

Lettre Thématique : Prise en charge des fumeurs en périopératoire

● Tabagisme périopératoire : la conférence d'expert de 2005.

Association française de chirurgie, Société française d'anesthésie et de réanimation et Office français de prévention du tabagisme.

Articles en libre accès : http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2a_AFAR_Tabagisme-perioperatoire.pdf
<http://sfar.org/tabagisme-perioperatoire/>

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).

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 à huit semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac (voir le document pour les arrêts plus courts). Le conseil d'une simple réduction de la quantité de tabac fumé sans substitution nicotinique avant une intervention n'est pas recommandé.

Mise à jour, juin 2016 : Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période périopératoire.

http://sfar.org/wp-content/uploads/2016/08/2-SFAR-RFE-tabac_proposition-CRC.pdf

R1 – Nous recommandons d'offrir une prise en charge comportementale et la prescription d'une substitution nicotinique pour l'arrêt du tabac avant toute intervention chirurgicale programmée - GRADE 1+, ACCORD FORT

R2 – Nous recommandons systématiquement l'arrêt préopératoire du tabac indépendamment de la date d'intervention - GRADE 1+, ACCORD FORT

R3 – Nous recommandons que tous les professionnels du parcours de soins (chirurgiens, anesthésistes -réanimateurs, soignants) informent les fumeurs des effets positifs de l'arrêt du tabac et leur proposent une prise en charge dédiée et un suivi personnalisé - GRADE 1+, ACCORD FORT

R4 – Nous recommandons l'arrêt du tabagisme parental ou l'éviction de l'enfant de tout environnement tabagique le plus en amont possible de l'intervention - GRADE 1+, ACCORD FORT

R5 – PAS DE RECOMMANDATION FORMULEE PAR LES EXPERTS sur les conséquences et la place de la cigarette électronique dans la période périopératoire.

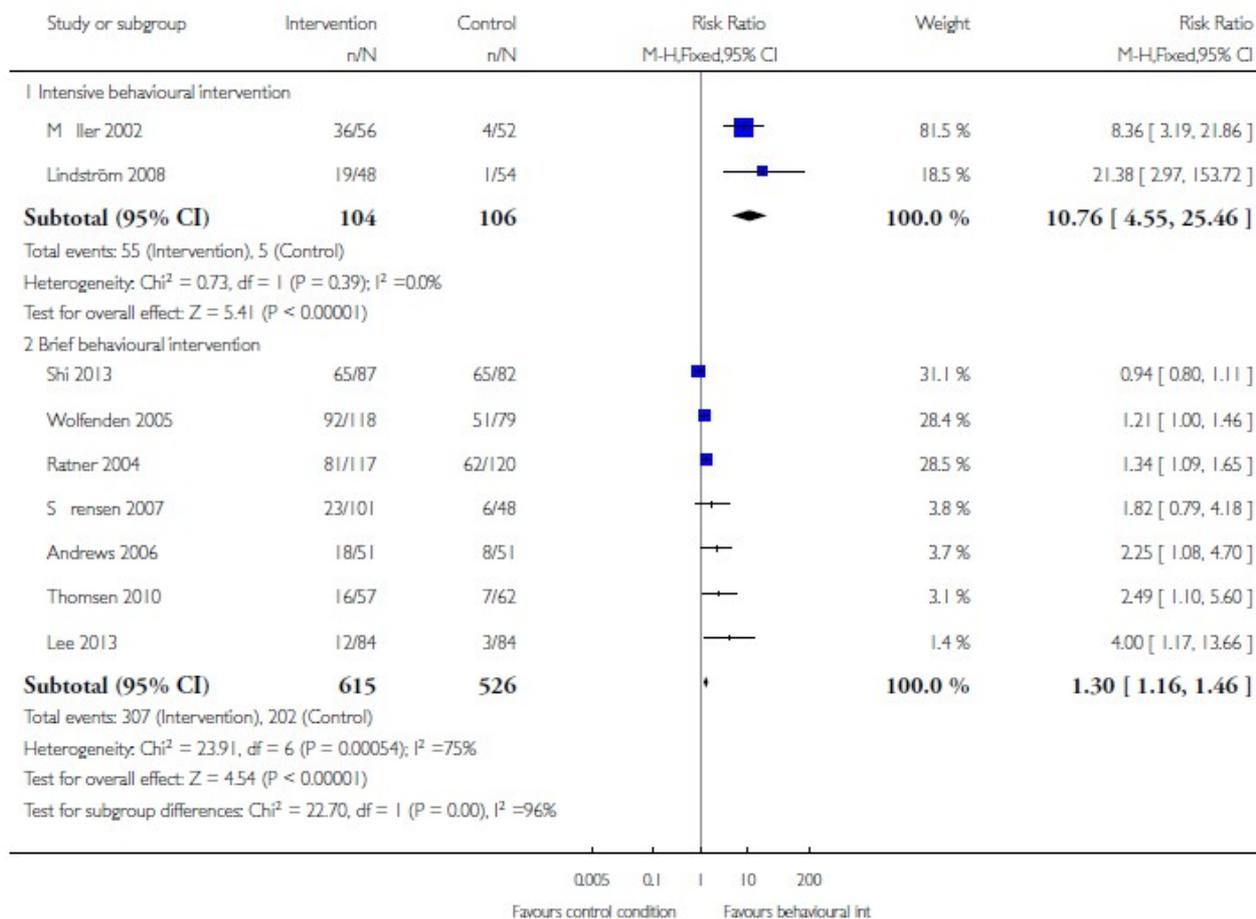
● Quelle type d'intervention pour la prise en charge des fumeurs en périopératoire ?

Thomsen T, Villebro N, Møller AM. *Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.*
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002294.pub4/abstract>

Cette revue systématique Cochrane date de 2014, elle est basée sur 13 essais randomisés et contrôlés ayant inclus au total 2010 participants. Dix essais ont évalué l'effet d'une intervention comportementale, dont huit ont aussi proposé une substitution nicotinique. Parmi ceux-ci, deux essais ont mis en place une intervention en face à face au moins quatre semaines avant l'intervention chirurgicale et ont été qualifiés d'intervention intensive, alors que sept autres ont simplement utilisé une intervention brève. Un autre essai a utilisé une intervention intensive dans les deux bras de l'étude, mais l'un des bras recevait aussi une intervention basée sur ordinateur pour réduire progressivement la quantité de cigarettes consommées. Enfin, un essai a comparé la varénicline à un placebo (traitement débuté 1 semaine avant l'intervention chirurgicale, et poursuivi pendant 11 semaines post-opératoire), et un autre a comparé les comprimés de nicotine, par rapport à un placebo, en commençant le traitement la veille au soir de l'intervention chirurgicale, associé à une intervention brève.

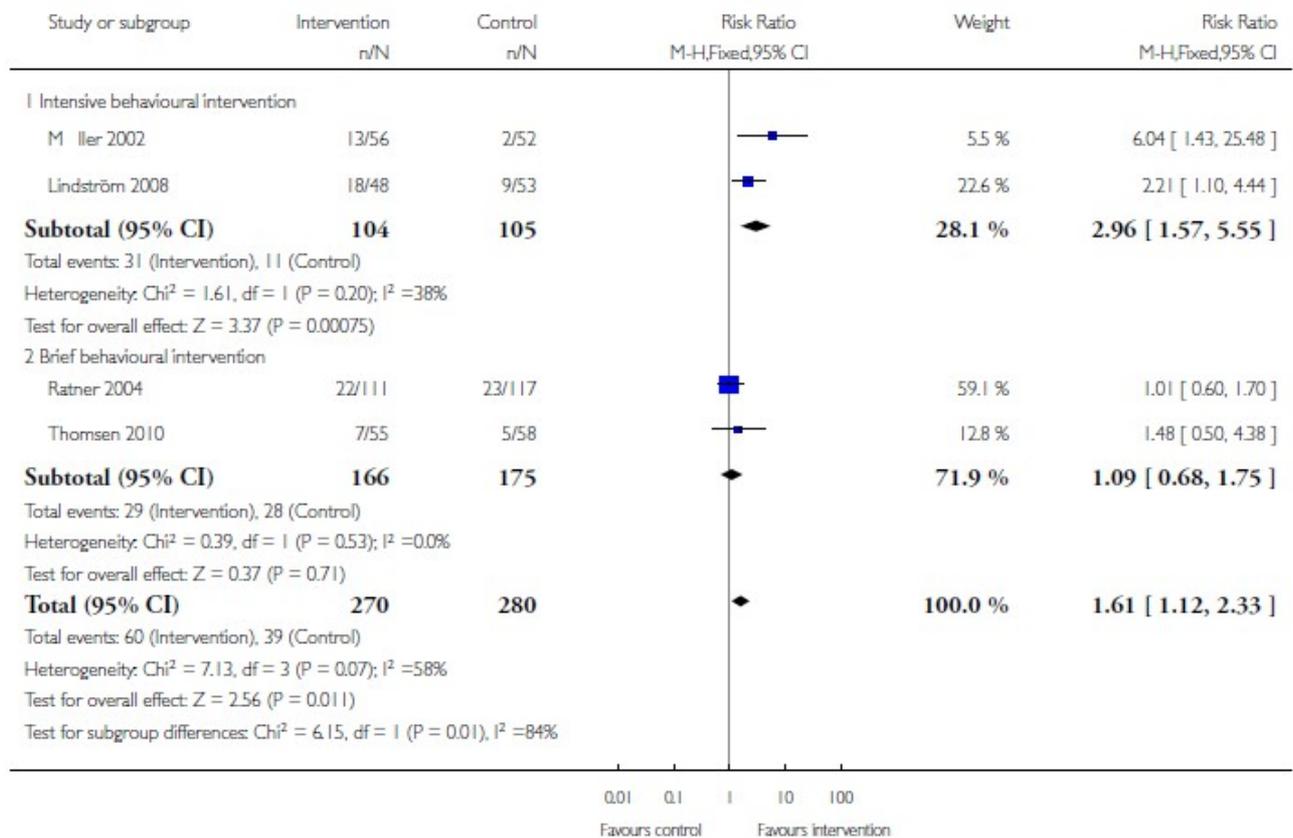
En ce qui concerne l'efficacité sur l'arrêt du tabac à court terme (au moment de l'intervention chirurgicale), les interventions intensives ont eu une efficacité plus grande que les interventions brèves. La comparaison de l'intervention par rapport au contrôle est présentée ci-dessous.

Malgré un intervalle de confiance plus important (2 études avec intervention intensive), les interventions intensives ont eu une meilleure efficacité (RR= Risk ratio, plus élevé) que les interventions brèves (7 études). Dans l'essai de Møller (2002), les visites étaient hebdomadaires, 6 à 8 semaines avant l'intervention chirurgicale, et le traitement nicotinique de substitution (TNS) était personnalisé avec possibilité d'arrêter brutalement ou de réduire progressivement d'au moins 50% leur consommation de cigarettes. Dans celui de Lindström (2008), les visites (en face à face ou par téléphone) étaient hebdomadaires, 4 semaines avant et 4 semaines après l'intervention chirurgicale, et avec TNS. Le tableau ci-dessous présente les RR des interventions intensives (2 études) et brèves (7 études) par rapport à l'intervention contrôle pour l'arrêt du tabac au moment de l'intervention chirurgicale.

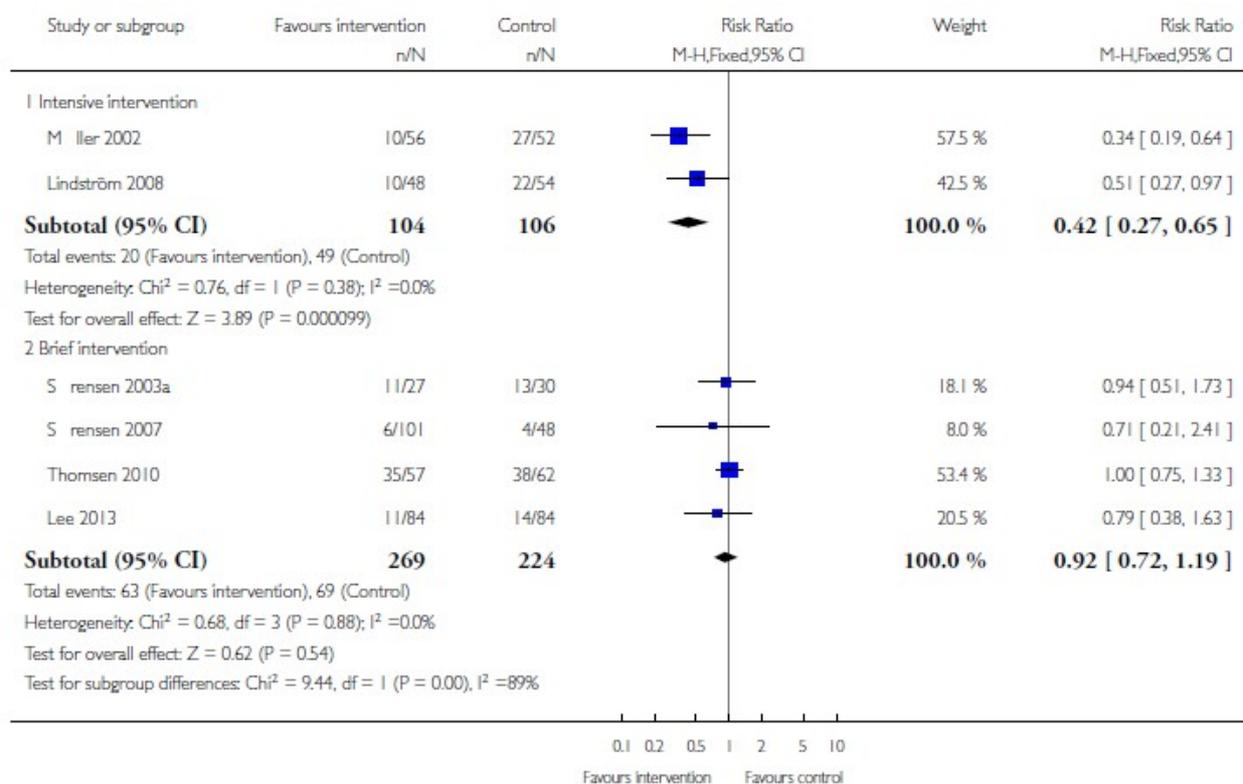


Ni l'essai avec la varénicline (commencé 1 semaine avant), ni celui avec les comprimés de nicotine (commencé la veille au soir) n'ont eu d'effet significatif sur l'arrêt du tabac au moment de l'intervention chirurgicale, ce qui n'est pas surprenant.

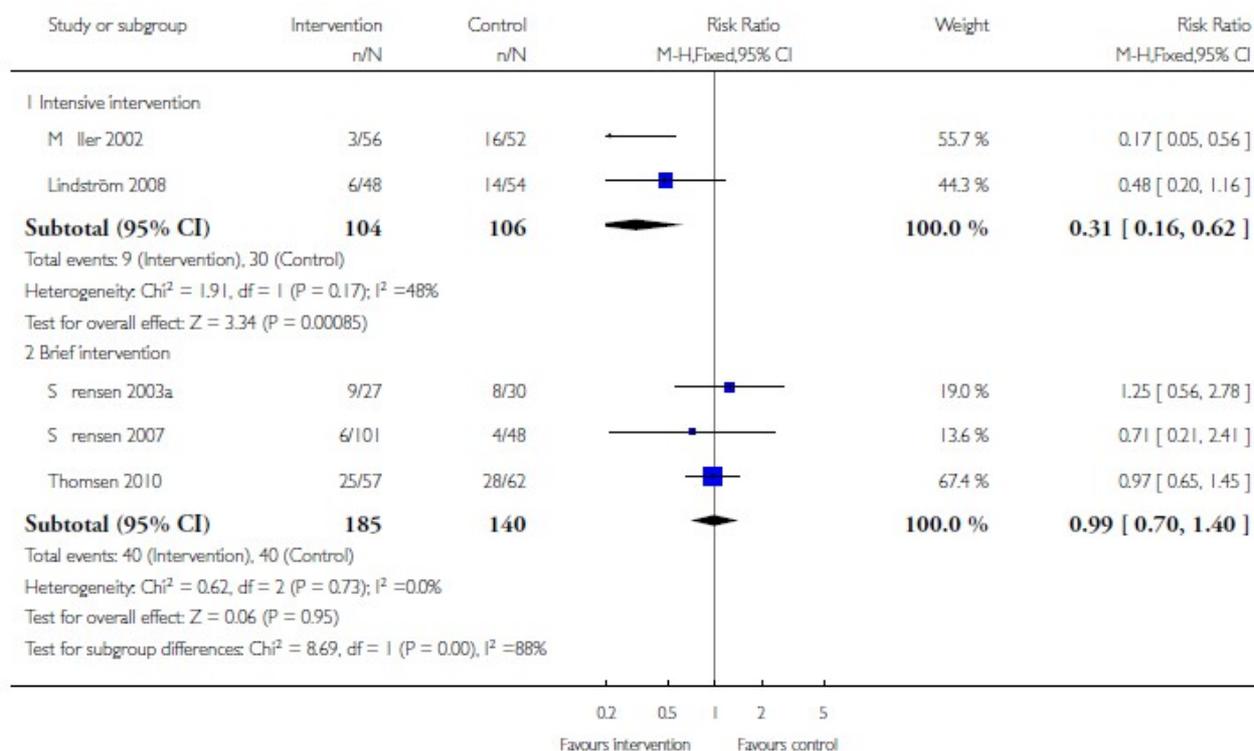
En ce qui concerne l'efficacité sur l'arrêt du tabac à long terme (1 an), les deux interventions intensives (voir tableau ci-dessous, 2 premières lignes) et l'essai avec la varénicline (RR=1,45 ; IC 95% 1,01-2,07) ont été significatifs par rapport au contrôle ou placebo, et comparés aux interventions brèves, non significatives par rapport au contrôle (l'intervalle de confiance comprend la valeur zéro).



Concernant les complications postopératoires, les interventions intensives ont eu un effet significatif sur l'ensemble des complications (voir tableau ci-dessous, 2 premières lignes) et sur les complications de la cicatrisation (tableau suivant, 2 premières lignes), mais pas les interventions brèves (« Brief intervention ») dans



les 2 tableaux, intervalle de confiance passant par la valeur zéro), ni l'essai avec varénicline (respectivement RR=0,94 ; IC 95% 0,52-1,72 pour l'ensemble des complications et RR=0,89 ; IC 95% 0,32-2,48 pour la cicatrisation).



Les conclusions de cette revue Cochrane, basées sur seulement les deux essais de Møller (2002) et Lindström (2008), seraient que pour avoir une efficacité à la fois sur l'arrêt du tabac à long terme et sur les complications postopératoires, il faudrait associer une prise en charge avec visites hebdomadaires et TNS en commençant 4 à 8 semaines avant l'intervention chirurgicale.

● Mise en place pratique d'un sevrage tabagique périopératoire.

Dautzenberg B. Mises au point en anesthésie réanimation (MAPAR)

Article en accès libre : <http://www.mapar.org/article/communications.php?champs=annee&clef=2010>

En 2010, selon ce rapport écrit par le Pr Bertrand Dautzenberg pour les Mises au point en anesthésie-réanimation, la prise en charge du tabagisme périopératoire reste l'exception et les acteurs de santé se disent mal formés. Afin d'améliorer cette situation, le rapport préconise :

- d'organiser l'information et le passage à une prise en charge périopératoire (ceci doit inclure l'information des patients et du grand public) ;
- de repérer les personnels de santé qui voient les futurs opérés 8 semaines avant l'intervention ;
- de faire inscrire le statut tabagique comme le sexe, l'âge ou la nature de l'intervention chirurgicale sur tous les documents préparatoires à l'intervention ;
- et d'organiser la prise en charge pour l'arrêt du tabac, ou à défaut sa réduction, pour la période pré et postopératoire 6 à 8 semaines avant l'intervention, en précisant que même une prise en charge plus tardive est utile.

Selon ce rapport, et en accord avec la revue Cochrane, les substituts nicotiques sont recommandés, mais la varénicline peut aussi être utilisée à condition que le début du traitement se fasse le plus tôt possible avant l'intervention (3 ou 4 semaines semblent un minimum).

Le rapport conclut que la mise en place d'une prise en charge du tabagisme durant la période périopératoire 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'accroissent de ne rien faire contre cette cause majeure des complications opératoires évitables.

● Le problème de la prise en charge des fumeurs en périopératoire est observé dans de nombreux pays.

Schultz CR et al. *J Clin Anesth.* 2014 Nov;26(7):563-9.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25439420>

Wong J et Chung F. *Anaesthesia.* 2015 Aug;70(8):902-6.

Article en libre accès : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.13183/abstract>

Deux enquêtes (Schultz et al. 2014) ont été réalisées au sein des 131 programmes d'internat (residency) américains d'anesthésiologie, l'un destiné aux directeurs des programmes, et l'autre aux internes. Afin d'assurer un meilleur taux de réponse chez les internes, ce sont les directeurs de programme qui devaient le proposer à leurs internes.

L'enquête (13 questions avec 26 réponses possibles) pour les directeurs portait sur le contenu actuel des programmes en termes de prise en charge du tabagisme, le contenu souhaité par les directeurs en vue d'améliorer l'actuel, ainsi que sur l'environnement du programme d'internat et le nombre d'internes et de médecins. L'enquête (28 questions avec 48 réponses possibles) pour les internes portait sur leur pratique actuelle concernant la prise en charge du tabagisme des patients, leurs croyances et attitudes vis-à-vis des interventions d'aide à l'arrêt du tabac et de programmes de formation, leurs responsabilités en tant qu'anesthésiste, leurs connaissances sur le rôle du tabagisme dans les complications postopératoires, du bénéfice de l'arrêt, et sur les traitements, ainsi que sur leurs préférences en termes de contenu d'une formation, ainsi que des questions personnelles (année d'internat, antécédents tabagiques...). Les questionnaires étaient anonymisés.

Concernant l'enquête chez les directeurs de programme d'internat, la plupart ont indiqué que leur programme incluait les risques dus au tabagisme (70%) et les bénéfices de l'abstinence (74%), mais peu proposaient aussi un contenu sur comment parler du tabac aux patients et leur recommander d'arrêter de fumer (20%), ou comment les aider à arrêter avant l'intervention chirurgicale (11%), bien qu'une très forte majorité (respectivement 83% et 74% concernant les deux derniers points) souhaitaient que ces questions soient abordées dans le futur. La plupart de ces programmes délivre l'information par des cours magistraux, mais les directeurs souhaiteraient aussi pouvoir compter sur des modules basés sur Internet. Cependant, le souhait concernant la durée annuelle de cette formation reste modeste, de l'ordre de 30 à 60 minutes.

Concernant l'enquête chez les internes, seulement 44% (58/131) des directeurs ont dit vouloir transmettre le questionnaire à leurs internes et des 1182 internes (représentant 22% de tous les internes en anesthésie américains) seuls 41% (490/1182) ont répondu. Parmi eux, 91% étaient non fumeurs, 9% étaient ex-fumeurs et <1% étaient fumeurs. Leurs réponses quant au contenu actuel des programmes, leurs souhaits de plus de contenu et la durée annuelle de formation et son format (principalement présentation didactique) souhaitée étaient similaires aux réponses des directeurs. Concernant leur pratique avec les patients, la grande majorité connaît les effets du tabagisme et le bénéfice de l'abstinence et 74% demandent le statut tabagique de leurs patients, mais seulement 14% parlent à leurs patients des risques du tabagisme pour l'intervention chirurgicale, 23% leur suggère d'arrêter de fumer, et surtout seulement 2,2% les aident directement (conseils, traitement) et 1,6% les renvoient vers les services d'aide à l'arrêt. D'ailleurs, concernant leurs attitudes, croyances et barrières, seulement 26% se sentent capables d'aider leurs patients à arrêter de fumer et 44% estiment ne pas avoir le temps de le faire.

L'éditorial de Wong et Chung (2015) insiste sur la nécessité de former les anesthésistes à délivrer des interventions d'aide à l'arrêt et d'établir un parcours de soin dédié à l'arrêt au sein des services de chirurgie. Ils insistent aussi sur le fait que des enquêtes au Canada et au Royaume-Uni ont aussi montré un manque de formation dans ce domaine.

● Evaluation des connaissances des patients fumeurs quant au risque opératoire du tabagisme.

Bottorff JL et al. *Can Fam Physician.* 2015 Dec;61(12):e562-9.

Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677959/>

Cette enquête rétrospective a été réalisée dans deux hôpitaux canadiens (Colombie britannique) desservant une population plutôt rurale. Au total, 2251 patients devant subir une opération chirurgicale non urgente ont été contactés entre début décembre 2012 et fin mars 2013. Parmi 1722 patients contactés, 373 (21,7%) étaient fumeurs (au moins 1 cigarette au cours des 6 derniers mois), et 161 (66 hommes, 95 femmes, âge moyen 51,9 ±

14,0 ans) ont répondu à l'enquête téléphonique.

L'enquête a porté sur l'arrêt du tabac ou la réduction de consommation avant l'opération, la connaissance des patients à propos des risques périopératoires associés au tabagisme, leur utilisation des ressources disponibles, et les conseils et l'assistance fournis par les professionnels de santé.

Au total, 7,5% (n=12) des patients ont arrêté de fumer 8 semaines avant l'opération, et 38,8% (n=62) ont réduit leur consommation. Ces résultats montrent une faible efficacité à la fois de l'information et de l'intervention des professionnels de santé (il serait intéressant de connaître les chiffres en France, mais ils ne semblent pas exister). Alors que la plupart des patients ont correctement reconnu les risques du tabagisme pour le cœur ou les poumons, leur score de connaissance à propos des complications périopératoires était faible ($1,22 \pm 0,83$ sur un score allant de 0 à 3). Un peu plus de la moitié connaissait le risque de complications de cicatrisation, mais moins de la moitié connaissait les risques d'infection, de douleurs postopératoire, ou de problèmes liés à l'anesthésie, et les patients qui avaient arrêté ou réduit leur consommation avant l'opération n'avaient pas un score de connaissance différent de ceux ayant continué à fumer ($1,2 \pm 0,88$ vs. $1,23 \pm 0,79$).

Environ la moitié des patients (n=84, 52,5%) se souvenait d'avoir reçu un conseil d'arrêt de la part d'un professionnel de santé. Au cours des 2 mois avant leur opération, 32,3% (n=52) ont reçu une aide à l'arrêt. Durant l'hospitalisation, 48,1% (n=77) se souvenait qu'on leur avait demandé s'ils fumaient, et 16,3% qu'on les avait aidés. Bien que 45,2% (n=38) des patients à qui on avait recommandé d'arrêter de fumer ont réduit ou arrêté leur tabagisme, ce chiffre n'est pas différent de ceux qui n'avaient pas reçu de tels conseils (n=36, 47%, p=0,84). L'utilisation des ressources d'aide à l'arrêt a été faible (5% sur le site Internet du service national d'aide à l'arrêt, et 6,3% par la ligne téléphonique). Près de 40% ne savaient pas que les aides à l'arrêt pharmaceutiques étaient remboursées par le programme national d'aide à l'arrêt.

Cette enquête, bien que limitée par le type de population (rurale principalement) et la possibilité de biais de souvenirs, montre que la connaissance de ces problèmes par les patients est loin d'être optimale.

● Evaluation d'un programme d'information à destination des patients au Canada.

Bottorff JL et al. J Prim Care Community Health. 2016 Jan;7(1):16-23.

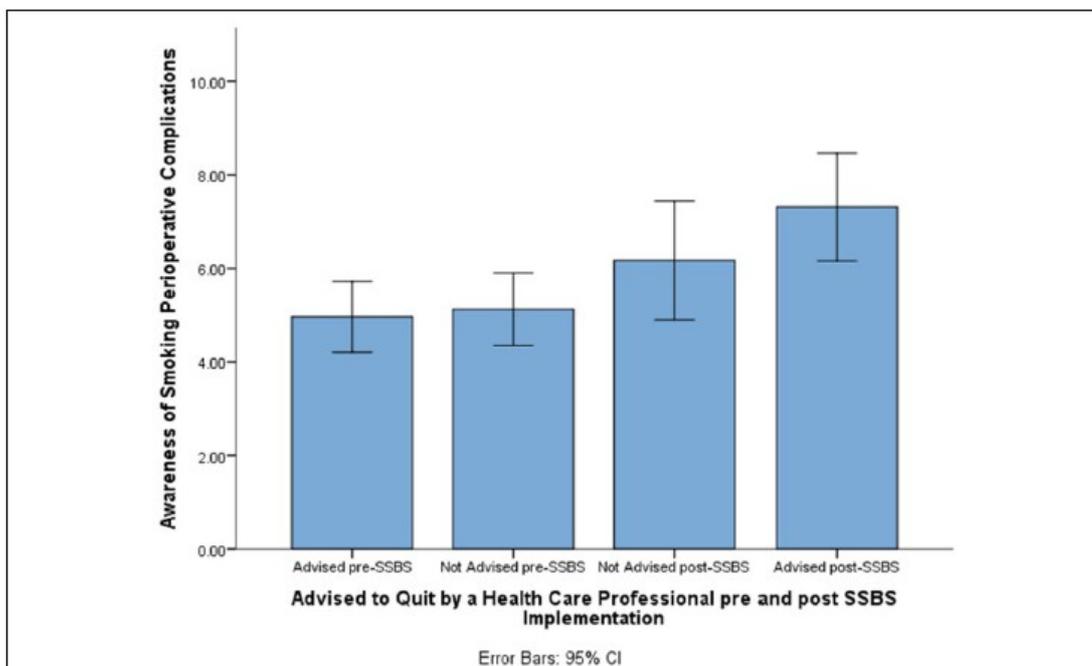
Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4672601/>

Dans la suite de l'article précédent, celui-ci évalue l'impact d'un programme de sensibilisation de la population aux complications postopératoires dues au tabagisme. Le programme a été mis en place entre septembre 2013 et septembre 2014 (et continue d'être développé).

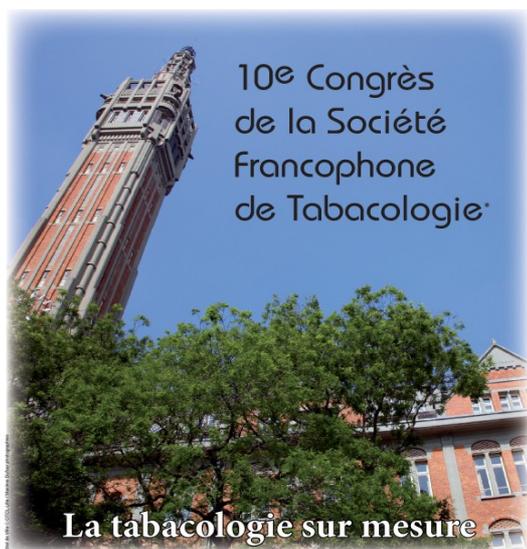
L'évaluation a porté sur l'exposition au programme rapportée par les patients et le fait d'avoir reçu un conseil d'arrêt de la part des professionnels de santé, sur la réduction ou l'arrêt du tabagisme de ces patients, et sur leurs connaissances concernant les complications postopératoires.

L'enquête téléphonique a porté sur 150 patients ayant subi une opération avant la mise en place du programme d'information, et 90 après la mise en place du programme. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes quant à la réduction de leur tabagisme avant l'opération ($\chi^2(1, 239) = 0,62$; p=0,432) et s'ils avaient ou non reçu un conseil d'arrêt avant l'opération ($\chi^2(1, 236) = 0,14$; p=0,705). Par contre, ceux ayant reçu un conseil d'arrêt avant l'opération après la mise en place du programme avaient plus réduit leur consommation que ceux qui avaient reçu un tel conseil avant la mise en place du programme ($\chi^2(1, 89) = 10,62$; p=0,001), et avaient un meilleur score de connaissances concernant des complications postopératoires (Figure ci-dessous, comparaison de la première et de la dernière colonne, ayant reçu un conseil avant ou après la mise en place du programme).

Cependant, il n'y a pas eu d'augmentation du pourcentage de patients ayant reçu un conseil d'arrêt entre avant (56,5%) et après (53,9%) la mise en place du programme d'information. Ce qui démontre un succès très limité de ce programme, et met en avant la nécessité de former les professionnels de santé.



Congrès



La Société Francophone de Tabacologie (SFT) a le plaisir de vous annoncer son 10e Congrès qui se déroulera à Lille Grand Palais les 3 et 4 novembre 2016.

A l'occasion de ce 10e Congrès, la SFT s'engage dans une réflexion approfondie sur le thème "La tabacologie sur mesure".

Ce congrès s'articulera autour de séances plénières, sessions parallèles (dont deux dédiées aux communications libres) et sessions posters.

3 - 4 novembre 2016
Lille, France

www.csft2016.com

Société
Francophone
de Tabacologie

*La Société Française de Tabacologie devient la Société Francophone de Tabacologie

inscrivez-vous en ligne et retrouvez le programme et des informations pratiques sur le site Internet du congrès :

<http://www.csft2016.com>

SOCIETY FOR RESEARCH ON NICOTINE & TOBACCO
FLORENCE, ITALY
MARCH 8-11, 2017
www.srnt.org



<http://www.srnt.org/general/custom.asp?page=2017meeting>



Congrès International d'Addictologie
de l'ALBATROS

Mercredi 31 mai, jeudi 1 et vendredi 2 juin 2017

Novotel Tour Eiffel - PARIS

“ L'ENJEU DES COMORBIDITÉS DANS LES ADDICTIONS ”



Numéro de DPC : en cours

Numéro d'agrément : 1191P000291

offres d'emploi

Vacations en Tabacologie :

Le Service de pneumologie de l'Hôpital Tenon (Paris) cherche pour son Unité fonctionnelle de tabacologie un médecin tabacologue pour **4 vacations de consultation**. A pourvoir immédiatement.

Le poste est proposé aux médecins thésés intéressés ou justifiant d'une expérience en tabacologie.

L'activité s'articule sur 3 axes : consultations externes : consultations de liaison ; participation aux activités du service (prise en charge du tabac en péri-opératoire, tabac et femmes enceintes, tabac au cours d'hospitalisation en psychiatrie).

Contact : Dr Anne-Marie Ruppert, Responsable de l'unité, Service de pneumologie, Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, F-75020 Paris, Tél. 01 56 01 78 47, anne-marie.ruppert@aphp.fr.

Pr Jacques Cadranet, Chef de service de pneumologie, Tél. 01 56 01 61 47, jacques.cadranet@aphp.fr.

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>


treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

www.treatobacco.net

information



tabac-info-service.fr
Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

Moi(s) sans tabac, un défi collectif d'arrêt du tabac

Accueil > Moi(s) sans tabac, un défi collectif d'arrêt du tabac

S'informer Conseiller l'arrêt Accompagner le sevrage Situations particulières

Moi(s) sans tabac est une opération nationale de santé publique qui consiste à proposer aux fumeurs de faire ensemble une tentative d'arrêt du tabac pendant 30 jours, au mois de novembre.

<http://pro.tabac-info-service.fr/Moi-s-sans-tabac-un-defi-collectif-d-arret-du-tabac2#toc-des-outils-votre-disposition>



MILD & CA
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
drogues.gouv.fr

Flash info 20/09/2016

Les drogues durant les « années lycées » - Publication des premiers résultats de l'enquête ESPAD 2015

<http://f.info.drogues.gouv.fr/o/?s=1245-22e9-2198-12444e27-1eb>



Le RESPADD organise, à l'automne 2016, trois colloques inter-régionaux « **Le pharmacien d'officine face aux addictions** » à destination des pharmaciens, des acteurs de l'addictologie et de ceux de la santé publique.

Ces trois manifestations, soutenues par la Direction Générale de la santé, s'inscrivent dans la continuité des actions que le RESPADD mène depuis près de dix ans en direction des pharmaciens d'officine qui ont abouti à l'édition du *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine* et font suite à l'évaluation en 2015 de trois Programmes d'échange de seringues pharmacie.

Ne tardez pas à vous inscrire sur le site du RESPADD



Le tabagisme des jeunes est un enjeu de santé publique majeur : initiation précoce, dépendance forte et rapide, prévalence élevée, etc. Pourtant, le tabac est encore trop banalisé et souvent considéré comme secondaire par rapport à d'autres consommations jugées plus « problématiques ».

Face à ces enjeux, la Fédération Addiction édite, en partenariat avec le [RESPADD](#) et grâce au soutien financier de l'[INCA](#), le kit « **Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt** ».

<http://www.federationaddiction.fr/jeunes-et-tabac-un-kit-pratique-pour-contribuer-a-enrayer-le-tabagisme-des-jeunes/>

[Vu sur le Net](#)

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[CNCT : dernières actus](#)

[Contre la maladie d'Alzheimer la piste des récepteurs nicotiniques](#)

[Tabac. Les buralistes renégocient leur contrat d'avenir avec Bercy](#)

[Tabac au lycée : état d'urgence et loi Evin sont-ils compatibles ?](#)

[La e-cigarette aurait sauvé du tabac 18.000 fumeurs en Angleterre](#)

[Des outils pour sensibiliser les médecins au Moi\(s\) sans tabac](#)

[Tabac : un kit pour prendre en charge les jeunes](#)

[Les adolescents européens consomment moins de tabac et d'alcool qu'il y a 20 ans](#)

["Le vapotage est nettement moins risqué que la cigarette", prévient la Fédération Addiction](#)

[Une enquête pour évaluer les politiques anti-tabac](#)

[Tabac: être payé aiderait à arrêter de fumer](#)

et comme toujours !

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec jacques.lehouezec@amzer-glas.com