

TABAGISME PERI-OPERATOIRE  
QUELS RISQUES ?  
QUELLE PRISE EN CHARGE ?

CONFERENCE D'EXPERTS 2005

## QUELQUES CHIFFRES:

- 30 % de la population française consomme du tabac
- Chaque année en France 8 millions de patients bénéficient d'une anesthésie.
- 2 millions d'interventions concernent des fumeurs.
- Fumer est responsable de pathologies pouvant conduire à une intervention.
- Fumer du tabac augmente de façon significative les complications péri-opératoires.

# COMPLICATIONS LIEES AU TABAC

- En dehors de toute intervention le tabagisme double le risque de pneumopathie à pneumocoque, de légionellose, de tuberculose, de surinfection de BPCO, et de méningite bactérienne.
- Le tabagisme augmente le risque de complications générales:  
x3 du risque infectieux et coronaire,  
x2 du risque d'être transféré en réanimation et de complications respiratoires immédiates.
- Le tabagisme augmente le risque des complications chirurgicales:  
x2-4 de complication de cicatrice ou d'éventration après laparotomie,  
de médiastinite,  
de lâchage de suture digestive,  
de thrombose de prothèse vasculaire,  
de retard de consolidation osseuse.

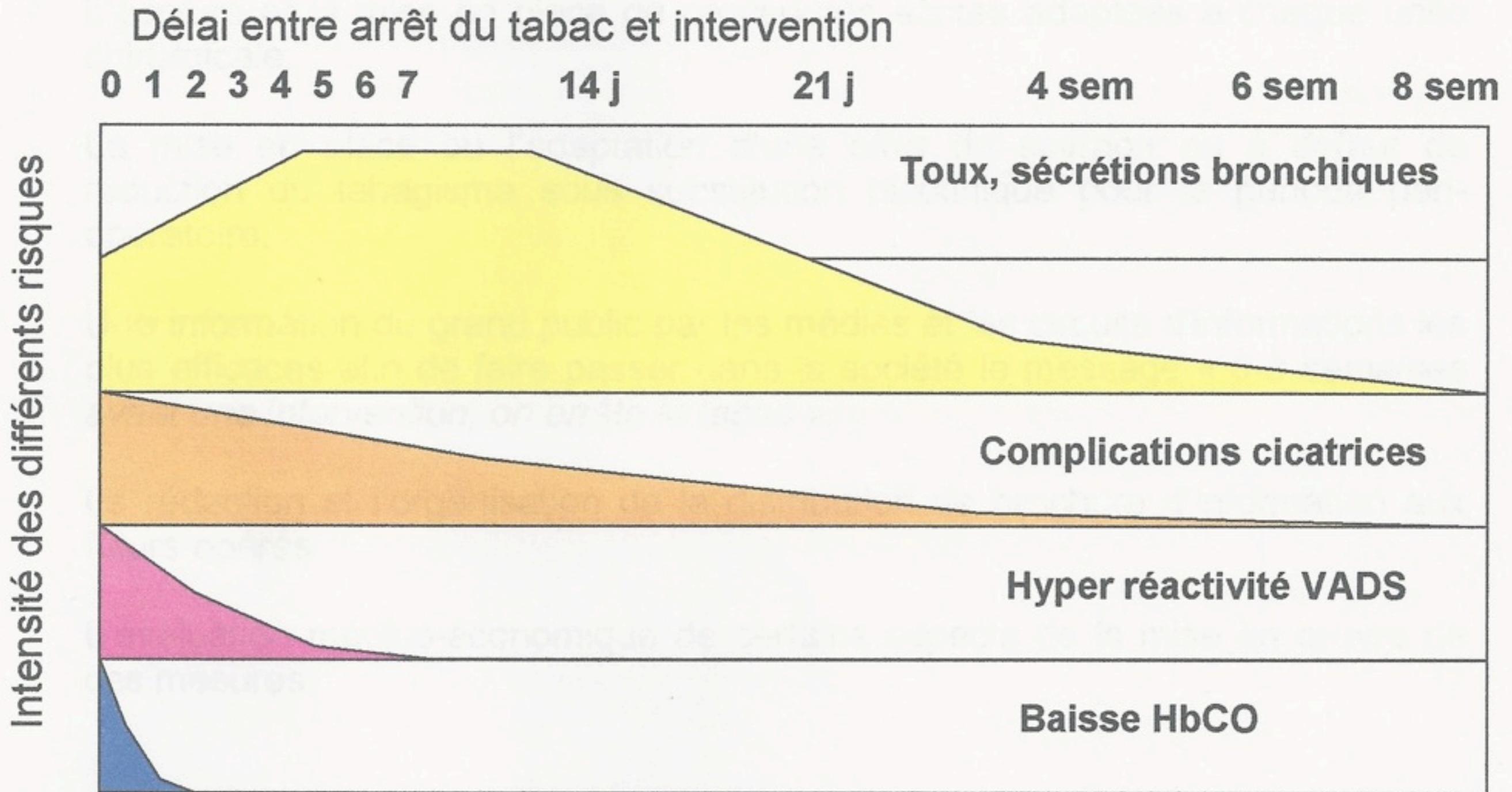
# BENEFICES PROUVES DE L'ARRET PERI-OPERATOIRE DU TABAC

- Arrêt du tabac 6-8 semaines avant intervention: disparition du risque opératoire lié au tabac.
- Arrêt du tabac 3-4 semaines avant intervention: apporte un bénéfice.
- Arrêt du tabac < 3 semaines avant intervention: diminution des complications du site opératoire et cardio-vasculaire; **risque controversé** de majoration transitoire des complications respiratoires lors d'un arrêt 1 à 2 semaines avant intervention.
- Arrêt du tabac 12-48 h avant intervention: baisse du CO circulant et donc meilleure oxygénation.
- Poursuite de l'arrêt du tabac en post opératoire :  
2-4 semaines pour la cicatrisation, et  
2-4 mois pour la consolidation osseuse.

# PARTICULARITES DE L'ANESTHESIE CHEZ LE FUMEUR

- Le tabagisme augmente le risque de survenue de complications respiratoires et cardio-vasculaires au cours de l'anesthésie.
- Pas de différence sur le volume et le pH gastrique entre un fumeur arrêtant le tabac la veille de l'intervention et le non-fumeur.
- Le jeûne tabagique permet une meilleure oxygénation du fait de la diminution du CO circulant.
- La rupture du jeûne tabagique n'est pas une contrindication formelle à l'anesthésie.
- Après un sevrage tabagique l'hyper-réactivité des voies aériennes supérieures commence à s'améliorer après 48h.
- Dans la plupart des études, un sevrage tabagique récent non substitué s'accompagne d'une augmentation des besoins en antalgiques.

*Présentation schématique de la cinétique d'accentuation et de régression des principales conséquences du tabagisme lors d'une intervention.*



# ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME

- 2 enquêtes: une auprès des **soignants**, une auprès des **patients**.
- 475 soignants et 124 patients
- Enquêtes dans les services hospitaliers dans lesquels exercent les experts.
- Questionnaires distribués à un auditoire captif (exhaustivité des réponses)
- 32% anesthésistes, 24% IDE, 15% chirurgiens, 6% généralistes, 5% pneumologues.
- 86% des cas intervention programmée.

**Tableau 1 :** Réponse à la question « qui vous a demandé si vous fumez ? » posée aux patients et questions « demandez-vous aux patients s'il fume avant une chirurgie programmée » (somme des réponses « toujours » et « souvent »). La discordance des réponses est le rapport des réponses des patients sur celles des soignants.

<b>Demande si fume ?</b>	<b>Médecin généraliste</b>	<b>Médecin spécialiste</b>	<b>Anesthésiste</b>	<b>Chirurgien</b>	<b>Infirmière</b>
<b>Selon le soignant</b>	23%	15%	36%	21%	6%
<b>Selon le patient</b>	3%	2%	20%	8%	4%
<b>Concordance des 2 réponses</b>	15%	13%	54%	40%	63%

**Tableau II :** Conseil de substitution nicotinique donné par les différents soignants selon l'enquête patient (n=40 fumeurs) et l'enquête soignant (n= 344 soignants ayant répondu à ces questions).

Conseillent substituts	MG	Spécialiste	Anesthésiste	chirurgien	infirmière
selon patient	10%	0%	3%	5%	0%
selon soignant	2%	20%	15%	6%	4%

Parmi les fumeurs de l'enquête qui déclarent avoir arrêté de fumer pour l'intervention chirurgicale, la moitié a reçu le conseil d'utiliser les substituts nicotiniques par leur médecin généraliste, l'autre moitié par l'anesthésiste ou le chirurgien.

Il faut cependant noter que les questionnaires destinés aux patients et ceux destinés aux soignants ont été distribués dans les services où exercent les experts, ce qui peut être considéré comme un biais car au moins un des membres de l'équipe soignante est impliqué dans la thématique du tabagisme péri-opératoire.

# QUELLE PRISE EN CHARGE?

- Substitution nicotinique cutanée et/orale.
- Bupropion si arrêt du tabac plus de 8 semaines avant l'intervention programmée. Si arrêt du tabac en cours sous bupropion, il n'y a pas lieu de modifier le traitement.
- Soutien psycho-comportemental, en particulier en période péri-opératoire.
- Chez le fumeur ne souhaitant pas ou pouvant pas arrêter le tabac: réduction du tabagisme associée à la substitution nicotinique.
- Chez l'enfant victime du tabagisme passif: conseil d'arrêt pour les parents; au minimum ne pas mettre l'enfant dans une pièce où l'on fume, ou où on a fumé dans les deux heures précédentes.