



Aujourd'hui je suis affecté(e) à l'EPI !

LES PRINCIPES

La consultation d'anesthésie à distance de l'intervention ou de la procédure qui nécessite une anesthésie/sédation profonde fait partie intégrante de l'acte d'anesthésie (c-à-d est considérée comme telle par le législateur), elle répond à plusieurs buts :

- elle permet, sur base de l'anamnèse et d'un examen clinique, et si nécessaire, d'examen complémentaires (voir plus loin) d'évaluer le risque anesthésique du patient ;
- d'améliorer si nécessaire ou possible l'état du patient (de le préparer physiquement à l'agression chirurgicale) ;
- elle aboutit à la rédaction d'un plan d'anesthésie (les moyens à mettre en œuvre) ;
- elle permet d'informer le patient, **d'établir avec lui une relation de confiance et d'obtenir son consentement éclairé pour ce qui concerne les modalités de l'anesthésie qui lui est proposée**. *Des informations vagues ou erronées entraînent inmanquablement perte de confiance et anxiété, soit exactement le contraire du but recherché !*
- elle est une **obligation médico-légale** : tout ce qui n'a pas été détecté à l'examen préopératoire et qui aurait pu l'être, peut entraîner, en cas de problème, des poursuites médico-légales pour défaut de prévoyance ;
- elle est pour le candidat assistant spécialiste une **occasion unique d'apprentissage** et est par conséquent **indispensable à la formation**. L'anesthésie ne peut pas être considérée comme un simple acte médico-technique !! Elle est une prise en charge globale du patient qui s'étend au moins de la visite préopératoire jusqu'à la contre-visite postopératoire. Comme tout ce que vous prestez pendant votre formation, cet acte s'effectue sous la supervision d'un médecin diplômé (le Docteur Kremer et le superviseur référent de la spécialité).

ORGANISATION

Depuis plusieurs années, le service s'est orienté vers un système de consultation à distance. Celle-ci ne supprime en rien l'obligation de revoir le patient

- soit la veille de l'intervention si celui-ci est hospitalisé
- soit le jour de l'intervention pour s'assurer qu'aucun élément neuf n'est apparu depuis la consultation et que les recommandations préopératoires ont bien été respectées (médicaments, jeûne..) !

La consultation à distance présente certains avantages :

- 1 indispensable pour les patients pris en charge en ambulatoire ou assimilé (le seul cas où elle est remboursée !)
- 2 permet de diminuer significativement le nombre de patients reportés en dernière minute par défaut de mise au point !



- 3 est en accord avec la loi sur le droit des patients (en effet, seul ce type d'organisation permet au patient de s'enquérir d'un deuxième avis)
- 4 permet de répondre aux interrogations des patients et donc de diminuer leur angoisse avant la visite du soir de l'intervention. Elle est (et doit rester) un instrument qui améliore le confort du patient !

La consultation d'anesthésie à distance a certains inconvénients :

- 1 attendu la structure du service, le nombre de patients, les difficultés de mobilité, il est impossible que le patient soit pris en charge tout le long de son itinéraire clinique « anesthésiologique » par le même médecin candidat assistant spécialiste. Vous devrez donc voir en consultation des patients que vous n'endormirez pas. Ceci ne vous décharge en rien de la responsabilité médico-légale des actes que vous posez (ou omettez !) lors de cette consultation. Il est capital que vous confiiez à l'anesthésiste qui se chargera de la narcose un patient pour lequel le risque a été correctement évalué (mise au point complète c-à-d vous vous êtes inquiété des résultats des examens complémentaires !), un patient correctement préparé à l'intervention (arrêt de traitement, traitement de substitution, un patient correctement informé (des renseignements justes et précis), et un plan de narcose adéquat (commande de sang, etc). Ceci est la seule façon correcte de voir un patient en consultation préopératoire. De plus, la qualité de votre prise en charge pré-anesthésique est une marque de solidarité médicale vis-à-vis de vos collègues.
- 2 Elle implique une présence continue du médecin candidat spécialiste en consultation : ces jours-là vous ne pratiquez pas d'anesthésie mais vous ne perdez pas votre temps !

Enfin, la consultation d'anesthésie à distance est une vitrine du service dans lequel vous effectuez votre formation.

EN PRATIQUE

En quoi consiste la consultation EPI ?

- 1 consulter les données disponibles sur Medical explorer de préférence avant que le patient soit en cabine !
- 2 réaliser une **anamnèse systématique et orientée** anesthésie (allergie, intubation, narcoses précédentes,...). Faire une hétéro-anamnèse chaque fois que cela s'avère nécessaire. Toute anomalie isolée ou syndromatique doit non seulement être consignée mais vous devez en déduire les examens complémentaires à demander et rédiger dans votre



- rapport Thot les risques et attitudes nécessaires sur base des données de la littérature (bibliothèque, Internet clef USB) ;
- 3 réaliser un ***examen clinique systématique et orienté*** anesthésie (FC, TA, poids, taille, critères d' intubation, paresthésies,...). L'examen clinique systématique n'est pas facultatif ! Il ne s'agit pas ici non plus d'établir un catalogue de constatations. Toute découverte fortuite (par exemple une tension artérielle mesurée à 22/10) demande confirmation et orientation vers une consultation spécialisée.
 - 4 Les examens complémentaires dans le cadre de la visite préopératoire sont strictement contingentés par l'INAMI. Toute prescription abusive fera dans un avenir proche l'objet d'une sanction financière pour l'hôpital. Quoi qu'il en soit, un examen paraclinique doit toujours être demandé lorsqu'il est justifié soit par l'état du patient soit par la nature de l'intervention qu'il/elle doit subir. En tout état de cause, la personne qui prescrit un tel examen doit s'assurer que le résultat parvienne en temps utile à l'anesthésiste (le superviseur référent) qui prendra en charge le patient lors de la narcose.
 - 5 Au regard des différents éléments récoltés, la visite préopératoire se conclut en déterminant le degré de risque anesthésique (classe ASA et échelles de risque !).
 - 6 Finalement, un plan d'anesthésie adapté est proposé (mise en œuvre des moyens requis pour que la période périopératoire se passe dans les meilleures conditions). Ce plan inclus d'office la prise en charge de l'analgésie postopératoire. Il est expliqué au patient.
 - 7 L'information et le contact rassurant sont les maîtres-mots à toutes les étapes de la consultation préopératoire. Ces dispositions sont plus efficaces que toutes médications anxiolytiques.

Ne pas se conformer aux prescriptions sus-mentionnées équivaut à se mettre en défaut par rapport à la législation régissant la pratique de l'art de guérir en Belgique. Il faut également se souvenir que l'EPI fait l'objet d'une évaluation comme les autres prestations cliniques du MACCS.

Questions fréquemment posées :

- La mise au point incomplète ou douteuse : qui prévenir : attention, ici il s'agit d'une notion légale connue sous le terme de continuité des soins
 - 1 chirurgien
 - 2 médecin référent selon problème et/ou âge : voir liste
- Récupérer les examens prescrits ou réalisés ailleurs.



N° du FAX de l'EPI 02 7641786. Prendre contact soi-même avec le spécialiste ou l'hôpital ou faire prendre contact par le patient lui-même. Résumez dans l'EPI patient et scannez les résultats.

- Le patient diabétique en chirurgie ambulatoire. Ne doit évidemment pas prendre son insuline rapide du matin, ni tout traitement hypoglycémiant. Prend l'insuline lente prescrite la veille au soir, s'il y a lieu. Glycémie à l'arrivée du patient.
- Le patient pédiatrique en chirurgie ambulatoire. A discuter au cas par cas avec Dr Pirotte ou Prof. Veyckemans, si bébé < 3 mois, né à terme et si prématurité.
- Les échelles de risque !!! doivent être remplis. Si tout est négatif, un 0 en bas à droite est suffisant.
- Le polyhandicapé et le patient autiste (priorité !!!)
- Le type de chirurgie et le plan d'anesthésie et d'analgésie (voir bibles superviseurs).

Pour pouvoir travailler efficacement à l' EPI, il faut s'initier à la manipulation de 3 logiciels.

1. Avoir sa carte d'identification et son mot de passe personnel, ce qui permet à l'huissier d'ouvrir les sessions.
2. Ouvrir Médical Explorer au nom du patient.
3. Ouvrir Thot
4. Ouvrir UltraGenda (avec comme nom de connexion RDVEPI et mot de passe ASSISTANT). Vous ne parviendrez pas à ouvrir UltraGenda si une barre d'outils Yahoo a été installée sur l'ordinateur (Help-desk téléphone 3721)

UltraGenda.

Vérifiez que vous êtes à la date demandée.

Si vous avez les heures de passage du matin et de l'après-midi dans les 4 cabines, vous êtes sous l'onglet en bas à gauche « service ».

Il faut, pour retrouver le nom des patients, cliquez sur l'onglet « individuel », à côté de « service ».

D'office, les patients du matin (case supérieure 8H-12h souligné en rouge) de la première cabine s'afficheront. Une petite barre grise à droite de leur nom s'affiche quand le patient est présent dans la salle d'attente. Lorsque vous cliquez juste à côté de cette barre, apparaissent *les examens que vous demandez, l'état ASA du patient*, et, dans les notes assez souvent, l'intervention dont va bénéficier le patient. Tout doit être validé à la sortie du cabinet de consultation. **Si vous ne le faites pas, le patient ne peut rentrer dans aucune**



statistique et n'est pas venu en consultation. Vous devez donc effectuer cette démarche. Vérifiez régulièrement si vous avez clôturé la visite de vos patients. Pour les patients de l'après-midi, il faut chaque fois cliquer dans l'onglet supérieur à droite (13h-15h40). Cette procédure est valable pour la cabine A et pour toutes les autres cabines (menu déroulant sous l'intitulé Agenda).

Thot.

Vous cliquez sur « nouveau document » (7^{ème} icône à partir de la gauche), sauf si le patient est déjà venu en consultation d'anesthésie (voir plus loin).

Une fenêtre s'ouvre avec EPIFormulaire comme choix. Cliquez sur ce choix, puis sur « suivant ».

Une autre fenêtre apparaît avec l'identification du patient (son numéro de consultation en haut à gauche de son badge suffit, soit en bas à droite s'il s'agit d'un badge blanc d'hospitalisé).

Son nom et son adresse apparaissent. Faites « suivant » ou cliquez 2X dessus.

Vous avez l'identification complète du patient. Cliquez sur « suivant ».

Il apparaît alors 2 zones de signatures qui **DOIVENT** être remplies. Choisissez par le menu déroulant votre nom en tant qu'assistant (s'il n'est pas dans la liste, dites le au superviseur qui pourra, grâce à la « Gestion des Droits » dans le menu « Fichier » vous y incorporer).

Les noms des signataires doivent se retrouver dans le cadre du dessus. Si ce n'est pas le cas, effacer les signataires par la gomme stylisée, choisissez à nouveau dans le menu déroulant, tapez sur « enter » du clavier, puis sur « suivant ».

La date de la lettre et la date de l'évènement (la consultation) doivent correspondre. La date de l'opération doit être inscrite dans la case QO. Tout ce qui est inscrit dans les propriétés du document est recopiée automatiquement dans le formulaire. Cliquez sur terminer.

Vous voilà en face du formulaire EPI à remplir.

Tout ce qui est important à vos yeux peut y être ajouté.

N'oubliez pas d'enregistrer systématiquement et régulièrement (en appuyant sur la disquette stylisée en haut à gauche), des pannes informatiques peuvent encore survenir. Fermer le document quand vous ne l'utilisez plus en cliquant sur la croix en haut à droite. Ne pas entrer dans un document où un message « le document est déjà ouvert par... » apparaît, vous risquez de tout perdre. Cliquez sur annuler.

Si un patient s'est déjà présenté à l'EPI, nous pouvons retrouver son document, le copier, changer aux niveaux des « propriétés » (clic supérieur, à gauche des flèches, au niveau du document lui-même) les noms des signataires et les dates des évènements et de l'opération. Pour ce faire, cliquons sur la tête stylisée. Introduisons l'identification du patient. Cherchons dans « tout » (menu déroulant mis par défaut sur « non validé ») avec la loupe (5^{ème} icône à



partir de la gauche. Si le patient est venu, une consultation apparaît. Sélectionnons la par un clic de souris, elle apparaît alors sous fond bleu. Allons sur la 10^{ème} icône « copier document ». Après quelques secondes apparaît la copie du document, déjà surlignée de bleu. Cliquons 2X dessus. Nous ouvrons le document en tout point semblable à l'original. Il faut changer les « propriétés » du document. Cliquons sur « propriétés », puis sur l'onglet « signataire », où, grâce à la petite icône « gomme », nous effaçons les anciens signataires et nous rajoutons, comme d'habitude, le nom de l'assistant et du superviseur par les menus déroulants. A présent, allons dans l'onglet « titre » et vérifions les dates, la date de la lettre et de l'événement qui doivent être les mêmes et la date de l'opération (QO).

Le document est prêt à être rempli et complété.

N'oubliez pas d'enregistrer fréquemment et de refermer les documents qui ne sont plus actifs. Cela vous empêchera probablement de vous trouver devant une page vide, après l'avoir pourtant bien remplie.

Vérifiez bien après avoir rempli votre questionnaire, et l'avoir enregistré, que tout ce qui est important se trouve dans le document... (motif de l'opération, date opératoire, noms des signataires).

Listes des superviseurs

- Actuellement, pour la pédiatrie (<15 ans)
- Le Prof. Veyckemans
- Le Prof. Pendeville
- Le Dr Pirotte

EPI 27-11-06



Liste des superviseurs

- La liste est tenue à jour.
- Quelques grands principes:
 - ➔ le Prof De Kock et Dr F. Lois pour la chir colorectale et oeso gastrique
 - ➔ le Prof Carlier pour la chirurgie hépatique
 - ➔ le Prof. Scholtes pour l'urologie
 - ➔ le Dr B. Bruil pour l'orthopédie
 - ➔ le Dr Docquier pour la neuro-chirurgie ou le Dr Van Boven (et l'ORL)
 - ➔ le Dr Gouverneur et Dr Kremer pour la gynéco et l'ophtalmo
- En cas de congé, il faut indiquer un autre superviseur

EPI 27-11-06

Une anesthésie ne peut être pratiquée chez un enfant de moins de 18 ans, sans l'autorisation écrite *des* parents, du tuteur légal ou de la personne physique ou morale qui a reçu mandat écrit des parents.

Un engagement écrit doit être également signé pour tout acte réalisé en ambulatoire (impératif de jeûne, accompagnement pour le retour à domicile et pour la première nuit postopératoire). Les patients opérés en chirurgie de jour qui ne peuvent rentrer chez eux le jour même pour des raisons autres que médicales (personne n'est disponible pour les raccompagner à leur domicile, ils habitent loin de l'hôpital et doivent passer une visite de contrôle le lendemain de l'intervention ou ils vivent seuls et leur état, bien que satisfaisant, nécessite l'assistance d'un proche pendant 24 heures) pourront désormais loger à deux pas de l'hôpital sous surveillance. Ils seront pris en charge à la maison d'accueil *Le Roseau*, qui remplace en quelque sorte l'« adulte responsable » qui aurait dû être présent au domicile du patient.



Université catholique de Louvain

Cliniques universitaires Saint-Luc
association sans but lucratif

SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE
Professeur M. DE KOCK



Examens complémentaires

Ils dépendent de la classification ASA du patient et du type de chirurgie programmée.

Classification de l'ASA (American Society of Anesthesia)

Classification *systématique* du patient en fonction des risques anesthésiques :

- ASA I : aucune anomalie systémique
- ASA II : maladie systémique non invalidante
- ASA III : maladie systémique invalidant les fonctions vitales
- ASA IV : maladie systémique sévère avec menace vitale permanente
- ASA V : moribond.
- II : une pathologie traitée et équilibrée, exemple = HTA traitée et équilibrée
- III : exemple = HTA déséquilibrée avec insuffisance coronarienne et risque d'OAP, ou diabète insulino-requérant
- IV : exemple = dialyse rénale, risque +++ entre chaque dialyse.

Explorations et examens complémentaires

Coagulation : si problème biper le Prof. Hermans (1785) ou Dr Lambert (1740)

Pr Ph. BAELE, Dr B. BRUI, Pr M. CARLIER, Pr M. DE KOCK, Dr M.-A. DOCQUIER, Pr J.-M. GOUVERNEUR, Dr Y. KREMER, Pr P. LAVAND'HOMME, Dr B. le POLAIN, Dr F. LOIS, Dr A. MATTA, Dr M. MOMENI, Dr Ph. PENDEVILLE, Dr Th. PIROTTE, Dr M.-Th. RENNOTTE, Dr F. ROELANTS, Pr J.-L. SCHOLTES, Dr M. SCHREINER, Dr M. VAN BOVEN, Dr M. VAN DYCK, Pr Fr. VEYCKEMANS, Dr Ch. WATREMEZ

Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
Tél. central : (02) 764.11.11

www.saintluc.be
www.virtanes.be

Tél. secrétariat : (02) 764.18.21
Fax : (02) 764.36.99
e-mail secrétariat :
nicole.deminne@clin.ucl.ac.be



Traitement par AVK et geste invasif

- Risque hémorragique faible
 - Extraction dentaire, biopsie cutanée
 - Pas de prise AVK la veille (sintrom)
- Risque hémorragique élevé
 - Geste invasif
 - Bridging AVK - HBPM

Relai AVK – HBPM (Clexane)

Timing	Anticoagulation	Recommandations
J-4	Dernière dose AVK	
J-3 à J-2	Start HBPM	1 mg/kg 2x/j (matin et soir) : risque thrombotique élevé (valve mécanique) 1 mg/kg 1 x/j (matin) : risque thrombotique faible (TVP ancienne, FA non compliquée)
J-1	HBPM	Dernière injection (délai de 12 h si dose faible et délai de 24 h si full dose)
J-0		Restart HBPM le soir
J+1	HBPM + AVK	Stop HBPM quand INR thérapeutique



Circulation 2007 Feb 13 ; 115 : 813-8

1. Une thérapie antiplaquettaire double associant aspirine et une thienopyridine (clopidogrel) réduit les complications cardiaques après mise en place de stent coronaire.
2. L'arrêt prématuré de ces médicaments augmentent fortement le risque de thrombose du stent (associé à des évènements cliniques, comme l'infarctus myocardique et le décès).
3. Un minimum de 12 mois de thérapie antiplaquettaire double est nécessaire après placement d'un stent pharmaco-actif.
4. La chirurgie électorale avec risque hémorragique significatif doit être post-posée jusqu'à ce que un traitement approprié (double anti-plaquettaire) ait pu être achevé (1 mois pour les stents nus et 12 mois pour les stents actifs).
5. Lorsque on choisit le type de stent, il faut considérer la possibilité d'un traitement antiplaquettaire double prolongé, et le besoin futur de procédures invasives.
6. Le patient (ou les médecins qui en ont la charge) devrait consulter le cardiologue du patient avant d'arrêter la thérapeutique double.

Donc il faut toujours se demander si on ne peut opérer sous aspirine. Sinon, il faut l'arrêter un minimum de temps (5 jours).

Pour le Plavix (clopidogrel), il faut l'arrêter, *si l'on peut*, 5 jours avant.

Le traitement substitutif par HBPM n'est pas validé.



Anamnèse spécifiquement orientée sur l'hémostase

- Saignements post-op ou post trauma (amygdales, végétations, extractions dentaires, biopsies, accouchements, circoncision, coupures,...)
- Epistaxis nécessitant un tamponnement chirurgical
- Ménorragies
- Ecchymoses
- Gingivorragies
- Anémie
- Hématurie
- Ponctions veineuses saignant plus de 15' après le pansement
- **Antécédents familiaux**

EPI 27-11-06

Interventions à « risque hémorragique »

- **ORL**: oreille moy et int (tympoplastie, neurinome du VIII
Adénoïdectomie, amygdalectomie)
- **Ortho**: arthroplastie (hanche, genou, épaule), rachis (plusieurs niv)
- **Onc**: tumeurs osseuses, musculaires, cervico-faciales, uro, digestives, gynéco
- **Digestive/endocrino**: foie, pancréas, thyroïde
- **Uro**: circoncision
- **Neurochirurgie**.
- **Plastique/vasculaire**.

EPI 27-11-06



Quel examen complémentaire? coag pour un enfant

- ❑ Anamnèse personnelle et/ou familiale négative
 - ❑ Enfant de moins de 2 ans: cofo, TP (INR), TCA, Fg
 - ❑ Enfant de plus de 2 ans
 - Bilan antérieur normal, pas de maladie intercurrente STOP
 - Bilan inexistant
 - Chirurgie « sans risque » STOP
- ❑ Anamnèse positive ou chirurgie « à risque » avec bilan inexistant
 - ❑ Faire Cofo, TCA, INR, Fg, (sera demandé par le labo si anomalies PFA-100, TLE, groupe sanguin)

EPI 27-11-06

Quel examen complémentaire?

- Tests de coagulation si
 - thérapie anti-coagulante
 - intervention vasculaire
 - procédure CV, digestive lourde, neuro, uro
 - et si...

EPI 27-11-06



Université catholique de Louvain

Cliniques universitaires Saint-Luc

association sans but lucratif

SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE
Professeur M. DE KOCK



Quel examen complémentaire? coag

- Maladies associées à un saignement potentiel:
 - rénale
 - pré-éclampsie
 - vasculaire ou trauma majeur
 - lupus érythémateux systémique
 - hépatique
 - malnutrition
 - malabsorption

EPI 27-11-06

Une consultation « on line » ou différée (1740) est possible si doute hémorragique.

Pr Ph. BAELE, Dr B. BRUI, Pr M. CARLIER, Pr M. DE KOCK, Dr M.-A. DOCQUIER, Pr J.-M. GOUVERNEUR, Dr Y. KREMER, Pr P. LAVAND'HOMME, Dr B. le POLAIN, Dr F. LOIS, Dr A. MATTA, Dr M. MOMENI, Dr Ph. PENDEVILLE, Dr Th. PIROTTE, Dr M.-Th. RENNOTTE, Dr F. ROELANTS, Pr J.-L. SCHOLTES, Dr M. SCHREINER, Dr M. VAN BOVEN, Dr M. VAN DYCK, Pr Fr. VEYCKEMANS, Dr Ch. WATREMEZ

Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
Tél. central : (02) 764.11.11

www.saintluc.be
www.virtanes.be

Tél. secrétariat : (02) 764.18.21
Fax : (02) 764.36.99
e-mail secrétariat :
nicole.deminne@clin.ucl.ac.be



Problèmes d'allergie :

Les allergies au Latex

- Soit une allergie est démontrée auquel cas il faut prévenir le chirurgien pour changer l'ordre du programme.
- Soit elle est suspectée, auquel cas il faut la documenter. Biper le Dr Pirson (2801) (pneumologue allergologue), soit le Dr Tennstedt (dermatologue) et prendre RV

EPI 27-11-06

Pour tous les problèmes d'allergie grave, il faut demander un avis. Il faut prévoir une quinzaine de jours pour obtenir les résultats.



Les suspicions de SAS (syndrome d'apnées du sommeil)

En cas de doute sur un SAS

- Si le patient n'habite pas trop loin, une oxymétrie nocturne est à sa disposition
- Faire le bip du Dr Delguste (8074)(U73) qui lui remettra l'appareil, lui expliquera comment il fonctionne. Noter le dans le cahier prévu. Cahier rouge
- Le patient lui remettra le lendemain
- Le tracé apparaîtra dans *Médical Explorer*

EPI 27-11-06

Sinon le patient fera une polysomnographie dans l'hôpital près de chez lui.

En cas de forte suspicion, contacter le pneumologue le Prof Rodenstein (88-2886) ou le Dr Liistro (88-2843)



Le SAS est suspecté devant un ronflement important, irrégulier, une somnolence diurne excessive et une fatigue chronique associées parfois à une irritabilité ou un syndrome dépressif. Le score clinique est basé sur une HTA (F1) (+4), des apnées observées par l'entourage (F2) (+3), des ronflements (F3) (+3), et la circonférence du cou corrigée en fonction de ces éléments. Si $CC_{cm} + (F1+F2+F3) < 43$: peu de risques, si 43 à 48 : 4 à 8 X plus de risques ; >48 : 20X plus de risques

Quel examen complémentaire ?

- La RX thorax si
 - asthme ou BPCO débilitant ou présence d'un épisode aigu dans les 6 mois ou changements des symptômes
 - procédures cardio-thoraciques
 - en fonction de l'intervention si > 60 ans
 - masse cervicale enfant ado adulte nécessaire car lymphome ? Hodgkin ? Infection ?

EPI 27-11-06



Université catholique de Louvain

Cliniques universitaires Saint-Luc

association sans but lucratif

SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE
Professeur M. DE KOCK



Quel(s) examen(s) complémentaire(s)?

- L'ECG si:
 - âge > 50 ans (femme 55 ans)
 - maladie cardio-vasculaire significative
 - âge > 40 si diabète
 - maladie rénale
 - autres problèmes majeurs métaboliques
 - niveau de procédure chirurgicale (CV, digestive, thoracique, neuro, uro)

EPI 27-11-06

Pr Ph. BAELE, Dr B. BRUI, Pr M. CARLIER, Pr M. DE KOCK, Dr M.-A. DOCQUIER, Pr J.-M. GOUVERNEUR, Dr Y. KREMER, Pr P. LAVAND'HOMME, Dr B. le POLAIN, Dr F. LOIS, Dr A. MATTA, Dr M. MOMENI, Dr Ph. PENDEVILLE, Dr Th. PIROTTE, Dr M.-Th. RENNOTTE, Dr F. ROELANTS, Pr J.-L. SCHOLTES, Dr M. SCHREINER, Dr M. VAN BOVEN, Dr M. VAN DYCK, Pr Fr. VEYCKEMANS, Dr Ch. WATREMEZ

Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
Tél. central : (02) 764.11.11

www.saintluc.be
www.virtanes.be

Tél. secrétariat : (02) 764.18.21
Fax : (02) 764.36.99
e-mail secrétariat :
nicole.deminne@clin.ucl.ac.be



Quel examen complémentaire?

- Formule complète sanguine (cofo) si:
 - maladie hématologique
 - intervention vasculaire
 - chimiothérapie
 - procédure potentiellement hémorragique
 - anamnèse d'anémie

EPI 27-11-06

Quel examen complémentaire?

- Chimie (électrolytes) si:
 - maladie rénale
 - dysfonctionnement thyroïdien ou surrénalien
 - diurétiques
 - chimiothérapie

EPI 27-11-06



Quel examen complémentaire?

- Pas de bilan hépatique chez un patient asymptomatique.

EPI 27-11-06

Fonction rénale

- Créatinine si > 70 ans
- Ou si médicaments ou maladies avec atteintes rénales potentielles

EPI 27-11-06



Université catholique de Louvain

Cliniques universitaires Saint-Luc

association sans but lucratif

SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE
Professeur M. DE KOCK



Quel examen complémentaire ?

- Analyses urinaires si:
 - intervention génito-urinaire
 - infection urinaire récente

EPI 27-11-06

Pr Ph. BAELE, Dr B. BRUI, Pr M. CARLIER, Pr M. DE KOCK, Dr M.-A. DOCQUIER, Pr J.-M. GOUVERNEUR, Dr Y. KREMER, Pr P. LAVAND'HOMME, Dr B. le POLAIN, Dr F. LOIS, Dr A. MATTA, Dr M. MOMENI, Dr Ph. PENDEVILLE, Dr Th. PIROTTE, Dr M.-Th. RENNOTTE, Dr F. ROELANTS, Pr J.-L. SCHOLTES, Dr M. SCHREINER, Dr M. VAN BOVEN, Dr M. VAN DYCK, Pr Fr. VEYCKEMANS, Dr Ch. WATREMEZ

Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
Tél. central : (02) 764.11.11

www.saintluc.be
www.virtanes.be

Tél. secrétariat : (02) 764.18.21
Fax : (02) 764.36.99
e-mail secrétariat :
nicole.deminne@clin.ucl.ac.be



Université catholique de Louvain

Cliniques universitaires Saint-Luc
association sans but lucratif



SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE
Professeur M. DE KOCK

Jeûne

- Solides ou lait: 6h
- Lait maternel: 4h
- Liquides « clairs », sucrés si possible: 2h

EPI 27-11-06

Pr Ph. BAELE, Dr B. BRUI, Pr M. CARLIER, Pr M. DE KOCK, Dr M.-A. DOCQUIER, Pr J.-M. GOUVERNEUR, Dr Y. KREMER, Pr P. LAVAND'HOMME, Dr B. le POLAIN, Dr F. LOIS, Dr A. MATTA, Dr M. MOMENI, Dr Ph. PENDEVILLE, Dr Th. PIROTTE, Dr M.-Th. RENNOTTE, Dr F. ROELANTS, Pr J.-L. SCHOLTES, Dr M. SCHREINER, Dr M. VAN BOVEN, Dr M. VAN DYCK, Pr Fr. VEYCKEMANS, Dr Ch. WATREMEZ

Avenue Hippocrate, 10
1200 Bruxelles
Tél. central : (02) 764.11.11

www.saintluc.be
www.virtanes.be

Tél. secrétariat : (02) 764.18.21
Fax : (02) 764.36.99
e-mail secrétariat :
nicole.deminne@clin.ucl.ac.be



Médicaments (1)

- Continuer les β -bloquants, les α_2 agonistes, la L Dopa, les antirétroviraux, la digitale, les anti-HTA jusqu'au moment de l'intervention
- Interrompre les diurétiques, les IEC (les A SRA), les IMAO A et B, les anti-dépresseurs la veille
- Interrompre les AINS 24h avant (cela dépend de leur 1/2 vie)
- Arrêter les anorexigènes 3 j avant
- Interrompre l'aspirine si balance risque/bénéfice..., ticlopidine, clopidrogel, : 5 jours
- Ne jamais interrompre une corticothérapie au long court
- Ne pas vouloir sevrer le patient de l'alcool (cela ne sert à rien)

EPI 27-11-06

Médicaments (2)

- Ne pas interrompre les inhibiteurs de la HMG CoA réductase (statines) effet rebond
- N'interrompre la metformine que 24 h avant l'intervention si il n'y a pas d'IRénale
- Arrêter le Sintrom 3 jours avant et prendre le relais par une HBPM, à stopper 12h ou 24h avant l'intervention, selon l'usage du Sintrom
- Arrêter la phytothérapie 1 semaine avant minimum

EPI 27-11-06



Prédicteurs cliniques d'évènements cardio-vasculaires péri-opératoires

- mineurs:
 - Âge
 - Anomalies à l'ECG (HVG, BBG, anomalies ST-T)
 - Rythme autre que sinusal (FA)
 - Mauvaise tolérance à l'exercice (1 volée d'escaliers avec un sac de vivres)
 - Anamnèse d' AVC
 - Hypertension systémique non contrôlée
- intermédiaires:
 - Angor « moyen »
 - Infarctus du myocarde ancien (ou ondes Q)
 - Décompensation cardiaque stabilisée ou antécédents
 - diabète
- majeurs:
 - Syndromes coronariens instables ou infarctus de < 30 j
 - Décompensation cardiaque
 - Arythmies sévères
 - Maladies valvulaires sévères

EPI 27-11-06

Risque cardiaque lié aux interventions

- Risque cardiaque élevé (> 5 %)
 - Chir. urg. surtout si âgé
 - Aorte et vaisseaux périphériques
 - Chir. longue avec shifts liquidiens importants
- Risque moyen (< 5 %)
 - Carotides
 - Cou et nuque
 - Laparotomies, thoracotomies
 - Ortho majeure
 - prostate
- Risque faible (< 1 %)
 - Endoscopie
 - Surface
 - Cataracte
 - sein

EPI 27-11-06



Stratégies de réduction des risques pulmonaires

□ Pré-op

- Cesser de fumer 8 semaines avant
- Traiter l'obstruction pulmonaire chez l'asthmatique ou le BPCO
- Antibiotiques et report de la chirurgie si infection respiratoire
- Commencer l'éducation sur les manoeuvres de recrutement

□ Per-op

- Limitation de la durée de la chirurgie à < 3 h.
- Anesthésie rachidienne ou péridurale
- Monitoring de la curarisation
- Procédures laparoscopiques si possible
- moins ambitieuses procédures quand c'est possible

□ Post-op

- Incentive spirométrie
- CPAP
- Péridurale ou blocs intercostaux

EPI 27-11-06

Il faut profiter de l'intervention pour motiver le patient d'arrêter de fumer, même si c'est seulement quelques jours avant.

En cas d'un doute, quelque'il soit, biper le superviseur et consulter la bible de la spécialité.