

CONFÉRENCE D'EXPERTS. TEXTE COURT 2005

Tabagisme périopératoire

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)

COMITÉ D'ORGANISATION

Dr Robert Cohendy (anesthésiste–réanimateur, Sfar), Nîmes, France
Pr Bertrand Dautzenberg (pneumologue–tabacologue, OFT), Paris, France
Pr François Desgrandchamps (urologue, AFU), Paris, France
Pr Bertrand Dureuil (anesthésiste–réanimateur, Sfar), Rouen, France
Pr François Gayral (chirurgien viscéral, AFC), Paris, France
Dr Claire Lepouse (anesthésiste–réanimateur, Sfar), Reims, France

Pr Alain Charles Masquelet (Chirurgien orthopédique, Sofcot), Avicenne, France

Dr Laura Munoz (médecin généraliste–tabacologue, OFT), Paris, France

Pr François Perrotin (gynécologue–obstétricien, CNGOF), Tours, France

Pr Marc Riquet (chirurgien thoracique, SFCTC), Paris, France

Dr Valéry Trosini-Desert (pneumologue–tabacologue, OFT), France

I. SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS

I.1. Question 1. Quels sont les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale ?

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

Il est établi que le tabagisme périopératoire 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 (deux à quatre 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 périopératoires augmente la durée globale d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie lourde d'une durée de deux à trois jours.

1.2. Question 2. Quels sont les bénéfices prouvés de l'arrêt préopératoire 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 six-huit semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac ;
- un arrêt un peu plus tardif trois-quatre semaines avant l'intervention apporte sur tous les paramètres opératoires un bénéfice ;
- un arrêt moins de trois 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 transitoire des complications respiratoires lors d'un arrêt une à deux 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 (deux-quatre semaines) et éventuellement à la consolidation osseuse (deux-quatre 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.

1.3. Question 3. Comment prendre en charge un fumeur en préopératoire d'une chirurgie programmée ?

Dès l'annonce d'une chirurgie, tout soignant (médecins, paramédicaux) doit mettre en œuvre 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 périopératoire, les outils diagnostiques et l'évaluation de l'arrêt du tabac sont les mêmes outils standard que ceux utilisés en dehors de ce contexte (notamment, autoquestionnaires, 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 huit 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 psychocomportemental est particulièrement nécessaire en période périopératoire ;
- les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt (Tabac Info Service : +44 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 précédentes.

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.

1.4. Question 4. 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.

À 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 nicotiques, avec une procédure permettant de faire face aux urgences et aux modifications de besoin de substitution des patients.

1.5. Question 5. 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 nicotiques 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 trachéobronchiques est maximale lors des deux premières semaines et la toux est significativement plus élevée pendant les sept premiers jours d'abstinence et s'estompe sur quatre semaines environ. Après un sevrage tabagique, l'hyperréactivité des voies aériennes supérieures commence à s'améliorer après 48 heures et le seuil se normalise vers le dixième jour.

1.6. Question 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 deux et six 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.

2. CONCLUSION

L'analyse systématique des pratiques périopératoires, 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 périopératoire. 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 médicoéconomique 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>.