

Risque cardiovasculaire et mortalité liés au tabagisme passif

Mots clés : Le risque du tabagisme « actif » est indiscutable et justifie à lui seul toute les campagnes « anti-tabac ». Le tabagisme passif (TP) et ses conséquences sont moins bien connus. Il serait responsable de 3 000 morts par an en France, et le généraliste doit être une des voies d'information du public¹. Sur quelles données se basent ces chiffres ? Comment ont été conduites les études pour un risque difficile à analyser, et quelle est leur fiabilité ? Quels en sont les biais et les incertitudes ? Nous présentons ici quelques données sur le risque cardiovasculaire, la mortalité globale et les commentaires qui les ont accompagnées.

Des études de méthodologie difficile

La plupart des études sont basées sur des données déclaratives ; d'autres, plus rares, font appel à un marqueur biologique, le dosage de la cotinine, métabolite de la nicotine, dans le sang, les urines ou la salive².

Le TP au sein de la famille, est sans doute le plus important par la durée et l'importance de l'exposition. Il est assez facile à étudier, en comparant les non-fumeurs en fonction du tabagisme du conjoint ; la plupart des études l'utilisent. Le TP sur les lieux du travail a été étudié pour certaines professions particulièrement exposées, notamment dans l'industrie hôtelière ; plusieurs études lui ont été consacrées. Le TP lié à l'exposition dans les lieux publics est bien plus difficilement analysable, sauf avec les taux de cotinine.

Des études aux résultats contradictoires

Une méta-analyse de 18 études (10 cohortes, 8 cas-témoins), basées pour la plupart sur la comparaison de non fumeurs en fonction du tabagisme ou non du conjoint, montre un risque relatif (RR) de maladies coronariennes de 1,25 (IC 1,17 à 1,32) chez les non fumeurs exposés vs non exposés. Ce RR était dépendant de l'importance du tabagisme du conjoint, passant de 1,23 à 1,31 pour un tabagisme du conjoint entre 1 et 19 cigarettes/jour ou à plus de 20³.

Une étude californienne, cancer prevention study I, a suivi de 1959 à 1998 (18 ans en moyenne) 118 094 adultes californiens. Le devenir des 35 561 non fumeurs a été analysé en fonction du tabagisme du conjoint. Il n'y avait pas de différence de mortalité significative pour les maladies coronariennes, le cancer du poumon, la

BPCO, même si l'on ne pouvait exclure un petit effet³. Cette étude était financée par l'industrie du tabac.

Deux études de cohorte néo-zélandaises, de financement public, sur près de 300 000 adultes de 45 à 74 ans, suivis 3 ans a trouvé une surmortalité globale de 15% chez les non fumeurs avec un conjoint fumeur⁴.

Une étude britannique basée sur les taux de cotinine a suivi sur 20 ans 7735 hommes de 40 à 59 ans. Etaient relevées habitudes tabagiques, histoire médicale, bilan biologique, dosage de la cotinine. Mortalité et morbidité cardiovasculaire ont été notées au cours de 20 ans de suivi. Les 2105 non fumeurs (anciens fumeurs et non fumeurs de toujours) avaient un taux de cotinine <14,1 ng/ml. Répartis en 4 groupes selon le taux, le risque coronarien augmentait des plus bas aux plus hauts, avec pour ceux-ci un RR à 1,61, voisin de celui des fumeurs modérés (1 à 9 cigarettes/j). Il n'y avait pas d'association entre taux de cotinine et AVC².

De nombreux biais et questionnements

Les méta-analyses ont été critiquées, pour leur hétérogénéité, la qualité des études, l'existence de facteurs confondants, et pour l'éditorialiste ces biais ne permettent pas encore de conclure nettement⁶.

Les liens avec l'industrie du tabac posent beaucoup de questions, spécialement pour l'étude californienne, la seule négative⁴, où certains biais ont pu être passés sous silence⁷. L'influence de l'industrie du tabac pour minimiser le risque avait été montrée par une étude du JAMA (1998, 279, 1566-70) : sur 106 synthèses recensées, 39 n'iaient ce risque. Parmi elles, 29 (74%) étaient en lien avec l'industrie.

Que conclure pour notre pratique ?

L'augmentation de la morbidité coronarienne et de la mortalité liées au TP est vraisemblable : la plupart des études, mais pas toutes, sont concordantes. Ainsi, indépendamment des arguments de l'industrie du tabac, des incertitudes persistent dans ce domaine^{6,7}.

Les risques du TP sont les mieux établis dans la famille et pour certains professionnels. Ils portent sans doute sur le risque cardiovasculaire, ils sont plus visibles sur le plan respiratoire et chez l'enfant. Nous reviendrons sur ces deux points

Quelle est notre part dans la réduction des risques du TP ? Pour les milieux professionnels il s'agit d'une responsabilité des pouvoirs publics et les réglementations proposées cherchent à y faire face. Au sein de la famille, cela reste du domaine privé, et relève du conseil que peut apporter le médecin, avec toutes les difficultés que comporte le changement comportemental.

Références :

- 1- Dautzenberg B. Tabagisme passif: 3000 morts par an. Rev Prat Med Gen. 2002, 16, 594, 1752-4
- 2- Whincup PH et al. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke : prospective study with cotinine measurement. BMJ, 2004, 329, 200-4
- 3- He J et al. passive smoking and the risk of coronary heart disease. A meta-analysis of epidemiologic studies. N Engl J Med, 1999, 340, 920-6
- 4- Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke related mortality in a prospective study of californians, 1960-98. BMJ, 2003, 326, 1057-61
- 5- Hill SE et al. Mortality among "never smokers" living with smokers : two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. BMJ, 2004, 328, 988-9
- 6- Bailar JC. Passive smoking, coronary heart disease and meta-analysis. N Engl J Med, 1999, 340, 958-9
- 7- Smith GD. Effect of passive smoking on health. BMJ, 2003, 326, 1048-9