



HAL
open science

Tabac et interventions de chirurgie plastique : vers une contre-indication formelle ?

Corinne Matusiak

► **To cite this version:**

Corinne Matusiak. Tabac et interventions de chirurgie plastique : vers une contre-indication formelle ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932079

HAL Id: hal-01932079

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932079>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Corinne MATUSIAK

le 15 septembre 2017

**TABAC ET INTERVENTIONS DE CHIRURGIE PLASTIQUE : VERS UNE
CONTRE-INDICATION FORMELLE ?**

Membres du jury :

Présidente : Mme le Professeur Muriel BRIX

Juges : M. le Professeur François DAP

M. le Professeur Etienne SIMON

Mme le Maître de Conférences Frédérique CLAUDOT

M. le Docteur en Médecine Antoine DE RUNZ



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL
Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-
François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert
GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques
LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves
MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; addictologie*)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Présidente de Jury,
Madame le Professeur Muriel BRIX,
Professeure de Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail.

Nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos enseignements notamment en Chirurgie maxillo-faciale, mais également en Chirurgie plastique, soyez assurée de notre reconnaissance.

Vos conseils, tant dans le domaine chirurgical que dans un registre plus personnel nous ont été très précieux dans cette profession encore peu féminisée.

Vos compétences chirurgicales, vos connaissances bibliographiques ainsi que générales nous ont impressionnées tout au long de notre parcours.

C'est avec plaisir que nous apprendrons encore à vos côtés ces prochaines années et serons sensibles à vos futurs conseils.

À notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur François DAP,
Professeur de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Vous nous avez accueilli chaleureusement dans le service de Chirurgie de la main d'Émile Gallé, où vous nous avez dispensé vos conseils et savoirs avisés.

Vos connaissances tant chirurgicales que générales, vos compétences techniques au bloc opératoire, votre expérience, votre savoir scientifique, nous ont inspiré et donné l'envie de toujours nous perfectionner, à votre image.

Vous avez été un exemple pour nous et vos enseignements chirurgicaux ainsi que dans la relation médecin-malade nous ont été précieux.

Nous vous remercions particulièrement de juger ce travail qui n'entre pas dans le cadre des interventions que vous pratiquez au quotidien.

À notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Etienne SIMON,
Professeur de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Vous avez été un modèle tout au long de notre formation.

Votre aisance chirurgicale dans des domaines très spécialisés, notamment la chirurgie pédiatrique ou la traumatologie maxillo-faciale a suscité notre respect et notre admiration.

L'étendue de vos connaissances dans les différentes spécialités pratiquées dans votre service est une source de stimulation et de progrès permanents pour nous.

Nous sommes heureux d'avoir le privilège de pouvoir continuer à travailler à vos côtés et vous remercions pour cette opportunité que vous nous offrez.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre plus profond respect.

À notre Maître et Juge,
Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT,
Maître de Conférences Universitaire en Épidémiologie, économie de la santé et
prévention.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions pour votre aide précieuse lors de la réalisation de ce travail. Celui-ci est issu de la formation que nous avons eu la chance de suivre lors du Master 2 Éthique de la santé et droits des personnes que vous dirigez.

Nous avons eu le plaisir d'assister à vos enseignements très enrichissants lors de cette formation.

Votre expertise dans le domaine juridique, et plus particulièrement en éthique et droit de la santé nous a été très profitable : nous avons beaucoup appris à vos côtés.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Antoine DE RUNZ,

Docteur en médecine dans le service de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.

Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.

Je t'ai rencontré assez tardivement dans mon cursus d'interne et pourtant tu m'as beaucoup appris, tant d'un point de vue théorique que pratique.

Je te remercie pour la confiance que tu m'accordes au bloc opératoire.

Ce travail a pu voir le jour grâce à ta disponibilité et tes nombreuses corrections.

Tes conseils quotidiens, ta disponibilité et ton dynamisme à toute épreuve ont contribué à parfaire ma formation d'interne.

Tu nous pousses à nous améliorer et à nous surpasser chaque jour, merci à toi !

À Monsieur le Professeur Maurice MIMOUN,
Professeur de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.

Nous avons eu l'honneur et le plaisir de faire partie de vos élèves lors d'un semestre à l'Hôpital Saint-Louis.

Aussi bref que fût ce temps passé à vos côtés, il n'en fût pas moins extrêmement enrichissant, tant d'un point de vu chirurgical que personnel.

Nous vous remercions d'avoir partagé avec nous votre vision de notre profession et de la chirurgie plastique. Vous nous avez enseigné l'aspect artistique inhérent à notre spécialité, mais également la dimension humaine de notre profession.

Vos connaissances et compétences chirurgicales et humaines, votre culture, resteront des références pour nous.

Ce travail est l'occasion de vous témoigner ma profonde gratitude et mes remerciements.

À mes chefs de clinique :

Au Docteur Hélène LE GALL

Docteur en médecine dans le service de Chirurgie plastique, reconstructrice et
esthétique.

Je te remercie pour les précieux conseils, trucs et astuces que tu me prodigues au
quotidien. Ma formation d'interne s'en ai trouvé grandement enrichie.

Merci pour ta confiance en moi au bloc opératoire et pour tes playlists !

Au Docteur Hicham MEZZINE

Docteur en médecine dans le service de Chirurgie plastique, reconstructrice et
esthétique.

Tu as été mon premier chef de clinique. Tu as guidé mes premiers pas en
chirurgie lors de mon premier semestre d'internat. Je te remercie pour tout ce
que tu m'as enseigné.

Ton optimisme et ta bonne humeur nous ont toujours permis de passer de bons
moments au bloc opératoire comme en dehors.

Au Docteur Mokhtar YOUNES

Docteur en médecine dans le service de Chirurgie plastique, reconstructrice et
esthétique.

Nous nous sommes connus lors de mon premier semestre d'internat à Mercy.

Je te remercie pour ton enseignement à la fois théorique et pratique.

Au Docteur Virginie PINEAU

Docteur en médecine dans le service de Chirurgie plastique, reconstructrice et
esthétique.

Tu as été ma chef de clinique au milieu de mon parcours ; j'ai été une de tes
premières internes. Merci pour ce que tu m'as transmis.

Par ordre chronologique au cours de mon internat, je souhaite remercier ces chirurgiens qui m'ont marqué et m'ont transmis leurs connaissances :

Le Docteur Marouane TALBI

Le Docteur Grégoire KHAIRALLAH

Le Docteur Firas ZREIQI

Le Docteur Joëlle GIROT

Le Professeur Gilles GROSDIDIER

Le Professeur Manuela PEREZ

Le Docteur Joelle SIAT

Le Docteur Laurent COFFINET

Le Docteur Damien PILLOT

Le Docteur Mahmoud KHALIFE

Le Professeur Gilles DAUTEL

Le Docteur Mohamed-Saddek BABA-AISSA

Le Professeur Marc CHAOUAT

Le Docteur David BOCCARA

Je n'oublie pas ceux qui ont été mes co-internes :

Julien GENET : premier et dernier semestres ensemble... je vais te citer : « la boucle est bouclée ». Le meilleur reste à venir : co-chefs en novembre !

Valentin CALAFAT : tu es devenu un ami au fil des années, même si tu es passé du côté obscur de la Force...

David MONTOYA : merci pour tes conseils au tout début de mon internat, on a passé de bons moments ensemble.

Roman MERLE : 3 fois et demi co-internes...mais tellement plus que ça ! Tu as été et resteras un véritable ami. Merci pour le soutien et l'amitié que tu me portes depuis le début !

Cyril PERRENOT : un semestre a suffi à me montrer ces compétences qui font de toi un très bon chirurgien aujourd'hui.

Jean-Charles ROCHEFORT : malgré nos différentes spécialités nous nous entendons très bien et je te remercie pour l'aide que tu m'apportes en chirurgie maxillo-faciale.

Nassr HASNAOUI et Aurélien BONOLIS : pour des DESCO vous n'étiez pas mal... Sans vous l'ambiance n'aurait pas été la même !

Aux manucures : **Sandrine HUGUET, Juliette LOMBARD, Germain POMARES** : merci pour ces moments sympas et tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés !

À mes co-internes parisiens : Marie-Charlotte, Samuel, Sarah, Maylis la bordelaise et Thomas.

Mes co-internes de chirurgie plastique : **Thomas SORIN, Thomas BRENGARD, Quentin KOPP, Mikael NICOLAI, Kunga BASIL, Michael COHET, Frédéric HOLLARD-KISSEL, Lise BOULANGER, Mickael CHEKHROUN** (il y a vraiment trop de Mickael...)

Aux équipes soignantes et paramédicales des différents services où je suis passée :

- Aux infirmières du **service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale de l'Hôpital Mercy à Metz**, aux infirmières de consultation qui m'ont beaucoup appris au cours de mon premier semestre, aux infirmières du bloc opératoire et du service des brûlés.
- Aux infirmières et aides-soignantes du **service de CGUT à l'Hôpital Central à Nancy**, aux infirmiers/infirmières et aides-soignants du bloc opératoire de CGUT qui m'ont assisté dans mes premiers pas (parfois difficiles !) en chirurgie. Aux secrétaires qui ont eu la patience de dicter mes premiers comptes-rendus : merci pour votre amabilité et votre écoute.
- Au personnel du bloc opératoire de **l'hôpital d'enfants**, et de la consultation de chirurgie à l'hôpital d'enfants : vous avez été un soutien pour moi, j'espère travailler dans ces bonnes conditions avec vous encore quelques années ! À Sylvie pour sa gentillesse et sa patience.
- Au personnel du service de **Chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Bel-Air à Thionville** : merci pour les petits-déjeuners, goûters et autres moments partagés avec joie à vos côtés ! Aux gueuses du bloc opératoire d'orthopédie et à Jean : merci de votre aide indispensable dans cette spécialité qui n'était pas la mienne !
- Au personnel soignant du **Centre Chirurgical Émile Gallé** : aux infirmières et aides-soignantes des urgences qui m'avez vu galérer en garde ; aux IADE et IBODE qui m'avez accueilli chaleureusement : j'ai passé de bons moments à vos côtés ; aux infirmiers/infirmières de la

consultation : merci de votre rapidité et désolée pour la longueur de certaines consultations... Au personnel dans les services 3B et au 4ème : merci de m'avoir nourri la nuit pendant les gardes ! Aux secrétaires qui font un travail formidable et plus particulièrement à Sylvie qui est rapide comme l'éclair !

- Aux infirmières de **Chirurgie plastique de l'Hôpital Bel-Air à Thionville** : vous avez été géniales avec moi, que ce soit au bloc central, en gynéco ou en consultation ! Aux secrétaires : vous avez été adorables, les patients ont de la chance de vous avoir !
- Au personnel du service de **Chirurgie plastique du Pr Mimoun à l'Hôpital Saint-Louis à Paris** : merci pour les bonbons et chocolats pendant la contre-visite ; merci aux infirmières des locales, du bloc opératoire et de la consultation pour avoir pris soin de moi pendant ma grossesse.

Enfin aux infirmières et aides-soignantes du service de **Chirurgie plastique et maxillo-faciale à Nancy** : merci pour votre gentillesse et votre patience quand je râle ; à l'équipe du bloc opératoire : Magali, Geneviève, Marie-Pierre, Liliane, Alix, Kelly, Karine, Séverine, Christelle, François, Martine : vous m'avez vu évoluer, je vous ai réveillé la nuit et vous m'avez soutenu pendant toutes ces années d'internat : merci ! Je suis heureuse de travailler encore quelques années à vos côtés.

À l'équipe d'anesthésie sans qui on ne pourrait (pas toujours) opérer : le Docteur Rainer LUKNER, le Docteur Sylvie LICHNEWSKY, le Dr Marie-Lorraine BUR, Christophe, Barbara, Catherine et Sophie.

À mes amis :

À mon groupe de vikings rouennaises :

Mathilde, Julie, Lucie, Laurie, Fanny R., Fanny P., Marianne, Béatrice, Caroline et Emilie : nous avons pris des chemins différents après l'externat, nos vies ont bien changé (entre mariages, maisons, bébés) nous ne nous voyons pas aussi souvent que je le voudrai mais je pense très fort à vous !

À Aurelie Naud et Romain Guldner :

Merci pour votre soutien ; Aurélie nous nous connaissons depuis le tout premier semestre d'internat et nous sommes devenues amies par la suite. Tu as été présente dans les moments difficiles comme dans les moments de joie. Merci pour tout.

À ma famille :

À ma mère qui a tout donné pour moi :

Tu m'as supporté durant ces longues années d'études pas toujours faciles, tu m'as soutenu et apporté ton aide dans la mesure du possible. Je ne serai pas devenue ce que je suis sans toi. Je ne te remercierai jamais assez de tout ce que tu as fait pour moi. Ça y est enfin Docteur ! J'espère te rendre fière de moi. Kocham cie.

À mon frère, Piotr :

Merci de m'avoir aidé durant mes études. La distance entre nous ne nous permet pas de nous voir assez souvent mais tu m'as beaucoup apporté pendant mon semestre à Paris. Tu as toujours été là pour me conseiller et me rassurer, je t'en remercie.

À mon cousin Cezary Duda qui m'a aidé durant mes études de médecine et qui souhaitait tellement qu'il y ait un médecin dans la famille !

À ma babcia Irena qui malheureusement ne me verra pas devenir docteur mais qui aurait été très fière de moi.

À mes beaux-parents Astrid et Denis :

Je suis entrée récemment dans votre famille et vous m'avez accueilli à bras ouverts. Vous m'avez aidée et soutenue durant ce travail difficile. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre disponibilité et vos conseils. Je suis très heureuse de faire partie de votre famille.

À Adrien MASCHINO, mon beau-frère :

Merci de ton soutien pendant la rédaction de cette thèse (les moments de détente geek m'ont permis d'être efficace ensuite !). J'ai fait une très belle rencontre en te connaissant. Tu m'as rapidement intégrée au sein de ta famille et je t'en remercie. Tu es un tonton super pour notre petit Leonard. J'ai toute confiance en

toi pour devenir un très bon médecin, tu as toutes les qualités pour réussir ce que tu entreprendras. C'est à toi maintenant de devenir docteur !

A Hugo MASCHINO, mon mari :

Nous nous sommes rencontrés durant notre internat dans le service de Chirurgie plastique à Nancy. Cette rencontre a changé nos vies.

Nous sommes maintenant mariés et avons un magnifique petit garçon.

Tu me supportes au quotidien ; tu me soutiens ; tu m'aides et me conseilles tant au niveau personnel que professionnel.

Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans ton aide. Je t'aime.

Je dédie cette thèse à Leonard Denis Tadeusz MASCHINO, mon fils :

Tu étais avec moi pendant la rédaction de cette thèse, avant et après ta naissance.

Tu as participé à ce travail en étant dans mes bras au moment de la rédaction des dernières pages.

J'espère que tu le liras dans quelques années et que tu seras fier de moi.

Tu resteras ma plus belle réussite.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLES DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| PARTIE 1 : PROBLEMATIQUE | 25 |
| I. Introduction | 25 |
| II. Composition de la fumée de tabac | 26 |
| III. Effets des différents composants du tabac sur la cicatrisation | 27 |
| IV. Applications en chirurgie plastique | 28 |
| V. Conduite à tenir envers les patients tabagiques | 29 |
| VI. Justification de l'étude | 30 |
| | |
| PARTIE 2 : ARTICLE SCIENTIFIQUE | 31 |
| Abstract | 31 |
| I. Introduction | 32 |
| II. Matériel et Méthodes | 33 |
| III. Résultats | 34 |
| IV. Discussion | 38 |
| V. Références bibliographiques | 40 |
| | |
| PARTIE 3 : PERSPECTIVES | 44 |
| | |
| ANNEXE 1 | 46 |
| ANNEXE 2 | 49 |

Partie 1 : PROBLEMATIQUE

I. Introduction

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique. Il s'agit de la première cause de mortalité prématurée évitable en France, et 33% de la population française fume.

En chirurgie, nous savons maintenant depuis plus de 60 ans que c'est un facteur de risque de complications dans la période péri-opératoire (au moment de l'intervention lorsque le patient est endormi et en post-opératoire). Le risque de mortalité hospitalière est augmenté de 20% et les complications majeures post-opératoires de 40%.

En per-opératoire ce sont les risques de complications respiratoires et cardio-vasculaires notamment qui sont majorés et qui imposent à nos confrères anesthésistes des précautions particulières.

Du côté des chirurgiens, les indications opératoires entraînant une anesthésie générale doivent être bien justifiées et mises en balance avec ce risque majoré. C'est pourquoi les sociétés savantes tant en anesthésie (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation : SFAR) que dans les différentes spécialités chirurgicales ont publié une abondante littérature au sujet des complications survenues et émis des recommandations lors de conférences d'experts.

II. Composition de la fumée de tabac

Rappelons ici de quoi est constituée la fumée de tabac afin de bien prendre conscience des risques auxquels s'exposent les fumeurs.

La fumée de tabac est constituée de plus de 4000 substances dont la concentration et la nature varient en fonction du type de tabac, des additifs utilisés et du mode de consommation du fumeur.

Elle contient :

- du gaz carbonique (12 à 15%)
- du monoxyde de carbone (3 à 6%)
- du cyanide d'hydrogène (0,1 à 0.2%)
- des composés organiques volatiles (ammoniaque, cétones, aldéhydes : 1 à 3%)
- des substances cancérigènes (hydrocarbures polyaromatiques, dérivés nitrés hétérocycliques, aldéhydes, nitrosamines, cétones)
- des irritants (acroléines)
- des métaux (nickel, cadmium)
- des radicaux libres (quinones, époxydes, dérivés peroxydes)
- de la nicotine

III. Effets des différents composants du tabac sur la cicatrisation

Le monoxyde de carbone, inhalé avec la fumée de cigarette, génère une inadéquation entre la consommation d'oxygène et sa disponibilité au niveau cellulaire. L'hypoxie et l'ischémie tissulaire ainsi que les désordres immunitaires induits par le tabac sont responsables de l'altération du processus cicatriciel. La fumée du tabac inhibe très fortement les processus de réparation tissulaire et osseuse indispensables en post-opératoire pour la cicatrisation.

Le professeur E. Vicaut, spécialisé dans la microcirculation, a exposé les trois mécanismes princeps perturbés par l'exposition tabagique à savoir :

- une altération de la régulation de la perfusion microvasculaire par l'intermédiaire de modification des mécanismes médiés par l'endothélium (notamment le monoxyde d'azote)
- une activation des leucocytes à l'origine d'une majoration de leur adhérence à la paroi vasculaire, conférant un phénotype inflammatoire aux microvaisseaux avec augmentation de l'agrégation plaquettaire, diminution de l'écoulement veinulaire et donc majoration du risque de microthrombie
- une diminution de la capacité de tolérance à l'hypoxie des tissus.

Par ailleurs, le tabac va non seulement diminuer la densité capillaire de base, mais aussi limiter le recrutement capillaire et altérer la déformabilité des globules rouges qui présentent alors plus de difficulté à transiter au sein de capillaires de 4 à 5 μ m, favorisant ainsi l'hypooxygénation des lambeaux réalisés en chirurgie.

IV. Applications en chirurgie plastique

Le patient tabagique actif a environ trois fois plus de risque de faire une complication du site opératoire que le patient non-fumeur.

Les complications cutanées rapportées en post-opératoire sont : la souffrance cutanée pouvant aller jusqu'à la nécrose, la cicatrisation pathologique à type de cicatrice hypertrophique, la désunion de cicatrice. L'infection du site opératoire et l'hématome sont également plus fréquents en post opératoire chez le patient fumeur.

Certaines interventions en chirurgie plastique et reconstructrice sont pourvoyeuses d'un grand décollement cutané ou sous cutané et présentent donc un risque de souffrance cutanée plus important, inhérent au type d'intervention pratiquée.

C'est le cas notamment pour les réductions mammaires, les abdominoplasties et les dermolipectomies totales circulaires et des membres (et d'autant plus lorsque le poids de résection est important). De nombreuses études ont montré l'augmentation significative des risques de complications cutanées notamment de cicatrice hypertrophique après ces interventions.

Quant à l'hématome, complication peu fréquente mais problématique après un lifting cervico-facial, il survient plus fréquemment chez les hommes, les patients sous anticoagulants et les patients tabagiques actifs.

En chirurgie plastique et esthétique, en dehors du contexte de la chirurgie carcinologique, les gestes relèvent la plupart du temps de la chirurgie programmée et non urgente. De plus, s'agissant de chirurgie esthétique, les patients sont plus exigeants en ce qui concerne les cicatrices. Ces complications sont donc particulièrement redoutées.

V. Conduite à tenir envers les patients tabagiques

L'arrêt du tabac peut être demandé en pré-opératoire de certaines interventions (notamment le lifting cervico-facial) mais il n'existe pas de consensus établi sur un délai de sevrage en pré et en post opératoire. De ce fait, chaque chirurgien décide des indications opératoires qu'il porte sur un patient fumeur, ainsi que des délais de sevrage tabagique en pré et en post-opératoire et du seuil maximal de cigarettes consommées autorisant ou non la pratique d'une intervention.

Recommandations 2016 de la SFAR :

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a établi des recommandations en 2016 devant le manque de suivi de la part des médecins des recommandations préconisées en 2005 par l'Office Français de Prévention du Tabagisme, prônant une attitude proactive des médecins vis-à-vis des patients pour l'arrêt du tabagisme.

L'arrêt pré-opératoire du tabac doit être systématiquement recommandé, d'autant plus que la période périopératoire est un moment où la motivation du fumeur à arrêter sa consommation tabagique est importante. La décision d'une intervention chirurgicale par le patient est en effet une bonne opportunité pour celui-ci d'arrêter sa consommation de tabac.

La SFAR recommande donc de proposer une prise en charge comportementale et une substitution nicotinique avant tout acte de chirurgie programmée chez le patient fumeur. Concernant le délai de sevrage minimal efficace en pré-opératoire, elle recommande systématiquement l'arrêt du tabac indépendamment de la date d'intervention chirurgicale. Elle préconise une information des fumeurs par tous les professionnels du parcours de soins (chirurgiens, anesthésistes, soignants) des effets positifs de l'arrêt du tabac et un suivi personnalisé. Pour la cigarette électronique, il n'y a pas de recommandation formulée par les experts.

VI. Justification de l'étude

La problématique du tabagisme en période péri-opératoire n'est pas récente : l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) a publié des recommandations à ce sujet en 2006. Cependant, nous constatons que depuis ces recommandations émises il y a maintenant dix ans, la situation n'a pas beaucoup évolué.

L'obligation d'information du patient est inscrite dans le Code de Santé Publique. Comme le rappelle Jacques Saboye dans son article paru en 2015, le conseil minimal à l'arrêt du tabac avant une intervention chirurgicale est un devoir du chirurgien. Il s'agit même d'une faute de la part du chirurgien de ne pas demander au patient s'il est fumeur.

Le but de cette étude était donc de réaliser un tour d'horizon des pratiques des chirurgiens plasticiens français vis-à-vis des patients tabagiques actifs en termes d'indications chirurgicales et d'information sur les risques de complications liées à leur consommation tabagique ; afin d'aboutir à des recommandations ou à un consensus.

Partie 2: ARTICLE SCIENTIFIQUE

Abstract

Introduction

Smoking increases perioperative risk regarding wound healing, infection rate and failure of microsurgical procedures. There is no present consensus about plastic and aesthetic surgical indications concerning smoking patients. The aim of our study is to analyze French plastic surgeons practices concerning smokers.

Method

A questionnaire was send by e-mail to French plastic surgeons in order to evaluate their own operative indications : patient information about smoking dangers, pre and post-operative delay of smoking cessation, type of intervention carried out, smoking-cessation supports, use of screening test and smoking limit associated to surgery refusing were studied. Statistical tests were used to compare results according to practitioner activity (liberal or public), own smoking habits and time of installation.

Results

In 148 questionnaires, only one surgeon did not explain smoking risk. 49,3% of surgeons proposed smoking-cessation supports, more frequently with public practice ($p=0.019$). 85,4% of surgeons did not use screening tests. Years of installation affected operative indication with smoking patients ($p=0.02$). Pre and postoperative smoking cessation delay were on average respectively 4 and 3 weeks in accordance with literature.

Conclusion

Potential improvements could be proposed to smoking patients care: smoking-cessation assistance, screening tests, absolute containdication of some procedures or level of consumption to determine.

I. Introduction

Depuis plus de 60 ans, il a été démontré que la consommation de tabac est un facteur de risque de complications périopératoires (1) : complications respiratoires, cardio-vasculaires, post-opératoires. Le risque de mortalité hospitalière est augmenté de 20%, et de 40% pour les complications majeures post-opératoires (2). Des sociétés savantes de différentes spécialités (anesthésie (2), chirurgie (3,4)) ont publié à ce sujet et émis des recommandations lors de conférences d'experts, en association avec l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) (5). En chirurgie plastique et esthétique ces risques sont maintenant bien connus et redoutés (6–8) notamment les complications cutanées (nécrose, infection, cicatrisation pathologique) ; et ce, d'autant plus qu'il s'agit souvent d'interventions non urgentes relevant de la chirurgie programmée. L'arrêt du tabac peut être demandé avant et/ou après certaines interventions (lifting cervico-facial par exemple) mais il n'existe pas de recommandation ni de consensus établi sur ces délais de sevrage et chaque chirurgien décide librement de ces indications opératoires, tout en connaissant les risques encourus. De même, il n'existe pas de recommandation sur un seuil de consommation tabagique maximal autorisant ou non à pratiquer ces interventions.

L'obligation d'information du patient est inscrite dans le Code de Santé Publique. Nous avons recherché si une information a bien été donnée au patient sur les risques liés au tabagisme lors des interventions chirurgicales et les modalités de cette information.

L'objectif de cette étude est de recueillir les pratiques des chirurgiens plasticiens en France vis-à-vis des patients tabagiques en termes d'indications chirurgicales et d'information dans l'optique de déboucher sur des recommandations ou un consensus.

II. Matériel et Méthodes

Nous avons conçu un questionnaire comportant 20 questions (Annexe 1) sur les habitudes opératoires des chirurgiens plasticiens chez les patients tabagiques. Une première partie s'intéressait au chirurgien : secteur d'exercice ; centre hospitalier et/ou universitaire ou structure privée ; exercice seul ou en association ; années d'installation ; département d'exercice ; consommation tabagique ou non. Une seconde partie concernait l'information donnée au patient fumeur sur les risques du tabac et ses modalités (à l'oral, à l'écrit ou les deux); la recherche d'une consommation tabagique lorsqu'une intervention chirurgicale était indiquée ; la proposition d'aide au sevrage tabagique; la réalisation de test de dépistage d'une consommation tabagique récente. On s'intéressait à l'indication chirurgicale chez un patient tabagique demandeur d'une intervention de chirurgie plastique ou esthétique (chirurgies carcinologique et d'urgence exclues) : indication opératoire ou contre-indication indépendamment du nombre de cigarettes consommées, ou seuil de consommation maximale autorisant l'intervention.

On demandait au chirurgien quelles interventions il pratiquait ou ne pratiquait pas chez un patient fumeur et quels délais en semaines de sevrage tabagique il demandait en pré et en post-opératoire chez ces patients. Lorsque le chirurgien exerçait en association avec d'autres chirurgiens plasticiens on lui demandait si ceux-ci avaient la même attitude que lui vis-à-vis des patients tabagiques. La dernière question concernait la pratique ou non d'injections à visées esthétiques chez les patients fumeurs.

Ce questionnaire a été élaboré sur Internet sur LimeSurvey. Le lien vers celui-ci a été envoyé sur la mailing-list des chirurgiens plasticiens français puis par courrier électronique à chacun des 617 chirurgiens plasticiens membres de la Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SOFCPRE) en juillet 2016. Le programme utilisé enregistrait l'adresse IP du répondant de sorte qu'une seule réponse était admise provenant d'une même adresse IP, limitant ainsi les doublons. Le questionnaire a été clôturé un mois plus tard et il n'y a pas eu de relance effectuée.

Pour comparer nos résultats, les analyses statistiques utilisaient le test du Khi², lorsque les conditions d'application étaient réunies, et le test exact de Fisher lorsqu'un effectif attendu était inférieur à 5. Un seuil de significativité de 5 % était admis (p inférieur à 0,05). Ces analyses ont été contrôlées par un statisticien de l'Université de Lorraine en utilisant le logiciel Microsoft Excel.

III. Résultats

Cent soixante-quinze réponses informatisées ont été obtenues. 148 réponses ont été jugées exploitables par les auteurs qui ont rejeté les questionnaires insuffisamment complétés, soit un taux de réponse d'environ 24%.

Sur 148 répondants, 97 chirurgiens déclaraient exercer dans une structure privée (65,5%), 27 dans un centre hospitalier régional et/ou universitaire (18,2%), 23 (15,5%) dans les deux structures, un chirurgien n'a pas répondu. 80 chirurgiens exerçaient seuls (54,1%), 67 en association avec d'autres chirurgiens (45,3%), un chirurgien n'a pas répondu. 128 chirurgiens déclaraient ne pas fumer (86,5%) contre 20 chirurgiens fumeurs (13,5%).

Cent quarante-six chirurgiens (98,7%) demandaient au patient s'il fumait lorsqu'ils lui proposaient une intervention chirurgicale. Deux chirurgiens (1,3%) ne posaient pas la question.

Cent quarante-sept chirurgiens (99,3%) expliquaient au patient les risques du tabac liés à l'intervention ; un chirurgien (0,7%) ne le faisait pas. 86 chirurgiens sur 147 (58,5%) donnaient les explications à l'oral uniquement, 58 les donnaient à l'oral et par écrit (39,5%), et trois chirurgiens les donnaient par écrit uniquement (2%).

Aide au sevrage tabagique

Une aide au sevrage tabagique était proposée par 73 chirurgiens sur 148 répondants (49,3%). Il s'agissait d'une consultation par un tabacologue pour 52 chirurgiens (72,2%), la prescription de substituts nicotiques pour 25 chirurgiens (34,7%), 14 chirurgiens ont répondu « autre » (19,4%) et proposaient l'hypnose, l'auriculothérapie, l'acupuncture, la consultation de sites internet, la cigarette électronique avec ou sans nicotine, une consultation avec le médecin traitant ou un pneumologue ou un suivi assuré par le chirurgien plasticien lui-même.

Parmi les chirurgiens proposant une aide au sevrage tabagique, 43 (58,9%) exerçaient dans une structure privée, 20 (27,4%) dans un centre hospitalier régional et/ou universitaire et dix (13,7%) dans les deux structures. Il a été démontré une différence significative ($p=0,019$) concernant l'aide au sevrage tabagique proposée par les chirurgiens exerçant dans une structure privée et ceux exerçant dans un centre hospitalier.

Soixante-trois chirurgiens proposant une aide au sevrage étaient non-fumeurs et dix fumeurs. 75 chirurgiens parmi les 148 (50,7%) ne proposaient pas d'aide au sevrage aux patients tabagiques (65 non-fumeurs et 10 fumeurs). Après réalisation d'un test exact de Fisher, on ne retrouve pas de différence significative concernant l'aide au sevrage tabagique, que le chirurgien soit fumeur ou non-fumeur ($p=1$).

Test de dépistage d'une consommation tabagique récente

Cent vingt-trois chirurgiens sur 144 répondants à cette question ne réalisaient pas de test de dépistage (85,4%) alors que 21 chirurgiens déclaraient en réaliser (14,6%). Parmi ceux réalisant ces tests, 12 exerçaient dans une structure privée, quatre dans un centre hospitalier et cinq dans les deux structures. Il n'existait pas de différence significative concernant la réalisation de test de dépistage d'une consommation tabagique récente entre les chirurgiens exerçant dans le secteur public et ceux exerçant dans le secteur privé ($p=0,468$).

Les tests de dépistage utilisés étaient le dosage de la cotinine urinaire pour environ 80% des chirurgiens et la mesure du CO expiré pour environ 20% d'entre eux.

Dix-huit des 21 chirurgiens réalisant un test de dépistage étaient non-fumeurs et trois fumeurs. On ne retrouvait pas de différence significative concernant la réalisation de test de dépistage en fonction du statut fumeur ou non-fumeur du chirurgien ($p=1$).

Indications chirurgicales

Quatre chirurgiens proposaient une intervention de chirurgie plastique ou esthétique (chirurgies carcinologique ou d'urgence exclues) aux patients tabagiques quelle que soit leur consommation de tabac et 27 chirurgiens déclaraient récuser systématiquement les patients tabagiques (13 exerçaient dans le secteur privé, dix dans un centre hospitalier et quatre dans les deux structures). On ne retrouvait pas de différence significative en termes d'indications chirurgicales chez les patients fumeurs, entre les chirurgiens exerçant dans le secteur public et ceux pratiquant dans le secteur privé ($p=1$).

La question concernant l'indication opératoire chez le patient tabagique actif demandeur d'une intervention comportait des choix multiples.

La réponse « cela dépend de l'intervention chirurgicale proposée » a été choisie 107 fois et la réponse « cela dépend de la quantité de tabac consommé » 78 fois. 48,7% des chirurgiens récusait au-dessus d'un paquet par jour ; 30,8% récusait au-dessus de 10 cigarettes par jour ; 15,4% récusait à partir de cinq cigarettes consommées par jour ; un chirurgien a répondu « autre » (à partir de trois cigarettes par jour).

Concernant les interventions pratiquées ou non chez un patient tabagique actif, le lifting cervico-facial, l'abdominoplastie, la réduction mammaire et/ou mastopexie sont les interventions les moins pratiquées chez le patient fumeur d'après les réponses à notre questionnaire (Tableau 1). La pose d'implants mammaires, la lipoaspiration et la blépharoplastie sont les interventions les plus pratiquées chez le patient tabagique actif (Tableau 1).

Délais pré et post-opératoires de sevrage tabagique

Cent quarante-quatre chirurgiens ont indiqué les délais en semaines de sevrage tabagique qu'ils demandaient en pré et post-opératoire. Le minimum en pré-opératoire était une semaine et le maximum 12 semaines. En post-opératoire le minimum était zéro semaine et le maximum 12 semaines. La moyenne pour les chirurgiens du secteur privé était de 4,2 semaines en pré-opératoire et 3,6 semaines en post-opératoire. Pour les chirurgiens exerçant dans le secteur public celles-ci étaient de 4,5 semaines en pré-opératoire et 3,5 semaines en post-opératoire.

Injections à visée esthétique

Cent vingt-deux chirurgiens sur 141 répondants (86,5%) déclaraient pratiquer des injections à visée esthétique chez le patient fumeur contre 15 n'en pratiquant pas (10,6%).

Après analyse statistique, il n'existe pas de différence significative concernant la pratique d'injections chez les patients fumeurs entre les chirurgiens du public et ceux du privé ($p=0,067$).

Durée d'installation du chirurgien

Dans notre étude, la moyenne d'installation des chirurgiens était de 14,3 ans. Nous avons établi trois classes : entre un et 10 ans ; entre 10 et 20 ans et depuis plus de 20 ans. Le Tableau 2 résume les différents paramètres étudiés en fonction de ces classes : proposition d'une aide au sevrage, réalisation de test de dépistage, indication opératoire ou non.

Nous n'avons pas montré de différence significative concernant la proposition d'aide au sevrage tabagique ($p=0,189$), ni la réalisation de test de dépistage ($p=0,1999$) en fonction de l'ancienneté d'installation du chirurgien. En revanche, l'ancienneté d'installation influençait de manière significative l'indication opératoire chez le patient tabagique ($p=0,020$). Dix-sept chirurgiens installés depuis moins de 10 ans récusait systématiquement les patients tabagiques, contre neuf installés depuis 10 à 20 ans et un installé depuis plus de 20 ans.

IV. Discussion

Le conseil minimal à l'arrêt du tabac avant une intervention chirurgicale est un devoir du chirurgien comme le rappelle Saboye dans son article (9). Il s'agit même d'une faute de la part du chirurgien de ne pas demander au patient s'il est fumeur. Un seul chirurgien dans notre étude n'informait pas le patient fumeur sur les risques liés au tabac avant une intervention.

Une aide au sevrage tabagique n'était proposée que par la moitié des chirurgiens (43,3%) et plus fréquemment dans un centre hospitalier que dans le secteur privé. Le manque de temps en consultation, le manque d'envie de jouer un rôle moralisateur pourraient être des explications. Sensibiliser les chirurgiens à ce problème (notamment lors de leur formation), les mettre en relation avec des tabacologues, leur donner des supports d'information à remettre au patient fumeur ou à afficher en consultation pourraient être des pistes à envisager. D'autant plus que la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) a publié de nouvelles recommandations en 2016 : proposer une prise en charge comportementale et une substitution nicotinique avant tout acte de chirurgie programmée chez le patient fumeur ; information des fumeurs par les chirurgiens des effets positifs de l'arrêt du tabac et leur proposer un suivi personnalisé.

En chirurgie plastique les risques sont une cicatrisation pathologique, un risque majoré d'infection, de nécrose notamment dans les chirurgies à grand décollement (lifting cervico-facial, abdominoplastie, réductions mammaires). Ce sont effectivement les interventions les moins pratiquées chez le patient tabagique actif d'après les réponses obtenues à notre questionnaire (Tableau 1).

Peu de chirurgiens (14,6%) réalisaient un test de dépistage d'une consommation tabagique récente et la plupart d'entre eux utilisaient le dosage de la cotinine urinaire, comme préconisé dans l'étude de Reinbold et al (10). Il n'y a pas de recommandation quant à l'utilisation systématique de ces tests de dépistage (non remboursés) cependant les chirurgiens sont soumis à l'honnêteté des patients qui peuvent leur cacher une intoxication tabagique : préconiser la réalisation systématique de ces tests et les rembourser pourraient être des solutions.

Les chirurgiens installés depuis moins de 10 ans avaient tendance à récuser plus fréquemment les patients fumeurs, que ceux installés depuis plus longtemps. En effet les chirurgiens installés récemment sont peut-être plus sensibilisés aux risques de complications liées au tabagisme car les études réalisées à ce propos sont de plus en plus nombreuses (11).

Dans notre étude on observe des délais pré et postopératoire de sevrage tabagique respectivement de 4 et de 3 semaines. Or dans une publication de l'INVS parue en 2006, des délais de 6 à 8 semaines en préopératoire et jusqu'à cicatrisation en postopératoire sont préconisés, ramenant le risque de complications à celui du non-fumeur (5). Cependant, Pluvy et al. ont publié une revue de la littérature en 2015 et préconisent de nouvelles recommandations : 4 semaines en préopératoire et 2 semaines en postopératoire (12,13) ce qui concorderait avec les pratiques constatées dans notre étude.

Récemment, une fiche d'information destinée aux patients réalisée par la SOF.CPRE (Annexe 2) concernant la cicatrisation cutanée et la correction des cicatrices, met en avant la question du tabac, son implication dans le phénomène de cicatrisation, les complications possibles et s'accorde pour demander un arrêt complet du tabagisme un mois avant une intervention chirurgicale et jusqu'à cicatrisation (environ 15 jours) après l'intervention. Des moyens d'aide au sevrage tabagique sont également proposés tels que la prescription de substituts nicotiques, la consultation avec un tabacologue et le centre d'appel Tabac Info Service.

Conclusion

Dix ans après la publication de l'INVS, il est intéressant de constater que la prise en charge du patient tabagique en péri opératoire n'est pas encore optimale et que des améliorations sont à apporter : message spécifique au risque opératoire lors des campagnes anti-tabac, formation des futurs chirurgiens, travail en collaboration entre chirurgien et tabacologue, accès facilité aux tests de dépistage d'une consommation tabagique, recommandations et consensus à établir voire à inscrire dans les textes législatifs.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Cette publication est issue d'un travail du Master éthique de la santé et droits de la personne (Université de Lorraine, Nancy).

Nous remercions la Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE) et les chirurgiens plasticiens qui ont contribué à cet article et qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire.

V. Références bibliographiques

[1] Les journées de la SFAR 2005, conférence d'experts. Tabagisme périopératoire. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 1090-1096

[2] S. Pierre, C. Rivera, B. Le Maître, A.-M. Ruppert, B. Chaput, H.Bouaziz, et al. Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période périopératoire. Anesth Reanim 2016 ; 2(5) : 368-376

[3] A.-C. Masquelet. Les risques du tabagisme périopératoire en chirurgie orthopédique. Résultats de l'enquête SoFCOT 2012 sur la prise en charge du tabagisme en milieu chirurgical. Rev Chir Orthop Traumatol 2013 ; 99(4) : 406-410

[4] T. Bège, S.-V. Berdah, V. Moutardier, C. Brunet. Risques liés au tabagisme en chirurgie générale et digestive. J Chir (Paris) 2009 ; 146(6) : 532-536

[5] B. Dautzenberg, B. Dureuil, V. Trosini Desert, A.J. Masquelet, Office français de prévention du tabagisme (O.F.T.), Assistance publique hôpitaux de Paris AP-HP, et al. Le défi de la prise en charge du tabagisme périopératoire. *Numero Themat Journ Mond Tab* 2006 ; 30(21-22) : 142-145

[6] G. Robert, A. Duhamel, J.-M. Alet, P. Pelissier, V. Pinsolle. Complications des réductions mammaires à propos de 715 seins. *Ann Chir Plast Esthet* 2014 ; 59(2) : 97-102

[7] T. Aköz, M. Akan, S. Yildirim. If you continue to smoke, we may have a problem: smoking's effects on plastic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2002 ; 26(6) : 477-482

[8] O. Goertz, N. Kapalschinski, T. Skorzinski, J. Kolbenschlag, A. Daigeler, T. Hirsch, et al. Wound healing complications in smokers, non-smokers and after abstinence from smoking. *Chir Z Fur Alle Geb Oper Medizen* 2012 ; 83(7) : 652-656

[9] J. Saboye. Plastic reconstructive and esthetic surgery and tobacco: a legal approach. *Ann Chir Plast Esthet* 2015 ; 60(1) : e67-e70

[10] C. Reinbold, J. Rausky, J.-P. Binder, M. Revol. Urinary cotinine testing as preoperative assessment of patients undergoing free flap surgery. *Ann Chir Plast Esthet* 2015 ; 60(1) : e51-e57

[11] B. Chaput, K. Bustamante. Smoking or not smoking? That is the question. *Ann Chir Plast Esthet* 2015 ; 60(1) : 1-2

[12] I. Pluvy, I. Garrido, J. Pauchot, J. Saboye, J.P. Chavoin, Y. Tropet, et al. Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: update and proposed recommendations. *Ann Chir Plast Esthet* 2015 ; 60(1) : e3-e13

[13] I. Pluvy, M. Panouillères, I. Garrido, J. Pauchot, J. Saboye, J.P. Chavoin, et al. Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: a systematic review with meta-analysis. *Ann Chir Plast Esthet* 2015 ; 60(1) : e15-e49

Tableau 1 Interventions pratiquées ou non chez les patients tabagiques actifs

| Interventions chirurgicales | Pratiquées (nombre de réponses) | Non pratiquées (nombre de réponses) |
|------------------------------------|--|--|
| Lifting cervico-facial | 3 | 73 |
| Abdominoplastie | 8 | 59 |
| Réduction mammaire/mastopexie | 9 | 43 |
| Implants mammaires | 35 | 10 |
| Lipoaspiration | 33 | 4 |
| Reconstruction mammaire | 1 | 26 |
| Dermolipectomie des membres | 5 | 24 |
| Blépharoplastie | 22 | 8 |
| Rhinoplastie | 17 | 5 |
| Bodylift | 0 | 7 |
| Otoplastie | 4 | 1 |
| Lipomodelage | 3 | 3 |
| Chirurgie intime | 2 | 0 |
| Greffe de follicules pileux | 0 | 1 |

Tableau 2 Aide au sevrage tabagique, test de dépistage d'une consommation tabagique et indications chirurgicales en fonction du nombre d'années d'installation du chirurgien

| Nombre d'années d'installation du chirurgien plasticien | [1 ; 10[| [10 ; 20[| > 20 |
|---|-----------------|------------------|----------------|
| <i>Effectif des chirurgiens plasticiens (n=148)</i> | 55 | 42 | 51 |
| <i>Aide au sevrage tabagique proposée</i> | | | |
| OUI | 31 | 22 | 20 |
| NON | 24 | 20 | 31 |
| <i>Tests de dépistage d'une consommation tabagique récente</i> | | | |
| OUI | 11 | 6 | 4 |
| NON | 44 | 36 | 47 |
| <i>Pour un patient tabagique actif demandeur d'une intervention de chirurgie plastique ou esthétique vous :</i> | | | |
| L'opérez quelle que soit sa consommation tabagique | 1 | 0 | 3 |
| Le récusez quelle que soit sa consommation tabagique | 17 | 9 | 1 |
| Cela dépend de la quantité de tabac consommée | 26 | 21 | 31 |
| Cela dépend de l'intervention chirurgicale proposée | 34 | 31 | 42 |

Partie 3 : PERSPECTIVES

De nombreuses publications scientifiques sur les risques de complications post-opératoires liés au tabagisme ont vu le jour depuis plus de 60 ans. Au sein de chaque spécialité chirurgicale, des études ont mis en évidence les risques de complications liés au tabagisme en fonction de l'intervention pratiquée.

Plus particulièrement en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, les risques de complications à type de cicatrisation pathologique (désunion, souffrance cutanée, nécrose, cicatrice hypertrophique), d'hématome, d'infection et d'échec des gestes microchirurgicaux au moment des lambeaux, sont bien connus et redoutés.

En anesthésie également les risques du tabagisme actif du point de vue respiratoire et cardio-vasculaire imposent une vigilance particulière. Poser une indication chirurgicale doit également tenir compte de ce risque anesthésique lié à la consommation tabagique.

Des recommandations ont été publiées il y a plus de 10 ans en collaboration avec l'Institut National de Veille Sanitaire, préconisant la recherche systématique d'une consommation tabagique avant toute intervention chirurgicale et son arrêt.

Cependant, peu d'améliorations ont été effectuées dans la prise en charge du patient tabagique demandeur d'une intervention chirurgicale.

Si la recherche d'une consommation tabagique est quasi systématiquement recherchée par les chirurgiens plasticiens ayant participé à notre étude ; l'arrêt de celle-ci n'est pas demandé par tous les chirurgiens ni pour toutes les interventions.

Une aide à l'arrêt du tabac n'était proposée que par la moitié des chirurgiens, et plus fréquemment dans le secteur public que privé. Une sensibilisation des chirurgiens aux bénéfices de l'arrêt du tabac et aux risques de complications induites par la consommation tabagique pourrait s'avérer utile lors des congrès, séminaires et cours de formation aux internes de spécialités chirurgicales par exemple.

La Société Française de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE) a récemment émis des recommandations concernant l'arrêt du tabagisme actif en période péri-opératoire. Elle préconise un arrêt du tabac un mois avant l'intervention et jusqu'à cicatrisation après l'intervention.

Les tests de dépistage d'une consommation tabagique récente étaient peu utilisés dans notre étude car non pris en charge financièrement par l'Assurance Maladie. Proposer systématiquement ces tests de dépistage simples tel que le dosage de la cotinine urinaire, aux patients fumeurs demandeurs d'une intervention chirurgicale permettrait de récuser les patients n'avouant pas au chirurgien la poursuite de leur consommation tabagique.

D'autres pistes sont à envisager : remettre au patient fumeur des supports d'information écrits sur les bénéfices de l'arrêt de leur consommation tabagique et sur les risques de complications possibles dans la période péri-opératoire ; afficher ces informations en salle d'attente de consultation ; adresser systématiquement les patients fumeurs à un tabacologue (sachant que la consultation avec celui-ci nécessite un courrier médical) ; prescrire des substituts nicotiques au patient souhaitant arrêter sa consommation de tabac ; indiquer les différents moyens d'aide au sevrage tabagique notamment le numéro Tabac Info Service.

Une fiche d'information concernant l'implication de la consommation tabagique dans les phénomènes de cicatrisation cutanée et ses complications a été émise par la SOF.CPRE.

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux chirurgiens plasticiens inscrits à la SOF.CPRE :

Tabagisme et interventions de chirurgie plastique : vers une contre-indication formelle ?

Nous connaissons tous les effets néfastes du tabagisme actif sur les patients que nous opérons : complications post opératoires majorées (nécrose, infection, retard de cicatrisation, désunion, etc.) risques peropératoires (anesthésiques et chirurgicaux) accrus. Ce questionnaire a pour but de connaître vos pratiques en termes d'information et d'indications chirurgicales concernant les patients tabagiques qui viennent vous consulter.

Il y a 20 questions dans ce questionnaire.

Vous et votre activité :

- 1) Vous exercez en :
 - a) Secteur 1
 - b) Secteur 2
 - c) Secteur 3

- 2) Depuis combien de temps (en années) êtes-vous installé ?

- 3) Vous exercez dans :
 - a) Un centre hospitalier régional et/ou universitaire
 - b) Une structure privée
 - c) Les deux

- 4) En tant que chirurgien plasticien/esthétique, vous exercez :
 - a) Seul(e)
 - b) En association avec d'autres chirurgiens plasticiens/esthétiques
 - c) Autre

- 5) Fumez-vous ?
 - a) OUI
 - b) NON

- 6) Dans quel département exercez-vous ? (réponse libre)

Tabac et indications chirurgicales :

- 7) Lorsque vous proposez une intervention chirurgicale à un patient lui demandez-vous s'il fume ?
 - a) OUI
 - b) NON

- 8) Si le patient est fumeur, lui expliquez-vous les risques du tabac liés à l'intervention ?
 - a) OUI
 - b) NON

- 9) Si OUI de quelle manière ?
- A l'oral
 - Par un document écrit remis au patient (*merci de le joindre à votre réponse si c'est le cas*)
 - A l'oral et à l'écrit
- 10) Pour un patient fumeur, proposez-vous une aide au sevrage tabagique ?
- OUI
 - NON
- 11) Si OUI laquelle : (plusieurs réponses possibles)
- Consultation avec un tabacologue
 - Prescriptions de substituts nicotiniques
 - Autre : réponse libre
- 12) Pour un patient tabagique actif demandeur d'une intervention de chirurgie esthétique ou plastique (chirurgies carcinologique et d'urgence exclues) vous :
- L'opérez quelle que soit sa consommation de tabac
 - Le récusez quelle que soit sa consommation de tabac
 - Cela dépend de la quantité de tabac consommé
 - Cela dépend de l'intervention chirurgicale
 - Autre : réponse libre
- 13) Si vous avez répondu c) à la question précédente, à partir de quelle consommation tabagique récusez-vous ces patients ?
- Plus d'un paquet par jour
 - 10 cigarettes par jour ou plus
 - 5 cigarettes par jour ou plus
 - Autre : réponse libre
- 14) Si vous avez répondu d) à la question 9, précisez quelles interventions vous ne pratiquez pas chez un patient tabagique actif : (réponse libre)
- 15) Si vous avez répondu d) à la question 9, précisez quelles interventions vous pratiquez chez un patient tabagique actif : (réponse libre)
- 16) Vous arrive-t-il de faire réaliser des tests pour détecter une consommation tabagique récente ?
- OUI
 - NON
- 17) Si OUI lesquels ?
- Dosage de la cotinine urinaire
 - Mesure du taux de CO expiré
 - Autre : réponse libre

18) Si vous décidez d'opérer un patient tabagique, quel délai en semaines de sevrage tabagique demandez-vous à celui-ci :

- a) En pré-opératoire : (réponse libre)
- b) En post-opératoire : (réponse libre)

19) Si vous exercez en association avec d'autres chirurgiens plasticiens/esthétiques, ont-ils la même attitude que vous vis-à-vis des patients tabagiques ?

- a) OUI
- b) NON

20) Pratiquez-vous des injections à visée esthétique (toxine botulique, produits de comblement) chez des patients tabagiques actifs ?

- a) OUI
- b) NON



SOF.CPRE

CHIRURGIE CUTANÉE - CORRECTION DES CICATRICES - LA CICATRISATION

Version 5 mars à jour fin 2011

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous envisagez d'avoir recours à une chirurgie cutanée.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

● DÉFINITION

Une cicatrice est la partie visible résiduelle d'une lésion du derme après que le tissu se soit réparé, suite à une incision au cours d'une opération ou après une blessure.

La cicatrisation fait partie intégrante du processus de guérison. A part les lésions très mineures, chaque blessure (après un accident, une maladie, ou un acte chirurgical) engendre une cicatrice plus ou moins importante. Le tissu cicatriciel n'est pas identique au tissu qu'il remplace et est habituellement de qualité fonctionnelle inférieure. Par exemple, les cicatrices cutanées sont plus sensibles au rayonnement ultraviolet, les glandes sudoripares et les follicules pileux ne se développent pas sous la cicatrice. Cependant, quelques tissus (par exemple l'os) peuvent guérir sans détérioration structurelle ou fonctionnelle.

Il convient de savoir que lorsqu'une intervention chirurgicale amène à traverser la peau, quelle que soit la technique utilisée pour recoudre celle-ci, elle se réparera en laissant une cicatrice qui ne peut pas disparaître totalement.

Les seules agressions infligées à la peau qui disparaissent sans laisser aucune cicatrice sont celles qui ne concernent que la partie la plus superficielle de la peau à savoir l'**épiderme**.

Dès qu'une incision traverse le **derme** c'est-à-dire la partie profonde de la peau, et quelle que soit la qualité du chirurgien et des soins par lui prodigués, le geste chirurgical laissera derrière lui une **cicatrice** qui, certes, ira en s'atténuant, devenant plus ou moins discrète, mais jamais totalement invisible.

Nous aborderons le traitement des cicatrices lorsque celles-ci, anormales ou inesthétiques, requièrent une prise en charge chirurgicale.

● OBJECTIFS

Il est impossible de faire disparaître complètement une cicatrice, que ce soit par la chirurgie ou par tout autre moyen (pommades, tatouages, peeling, laser...).

Le but d'une reprise chirurgicale est de remplacer une cicatrice « vicieuse » (présentant un vice, une anomalie) par une nouvelle cicatrice que l'on espère moins gênante et plus discrète.

Dans la plupart des cas, ne peuvent être traitées que les cicatrices stabilisées, au terme de leur évolution naturelle (6 mois à 2 ans). En effet la cicatrisation va se faire principalement en trois phases. La première phase débute quelques jours après l'intervention ; la cicatrice est généralement belle et fine. Ensuite, au cours des 1 à 2 mois post-opératoires, elle devient plus rouge, dure, boursoufflée et des démangeaisons sont fréquentes. Ce stade dure en moyenne 3 à 6 mois. La cicatrice rentre ensuite dans sa dernière phase où elle commence à blanchir et à s'assouplir. De la même façon, les démangeaisons disparaissent. Au terme de ce processus plus ou moins long et imprévisible, la cicatrice est indélébile, blanche, souple et insensible.

Durant toute son évolution, il est important de prendre soin de votre cicatrice afin qu'elle devienne la plus discrète possible : il faut la protéger du soleil (vêtements, chapeau, crème solaire protectrice), l'hydrater avec des crèmes et la masser quotidiennement. Dans certains cas votre chirurgien peut vous prescrire du silicone en plaque ou en gel afin de diminuer les rougeurs ou l'aspect boursoufflé.

Les tentatives de correction chirurgicale ne sont licites que dans les cas suivants :

• Cicatrices **rétractiles** : très indurées et « recroquevillées », ne se laissant pas distendre, très inesthétiques et pouvant même

parfois limiter certains mouvements, en créant des «brides».

- Cicatrices **ulcérées** : leur fragilité aboutit à de fréquentes « écorchures » superficielles qui deviennent permanentes, se creusent et s'aggravent,

- Cicatrices **hypertrophiques** ou **chéloïdiennes** : inflammatoires, douloureuses, rouges, élargies et surtout gonflées « en relief ». Leur traitement est très délicat et soumis à de fréquentes récurrences,

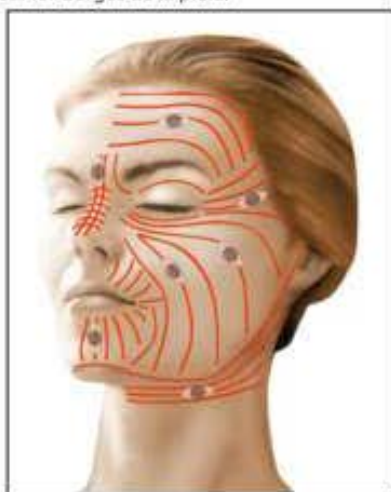
- Cicatrices **inesthétiques** : larges, colorées, irrégulières, décalées, enfoncées, adhérentes...

Il faut noter que le traitement d'une cicatrice normale mais simplement élargie (cas fréquent) est très aléatoire car l'élargissement est souvent dû à un trouble de la cicatrisation propre au patient et indépendant de la technique chirurgicale.

● PRINCIPES

Dans les cas les plus simples, il suffit d'**exciser** la cicatrice défectueuse et de **refermer** avec une technique de suture parfaite pour espérer obtenir une nouvelle cicatrice plus discrète.

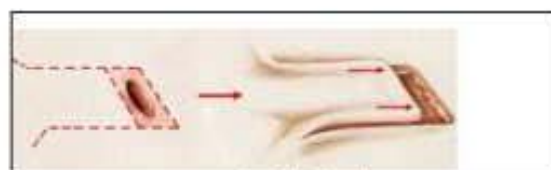
Souvent, il est nécessaire d'avoir recours à un **tracé d'incision spécial** visant à « briser » l'axe principal de la cicatrice initiale, à réorienter au mieux la cicatrice en fonction des lignes de tension naturelles de la peau, et à diminuer ainsi la tension exercée sur les berges de la plaie.



lignes de moindre tension de la face -
orientation optimale des fuseaux d'excision

Pour les cicatrices très étendues, plusieurs techniques peuvent être employées, seules ou en association :

- **Excision en plusieurs fois**, permettant à la peau de se détendre entre deux temps opératoires (principe dit des « excrises itératives »)
- **Grefe de peau** prélevée sur une autre région
- **Plastie locale**, avec déplacement d'un lambeau de peau avoisinant afin que celui-ci vienne recouvrir la zone cicatricielle



exemple de plastie locale :
avancement d'un lambeau cutané

- **Expansion cutanée**, grâce à des ballonnets gonflables placés sous la peau saine avoisinante et permettant de la distendre au fur et à mesure du gonflement (sur plusieurs semaines) afin d'utiliser l'excédent cutané ainsi obtenu lors de l'ablation des ballons pour recouvrir la zone cicatricielle.

Dans tous les cas, votre chirurgien vous expliquera quelle est la solution la mieux adaptée à votre cas personnel.

● AVANT L'INTERVENTION

Un interrogatoire suivi d'un examen de la cicatrice incriminée aura été réalisé par le chirurgien afin de préciser la ou les possibilité(s) chirurgicale(s).

En cas d'anesthésie autre que purement « locale », un bilan pré-anesthésique pourra être prescrit et une consultation pré-opératoire sera obligatoirement prévue avec le médecin anesthésiste.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

Aucun médicament contenant de l'Aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

En fonction du type d'anesthésie, on pourra vous demander de rester à jeun (rien manger ni boire) 6 heures avant l'intervention. Aucun maquillage ni aucun bijou ou piercing ne devra être porté durant l'opération.

● TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

Type d'anesthésie : Trois procédés sont envisageables :

• **Anesthésie locale pure**, où un produit analgésique est injecté afin d'assurer l'insensibilité de la zone à opérer. C'est le cas le plus fréquent pour la Dermato-Chirurgie de base.

• **Anesthésie « vigile »** (Anesthésie locale approfondie par des tranquillisants), durant laquelle vous pouvez rester éveillé mais où vous serez relaxé et dont il peut résulter une certaine amnésie de l'intervention. Elle peut être préférée pour des raisons de confort personnel ou pour la réalisation de certains lambeaux complexes, en particulier sur la face.

• **Anesthésie générale** classique, durant laquelle vous dormez complètement, en fait rarement utile en Dermato-Chirurgie. Le choix entre ces différentes techniques sera le fruit d'une discussion entre vous, le chirurgien et l'anesthésiste.

Modalités d'hospitalisation : les interventions de Dermato-Chirurgie de base, surtout si elles sont prévues sous anesthésie locale pure, ne nécessitent pas obligatoirement une hospitalisation et peuvent, à l'instar des soins dentaires, être réalisés en **Cabinet**, dans la mesure où tout l'équipement nécessaire y est disponible.

Si l'intervention est prévue en Clinique ou à l'Hôpital, elle peut habituellement être pratiquée « en externe », c'est-à-dire avec une entrée juste avant l'opération et une sortie juste après celle-ci, ou « en ambulatoire », c'est-à-dire en « hospitalisation de jour » avec une sortie le jour même après quelques heures de surveillance. L'hospitalisation traditionnelle, avec une nuit à passer sur place, est exceptionnelle pour ce type de chirurgie.

● APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

On peut éventuellement constater un certain inconfort avec une sensation de tension sur la cicatrice, mais de véritables douleurs invalidantes sont rares.

Les premiers jours il faudra éviter de « forcer » sur la cicatrice. La prudence s'impose vis-à-vis des mouvements qui solliciteraient trop la zone opératoire.

Dans les heures qui suivent l'intervention, un petit suintement de sang (rouge) ou de lymphe (jaune) peut éventuellement venir légèrement tacher le pansement. Dans les 48 premières heures, la région opérée peut aussi parfois laisser apparaître un œdème (gonflement) et de petites ecchymoses (bleus) qui ne sont que transitoires.

Des démangeaisons sont par ailleurs assez fréquentes durant la phase de cicatrisation. Toutes ces constatations ne sont pas inquiétantes et doivent être considérées comme des suites « habituelles ».

Les fils, quand ils ne sont pas résorbables, sont retirés entre le 5^{ème} et le 15^{ème} jour.

La cicatrice pourra alors être massée selon les instructions de votre chirurgien.

Concernant l'exposition au soleil, tant que la cicatrice est encore foncée, il est préférable d'éviter toute exposition et d'utiliser une protection type « écran total ».

● LE RÉSULTAT

Un délai de plusieurs mois (parfois jusqu'à un à deux ans) est nécessaire pour apprécier l'aspect définitif de la cicatrice.

Il faut bien comprendre que la cicatrisation reste un phénomène aléatoire dont la qualité ne peut en aucun cas être garantie. La parfaite maîtrise technique d'un chirurgien plasticien qualifié et spécifiquement formé à ce type d'intervention permet de mettre toutes les chances de son côté mais ne supprime pas cet aspect aléatoire.

Dans le cadre d'une correction chirurgicale de cicatrice anormale, il est fondamental de contrôler régulièrement l'évolution et l'aspect de la cicatrice. C'est le seul moyen d'être sûr de repérer à temps d'éventuels troubles de la cicatrisation et de leur appliquer un traitement approprié.

● PROBLÈMES POTENTIELS

Bien que tous les efforts soient mis en oeuvre au cours et au décours de l'intervention pour rendre les cicatrices les plus discrètes possible, il arrive que la cicatrisation ne soit pas à la hauteur des efforts consentis, et que les séquelles en résultant soient plus visibles que ce qui était espéré. En effet, la **qualité de la cicatrisation** est éminemment variable selon l'âge, les parties du corps, les facteurs environnementaux, et d'un patient à l'autre. Ceci s'explique, comme on l'a vu, par le fait que le processus de cicatrisation met en jeu des phénomènes assez aléatoires, parfois imprévisibles et incomplètement contrôlables. A cet égard, **il ne faut pas oublier que si c'est le chirurgien qui réalise les sutures, la cicatrice, elle, est le fait du (de la) patient(e)**. La survenue d'une cicatrice inesthétique doit toutefois être soumise à votre chirurgien car elle peut conduire à envisager le recours à certains moyens thérapeutiques.

● LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

La Dermato-Chirurgie correspond à des interventions « de surface » qui ne concernent que la peau et ne sont donc pas très « lourdes ». Elles comportent toutefois, comme tout acte médical si minime soit-il, un certain nombre d'incertitudes et de risques.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

En choisissant un Chirurgien Plasticien qualifié et compétent, formé spécifiquement à ce type de techniques, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

Heureusement, les complications significatives sont exceptionnelles à la suite d'une intervention de chirurgie cutanée réalisée dans les règles. En pratique, l'immense majorité des interventions se passe sans aucun problème et les patient(e)s sont pleinement satisfait(e)s de leur opération.

Pour autant, et malgré leur rareté, vous devez être informé(e) des complications possibles :

• **Complications anesthésiques** : il faut être conscient que toute anesthésie, quelle qu'elle soit (même locale), induit dans l'organisme des réactions quelquefois imprévisibles et plus ou moins faciles à maîtriser. Il est inutile et impossible de citer toutes ces complications mais nous vous engageons à discuter avec l'anesthésiste (si celui-ci intervient) lors de sa consultation pré-opératoire et à lui demander, à cette occasion, toutes les informations qui vous paraissent nécessaires. Il faut toutefois garder à l'esprit que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, et que les risques encourus sont devenus statistiquement extrêmement faibles, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence, chez une personne indemne de toute pathologie, et a fortiori lorsqu'il s'agit d'une anesthésie locale où les très rares réactions se limitent souvent à un simple petit malaise sans gravité.

• **Petits saignements** : ils peuvent survenir même quelques jours après l'intervention. Ils sont habituellement faciles à contrôler.

• **Hématomes** : la plupart du temps sans gravité, ils peuvent justifier d'être évacués s'ils sont trop importants.

• **Infection** : elle peut être liée à une forme d'intolérance aux fils de suture ou être favorisée par la présence d'un petit hématome. Elle se manifeste par une douleur et une intense rougeur locale avec écoulement purulent. Le recours à des antibiotiques ou de simples soins locaux permet, la plupart du temps, de résoudre le problème, parfois avec des conséquences néfastes sur la qualité de la cicatrice.

• **Lâchage de suture** : Il peut résulter des deux précédentes complications ou être la conséquence d'une forme d'intolérance aux fils. Il est plus fréquent chez les fumeurs. Il se traite avec des soins locaux mais va retarder l'évolution. Il peut engendrer un certain élargissement de la cicatrice, souvent moins important à terme que ce qui était imaginé au départ.

• **Nécrose cutanée** : il s'agit d'une mortification de la peau par défaut d'apport sanguin. Elle est exceptionnelle et ne se rencontre que dans les cas de tension extrême sur les berges de la cicatrice ou lors de la réalisation d'un lambeau à la vascularisation précaire. Elle peut parfois venir compliquer un hématome ou une infection. Elle est nettement favorisée par le tabagisme. Elle compromet fortement le résultat esthétique.

• **Défaut de prise de greffe** : la réussite d'une greffe n'est jamais certaine à 100%. On peut donc parfois assister à une nécrose, la plupart du temps partielle, de la greffe.

• **Anomalies de cicatrisation** : au-delà des cicatrices inesthétiques déjà évoquées, on pense surtout aux redoutables mais rarissimes cicatrices « chéloïdes » vraies, dont le traitement est très délicat et souvent décevant.

• **Blessure de nerfs avoisinants** : le plus souvent ce sont les filets nerveux sensitifs qui sont concernés, aboutissant alors à des troubles localisés de la sensibilité (anesthésie, fourmillements...). Exceptionnellement au niveau de la face, il peut s'agir d'une branche motrice, aboutissant à une paralysie partielle de la partie du visage concernée (par exemple la moitié du front). Heureusement la plupart du temps ces

troubles sont transitoires et disparaissent spontanément en quelques semaines.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas. Le recours à un chirurgien plasticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir éviter ces complications, ou les traiter efficacement le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES :

VU

NANCY, le **28 juin 2017**

NANCY, le **30 juin 2017**

Le Président de Thèse

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine
Le Vice-Doyen,

Professeur Muriel BRIX

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9914

NANCY, le **4 juillet 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La consommation de tabac augmente les risques périopératoires notamment de cicatrisation pathologique, d'infection, d'échec des gestes microchirurgicaux. Il n'existe pas de consensus actuel sur les indications chirurgicales chez le patient tabagique en chirurgie plastique. L'objectif de cette étude est de recueillir les pratiques des chirurgiens plasticiens français vis-à-vis des patients tabagiques.

Matériel et Méthodes : Un questionnaire a été envoyé par courriel aux chirurgiens plasticiens français afin d'évaluer leurs indications opératoires chez le patient fumeur : information du patient sur les risques du tabac, délais de sevrage pré et postopératoire, type d'interventions pratiquées, aide au sevrage, test de dépistage, consommation seuil faisant récuser le patient ont été étudiés. Des comparaisons à l'aide de tests statistiques, en fonction du mode d'exercice du chirurgien (privé ou public), de sa consommation tabagique personnelle et du nombre d'années d'installation ont été effectuées.

Résultats : Sur 148 questionnaires, un seul chirurgien n'expliquait pas au patient les risques du tabac. 49,3% des chirurgiens proposaient une aide au sevrage, plus fréquemment dans le secteur public ($p=0,019$). 85,4% des chirurgiens n'effectuaient pas de test de dépistage. L'ancienneté d'installation influençait l'indication opératoire chez le patient tabagique ($p=0,02$). Les délais de sevrage pré et postopératoires étaient en moyenne respectivement de 4 et 3 semaines, conformément à ce qui est retrouvé dans la littérature.

Conclusion : Des améliorations sont à apporter concernant la prise en charge du patient tabagique : aide au sevrage, test de dépistage, contre-indication formelle pour certaines interventions ou seuil de consommation à déterminer.

TITRE : Tobacco and plastic surgery: an absolute contraindication?

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : Tabac ; chirurgie plastique ; indications chirurgicales ; contre-indication ; sevrage tabagique

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
