

Programme de réduction préopératoire du tabagisme chez des patients dépendants

	Sevrage préopératoire	Sevrage 3 mois
Programme de sevrage N = 90	(73%)**	16 (18%)**
Prise en charge habituelle N = 57	29 (56%)	3 (5%)

Wolfenden et al, Anaesthesia 2005

Programme de réduction préopératoire du tabagisme chez des patients dépendants

- Programme intensif de sevrage positif pour 36% des patients et maintien à 1 an (33%)
- Groupe contrôle sevrage « spontané » : 2% et maintien à 1 an pour 15%
- Facteurs de risque d'échec du sevrage :
 - Obésité
 - Dépendance nicotinique élevée

- Ne pas hésiter à repousser une intervention si le patient n'est pas complètement abstinent
- Refuser l'indication si les risques sont supérieurs aux bienfaits (SAUF l'urgence et risque vital).

- Imposer le jeûne tabagique de 12H
- Au même titre que le jeûne alimentaire bien installé dans les codes de l'anesthésie

« Ne pas manger, ne pas boire et ne pas fumer avant une intervention ».

Jeûne tabagique

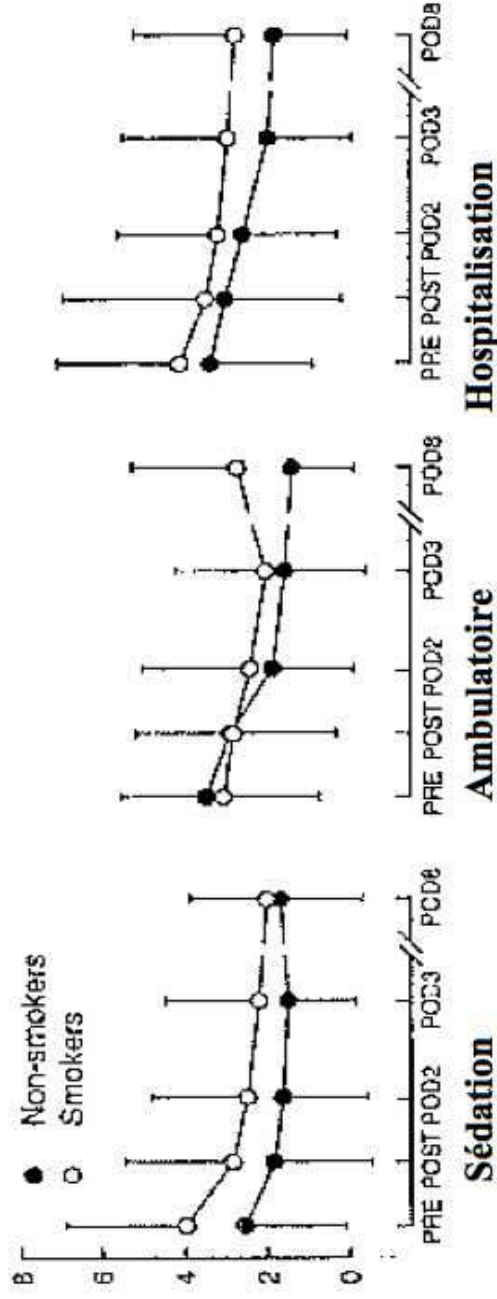


Le jeûne tabagique doit être recommandé selon les mêmes règles que le jeûne alimentaire :
« Ne pas manger, ne pas boire et ne pas fumer avant une intervention ».

Le tabagique est stressé...

Mais le sevrage préopératoire ne le majore 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 fumé ce matin!!!

- Faut-il le déprogrammer?
- Le tabagisme « aigu » :
 - ne modifie pas le volume du résidu gastrique
 - Diminue le transport en O₂
- Conférence d'experts : pas de sur-risque d'inhalation

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