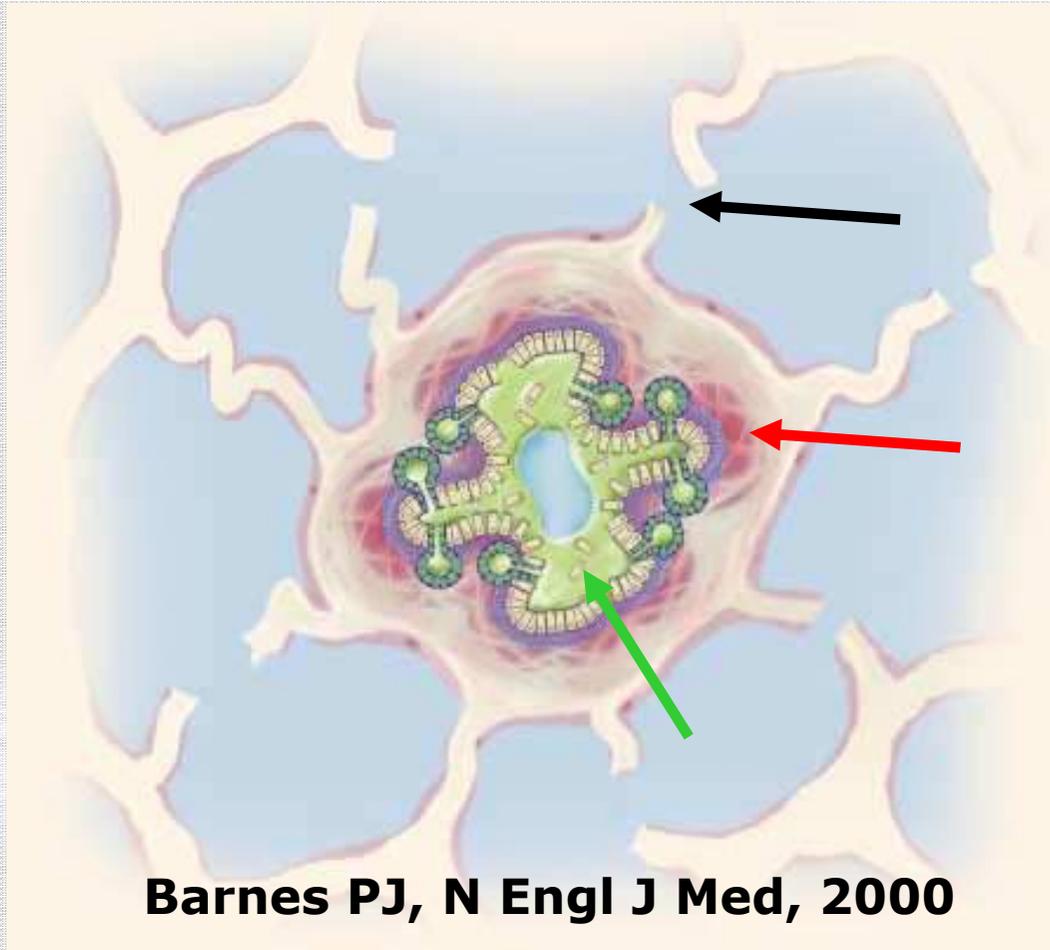


Bronchiolite tabagique et ECL

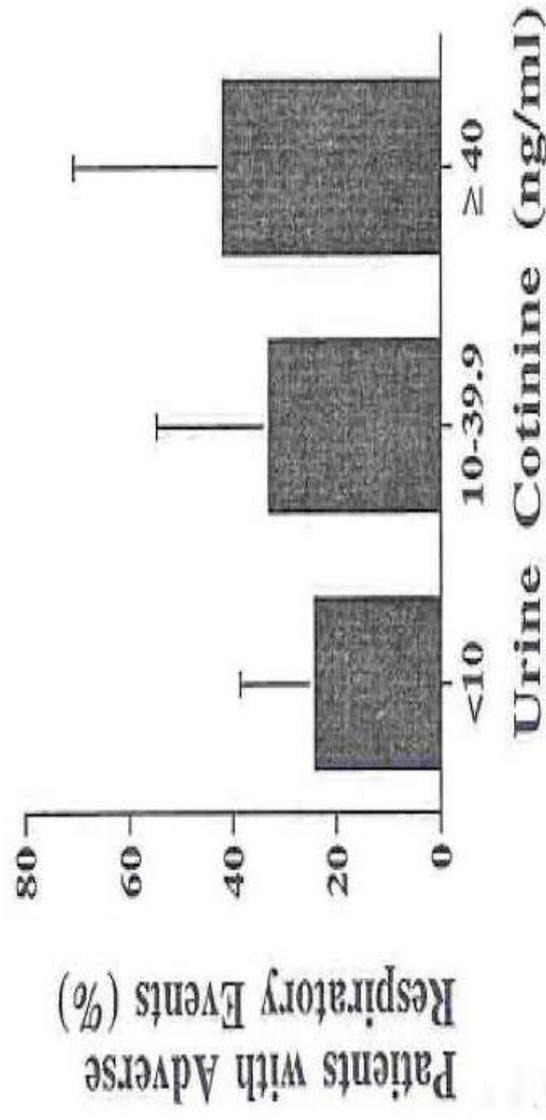


Bronchiolite du fumeur avec fibrose de la paroi bronchiolaire, rupture des attaches alvéolaires, et encombrement bronchique par le mucus

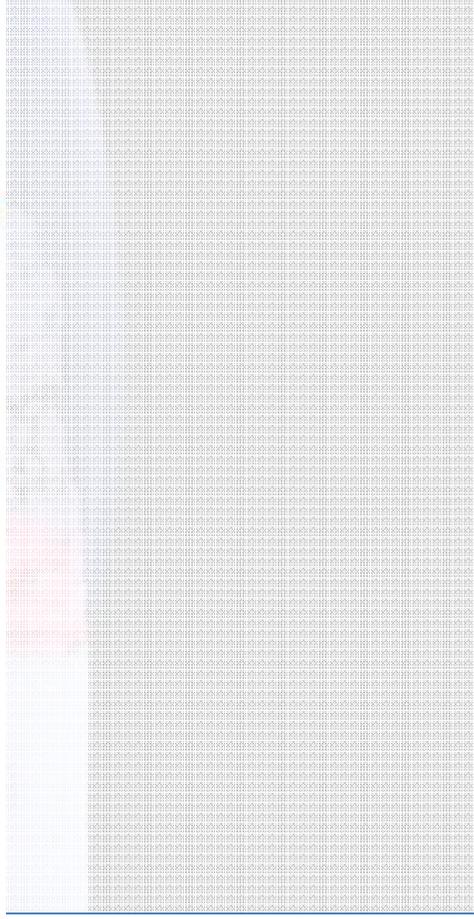
Le « classique » : effets respiratoires du tabagisme

- Le tabagisme actif augmente de 2 à 6 fois le risque de complications respiratoires postopératoires (Bluman et al, Chest 1998).
- Le seuil de majoration de la morbidité est de 20 paquets/année (Warner et al, 1989)

Relation entre le taux de cotinine urinaire chez l'enfant (reflet du tabagisme parental) et l'incidence de complications respiratoires péri opératoires



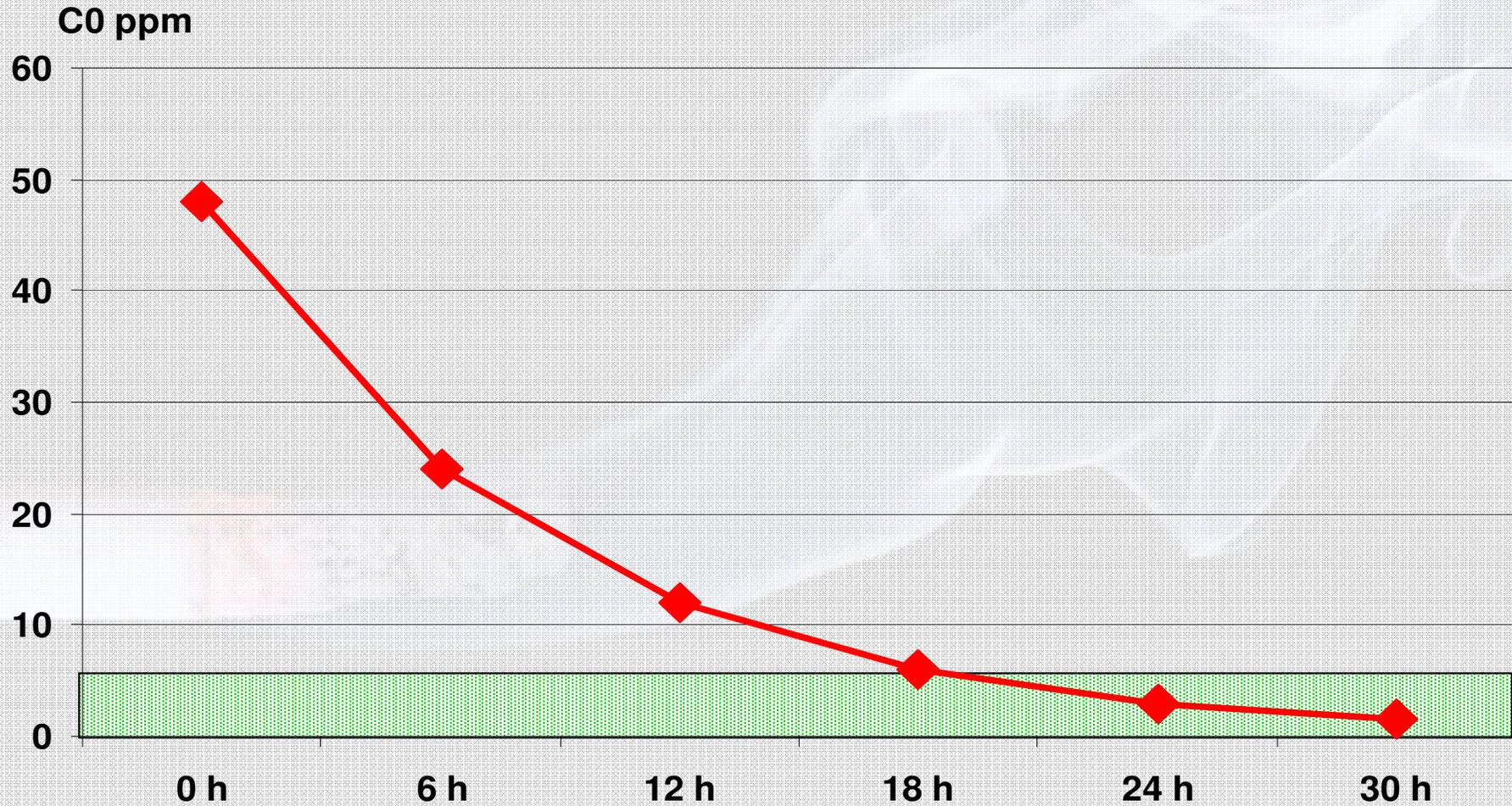
Skolnick et al. Anesthesiology 1998



Éléments pratiques de l'optimisation de la fonction respiratoire :

- **12 h - 24 h : diminution de l'HbCO, amélioration du transport de l'O₂**

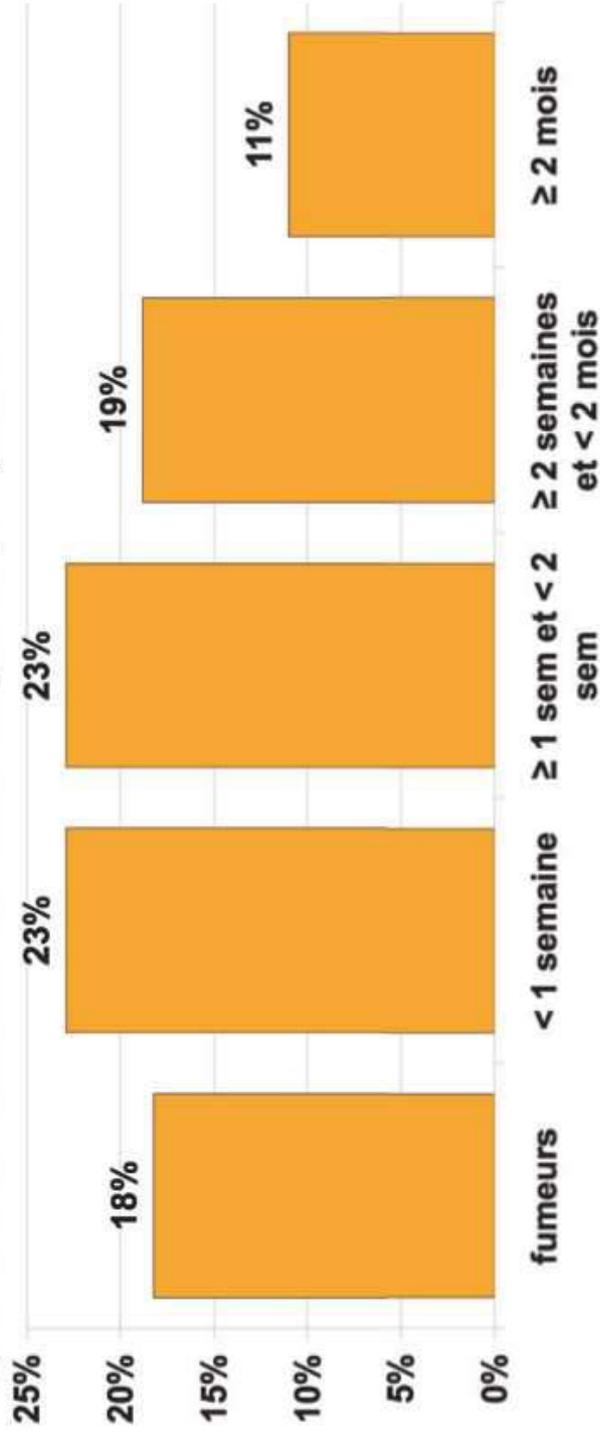
Baisse rapide du CO à l'arrêt du tabac



Éléments pratiques de l'optimisation de la fonction respiratoire :

- **12 h - 24 h : diminution de l'HbCO, amélioration du transport de l'O₂**
- **2 à 5 j : diminution de la réactivité des voies aériennes**

Augmentation de sécrétions trachéobronchiques en per opératoire

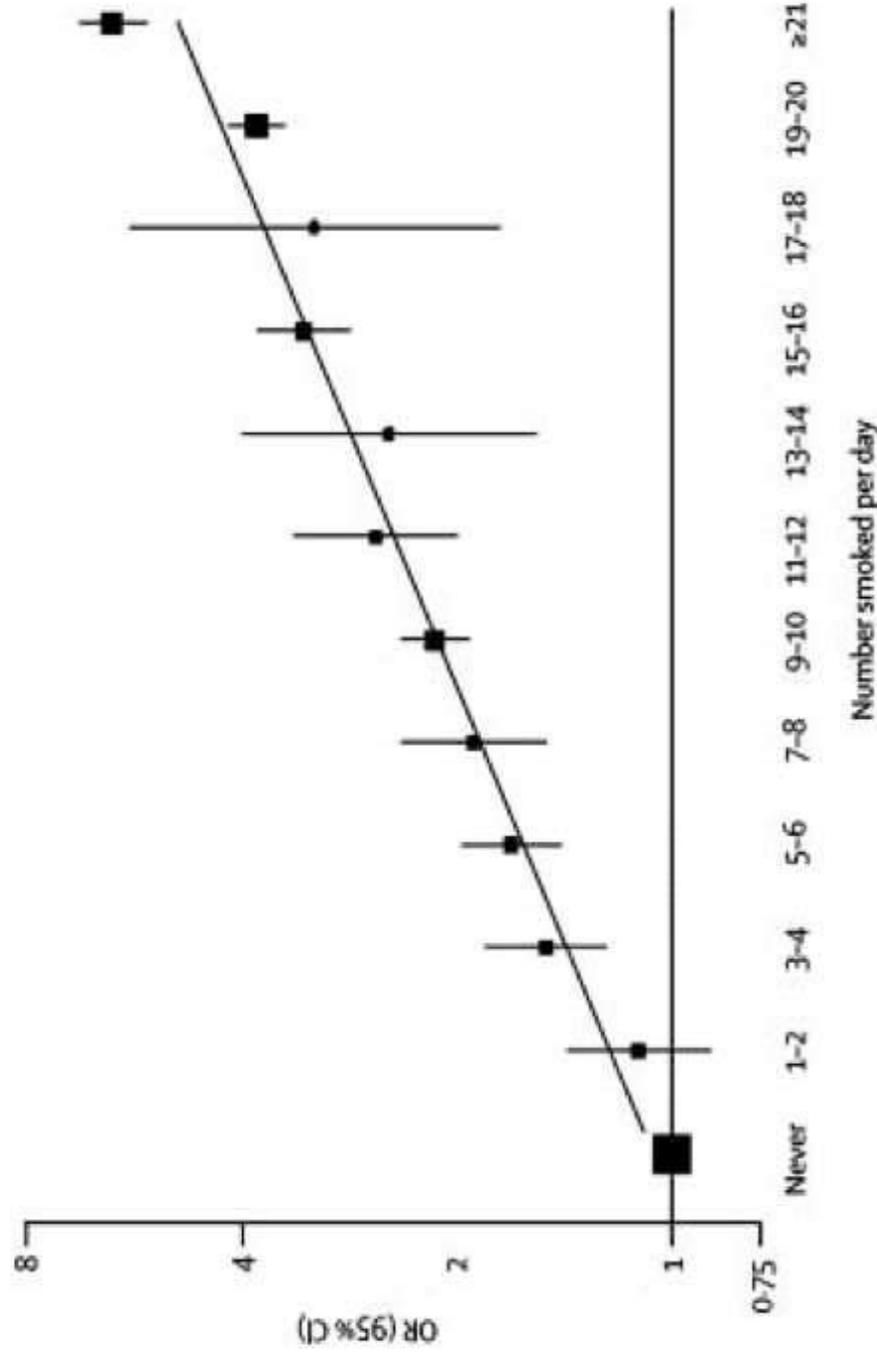


(Yamashita S, Respir Med 2004)

Éléments pratiques de l'optimisation de la fonction respiratoire :

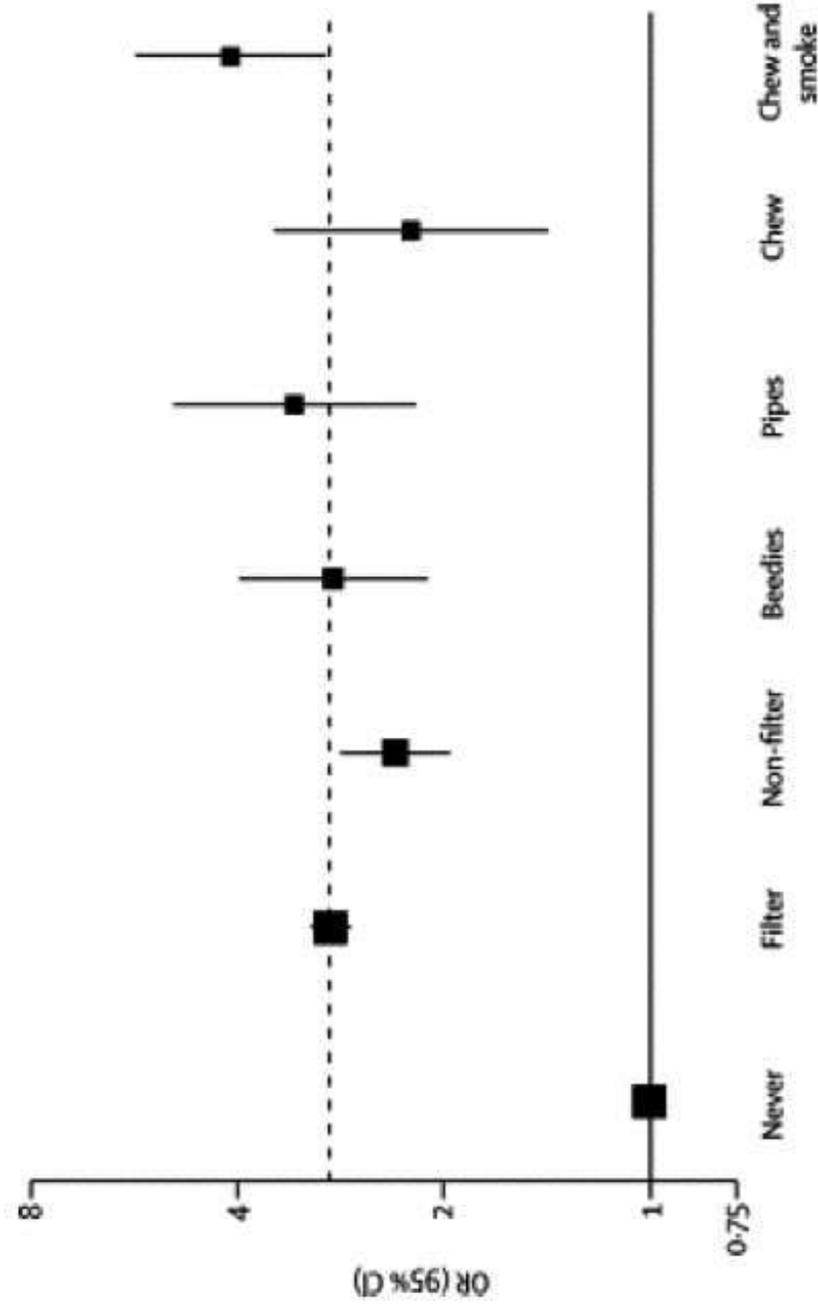
- 12 h - 24 h : diminution de l'HbCO, amélioration du transport de l'O₂
- 2 à 5 j : diminution de la réactivité des voies aériennes
- 72h à 3 semaines : RAS mais ... augmentation de la bronchorrhée et du risque chez les patients hypersécrétants (?)
- 6 - 12 semaines : réduction globale de la morbidité respiratoire postopératoire

Tabac : toxicité cardiovasculaire assurée dès la première bouffée



Téo KK Lancet 2006

Tabagisme : qu'importe le flacon !!! le risque d'IDM est le même



Téo KK Lancet 2006