

Et ailleurs...?

Antoine de Torrenté

Tabagisme: encore pire?

La question

Aux Etats-Unis, le tabagisme fait env. 0,5 million de morts par an. En Suisse, c'est env. 9000 et on y fume plus qu'aux USA. De plus, on estime qu'un fumeur actif perd un dizaine d'années de vie. Environ 21 maladies d'après le Surgeon General, sorte de czar de la santé aux USA, sont responsables des décès par tabagisme: douze types de cancers, six catégories de maladies cardiovasculaires, le diabète, la BPCO et la pneumonie. L'étude «Million Women Study» en Angleterre, examinant les 30 causes de décès les plus fréquentes fait penser que le tabac est probablement responsable dans plus de maladies que les 21 sélectionnées par le Surgeon General. L'étude résumée ci-dessous essaie de répondre à cette question en examinant les causes de décès provoqués par 52 catégories de maladies et les habitudes tabagiques.

La méthode

De 2000 à 2011, les participants âgés de >55 ans appartenant à cinq grandes cohortes ont été inclus. L'information sur les habitudes tabagiques a été obtenue au moins une fois pendant la période d'inclusion. Le nombre final de participants a été de 421 378 hommes et 532 651

femmes. Le tabagisme a été autoreporté: nombre de cigarettes par jour, nombre d'années d'abstention pour les ex-fumeurs. Comme causes de décès ont été prises en compte les 21 catégories du Surgeon General plus les autres maladies ayant causé au moins 20 morts. L'analyse finale a répertorié 52 causes de décès toutes causes confondues, connues ou inconnues.

Les résultats

Durant le suivi, il y a eu environ 180 000 décès dont environ 16 500 chez les fumeurs actifs. 17% de ces décès n'appartenaient pas aux 21 catégories mises en exergue par le Surgeon General. Le ratio de risque (HR) pour les nouvelles associations avec le tabagisme et le décès sont principalement: insuffisance rénale terminale, HR 2; ischémie intestinale, HR 6 (!); cardiopathie hypertensive, HR 2,4; infections, HR 2,3; affections pulmonaires autres que BPCO, HR 2; cancer du sein, HR 1,3; cancer de la prostate, HR 1,4. Toutes ces associations sont statistiquement significatives.

Les problèmes

La population était essentiellement caucasienne avec un niveau d'éducation plus élevé que la moyenne. D'autres facteurs confon-

dants non analysés ont pu jouer un rôle dans les résultats.

Commentaire

Cette étude fait penser que le tabac est responsable de 60 000 à 120 000 décès supplémentaires attribuables au tabac que ceux répertoriés par les 21 catégories déjà connues du Surgeon General. Il est aussi possible que dans des couches de population moins éduquées et où le taux de fumeurs est plus important d'autres facteurs de risque s'ajoutent: mauvaise alimentation et hygiène de vie. Cette étude a pu aussi montrer que plus la durée d'abstinence est longue plus les risques s'amoinissent. Un facteur intéressant serait de savoir par quel mécanisme ou mécanismes le tabac influe sur des cancers *a priori* pas directement concernés par l'exposition au tabac tel que les cancers du sein et de la prostate. Il est possible que le tabac ne serve ici pas de déclencheur mais, une fois le cancer déclaré, accélère l'évolution vers le décès. Pour le très haut HR de l'ischémie intestinale, on sait que le tabac provoque une vasoconstriction intense du territoire splanchnique. Le tabac: de Charybde en Scylla!

Carter BD, et al. *N Engl J Med.* 2015;372:631.

Cardiologues: less is more?

Etude rétrospective dérangeante de 2002 à 2011. La mortalité à 30 jours de 8570 patients avec un infarctus du myocarde durant la tenue des deux congrès nationaux USA de cardiologie (beaucoup de cardiologues absent des hôpitaux) a été comparée à celle de 57 471 patients hospitalisés hors dates des congrès. Les populations étaient comparables. Mortalité identique pour les patients avec infarctus à haut risque malgré une nette baisse des interventions percutanées (PCI): 20,8 vs 28,2%; $p = 0,02$. Par contre, pour les arrêts cardiaques et les insuffisances cardiaques à haut risque la mortalité à 30 jours est nettement inférieure lors des congrès: par ex. pour l'insuffisance cardiaque mortalité 17,5 vs 24,8%; $p < 0,001$. Trop agressifs, nos amis cardiologues?

Jena AB, et al. *JAMA Intern Med.* 2015;175:237.

Durée des symptômes vasomoteurs postménopausiques: sous-estimée?

De 3300 femmes postménopausiques de la cohorte SWAN (Study of Women Health Across the Nation), ~1500 se sont plaintes de symptômes fréquents (>6 jours sur deux semaines). La durée médiane des symptômes après les dernières règles était de 4,5 ans. Les femmes dont les symptômes ont commencé dans la périménopause avaient la durée médiane des symptômes la plus longue: 11,8 ans. Il semblerait que chez les femmes d'origine afro-américaine les symptômes durent le plus longtemps. C'est une donnée qui peut servir à planifier un traitement...

Nancy E, et al. *JAMA Intern Med.* 2015; February 16. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8063.

Score de risque cardiovasculaire: surestimé?

L'établissement du risque cardiovasculaire par exemple à dix ans est utilisé pour se poser la question d'un traitement préventif si le risque est élevé. Les nouveaux scores de l'American Heart Association (AHA) et l'American College of Cardiology (ACC) ont suscité de nombreuses critiques. 4227 patients de l'étude MESA (Multi Ethnic Study of Atherosclerosis) âgés de 50 à 74 ans sans diabète ont été suivis pendant 10,2 ans. Les événements cardiovasculaires ont été répertoriés. Comparés aux trois scores anciens de Framingham, la surestimation du risque des nouveaux scores a été de 37 à 154% pour les hommes et de 8 à 67% pour les femmes. Le score de Reynolds a sous-estimé le risque de 20% pour les femmes. Ces nouveaux scores semblent vraiment trop pessimistes. Pourquoi? On n'ose pas penser que l'industrie a joué un rôle (statines, stents...).

De Filippis AP, et al. *Ann Intern Med.* 2015;162:266.