique ou modifiée ou reprise
Encourager et informer (Renforcer la motivation)	Souligner les efforts et les réussites, encourager, valoriser le positif (l'oxygénation foetale se normalise 24h après l'arrêt du tabac). <ul style="list-style-type: none"> • Questionner sur la connaissance des risques du tabagisme actif et passif, informer. • Donner une brochure. • Informer de l'existence de consultation de tabacologie de proximité. 	
Suivre les consommations	Mesurer le CO à chaque consultation.	Evaluer la consommation : Fagerström simplifié <ul style="list-style-type: none"> • Mesurer le CO à chaque consultation. • Orienter selon le cas vers addictologue, tabacologue ou psychiatre. • Revoir 15 jours après.
Traiter la dépendance	Rechercher les signes de manque : irritabilité, insomnie, anxiété, dépression, envie de fumer... Si oui : orienter vers le tabacologue.	Si dépendance forte = Fagerström simplifié > 2 proposer un traitement par substituts nicotiques (TSN), un soutien psychologique, ou une approche cognitivo-comportementale
Prendre en charge les co-morbidités	En fonction de la nature des co-addictions (alcool, cannabis, médicaments...), des co-morbidités (anxiété, dépression,...) et du contexte social.	
Suivre la grossesse (HAS 2007)	Faible niveau de risque. *Suivi A = suivi par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste.	** Suivi A1= avis spécialiste conseillé (obstétricien, addictologue, tabacologue...) Recherche de vaginose bactérienne et traitement de la parodontite.
Accouchement	Mesurer le CO.	Evaluer la consommation et la dépendance : <ul style="list-style-type: none"> • Fagerström simplifié, mesurer le CO. • Mettre en place un TSN dès le début du travail ou avant une césarienne afin de limiter les effets sur le rythme cardiaque foetal.
Allaitement	Encourager au maintien de l'arrêt tabac après l'accouchement pour favoriser la lactation.	Favoriser l'allaitement : éviter de fumer avant et pendant la tétée. Si dépendance >2 : Proposer un soutien psychologique, une approche cognitivo-comportementale et un TSN (préférer les formes orales, après la tétée)
Suites de naissance	Encourager et motiver au maintien de l'abstinence.	Organiser une consultation de tabacologie.
Organisation de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer le risque de tabagisme passif et aider à trouver des solutions. • Pas de partage de lit parent-enfant. • Contacter le médecin traitant pour poursuite de l'aide à l'arrêt tabac. 	
Contraception	Précautions relatives à la poursuite du tabagisme.	

* **Suivi A** : suivi de grossesse à bas risque, ** **Suivi A1** : l'avis d'un gynéco et/ou d'un autre spécialiste est conseillé (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)