

Éditorial

L'anesthésie fait peur au grand public et est mal connue des professionnels de santé : elle ne fait ainsi pas partie de l'enseignement de base dispensé aux étudiants en médecine. L'objectif principal de ce numéro Spécial Anesthésie de la page blanche est de donner des informations simples sur la spécialité et d'en souligner les implications sur ce qui existe à Lourdes.

La peur de ne pas se réveiller est un souci récurrent observé lors des consultations d'anesthésie. Cependant, l'enquête réalisée par la Société Française d'Anesthésie Réanimation en collaboration avec l'INSERM a mis en évidence une division par 10 de la mortalité anesthésique par rapport aux années 80. Ce résultat spectaculaire est à mettre sur le compte de l'implication de la profession dans l'analyse du risque, qui a conduit au Décret sur la Sécurité Anesthésique de 1994. Celui-ci rend obligatoires notamment la consultation pré anesthésique plusieurs jours avant une intervention et le séjour en salle de réveil. Les accidents respiratoires postopératoires précoces, dus à l'effet résiduel des drogues anesthésiques, ont ainsi disparu. De même, le matériel nécessaire et sa vérification systématique ont été parfaitement définis. Cette rigueur appliquée au quotidien à l'acte d'anesthésie a pu dans le passé être confondue avec de la rigidité, mais a

cependant démontré son caractère indispensable à la sécurité du patient. La pratique de l'anesthésie s'est de plus enrichie ces dernières années de l'apport d'infirmiers spécialisés (IADE), bénéficiant d'une formation de haut niveau et de compétences importantes définies par Décret, contribuant là aussi à l'amélioration de la sécurité.

La constatation de ces progrès ne constitue pas une motivation à s'endormir sur ses lauriers. L'analyse des décès liés à l'anesthésie permet d'en dépister les causes et d'apporter des corrections.

Le dosage ! Tout est dans le dosage !



Cette illustration peut choquer certaines personnes. En effet le matériel employé n'est pas à usage unique et très peu stérile.

Il en va ainsi des accidents respiratoires à l'induction de l'anesthésie générale, et un article de ce numéro met en évidence les pièges contenus dans les idées reçues sur le jeûne pré opératoire. On peut aussi souligner les conséquences cardiaques de l'anémie post opératoire, notamment en chirurgie orthopédique, qui ont conduit à Lourdes à la mise en œuvre de protocoles de prévention et de traitements précoces. Des modifications structurelles sont encore à même d'améliorer la situation par une surveillance plus soutenue

en post opératoire. En obstétrique, l'hémorragie survenant en post accouchement est la première cause de mortalité maternelle en France, avec dans la moitié des cas un décès évitable. La présence sur place d'un anesthésiste réanimateur constitue à cet égard un élément important pour la rapidité et la qualité du traitement, parallèlement à l'action de l'obstétricien.

Les causes structurelles sont reconnues comme un élément important dans la survenue d'un décès, essentiellement par manque de communication entre les différents intervenants. C'est pourquoi nous avons mis en place une réunion sur dossiers, hebdomadaire, permettant à tous les acteurs de la prise en charge de choisir la meilleure façon de procéder pour le bénéfice du patient. Le législateur a d'ailleurs rendu obligatoire cette réunion de programmation opératoire. De même, des protocoles de soins couvrant un large éventail d'interventions sont régulièrement actualisés et disponibles pour le personnel. La mise en ligne sur un portail spécifique dans le site de l'hôpital est pour bientôt, ainsi que l'ouverture d'un forum où chacun pourra exprimer interrogations ou suggestions, auxquelles nous nous engageons à répondre.

Nous vous souhaitons une bonne lecture de ce numéro que nous avons eu plaisir à rédiger avec l'aide de la cellule formation et du service reprographie de l'hôpital.

Dr D. GARNIER
Responsable UF Anesthésie



Dans ce numéro :

- Jeûne Pré Opératoire	2
- Examens complémentaires Pré Opératoires	3
- Anticoagulants et Antiagrégants Plaquettaires	4 et 5
- Médicaments et Anesthésie	6
- La Périurale en questions	7
- L'Urgentiste et l'Anesthésie	7
- L'Ambulatoire ... Kézako?	8

Jeûne pré opératoire: les règles ont changé

Introduction

C'est en 1946 que Mendelson décrit des pneumopathies par inhalation de liquide gastrique acide, lors de césariennes sous anesthésie générale réalisées sans protection des voies aériennes. Depuis cette date, le dogme de « rien par la bouche » dans les 6 heures précédant une intervention chirurgicale s'est imposé. Cependant, les connaissances concernant la physiologie de la vidange gastrique et les effets néfastes du jeûne prolongé ont fait réviser cette attitude. De plus, l'identification de sujets avec « estomac plein » malgré un jeûne prolongé vient encore enrichir la problématique.

« L'eau et les liquides clairs sont autorisés jusqu'à 2 heures avant l'intervention »

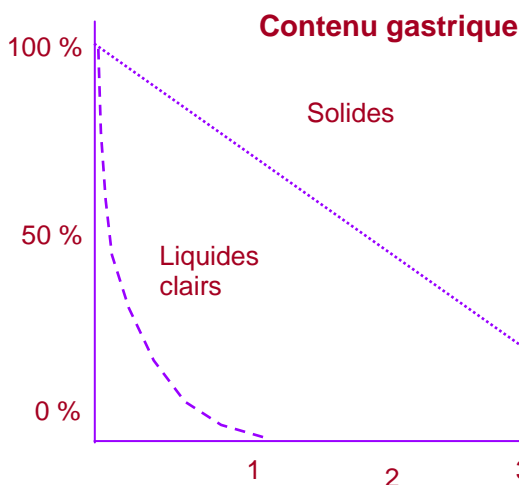
Épidémiologie

L'inhalation de liquide gastrique est 4 fois plus fréquente en urgence qu'en chirurgie réglée. Elle concerne 1 anesthésie générale sur 5000 et est responsable de complications pulmonaires dans 50% des cas : la moitié de celles ci aurait pu être évitée par la reconnaissance des patients à risque et la mise en œuvre d'une antagonisation de l'acidité gastrique (*administration orale de 600 mg de raniplex citraté avant l'intervention*).

Faux estomac vide

Il s'agit de patients n'ayant rien ingéré depuis plus de 6 heures, mais dont l'estomac n'est cependant pas vide. Il est ainsi impossible de prédire la durée nécessaire à la vidange gastrique pour les repas abondants et/ou particulièrement gras pris dans les jours précédents une intervention. De même, certaines situations cliniques (*tableau*) sont incompatibles avec une certitude de vacuité digestive et imposent l'antagonisation de l'acidité gastrique en pré opératoire, en plus d'une induction en séquence rapide avec intubation

Détresse vitale Pathologie intra abdominale aiguë	estomac toujours plein
Urgence traumatique Douleur Usage de morphiniques	estomac souvent plein
Gastroparésie diabétique Reflux gastro oesophagien	estomac jamais vide



Faux estomac plein

La vidange des liquides (figure) et de l'eau est très rapide et suit une relation exponentielle (1/2 vie de 10 min). Celle des liquides sucrés est plus lente mais, au bout de 90 min, la différence liquide sucré-eau est négligeable et la vidange est quasi totale pour les deux liquides. Ainsi, les traitements indispensables ou la prémédication peuvent être pris jusqu'à 1 heure avant l'intervention. L'eau et les liquides clairs (boisson non gazeuse, jus de fruit sans pulpe) sont autorisés jusqu'à 2 heures avant, le lait maternel 4 heures avant, le lait et les repas légers 6 heures avant. La réalisation d'une anesthésie loco régionale ne doit pas faire modifier ces règles : un échec est toujours possible, imposant alors la réalisation d'une anesthésie générale.

Conclusion

La prise de liquides clairs 2 heures avant une intervention chirurgicale programmée facilite la vidange gastrique. Inversement, la notion d'un jeûne complet supérieur à 6 heures ne garantit pas la vacuité de l'estomac, notamment dans certaines situations cliniques. L'antagonisation de l'acidité gastrique et des techniques particulières d'induction anesthésique s'imposent alors. L'anesthésie locorégionale est la technique de choix dans ces circonstances, mais l'éventualité d'un échec doit toujours être envisagée.

Dr J-J. ROSSEL
Chef de Pôle
Anesthésie - Urgences - Réanimation

Examens Pré Anesthésiques : seulement complémentaires

La réalisation d'examens systématiques avant une anesthésie est une pratique ancienne, qui visait à dépister des anomalies asymptomatiques, que ce soit dans un but médical ou pour procurer une hypothétique protection médico légale au praticien. Il est démontré que la réalisation d'une consultation pré anesthésique à distance de l'intervention, obligatoire depuis le Décret de 1994, divise par 2 le nombre d'examens complémentaires, par 4 les consultations cardiologiques et par 9 les reports d'intervention (*liés à une pseudo anomalie du bilan systématique*).

On attend d'un examen complémentaire pré opératoire qu'il décèle une anomalie non suspectée à l'examen

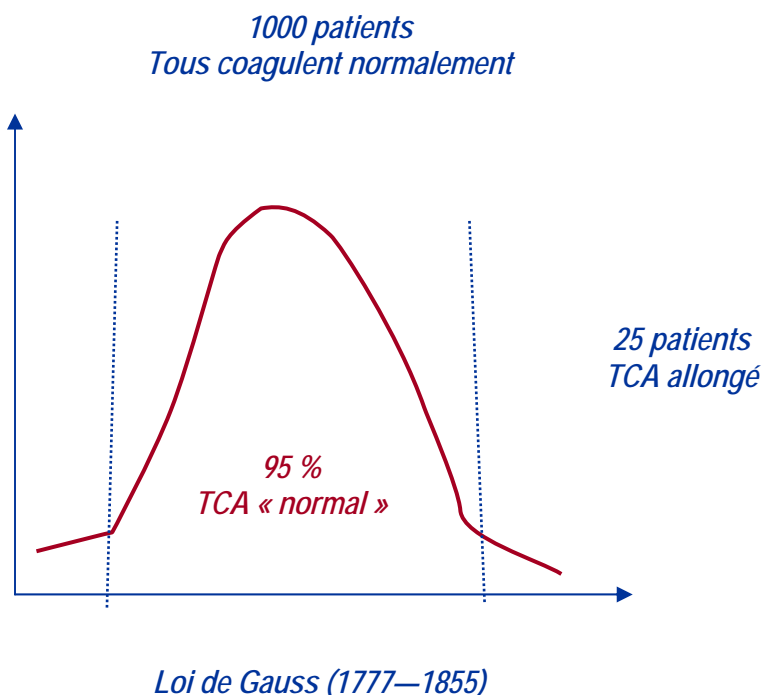
clinique, et que cela aboutisse à une action thérapeutique. Cependant 8 % des tests réalisés dans la population générale avant une anesthésie sont considérés comme anormaux, sans pour autant induire une quelconque modification de la prise en charge. De même, il a été observé que seulement 0,1 % des tests avait conduit à une modification thérapeutique dans une population chirurgicale âgée (*âge moyen de 82,6 ans*). De plus, le coût engendré par ces examens inutiles est prohibitif, estimé à 30 milliards de dollars par an aux États-Unis.

La prise en compte de l'état clinique du patient est un point essentiel dans la décision de prescrire tel ou tel examen complémentaire : quelle anomalie du ionogramme sanguin espère-t-on découvrir chez un footballeur de 25 ans victime d'une fracture de jambe ? Inversement, un patient âgé peut pré-

senter des troubles significatifs, en rapport avec son mode de vie ou les traitements qu'il suit, et qu'il importera de corriger avant l'anesthésie.

La connaissance de l'acte chirurgical réalisé est nécessaire à une prescription rationnelle. Pourquoi prescrire un groupe sanguin à un patient victime d'une fracture du poignet, traitée par broches transcutanées : existe-t-il une éventualité de transfusion ? Par contre, la réalisation de cet examen expose au risque d'erreur de détermination, avec des conséquences ultérieures gravissimes.

Il est également de première importance que le test utilisé ne fasse pas conclure à tort à une anomalie : l'exemple des tests de coagulation est à cet égard caricatural. Les valeurs de TCA d'une population en bonne santé ont une distribution « gaussienne » :



Conclusion :

l'évaluation pré opératoire du patient repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Ce n'est qu'en fonction de ces données et de l'intervention prévue que pourront être réalisés d'éventuels examens complémentaires. La prescription de ceux-ci ne repose que sur le bon sens et n'a aucun caractère obligatoire, médical ni légal.

ainsi, 2,5% des gens coagulant normalement ont cependant un TCA allongé. Parallèlement, la prévalence de la maladie de Willebrand asymptomatique est de 1/1000. Ainsi, lorsqu'on réalise 1000 tests, un TCA allongé correspond 25 fois plus souvent à une personne coagulant normalement qu'à un malade. La solution passe par un interrogatoire standardisé sur les antécédents personnels de saignements mêmes mineurs et sur l'histoire familiale : la suspicion d'une anomalie fait alors réaliser le test, et des examens plus poussés s'il est anormal.

Dr K. BOUSSIF
Anesthésiste - Réanimateur

Anticoagulants et Antiagrégants Plaquettaires

Que faire en pré opératoire ?

Introduction :

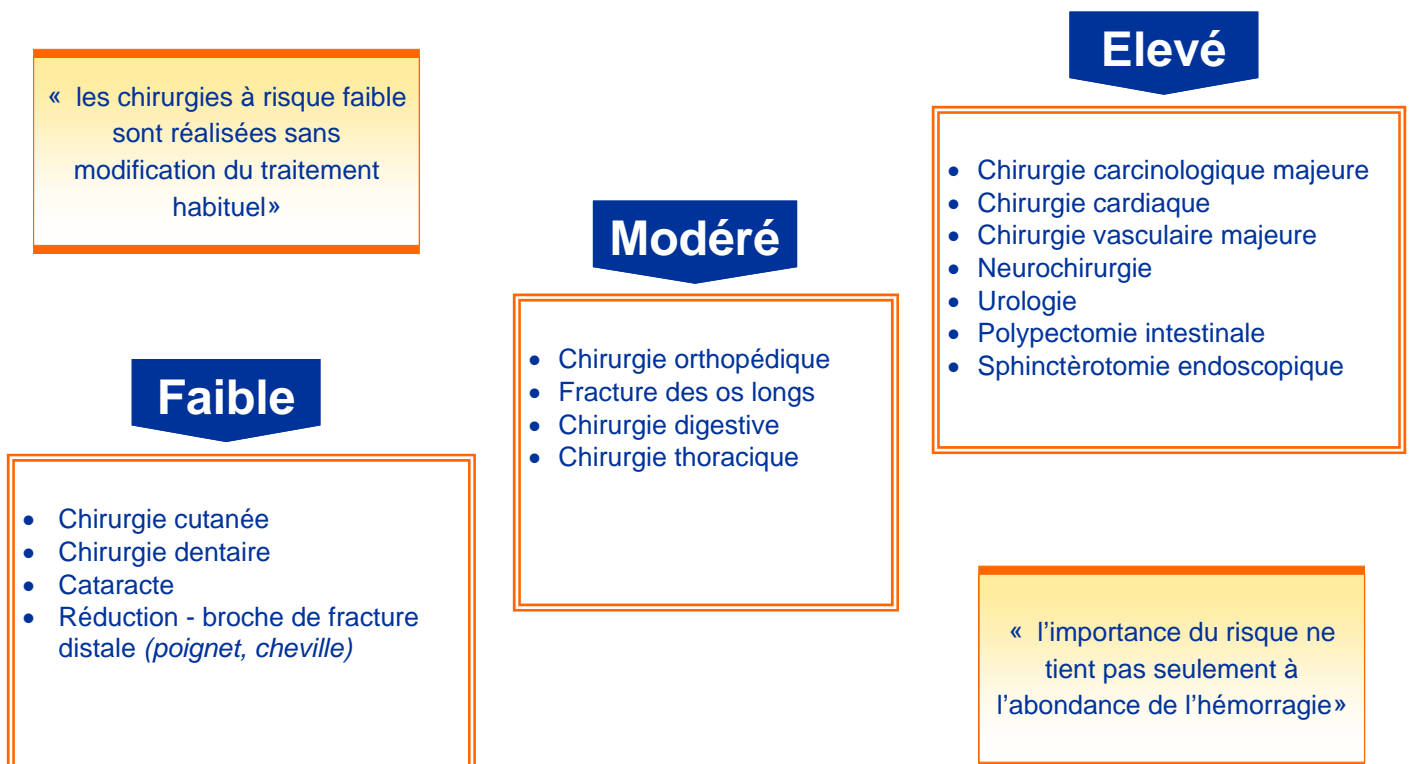
L'arrêt des traitements interférant avec l'hémostase constituait jusqu'à il y a peu un dogme dans le contexte péri opératoire. La survenue d'évènements thrombotiques graves, notamment coronariens lors de l'arrêt des anti-

agrégants plaquettaires, a suscité une réflexion conduisant à des attitudes moins radicales.

Ainsi, la prise en charge pré opératoire d'un patient traité avec des médicaments interférant avec l'hémostase pose le problème du risque hémorragique lié à la poursuite du traitement, à mettre en balance avec le risque thrombotique lié à son arrêt.

Hémorragie et Chirurgie :

Le risque hémorragique de la chirurgie peut être lié à l'abondance des pertes sanguines, mais aussi aux difficultés rencontrées (*accès difficile pour l'hémostase*), ou encore aux conséquences fonctionnelles d'une hémorragie même minime. Les chirurgies à risque faible sont réalisées sans modification du traitement habituel, en vérifiant pour les AVK que l'INR est bien dans la zone cible. Pour la chirurgie dentaire, des précautions supplémentaires peuvent être prises : éviction des agents interférant avec l'hémostase (*A/NS*), usage de colles, compresses hémostatiques et compression locale par morsure, bains de bouche à l'Exacyl.



Chirurgie et Antivitamine K :

Pour les chirurgies à risque hémorragique modéré ou élevé, l'arrêt des AVK s'impose et l'intervention n'est réalisée qu'après obtention d'un INR < 1,5.

Ceci nécessite usuellement 4 jours d'arrêt pour le sin-trom, 5 jours pour le prévis-can et 6 jours pour la cou-madine. Une bonne estimation du risque lié à l'arrêt du médicament anti-thrombotique s'impose afin de décider de l'intérêt éventuel d'un traitement de

relais plus maniable et de ses modalités. Si un relais est décidé, il démarrera le matin après avoir sauté 2 prises (un relais plus précoce expose à un risque hémorragique accru). Le traitement AVK sera repris en post opératoire le soir dès que l'alimentation orale

sera possible et le risque hémorragique maîtrisé, avec interruption du traitement de relais une fois l'INR cible obtenu de façon stable.

Chirurgie et anti-agrégants plaquettaires :

On estime actuellement que 10% des accidents artériels aigus sont en rapport avec l'arrêt des anti agrégants plaquettaires, qu'il s'agisse d'accidents artériels périphériques, cérébraux ou coronaires. Ces derniers sont de plus associés à un risque de décès 2 fois plus important par rapport à ceux survenant en dehors de tout arrêt thérapeutique. Le pic de survenue de ces accidents se situe 10 jours après l'arrêt du traitement, cor-

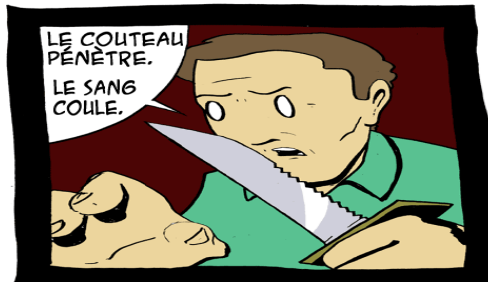
respondant à la durée de vie des plaquettes et au recouvrement d'une fonction plaquettaire normale. Il importe donc de bien mettre en balance le risque hémorragique accru lié au maintien du traitement avec le risque thrombotique lié à son arrêt. En pratique, à l'exception de la chirurgie intracrânienne, de l'amygdalectomie et de la chirurgie urologique endoscopique, l'aspirine prescrite en prévention secondaire doit être poursuivie. A l'inverse, il est aujourd'hui recommandé de stopper les thienopyridines (Plavix*) 5 jours avant l'intervention, et de les reprendre 2 jours après: cette stratégie vise à restaurer une compétence plaquettaire suffisante pour

l'hémostase tout en gardant une couverture antithrombotique. Si on décide d'un arrêt de 10 jours (situation exceptionnelle), il faut remplacer le Plavix* par de l'aspirine : les héparines de bas poids moléculaire sont inefficaces dans cette indication.

« l'aspirine prescrite en prévention secondaire doit être poursuivie »

Cas particulier de la chirurgie en urgence :

Dans la majorité des cas, le report de la chirurgie n'est pas envisageable avec un délai suffisant pour limiter efficacement le risque hémorragique lié à la poursuite des antiagrégants plaquettaires. De plus, l'augmentation du saignement chez un patient sous antiagrégant est faible pour l'aspirine et non documentée pour le Plavix : la chirurgie sera donc effectuée en informant le patient et l'entourage du risque hémorragique accru et de l'éventualité de transfusion sanguine. La transfusion plaquettaire n'est pas recommandée



en prévention du risque hémorragique chez les patients sous antiagrégants, mais peut s'avérer nécessaire en curatif.

Concernant les patients sous AVK et à l'exception des chirurgies à faible risque hémorragique, il est indispensable de ramener l'INR < 1,5. Si la chirurgie est différable, on administre 2 mg de vitamine K intraveineux ou 4 mg per os, à renouveler toutes les 12 à 24 heures en fonction de l'INR et de l'urgence de la chirurgie. En cas de chirurgie non différable, l'administration de PPSB adapté au poids et au TP initial permet d'opérer immédiatement. L'administration de fortes doses de vitamine K (1 ampoule = 10 mg intraveineux) est à proscrire, rendant impossible la reprise des AVK avant 1 mois.

Implications pour l'anesthésie :

Une anesthésie générale est toujours réalisable lorsque le geste chirurgical est indispensable. Il existe cependant des interventions ou des patients pour lesquels une anesthésie loco régionale serait préférable, que ce soit en termes de confort ou de sécurité. Chez les patients sous anti coagulants ou antiagrégants se pose la question du supplément de risque induit par le traitement.

« Une anesthésie générale est toujours réalisable lorsque le geste chirurgical est indispensable »

Pour les anesthésies péri médullaires (rachianesthésie, anesthésie péridurale), le risque d'hématome compressif responsable de séquelles neurologiques est de 1/200000, multiplié par 100 en cas de traitement anticoagulant efficace (héparine ou AVK) et par 5 sous HBPM. Des recommandations ont été émises concernant les bonnes pratiques face à cette problématique.

Concernant les anesthésies loco régionales périphériques, les blocs profonds répondent aux mêmes règles (lombaire postérieur, sciatique « haut », interscalénique, supra ou infra claviculaire). Pour les blocs superficiels, plus distaux, accessibles à la compression, le rapport bénéfice/risque est plus favorable.

Dr D. GARNIER
Responsable UF Anesthésie

Conclusion :

Le dogme de l'arrêt pré opératoire des antithrombotiques est actuellement mis à mal à la lumière de la survenue de thromboses vasculaires fréquentes et graves, notamment au niveau coronarien. Si la situation est relativement clarifiée pour ce qui concerne les traitements AVK et leur relais, les anti agrégants continuent de poser des problèmes difficiles. La décision de les interrompre ne peut être que collégiale (anesthésiste, chirurgien, cardiologue) et le patient doit être clairement informé des risques liés au maintien comme à l'arrêt du traitement.

Médicaments et Anesthésie : lesquels surtout ne pas arrêter ?

Introduction

La crainte d'interactions médicamenteuses néfastes (notamment du point de vue cardiovasculaire ou concernant l'hémostase), et aussi les impératifs du jeûne pré opératoire, conduisent fréquemment à une interruption des traitements des patients anesthésiés. Cette attitude repose souvent sur des dogmes anciens ou des données physiopathologiques mal étayées. De nombreuses études épidémiologiques sont venues apporter un rationnel quant à l'optimisation de la prise en charge péri opératoire des patients

et de leurs traitements antérieurs, et ont montré pour de nombreuses classes médicamenteuses l'effet néfaste d'un arrêt intempestif. Le but de cet exposé est de proposer une attitude pratique à partir des données de la littérature sur ce sujet (en excluant les médicaments interférant avec l'hémostase, faisant l'objet d'une mise au point séparée).

« effet néfaste d'un arrêt intempestif pour la plupart des médicaments avant une anesthésie »

Quels médicaments surtout ne pas stopper

Il s'agit de traitements devant impérativement être poursuivis aux doses et horaires habituels, pouvant être pris avec un peu d'eau jusqu'à 1 à 2 heures avant l'intervention et être poursuivis en post opératoire. En l'absence de prise per os possible, il faut impérativement prendre le relais par la voie veineuse pour le produit concerné ou un équivalent. Si cette formulation n'existe pas, la durée de l'interruption thérapeutique doit être réduite au minimum.

	risque à l'arrêt
Médicaments à visée cardio vasculaire <ul style="list-style-type: none">• béta bloquants• statines• aspirine	augmentation de la fréquence et de la gravité des évènements coronaires péri opératoires
Médicaments du système nerveux <ul style="list-style-type: none">• anti parkinsoniens• anti convulsivants• anti Alzheimer• traitements des douleurs neuropathiques	recrudescence des symptômes ; hyperthermie maligne convulsions accélération de la détérioration des fonctions supérieures syndrome de sevrage
Corticothérapie au long cours	insuffisance surrénale aiguë
Anti retroviraux	immunodépression ; augmentation de la charge virale ; apparition de résistance si un seul est stoppé
Anti rejet de greffe	rejet aigu et perte du greffon

Quels médicaments faut-il toujours arrêter?

Pour ces médicaments, la dernière prise doit avoir lieu 48h avant l'intervention, permettant de bénéficier de l'effet thérapeutique, tout en minimisant le risque d'effets secondaires en péri opératoire.

Médicaments du système nerveux : avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), l'utilisation des sympathomimétiques indirects (éphédrine) peut entraîner une libération massive et fatale de noradrénaline. L'arrêt des IMAO de nouvelle génération 48 h avant l'intervention évite toute interférence médicamenteuse.

Médicaments à visée cardiovasculaire : les effets arythmogènes des antiarythmiques de classe I et la mortalité associée impose l'arrêt de ces traitements.

Antidiabétiques oraux : un déséquilibre glycémique péri opératoire est associé à une augmentation des complica-

tions, notamment infectieuses, de la chirurgie. Les traitements doivent donc être poursuivis et optimisés en pré opératoire. Les biguanides doivent être stoppés, du fait du risque de survenue d'une acidose lactique à l'occasion d'une altération de la fonction rénale.

Conclusion

Les maladies tuent davantage les patients que leurs traitements, et ceci est particulièrement vrai lors des périodes d'agression telles que la chirurgie. Seul de rares molécules justifient une interruption pour prévenir un risque potentiel. A l'inverse, certains traitements doivent absolument être poursuivis en péri opératoire, voire introduits si le malade n'en bénéficiait pas auparavant.

Dr B. DAVIAU
Anesthésiste - Réanimateur

J'ai accouché sous péridurale.

Depuis, j'ai mal au dos.

Après un accouchement, avec ou sans péridurale, 67% des femmes ont des douleurs lombaires. Les principaux facteurs de risque sont la petite taille et le surpoids. La péridurale peut rendre compte d'une douleur précoce en rapport avec traumatisme de l'aiguille, pouvant durer quelques semaines du fait de l'hématome.

Après une péridurale, on a mal à la tête.

L'anesthésie péridurale consiste à injecter des anesthésiques locaux à proximité des racines nerveuses, autour de l'enveloppe que constitue la dure mère. Ce n'est que lorsque cette enveloppe est franchie accidentellement (0,5% des cas) que surviennent des céphalées. Actuellement, celles-ci sont totalement abolies par réalisation d'une nouvelle péridurale et injection de sang pour colmater la brèche (*blood patch*).

La belle soeur de la voisine de ma tante est restée paralysée après une péridurale.

Une paralysie complète et définitive des membres inférieurs est possible après péridurale, en rapport avec la

survenue de lésions nerveuses : ceci est extrêmement rare, de l'ordre de 1 par million, risque très inférieur aux risques de la vie courante.

la péridurale en questions

Avec une péridurale, on ne peut pas pousser.

Un déficit transitoire de la force musculaire des abdominaux et des muscles des membres inférieurs, en rapport avec un surdosage en anesthésiques locaux, est devenu rare avec l'amélioration des procédures, et régresse totalement en diminuant les doses. Il est même possible de déambuler sous péridurale, plutôt que de rester allongée plusieurs heures sur un brancard dans la salle d'accouchement. Actuellement, il n'y a pas plus de forceps ou de césariennes avec que sans péridurale.

La péridurale, c'est seulement pour le confort.

La péridurale est en effet le seul traitement efficace des douleurs liées au

travail obstétrical. Il faut aussi savoir qu'environ 20% des grossesses se terminent par une césarienne. Lorsqu'une péridurale a préalablement été posée « à titre de confort », on évite la réalisation d'une anesthésie générale en urgence, dont les complications sont 15 fois plus fréquentes. Actuellement, on retient chez certaines femmes des indications médicales de péridurale préventive, à mettre en place dès le début du travail.

La péridurale, c'est seulement pour les femmes enceintes.

Après chirurgie digestive, la péridurale est la seule méthode analgésique efficace lors des mobilisations des patients, ou encore pour permettre une toux efficace. De plus, elle accélère la reprise du transit. Son utilisation précoce dans les traumatismes graves du thorax permet, par l'analgésie procurée, une kinésithérapie efficace et évite la ventilation artificielle à bon nombre de patients. Son utilisation est également possible pour calmer des douleurs très intenses comme celles observées dans les pancréatites aiguës.

Dr D. GARNIER
Responsable UF Anesthésie

L'Urgentiste et l'Anesthésie

Le 1^{er} recours hospitalier du patient qui va très mal est le médecin urgentiste. La prise en charge de ce type de patient était, jusqu'à il y a peu, du ressort exclusif de l'anesthésiste réanimateur. La plupart du temps la permanence aux urgences était assurée par des médecins en formation. On a assisté depuis plusieurs années à l'éclosion du métier d'urgentiste, avec une formation poussée concernant les urgences observées dans toutes les spécialités. Cependant, un traitement efficace des patients les plus sévèrement atteints impose la maîtrise de certaines techniques d'anesthésie. Un transfert de compétence des anesthésistes vers les urgentistes était nécessaire : celui-ci a été officialisé par des recommandations de sociétés savantes, définissant les drogues et techniques anesthésiques utilisables par les urgentistes, pour la prise en charge initiale des situations les plus graves. La formation continue est assurée au bloc opératoire à Lourdes pour tous les urgentistes du pôle. Cette relation

anesthésiste-urgentiste est également à même d'optimiser la prise en charge



initiale des patients non pas qui vont mal, mais qui ont mal. En effet le traitement le plus efficace des douleurs intenses repose, lui aussi, sur des drogues ou des techniques d'anesthésie. C'est dans cet esprit que nous avons développé l'analgésie initiale de certaines douleurs traumatiques par des techniques d'anesthésie locorégionale, mises en œuvre d'emblée par le médecin urgentiste, notamment pour les fractures du col fémoral ou

encore les fractures de jambe ou les luxations de cheville. Le confort procuré au patient est ainsi maximal tout au long de son parcours aux urgences, notamment lors des mobilisations (*brancardages, réalisation de radiographies...*). Concernant les produits de l'anesthésie générale, l'usage des morphiniques les plus puissants (*400 fois la morphine*) issus de la pratique anesthésique est lui aussi possible lorsque la situation l'exige. Actuellement, la mise sur le marché de drogues anesthésiques de très courte durée d'action fait envisager leur usage pour des actes brefs mais extrêmement douloureux réalisables par l'urgentiste (*fracture de jambe + chaussure de ski*). Ceci est à l'étude à Lourdes et nous travaillons actuellement aux pré requis sécuritaires indispensables à ce type de procédure (*monitorage et conditionnement, protocoles écrits, injection lente avec objectif de sédation, évaluation du risque d'inhalation*).

Dr M. BAUDON
Urgentiste

L'Ambulatoire Kézako ?

Ca y est la page blanche est enfin rédigée et quasiment sous presse, mais la dernière page reste vierge!!! Les collègues me disent «*écris sur l'ambulatoire, t'arrête pas d'en parler, de dire qu'il y a plein de trucs à faire alors vas-y....*».

Comment procéder? Femme des années 2000, je vais sur GOOGLE, tape ambulatoire sur mon clavier et lis: «*le terme ambulatoire désigne un traitement qui ne nécessite pas l'hospitalisation du malade*»; je transpose à mon activité professionnelle et recherche chirurgie ambulatoire: «*geste chirurgical qui se fait dans la journée et qui ne nécessite pas que le patient reste le soir à l'hôpital*». Voilà tout est dit, et pourtant.....

L'acte ambulatoire est complexe. Un patient, une intervention chirurgicale et un acte d'anesthésie: une alchimie doit s'opérer dans un laps de temps très court mais néanmoins suffisant. Ceci pourrait paraître fou et dangereux, faire vite et bien est souvent difficile; or en matière de santé le jeu n'a pas sa place. Pourtant c'est tout à fait envisageable, même mieux sous réserve d'une bonne organisation préalable et d'une communication parfaite entre professionnels de santé.

Posons les bases de réflexion sur notre politique ambulatoire. Chacun sait la position délicate dans la quelle se trouve notre hôpital. Les opinions divergent quant aux solutions, chacun défendant prioritairement ce qu'il pense être bon pour son hôpital.

« pourquoi garder à l'hôpital des patients pour juste leur donner des comprimés qu'ils peuvent prendre chez eux? »

Développer l'acte ambulatoire constitue un progrès et aidera notre structure.

Certes l'unité ambulatoire existe déjà et fonctionne, mais elle n'en est qu'aux balbutiements. Faire mieux et plus ne nécessite pas un investissement financier important mais impose un changement des mentalités. Nos voisins européens y parviennent parfaitement.

Le bénéfice escompté ne doit pas faire déroger aux règles de sécurité édictées par nos sociétés savantes.

Je terminerai en vous proposant une rencontre sur ce thème à l'automne 2008. Si le fond est clair, la forme reste à définir et vos suggestions sont les bienvenues.

Dr B. DAVIAU
Anesthésiste - Réanimateur



mail :

daur@ch-lourdes.fr

téléphone:

05 62 42 44 18



Impression : Centre Hospitalier de LOURDES

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Maurice RIGAL
COORDONNATRICE : Christiane LESPIAUCQ
COMITE DE RÉDACTION ET DE LECTURE : Equipe Bloc - Urgence - Réanimation
CONCEPTION : Jean-Louis CHILAUD - Christiane LESPIAUCQ

CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES - 2 avenue Alexandre Marqui - BP. 710 - Tél. : 05 62 42 42 42 - Fax : 05 62 42 43 44
65107 LOURDES CEDEX - e.mail : Direction @ ch-lourdes.fr - site internet : www.ch-lourdes.fr