

# LA MISE EN PLACE PRATIQUE D'UN SEVRAGE TABAGIQUE PÉRI-OPÉRATOIRE ?

## **Bertrand Dautzenberg**

Service de pneumologie et de réanimation, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, 47 boulevard de l'Hôpital 75651 Paris cedex 13, France.

## **INTRODUCTION**

Si l'initiation du tabagisme est liée à un comportement, la dépendance tabagique est une maladie chronique récidivante qui doit chez tous les fumeurs être prise en charge dans des délais raisonnables, comme le sont toutes les autres maladies [1].

### • **Les fumeurs dépendants**

Chez un fumeur dépendant, devant être opéré ou chez les femmes enceintes, la prise en charge de la dépendance tabagique doit être initiée sans délais comme on le fait pour la prise en charge d'une hypertension artérielle ou d'un diabète découvert à cette occasion. En effet, chez un patient chez qui on découvre en préopératoire une hypertension ou un diabète, les médecins savent expliquer au malade la nécessité d'une prise en charge immédiate. Il n'y a pas lieu de remettre entre les mains du patient la décision de traiter ou non. C'est bien au soignant de prendre la décision de cette prise en charge immédiate. La dépendance tabagique est associée à un taux de mortalité de 50 % avec 20 années de vie en bonne santé perdues par ceux qui en meurent [2] En péri-opératoire existe de plus un risque de triplement des complications du site opératoire. Dès que le diagnostic est porté dans ces circonstances la prise en charge doit être organisée par les soignants, l'adhésion ou non du patient ne faisant que moduler la prise en charge et conduire à l'arrêt ou seulement à la réduction du tabagisme.

Ainsi chez tous les fumeurs dépendants, en pratique chez ceux qui fument plus de 10 cigarettes par jour ou qui fument tous les jours dès l'heure du lever [3], la prise en charge médicale de l'arrêt est justifiée, quel que soit le niveau de motivation du patient.

### • **Les fumeurs non dépendants**

Les fumeurs non dépendants nécessitent également une prise en charge péri-opératoire. La consommation choisie de tabac est habituelle pour les fumeurs non quotidiens, mais représente une petite minorité des fumeurs quotidiens.

Ainsi plus de 90 % du tabac consommé en France sont achetés du fait de l'addiction des consommateurs au produit. Cette nature, très majoritairement addictive de la consommation de tabac, la différencie de celle de l'alcool, du jeu ou même du cannabis dont la consommation est plus souvent faite par choix personnel que par addiction, même si l'addiction est présente chez un pourcentage significatif de consommateurs. Chez ces fumeurs non dépendants, ne fumant pas tous les jours, ne fumant pas le matin, le médecin peut recommander un simple changement de comportement tabagique durant la phase péri-opératoire.

- **La réalité 2010 de la prise en charge du tabagisme péri-opératoire**

On sait comme l'a rappelé la conférence d'experts de 2005 [4] et confirmé par des études récentes [5-10] que les fumeurs ont 3 fois plus de complications du site opératoire que les non-fumeurs et qu'un arrêt 6 à 8 semaines avant la chirurgie, poursuivi 3 semaines à 3 mois après l'intervention, fait disparaître le sur risque de complications péri-opératoires lié au tabagisme.

Malheureusement, les acteurs de santé se disent mal formés [11] et la prise en charge du tabagisme péri-opératoire reste l'exception comme l'avait constaté la conférence d'experts sur l'arrêt du tabac en péri-opératoire. Pour mettre fin à cette situation de délaissement thérapeutique il est nécessaire d'organiser la prise en charge 8 semaines avant l'intervention, date à laquelle chez beaucoup de patients la décision opératoire n'est pas encore prise, même si elle est souvent envisagée.

- **Ce qu'il faut mettre en place**

Afin de mettre fin à cette situation il faut :

- Organiser l'information et le passage de la norme « le péri-opératoire c'est sans tabac ».
- Repérer les personnels de santé qui voient les futurs opérés 8 semaines avant l'intervention.
- Faire inscrire le statut tabagique comme le sexe, l'âge ou la nature de l'intervention sur tous les documents préparatoires à l'intervention.
- Organiser la prise en charge pour l'arrêt pour la période pré et postopératoire ou à défaut pour la réduction du tabagisme 6 à 8 semaines avant l'intervention. Une prise en charge même plus tardive est utile.

## **1. ORGANISER L'INFORMATION DE TOUS LES SOIGNANTS ET TOUS LES PATIENTS CONCERNÉS PAR LE TABAGISME PÉRI-OPÉRATOIRE**

Comme l'information de la limite d'alcoolémie au volant ou du zéro alcool durant la grossesse, l'information sur la nécessité de l'arrêt du tabac en préopératoire et durant toute la période de cicatrisation péri-opératoire doit être répandue dans la population générale, devenir une question que chacun se pose dès que l'on parle d'une intervention chirurgicale, une information à inclure dans tous les documents concernant la chirurgie, une information à faire passer dans toutes les formations initiales et continues des soignants (Tableau I).

**Tableau I**

Ce que doivent savoir les soignants afin de faire passer ce savoir aux patients

•	Les fumeurs ont trois fois plus de risques de complications au niveau de la cicatrice.
•	Ils ont une durée d'hospitalisation qui risque d'être plus longue.
•	Ils ont également plus de risque de passer en soins intensifs que les non fumeurs.
•	Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention et maintenir l'arrêt durant la phase de cicatrisation annule l'excès de risque dû au tabagisme.
•	Se faire aider augmente les chances d'arrêt.
•	Un arrêt dans un délai plus proche de l'intervention, ou une simple réduction du tabagisme avec substituts nicotiques peuvent cependant réduire le sur risque mais ne l'annulent pas.

### 1.1. INFORMATION GÉNÉRALE DU GRAND PUBLIC

Un effort particulier doit être conduit dans tous les articles de vulgarisation et dans la communication vers le grand public pour faire passer la norme : « une intervention c'est sans tabac ». Cette information devrait, ce qui n'est pas le cas actuellement, être relayée par tous les médecins même en dehors de la période opératoire.

### 1.2. DOCUMENTS D'INFORMATION POUR LES PATIENTS DEVANT ÊTRE OPÉRÉS

Actuellement l'immense majorité des fiches d'informations disponibles sur internet destinées à informer les patients du déroulement des interventions, des complications possibles et de leur prévention ne parlent pas du tabac.

Ce manque d'information des patients sera certainement condamné un jour par un tribunal sur la plainte d'une victime d'une complication qui se retournera vers ceux qui l'ont pris en charge et vers les signataires de la brochure d'information. Il pourrait arguer que le risque lié à son tabagisme, pourtant parfaitement connu des soignants et des rédacteurs de la fiche d'information, ne lui a pas été signalé et qu'il y a là un manque d'information condamnable et indemnisable. On ne peut que souhaiter que les sociétés savantes, les groupes professionnels et les sociétés commerciales, diffusant ces informations, relayent sans délais l'information et inscrivent au minimum une phrase du type : « fumer aggrave le risque de complications générales et triple le risque de complications du site opératoire ; arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention et durant toute la période de cicatrisation supprime ce sur risque : pour en savoir plus et vous faire aider consultez votre médecin ou appelez Tabac-Info-Service au 3989 ».

### 1.3. LE STATUT TABAGIQUE DANS LES DOSSIERS MÉDICAUX INFORMATISÉS OU NON

Les dossiers médicaux pré imprimés et les dossiers médicaux informatiques doivent comporter au moins un item sur le statut tabagique. Il en est de même des fiches à usage interne des services permettant d'inscrire les patients sur les tableaux opératoires. Cette information est le minimum que l'on puisse faire, même s'il est préférable d'avoir plus d'informations (consommation tabagique habituelle et récente, délai entre le lever et la première cigarette, tentatives d'arrêt

dans l'année passée, motivation à arrêter en vue de la prochaine intervention, etc...).

## **2. REPÉRER LES PERSONNELS DE SANTÉ QUI VOIENT LES OPÉRÉS 6 À 8 SEMAINES AVANT L'INTERVENTION**

La décision opératoire est souvent prise de façon tardive, de façon progressive : une intervention est envisagée, puis après un certain processus la décision opératoire est prise, puis enfin l'intervention est programmée. Les acteurs impliqués dans cette décision peuvent être nombreux et variés. Ceci explique la difficulté à repérer 6 à 8 semaines avant une intervention chirurgicale les fumeurs.

### **2.1. ANALYSE PAR CHAQUE UNITÉ DE CHIRURGIE DU PROCESSUS À METTRE EN PLACE POUR LE REPÉRAGE LE PLUS PRÉCOCE POSSIBLE DES FUMEURS**

L'objectif de cette procédure est d'impliquer tous les réseaux de soins autour de l'unité chirurgicale afin que les fumeurs soient pris en charge au minimum 6 à 8 semaines avant une intervention programmée et le plus précocement possible en cas d'intervention non programmée longtemps à l'avance.

L'analyse des circuits conduisant les malades à la chirurgie, ainsi que l'identification des contacts directs ou indirects susceptibles de survenir plus de 8 semaines avant l'intervention doit être conduite.

A l'intérieur de l'unité de chirurgie, c'est en général le chirurgien qui voit le premier en consultation le patient, en particulier dans le cadre d'une opération orthopédique de remplacement articulaire, de chirurgie esthétique, de chirurgie de la prostate, de chirurgie des hernies, de chirurgie de la thyroïde.

L'anesthésiste voit rarement le patient 6 à 8 semaines à l'avance, sauf en obstétrique pour laquelle il est prévu une visite au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse, 2 mois avant l'accouchement. La rencontre quelques semaines à l'avance voire la veille de l'intervention rend plus difficile et moins efficace la prise en charge du tabagisme.

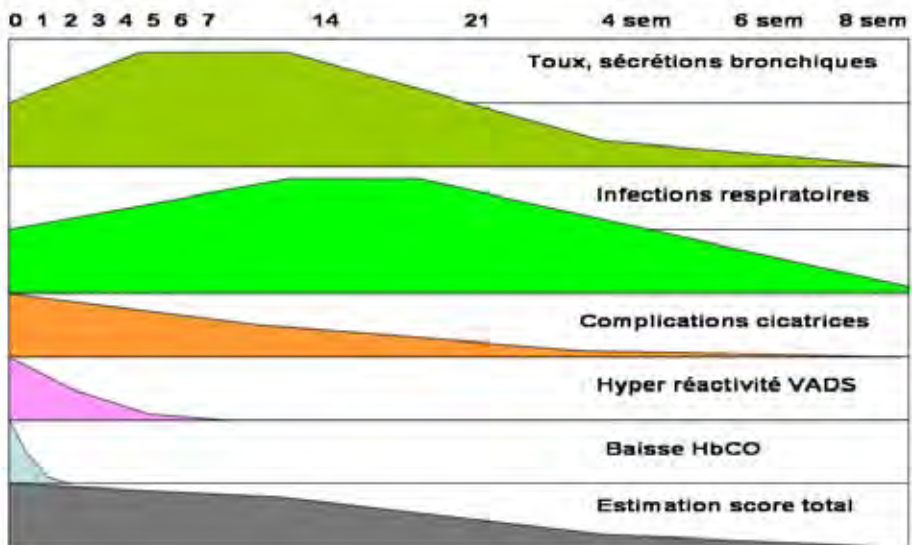
C'est donc dans les réseaux du service de chirurgie qu'il faudra faire passer l'information afin d'optimiser cette prise en charge précoce. Le médecin spécialiste intervient tôt quand il envisage une intervention chirurgicale pour une pathologie chronique. Le médecin généraliste peut aussi intervenir plus précocement.

### **2.2. EST-IL POSSIBLE D'ACCEPTER UN DÉLAI PLUS COURT AVANT L'INTERVENTION**

#### **2.2.1. FUMEURS REPÉRÉS ENTRE 6 ET 3 SEMAINES AVANT L'INTERVENTION**

Le tabagisme augmente le risque opératoire de multiples façons. Certains paramètres des dégâts du tabagisme s'améliorent dès le lendemain de l'arrêt (Figure 1), mais certains éléments peuvent s'aggraver à l'arrêt du tabac : le syndrome de sevrage en nicotine qui est maximum les premiers jours peut être combattu par une bonne substitution nicotinique et ne pose pas de problèmes sérieux pour l'intervention. En revanche l'augmentation des sécrétions bronchiques peut être associée à une augmentation des complications [12]. Cette augmentation de la toux et des sécrétions bronchiques durent de 1 à 3 semaines.

Ainsi, si 6 à 8 semaines d'arrêt avant l'intervention sont toujours préférables, on n'a pas de preuve formelle que 3 semaines d'arrêt ne soient pas suffisantes, au moins chez certains fumeurs.



**Figure 1 :** régressions des complications liées au tabagisme au cours du temps après le sevrage [4].

#### 2.2.2. REPÉRAGE DU TABAGISME DE 3 SEMAINES À 48 HEURES DE L'INTERVENTION

Il existe un bénéfice à arrêter de fumer durant cette période. On ne sait pas si le bénéfice est aussi grand qu'avec un arrêt plus précoce et s'il existe des inconvénients [13], mais le rapport coût/bénéfice reste élevé. Un arrêt si tardif invite à une bonne substitution nicotinique et sera accompagné d'une kinésithérapie respiratoire afin d'aider à l'évacuation bronchique chez ceux qui toussent et s'encombrent à l'arrêt.

#### 2.2.3. REPÉRAGE DURANT LA PÉRIODE OPÉRATOIRE

Un patient dépendant qui arrive en chirurgie pour une intervention, toujours fumeur actif, devra être repéré et une substitution nicotinique aussitôt mise en place, ne serait-ce que pour respecter la période de jeûne et l'interdiction de fumer dans les hôpitaux. L'abstinence doit être tentée jusqu'à la fin de la cicatrisation. L'intérêt de cette abstinence tabagique (et cannabique) durant la phase de cicatrisation est encore plus méconnu des patients que l'intérêt de l'arrêt en préopératoire. L'abstinence durant cette phase durant laquelle la microcirculation doit se remettre en place pour assurer la cicatrisation est cependant essentielle.

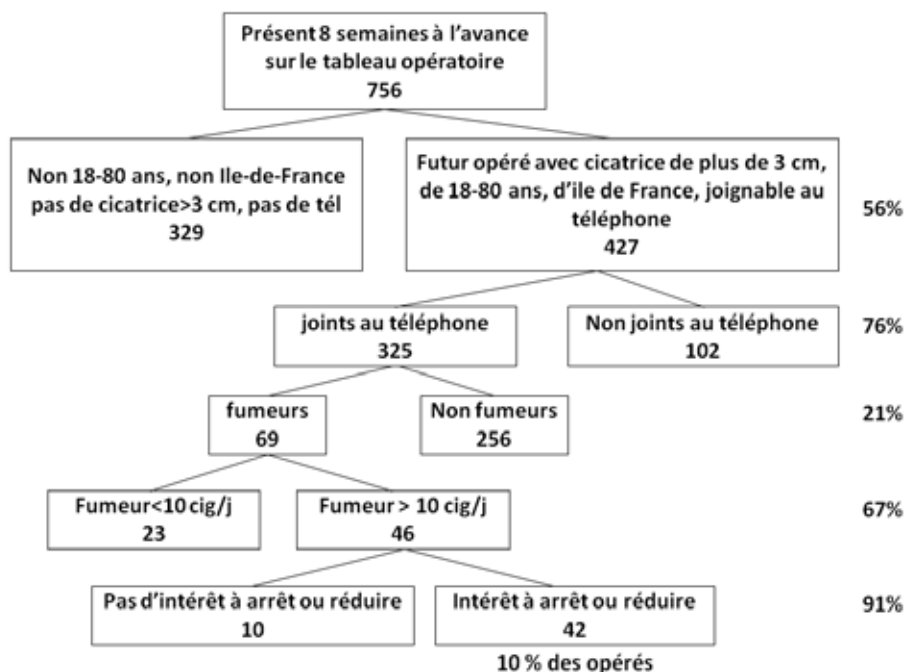
#### 2.2.4. L'EXPÉRIENCE DE LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE POUR LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES PATIENTS

Dans un premier temps les équipes chirurgicales de 9 des 11 services à activité chirurgicale de l'hôpital ont été informées au cours de staffs et ont donné un accord pour informer les patients.

Rapidement il est apparu que le message : « il faut arrêter de fumer avant l'intervention, allez voir le tabacologue en téléphonant à un numéro centralisé » ne fonctionnait pas pour 3 raisons :

- Le message est très souvent oublié par les équipes de chirurgie
- L'appel au tabacologue n'était pas fait par les soignants, mais demandé au fumeur qui avait l'initiative.
- Le malade comprenait cette demande comme une demande de modification du style de vie et non comme la nécessité de prendre en charge une maladie chronique, afin d'obtenir une rémission ou au moins une réponse significative durant la période opératoire.

Dans un deuxième temps il a été demandé aux services de chirurgie de communiquer au tabacologue 8 semaines à l'avance le tableau opératoire. Cinq des 10 services de chirurgie acceptant de participer n'ont pas d'intervention programmée si longtemps à l'avance, les 5 autres ont communiqué les tableaux opératoires. Tous les malades ayant un téléphone, âgés de 18 à 80 ans, habitant en région parisienne, devant être opérés avec une cicatrice cutanée d'au moins 3 cm ont été appelés. La Figure 2 montre que si 21 % des opérés joints sont fumeurs et que si 91 % des fumeurs joints ont un intérêt pour l'arrêt ou la réduction, seule la moitié des fumeurs est jointe réellement.



**Figure 2** : Expérience d'un trimestre d'identifications de fumeurs 8 semaines avant une intervention chirurgicale à la Pitié-Salpêtrière (aphp, Paris).

Progressivement les services ayant des interventions programmées 8 semaines à l'avance ont mis en place une procédure permettant d'identifier les fumeurs sur ce tableau des interventions programmées.

Tous les fumeurs des deux services ayant le plus de malades programmés sont maintenant appelés. Un conseil téléphonique est donné à tous les fumeurs

joint, ainsi qu'une adresse d'un tabacologue près de chez eux (ofta-asso.fr), et la possibilité de téléphoner au 3989 à tabac info service ou la possibilité de venir à la Pitié-salpêtrière. Beaucoup de fumeurs se contentent d'un conseil téléphonique. Dans 90 % l'accueil est très favorable et les interlocuteurs sont satisfaits de l'appel et annonce une volonté d'arrêter ou de réduire le tabac.

### 3. REPÉRAGE LES FUMEURS

#### 3.1. UNE SIMPLE QUESTION PERMET LE DIAGNOSTIC

Le repérage des fumeurs par l'interrogatoire est le plus souvent suffisant. La question à poser pour repérer les fumeurs est « Fumez-vous actuellement, ne serait-ce qu'occasionnellement ? Je vous pose la question car fumer est associé à un triplement du risque de survenue de complications du site opératoire »

- Si la réponse est non, féliciter et rassurer le patient, lui dire que cela diminue le risque de complications pour la chirurgie et en rester là.
- Si la réponse est oui, l'attitude dépendra de ses compétences et de l'organisation que l'on a mise en place. L'important à ce stade est de ne pas délivrer de message ayant des effets délétères sur l'arrêt du tabagisme.

#### 3.2. QUE DIRE AU PATIENT ?

L'expérience prouve que le meilleur message que puisse délivrer un chirurgien sans compétence en tabacologie est « durant la période péri-opératoire votre tabagisme me pose un problème car il peut être associé à un excès de complications, je vous adresse à un tabacologue pour faire le bilan tabac, comme je vous adresserais au diabétologue si vous aviez un diabète ou au cardiologue si vous avez un problème cardiaque ».

A l'inverse les messages décrivant longuement les abominations que peut occasionner le tabagisme lors de l'intervention, s'ils peuvent avoir un effet chez les fumeurs non dépendants, ont souvent l'effet inverse à celui recherché chez les plus dépendants.

Si le chirurgien ou les autres personnes de l'équipe chirurgicale, en particulier les anesthésistes, se sentent compétents, ils peuvent tout à fait prendre en charge les fumeurs les moins dépendants, comme le font un certain nombre de sages-femmes en maternité pour les femmes enceintes fumeuses.

### 4. CARACTÉRISER LE TABAGISME

Nous ne détaillerons pas ici le recueil complet de l'histoire du tabagisme, toujours utile à connaître. Il est fait à partir des 7 premières pages du dossier CDTnet qui est rempli par le patient lui-même et qui renseigne très rapidement sur les différents aspects du tabagisme [15]. Ce dossier imprimé par l'Inpes avec le concours du réseau Respadd et de la Société française de tabacologie est téléchargeable sur [cdtnet.fr](http://cdtnet.fr)

Nous insisterons sur 2 éléments : le test de dépendance et la mesure du CO expiré.

#### 4.1. CONNAÎTRE LE NIVEAU DE DÉPENDANCE

Le test de Fagerström en six questions [3] permet de mesurer cette dépendance. Le délai entre le lever et la première cigarette est une question particulièrement importante tout comme la quantité de tabac fumée. Ces deux questions comptent pour 60 % du score global.

Les sujets à dépendance moyenne et forte sont ceux qui bénéficient le plus d'une médicalisation de l'aide à l'arrêt du tabac et ils doivent tous en bénéficier sans délai dans le cadre d'une prise en charge péri-opératoire.

## **4.2. MESURE DU CO EXPIRÉ**

La mesure du CO expiré, si elle est disponible au sein de l'unité chirurgicale, est un outil motivant pour le patient et un outil très utile de suivi de l'arrêt ou de la réduction du tabagisme. Sa mise en œuvre est aussi rapide que de prendre une pression artérielle. Le coût d'achat de l'appareil est de l'ordre de 400 € et bien que la mesure ne soit pas cotée par la CCAM, elle est intéressante pour les unités de chirurgie.

## **5. L'ARRÊT DU TABAC EN PRÉOPÉRATOIRE**

### **5.1. QUI ASSURE LA PRISE EN CHARGE DU FUMEUR ?**

Durant la phase préopératoire, il faut s'efforcer d'organiser l'accompagnement des fumeurs vers un arrêt rapide et intégrer cet arrêt dans la préparation chirurgicale. Chaque circuit ou unité de chirurgie peut organiser, comme il le veut, la prise en charge de l'arrêt.

L'important est que le ou les circuits de prise en charge préopératoire des fumeurs dans le centre soient décrits et connus, que ce soit des circuits internes ou externes. Ce peut être par exemple :

- Une infirmière (si possible diplômée de tabacologie) qui organise une prise en charge hebdomadaire des fumeurs dans le centre avec une heure d'accueil de groupe puis des entretiens individuels si nécessaire.
- Un anesthésiste ou un autre intervenant qui organise dans l'unité de chirurgie une consultation de tabacologie pour les opérés avec une première consultation de 30 à 45 minutes, puis un suivi hebdomadaire de 15 à 20 minutes jusqu'à l'intervention et une fois après l'intervention.
- Une consultation de tabacologie avec laquelle on aura passé un accord pour un accueil sans délai, un suivi rapproché et un échange d'information sur la situation chirurgicale et la situation du tabagisme (annuaire <http://www.ofta-asso.fr>). La situation est idéale quand il existe dans le même établissement une consultation de tabacologie.
- A défaut d'une organisation sur place, le patient peut être redirigé avec une lettre type vers son médecin traitant ou son médecin spécialiste pour le suivi de l'arrêt.
- Le chirurgien peut parfois initier la démarche d'arrêt, mais n'a qu'exceptionnellement le temps et la compétence pour l'assumer.
- Les pharmaciens d'officine sont également des acteurs de l'arrêt. Les substituts nicotiques sont accessibles en pharmacie sans prescription et le pharmacien souvent formé.
- La ligne tabac info service 3989 peut être un support des autres prises en charge, ou peut être utilisée seule par les unités chirurgicales n'ayant pas la possibilité d'organiser autrement la prise en charge. En annonçant qu'il fume, qu'il va être opéré et qu'il veut s'arrêter, le fumeur est rapidement dirigé 6 J/7 vers un tabacologue qui, au cours d'un entretien long, va le guider vers l'arrêt. Cinq rendez-vous de suivi téléphonique peuvent être pris afin d'assurer le suivi du sevrage et le retour d'information vers l'équipe chirurgicale si le malade le demande lors de l'appel.



## 5.2. LES TRAITEMENTS DE L'ARRÊT DISPONIBLES EN PÉRI-OPÉATOIRE

Durant cette phase péri-opératoire le bupropion ou Zyban® est difficile à manier du fait des nombreuses interactions médicamenteuses. La varénicline et les substituts nicotiques sont en pratique les deux classes pharmacologiques utilisées en péri-opératoire.

### 5.2.1. LA VARÉNICLINE

Le Champix® ou varénicline peut être utilisé si le délai préopératoire est vraiment de 6 à 8 semaines. En effet avec ce traitement l'arrêt est progressif, ce qui est apprécié des patients. Si l'arrêt est parfois obtenu en 10 jours, beaucoup de patients ne s'arrêtent complètement qu'à 3 ou 4 semaines, ce qui pose un problème quand on ne dispose pas des 6 à 8 semaines préopératoires.

Une boîte d'initiation permet de prendre 3 jours 0,5 mg, puis 4 jours deux fois 0,5 mg, puis 1 mg matin et soir durant les 2 mois préopératoires et un mois postopératoire, avec possibilité de prolonger le traitement. Les principaux effets indésirables sont les nausées, voisines de celles que le fumeur avait adolescent quand il avait l'impression d'avoir trop fumé. Des idées étranges et surtout des dépressions ont été décrites lors de l'arrêt sous varénicline, mais une analyse récente de plus de 80 000 arrêts du tabac [16] montre que si les fumeurs sont plus souvent déprimés que les non-fumeurs et que l'arrêt du tabac peut déséquilibrer une dépression, il n'y a pas significativement plus de dépression et de suicide avec varénicline qu'avec les substituts nicotiques, alors que le taux d'arrêt est lui, selon la Cochrane Review [14] et le dernier rapport du Surgeon General [1], significativement supérieur.

### 5.2.2. LES SUBSTITUTS NICOTIQUES

Les substituts nicotiques sont le plus souvent prescrits par association de patch et de formes orales [1] (Figure 1), la posologie étant adaptée les premiers jours pour obtenir l'arrêt rapidement. Chez les fumeurs qui refusent d'arrêter, ce traitement peut être initialement présenté comme un traitement de réduction du tabagisme : le patient porte un patch mais a le droit de fumer s'il en éprouve le besoin. La montée progressive des doses de substitution permettra de réduire de façon inverse la consommation. Quand il ne restera plus que quelques cigarettes, il faudra reposer la question d'un éventuel arrêt.

Les substituts nicotiques sont les médicaments recommandés si l'arrêt n'est pas programmé plusieurs semaines avant l'intervention. Il peut même être initié lors de l'hospitalisation pour l'intervention.

Les substituts nicotiques disponibles pour initier l'arrêt sont les patches 16 heures (15 et 10 mg), les patches 24 heures (21 et 14 mg), les gommes nicotiques de 2 ou 4 mg à différents arômes, les comprimés à sucer, les comprimés sublinguaux et l'inhalateur.

La posologie initiale peut être choisie selon la Figure 3 en prenant en compte le tabagisme habituel. Elle sera réévaluée rapidement en fonction des symptômes. Les signes de surdosage en nicotine sont les céphalées, associées à l'impression d'avoir « trop fumé », bouche pâteuse, des nausées, voire des vomissements, une tachycardie. Ils invitent à réduire la posologie. Les signes de sous dosage en nicotine sont les symptômes de manque : besoins impérieux de fumer, nervosité, irritabilité, agressivité, difficultés de concentration et troubles du sommeil. Ils invitent à substituer plus.

Fume	< 10 cig/jour	10-19 cig/jour	20-30 cig/jour	> 30 cig/j
Pas tous les jours	Rien ou forme orale	Rien ou forme orale		
Pas le matin	Rien ou forme orale	Rien ou forme orale	Forme orale	
<60 min après le lever	Rien ou forme orale	Forme orale	Timbre forte dose	Timbre forte dose ± forme orale
<30 min après le lever		Timbre forte dose	Timbre forte dose ± forme orale	Timbre forte dose + forme orale
<5 min après le lever		Timbre forte dose ± forme orale	Timbre forte dose + forme orale	Timbre forte dose + timbre moyenne dose ± forme orale

**Figure 3 :** Posologies recommandées pour l'initiation d'une substitution nicotinique en fonction du nombre de cigarettes habituellement fumées et des délais entre le lever et la première cigarette (téléchargeable sur le site de l'Inpes)

### 5.3. LA RÉDUCTION DU TABAGISME

Si l'arrêt ne peut être obtenu, l'alternance de substituts nicotiques et de cigarettes en vue de la réduction du tabagisme est une alternative à l'arrêt complet. L'arrêt complet est toujours préférable et à rechercher en priorité. La réduction du tabagisme ne supprime pas complètement le sur risque opératoire bien qu'il le réduise. On essaiera régulièrement de transformer cette réduction du tabagisme en arrêt complet.

### 5.4. L'ORGANISATION D'UN ARRÊT TARDIF

Pour les fumeurs qui n'ont pas été vus ou, qui ignoraient qu'ils allaient subir une intervention avec un délai de 8 semaines, une prise en charge du tabagisme est toujours justifiée, même proche de l'intervention. La prise en charge répondra aux mêmes critères que la prise en charge 8 semaines avant l'intervention. On peut attendre de cet arrêt une diminution importante des risques opératoires, mais non une disparition complète du risque.

### 5.5. L'ORGANISATION DE LA PÉRIODE OPÉRATOIRE SANSTABAC

L'interdiction totale de fumer dans les locaux hospitaliers, associée à l'impossibilité pour de nombreux opérés de sortir peut occasionner chez le fumeur un syndrome de manque qui est perceptible, y compris en unité de soins intensifs chez des malades ventilés ! [17]. La substitution nicotinique la plus souvent par patch doit être la règle pour tous ces fumeurs hospitalisés. L'adjonction de forme orale permet d'adapter la posologie. L'expérience de la diminution du manque avec la substitution peut être un déclic pour une acceptation de l'arrêt ou au moins la substitution partielle durant toute la phase de cicatrisation. Pour cela il faut que les infirmières et les anesthésistes posent systématiquement la question du tabagisme à l'entrée et propose une substitution en fonction de la Figure 3 en se basant sur la consommation habituelle du fumeur (et non sur celle des derniers jours, souvent modifiée).

## 5.6. MAINTENIR L'ARRÊT EN POSTOPÉRATOIRE

Le maintien, en postopératoire, de l'abstinence tabagique durant toute la phase de cicatrisation est particulièrement important. Cela doit être rappelé au patient durant son séjour hospitalier. Il est conseillé d'organiser une consultation de renforcement de la motivation après la sortie, le retour au domicile étant une situation à risque d'une reprise du tabagisme.

Si l'unité de chirurgie travaille avec des services de soins de suite, une procédure d'accueil des fumeurs et anciens fumeurs doit y être organisée. Le courrier de l'unité de chirurgie, comme la fiche de transmission, précisera le statut tabagique, la date de l'arrêt, le traitement mis en œuvre et l'importance de la poursuite de l'abstinence jusqu'à la fin de la cicatrisation.

Le service de soins de suite aura une politique de contrôle du tabagisme clairement affichée. Elle aura à disposition des substituts nicotiques. Elle aura au moins un référent pour les opérés qui éprouvent des difficultés particulières face à leur tabagisme.

## CONCLUSION

La mise en place d'une prise en charge du tabagisme durant la période péri-opératoire nécessite un effort d'organisation et de formation avant que la procédure entre en routine, et c'est pourtant un domaine dans lequel un effort modéré peut apporter un grand bénéfice tant la réduction du risque opératoire accompagne l'arrêt du tabagisme durant cette période. Il n'est plus possible avec les connaissances qui s'accumulent de ne rien faire contre cette cause majeure des complications opératoires évitables.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dépendance. Clinical practice guideline 2008 update. US department of health and human services. Office of the surgeon general. [www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic](http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic).
- [2] Doll R, Peto R, Boreham J et al. Mortality in relation to smoking : 50 Years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-1527
- [3] Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence : a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addiction* 1991;86:1119-1127
- [4] Conférence d'experts Tabagisme péri-opératoire. Elsevier Collection de la SFAR 2006 Paris 171p
- [5] Kinlin LM, Kirchner C, Zhang H, Daley J, Fisman DN. Derivation and validation of a clinical prediction rule for nosocomial pneumonia after coronary artery bypass graft surgery. *Clin Infect Dis* 2010;50:493-501.
- [6] Lohsirivat V, Yodying H, Lohsirivat D. Incidence and factors influencing the development of fistula-in-ano after incision and drainage of perianal abscesses. *J Med Assoc Thai* 2010;93:61-65
- [7] Henry LR, Helou LB, Solomon NP, Howard RS, Gurevich-Uvena J, Coppit G, Stojadinovic A. Functional voice outcomes after thyroidectomy: An assessment of the Dysphonia Severity Index (DSI) after thyroidectomy. *Surgery*. 2010. [Epub ahead of print]
- [8] Strineka M, Lovrencic-Huzjan A, Vukovic V, Azman D, Bene R, Lovricevic I, Demarin V. Development of postoperative internal carotid artery occlusion due to the presence of risk factors. *Acta Clin Croat* 2009;48:247-251
- [9] Matros E, Aranki SF, Bayer LR, McGurk S, Neuwalder J, Orgill DP. Reduction in incidence of deep sternal wound infections: random or real? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010;139:680-685

- [10] Karkos CD, Karamanos DG, Papazoglou KO, Demiroopoulos FP, Papadimitriou DN, Gerassimidis TS. Thirty-day outcome following carotid artery stenting: a 10-year experience from a single center. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2010;33:34-40
- [11] Warner DO. American Society of Anesthesiologists Smoking Cessation Initiative Task Force. Feasibility of tobacco interventions in anesthesiology practices: a pilot study. *Anesthesiology* 2009;110:1223-1228.
- [12] Yamashita S, Yamaguchi H, Sakaguchi M, Yamamoto S, Aoki K, Shiga Y, et al. Effect of smoking on intraoperative sputum and postoperative pulmonary complication in minor surgical patients. *Respir Med* 2004;98:760-766.
- [13] Dudzicka K, Mayzner-Zawadzka E. Tobacco smoking and the perioperative period *Anestezjol Intens Ter* 2008;40:108-113
- [14] Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000146.
- [15] CDTnet. Dossier de tabacologie en ligne et base de données des consultations de tabacologie <http://CDTnet.fr>
- [15] Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM, Varenicline and suicidal behavior: a cohort based on data from the general practice research database. *BMJ* 2009;339:b3805
- [17] Lee AH, Afessa B. The association of nicotine replacement therapy with mortality in a medical intensive care unit. *Crit Care Med* 2007;35:1517-1521