

Critères décisionnels de prise en charge postopératoire

Séjour en USC ou transfert programmé en réanimation?

Evaluation avant

1. Il existe des scores prédictifs de la fréquence des complications postopératoires
 - a. Vrai
 - b. Faux
2. Le pourcentage de patients admis en réanimation plus de 12 heures après les premiers signes d'instabilité est de
 - a. 66%
 - b. 35%
 - c. 11%
3. Il existe une relation entre délai d'admission en réanimation et décès des patients instables
 - a. Vrai
 - b. Faux

Préopératoire

- Homme de 80 ans, dément, disposant d'une aide à domicile pour la vie quotidienne
- Adressé pour tumeur de la charnière rectosigmoïdienne. Résection anastomose en un temps prévue
- Dernière coloscopie 3 mois auparavant. Pas de bilan d'extension disponible
- Bilan préanesthésique sans particularité
 - Hémoglobine 12,1g/dl
 - Albuminémie 35 g/l
 - SGOT 45 UI/l
 - ECG normal
- Planification
 - D'une anesthésie générale
 - D'une antibioprophylaxie conforme aux recommandations
 - D'un séjour postopératoire de 8 jours en service de chirurgie

Selon vous, chez ce patient, les éléments prédictifs de complications périopératoires sont

1. L'âge
2. Le délai entre la coloscopie et l'intervention
3. Les valeurs de transaminases
4. L'albuminémie
5. Le type d'intervention
6. Le degré de dépendance

En chirurgie non cardiaque, la probabilité de complications périopératoires augmente quand

- L'albuminémie est inférieure à 35 g/l
- La classe ASA est supérieure à 2
- La complexité de l'intervention est élevée
- L'autonomie dans la vie quotidienne est réduite
- Il y a des antécédents de BPCO
- L'âge augmente (surmortalité de 10% par année après 70ans. Mc Nicoll et al. MJA 2007; 186:447-452)
- L'hématocrite est $\leq 38\%$
- Les leucocytes sont $> 11\ 000/\text{mm}^3$
- La perte de poids est $> 10\%$ en 6 mois
- L'urée est $> 400\ \text{mg/l}$

Khury SF et al. Ann Surg 2008; 248: 329-336

Peropératoire

- Découverte peropératoire d'une 2nde lésion
 - Sigmoidienne
 - Adhérente à la loge prostatique
- La dissection entraîne un saignement brutal
 - De volume impossible à estimer
 - Entraînant un collapsus (PA 70/40 pendant 10 minutes)
 - Compensée par Ringer Lactate 2,5l et Voluven[®] 500 ml
- Gestion de l'hémorragie
 - Transfusion d'un concentré globulaire
 - Hemocue[®] post-transfusionnel 9,8g/dl
 - Confirmé par le laboratoire

Selon vous, chez ce patient, la probabilité de complications périopératoires

1. Augmente en raison
 - a. De la transfusion
 - b. Du collapsus
 - c. Du caractère plus complexe de l'intervention
 - d. Du type de remplissage vasculaire utilisé
2. Justifie un séjour en Unités de Soins Continus (USC)
 - a. Oui
 - b. Non

La probabilité de complications périopératoires augmente quand

- L'hématocrite est $\leq 38\%$ (Khury SF et al. Ann Surg 2008; 248: 329-336)
- Une hypotension incontrôlée peropératoire survient (Haller G et al. Anesthesiology 2005; 103:1121-1129)

Le recours à l'USC est justifié conformément à la réglementation

- **Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002:** (pour) « des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique ».
- **Circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003:** (pour des) « situations où l'état ou le traitement du malade font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique »

Postopératoire

- Prescriptions « standard » incluant la prévention de la MTE, NFS-plaquettes quotidiennes. Hospitalisation en service de chirurgie
- J₁ ECG inchangé par rapport à la référence préopératoire
- J₂ agitation de ce patient dément, attribuée à l'anémie
 - Hémoglobine 7,5 g/dl
 - Transfusion de 2 concentrés globulaires
- J₄ (dimanche après – midi)
 - Douleurs fièvre 38,8°C, oligurie 250 ml en 12 heures
 - Gêne respiratoire, SpO₂ oscillant entre 88 et 93% sous O₂ nasal 3l/min
 - Suspicion clinique d'occlusion
 - Mise en place d'une sonde naso-gastrique
 - Début de perfusion de Dopamine
- J₅ demande de transfert en réanimation
 - Pas de place disponible avant la fin de journée
 - Confirmation radiologique de l'occlusion
 - Décès avant le transfert

Selon vous, chez ce patient, un séjour en USC aurait permis

1. D'éviter le décès du patient
2. De détecter précocement les signes de complication
3. De réaliser d'autres examens complémentaires
4. De diagnostiquer la nature de la complication
5. De transférer le patient en réanimation dans des délais adaptés

Gestion du patient instable

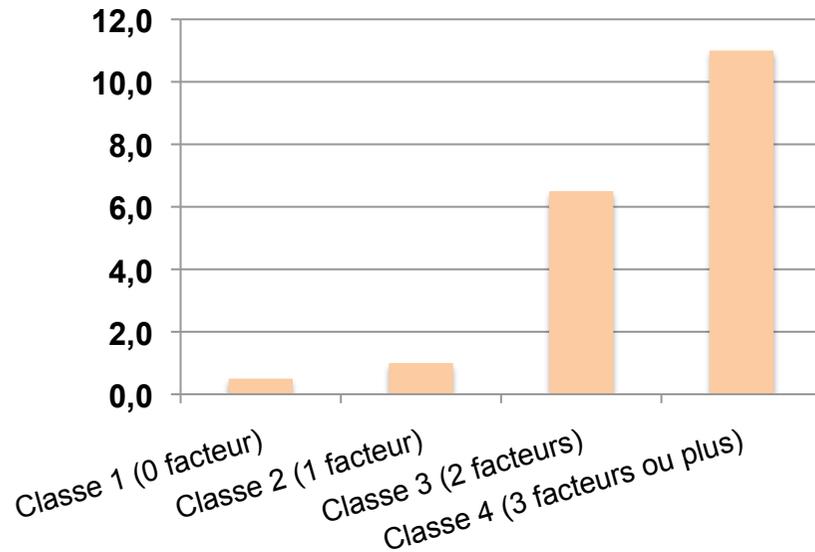
- Dans 66% des cas l'admission en réanimation a lieu plus de 12 heures après les premiers signes d'instabilité physiologique (NCEPOD 2005)
- La prise en charge par une équipe adaptée (USC) repose sur la présence d'au moins 3 des critères suivants ou leur persistance malgré une prise en charge rapide dans le service (Mc Gaughey J et al. Cochrane Database Syst Rev 2007; 3: CD005529)
 - Fréquence Respiratoire >25 ou <10/mn
 - SpO2 < 90%
 - PAS < 90 mmHg ou FC > 130/mn
 - Diurèse < 100 ml en 4 heures
 - Patient incomplètement orienté ou vigile
- Le ratio de mortalité standardisé croît avec le délai d'admission en réanimation (Goldhill DR et al. Int Care Med 2004; 30 (10): 1908-1913)

Scores de gravité et prévision des complications

Score de Goldman/Lee

- chirurgie majeure,
- insuffisance coronaire,
- insuffisance cardiaque,
- antécédent d'accident vasculaire cérébral,
- diabète insulino-dépendant,
- créatininémie supérieure à 117 µmol/l

Probabilité de complication cardiaque(%)

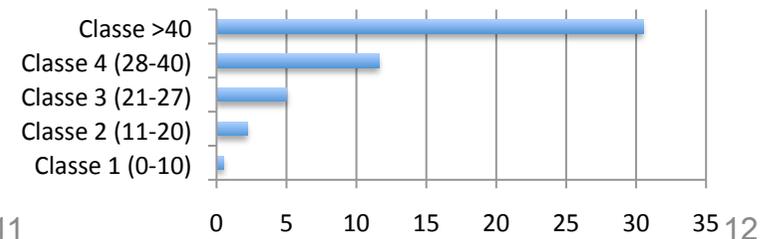


ARRES-ASSPRO 2011

Score d'Arozullah

Facteur de risque préopératoire	Nombre de points
Type de chirurgie	
Anévrysme aorte abdominale	27
Thoracique	21
Abdominale haute, neurochirurgie, vasculaire périphérique	14
Cervicale	11
Chirurgie urgente	11
Albuminémie <30g/l	9
Urée sanguine >10,7mmol/l	8
Absence d'autonomie physique totale ou partielle	7
Bronchopneumopathie chronique obstructive	6
Age	
≥ 70 ans	6
60-69 ans	4

Probabilité de décompensation respiratoire (%)

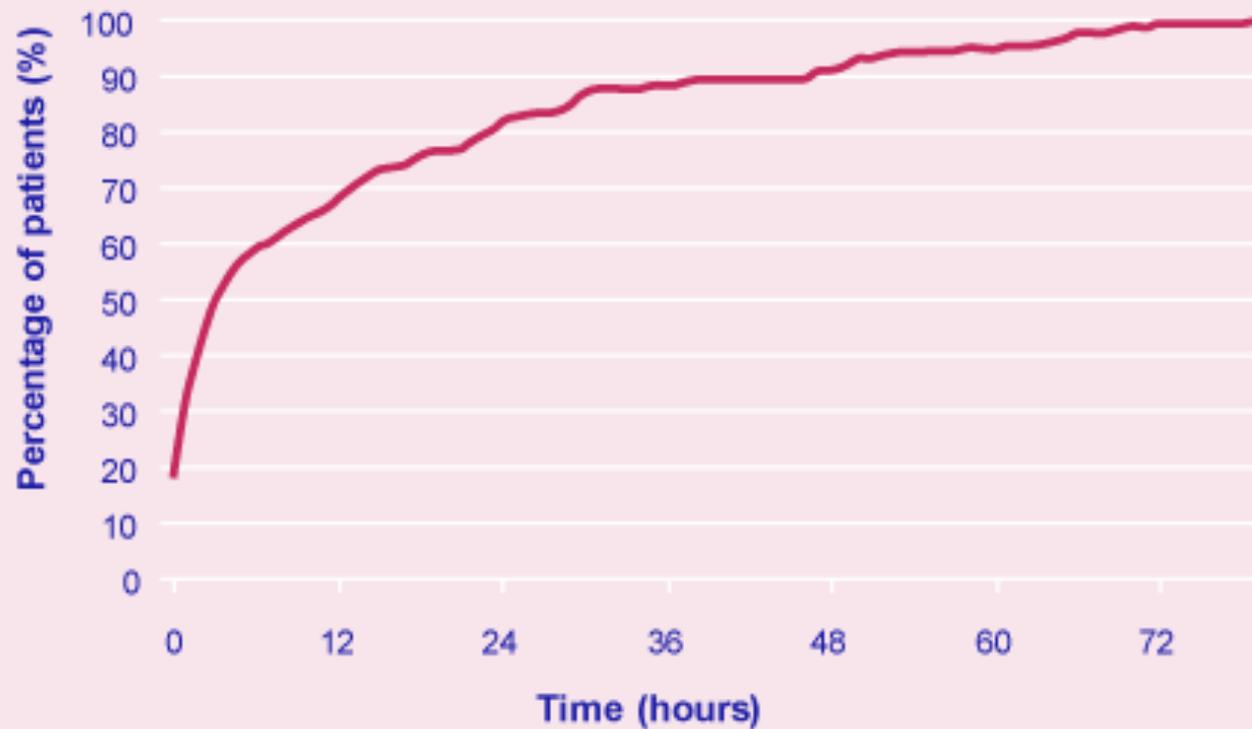


© M. Sfez 2011

Décider en préopératoire

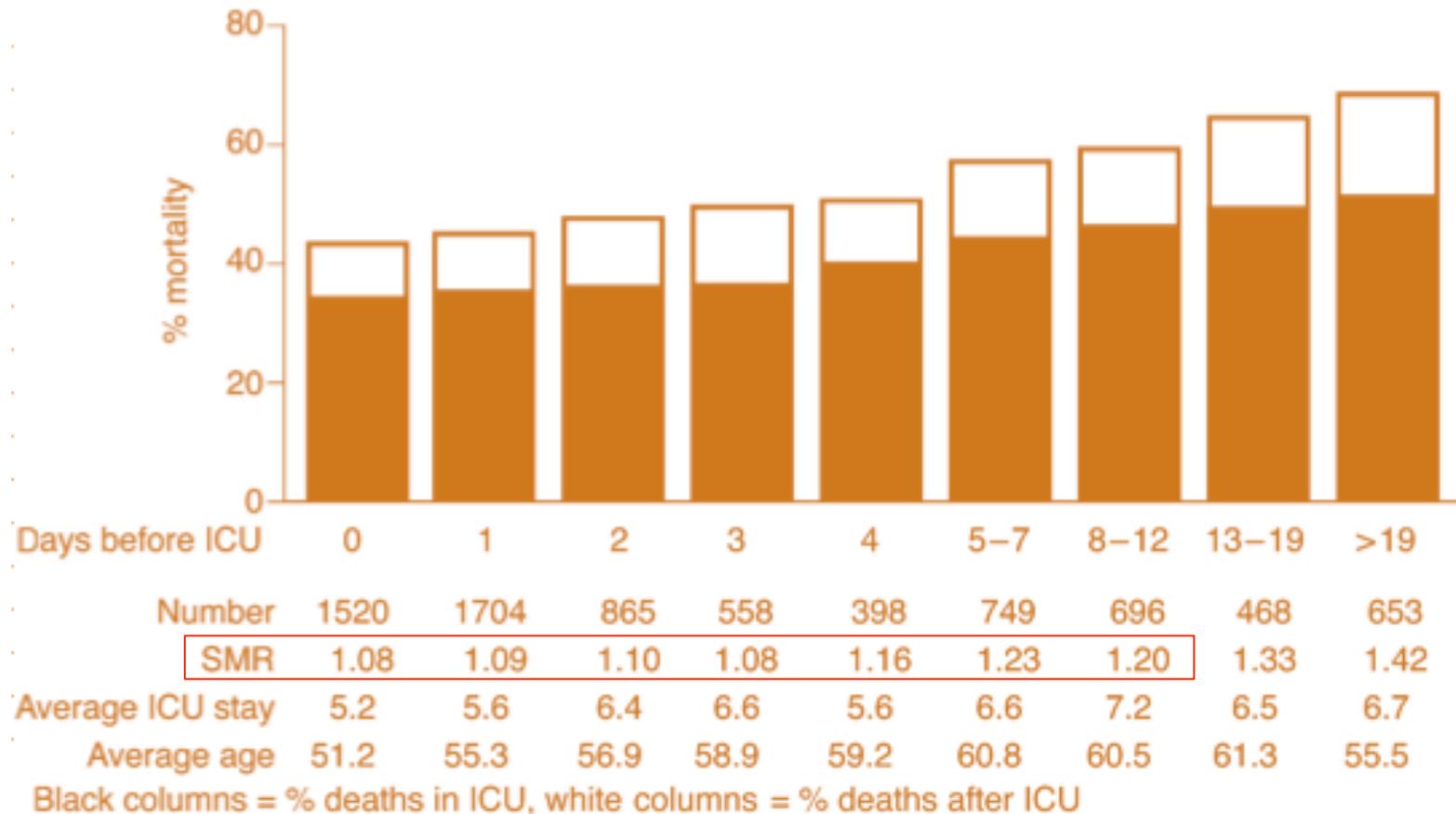
- Théoriquement possible en fonction de
 - L'acte prévu
 - Des paramètres cliniques et biologiques de routine
- En réalité (Deruddre S et al. Ann Fr Anesth Reanim 2008; 27: 679-684)
 - La classe de risque est sous-évaluée pour les classes les plus élevées
 - La probabilité de complication correspondante est largement surévaluée
 - Suggérant la nécessité d'une aide à la décision disponible dès la consultation d'anesthésie
- Sans préjuger des complications préopératoires
 - Obligeant à réévaluer le risque
 - Pouvant nécessiter de modifier la stratégie de prise en charge

Décider tôt



Délai entre les signes cliniques d'instabilité et l'admission en réanimation
NCEPOD 2005

Délai d'admission en réanimation et survie



Goldhill DR et al. Int Care Med 2004; 30 (10): 1908-1913

En pratique

- Définir une stratégie avant l'intervention
 - De façon codifiée et protocolisée
 - Conjointement avec les opérateurs
 - Dans le cadre de conventions interétablissements
- Réévaluer la stratégie en fonction des événements
 - Peropératoires: 3^{ème} volet de la check – list

10 Le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier examinent et transmettent les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge post-opératoire du patient(notamment, la prévention thromboembolique).

- Postopératoires:
 - Présence médicale
 - DOSSIER MEDICAL

Evaluation après

1. Il existe des scores prédictifs de la fréquence des complications postopératoires
 - a. Vrai
 - b. Faux
2. La fréquence des patients admis en réanimation plus de 12 heures après les premiers signes d'instabilité est de
 - a. 66%
 - b. 35%
 - c. 11%
3. Il existe une relation entre délai d'admission en réanimation et décès des patients instables
 - a. Vrai
 - b. Faux