



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

Prise en charge du tabagisme en périopératoire

Peri-operative management of smoking

A.-M. Ruppert^{a,b,*,c}, F. Amrioui^{b,c}, V. Fallet^{a,b,c},
J. Cadranel^{a,c}

^a GRC N°04, Theranoscan, Sorbonne université, hôpital Tenon, Assistance publique–hôpitaux de Paris (AP–HP), 75020 Paris, France

^b UF de tabacologie, service de pneumologie, hôpital Tenon, Assistance publique–hôpitaux de Paris (AP–HP), 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

^c Service de pneumologie, hôpital Tenon, Assistance publique–hôpitaux de Paris (AP–HP), 75970 Paris, France

MOTS CLÉS

Tabac ;
Chirurgie ;
Sevrage tabagique ;
Anesthésie ;
Complications

Résumé Le tabagisme est un problème de santé publique, en particulier chez les personnes en situation périopératoire. En effet, le tabac augmente le risque de mortalité hospitalière de 20 % et de complications majeures postopératoires de 40 %. Le tabagisme actif est associé au niveau respiratoire aux bronchospasmes, aux pneumonies, mais également à toutes les complications du site opératoire : infections de cicatrice, thrombose, lâchage de sutures et retard de consolidation osseuse. La période périopératoire est un moment propice à l'arrêt du tabac. Le sevrage tabagique doit être systématiquement recommandé, quelles que soient la chirurgie et la date d'intervention. Tous les professionnels de santé, médecins, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, mais aussi infirmières et kinésithérapeutes, doivent informer les fumeurs des bénéfices de l'arrêt du tabac et leur proposer une prise en charge dédiée avec un suivi personnalisé. La prise en charge en tabacologie et la prescription d'une substitution nicotinique augmentent le taux de sevrage tabagique. L'arrêt du tabac réduit les complications périopératoires et est associé à des bénéfices sur la santé au long terme.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anne-marie.ruppert@aphp.fr (A.-M. Ruppert).

KEYWORDS

Surgery, Tobacco,
Tobacco cessation;
Anesthesia;
Complications

Summary Smoking is a public health issue, especially during the perioperative period. Tobacco increases the risk of hospital mortality by 20% and major postoperative complications by 40%. Active smoking is associated with respiratory complications particularly bronchospasm and pneumonia, but also all surgical complications as scar infections, local thrombosis, suture release and delayed bone healing. The perioperative period is an opportunity to stop smoking. Smoking cessation should always be recommended, regardless of the surgery and the date of intervention. All health professionals, doctors, surgeons, anesthetists, but also nurses and physiotherapists, must inform smokers of the benefits of stopping smoking, offer them a dedicated support and a personalized follow-up. Tobacco consultation and the prescription of nicotine replacement increase the rate of smoking cessation. Stopping smoking reduces perioperative complications and is associated with health benefits that increase with time.
© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le tabagisme est un problème de santé publique en période périopératoire. En France, environ 6,2 millions de patients ont bénéficié en 2016 d'une chirurgie dont environ 30 % sont des fumeurs, soit près de 2 millions de personnes.

Le tabagisme est le principal facteur de risque de bronchite chronique obstructive ou d'insuffisance coronarienne, ces deux pathologies constituant un risque de morbi-mortalité périopératoire. Cependant, le tabac est aussi impliqué dans une augmentation de la fréquence des complications per- et postopératoires. La fumée du tabac comporte en plus des nombreuses substances carcinogènes, des substances irritantes dont les acroléines, ainsi que du monoxyde de carbone issu de la combustion. Le monoxyde de carbone génère de la carboxyhémoglobine, qui altère l'oxygénation des tissus et favorise la thrombose *in situ*.

Des recommandations sur la prise en charge du tabac en périopératoire ont été réalisées selon la méthode GRADE sous l'égide de la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) en collaboration avec la société française de tabacologie ainsi que différentes sociétés savantes de chirurgie [1]. Cette méthode permet à partir d'une analyse de la littérature de déterminer un niveau de recommandation. La qualité des preuves est répartie en quatre catégories : haute – moyenne – basse – très basse. La recommandation finale est soit positive (faire) ou négative (ne pas faire), soit forte (recommandée) ou faible (probablement recommandée).

Risque du tabac en périopératoire

Parmi les complications liées au tabac, on distingue, d'une part, les complications générales liées à l'anesthésie et, d'autre part, les complications locales liées à la chirurgie (Tableau 1). Dans l'analyse rapportée par la SFAR portant sur 18 publications, le tabagisme actif augmente d'environ 20 % le risque de mortalité hospitalière et de 40 % le risque de complications majeures postopératoires (infection profonde, pneumonie, intubation non prévue, embolie

pulmonaire, ventilation > 48 h, AVC, coma > 24 h, arrêt cardiaque, infarctus du myocarde, transfusion > 5U, sepsis, choc septique) [1].

Deux larges cohortes prospectives, incluant toutes chirurgies confondues, ont évalué les risques périopératoires liés au tabagisme [2,3]. Seuls dans l'étude de Musallam et al., réalisée à partir de la base de données du collège américain de chirurgie, les risques sont ajustés en fonction des comorbidités confondantes (présence d'une bronchite chronique obstructive, cardiopathie ischémique).

Les complications pulmonaires périopératoires immédiates sont un problème important pour lequel le tabagisme est un facteur de risque clairement identifié (RR 1,73 ; IC 95 % : 1,35–2,23) [2–4]. Le risque lié au tabagisme actif augmente avec la quantité fumée, à partir de dix paquets-années (Fig. 1A) [2]. Davantage de pneumonies sont rapportées chez les fumeurs actifs avec un risque relatif de 1,50 (IC 95 % : 1,43–1,59) [2].

Peu de données sont disponibles à partir d'un type de chirurgie donné. Ainsi en chirurgie cardiaque, thoracique ou abdominale haute, Bluman et al. rapportent des complications postopératoires pulmonaires chez 22,0 % des fumeurs actifs, contre 12,8 % des fumeurs sevrés et 4,9 % chez les non-fumeurs [5]. En cancérologie thoracique, Mason et al. ont montré à partir d'une base de données américaines de cancers bronchiques opérés ($n=7990$), une augmentation de la mortalité hospitalière chez les fumeurs à 1,5 % contre 0,39 % chez les non-fumeurs [6]. La prévalence des complications respiratoires était de 6,2 % chez les fumeurs contre 2,5 % chez les non-fumeurs [6]. Par ailleurs, dans le cancer bronchique, la poursuite du tabagisme est associée à une diminution de la survie sans progression et à une augmentation du risque de survenue de deuxième cancer [7,8].

La présence de carboxyhémoglobine issue de la combustion du tabac favorise les infarctus du myocarde avec un risque relatif de 1,77 (IC 95 % : 1,57–1,99) [1–3]. Ce risque augmente avec la quantité fumée, à partir de dix paquets-années et est indépendant de la présence d'une cardiopathie ischémique (Fig. 1B) [2].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8750958>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8750958>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)