



Dossier de presse

Tabagisme péri opératoire

Conférence d'experts

17 Octobre 2005

Les données sur les effets du tabagisme péri-opératoire se sont accumulées ces derniers mois : 3 fois plus de complications du site opératoire, deux fois plus de passage en unité de réanimation, allongement du temps de séjour, multiplication par 8 du risque d'absence de consolidation osseuse, alors que l'arrêt 6-8 semaines avant et poursuivit 3 semaines à 3 mois après l'intervention, fait disparaître le surrisque lié au tabagisme.

Une organisation doit rapidement être mise en place autour de toutes les unités chirurgicales afin que les 2 millions de fumeurs opérés chaque année soient pris en charge. Si la mobilisation des décideurs, des soignants et du grand public est forte, à coté du bénéfice de santé pour les opérés, les bénéfices financiers attendus de cette prise en charge des fumeurs en péri-opératoire sont énormes et permettraient de réduire significativement le déficit de l'assurance maladie dès 2006.

Contact Pr Bertrand Dautzenberg bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr 06 13 43 70 48

Communiqué de presse

Le 17 Octobre 2005, sont rendus publiques en France les conclusions de la première conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire organisée conjointement par des anesthésistes (SFAR), des chirurgiens (AFC) et des tabacologues (OFT).

L'analyse de la littérature toute récente a permis d'établir que pour les 2 millions de patients fumeurs opérés par an en France le tabagisme est responsable d'un doublement du risque d'être transféré en réanimation (RR de 2,02 à 2,86), d'un doublement ou d'un triplement du risque infectieux (RR de 2 à 3,5), d'un triplement du risque d'accident coronaire (RR de 3).

Les effets sont particulièrement désastreux sur le site opératoire où l'on note une multiplication du risque dans toutes les études :

- Complications de cicatrice après chirurgie du genou (RR de 2,4) ,
- Complications infectieuses de la cicatrice (estimation 12% vs 2% $p < 0,05$)
- Mauvaise cicatrisation à l'interface lambeaux/site receveur en chirurgie plastique (27% vs 12%),
- Risque d'éventration après laparotomie (RR de 3.93),
- Infection sternale et médiastinite en chirurgie thoracique (RR de 3)
- Les lâchages de suture digestive (RR de 3,18) et les fistules (RR de 3),
- Le risque de thrombose vasculaire (RR de 3,09),
- Le retard de consolidation osseuse (RR de 2,7 et RR de 8,1 pour les pseudarthroses).

L'ensemble des complications du site opératoire apparaît dans 3 études à 31% chez les fumeurs comparés à 5% chez les non fumeurs pour la première, 48% vs 15% pour la seconde et 39% vs 25% pour la troisième, dépendant du type de chirurgie.

Les enfants enfumés par leurs parents sont aussi touchés.

L'arrêt du tabac 6-8 semaines avant l'intervention et dans la période postopératoire fait totalement disparaître cet excès de risque pour le ramener à celui du non fumeur, réduisant pas la même la durée moyenne de séjour en chirurgie (-2 ou -3 jours) ou le risque de passage en réanimation après l'intervention. Les bénéfices économiques attendus d'une prise en charge de tous les fumeurs en péri-opératoire sont énormes et pourraient participer à une diminution immédiate et significative du déficit de l'Assurance Maladie.

Les professionnels de la chirurgie, mais aussi tous les professionnels de santé doivent se mobiliser afin que le message : « **on ne fume pas en période péri-opératoire** » passe dans la population générale, comme il est en train de passer pour les femmes enceintes dont plus de la moitié s'arrêtent de fumer à l'occasion d'une grossesse alors que seul un dixième des opérés fumeurs s'arrêtent à l'occasion d'une intervention.

Les organisateurs de la conférence d'experts vont dans les semaines qui viennent se mobiliser pour faire passer le message, aider à organiser dans chaque unité de chirurgie la prise en charge efficace et donner aux soignants et aux patients les outils de formation et d'information nécessaire. L'objectif est que rapidement 50% des fumeurs aient arrêté de fumer 6-8 semaines avant une intervention chirurgicale.

L'arrêt du tabac en péri-opératoire, Une formidable opportunité pour la santé publique et la santé individuelle.

Présentation de la problématique du tabagisme péri-opératoire

Le tabac est le seul produit de consommation courant qui tue un de ses fidèles consommateurs sur deux. Fumer est responsable de maladies pouvant conduire à une intervention chirurgicale, mais quelque soit la raison de l'intervention, la fumée de tabac est responsable d'une augmentation importante des complications péri-opératoire.

Même en dehors de toute période opératoire, le tabagisme fait plus que doubler le risque de nombreuses infections comme les pneumonies à pneumocoque, les légionelloses, la tuberculose pulmonaire, la surinfection de BPCO ou les méningites bactériennes, même chez l'enfant exposé seulement passivement à la fumée du tabac.

Par ailleurs, on sait depuis plus de 60 ans que la fumée de tabac engendre des complications générales en particulier respiratoires en péri-opératoire.

De façon plus récente, on connaît le risque de complication du site opératoire lié au tabagisme. En effet, la fumée de tabac augmente les risques d'infections, retarde la cicatrisation cutanée, la consolidation osseuse et favorise les lâchages de suture et d'anastomose digestive ou vasculaire.

Environ 30% de la population française fume « ne serait-ce que de temps en temps » du tabac. Chaque année plus de 8 millions de français subissent une anesthésie pour un acte opératoire en France, et on peut estimer que près de 2 millions d'interventions chirurgicales concernent chaque année des fumeurs.

Une intervention chirurgicale est un moment privilégié pour mieux prendre en compte sa santé. Le patient et son entourage sont, à cette occasion, particulièrement prêts à changer leur comportement pour préserver leur santé et diminuer les risques opératoires à un niveau aussi faible que possible.

Ces données sur le risque péri-opératoire du tabagisme sont insuffisamment enseignées et donc méconnues de l'ensemble des acteurs de santé concernés par la période péri-opératoire et ne sont pas, le plus souvent, intégrées dans les procédures de contrôle des facteurs de risque de cette période cruciale pour la santé. L'exposition à la fumée de tabac est un risque majeur de complications pouvant être limité par une prise en charge optimale péri-opératoire, avec un rapport efficacité/ coût élevé.

Objectifs

La conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire, première conférence d'experts sur ce thème à notre connaissance, a pour objectif de faire pour la première fois un bilan exhaustif des connaissances acquises sur les complications péri-opératoire du tabagisme, mais aussi sur le tabagisme passif chez l'enfant, les bénéfices de l'arrêt du tabagisme et l'optimisation de l'anesthésie et de la prise en charge en urgence des opérés en fonction de leur statut tabagique. De façon plus large un des objectifs est aussi de placer l'acte opératoire comme une occasion de changer durablement le comportement tabagique.

Les bénéfices d'un arrêt du tabac 6-8 semaines avant une intervention sont bien documentés et décrits par le groupe d'experts. Les bénéfices d'un arrêt plus proche de l'intervention ou d'une simple réduction du tabagisme existent mais sont moins bien documentés. Il reste des questions sans réponse nécessitant de nouvelles recherches avant de pouvoir faire des recommandations pour certains cas.

Les moyens d'aider les patients tabagiques concernés par la période péri-opératoire, et le rôle des différents professionnels de santé pendant cette période sont évoqués dans cette conférence d'experts.

Les recommandations élaborées ont pour ambition de modifier durablement les comportements des « soignants » et des « soignés » et d'augmenter la qualité de la prise en charge des patients pendant la période péri-opératoire en essayant de réduire ainsi la souffrance des patients, les complications opératoires et les coûts médicaux inhérents.

La bonne application des recommandations de la conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire (CETPO) permettra une homogénéisation et une amélioration des pratiques, tout en minimisant les coûts, réalisant ainsi une action positive pour les soignants, positive pour les soignés et positive pour le système de santé en général.

Les intervenants de cette période péri-opératoire sont apparus à l'analyse nombreux. Si l'on veut obtenir un arrêt 6-8 semaines avant l'intervention, ce sont en général les premiers acteurs de santé évoquant la possibilité d'une intervention chirurgicale (médecin généraliste ou le médecin spécialiste), qui ont un rôle majeur. Les chirurgiens et anesthésistes ont bien sûr également une place capitale dans l'information et la prise en charge du tabagisme péri-opératoire. La dissémination des recommandations dans la population générale est également nécessaire pour augmenter encore le nombre d'opérés informés sur les risques du tabagisme péri-opératoire.

Cette conférence d'experts aborde également les problèmes liés à l'anesthésie elle-même et les problèmes survenant du fait d'interventions urgentes non programmées. Ainsi de gros fumeurs fortement dépendants sevrés brutalement du tabac avant une intervention chirurgicale urgente manifestent un syndrome de manque lors de l'hospitalisation (agitation, angoisse..), alors qu'une simple substitution nicotinique pourrait éviter cet état.

De même que la prise en charge de la douleur par toutes les équipes soignantes, a connu ces vingt dernières années des progrès fulgurants en France, la prise en charge du tabagisme et des signes de sevrage ne devrait pas rester l'apanage de centres spécialisés peu nombreux, mais devenir un domaine de compétence de chacun des soignants, afin que la prise en charge minimale soit totalement intégrée à la prise en charge de routine des opérés.

Enquêtes sur la prise en charge du tabagisme péri-opératoire

Pour mieux évaluer la situation existante avant la conférence d'experts concernant la prise en charge du tabagisme péri-opératoire, le comité d'organisation a décidé de conduire 2 types d'enquêtes, une auprès des soignants et une auprès des patients.

Les enquêtes ont porté sur 628 sujets : 475 soignants dont 28 prenant en charge des enfants et 447 prenant en charge des adultes, 124 patients en période péri-opératoire et 29 parents d'enfants vus en période péri-opératoire. Ces questionnaires ont été distribués et récupérés dans les services hospitaliers où travaillent les experts de la conférence ou lors de séances d'enseignement post universitaire (EPU) faites par les experts. Dans tous les cas, les questionnaires ont été distribués à un auditoire captif afin d'assurer l'exhaustivité des réponses. Les questionnaires sont tous anonymes.

Les soignants ayant répondu à l'enquête sont dans 32% des cas des anesthésistes, 24% des infirmières, 15% des chirurgiens, 6% des médecins généralistes, 5% des pneumologues, 4% des cadres infirmiers et 8% d'autres médecins. Parmi eux 36% exercent en CHU, 37% en CHG, 27% dans d'autres hôpitaux et en clinique. Au total 41% des soignants répondent qu'ils demandent aux patients de ne pas fumer que la chirurgie soit programmée ou non et ambulatoire ou non.

Globalement les substituts nicotiques sont recommandés dans 59% des cas où l'on recommande l'arrêt. Pour les hospitalisations urgentes, 53% des soignants proposent des substituts nicotiques. Le fumeur est confié à un tabacologue dans seulement 36% des cas. Une procédure de prise en charge des fumeurs existe dans 58% des cas dans les services des soignants interrogés. Les soignants se disent dans 52% des cas assez mal ou non formés sur le tabagisme péri-opératoire.

L'enquête portant sur les opérés a concerné dans 86% des cas une intervention programmée. Parmi les patients interrogés, 22% sont fumeurs actifs au moment de l'intervention, 2% ont arrêté de fumer du fait de l'intervention, 15% se disent ex fumeurs et 1% sont des fumeurs occasionnels. La majorité des fumeurs (53%) se dit prêt à arrêter de fumer dans le mois, ce qui est un chiffre beaucoup plus élevé que dans la population générale (quatre fois moindre). Si la majorité des patients répond que le tabagisme peut augmenter les complications opératoires, les fumeurs ne sont que 32% à dire que c'est « sûrement vrai », alors que les non fumeurs sont 66% à donner cette réponse.

La réponse des patients concernant l'information et l'aide reçues sur le tabagisme est discordante de celle des soignants (tableau I).

Selon le questionnaire soignant, 36% des anesthésistes, 23% des médecins généralistes, 21% des chirurgiens, 15% des médecins spécialistes et 6% des infirmières disent « toujours » ou « souvent » demander aux patients s'ils fument avant une intervention programmée.

Selon les opérés un anesthésiste leur a demandé dans 20% des cas s'il fumait, un médecin généraliste dans 3% des cas, un chirurgien dans 8% des cas, un médecin spécialiste dans 2% des cas et une infirmière dans 4% des cas.

Tableau I : 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.

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

Selon les opérés, des conseils précis pour ne pas fumer ont, dans aucun cas, été donnés par une infirmière. L'anesthésiste ne les a donnés que dans 3 % des cas et le chirurgien dans 5% des cas. Selon les soignants, c'est le médecin généraliste et le médecin spécialiste qui ont le plus souvent donné ces conseils (tableau II).

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).

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.

CONFÉRENCE D'EXPERTS TABAGISME PÉRI-OPÉRATOIRE

PROMOTEURS

Association Française de Chirurgie _ AFC
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation _ SFAR
Office Français de prévention du Tabagisme _ OFT

COPROMOTEURS

Association Française d'Urologie _ AFU _ Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique _ SOFCOT _ Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français _ CNGOF _ Société de Pneumologie de Langue Française _ SPLF _ Société française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire _ SFCTC _ Société française de Cardiologie _ SFC _ Société française de Santé Publique _ SFSP _ Société française de Tabacologie _ SFT _ Réseau Français Hôpital sans Tabac _ RHST _ Réseau Européen Hôpital sans Tabac _ ENSH _ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris _ APHP

COMITE D'ORGANISATION

Dr Robert COHENDY (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Nîmes _ robert.cohendy@chu-nimes.fr _ Pr Bertrand DAUTZENBERG (Pneumologue-Tabacologue, OFT), Paris _ bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr _ Pr François DESGRANDCHAMPS (Urologue, AFU), Paris _ francois.desgrandchamps@sls.ap-hop-paris.fr _ Pr Bertrand DUREUIL (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Rouen _ bertrand.dureuil@chu-rouen.fr _ Pr François GAYRAL (Chirurgien viscéral, AFC), Paris _ francois.gayral@bct.aphp.fr _ Dr Claire LÉPOUSE (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Reims _ clepouse@chu-reims.fr _ Pr Alain Charles MASQUELET (Chirurgien orthopédique, SOFCOT), Avicenne _ alain-charles.masquelet@avc.aphp.fr _ Dr Laura MUNOZ (Médecin généraliste-Tabacologue, OFT), Paris _ lmunoz@oft-asso.fr _ Pr François PERROTIN (Gynécologue-Obstétricien, CNGOF), Tours _ franck.perrotin@med.univ-tours.fr _ Pr Marc RIQUET (Chirurgien thoracique, SFCTC), Paris _ marc.riquet@hgp.aphp.fr _ Dr Valéry TROSINI-DESERT (Pneumologue-Tabacologue, OFT) _ valery.trosini-desert@psl.ap-hop-paris.fr

Synthèse des conclusions

QS1 Quels sont les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale ?

Chaque année 8 millions de patients subissent une anesthésie en France et près de 2 millions d'interventions chirurgicales concernent des fumeurs.

Il est établi que le tabagisme péri-opératoire chez l'adulte :

- Augmente le risque de complications générales (triplement du risque infectieux et coronaire, doublement du risque d'être transféré en réanimation et de faire des complications respiratoires immédiates.)
- Augmente le risque des complications chirurgicales (2 à 4 fois plus de complications de cicatrice, de risque d'éventration après laparotomie, de médiastinite, de lâchage de suture digestive, de thrombose de prothèses vasculaires, de retard de consolidation osseuse).

De même chez l'enfant, il existe une relation entre l'intensité du tabagisme passif et la fréquence des complications respiratoires en chirurgie ORL. Cette augmentation des complications péri-opératoires augmente la durée globale d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie lourde d'une durée de 2 à 3 jours.

QS2 Quels sont les bénéfices prouvés de l'arrêt pré-opératoire du tabac ?

Les fumeurs sevrés de longue date ont un risque opératoire moindre que les fumeurs et non différent de celui des non fumeurs.

- **Un arrêt du tabagisme 6-8 semaines** avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac.
- **Un arrêt un peu plus tardif 3-4 semaines** avant l'intervention apporte sur tous les paramètres opératoires un bénéfice.
- **Un arrêt moins de 3 semaines** avant l'intervention est globalement bénéfique car la diminution documentée des complications au niveau du site opératoire et cardiovasculaire relativise le risque controversé de majoration transitoires des complications respiratoires lors d'un arrêt une à 2 semaines avant une intervention.
- **Un arrêt même 12-48 heures** avant une intervention permet une baisse du CO circulant et donc une meilleure oxygénation.
- **La poursuite de l'arrêt du tabac** durant le temps nécessaire à la cicatrisation (2-4 semaines) et éventuellement à la consolidation osseuse (2-4 mois) favorise les suites opératoires.
- Le conseil d'une simple réduction de la quantité de tabac fumé sans substitution nicotinique avant une intervention n'est pas recommandé.

QS3 Comment prendre en charge un fumeur en pré-opératoire d'une chirurgie programmée ?

Dès l'annonce d'une chirurgie, tout soignant (médecins, paramédicaux) doit mettre en oeuvre les moyens à sa disposition pour aider le fumeur à s'arrêter de fumer. Il peut soit prendre lui-même le fumeur en charge soit l'adresser à un spécialiste (notamment, consultation de tabacologie). En période péri-opératoire, les outils diagnostiques et l'évaluation de l'arrêt du tabac sont les mêmes outils standards que ceux utilisés en dehors de ce contexte (notamment, auto-questionnaires, mesure du CO expiré).

Les outils de traitement sont ceux recommandés par l'Afssaps :

- Les substituts nicotiques par voie transdermique ou orale qui double environ les chances d'arrêt.
- Le bupropion peut être utilisé dans les conditions ordinaires pour un arrêt programmé plus de 8 semaines avant l'intervention.
- Si un arrêt est en cours sous bupropion lors d'une intervention, il n'y a pas lieu de modifier le traitement d'aide à l'arrêt.
- Un soutien psycho comportemental est particulièrement nécessaire en période péri-opératoire.
- Les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt (Tabac Info Service 0825 309 310) peuvent apporter une aide (conseils et suivi).

Chez un fumeur qui ne veut ou ne peut s'arrêter, la réduction du tabagisme avec prise simultanée de substituts nicotiques peut être un premier pas vers l'arrêt en réduisant la quantité de fumée inhalée et le taux de CO dans l'organisme.

Chez l'enfant, le tabagisme passif est facteur d'aggravation du risque opératoire, aussi les parents des enfants seront interrogés sur leur tabagisme et sur l'exposition de l'enfant au tabagisme passif au domicile et lors des déplacements en voiture.

On proposera aux parents de préférence l'arrêt, à défaut la réduction du tabagisme, au pire la simple protection de l'enfant en ne mettant jamais l'enfant dans une pièce où l'on fume, où l'on a fumé dans les deux heures précédents.

Les fumeurs ayant arrêté de fumer en vue de la chirurgie doivent bénéficier en hospitalisation de la poursuite des traitements initiés auparavant pour l'arrêt.

Les fumeurs en réduction du tabagisme avant hospitalisation doivent se voir proposer un arrêt complet durant l'hospitalisation en augmentant éventuellement la substitution nicotinique. Les unités de tabacologie, quand elles existent, peuvent être associées à tous les stades de l'organisation, de la formation des personnels et de la prise en charge des patients. Ces unités prendront en charge les patients les plus difficiles et aideront si nécessaire les services à organiser la prise en charge des cas les moins lourds.

QS4-Quel est le rôle des différents acteurs de santé en fonction du délai avant l'intervention ?

Tout médecin (médecin généraliste, chirurgien, anesthésiste) et paramédicaux dans la perspective d'une intervention chirurgicale doit :

- Questionner systématiquement le patient sur son statut tabagique, le plus longtemps possible avant l'intervention,
- Souligner l'importance de l'arrêt
- Proposer son aide pour l'arrêt ou orienter le patient.

A la sortie de l'établissement, un courrier doit être adressé au médecin traitant afin d'informer de ce qui a été fait en matière de contrôle du tabagisme afin d'organiser le suivi. L'organisation d'une coordination en tabacologie est recommandée au sein des établissements de soins.

La pharmacie de l'établissement organise la mise à disposition des substituts nicotiniques, avec une procédure permettant de faire face aux urgences et aux modifications de besoin de substitution des patients.

QS5- Quelles sont les particularités de l'anesthésie chez un fumeur ?

Le tabagisme augmente le risque de survenue de complications respiratoires et cardiovasculaires au cours de l'anesthésie.

Le protocole anesthésique doit prendre en compte la possible augmentation de la fréquence cardiaque sous nicotine.

Il n'est pas observé de différence sur le volume et le pH gastrique entre un fumeur arrêtant le tabac la veille de l'intervention et un non fumeur. Le jeûne tabagique conduit à une meilleure oxygénation du fait en particulier de l'élimination du CO, mais la rupture du jeûne tabagique ne représente pas une contre-indication formelle à l'anesthésie. En ce qui concerne la douleur, on sait que les agonistes nicotiniques induisent expérimentalement une analgésie et qu'un sevrage tabagique récent non substitué s'accompagne d'une augmentation des besoins en antalgiques dans la plupart des études.

Les sécrétions bronchiques et la toux peuvent augmenter avec l'arrêt du tabac :

L'augmentation des sécrétions trachéo-bronchiques est maximale lors des 2 premières semaines et la toux est significativement plus élevée pendant les 7 premiers jours d'abstinence et s'estompe sur 4 semaines environ. Après un sevrage tabagique, l'hyperréactivité des voies aériennes supérieures commence à s'améliorer après 48 h et le seuil se normalise vers le 10ème jour.

QS 6 : Comment prendre en charge un fumeur dépendant hospitalisé pour une intervention chirurgicale non programmée ?

Les signes de manque apparaissent chez le fumeur dépendant entre 2 et 6 heures après le début de l'abstinence et justifient la prise en charge des hospitalisés en urgence par une substitution nicotinique. Un arrêt du tabagisme de plus de 12 heures permet une baisse significative du CO accumulé par le fumeur opéré en urgence. Dans chaque service ou hôpital des procédures de prise en charge du tabagisme doivent être établies, précisant le rôle de chacun afin de diagnostiquer et traiter le tabagisme.

Une coopération de l'équipe mobile de tabacologie au sein d'une activité de liaison est souhaitable.

CONCLUSION

L'analyse systématique des pratiques du péri-opératoire à la lumière de ces recommandations devrait conduire à une amélioration de la formation des personnels, des procédures et des pratiques et réduire les complications chirurgicales et générales survenant en période péri-opératoire. Cette mise en place doit ainsi diminuer le coût humain et financier de la chirurgie en combattant une des causes majeures évitables de complications de la chirurgie, trop souvent négligée : la fumée du tabac. Le développement d'outils pour l'évaluation des pratiques, pour la formation des personnels et pour l'information du public doit rapidement être mis en place. En plus du bénéfice pour la santé, un bénéfice médico-économique est attendu, il doit être directement mesurable avec la nouvelle tarification de l'activité des hôpitaux en France

LES RECOMMANDATIONS SONT DISPONIBLES SUR LES SITES INTERNET DES PROMOTEURS

- Association Française de Chirurgie - AFC <http://afc.caducee.net/accueil.html>
- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation - SFAR <http://www.sfar.org>
- Office Français de prévention du Tabagisme OFT <http://www.oft-asso.fr>

CONFÉRENCE D'EXPERTS

TABAGISME PÉRI-OPÉRATOIRE

LES JOURNÉES DE LA SFAR 2005

Palais des congrès de Paris

PROMOTEURS *

Association Française de Chirurgie **AFC**
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation **SFAR**
Office Français de prévention du Tabagisme **OFT**

PROMOTEURS

Association Française de Chirurgie AFC
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR
Office Français de prévention du Tabagisme OFT

COPROMOTEURS

Association Française d'Urologie AFU
Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique SOFCOT
Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français CNGOF
Société de Pneumologie de Langue Française SPLF
Société française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire SFCTC
Société française de Cardiologie SFC
Société française de Santé Publique SFSP
Société française de Tabacologie SFT
Réseau Français Hôpital sans Tabac RHST
Réseau Européen Hôpital sans Tabac ENSH
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris APHP

COMITE D'ORGANISATION

Dr Robert COHENDY (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Nîmes robert.cohendy@chu-nimes.fr
Pr Bertrand DAUTZENBERG (Pneumologue- Tabacologue, OFT), Paris bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr
Pr François DESGRANDCHAMPS (Urologue, AFU), Paris francois.desgrandchamps@sls.ap-hop-paris.fr
Pr Bertrand DUREUIL (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Rouen bertrand.dureuil@chu-rouen.fr
Pr François GAYRAL (Chirurgien viscéral, AFC), Paris francois.gayral@bct.aphp.fr
Dr Claire LEPOUSE (Anesthésiste-Réanimateur, SFAR), Reims clepouse@chu-reims.fr
Pr Alain Charles MASQUELET (Chirurgien orthopédique, SOFCOT), Avicenne alain-charles.masquelet@avc.aphp.fr
Dr Laura MUNOZ (Médecin généraliste-Tabacologue, OFT), Paris l.munoz@oft-asso.fr
Pr François PERROTIN (Gynécologue-Obstétricien, CNGOF), Tours franck.perrotin@med.univ-tours.fr
Pr Marc RIQUET (Chirurgien thoracique, SFCTC), Paris marc.riquet@hgp.aphp.fr
Dr Valéry TROSINI-DESERT (Pneumologue-Tabacologue, OFT) valery.trosini-desert@psl.ap-hop-paris.fr

AVEC LE SOUTIEN

Ministère de la Santé DGS,
Laboratoires Pfizer, Altana Pharma, Sanofi-Aventis, GSK, Novartis

EXPERTS

Dr Kamel Abdenni, Paris, Cardiologue-Tabacologue Kaparis12@neuf.fr
Dr Marion Adler, Clamart, Médecin généraliste-Tabacologue marionadler@9online.fr
Dr Alex Bedes, Saint Flour, Anesthésiste-Réanimateur bedesams@club-internet.fr
Dr Remy Bocquet, La roche sur Yon, Anesthésiste-Réanimateur rbocquet.csc@sa3h.fr
Dr Anne Borgne, Bondy, Médecin généraliste-Tabacologue anne.borgne@jvr.aphp.fr
Dr Jean Louis Bourgain, Villejuif, Anesthésiste-Réanimateur bourgain@igr.fr
Dr Anne Marie Clauzel, Montpellier, Pneumologue -Tabacologue am.clauzel@wanadoo.fr
Dr Robert Cohendy, Nîmes, Anesthésiste-Réanimateur robert.cohendy@chu-nimes.fr
Dr Anne Marie Cros, Bordeaux, Anesthésiste-Réanimateur anne-marie.cros@chu-bordeaux.fr
Pr Bertrand Dautzenberg, Paris, Pneumologue-Tabacologue bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr
Pr Michel Delcroix, Lille, Gynécologue-Obstétricien mhdelcroix@wanadoo.fr
Dr Daniel Garelik, Paris, Médecin interniste-Tabacologue dangarelik@aol.com
Dr Jean Pierre Hubsch, Paris, Anesthésiste-Réanimateur jphubsch@wanadoo.fr
Dr Laurent Lalourcey, Montpellier, Anesthésiste-Réanimateur l.lalourcey@valdorel.fnclcc.fr
Dr Claire Lepoussé, Reims, Anesthésiste-Réanimateur clepouse@chu-reims.fr
Pr Alain-Charles Masquelet, Paris, Chirurgien Orthopédique alain-charles.masquelet@avc.aphp.fr
Dr Laura Munoz, Paris, Médecin généraliste-Tabacologue l.munoz@oft-asso.fr
Dr Jean Perriot, Clermont Ferrand, Pneumologue-Tabacologue jean.perriot@cg63.fr
Pr Marc Riquet, Paris, Chirurgien Thoracique marc.riquet@hgp.aphp.fr
Pr Jean Marie Servant, Paris, Chirurgien Plasticien jean-marie.servant@sls.aphp.fr
Pr Karem Slim, Clermont-Ferrand, Chirurgien Viscéral kslim@chu-clermontferrand.fr
Dr Valery Trosini-Désert, Paris, Pneumologue-Tabacologue valery.trosini-desert@psl.ap-hop-paris.fr

Document soumis à débat public le 23 septembre 2005 au Palais des congrès de Paris dans le cadre des journées de la SFAR.

Le tabagisme est responsable d'une augmentation très importante du risque de complications péri-opératoires, mais il est trop souvent négligé. Une bonne prise en charge du tabagisme doit apporter un bénéfice rapide en terme de diminution des complications générales et du site opératoire en particulier, ce qui constituerait un gain important en terme de santé et en terme d'économie. Cette conférence d'experts a été organisée de façon tripartite par chirurgiens, tabacologues et anesthésistes et est destinée à changer les pratiques courantes en prenant mieux en compte le

tabagisme péri-opératoire. Celle-ci a permis d'identifier des pratiques professionnelles susceptibles de contrôler le tabagisme

et de réduire la morbidité et la mortalité opératoire en France. Une analyse complète de la littérature a été conduite par 22 experts répartis en 6 groupes pour répondre aux 6 questions posées par le comité d'organisation. Les recommandations ont été cotées de A (au moins 2 études de niveau I : essais randomisés de bonne puissance) à E (études de niveau IV ou V : études de cas, avis d'experts). Les recommandations ont fait l'objet d'un consensus par réunions successives

des experts. Une séance publique lors du congrès de la SFAR le 23 Septembre 2005 a permis de valider définitivement le texte. Un comité de suivi a été mis en place afin d'aider à ce que cette conférence d'experts aide à modifier les pratiques.

Le texte de ces recommandations est disponible sur les sites des promoteurs et des copromoteurs de la conférence.

CONCLUSIONS DES EXPERTS

QSI : Quels sont les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale ?

1.1 Quelle est l'épidémiologie du tabagisme des opérés en France ?

Le taux de tabagisme dans la population générale française dépend de l'âge et du sexe. Il est en 2004 de 33% chez les hommes et 27% chez les femmes.

Environ 8 millions de patients subissent une anesthésie en France chaque année, dont 7 millions d'adultes de plus de 15 ans, essentiellement pour une intervention chirurgicale, plus rarement pour un accouchement ou une endoscopie.

De plus de nombreuses petites interventions chirurgicales sont conduites sans anesthésie autre que locale. Il n'existe pas d'argument pour penser que le tabagisme des patients qui subissent une anesthésie est différent du tabagisme de la population générale. On peut ainsi estimer que le pourcentage de fumeurs chez les opérés est de 40% entre 15 à 45 ans, de 20% entre 46 à 65 ans et de 10% chez les opérés de plus de 75 ans. Dans ces conditions on peut estimer que près de 2 millions d'interventions chirurgicales concernent chaque année des fumeurs [E].

Des études sur le tabagisme des opérés devraient être conduites afin d'affiner ces données épidémiologiques [E].

1.2 Quelle est l'augmentation du risque de mortalité péri-opératoire chez le fumeur ?

La seule étude prospective disponible en chirurgie générale montre une augmentation du risque de mortalité chez les fumeurs (RR de 2,56) [D].

1.3 Quels sont les risques de complications générales (cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses) ?

L'augmentation du risque relatif (RR) porte selon les études sur :

- Le risque d'être transféré en réanimation (RR de 2,02 à 2,86) [D],
- Les complications infectieuses (RR de 2 à 3,5) [D],
- Les complications coronariennes (RR de 3) [D],
- Les complications respiratoires immédiates (RR de 1,71) [D].

1.4 Quel sont les risques de complications chirurgicales chez les fumeurs (cicatrices, lâchages de suture et d'anastomose, retard de consolidation osseuse...) ?

L'augmentation du risque de complications chirurgicales du tabagisme péri-opératoire est principalement liée aux effets néfastes sur la microcirculation [E].

Cette augmentation du risque est confirmée par de nombreuses études et concerne tous les tissus traversés, de la peau à l'os, notamment :

- Les complications de cicatrice après chirurgie du genou (RR de 2,4) [D],
- Les complications infectieuses de la cicatrice (estimation 12% vs 2% p<0,05) [B],
- La mauvaise cicatrisation à l'interface lambeaux/site receveur en chirurgie plastique (27% vs 12%) [D],
- Le risque d'éventration après laparotomie (RR de 3,93) [D],
- L'infection sternale et médiastinite en chirurgie thoracique (RR de 3) [D],
- Les lâchages de suture digestive (RR de 3,18) et les fistules (RR de 3) [D],
- Le risque de thrombose vasculaire (RR de 3,09) [A],
- Le retard de consolidation osseuse (RR de 2,7 et RR de 8,1 pour les pseudarthroses) [D].

L'ensemble des complications du site opératoire apparaît dans 3 études à 31% vs 5%, 48% vs 15% et 39% vs 25% chez les fumeurs comparés aux non fumeurs [D].

1.5 Quelle est l'influence du tabagisme parental, lors d'une intervention chez l'enfant ?

Les enfants soumis au tabagisme passif ont des taux élevés de nicotine dans les urines, en particulier avant 3 ans [C].

Par ailleurs les enfants exposés au tabagisme passif sont plus souvent l'objet d'interventions ORL [A].

Il existe une relation entre l'intensité de l'exposition et la fréquence des complications respiratoires. Ceci est particulièrement démontré en chirurgie ORL [D].

Le risque est particulièrement élevé sur le laryngospasme dans 2 études (RR de 5.6-10) [D].

1.6 Quelles sont les conséquences de ces complications sur la durée de séjour et les coûts péri-opératoires ?

L'augmentation de la durée globale d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie majeure a été évaluée à 2 et à 3 jours [D].

L'allongement de la durée de séjour, l'augmentation de recours aux soins intensifs, et les complications induisent un coût, mais ce coût n'a pas été chiffré en France, une étude médico-économique est nécessaire [E].

QS2 Quels sont les bénéfices prouvés de l'arrêt péri-opératoire du tabac ?

2.1 Quels sont les bénéfices d'un arrêt du tabac en fonction du délai (>48 heures) avant l'intervention ?

Les fumeurs sevrés de longue date ont un risque opératoire moindre que les fumeurs et non différent de celui des non fumeurs [C].

Un arrêt du tabagisme 6-8 semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac [A].

Un arrêt plus proche de l'intervention, 3-4 semaines avant, apporte sur tous les paramètres opératoires un bénéfice [C].

Un arrêt moins de 3 semaines avant l'intervention est bénéfique car la diminution documentée des complications au niveau du site opératoire relativise le risque controversé de majoration des complications respiratoires [E].

2.2 Quels sont les bénéfices d'une réduction de la consommation de tabac substituée et non substituée avant une intervention chirurgicale, en fonction du délai (> 48 heures) ?

Le conseil d'une simple réduction de la quantité de tabac fumé sans substitution nicotinique n'est pas recommandé [E].

La baisse du CO circulant observée avec cette réduction sous substitution devrait cependant s'accompagner d'un bénéfice qui reste à démontrer [E].

Les bénéfices de la réduction du tabagisme avec une substitution nicotinique en pré-opératoire n'ont pas fait l'objet d'évaluation [E].

2.3 Quels sont les bénéfices d'un arrêt du tabac substitué et non substitué dans les 48 heures précédant une intervention chirurgicale ?

Sur le plan physiopathologique l'arrêt complet du tabac devrait être bénéfique même à moins de 48 heures d'une intervention [E].

Les seuls effets qui peuvent être néfastes sont une augmentation passagère de la toux et des sécrétions bronchiques à l'arrêt du tabac [E].

2.4 Quels sont les bénéfices d'un arrêt du tabagisme parental en chirurgie de l'enfant ?

Si les effets néfastes du tabagisme des parents sont démontrés, les bénéfices d'un arrêt du tabagisme parental en périopératoire n'ont pas fait l'objet d'étude spécifique ; on ne peut donc conclure [E].

2.5 La période péri-opératoire favorise-t-elle l'arrêt du tabac au long court ?

Le taux de rechute au niveau de la population générale après l'arrêt du tabac est d'environ 50% à un an [A].

En cas de chirurgie cardiaque, 50% de ceux qui ont été opérés des artères coronaires et qui ont arrêté de fumer ont repris un an après [C].

Un arrêt du tabac pour une intervention chirurgicale est un facteur pronostique d'arrêt au long cours. Cependant la fréquence des rechutes invite à une prise en charge prolongée des fumeurs pour prévenir les rechutes [E].

2.6 Quel est l'intérêt de l'arrêt postopératoire du tabac sur la consolidation osseuse, les maladies thrombo-emboliques ?

Quand l'arrêt est maintenu en post opératoire, il existe un bénéfice démontré sur la consolidation osseuse [D] et probable sur la cicatrisation de la peau et des tissus mous [E].

La perméabilité des pontages vasculaires est améliorée par la poursuite de l'arrêt du tabac en post opératoire [A].

Les thromboses des pontages vasculaires sont chez les fumeurs dans 57% attribuables au tabac [B].

QS3 Comment prendre en charge un fumeur en pré-opératoire d'une chirurgie programmée ?

3.1 Quels sont les outils à la prise en charge ? (Conseil minimum, Information standardisée, Evaluation de la dépendance et du manque, Outils d'auto-évaluation, Mesure du CO)

Durant cette période, les outils diagnostiques et l'évaluation de l'arrêt du tabac sont les outils standards utilisés en dehors de ce contexte [E].

Parmi les auto-questionnaires, le test le plus utile, est le test de Fagerström qui mesure la dépendance nicotinique [B].

La mesure du CO expiré est un test très motivant pour l'arrêt [B].

Le conseil minimum pour l'arrêt doit être délivré par tous les soignants à tous les fumeurs [E].

L'information délivrée au fumeur doit être adaptée au type de chirurgie qu'il va subir [E].

3.2 Comment aider le fumeur à arrêter de fumer avant l'intervention ?

Dès l'annonce d'une chirurgie, tout soignant doit mettre en oeuvre les moyens à sa disposition pour aider le fumeur à s'arrêter [E].

Les soignants peuvent prendre eux-mêmes en charge le fumeur en utilisant les techniques les plus adaptées à chaque cas ou en confiant les cas les plus difficiles à un spécialiste (consultation de tabacologie) ou selon leur disponibilité au médecin généraliste, à un anesthésiste, un pneumologue ou une sage femme formée [E].

Les outils de traitement sont utilisés selon les recommandations de l'Afssaps [E] :

- Substituts nicotiques par voie transdermique ou orale qui en règle générale améliorent les chances d'arrêt (RR à 1,74) [A].
- Bupropion utilisé dans les conditions ordinaires pour un arrêt programmé plus de 8 semaines avant l'intervention [E]. Si un arrêt est en cours sous Bupropion lors d'une intervention, il n'y a pas lieu de modifier le traitement d'aide à l'arrêt [E].
- Soutien psycho comportemental, particulièrement nécessaire en période péri-opératoire [E].
- Lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt (Tabac Info Service 0825 309 310) [E].

3.3 Dans quelles circonstances proposer une réduction de la consommation ?

Chez un fumeur qui ne veut ou ne peut s'arrêter, la réduction de la consommation de tabac avec prise simultanée de substituts nicotiques peut être un premier pas vers l'arrêt [E].

La réduction du tabagisme substitué réduit la quantité de fumée inhalée et le taux de CO dans l'organisme [D].

Si l'intérêt de la réduction du tabagisme sous substitution nicotinique est démontré, elle n'a pas fait l'objet d'études en péri-opératoire. Elle peut cependant être recommandée en péri-opératoire dans les mêmes conditions qu'en dehors de cette période [E].

3.4 Comment aider les parents fumeurs à éviter le tabagisme passif de leur enfant avant une intervention programmée ?

On proposera aux parents de préférence l'arrêt, à défaut la réduction du tabagisme, au pire la simple protection de l'enfant en ne mettant jamais l'enfant dans une pièce où l'on fume, où l'on a fumé dans les deux heures précédentes [E].

La simple information ou remise des brochures aux parents d'enfants hospitalisés n'est pas suffisante. Il est conseillé d'adresser les parents en consultation de tabacologie [D].

3.5 Quelle organisation mettre en place pour une prise en charge ambulatoire ?

Tous les documents écrits pour les professionnels de santé et pour les patients donnant des conseils pour la chirurgie devront prendre en compte le tabagisme, facteur évitable majeur des complications opératoires [E].

Les cas les plus simples, en particulier les fumeurs non quotidiens, ceux qui ne fument pas le matin, ceux qui n'ont pas de facteurs anxio dépressifs bénéficieront d'un conseil minimal avec ou sans substitution nicotinique et d'un bref interrogatoire à chaque visite [E].

Les fumeurs moyennement ou fortement dépendants (score de Fagerström > 4) peuvent bénéficier d'un suivi par un des professionnels de santé qui l'a en charge durant la période péri-opératoire (médecin généraliste, chirurgien, anesthésiste, médecin spécialiste, sages-femmes) qui initiera le traitement et assurera le suivi une semaine plus tard et aussi souvent que nécessaire jusqu'à l'intervention [E].

Les fumeurs très dépendants et ceux qui ne peuvent être pris en charge par les médecins intervenant naturellement dans le péri-opératoire seront adressés à un spécialiste (consultation de tabacologie quand elle existe localement) [E].

Une organisation coordonnée de prise en charge rapide en tabacologie des malades en péri-opératoire doit être organisée afin de ne pas différer un arrêt du tabac dans ce contexte [E].

3.6 Quelle organisation mettre en place pour les hospitalisés ?

Les fumeurs ayant arrêté de fumer en vue de la chirurgie doivent bénéficier en hospitalisation de la poursuite des traitements initiés auparavant pour l'arrêt [E].

Les fumeurs en réduction du tabagisme avant hospitalisation doivent se voir proposer un arrêt complet durant l'hospitalisation en augmentant éventuellement la substitution nicotinique par voie transdermique, orale ou associée. En cas de refus ou de difficultés particulières, la réduction du tabagisme peut être poursuivie durant l'hospitalisation grâce à une substitution. Les règles du jeûne devront cependant être rappelées [E].

3.7 Quelle peut être la coopération avec les unités de tabacologie ?

Les unités de tabacologie, quand elles existent peuvent être associées à tous les stades de l'organisation, de la formation des personnels et de la prise en charge des patients [E].

Ces unités prendront en charge les patients les plus difficiles et aideront si nécessaire les services à organiser la prise en charge des cas les moins lourds [E].

QS4-Quel est le rôle des différents acteurs de santé en fonction du délai avant l'intervention ?

4.1 Quel est le rôle du médecin traitant dans le sevrage pré-opératoire ?

Tout médecin traitant dans la perspective d'une intervention chirurgicale doit :

- Questionner systématiquement le patient sur son statut tabagique, le plus longtemps possible avant l'intervention [E].
- Souligner au patient l'importance de l'arrêt [E].
- Proposer son aide pour l'arrêt ou orienter le patient vers une consultation spécialisée ou la ligne d'aide à l'arrêt (Tabac-Info-Service) [E].
- Informer chirurgien et anesthésiste d'un éventuel tabagisme et de l'éventuel traitement entrepris [E].
- Souligner que dans tous les cas l'arrêt total est toujours préférable ; idéalement plus de 6-8 semaines avant l'intervention [A].

- Proposer une réduction du tabagisme avec substitution nicotinique la plus complète si l'arrêt ne peut être obtenu [C].
- Renforcer la motivation du patient si celle-ci est défaillante [E].
- S'assurer du suivi et de la prévention des rechutes (suivi à 6-12 mois) [E].

4.2 Quel est le rôle du chirurgien dans le repérage, l'aide à l'arrêt ou l'orientation pré-opératoire ?

Tout chirurgien doit demander à un futur opéré son statut tabagique [E].

Il doit expliquer le lien entre le résultat de l'acte chirurgical et la nécessité de l'arrêt du tabagisme. Cette information doit être mentionnée dans la feuille d'information remise au patient pour le consentement éclairé [E].

Il doit conseiller fermement l'arrêt [C].

Il peut, dans certains cas, différer la date de l'acte chirurgical pour permettre l'arrêt du tabac, lorsque la pathologie sous-jacente le permet. [E].

L'aide à apporter pour l'arrêt : conseil minimum, substitution nicotinique, orientation vers un autre professionnel (pharmacien, médecin traitant, tabacologue), tiendra compte de la consommation quotidienne et de la dépendance nicotinique [E].

A la sortie, il veille à la continuité du suivi après l'arrêt du tabagisme (courrier au médecin traitant) [E].

4.3 Quel est le rôle de l'anesthésiste dans le repérage, l'aide à l'arrêt ou l'orientation pré-opératoire ?

L'anesthésiste est un acteur essentiel dans l'aide à l'arrêt du tabagisme lors de la consultation anesthésique pré-opératoire où il identifie les fumeurs, idéalement avec la mesure du CO expiré, évalue la situation tabagique et le retentissement somatique, conseille l'arrêt et aide au sevrage [E].

Lors de l'hospitalisation en chirurgie, l'anesthésiste :

- soutient l'arrêt et compense le syndrome de manque quand cela est nécessaire [E],
- peut s'appuyer sur l'aide de l'unité de coordination en tabacologie quand elle existe [E],
- tient compte du statut tabagique pour l'anesthésie [E].

4.4 Quel est le rôle des paramédicaux, dans la prise en charge péri-opératoire des fumeurs ?

Tous les intervenants paramédicaux participent, conformément à leur rôle propre, au repérage et à la prise en charge du sevrage tabagique en période péri-opératoire [E].

Il est recommandé que les unités de chirurgie établissent une procédure d'identification et de prise en charge des fumeurs [E].

Les intervenants paramédicaux veillent à l'application de ces procédures [E].

4.5 Quel est le rôle de la direction de l'établissement, des services concernés et de la pharmacie dans la prise en charge des fumeurs en péri-opératoire ?

Les services hospitaliers doivent être « sans tabac » (participation au Réseau Hôpital Sans Tabac et application de sa Charte). Cette règle affichée est validée par la CME et la direction [E].

L'organisation d'une coordination en tabacologie est recommandée au sein des établissements de soins [E].

La pharmacie de l'établissement organise la mise à disposition des substituts nicotiques, avec une procédure permettant de faire face aux urgences et aux modifications de besoin de substitution des patients [E].

4.6 Comment transformer l'arrêt péri-opératoire en arrêt définitif ?

A la sortie de l'établissement, un courrier doit être adressé au médecin traitant afin d'informer de ce qui a été fait en matière de contrôle du tabagisme afin d'organiser le suivi [E].

Si elle existe, l'unité de coordination en tabacologie s'efforcera d'assurer la liaison afin de favoriser un arrêt définitif du tabac [E].

Dans tous les cas les bénéfices de l'arrêt définitif seront rappelés au malade à sa sortie [E].

QS5- Quelles sont les particularités de l'anesthésie chez un fumeur ?

5.1 Quelles sont les interactions des agents anesthésiques avec le tabagisme et les produits d'aide à l'arrêt du tabac ?

Le tabagisme augmente le risque de survenue de réactions respiratoires et cardiovasculaires au cours de l'anesthésie [D].

Le protocole anesthésique prendra en compte la possible augmentation de la fréquence cardiaque sous nicotine lors de l'intubation trachéale [C].

L'incidence des nausées et des vomissements post-opératoires est diminuée chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs [D].

Le tabagisme augmente le risque de réactions respiratoires et cardiaques au desflurane liées à l'irritation des voies aériennes supérieures et une réaction de type sympathique [D].

5.2 Quelle est l'influence du tabagisme, de l'arrêt du tabac, des substituts nicotiques et du bupropion sur la vidange gastrique ?

Il n'est pas observé de différence sur le volume et le pH gastrique entre un fumeur arrêtant le tabac la veille de l'intervention et un non fumeur [D].

Il n'est pas observé de différence sur le volume gastrique entre un fumeur arrêtant le tabac la veille de l'intervention et un fumeur n'arrêtant qu'une demi heure avant l'intervention [D].

Les résultats des études sur les effets de la durée d'arrêt du tabac et l'utilisation des substituts nicotiques sur la vidange gastrique sont contradictoires [E].

Il n'y a pas de données valides disponibles sur le Bupropion et la vidange gastrique [E].

5.3 Règles du jeûne et tabagisme pré-opératoire

Le jeûne tabagique conduit à une meilleure oxygénation du fait en particulier de l'élimination du CO [D].

Le jeûne tabagique doit être recommandé selon les mêmes règles que le jeûne alimentaire : "ne pas manger, boire et fumer avant une intervention" [E].

Si un futur opéré rompt le jeûne tabagique en consommant une ou deux cigarettes, l'effet sur l'oxygénation reste modéré et l'effet sur la vidange gastrique et le risque d'inhalation à l'induction de l'anesthésie n'est pas démontré. La rupture du jeûne tabagique ne représente pas une contre-indication formelle à l'anesthésie [E].

Le non respect du jeûne tabagique pourrait être prévenu par une bonne information préalable et par l'utilisation de la substitution nicotinique si nécessaire [D].

Les substituts nicotiques oraux ont une absorption uniquement buccale [A] et leur prise ne constitue pas un non respect du jeûne [E].

5.4 Quelle est l'influence du tabac, de l'arrêt du tabac, de la substitution nicotinique et du bupropion sur l'analgésie ?

Les agonistes nicotiques induisent expérimentalement une analgésie [B].

Un sevrage tabagique récent non substitué s'accompagne d'une augmentation des besoins en antalgiques dans la plupart des études [D].

Les données sur les effets bénéfiques de la substitution nicotinique sur la douleur sont insuffisantes [E].

Le bupropion a été proposé pour les douleurs de type neuropathie [E].

5.5 Quelle est l'influence de l'arrêt du tabac sur l'importance des sécrétions bronchiques en fonction du délai d'arrêt ?

L'augmentation de sécrétions trachéo-bronchiques est maximale lors des 2 premières semaines après un arrêt du tabac (RR à 2,7) et persiste pour se normaliser 8 semaines après le sevrage [D].

Les symptômes respiratoires (toux, rhinite, catarrhe) sont majorés pendant les 2 premières semaines après un arrêt du tabac [D].

La toux est significativement plus élevée pendant les 7 premiers jours d'abstinence et s'estompe sur 4 semaines environ [D].

Il est recommandé d'arrêter de fumer au moins 8 semaines avant une intervention chirurgicale pour diminuer le risque des complications pulmonaires post-opératoires [D].

5.6 Quelle est l'influence de l'arrêt du tabac sur l'hyperréactivité bronchique en fonction du délai d'arrêt ?

Lorsque la méthacholine est utilisée pour réaliser les tests de provocation bronchique, il existe une hyperréactivité bronchique significativement supérieure dans le groupe des fumeurs comparé aux ex fumeurs et aux non fumeurs [D].

Le sevrage tabagique améliore l'hyperréactivité bronchique mais les bénéfices sont moindres s'il existe une BPCO [D].

Il n'y a aucune donnée sur le délai nécessaire d'abstinence tabagique pour diminuer le taux d'hyperréactivité bronchique [E].

Il n'existe pas de données sur le bénéfice d'un arrêt tardif de l'intoxication tabagique (moins de 4 semaines) avant une intervention chirurgicale en ce qui concerne l'hyperréactivité bronchique [E].

Après un sevrage tabagique, l'hyperréactivité des voies aériennes supérieures commence à s'améliorer après 48 h et le seuil se normalise vers le 10ème jour [D].

QS 6 : Comment prendre en charge un fumeur dépendant hospitalisé pour une intervention chirurgicale non programmée ?

6.1 Quels sont les symptômes et la souffrance du sevrage tabagique brutal non compensé ?

Les signes de manque (anxiété, agitation, irritabilité, agressivité, besoin impérieux de fumer) apparaissent chez le fumeur dépendant entre 2 et 6 heures après le début de l'abstinence [D].

L'abstinence de nicotine cause un déficit en terme de performances psychomotrices [D].

L'abstinence produit des changements significatifs de l'électro-encéphalogramme (dans les 5 heures qui suivent l'abstinence) pouvant durer 7 jours et régressifs sous substitution [D].

6.2 Quel est l'intérêt de la substitution nicotinique temporaire dans le cadre de l'intervention chirurgicale en urgence ?

Il n'existe pas d'étude dans la littérature portant sur la substitution temporaire dans le cadre d'une chirurgie urgente, non programmée [E].

Les substituts nicotiques permettent de façon générale un plus grand nombre d'abstinence temporaire chez les patients hospitalisés en chirurgie (versus absence d'intervention) (RR d'abstinence avec les substituts nicotiques à 1,38 [A].

La substitution nicotinique temporaire permet de réduire les signes de manque et la quantité de fumée inhalée [C].

La substitution nicotinique temporaire permet de façon générale de réduire la survenue d'une agressivité chez les fumeurs abstinents depuis 8 heures [D].

6.3 Quelles procédures mettre en place dans les services d'hospitalisation pour détecter et traiter les fumeurs en manque ?

Procédures pour détecter le manque :

Il faut sensibiliser, former et impliquer tous les acteurs de santé dans la prise en charge des fumeurs avant une intervention

(médecin traitant, urgentiste, anesthésiste, chirurgien, infirmière, aide soignant, médecin spécialiste) [E].

Une coopération de l'équipe mobile de tabacologie au sein d'une activité de liaison est souhaitable [E].

Nécessité de l'évaluation des pratiques : rôle du référent [E].

Protocoles disponibles dans chaque service avec recommandations (reconnaissance des signes de manque et conduite à tenir) [E].

Procédures pour traiter le manque :

Les données générales de la littérature sur les bénéfices de la prévention des signes de manque par la substitution nicotinique temporaire en période opératoire sont contredits par une étude récente bien conduite et mériteraient confirmation [E].

_ Les substituts nicotiniques sont trop peu utilisés pour les patients hospitalisés et devraient bénéficier à plus de patients [E].

6.4 Comment traiter une élévation de l'HbCO avant une intervention chirurgicale en urgence ?

_ Du fait de sa coloration, la carboxyhémoglobine (HbCO) est mesurée comme étant de l'oxyhémoglobine (HbO2) par l'oxymètre de pouls. Ainsi, la saturation, mesurée par un oxymètre de pouls, peut être faussée.

_ Un arrêt du tabagisme de plus de 12 heures permet une baisse significative du CO accumulé par le fumeur opéré en urgence [D].

_ Sur un plan théorique une oxygénothérapie à FiO2 maximale élimine le CO accumulé en 4 heures. Le bénéfice d'une telle pratique n'est pas évalué et elle ne peut être recommandée [E].

CONCLUSIONS

L'analyse systématique des pratiques du péri-opératoire à la lumière de ces recommandations devrait conduire à une amélioration de la formation des personnels, des procédures et des pratiques et ainsi réduire les complications chirurgicales

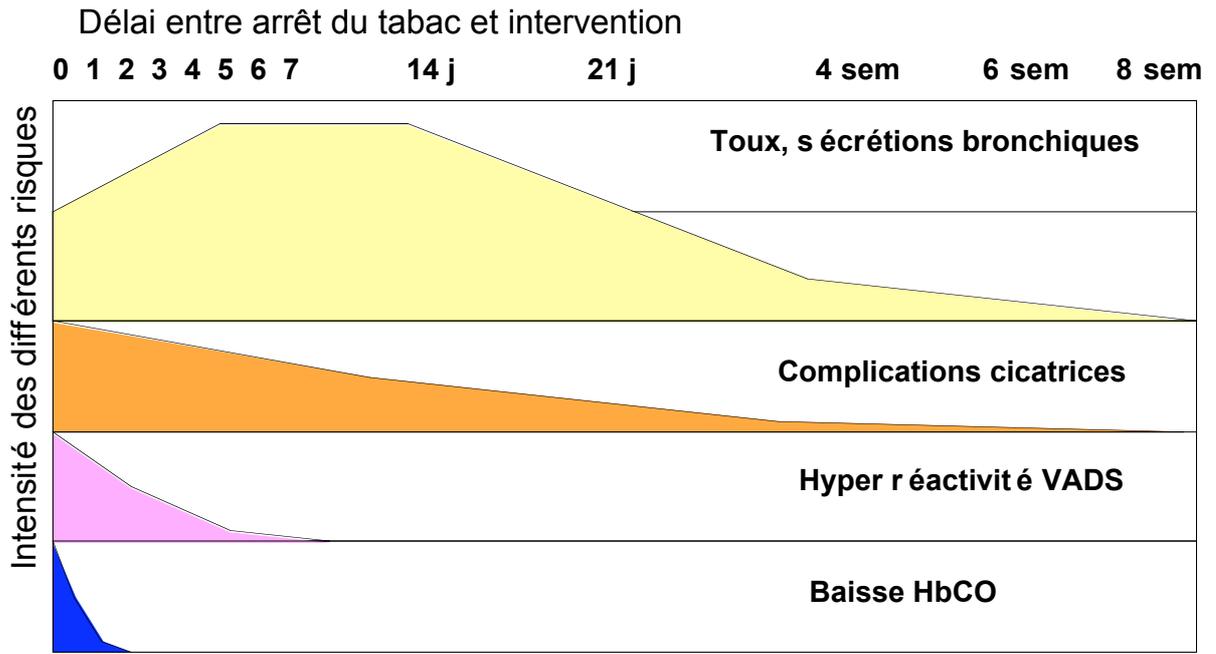
et générales survenant en période péri-opératoire. Ces mesures doivent ainsi diminuer le coût humain de la chirurgie en combattant une des causes majeures évitables de complications de la chirurgie, trop souvent négligée : la fumée du tabac. Le développement d'outils pour l'évaluation des pratiques, pour la formation des personnels et pour l'information du public doit rapidement être mis en place. En plus du bénéfice pour la santé, un bénéfice médico-économique est attendu. Il doit être directement mesurable avec la nouvelle tarification de l'activité des hôpitaux en France.

Ces recommandations sont disponibles sur les sites Internet des promoteurs

Les bénéfices sont tous acquis par un arrêt du tabac de 6 à 8 semaines avant une intervention

Le risque du tabagisme péri-opératoire est lié à la toux et l'encombrement bronchique qui peut augmenter jusqu'à 2 semaines après l'arrêt, aux infections respiratoires, aux complications de cicatrice à l'hyperréactivité des voies aéro-digestives supérieures, à la baisse de la carboxyhémoglobine qui tous ont des vitesses de régression différents, expliquant que le bénéfice est de plus en plus important quand le délai entre l'arrêt du tabac et l'intervention augmente. A 6-8 semaines le bénéfice est maximum.

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



..

Ce qui doit être mis en place

La mise en œuvre des recommandations de cette conférence qui doit entraîner sans délais un bénéfice de santé considérable nécessite :

- Une information rapide des professionnels de santé sur le risque à ne pas prendre en compte ce paramètre en péri-opératoire.
- La création et l'évaluation d'outils de formation des différents personnels.
- La mise en œuvre de ces formations pour les personnels médicaux et non médicaux.
- L'organisation du dépistage et de la prise en charge du fumeur plus de 6-8 semaines avant l'intervention et en période postopératoire jusqu'à la fin de la cicatrisation.
- L'écriture et la mise en place de procédures écrites adaptées à chaque unité chirurgicale.
- La mise en place ou l'adaptation d'une offre de sevrage ou à défaut de réduction du tabagisme sous substitution nicotinique pour la période péri-opératoire.
- Une information du grand public par les médias et les circuits d'informations les plus efficaces afin de faire passer dans la société le message « *6-8 semaines avant une intervention, on arrête le tabac* ».
- La rédaction et l'organisation de la distribution de brochure d'information aux futurs opérés.
- L'évaluation médico-économique de certains aspects de la mise en œuvre de ces mesures.



Présentation des promoteurs



L'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT) fut créé en décembre 1998, sous la forme d'une Association Loi 1901.

Son activité débute en décembre 1999 après un an de mise en place par des bénévoles avec l'arrivée des premières subventions et l'embauche d'un premier salarié.

L'OFT assure une mission d'intérêt général en collaboration avec les autres acteurs de la lutte contre le tabagisme.

Son axe prioritaire est la promotion de la prévention et de l'aide à l'arrêt du Tabac.

66 Boulevard Saint Michel 75006 PARIS Tél. 01 43 25 19 65 / Fax 01 43 25 18 27
<http://www.oft-asso.fr>



L'Association Française de Chirurgie (AFC) fondée il y a plus de 1 siècle est l'une des plus prestigieuses Sociétés Savantes chirurgicales de notre pays. L'AFC organise tous les ans, au début du mois d'octobre, le **Congrès Français de Chirurgie**. L'Association Française de Chirurgie - reconnue d'utilité publique - compte près de 2800 membres, et a pour but de concourir au **développement de la Chirurgie**, en établissant des liens scientifiques entre les chirurgiens, de participer à leur **formation continue**, et de collaborer aux **travaux des organismes et instances officielles**, en charge de la structuration de l'exercice de la chirurgie.

Association Française de Chirurgie 121, rue de Rennes 75006 Paris tél : +33 (0) 1 45 44 96 77
fax : +33 (0) 1 45 44 96 79 <http://afc.caducee.net> mail: afc10@wanadoo.fr

Société Française
d'Anesthésie
et de Réanimation



La SFAR Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, est une association selon la loi 1901, créée en 1934, reconnue d'utilité publique. Elle a pour but l'étude, l'avancement et l'enseignement de l'anesthésie et de la réanimation.

A ces trois objectifs statutaires, la SFAR a ajouté en 1988 la sécurité de tous les gestes effectués par les anesthésistes réanimateurs.

Les moyens de l'action de la Société sont notamment :

- ▶ l'organisation de réunions scientifiques : congrès National, consensus, réunions d'experts etc...
- ▶ la publication d'un périodique : les "Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation".
- ▶ l'édition d'ouvrages : Recommandations de la SFAR,
- ▶ l'octroi de bourses et de prix : Bourses d'Etudes et de Recherches, Contrats de Recherches, etc...
- ▶ la constitution de comités.

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation 74 Rue Raynouard, 75016 PARIS Tél. : 01 45 25 82 25 Télécopie : 01 40 50 35 22 <http://www.sfar.org> e-mail : sfar@invivo.edu