

## RÉSULTATS CHIRURGICAUX ET

# TABAGISME



## Messages clés pour les prestataires de soins de santé et les responsables politiques

### Aperçu

Le tabagisme peut entraîner de graves complications chez les patients subissant des interventions chirurgicales. Le tabagisme affecte les résultats chirurgicaux et peut entraîner des complications telles que la cicatrisation des plaies et des complications peropératoires et postopératoires impliquant les poumons et les systèmes cardiovasculaires et cérébrovasculaires.<sup>1</sup> Les longues périodes d'abstinence tabagique réduisent l'incidence de complications postopératoires.<sup>2</sup>

### Lien entre le tabagisme et les résultats chirurgicaux

- Le tabagisme affecte les résultats périopératoires comme suit :
  - Il contribue aux maladies chroniques telles que les maladies coronariennes, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et d'autres maladies qui augmenteront les risques de complications périopératoires.<sup>3</sup>
  - Les effets physiologiques aigus de plus de 3 000 composantes de la fumée de cigarette tels que la nicotine et le monoxyde de carbone (CO) peuvent contribuer au risque.<sup>3</sup>
- Une consommation récente de tabac peut contribuer à l'hypercoagulation menant à des affections vasculaires aiguës. Une consommation récente de tabac augmente le travail du myocarde pendant que l'apport en oxygène diminue à cause du monoxyde de carbone, provoquant ainsi une vasoconstriction coronaire. La cicatrisation des plaies peut être retardée en raison de la diminution de l'oxygénation des tissus causée par des changements chroniques du système microvasculaire ou de carboxyhémoglobémie ou en raison des incidences sur la fonction immunitaire.<sup>3</sup> L'ischémie tissulaire liée à la consommation de tabac et la cicatrisation déficiente posent particulièrement problème dans la chirurgie esthétique. Ce problème est principalement rencontré durant les chirurgies esthétiques particulièrement pour des traitements facultatifs qui impliquent le visage, la chirurgie esthétique et la chirurgie reconstructive mammaire, l'abdominoplastie, le transfert de lambeau libre et les procédures de réimplantation.<sup>1</sup>

### Impact

- Les effets du tabagisme suivant les 30 jours de la chirurgie ont été évalués chez 520 242 patients non cardiaques. Les gens qui fument<sup>4</sup> :
  - le risque de décès était 1,38 fois plus élevé que ceux qui n'ont jamais fumé;
  - risque significativement plus élevé de développer une pneumonie (rapport de cotes [RC] 2,09), d'être soumis à une intubation non planifiée (RC 1,87) ou à une ventilation mécanique (RC 1,53);
  - susceptibilité accrue d'être victimes d'un arrêt cardiaque (RC 1,57), d'un infarctus du myocarde (RC 1,80) ou d'un accident cérébrovasculaire (RC 1,73);
  - probabilité plus élevée de contracter des infections incisionnelles superficielles (RC 1,30) ou des infections incisionnelles profondes (RC 1,42), une septicémie (RC 1,30), des infections d'organe ou d'espace (RC 1,38) ou encore un choc septique (RC 1,55).
- Lors d'un essai clinique contrôlé multicentrique et randomisé,<sup>5</sup> il a été observé que des complications postopératoires étaient sensiblement plus courantes chez des patients qui n'avaient pas participé à un programme de désaccoutumance au tabac pendant les 6 premières semaines suivant une intervention chirurgicale d'urgence en raison de fracture.
- Selon une étude<sup>6</sup> de patients subissant une chirurgie otologique, les fumeurs souffraient d'une maladie chronique plus grave de l'oreille, avaient besoin d'une intervention chirurgicale plus importante et souffraient de complications auditives plus importantes que les personnes n'ayant jamais fumé. Les fumeurs devaient souvent avoir recours à une chirurgie ultérieure. Les personnes qui avaient arrêté de fumer pendant moins de 5 ans avaient les mêmes résultats que les fumeurs actifs alors que celles qui avaient cessé de fumer pendant plus de 5 ans avaient les mêmes résultats que celles qui ne fument pas.

## Impact (suite)

- Selon une étude sur les complications liées aux reconstructions mammaires post-mastectomie, le taux global de complications pour les fumeurs s'élevait à 39,4 % comparé à un taux de 25 % chez les patients qui avaient cessé de fumer et à un taux de 25,9 % chez les personnes qui n'avaient jamais fumé ( $p = 0,002$ ).<sup>7</sup>

## Actions

- Une intervention chirurgicale peut être considérée comme une « opportunité pédagogique » favorisant des comportements sains en matière de santé. Elle donne la possibilité aux personnes d'arrêter de fumer définitivement. Des interventions efficaces pour encourager les personnes à arrêter de fumer incluent l'apport de conseils et la pharmacothérapie.<sup>3</sup>
- De brèves interventions préopératoires contre le tabagisme peuvent motiver les personnes à arrêter de fumer et des interventions plus ciblées peuvent être encore plus efficaces.<sup>3,8</sup>
- L'éducation du patient et le refus d'exécuter des procédures facultatives telles que la chirurgie esthétique ou la chirurgie reconstructive électorale sur des individus qui fument peuvent être des facteurs de motivation pour que les fumeurs s'abstiennent.<sup>1</sup> Dans une étude d'essais randomisés, l'abandon du tabac a engendré une réduction de 41 % du risque relatif de complications postopératoires et l'effet augmentait de 19 % avec chaque semaine de renoncement au tabac. Les études d'observation démontrent que la désaccoutumance au tabac entraîne une diminution des complications liées à la cicatrisation des plaies (risque relatif de 0,73) ainsi que des complications pulmonaires (risque relatif de 0,81). Les périodes plus longues de renoncement au tabac permettent de réduire les complications de 20 % en moyenne.<sup>2</sup>
- Le groupe responsable de l'élaboration des lignes directrices CAN-ADAPTT<sup>9</sup> conseille aux prestataires de soins de santé :
  - de demander régulièrement aux patients s'ils consomment du tabac;
  - de conseiller de manière claire à leurs patients ou clients d'arrêter de fumer;
  - d'évaluer le désir de leurs patients ou clients de commencer un traitement pour arrêter de fumer;
  - de proposer de l'aide à chaque personne qui exprime le désir de commencer un traitement pour arrêter de fumer;
  - de réaliser un suivi régulier pour évaluer la réponse du patient, de lui fournir une assistance et de modifier son traitement le cas échéant;
  - d'orienter les patients vers des ressources pertinentes dans le cadre du traitement, le cas échéant.

## Ressources utiles

- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Commissioning a smoking cessation service for people having elective surgery*. <http://www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/smokingcessationserviceelectivesurgery/commissioning.jsp>
- Ontario Anesthesiologists. *Welcome to "Stop Smoking for Safer Surgery"*. <http://www.ontarioanesthesiologists.ca/stop-smoking-safe-surgery/>

## Références

1. Krueger, J.K., Rohrich, R.J. (2001). Clearing the Smoke: The Scientific Rationale for Tobacco Abstinence with Plastic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 108(4):1063-1073.
2. Mills, E., Eyawo, O., Lockhart, I., et al. (2011). Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Medicine*, 124(2):144-154.e8.
3. Warner, D.O. (2005). Helping Surgical Patients Quit Smoking: Why, When, and How. *Anesthesia and Analgesia* 101(2):481-487.
4. Turan, A., Mascha, E.J., Roberman, D., et al. (2011). Smoking and Perioperative Outcomes. *Anesthesiology*, 114(4):837-846.
5. Nasell, H., Adami, J., Samnegard, E., et al. (2010). Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. *Journal of Bone and Joint Surgery (J Bone Joint Surg Am)*, 92(6):1335-42.
6. Kaylie, D.M., Bennett, M.L., Davis, B., et al. (2009). Effects of smoking on otologic surgery outcomes. *Laryngoscope*, 119(7):1384-1390.
7. Padubidri, A.N., Yetman, R., Browne, E., et al. (2001). Complications of Postmastectomy Breast Reconstructions in Smokers, Ex-smokers, and Nonsmokers. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 107(2):342-349.
8. Thomsen, T., Esbensen, B.A., Samuelsen, S., et al. (2009). Brief preoperative smoking cessation counselling in relation to breast cancer surgery: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(5):344-349.
9. CAN-ADAPTT. (2011 Jan.). *Canadian Practice-Informed Smoking Cessation Guideline: Summary Statement*. Toronto: The Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. Retrieved June 27, 2011 from <<http://www.can-adaptt.net/English/Guideline/Counselling%20and%20Psychosocial%20Approaches/Summary%20Statements.aspx>>