

L'anesthésie

Spécialité très encadré par la loi.

I) La consultation d'anesthésie

délégataire, se distance de l'opération: les^h au: sauf urgence.

- examen du dossier: ATCD, motif de l'inter
- interrogatoire
- ATCD chir, Med, anesthésiques
- questionnaire pré-implés + feuille sigles

ATCD : recherche allergies : eczéma, urticaire, asthme, rhume des foies, réaction aux médicaments, réaction au latex,

Toxicomanie : - tabac : complications respiratoires post-op
- alcool : "
- somnifères :
- drogues dures

TT du patient ds le détail dont les somnifères.

Examen clinique

- poids : obésité = facteur de morbidité, dénutrition: infections
- taille
- TI, TA
- auscultation D. vasculaire
- état dentaire : appareil dentaire
- ouverture de bouche

Examens complémentaires (non d'obligatoire)

non hémostatique : rien

si " : groupe sanguin + bilan coag.

Si patient âgé ou polypathologique : ions + Rx pulm.

→ en quasi-systématique : sérologie HIV - Hépatite

A la fin de la consult : décision si oui-non anesthésie.

On discute des risques.

Décision de l'AG ou anesthésie loco-régionale.

L'utilité de la cs : - rassuré : rôle ψ

- médical : évaluer l'état de santé du patient

II) La préparation du patient

1) infections ORL : sauf urgences absolues, opération reportée

* HTA pas équilibrée → med. tt pour rééquilibrer

* anémie : tt av^t l'opération (fer per os ou iV) le hrs que l'hémoglobine remonte.

* vieillards : sv^t déshydratés = perfusion la veille

* obésité : si possible, faire maigrir les gens

* adénopathie : AVK ORL : sonde gastrique

↳ gros pb de canalisation

III) Les tt du patient

On garde tout les tt jusqu'à la veille de l'intervention sauf les anticoagulants :

→ anti-agrégants plaquettaires : stop 1 semaine av^t

→ AVK : 1 semaine av^t

- analgésiants: $\rightarrow$ le seuil de la perception a' la Dc
- dépressur respiratoire: apnée
- déprime le centre de la toux: risque encombrement
- euphorisants
- $\rightarrow$ TA $\rightarrow$ bradycardie
- hémétisants $\rightarrow$ arrêt du transit
- rétention urinaire: fréquent en post. op.
- myosis: pupille très rétrécie

$\Rightarrow$ produits inscrits au tableau B & réservés à l'anesthésie
 Antidote: Narcan* (aussi pour coma éthylique)

- les narcotiques (pour dormir):
 - $\rightarrow$ Pentotal*: vieux produit
 - $\rightarrow$ Propofol*: utilisée actuellement
) Produits puissants mais de très courte durée.
- $\Rightarrow$ Réservé à l'anesthésie: par voie IV ou inhalation

- les curares (paralyse des muscles): en chir abdo pour paralyser le diaphragme.

- Action essentiellem*: périphérique: interrompt l'influx nerveux entre le nerf et le muscle.
- $\Rightarrow$ Réservé à l'anesthésie
- Δ très anaphylactiques !!
- Antidote: Prostigmure.

Déroulement de l'anesthésie:

- on fait respirer au patient de l'O₂ pure
- on fait l'anesthésie (narcotique, morphinique)

Rebais des anticoagulants par héparine: en injectable tous les jours
durée d'action courte: 24h

- Faire 1 réserve de sang si:

- * opération très hémorragique
- * groupe du patient rare
- * transfusion autologue (prescription EPO)

- Av^t l'extubent^o, le patient doit être à jeun: 8h minimum
(pour les enfants, BB: 4h).

- Av^t de monter au bloc:

- * ôter appareils dentaires
- * ôter vernis
- * ôter bijoux
- * pour enfants: autorisation parentale

IV / La prémédication

cocktail que le patient prend 1h av^t l'opération

3 types de médicaments:

- sédatifs: pour calmer l'anxiété = Benzodiazépines (Lexomil)
- sur CHBN hypnovel = très puissant à courte durée

→ effets secondaires de Benzodiazépines: anxiolytiques

- sedation
- amnésie
- myorelaxant
- anti-épileptique
- dépresseur respiratoire

!! un patient prémédiqué reste au lit.

Chez la P.A., on évite l'hypnovel.

- parasympatholytique: l'Atropine
= action sur le système neuro-végétatif
Effets 2 dans :
- diminution des sécrétions = sécheresse bouche
- tachycardie

- anti-H₂: Tagamet
→ le pH gastrique : en cas de reflux des les poumons, pour ne pas brûler.

V) l'anesthésie

Réserve au personnel spécialisé, serviquom au B.O avec du matériel spécialisé:

- Monitoring en continu
- TA, sat en continu
- activité D en continu
- matériel pour rca.

La patient arrive au B.O:

- en vérifie son identité : bracelet avec son nom.
- pose de perfusion
- mise en place du monitoring
- ⇒ l'anesthésie commence

L'anesthésie a 3 buts:

- empêcher la DL (type morphine)
- faire dormir (narcotique : sommeil profond) : i.v, ou inhalateur
- paralyse les muscles: (les curares): surtout en chir. abdo

• les morphomimétiques

ni classe chimique que la morphine, ni effets agissent au niveau du système nerveux central

La période d'induction est la plus délicate: allergie.

- le patient ne respire plus: assistance respiratoire

- patient à jeun ou op courte: ventilation large

- intubation: sécurité +++

- difficultés à l'intubat° car pas fins prévisibles

- obligatoire si patient pas à jeun

- en chir. abdo

- masque laryngé: le patient doit être à jeun
moins traumatisant que l'intubation

- le patient est ventilé grâce au respirateur

- on entretient l'anesthésie: gazs + morphine, curare, ...

- surveillance des paramètres: relevé sur la feuille d'anesthésie tous les 10 minutes.

VI) Le réveil

- on arrête les drogues

- on met de l'O₂ pur

- on attend qu'il reprenne 1 ventilat° spontanée

Si le patient se réveille avec 1 fréquence respiratoire basse, c'est qu'il est fins sous les morphiniques (= Narcoen possible mais pas trop pour le

Si le patient se réveille avec 1 faible amplitude respiratoire: fins sous curare → Prostigmine

Si le patient respire bien, mais dort fins: inject° Anexal

- on l'extube 1 fois réveillé

Passage en salle de réveil obligatoire: le patient ne sort que qd il est réveillé & qu'il n'a pas mal.

⇒ Bcp de modifications dues à l'anesthésie & à la chirurgie

En surveillance:

- * la conscience : risque de rendormissement
- * fonction ventilatoire : dépression respiratoire (drogues, DL, ...) = O_2 en systématique à l'opéré. Fréquence respi au 10 à 15 pour sortie
- * fonction circulatoire: chute TA (due au réchauffement & vasodilatation, perte hydrique) = compenser par des drogues ou remplissage
hyper TA: DL, ...
bradycardie: su^t, reste des actions des morphopneumiques → Atropine
- * surveillance ECG, sat, TA en continu, diurèse, O_2
- * DL: apparaît qd les morphopneumiques s'estompent