Il est OBLIGATOIRE d'avoir une adresse mail (et de vider régulièrement sa boîte aux lettres). C'est le seul moyen de communication utilisé dans le service.
Des ordinateurs sont à votre disposition dans la bibliothèque du service. Des portables vous sont proposés à prix modiques via la Faculté de Médecine.

L'ensemble de votre formation est supervisée par un maître de stages coordinateur.

Le Professeur De Kock est disponible pour tous les MACCS en temps que maître de stage coordinateur.

Absences

1. Trois semaines par semestre : 2 semaines de vacances + soit une semaine de congrès, soit une semaine de remplacement. Pour les 4e et 5e années, possibilité de prendre une semaine d'étude pour le ministériel (comprise dans les 3 semaines).
2. Congés du Numerus clausus : 5 jours supplémentaires (pour l'ensemble de la formation) peuvent être pris soit en une fois, soit morcelés.
3. Maximum 5 MACCS par semaine : - juniors + seniors
   - tous groupes confondus.
4. Pas d'absence pendant la période POPS – MAT.
5. Deux semaines consécutives maximum
6. Un seul senior par groupe.
7. Un seul junior par groupe
   Exceptions : congrès – juillet et août en fonction de la fermeture des salles.
8. Les absences se prennent du lundi au vendredi.
9. Les reports d'un semestre à l'autre ne sont pas autorisés.
10. Les absences pour remplacement, congrès, études, sont soumises à autorisation préalable du chef de service.

Congé de paternité : 11 jours : 4 payés par les Cliniques, 7 par la mutuelle.

Congé de maternité (! **FAITES PART DE VOTRE GROSSESSE LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE AU MAITRE DE STAGE COORDINATEUR).**

15 semaines d'absence dont 1 obligatoirement avant l'accouchement. Une maternité n'entraînera pas d'allongement de la période de formation. Toute absence supplémentaire entraînera cependant un allongement compensatoire, même s'il s'agit d'un second congé de maternité.

Un congé de maternité peut être raccourci volontairement par l'assistante mais ne pourra jamais être inférieur à 9 semaines.

Une femme enceinte ne sera pas de garde interne après la 20e semaine de grossesse.

Les absences prolongées pour grossesse compliquée font l'objet de l'intervention du Fonds des Maladies Professionnelles.

Congé d'allaitement (! **AVERTISSEZ LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE LE MAITRE DE STAGE COORDINATEUR)**.

Dépend d'un suivi par la médecine du travail (CESI). Toutes les absences au-delà des quinze semaines pour maternité ou autre raison de santé entraînent une prolongation de la durée de formation.

Le jour du retour de congé de maternité ou d'allaitement, l'assistante doit envoyer un courrier à la Commission d'Agrément du Ministère de la Santé, avec copie au maître de stages coordinateur et au maître de stages local, signalant les dates de début et de fin de l'absence. La même règle s'applique aux absences de longue durée pour raison de santé ou pour toute autre raison.

Déménagement : 1 jour par an maximum (signalez votre changement d'adresse à la DRH, au Ministère et au secrétariat d'anesthésiologie).

Maladie : prévenir par mail les Prs Carlier, De Kock et le Dr Pendeville ou par téléphone le Pr De Kock (1888) et pour les cardiaques, le Dr Matta (1886). Toute absence pour raison de santé fera l'objet d'un certificat médical si elle excède 24 heures. Les certificats seront apportés/envoyés au secrétariat d'anesthésiologie, qui les fera suivre au service du personnel.

Mariage : 4 jours d'absence.

Décès d'un proche (parent au 1er degré) : 3 jours d'absence.

Responsabilité Professionnelle

Tous les MACCS sous contrat d'emploi dans le cadre de leur formation à l'UCL sont automatiquement couverts sur le plan de la responsabilité professionnelle pour toutes les activités prestées au sein des Cliniques St-Luc et des cliniques où s'effectuent les rotations de stage. Cette couverture s'étend aux prestations effectuées dans le cadre d'activités extra muros comme les SAMU et aux interventions qu'on pourrait être amené à effectuer ailleurs, c'est-à-dire lorsque l'urgence le justifie (réanimation en bord de route, par exemple). La couverture peut être étendue à d'autres activités telles que brèves missions à l'étranger ou remplacements **moyennant l'accord écrit du Maître de stages coordinateur**.
Toute demande de remplacement sera adressée au Pr M. Carlier, qui l'encodera dans le programme des absences (réalisation du programme opératoire). Il est à noter cependant que le n° provisoire INAMI qui est attribué aux MACCS n'est valide que pour justifier du remboursement d'actes pratiqués dans les hôpitaux mentionnés sur leur plan de stages et pour les périodes mentionnées.

Accidents du travail ou sur le chemin du travail

Les MACCS victimes d'un accident de travail ou survenant sur le trajet de leur endroit de stages sont couverts par une assurance.
Les piqûres ou toute autre forme de contamination accidentelle par le sang d'un patient porteur d'une maladie virale ou par du matériel souillé sont des accidents de travail.

La procédure est :
* de se rendre immédiatement aux Service des Urgences, habilité à assurer la prise en charge médicale immédiate de ces cas
* d'effectuer la déclaration initiale *endéans les 48 heures* auprès du Service des Assurances des Cliniques Universitaires Saint-Luc (Monsieur MONTULET, tél. 1535).

Horaires

Les patients sont mis sur table à 07 h 45. Dans tous les cas, le MACCS sera arrivé en salle suffisamment tôt pour préparer et vérifier tous les éléments avant la mise sur table du patient. Sauf accord préalable et contraire, les patients adultes sont mis sur table, équipés (ECG, SpO_2, intraveineuse, tension artérielle) et oxygénés par le MACCS mais aucune drogue ne sera injectée avant l'arrivée du superviseur. Pour les enfants, le superviseur sera présent dès la mise sur table.

Il n'est pas permis de remplacer ou de faire remplacer un assistant par un autre sans obtenir au préalable l'autorisation du superviseur de salle. On veillera particulièrement à ne désigner pour un remplacement qu'un assistant ayant déjà l'expérience du type de chirurgie en cours.

Système de garde

F. VEYCKEMANS

1. Le jour

- L'appel pour une urgence arrive en principe au 1020 ; il peut également parvenir directement au superviseur référent pour le secteur concerné qui prévient le 1020.
- 1ère étape : prévenir le superviseur 1 du jour de chaque urgence : il/elle s'organise avec le superviseur référent et le 1020 pour la prise en charge concrète de cette urgence (qui fait quoi et où ?).
- La prise en charge des urgences doit se faire en bonne intelligence avec les infirmières responsables.
- Les 3 superviseurs de garde doivent être présents dans le QO.
- Les 3 superviseurs de garde portent le bip ARCA.
- Il faut utiliser la feuille de route élaborée par le Dr Docquier car elle mentionne l'heure de l'appel, qui appelle, le degré d'urgence, les délais, etc… ; ce document facilite la transmission des données et évite les oublis malencontreux ; de plus, il sera conservé et servira de base concrète pour le debriefing, pour une discussion en cas de récrimination d'une équipe et pour l'audit du POPS (nombre d'appels de nuit et pourquoi). Le senior remplira également, à l'occasion du debriefing, le carnet de garde du staff-room.
- Le superviseur de 2ème ligne aide le superviseur de 1ère ligne : prise en charge d'urgences ou de problèmes de VC quand le superviseur 1 est déjà occupé avec un cas difficile ou une autre urgence; remplacement du superviseur 1 en cas de problème (maladie p ex).
- Les superviseurs généraux de 1ère et 2ème lignes reprennent les salles électives entre 17 h 30 et 18 h 30.
- Les superviseurs généraux de 1ère et 2ème lignes assurent la revue des feuilles d'examen préopératoire (tâche qui deviendra de moins en moins lourde au fur et à mesure de l'amélioration de l'EPI et du fonctionnement du superviseur référent).
- En cas d'absence temporaire d'un superviseur durant la journée (cours, réunion, etc…), celui-ci s'organise avec un autre superviseur de son secteur.

2. La nuit –le WE

Application stricte des critères de rappel contenus dans la bible des assistants, c'est-à-dire que le superviseur établit clairement avec le senior de garde de quoi il veut être prévenu et quel est son délai de retour en cas d'urgence vitale. Les critères de rappel dépendent donc :

- de la fiabilité et de l'expérience du senior
- de l'équipe (juniors) qui l'entoure (critères plus stricts en septembre-octobre et mars-avril).

3. Debriefing : le matin, entre 7 h 15 et 7 h 30, par le Pr Veyckemans ou le Dr Docquier (superviseurs référents de la garde). Seront évalués :

- le nombre de cas
- les incidents
- les retards
- la durée des cas
- les problèmes relationnels rencontrés (rappel de garde, de superviseur…)
- les anomalies : problèmes de POPS, inductions nocturnes à la maternité.

Gardes rémunérées

Les 9554, 9555 et 1020 sont repris directement sur le tableau du mois. Pour les tardifs, un formulaire est disponible au secrétariat. Vous êtes rémunérés en semaine à partir de 19 h, à condition qu'il y ait 2 h consécutives (si vous travaillez jusque 20 h 30, inutile de remplir un formulaire). WE et jours fériés : vous êtes rémunérés également le jour.
Le POPS doit remplir un formulaire par samedi et un par dimanche et jour férié.

Voies centrales

F. VEYCKEMANS

Constats :

- la pose des VC est un service que nous rendons aux patients et à des collègues
- la pose des VC est une des vitrines du service sur l'extérieur, comme la visite préop, l'accueil, la salle de réveil, le POPS…
- la morbidité des VC (incidents, infections…) est un index de qualité des soins : nous ne maîtrisons pas encore ces données
- problèmes connus :
  - mauvaises indications de pose ou de changement
  - VC reportées de jour en jour
  - non-information des patients
  - douleur des patients lors de la pose
  - banalisation de la VC aux étages (pansements, etc..).

Axes d'actions proposés :

- Formation des assistants :
  - aspects techniques : le superviseur 1 ou 2 du jour doit être disponible pour le teaching (pas seulement trouver la veine mais : faire la locale, bien fixer le KT, réaliser un pansement confortable)
  - aspects humains : pas plus de 4 essais et pas de changement de site sans prévenir le superviseur 1 ou 2 ; essayer de prendre en compte les demandes de sédation
  - aspects diplomatiques : en cas de problème d'indication ou de report, le superviseur de garde ou le superviseur référent des VC (FV ou MAD) doit être prévenu.

- Information des patients : un feuillet d'information des parents est en cours de rédaction ; on peut l'adapter pour l'adulte : c'est quoi, comment on l'enlève, précautions (douche, sommeil, etc..).

- Epidémiologie et audit : l'informatisation des 3 volets de la feuille de VC (demande, pose, retrait) est réalisée (R. Collard) et est testée au 53-54 avant d'être mise en circulation. Cela fournira une information on line sur le nombre de VC, le taux d'infection et de complications, etc… Donc, une surveillance mensuelle des tendances sera possible en collaboration avec l'hygiène hospitalière.

Examen préopératoire :

PAS D'ANESTHESIE SANS EVALUATION PREOPERATOIRE CORRECTE !!!
Le but est d'établir un plan d'anesthésie et de suivi postopératoire (analgésie, soins intensifs, etc.) le mieux adapté possible en fonction de l'état physiologique du patient et du type d'intervention proposé. En discuter avec le superviseur référent ou le superviseur de garde au moindre doute. Si pas possible, contacter le superviseur responsable de la salle le matin de l'intervention, avant de mettre le patient sur table (sujet à développer davantage bien sûr…).

Check du matériel de la salle avant d'y faire entrer le patient :

- Vérification du respirateur : étanchéité du circuit, oxygène pur, mode de fonctionnement manuel et automatique, position des valves, purge d'oxygène, préréglages de la fréquence, du volume et/ou de la pression d'insufflation. Si respirateur inconnu (et cela arrivera certainement), appel superviseur. Il est strictement interdit de toucher un respirateur dont on ne maîtrise pas le fonctionnement.

- Vérification de l'aspiration. Elle doit être propre et en ordre de marche en moins de quelques secondes.

- Vérification de la présence d'un ballon respiratoire Ambu et d'une source d'O_2, seuls « parachutes » en cas de panne de respirateur.

- Vérification des différents moyens de monitoring :
    - SPO_2
    - NIBP avec manchette de taille adaptée
    - FIO_2 circuit respiratoire
    - Capnographe branché sur filtre respiratoire neuf avec masque de taille adaptée
    - Analyseur d'halogénés et niveau des vaporisateurs. Sélectionner l'halogéné prévu sur le monitoring si pas de détection automatique.
    - ECG 3 ou 5 dérivations.
    - Si artérielle, la connecter au monitoring avec le zéro réalisé (idem pour autre mesure de pression intravasculaire (PVC, PAP).

- Vérification des perfusions :
    - Correctement purgées
    - Robinet(s) correctement positionné(s)
    - Cathéters de perfusion prêts avec locale de peau.

- Vérification des drogues d'induction :
    - Seringues et dilutions standard pour tout le Q.O. sauf autrement spécifié.
    - Chaque seringue doit être clairement identifiable, sinon poubelle !
    - Drogues d'urgence obligatoires en salle : myoplégine, adrénaline.

- Vérification du matériel d'intubation :
    - Laryngoscope de taille adaptée avec éclairage éblouissant et non intermittent, sinon appel technicien avant de continuer.
    - Tube(s) endotrachéal(aux) ou masque(s) laryngé(s) de taille(s) adaptée(s).
    - Locale de glotte si souhaitée avec aiguille de Steinert et seringue Luer-lock (adultes).
    - Canules oropharyngées de tailles adaptées.
    - Sparadraps (et biting blocks si masque laryngé).

- Contrôle du type de table opératoire et de sa position en fonction du type de chirurgie programmée. Appel superviseur et/ou aide de salle en cas de doute !!!

- Réduire la luminosité et le niveau sonore de la salle avant d'y faire entrer le patient dans le calme et la sérénité, avec la collaboration des infirmières.

<u>Accueil du patient avant son admission en salle</u> :

- Présentez-vous aimablement (psychologiquement très important et rassurant pour le patient).
- Contrôle d'identité (bracelet, badge sur formulaires de salle, « Etes-vous bien un(e) tel(le) ? »
- Type de chirurgie ?
- Identité du chirurgien ?
- Côté de l'intervention ?
- Contrôle de l'état de jeûne
- STOP AU MOINDRE DOUTE !!! et appel superviseur.

<u>Installation du patient sur la table</u> :

- Ambiance feutrée.
- Couverture chaude.
- Expliquez brièvement au patient tout ce que vous faites et pourquoi.
- ECG.
- NIBP.
- SPO_2.
- Garrot veineux du côté le mieux adapté pour poser la voie veineuse.
- En cas d'accès veineux difficile, ne pas s'acharner pour laisser une chance au superviseur (averti à temps bien sûr !) d'éviter au patient une séance de «tauromachie» !!!
- Contrôle de la perméabilité et fixation de la voie veineuse.
- Préoxygénation si AG.

Pr J.M. Gouverneur
Décembre 04

ARRÊT CIRCULATOIRE EN SALLE D'OPERATION

1. Appel à l'aide de superviseurs et/ou de collègues (BOUTON ARCA).

2. Avertir le chirurgien de la situation. Donc stop chirurgie !

3. O_2 100 % et vérifier l'efficacité de la ventilation (capno, pressions, connections, SpO_2).

4. Stop agents anesthésiques.

5. Débuter le massage cardiaque externe (anesthésiste ou chirurgien).

   Fréquence de compression : 100 - 120/min.

   2 travers de doigts au-dessus de l'appendice xyphoïde, sur la ligne médiane.

   Bras tendus (thorax du réanimateur à l'aplomb du patient).

   5 cm de dépression sternale.

   Rapport compression/relaxation = 1/1. La relaxation doit être complète pour permettre au cœur de se remplir avant la compression suivante.

   Le rapport de 15 compressions pour deux insufflations est recommandé par les nouveaux standards mais rarement applicable en salle, vu que la ventilation est confiée au respirateur.

6. Position de Trendelenbourg pour améliorer le retour veineux au cœur et l'efficacité des compressions thoraciques.

7. Ordonner à l'infirmière la préparation d'Adrénaline (1 mg) à répéter en IV toutes les 3 minutes tant qu'il n'y a pas de restauration d'une circulation normale… toujours pour améliorer le retour veineux au cœur et augmenter ainsi l'efficacité des compressions thoraciques.

8. En cas d'asystolie, faire également préparer 1 à 2 mg d'Atropine. JAMAIS D'ISOPRENALINE !!! (vasodilatation et diminution du retour veineux).

9. Si FV ou TV sans pouls, faire venir d'urgence le défibrillateur (3 chocs d'affilée si nécessaire (200 J – 300 J – 360 J).

10. Si FV ou TV sans pouls réfractaires aux chocs électriques externes, l'administration de Xylocaïne et de Brétylium ne sont plus recommandées : AMIODARONE (300 mg puis 150 mg si nécessaire).

11. Si asystolie prolongée et réfractaire, penser à un pacing externe (sonde pace-port - anesthésie cardiaque).

Pr J.M. Gouverneur
Décembre 04

Procédure en cas de choc anaphylactique

Fréquence : 1/5.000 – 1/20.000 anesthésies

RAPPEL : Degré de gravité

Classification	Signes Cliniques	Taux d'Histamine Plasmatique (ng/ml)
I. Cutaneous	Flush+	0 – 1
II. Systemic	Flush ++ Hypotension < 20 – 40 mm Hg (Slight Bronchospasm)	1 - 10
III. Life threatening	Flush ++ Hypotension < 40 – 70 mm Hg (Severe bronchospasm)	10 -100
IV. Potentially fatal	Flush ++ / 0 Cardiocirculatory arrest (Severe bronchospasm)	> 100

1. Les symptômes surviennent dans la ou les premières minutes qui suivent l'exposition du patient à l'agent responsable. Ils sont généralement plus progressifs en cas d'exposition des muqueuses ou séreuses au LATEX.

2. Les agents les plus souvent incriminés sont les curares (70 %). Le latex est en nette augmentation (13 %).

3. Dans tous les cas : avertir superviseur si degré > 1.

4. Bouton ARCA si degré > 2.

4. Stopper l'administration de toute substance en cours d'administration (même agent de remplissage tel que dérivé sanguin naturel ou synthétique).

5. Oxygène 100 %.

6. Stop agents anesthésiques.

7. Trendelenbourg.

8. Ephédrine (10 mg) ou Adrénaline (10 – 1000 mcg) en fonction de la gravité clinique de la réaction.

9. Réanimation cardio-pulmonaire si nécessaire.

10. Remplissage intravasculaire agressif (cristalloïdes & colloïdes).

11. Admission aux Soins Intensifs si nécessaire car une perfusion continue d'adrénaline (2 – 4 mcg/min) peut être nécessaire pendant plusieurs heures pour assurer la stabilité hémodynamique du patient.

12. Aminophylline (5 – 6 mg/kg en 20 min) si bronchospasme important.

13. Les antihistaminiques (Anti H 1) et les corticoïdes sont des médicaments secondaires et donc d'utilité relative en cas de situation grave et urgente.

14. Le CALCIUM, sous toutes ses formes, est carrément à proscrire car il favoriserait la libération d'histamine par les basophiles et mastocytes lors de la réaction anaphylactique.

15. L' Isoprénaline peut être indiquée chez le patient bêta – bloqué qui ne répond pas aux traitements précités.

16 La suspicion de l'origine anaphylactique d'un choc réside encore actuellement sur les signes cliniques et la proximité temporelle de l'exposition du patient à un agent extérieur. L'agent causal ne pourra être identifié que lors d'une consultation ultérieure dans un service d'allergologie (RAST Tests, Prick tests et Tests intradermiques). Cette consultation devrait avoir lieu idéalement 6 semaines après l'incident et dans un service compétent :

Dr PIRSON, consultation d'allergologie, service de Pneumologie (Cliniques St-Luc).

Le protocole d'anesthésie ainsi qu'un rapport circonstancié de l'anesthésiste en charge du patient lors de l'incident doivent être en possession du patient ou du Dr PIRSON lors de cette consultation.

Pr J.M. Gouverneur
Décembre 04

CHIRA

Le CHIRA est votre unité. Allez-y souvent, vous y serez bien accueillis.
Les patients programmés pour la chirurgie ambulatoire doivent **tous** être passés à l'EPI, sauf ceux qui ont été opérés récemment.
Les patients doivent satisfaire aux conditions minimales de la chirurgie ambulatoire, c-à-d :

- être à jeun : 2 heures pour les liquides clairs (thé, café, eau, jus sans pulpe, glace à l'eau), 3 à 4 heures pour le lait maternel, 6 heures pour le lait de vache ou en poudre, 6-8 heures pour les solides ;
- ne pas conduire de voiture et être accompagné par un adulte valide (rentrer seul en taxi n'est pas une bonne pratique) ;
- avoir un adulte à proximité pendant les 24 premières heures ;
- ne pas prendre de décision importante dans les 24 premières heures.

Les patients doivent séjourner le moins de temps possible dans l'unité. L'anesthésie doit être planifiée dans ce sens. Il est inutile de tirer sur une mouche avec un canon et votre anesthésie doit être planifiée en fonction du patient et non en fonction de votre désir de prouesses techniques. Lorsque votre patient est prêt à partir, vous ou votre délégué devez le revoir le plus vite possible.

La libération du patient se fait sur base du Post Anesthesia Discharge Scoring System (PADSS). **Il n'y a pas de durée minimale anesthésique d'hospitalisation après chirurgie ambulatoire.**
Il ne faut pas attendre que le patient ait mangé et/ou bu et qu'il ait fait pipi, sauf pour ce dernier point, pour la chirurgie urologique.

Pour les patients ayant bénéficié d'un bloc périphérique, il ne faut pas attendre qu'il soit réveillé, mais il faut expliquer de façon précise les dangers liés à l'insensibilité du membre endormi.

L'analgésie postopératoire est de votre ressort. En libérant le patient, il est impératif de vous en inquiéter. (Le contact postopératoire que le patient reçoit est le bip de l'anesthésiste senior de garde). L'analgésie postopératoire doit être dirigée. Il n'y a pas de place pour les médications « à la demande ». La douleur doit être prévenue efficacement. En faisant partir le patient, prévoyez cette analgésie et donnez au patient des indications précises d'heures auxquelles il doit prendre les analgésiques.

Un bloc qui se réveille brutalement pendant la nuit, alors que la douleur n'a pas été prévenue par une médication de « couverture », est intolérable.

En cas d'appel nocturne d'un patient sur le bip 1020, même si vous êtes surchargés de travail, prenez la peine d'écouter et conseiller. En cas de doute, faites-le revenir à l'hôpital via les urgences. Surtout, ne l'envoyez pas au diable, ni chez son généraliste qui sera démuni face au problème, ni à l'assistant de la chirurgie concernée, sauf si le problème est chirurgical. Vous et votre superviseur de garde êtes les mieux à même de prendre en charge la douleur.

MERCI DE TENIR COMPTE DE CES QUELQUES REMARQUES QUI EVITERONT, JE L'ESPERE, DE TRANSFORMER UNE CHIRURGIE BANALE EN VERITABLE CAUCHEMAR.

M. Van Boven.

EPI EN ORTHOPEDIE

Règles générales

1) Tout problème internistique (CV, respiratoire, métabolique,…) non ou mal contrôlé ou dont le dernier contrôle remonte à plus d'un an nécessite une consultation en médecine interne générale (Dr Yombi ou en cas d'absence Pr Hainaut).
2) Toute consultation EPI doit être discutée, soit immédiatement en cas de problème important soit en fin de journée (ou de demi-journée), avec le Dr Kremer et/ou un des superviseurs d'anesthésiologie du secteur "orthopédie" (Dr F. Singelyn).
3) Le superviseur d'anesthésiologie du secteur orthopédie accorde ou pas le "visa d'opérabilité" d'un patient orthopédique.

Quelle technique d'anesthésie/analgésie proposer ?

Privilégier dans la mesure du possible les techniques d'ALR (seules ou associées à une sédation voire une AG), tout particulièrement chez les patients en ambulatoire !

Colonne

Chirurgie mineure (Hernie discale,…).

AG (+ infiltration AL par chirurgien) seule.

Chirurgie majeure (CLE, arthrodèse, scoliose,…).

AG + Récup. sang perop + PCA IV postop.

Membre supérieur

Epaule

- Arthroscopie : bloc interscalénique éventuellement associé à une AG ou une sédation.
- Prothèse : cathéter interscalénique associé à une AG.
- Coiffe des rotateurs, réinsertion sus-épineux,…: cathéter interscalénique éventuellement associé à une AG ou une sédation.

Coude

Bloc du plexus brachial par voie axillaire ou infraclaviculaire avec mise en place d'un cathéter dans les interventions majeures (arthrolyse,…) éventuellement associé à une AG ou une sédation.

Avant-bras, poignet et/ou main

Bloc du plexus brachial par voie axillaire (avec mise en place d'un cathéter dans les interventions majeures comme ténolyse,…) ou bloc au canal huméral.

Membre inférieur

Hanche

Cathéter fémoral associé à une AG ou une rachianesthésie + récup. sang perop.

Fémur

Cathéter fémoral associé à une AG ou une rachianesthésie.

Genou

- Arthroscopie diagnostique : AG seule ou rachianesthésie.
- Reconstruction de LCA : Cathéter fémoral associé à une AG ou une rachianesthésie.
- PTG : privilégier un cathéter fémoral + blocs sciatique et obturateur associés à une sédation ou une AG; Cathéter fémoral associé à une AG ou une rachianesthésie.

Tibia

AG ou rachianesthésie suivie d'une PCA IV à la morphine.

Cheville et Pied

- Chirurgie mineure : bloc sciatique et fémoral.
- Chirurgie majeure (hallux valgus, ostéotomie, arthrodèse,…) : cathéter sciatique associé soit à un bloc fémoral injection unique, soit à une rachianesthésie, soit à une AG.

Quels examens préop réaliser ?

Ils seront fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique du patient. Donc, pas de règle absolue mais une réflexion médicale au cas par cas !!!

Pour les blocs nerveux périphériques (injection unique ou technique en continu), en l'absence de signes d'appel dans l'anamnèse personnelle ou familiale, un bilan de coagulation n'est PAS nécessaire pour la réalisation de ces techniques.

Bruxelles, le 2 décembre 2004

Prof. F. SINGELYN
Service d'Anesthésiologie
Responsable secteur "Orthopédie"

HYPERTHERMIES MALIGNES

Signes cliniques

Précocement :
* Spasme massétérin, tachycardie, TA instable, chaux sodée épuisée (chaude).
* Ventilation minute augmentée en ventilation spontanée.
* CO_2 expiré augmenté en ventilation contrôlée.

Puis :
* Cyanose, augmentation de la chaleur cutanée avec augmentation de la température.
* SaO_2 abaissée, à l'ECG onde T pointue.
* Biologie : hyperkaliémie + acidose.

Tardivement (diagnostic tardif) :
- Rigidité généralisée, saignement prolongé, urines rares et sombres.
- Arythmie cardiaque – ECG : onde T pointue, irrégularité.
- Bio : myoglobinurie - hyperkaliémie.

Traitement

Etiologique et symptomatique en même temps.

ETIOLOGIQUE

DANTROLENE = DANTRIUM
- Où : réfrigérateur salle de réveil.
- Comment : diluer dans eau pour préparation injectable – flacon de 20 mg + 60 ml d'eau p.p.i.
- Combien : bollus 2 à 3 mg/kg (seringue titrée).
  A répéter toutes les 5-10 minutes jusqu'à contrôle des symptômes sans dépasser 10 mg/kg.

SYMPTOMATIQUE

appeler à l'aide
- O_2 pur – hyperventiler – arrêt halogénés, demander autre respirateur (bips 2640-2641).
- Mettre une artère et faire pH + iono.
- Remplir, corriger hyperkaliémie et l'acidose (bicarbonate de sodium), assurer diurèse (SU, Lasix Mannitol).
- Refroidir par tous les moyens : glace (derrière salle 3), liquide froid : SU-SNG.
- Place aux soins quand stable car à surveiller et il faut prévenir la récidive.
- Dosage CPK.

Dr S. AUNAC
Décembre 04

Enseignement

Les rendez vous de la formation
Public (MACCS première et deuxième années).
Thèmes : tous les sujets ayant trait à la médecine périopératoire et la salle d'urgence pour les MACCS de deuxième année.
Organisation : un article de référence est fourni au moins 1 mois à l'avance puis une discussion a lieu pendant 60 minutes entre le formateur et 3 candidats. Il y a en moyenne un rendez-vous par mois pour chaque MACCS.
Coordonnateurs : Marc De Kock.
Formateurs : UCL et Mont Godinne.

"Problem Based Learning Discussion"
Public (tous les MACCS à l'exception de la cinquième année).
Thèmes : tous les sujets ayant trait à la médecine périopératoire, les soins intensifs ou la salle d'urgence.
Organisation : un problème clinique est envoyé par mail aux différents MACCS. La réponse doit s'organiser comme suit : du diagnostic le plus au diagnostic le moins probable. Les attitudes diagnostiques et thérapeutiques doivent être présentées. Un texte de 500 à 1000 mots avec au maximum 5 références sont acceptés. Les problèmes cliniques sont adaptés au niveau des assistants. La correction personnalisée est disponible dans les 15 jours suivant la réponse.
Coordonnateurs : Marc De Kock et Francis Veyckemans.
Formateurs : UCL et Mont-Godinne.

Enseignement InterUniversitaire
Programme sur le site Virtanes.
Coordonnateurs : Philippe Dubois (Mont-Godinne) : philippe.dubois@anes.ucl.ac.be et Marc De Kock.

Le site web Virtanes
Public (tous les MACCS et postgradués).
Thèmes : tous les sujets ayant trait à la médecine périopératoire, les soins intensifs ou la salle d'urgence.
Organisation : un résumé de toutes les activités d'enseignement est disponible sur le site. Il contient également toute information utile (procédures appliquées dans les centres de formation de l'UCL) ainsi que des liens utiles.
Coordonnateurs Webmaster : Michel Van Dyck, Marc De Kock.

Staffs et séminaires
Staffs du lundi matin (de 7 h 15 à 7 h 45)
Ils offrent aux assistants la possibilité de présenter un travail scientifique devant une audience critique ou des cas spécifiques (mortalité, morbidité).
Journal Club : responsable : Th. Pirotte.
Les MACCS de 5^{e} année doivent présenter un staff qui compte pour leur examen facultaire.
Coordonnateur : Marc De Kock.

Staffs communs aux services de soins intensifs, d'anesthésie et d'urgence du jeudi (17 h à 18 h 30)
Public (tous les MACCS et postgradués).
Thèmes : sujets pointus présentés par des orateurs de renom (y compris étrangers), discussion de cas et journal club intéressant les trois spécialités.
Coordonnateur : Pierre-Francois Laterre.

TRAVAIL SCIENTIFIQUE

Le DES et l'agrément ministériel exigent la présentation ou la publication d'un travail scientifique original. Les travaux suivants sont acceptables :

a) une publication dans un journal avec peer-review, y.c. les Acta Belgica. Il n'est pas nécessaire d'en être le premier auteur. Un case report est accepté, une lettre à l'éditeur ne l'est pas;
b) un poster ***avec défense orale*** dans un congrès comme ASA, ESA, IARS, SFAR, JEPU, ESRA, SBAR,…
c) un poster accepté dans un congrès sans défense orale, à condition de le présenter oralement lors d'un Research meeting de la SBAR;
d) une présentation orale lors d'un Research meeting de la SBAR.

Le travail peut avoir été soumis n'importe quand pendant la formation.

- Vous aurez deux évaluations à réussir pour le DES : une en fin de 2e année, une en fin de formation, et cela indépendamment de l'examen de reconnaissance ministériel.

Nouveautés :

- Web conférences avec Mont-Godinne à partir de fin octobre 04 (environ 1 fois/mois).
- staff le lundi vers 18 h, une fois par mois.

Tous les sujets sont affichés au staff-room et visibles sur le site Virtanes.

Carnets de stage

Le Ministère de la Santé Publique demande à recevoir les carnets de stages ainsi que le(s) rapport(s) d'activité relatif(s) à ces carnets **à la fin de chaque année de formation (un carnet DOIT couvrir 12 mois)**.
Le carnet de stages annuel sera remis **à la fin de chaque année de formation** au secrétariat d'Anesthésiologie, à Martine DESMEDT (tél : 02/764.18.21 – tous les jours de 08 h 30 à 12 h et de 13 h 30 à 16 h 00).
ATTENTION : pour les MACCS de 5e année, un carnet est à remettre après 9 mois de stages, suivi d'un autre reprenant les trois derniers mois d'activité.
Pour vous les procurer, veuillez contacter Madame Ch. MEDA au Ministère de la Santé Publique, et ce par courrier ou par téléphone (02/210.47.09).

A REMPLIR POUR CHAQUE CARNET DE STAGES

1. ***Sur la couverture*** **:** prénom, nom, **période(s) du stage** (ex : du 01.10.2004 au 02.10.2005, si toute votre activité a eu lieu au même endroit de stage durant l'année), lieu(x) de stage, année de spécialisation.
Un carnet de stages doit couvrir **une année de formation**, quel que soit le nombre d'hôpitaux par lesquels vous passez.

2. ***Identification :*** prénom, nom, nationalité, lieu et date de naissance, adresse, diplôme de médecine de l'Université, année de diplôme, **signature du candidat**.

3. ***Stages hospitaliers en Anesthésiologie ou Réanimation*** **:** hôpital, ville, date, signature du Maître de stage.
Le carnet de stage couvrant une année de formation entière, il est fort possible que plusieurs endroits de stage figurent dans cette rubrique. Il vous est possible de photocopier autant de pages vierges qu'il est nécessaire.

4. ***Activités connexes*** : nature, institution, ville, date : du .... au ...., nom du maître de stage local.

5. ***Cours suivis*** : **dates**, ville, institution, sujets (titre), conférencier, nom et **signature** du maître de stage coordinateur.

6. ***Présentation de séminaires :*** date, ville, institution, sujets (titre), conférencier, nom et **signature** du maître de stage coordinateur.

7. ***Publications ou communications :*** **obligatoire** avant la fin de la 5e année.

8. ***Relevé de prestations*** : numéro, **date,** hôpital, initiales patient, opérations, catégorie, nom et **signature** du maître de stage local. Photocopiez un nombre suffisant de pages vierges supplémentaires pour y inscrire toutes vos activités. Vous pouvez aussi leur substituer des listings d'ordinateur reprenant votre activité, pour peu qu'ils soient de format A4.

9. ***Jours de garde*** : **date**, ville, institution, sujet, nom du maître de stage; **distinguer les gardes sur place et les astreintes à domicile** (par ex. par une *).
A noter que les dates de gardes doivent correspondre à celles des prestations dans les endroits de stage successifs repris dans le carnet de stage annuel complété.
+ ***Annexes*** éventuelles.

Rapport d'activité

Le Ministère de la Santé demande **un rapport d'activité par lieu de stage** (ex. 6 mois à Mont-Godinne = 1 rapport d'activité et 6 mois à St-Luc = 1 rapport d'activité).

Les rapports d'activité relatifs à ce carnet de stages annuel seront donc remis avec le carnet correspondant **dès la fin de chaque année de formation** au secrétariat d'Anesthésiologie, à Martine DESMEDT (tél : 02/764.18.21).
Concernant les activités à détailler, la Commission vous conseille de mentionner :

- chaque patient pris en charge aux Soins Intensifs
- chaque patient pris en charge au SAMU
- chaque patient pris en charge en Salle d'Urgences
- chaque patient pris en charge en Algologie

et de mentionner pour chaque jour passé au PACU (UPSA, Salle de réveil) le nombre de cas pris en charge dans la journée, de même pour les voies centrales.
Ces dernières modifications sont destinées à documenter votre formation de base en soins d'urgence et en prise en charge de la douleur, aux fins d'anticiper d'éventuelles modifications des règlements en vigueur.

Superviseurs référents

Secteur	Anesthésiste référent	Anesthésiste suppléant
CARDIAQUE		
Congénitale	RENNOTTE	MATTA
Valvulaire	VAN DYCK	WATREMEZ
Cardiaque hors valves (y c greffes)	BAELE	MATTA
Vasculaire	WATREMEZ	MOMENI
Thoracique	VAN DYCK	RENNOTTE
CEC et assistances	MATTA	BAELE
Echo	WATREMEZ	VAN DYCK
Matériel + ressources humaines	MATTA	
KT CARDIAQUE	RENNOTTE/VEYCKEMANS	VEYCKEMANS/RENNOTTE
DIGESTIVE		
Forgut	DE KOCK	CARLIER
Colorectale	DE KOCK	CARLIER
Gastro	DE KOCK	CARLIER
Hépato biliaire	CARLIER	DE KOCK
Paroi	AUNAC	DE KOCK
Pédiatrie digestive	VEYCKEMANS	PIROTTE
SALLE 20	VEYCKEMANS	PIROTTE
UROLOGIE		
Pédiatrique	VEYCKEMANS	PIROTTE
Adulte	SCHOLTES	AUNAC
Curo	SCHOLTES	AUNAC
GYNECOLOGIE	GOUVERNEUR	LAVAND'HOMME
MATERNITE	ROELANTS	LAVAND'HOMME
TRANSPLANT		
Foie adulte	CARLIER	DE KOCK
Foie pédiatrie	VEYCKEMANS	PIROTTE
Rein, pancréas, endocrino	AUNAC	CARLIER
P. EXT. PEDIATRIE	PIROTTE	VEYCKEMANS
NEUROLOGIE	DOCQUIER	VAN BOVEN
RADIO INTERVENTIONNELLE	DOCQUIER	VAN BOVEN
EMDS	PENDEVILLE	VAN BOVEN
PLASTIQUE	PENDEVILLE	VAN BOVEN
ORL	VAN BOVEN	PENDEVILLE
PNEUMOLOGIE	VAN BOVEN	PIROTTE
OPHTALMOLOGIE		
Adulte	AUNAC	GOUVERNEUR
Pédiatrique	PIROTTE	VEYCKEMANS
ORTHOPEDIE	SINGELYN	PIROTTE
(+ salle d'urgences)	SINGELYN	PIROTTE
JUNIORS - PROCEDURES	GOUVERNEUR	DE KOCK
EPI	KREMER	DE KOCK

Bips

		Bip	Bureau
AUNAC S.		**2632**	1824
BAELE Ph.		**1883**	1883
CARLIER M.		**1893**	1893
DE KOCK M.		**1888**	1888
DOCQUIER M.A.		**1439**	2153
GOUVERNEUR J.M.		**1887**	1887
KREMER Y.		**1884**	1442
LAVAND'HOMME P.		**1897**	1897
le POLAIN B.		**1894**	1894
MATTA A.		**1886**	1886
MOMENI M.		**7029**	1892
PENDEVILLE Ph.		**1899**	1899
PIROTTE Th.		**2633**	1892
RENNOTTE M-Th. (bureau A3)		**1885**	1885
ROELANTS F.		**2626**	1824
SCHOLTES J.L. (bureau E3)		**1890**	1890
SINGELYN F.		**1891**	1891
VAN BOVEN M.		**1889**	1889
VAN DYCK M.		**1898**	1898
VEYCKEMANS F.		**1842**	1842
WATREMEZ Ch.		**2153**	2153
Hilde WATERLOOS		**2638**	1444
Staff Room			1820/1895/1896
ARCA		**9000**	
Assistant	senior : coord. nuits et WE	**1020**	
	senior : voies centrales (100)	**9555**	
	junior	**9554**	
	cardiovasculaire	**2623**	
	maternité	**1896**	
	analgésie postop (POPS)	**2684**	
Infirmier(e)	postes extérieurs	**2680**	
	salle de Réveil (E. JONNART)	**2681**	2680
	chef du Q. Op. (O. WILLIEME)	**2652**	2652
	cardiaque	**2654**	
	CEC (A. Louis)	**2658**	
	informatique Q.OP. (M. BASTIN)	**2999**	
	salles 1 (neuro) à 4 (cardiaques)	**2655**	2621-22-23-24
	5 à 10	**2653**	2625-26-…-30
	11 à 19	**2673**	2631-32…39
	Mme MAHIEUX	**2653**	2653
Salles 20/21/30/31			2620/2646/4730/4731
Appel général salles			2660
Bloc - 4			4733
Salle 31			4731
Techniciens	Manu/Olivier : fournitures René/Stephan : matériel	**2640** **2641**	
Labo (Valérie Collet)			5439
Péridurales (- 2 bloc opér) - Bernadette			2657
Allergie - 2 réveil + D32			2832
EPI			1782
CHIRA			1783/1837
Algo - centre de la douleur			1682