

mais :

- elle ne représente qu'une simple modalité de choix des points parmi d'autres,
- elle est limitée par la portée elle-même limitée des théories la sous-tendant.

38E et épaule douloureuse

Philippe Sionneau analyse l'action du 38E sur les douleurs de la jambe en fonction du trajet du méridien de l'Estomac, mais paradoxalement n'explique pas l'action du point sur l'épaule par la relation du *yangming* du pied avec le *yangming* de la main dont le trajet passe à l'épaule. C'est l'explication qui est couramment donnée pour expliquer l'utilisation du point dans l'épaule douloureuse [5]. Cette explication est classique mais avec les mêmes limites que pour l'explication de l'action du *tiaokou* sur les douleurs de la jambe et du pied.



D^r Johan Nguyen
27 bd d'Athènes, 13001 Marseille
☎ 04.96.17.00.30 📠 04.96.17.00.31
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

Références

1. Sionneau P. Commentaires sur le point *tiaokou* ES38. *Acupuncture & Moxibustion* 2005;4(1):45-7.
2. Vas J, Perea-Milla E. Les effets immédiats de la puncture du *tiaokou* ES38 dans l'épaule douloureuse et l'importance du *deqi*. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(3):167-174.
3. The Academy of TCM. An outline of chinese acupuncture. Beijing: Foreign Languages Press, 1975.
4. Lafont JL. Commentaires sur "Les 100 points les plus utilisés" d'après le Zhen jiu da cheng et les auteurs contemporains. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(4):235-41.
5. Pothmann R et al. Frozen shoulder : differential acupuncture therapy with point ST38. *American Journal of Acupuncture* 1980;8(1):65-69.

L'acupuncture est-elle réellement efficace dans le tabagisme de la femme enceinte ?

Jean-Marc Stéphan et Christian Prulière

Les recommandations de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) concernant le tabagisme en cas de grossesse ont été publiées ce 30 novembre 2004. Comme on pouvait s'y attendre, elles occultent l'intérêt de l'acupuncture et la placent au même niveau que l'hypnothérapie.

"Les résultats sur l'efficacité de l'acupuncture dans la population générale sont contradictoires selon les études : un effet spécifique, différent de l'effet placebo, n'est pas clairement démontré. Il n'y a pas d'études spécifiques à la femme enceinte pour l'hypnothérapie et l'acupuncture, ni d'accord professionnel pour les recommander."

Ce texte fait suite à la conférence de consensus "Grossesse et Tabac" qui a eu lieu le 7 et 8 octobre 2004 à Lille [1]. Le jury était composé de douze membres (aucun médecin acupuncteur) et placé sous la présidence du D^r Dequidt, gynécologue-obstétricien.

Il est vrai que les françaises sont nombreuses à fumer, même quand elles sont enceintes. Le lien de causalité

(association statistiquement significative, relation dose - effet, réversibilité à l'arrêt, mécanisme physiopathologique pour expliquer l'effet) entre tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de troubles de la fertilité masculine et féminine, d'anomalies du déroulement de la grossesse (prématurité, retard de croissance intra-utérin, hématome rétro-placentaire, rupture prématuré de membranes) est maintenant bien établi, sans oublier les risques accrus de mort fœtale *in utero*, de grossesses extra-utérines, d'avortements spontanés. Et pourtant le nombre de françaises fumeuses a triplé en l'espace de trente ans et reste un sujet d'inquiétude pour les gynéco-obstétriciens.

A noter cependant que même si la nicotine a été suspectée d'être à l'origine de tous ces effets délétères durant la grossesse et chez le fœtus, toutes ces données ont été principalement observées chez les animaux. De ce fait, il n'existe aucune preuve convaincante à ce jour des dangers de la nicotine pure pour l'espèce humaine et des études objectivant l'absence d'effets nocifs chez l'Homme restent à faire [2].

En réalité, c'est l'ensemble des toxiques présents dans la fumée des cigarettes qui a un effet toxique lors de la grossesse. Aucune substance isolée, telle la nicotine, n'est

entièrement responsable des complications de la grossesse, mais c'est l'association des différentes substances qui agissent de façon additive ou synergique [3]. Les toxiques les plus préoccupants pour la femme enceinte sont le monoxyde de carbone (CO), les substances oxydantes (goudron, oxydes d'azote etc.), le cyanure d'hydrogène, le cadmium, le chrome, l'arsenic, le nickel, le plomb etc.. Ainsi, le monoxyde de carbone est le toxique le plus impliqué. Cela a été prouvé par une exposition accidentelle au CO qui peut provoquer la mort *in utero* ou des séquelles neurologiques irréversibles [4].

Bref, le tabagisme des femmes enceintes est devenu un problème de santé publique et a été inscrit parmi les mesures prioritaires du Plan Cancer.

Quelles sont donc les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte retenues au cours de cette conférence de consensus et inscrites dans les recommandations ?

Les approches psychologiques et/ou comportementales peuvent être recommandées en première intention aux différentes étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher, comme par exemple :

- le conseil minimal (grade B) (voir tableau I) : il doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse ;
- l'intervention brève (grade B) ;
- l'entretien motivationnel (grade B) ;
- la thérapie comportementale et cognitive : TCC (grade B) ;
- la consultation psychologique.

Tableau I. les différents niveaux de preuve.

Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (niveau 1). Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire (niveau 2). Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve (niveau 3 ou 4). En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un consensus exprimé par le jury.

Notons que ces interventions (conseil minimal, intervention brève, conseil motivationnel) ont montré une efficacité statistiquement significative sur le taux d'arrêt du tabac par rapport à l'absence d'intervention, dans la population générale et chez la femme enceinte. Mais le conseil minimal ne semble pas aussi efficace chez la femme enceinte que chez le fumeur en général. Sur 100 femmes enceintes fumant lors de leur visite prénatale, 10 arrêtaient de fumer grâce au conseil minimal, 6 ou 7 supplémentaires y arrivaient avec un suivi plus intense (par un tabacologue) [5]. De même chez la femme enceinte, la TCC n'a pas montré une efficacité supérieure à d'autres techniques d'aide ou d'accompagnement psychologique et/ou comportemental.

Bref, on s'oriente très rapidement vers le traitement substitutif nicotinique (TSN). Les auteurs recommandent de l'instaurer le plus rapidement possible au cours de la grossesse, même en association avec une approche psychologique et/ou comportementale. Par ailleurs, le TSN prescrit doit être personnalisé avec une dose de nicotine et une répartition sur le nyctémère suffisants pour obtenir et maintenir un arrêt du tabac.

Cependant, par mesure de précaution, le rapport bénéfice/risque du TSN au 3^e trimestre de la grossesse est à apprécier au cas par cas, car bien que le TSN ne soit probablement pas sans risque, ce risque est très négligeable par rapport à celui associé au tabagisme si la femme enceinte continue de fumer pendant sa grossesse. La nicotémie sous TSN est 2 à 3 fois moins élevée que la nicotémie liée au tabagisme. En tout état de cause, le TSN qui n'apporte que de la nicotine, évite la toxicité des autres composants de la fumée de cigarette, en particulier le CO.

Toutefois, remarquons que l'intérêt de l'utilisation du TSN repose sur une seule étude clinique qui a évalué l'efficacité du TSN chez la femme enceinte en comparant timbre transdermique actif et timbre transdermique placebo. Le pourcentage d'arrêt pour les femmes traitées par patch actif était de 28 % et 25 % avec le patch placebo ; et respectivement 15 % et 14 % un an après la naissance de l'enfant ! Bref, le TSN n'a pas fait la preuve d'une efficacité supérieure en terme

de pourcentage d'arrêt, mais il semblerait selon les auteurs que l'observance ait été insuffisante dans les 2 groupes étudiés. En revanche, le poids moyen des enfants nés après 37 SA était significativement plus élevé dans le groupe traité par TSN que dans celui traité par placebo. La faible efficacité du TSN sur l'arrêt du tabac pourrait être due au métabolisme plus rapide de la nicotine chez la femme enceinte. Il se peut qu'un traitement standard (15 mg sur 16 heures) ne soit pas suffisant chez les femmes fortement dépendantes au tabac [6].

Terminons avec le dernier produit sur le marché : le bupropion (Zyban®). Selon les recommandations de l'Afssaps publiées en 2003, le bupropion est déconseillé pendant la grossesse. Bien que les données recueillies sur un registre portant sur 668 grossesses et 333 suites de grossesse, mis en place en 1997 aux États-Unis par le laboratoire pharmaceutique fabricant, ne suggèrent pas que le bupropion soit tératogène, il existe un accord professionnel pour déconseiller sa prescription chez la femme enceinte. Notons aussi que Benowitz et Dempsey concluaient leur revue par une mise en garde contre l'utilisation du bupropion chez la femme enceinte [7].

En résumé, il semblerait que toutes les méthodes préconisées par ces recommandations ne montrent pas une réelle garantie d'efficacité et de sécurité. Mais il est impératif d'obtenir l'abstinence tabagique de ces femmes. Mettre les patchs permet essentiellement d'éliminer surtout les autres toxiques nettement plus préjudiciables à la santé du fœtus, en particulier le monoxyde de carbone et de ce fait, le bénéfice sera global sur la grossesse.

Et l'Acupuncture dans tout cela ?

Au cours de la conférence de consensus à Lille et comme nous avons pu le constater sur place, jamais l'acupuncture n'a été notifiée comme moyen antitabagique.

De ce fait, le Docteur Stéphan, ayant été mandaté par le Conseil d'Administration du Collège Français d'Acupuncture (CFA) et invité par le Professeur

Delcroix, a pu ainsi être le porte-parole de notre profession, qui comme nous l'avons dit plus haut, n'était pas du tout représentée au sein du Jury. Il a donc fait remarquer cet état de fait à l'assemblée et notifier que la conférence de consensus française de l'Anaes en 1998 [8] et surtout celle de l'AFSSAPS en 2003 [9] n'avaient pas intégré les travaux réalisés par les médecins acupuncteurs, ceux-ci n'ayant pas été invités par ailleurs. Ces différentes conférences se basaient essentiellement sur les résultats de la méta-analyse de Cochrane [10] qui concluaient à une inefficacité de l'acupuncture.

Or, la dernière méta-analyse réalisée par Castera et coll. [11] en avait mis en évidence les biais méthodologiques et surtout principalement la non-utilisation d'un essai clinique randomisé français de Vibes [12]. En introduisant ces nouvelles données, l'acupuncture offrait une efficacité statistiquement significative.

On fit remarquer au D^r Stéphan que cet ECR n'avait pas la qualité méthodologique requise. Mais si une conférence de consensus doit se borner à entériner les données ou recommandations anglo-saxonnes, autant en faire l'économie. Notons aussi qu'il est étonnant qu'une conférence de consensus française refuse de prendre en compte des données publiées en langue française.

On se doit de considérer qu'à partir du moment où des données nouvelles sont apportées, elles doivent être analysées et discutées.

Néanmoins, cette intervention n'aura pas été vaine, car l'acupuncture apparaît dans le texte des recommandations ! Pourtant au final, une impression désagréable, subsiste.

Il semble exister deux poids, deux mesures : aucune étude de niveau de preuve 1 pour les différentes techniques d'arrêt du tabagisme avec une efficacité somme toute bien faible et une sécurité non absolument prouvée, nonobstant cela, on va les recommander. L'acupuncture quant à elle, fournit une efficacité et une sécurité reconnues, et malgré tout, elle est ignorée !



D^r Jean-Marc Stéphan,
✉ jean-marc.stephan@acudoc2.org
D^r Christian Prulière,
✉ christian.pruliere@wanadoo.fr

Références

1. Texte des recommandations. Conférence de consensus. Grossesse et tabac. 7 et 8 octobre 2004. Lille (Grand Palais) Available from: URL: <http://www.anaes.fr/>
2. Le Houezec J. Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? Quelles sont les différentes techniques efficaces d'aides à l'arrêt du tabac ? Proceedings of the Conférence de consensus Grossesse et Tabac, 7 et 8 octobre 2004; Lille France 2004; p.191-208.
3. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf* 2001;24(4):277-322.
4. Koren G, Sharav T, Pastuszak A, Garrettson LK, Hill K, Samson I, Rorem M, King A, Dolgin JE. A multicenter, prospective study of fetal outcome following accidental carbon monoxide poisoning in pregnancy. *Reprod Toxicol* 1991;5(5):397-403.
5. Coleman T. ABC of smoking cessation. Special groups of smokers. *BMJ* 2004 Mar 6;328(7439):575-7.
6. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):967-71.
7. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 2:S189-202.
8. ANAES. Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac. Paris: Editions EDK; 1998.
9. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac – argumentaire. Mai 2003.
10. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
11. Castera Ph, Nguyen J, Gerlier JL, Robert S. L'acupuncture est-elle bénéfique dans le sevrage tabagique, son action est-elle spécifique ? Une méta-analyse. *Acupuncture et Moxibustion* 2002;1(3-4):76-85.
12. Vibes J. Essai thérapeutique sur le rôle de l'acupuncture dans la lutte contre le tabagisme. *Acupuncture* 1977;51:13-20.

A propos du point auriculaire Ganglion Stellaire

Yves Rouxville

Pour la localisation du ganglion stellaire, j'ai toujours appris, lu et enseigné qu'il est situé au mur de la conque. Le mur est une bandelette plate (ni convexe ni concave), séparant l'anthélix et la conque. Très précisément, il est en regard de la représentation de la charnière cervico-thoracique (à l'extrémité de la flèche en figure 1), sur le rayon C7-T1 (l'axe reliant le point zéro et C7-T1).

En rappel, la localisation de chaque vertèbre sur l'anthélix n'est pas ponctuelle : elle se situe dans un rectangle d'environ 2 mm de large. Le dermatome T1 n'est donc pas une ligne, mais un secteur de 3 à 4 degrés (les deux traits en figure 1).

Marco Romoli [1] a choisi de travailler sur le sectorgramme (l'oreille divisée en 40 secteurs de 9°). Cette façon géniale de regrouper environ deux dermatomes est, au plan pédagogique, la meilleure façon

de présenter les localisations sans risque d'erreur ! On notera, en figure 2, le secteur 13 (C7-T1) et le secteur 17 (Darwin).

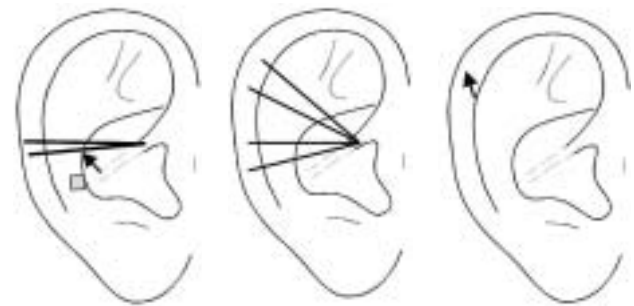


Figure 1.
Ganglion stellaire
et son dermatome.

Figure 2.
Les secteurs 13 et
17 de Romoli.

Figure 3.
Darwin
(point-maître).

Le point décrit par Michel Marignan [3] n'est pas situé à l'oreille externe : il est postérieur, au niveau du tubercule de Darwin. Or, Paul Nogier avait décrit [2] le "point maître de Darwin", avec cette indication "pour tous les troubles douloureux des membres" (figure 3).

La majorité des points agissant sur les contractures musculaires sont situés à la partie postérieure de