

INTRODUCTION

Le tabagisme maternel, actif ou passif, demeure une exposition préoccupante pendant la grossesse. Bien que sa prévalence ait diminué dans les pays industrialisés, de nombreuses femmes enceintes restent exposées [1].

- Tabagisme actif : associé à une croissance fœtale altérée et à un risque accru de complications périnatales [2].
- Tabagisme passif : le fœtus est exposé à la fumée secondaire, perturbant son développement [2].

Les paramètres néonataux (poids, taille, âge gestationnel) sont des marqueurs précoces du risque cardiovasculaire, incluant l'hypertension dès l'enfance [3-5].

OBJECTIFS

Évaluer l'association entre l'exposition maternelle au tabac (active et passive) pendant la grossesse et :

- Les indicateurs de croissance néonatale (poids, taille, âge gestationnel).
- La pression artérielle systolique (PAS) et diastolique (PAD) pendant la période néonatale.

MÉTHODE

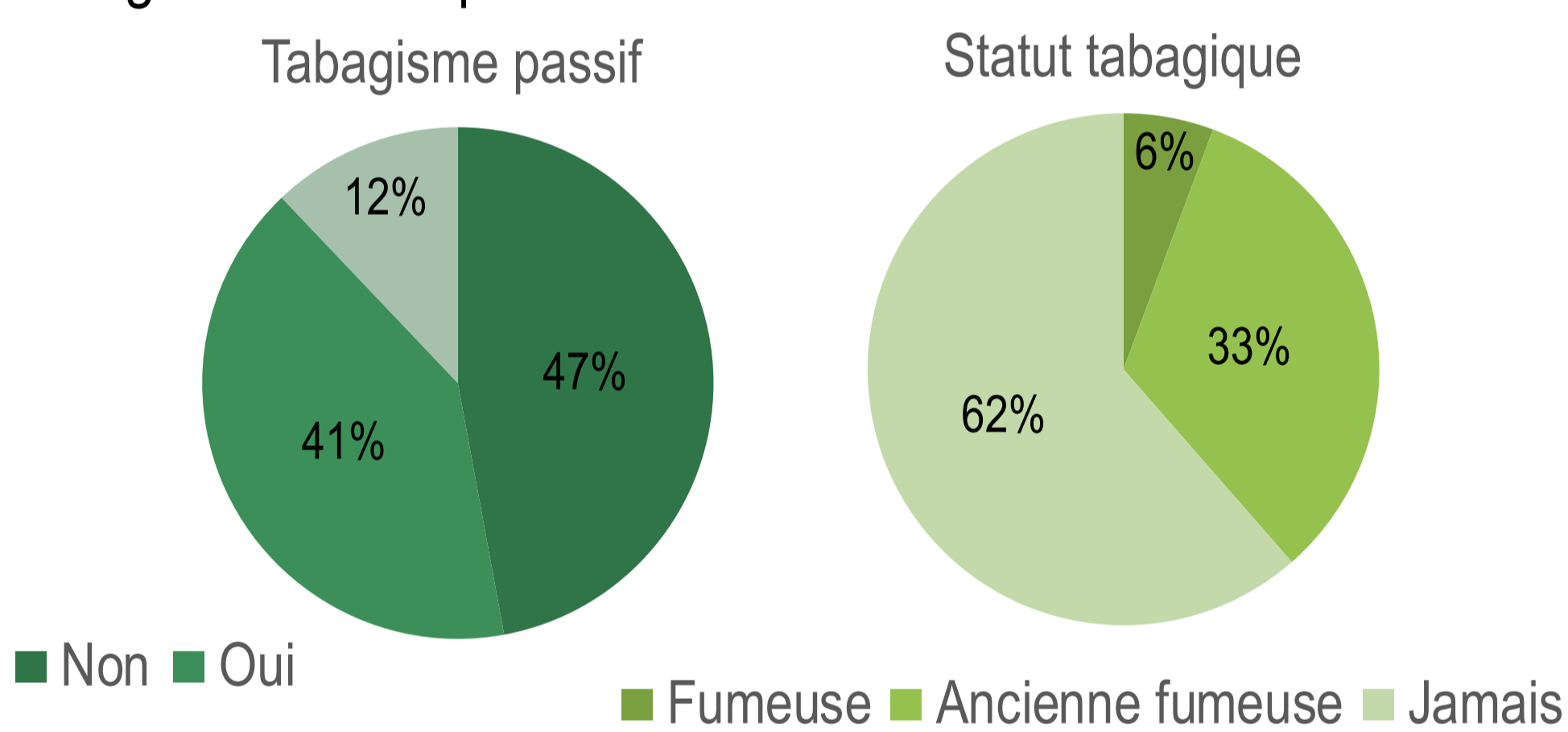
Population d'étude

Données issues de la cohorte canadienne MIREC (Maternal-Infant Research on Environmental Chemicals, N = 1 863), une étude multicentrique suivant des femmes enceintes du 1er trimestre jusqu'à l'accouchement [6].

→ Exclusions : grossesses gémellaires et mortinaissances.

Exposition au tabac

Tabagisme actif et passif : autodéclaré



Croissance néonatale :

Poids, taille et âge gestationnel (variables continues).

Variables catégorielles selon le 10e percentile :

- Faible poids de naissance
- Petit poids pour l'âge gestationnel
- Poids élevé pour l'âge gestationnel [7]

Pression artérielle néonatale :

PAS et PAD mesurées jusqu'à 6 mois post-partum (N = 169).

Covariables (facteurs de confusion)

Âge maternel, IMC pré-gestationnel, gain de poids gestationnel, parité, race/ethnicité, niveau d'éducation, revenu, diabète gestationnel, sexe du bébé.

Analyses statistiques

Régression linéaire : issues continues.

Régression logistique : issues catégorielles.

Présentation des modèles bruts et ajustés avec IC à 95 %.

PRINCIPAUX CONSTATS

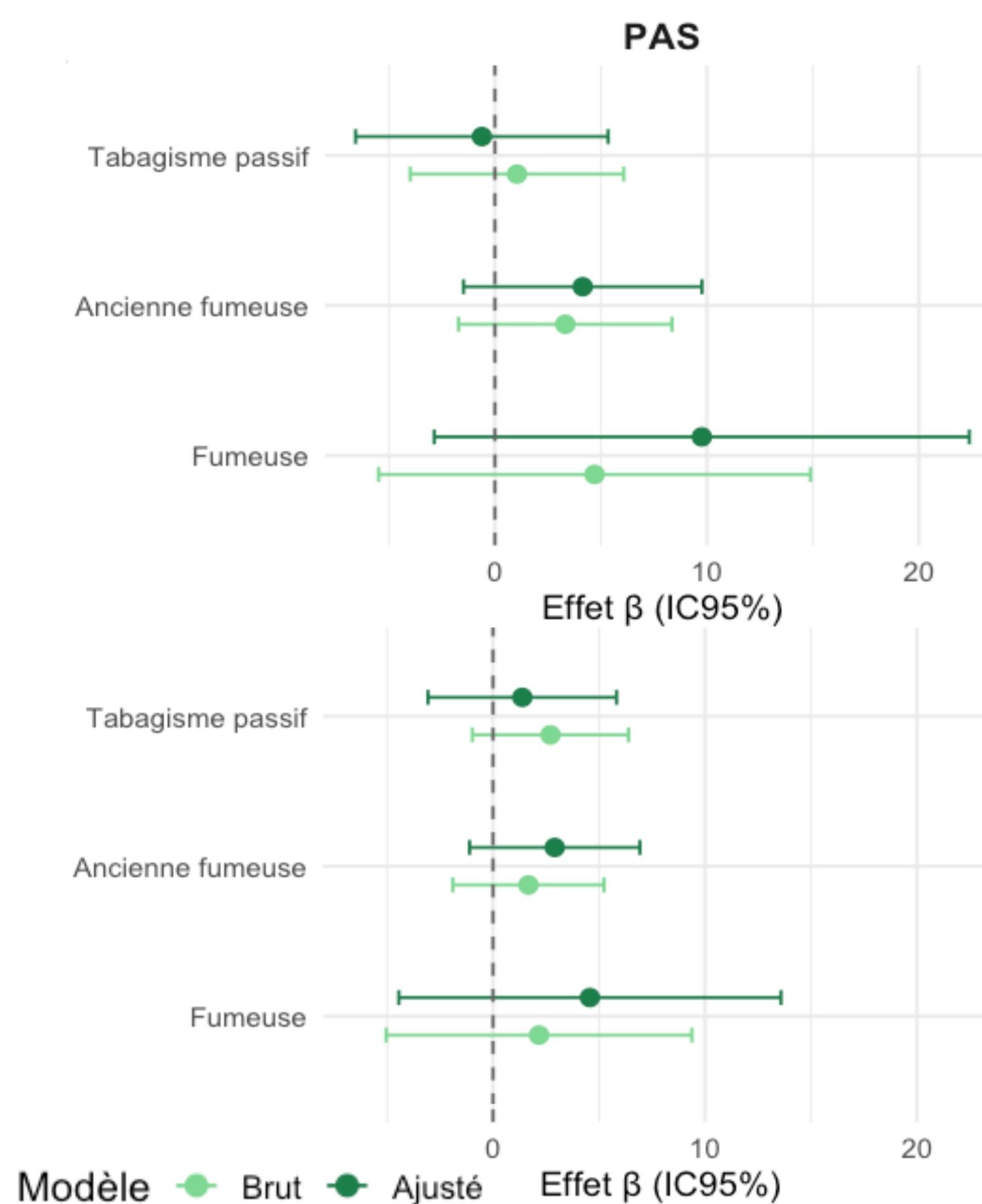
Le tabagisme maternel, actif ou passif, reste un facteur de risque modulable pour la croissance néonatale et pourrait avoir des conséquences cardiovasculaires à plus long terme.

Implications pour la santé publique :

- Prévenir le tabagisme actif chez les femmes enceintes.
- Réduire l'exposition passive à la fumée.
- Promouvoir l'accompagnement et les interventions ciblées avant et pendant la grossesse.

RÉSULTATS

Association du tabagisme maternel avec la pression artérielle du nouveau-né (à 6 mois)

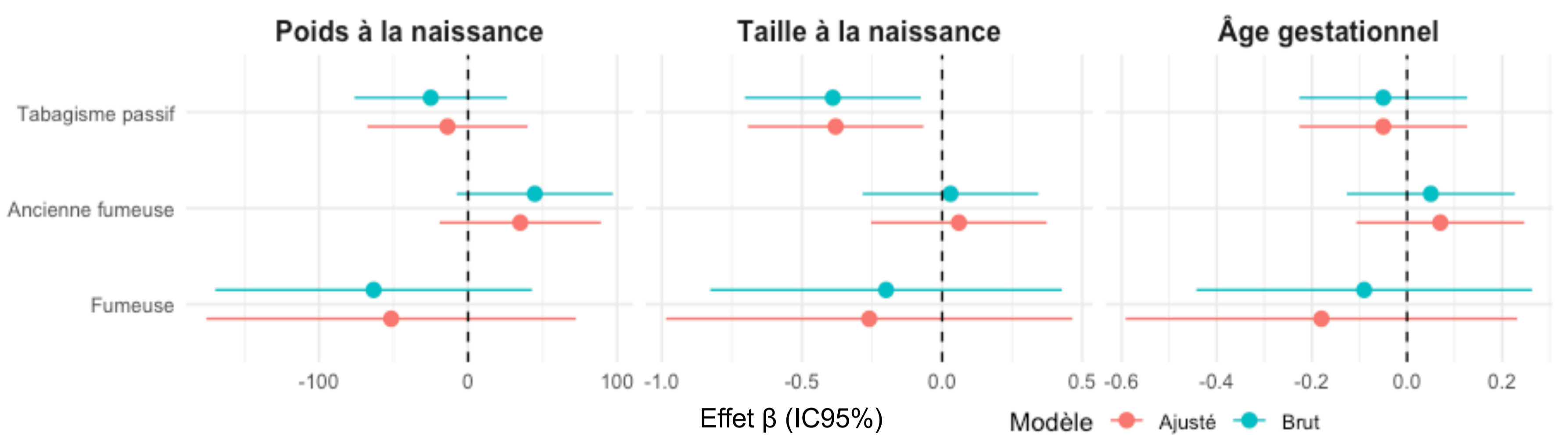


Comment comprendre les graphiques :

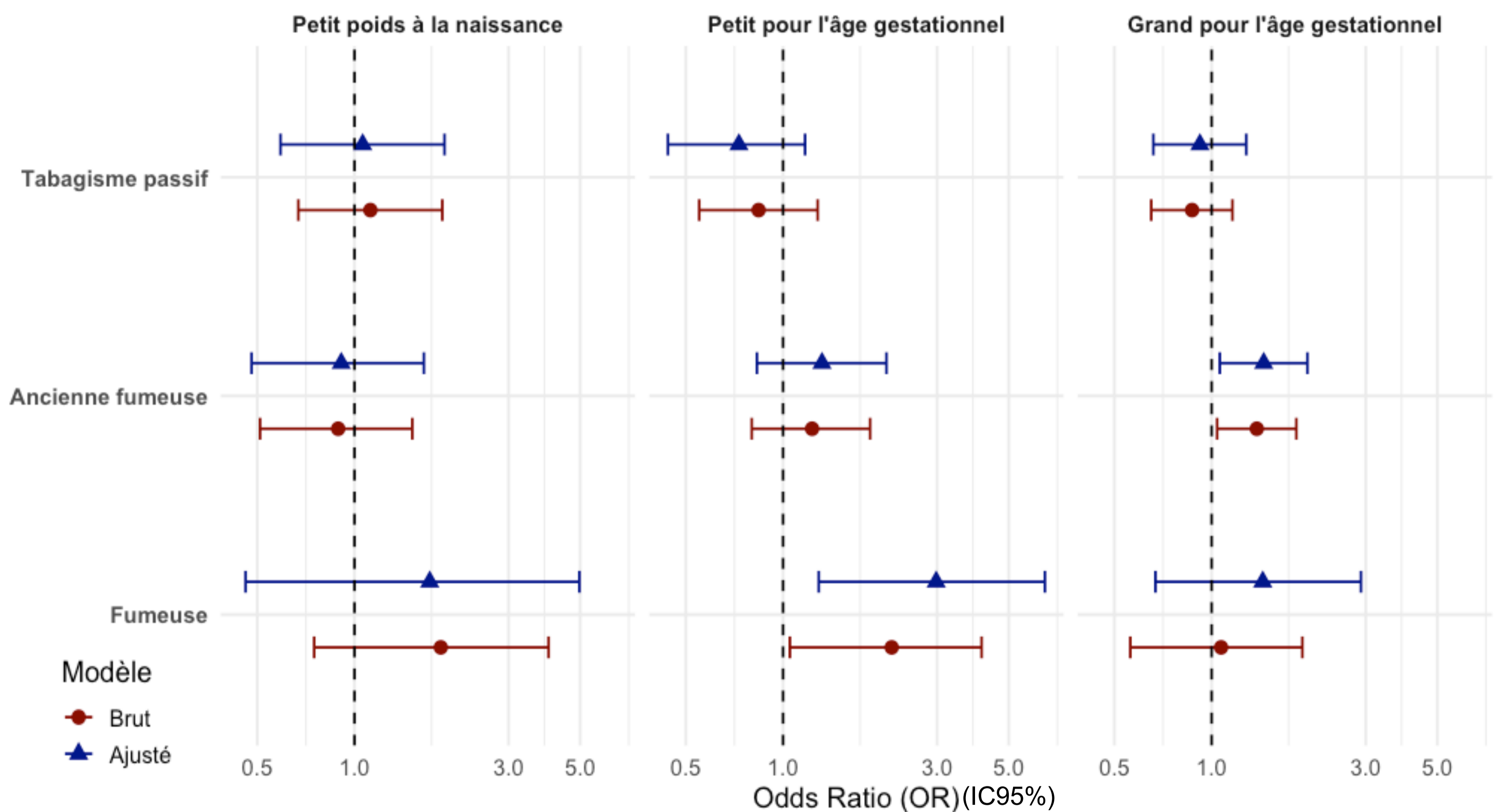
- On compare les effets β ou les rapports de cotes (OR) avec les références : « Pas de tabagisme passif » et « Jamais fumée »
- Le triangle ou le point = effets β ou rapport de cote
- β et IC95% > 0 = association négative significative
- β et IC95% < 0 = association négative significative
- OR et IC95% > 1 = association positive significative
- OR et IC95% < 1 = association négative significative
- Intervalle de confiance comprend 0 (ou 1 pour OR) : association non significative

- Le tabagisme actif pendant la grossesse augmente le risque de restriction de croissance intra-utérine avec un bébé petit pour l'âge gestationnel.
- L'arrêt avant la grossesse est associé à un bébé grand pour l'âge gestationnel. On remarque une tendance pour une augmentation du poids à la naissance avec la régression continue.
- Même sans tabagisme actif, la fumée secondaire altère la croissance néonatale, ici mesurée par une diminution de la taille à la naissance. Cela confirme que les expositions environnementales passives sont également préoccupantes.
- Aucune association significative avec la PAS et la PAD.

Association du tabagisme maternel avec les indicateurs de croissance néonatale (1)



Association du tabagisme maternel avec les indicateurs de croissance néonatale (2)



FORCES

- Grosse taille d'échantillon et peu de données manquantes pour les issues de croissance néonatale.
- Prise en compte de nombreux facteurs de confusions.

LIMITES

- Statut tabagique autodéclaré → possible sous-estimation.
- Petite taille d'échantillon pour la PAS et PAD

Remerciements :

Mes directeurs de thèse :

- Pr Gérard Ngueta PhD.
- Pr William Fraser MD.

Organismes subventionnaires :

Bourses aux études supérieures de la FMSS :

Bourse Diego Bellabarba



RÉFÉRENCES

Scannez le QR code

