

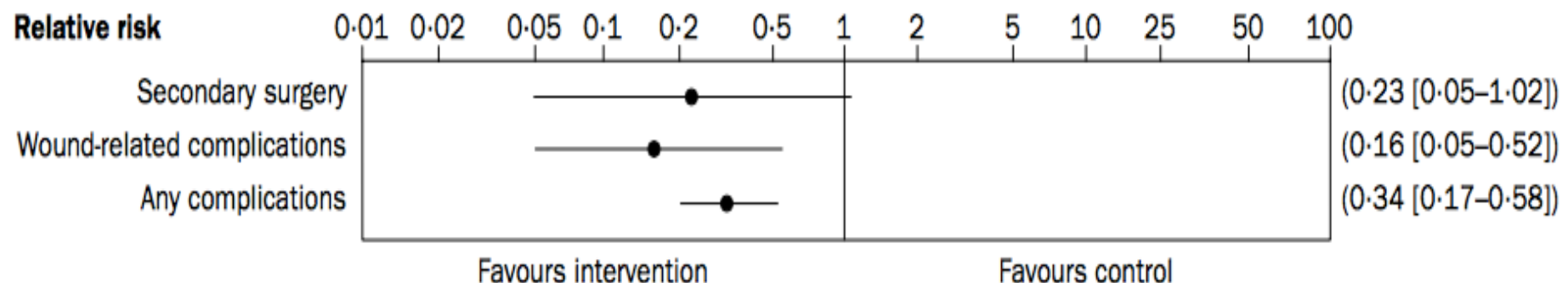
Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial

120 patients, 6 à 8 semaines d'intervention par prise en charge et substitution

Ann M Møller, Nete Villebro, Tom Pedersen, Hanne Tønnesen

Interpretation An effective smoking intervention programme 6–8 weeks before surgery reduces postoperative morbidity, and we recommend, on the basis of our results, this programme be adopted.

Lancet 2002; **359**: 114–17



	Smokers	Reduced cigarette use	p*	Stopped smoking	p†
Complications					
Wound	12 (26%)	7 (27%)	0.98	0	0.0004
Any	20 (44%)	12 (46%)	0.89	4 (10%)	0.001

Smoking and the Risk of Mortality and Vascular and Respiratory Events in Patients Undergoing Major Surgery

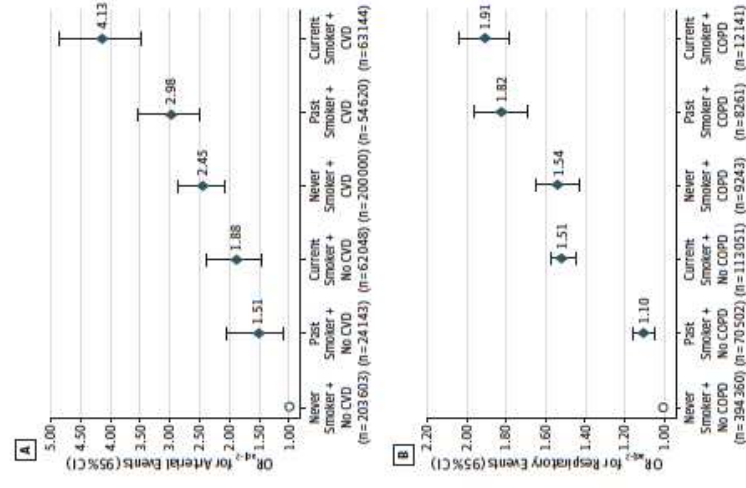
Khaled M. Musallam, MD, PhD; Frits R. Rosendaal, MD, PhD; Ghazi Zaatari, MD; Assaad Soweid, MD; Jamal J. Hoballah, MD; Pierre M. Sfeir, MD; Salah Zeinelddine, MD; Hani M. Tamim, PhD; Toby Richards, MD; Donat R. Spahn, MD; Luca A. Lotta, MD, PhD; Flora Peyvand, MD, PhD; Faek R. Jamali, MD

RESULTS The sample included 125 192 current (20.6%) and 78 763 past (13.0%) smokers. Increased odds of postoperative mortality were noted in current smokers only (odds ratio, 1.17 [95% CI, 1.10-1.24]). When we compared current and past smokers, the adjusted odds ratios were higher in the former for arterial events (1.65 [95% CI, 1.51-1.81] vs 1.20 [1.09-1.31], respectively) and respiratory events (1.45 [1.40-1.51] vs 1.13 [1.08-1.18], respectively). No effects on venous events were observed. The effects of smoking mediated through smoking-related disease were minimal. The increased adjusted odds of mortality in current smokers were evident from a smoking history of less than 10 pack-years, whereas the effects of smoking on arterial and respiratory events were incremental with increased pack-years.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Smoking cessation at least 1 year before major surgery abolishes the increased risk of postoperative mortality and decreases the risk of arterial and respiratory events evident in current smokers. These findings should be carried forward to evaluate the value and cost-effectiveness of intervention in this setting. Our study should increase awareness of the detrimental effects of smoking—and the benefits of its cessation—on morbidity and mortality in the surgical setting.

JAMA Surg. 2013;148(8):755-762. doi:10.1001/jamasurg.2013.2360
Published online June 19, 2013.

Figure 1. Odds Ratios Adjusted for Potential Confounders and Mediators Described in Table 2 (OR_{adj}) for 30-Day Postoperative Arterial and Respiratory Events for the 3 Smoker Groups (Past, Current, and Never)



Original Investigation

Smoking and the Risk of Mortality and Vascular and Respiratory Events in Patients Undergoing Major Surgery

Khaled M. Musallam, MD, PhD; Frits R. Rosendaal, MD, PhD; Ghazi Zaatari, MD; Assad Sowaid, MD; Jamal J. Hoballah, MD; Pierre M. Sfeir, MD; Salah Zeineldine, MD; Hani M. Tamim, PhD; Toby Richards, MD; Donat R. Spahn, MD; Luca A. Lotta, MD, PhD; Flora Peyvand, MD, PhD; Faek R. Jamali, MD

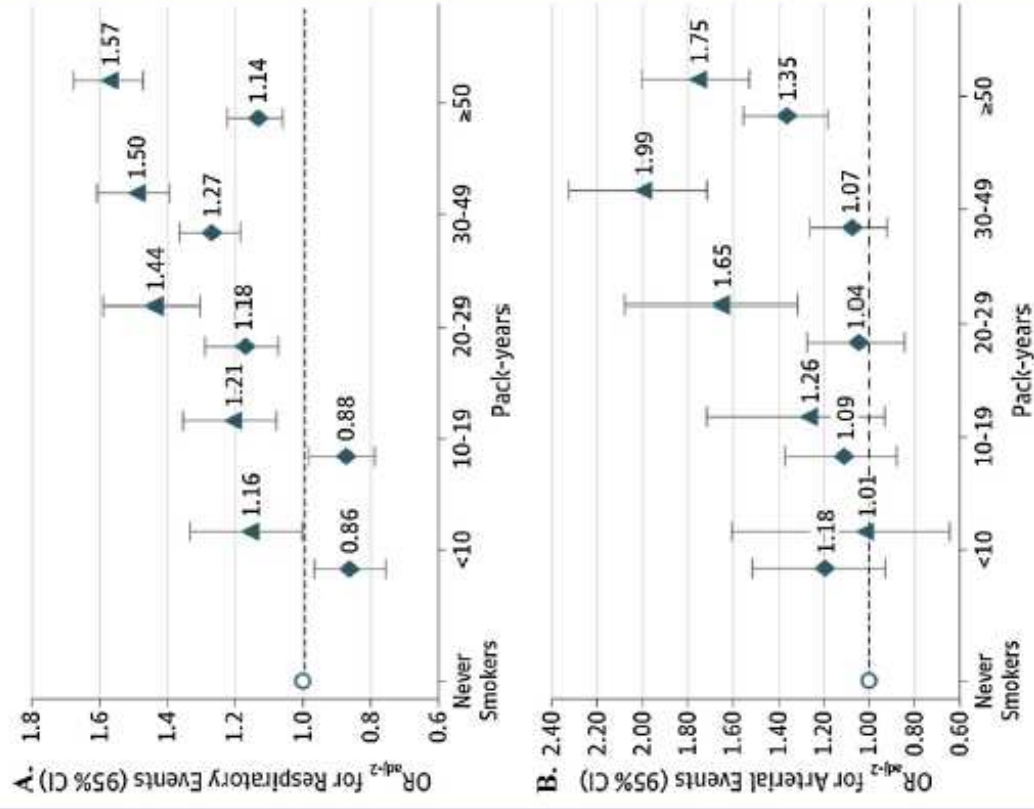


Figure 1. Risques relatifs pour les fumeurs actifs et anciens fumeurs, après ajustement pour les potentiels facteurs confondants ; les non-fumeurs sont le groupe référence. Le tabagisme est exprimé en PY (paquets-années). A. Complications respiratoires. B. Complications vasculaires d'après Musallam et al. [2].

Les fumeurs sevrés de longue date

- Risque moindre
- Et non différent de celui des non fumeurs même si tabagisme important

Jeûne tabagique



**Le jeûne tabagique doit être recommandé selon les mêmes règles que le jeûne alimentaire :
« Ne pas manger, ne pas boire et ne pas fumer avant une intervention ».**

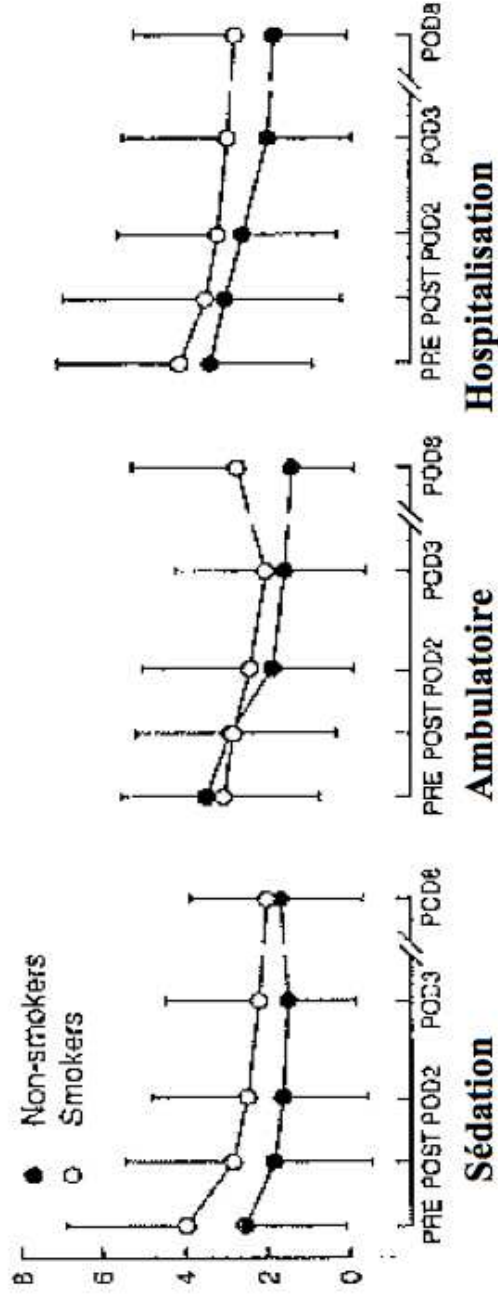
Imposer un jeûne tabagique de 12h avant une intervention

Pour rappel : 6h pour les solides et 2h pour les liquides clairs

Le tabagique est stressé...

Mais le sevrage préopératoire ne le majeure pas le stress

Score de Stress



La substitution nicotinique préopératoire ne modifie pas les paramètres de stress

Warner et coll. Anesthesiology 2004

Le patient a craqué... il a fumé avant l'intervention

Le tabagisme « aigu » :

- Ne modifie pas le volume du résidu gastrique

- Diminue le transport en O₂ (HbCO)

- Pas de surrisque d'inhalation

→ Rien ne justifie de le déprogrammer

- Rupture du contrat moral ?

Agitation post-opératoire: pensez au syndrome de sevrage nicotinique

- Des délires postopératoires et en réanimation ont été rapportés à des syndromes de sevrage nicotinique.
- Les symptômes peuvent survenir à distance de l'arrêt du tabac.
- La substitution nicotinique conduit rapidement à l'amendement du tableau.

La substitution nicotinique chez les patients de soins intensifs : Est-ce dangereux?

« Our study shows that nicotine replacement therapy is associated with increased hospital mortality in critically ill patients : odds ratio 23,4 (3,6-167) »

Lee AH et al
Crit Care Med 2007, 35 : 1517-1521

Prudence

En conclusion :

- Le tabagisme est un problème d'abord pour le patient, pour le médecin anesthésiste réanimateur mais peut-être et surtout pour le chirurgien.
- Le patient fumeur doit toujours être encouragé à arrêter de fumer en préopératoire.
- La structure des programmes d'aide au sevrage au cours de la période préopératoires doit être précisée et évaluée