

FICHE TECHNIQUE TABAC ET GROSSESSE

POURQUOI L'ABORDER

1 femme sur 3 fume en début de grossesse et 1 sur 5 fume encore au 3ème trimestre

- La **fumée** du tabac est composée de monoxyde de carbone (CO), nicotine et de plus de 4000 autres substances dont certaines sont toxiques (cadmium, plomb, nitrosamides...)
- Le **CO prend la place de l'oxygène sur l'hémoglobine** (son affinité est 200 fois supérieure) **et entraîne une hypoxie placentaire et fœtale.**
- Fumer provoque des pics de nicotine néfastes pour le développement fœtal.
- Conséquences possibles :
 - ✓ **Obstétricales** : grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée, hématome rétro-placentaire et placenta bas inséré, accouchement prématuré et/ou rupture précoce des membranes.
 - ✓ **Fœtales** : retard de croissance intra utérine, augmentation de la mortalité périnatale, malformations (cardiaques, fentes palatines...) **augmentation des altérations du rythme cardiaque fœtal notamment pendant l'accouchement**
 - ✓ **Pédiatriques** : agitation, colique et régurgitations, infections ORL, bronchiolites, mort subite du nourrisson (MIN),... et **à long terme** : irritabilité, asthme, obésité, cancer
- Le taux de CO expiré se normalise 24 à 48h heures après l'arrêt de la cigarette.
- La substitution nicotinique (patch ou substituts oraux) est possible pendant la grossesse. Remboursement par les caisses de sécurité sociale sans avance de frais et sans limite annuelle.
- L'aide à l'arrêt de la consommation est bénéfique quel que soit le moment.
- **Aborder la consommation du conjoint, coparent, entourage** :
 - Problèmes de fertilité du conjoint (qualité et quantité du sperme).
 - C'est une aide ou un obstacle à l'arrêt du tabac si la patiente fume.
 - Penser au tabagisme passif si la patiente ne fume pas (pouvant aller jusqu'à 8 à 10 ppm de CO mesuré).

COMMENT L'ABORDER

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

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

EVALUER LA SITUATION GLOBALE

1. A L'AIDE DU TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ

DEPENDANCE PHYSIQUE si score > 2	
<p><i>Combien de cigarettes fumez-vous ?</i></p> <p>≤ 10 cig/jour = 0 11 - 20 cig/jour = 1 21 - 30 cig/jour = 2 ≥ 31 cig/j = 3</p>	<p><i>Quel est le délai entre votre réveil et la prise de votre 1ère cigarette ?</i></p> <p>> 60 mn = 0 31 à 60 mn = 1 6 à 30 mn = 2 ≤ 5 min = 3</p>

2. PAR LA MESURE DU CO EXPIRE teneur en CO de la fumée des cig. roulées = 2 cig. Manufacturées

CO < 5 ppm	Absence de tabagisme dans les 24h, oxygénation normale
CO de 5 à 10 ppm	Tabagisme actif ou passif (TP)+, risque d'hypoxie fœtale, impact sur le rythme cardiaque fœtal (RCF)
CO de 11 à 19 ppm	Tabagisme actif et/ou TP++, risque important d'hypoxie fœtale et RCIU, augmentation du risque de RCF anormal
CO ≥ à 20 ppm	Tabagisme, risque d'hypoxie fœtale très important, majoration des risques de retard de croissance et de RCF anormal.

3. EN EVALUANT LA DEPENDANCE PSYCHIQUE ET COMPORTEMENTALE

Rôle attribué au tabac dans stress, anxiété, humeur, contrariété. Utile pour mesurer les freins, et orienter si besoin vers une prise en charge psychologique ou cognitivo-comportementale.

QUELLES REPONSES 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	Féliciter, encourager, renforcer le positif (l'oxygénation fœtale se normalise 24h après l'arrêt du tabac), souligner tous les efforts... Informers sur les risques du tabagisme (actif ou passif). Donner une brochure si environnement fumeur par exemple « grossesse et tabac ». Informer de l'existence de consultation de tabacologie de proximité et/ou ELSA.	
Suivre les consommations	Si oui : orienter vers le tabacologue Mesurer le CO est recommandé.	Evaluer la consommation : Fagerström simplifié Mesurer le CO à chaque consultation. Evaluer la dépendance psychique et comportementale. Orienter vers addictologie, tabacologue ou psychiatre. Revoir 15 jours après.
Traiter la dépendance	Rechercher les signes de manque : irritabilité, insomnie, anxiété, dépression, envie de fumer...	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	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 ou psychiatre) Suivi sage-femme libérale à domicile, suivi sage-femme de PMI de préférence si cumul de vulnérabilités Basculer le suivi en milieu obstétrical + et référent addicto si impact tabac (RCIU, MAP, etc...) Présentation en staff mps si cumul de vulnérabilités. Avis dentiste (prévention maladies parodontales) gratuit sans avance frais 4 ^{ème} mois-12 j après accouchement
Accouchement	Mesurer le CO.	Evaluer la consommation et la dépendance : 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 fœtal.
Allaitement	Encourager au maintien de l'arrêt tabac après l'accouchement pour favoriser la lactation. Prévenir des risques du tabagisme passif.	Favoriser l'allaitement : S'abstenir de fumer au moment de la tétée. Si dépendance >2 : Proposer un soutien psychologique, une approche cognitivo-comportementale et un TSN (préférer les formes orales après la tétée) Prévenir des risques du tabagisme passif en particulier sur le risque de mort subite. Pas de co-sleeping ou co-dodo.
Prise en charge du syndrome de sevrage du NN		Favoriser le peau à peau et le portage.
Suites de naissance	Encourager et motiver au maintien de l'abstinence au cours de la consultation postnatale.	Prévoir une consultation de tabacologie en post-partum ou passage de l'ELSA. Faire le lien avec le médecin traitant.
Organisation de la sortie	Le pédiatre, la sage-femme informeront des risques du tabagisme environnemental Pas de partage de lit parent-enfant (co-sleeping ou co-dodo). 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).