

Anesthésie locale, locorégionale et générale IC-136

- Connaître le nombre d'actes annuel, les cinq interventions les plus fréquentes
- Connaître la mortalité imputable à l'anesthésie
- Connaître les principes du décret anesthésie
- Connaître les principes de la consultation pré-anesthésique
- Connaître les différents types d'anesthésie
- Connaître les principes d'une anesthésie générale, indications, principales complications
- Connaître les principes d'une anesthésie locale et locorégionale, les indications, les principales complications
- Connaître le mécanisme d'action des anesthésiques locaux
- Connaître les principaux anesthésiques locaux
- Connaître le mécanisme de la douleur pendant le travail et l'accouchement
- Connaître les principes d'une analgésie/anesthésie obstétricale, les principales complications
- Connaître la réhabilitation précoce après chirurgie (RAC) et chirurgie ambulatoire

Connaître le nombre d'actes annuel, les cinq interventions les plus fréquentes

Plus de 10 millions d'actes d'anesthésie sont réalisés en France chaque année. Plus de 50% sont réalisées en ambulatoire, avec un objectif à terme d'atteindre 70%. Les 5 interventions les plus fréquentes sont :

- les endoscopies digestives
- les accouchements par voie basse et césariennes
- les interventions sur le cristallin
- la chirurgie de la bouche et des dents
- les libérations du canal carpien

Connaître la mortalité imputable à l'anesthésie OIC-136-02-A

En raison des procédures de sécurité très rigoureuses qui entourent le processus anesthésique en France, dont son encadrement juridique, la mortalité directement imputable à l'anesthésie a été considérablement réduite depuis les années 1990. Elle est ainsi passée de 1 décès imputable à l'anesthésie pour 10000 anesthésies (début des années 1980), à un décès pour 150 000 (1999), pour s'établir autour de 1/200 000 actuellement.

Connaître les principes du décret anesthésie OIC-136-03-A

L'exercice de l'anesthésie est régi par des décrets sécurité, insérés dans le code de santé publique.

En cas d'acte programmé nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale :

1. une **consultation pré-anesthésique**, réalisée au moins 2 jours avant une intervention programmée, valable pour une durée de 1 mois (sauf avis anesthésique) (« **consultation pré-anesthésique** ») ;
2. une **visite pré-anesthésique** réalisée dans les 24 heures précédant une intervention programmée ;
3. les moyens nécessaires à la réalisation de la procédure d'anesthésie ;
4. une surveillance continue après l'intervention ;
5. une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuée.

Le processus anesthésique dans sa globalité est résumé dans la figure 1 (« **Explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique** »). Le processus anesthésique est identique qu'il s'agisse d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie locorégionale.

En cas d'intervention urgente, le processus anesthésique est adapté au degré d'urgence de la situation.

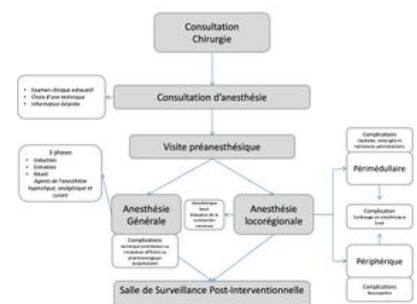


Figure 1. Processus anesthésique pour un acte programmé nécessitant une anesthésie générale ou locorégionale.

Connaître les principes de la consultation pré-anesthésique OIC-136-04-A

Les principes de la consultation pré-anesthésique sont présentés dans la figure 2 (« **consultation pré-anesthésique** », « **demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique** », « **explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique** », « **prévention des infections liées aux soins** »).

Les traitements dont l'adaptation posologique est nécessaire en raison des risques en péri-opératoire sont présentés dans le tableau 1 (voir item 322 « La décision thérapeutique personnalisée »).

Tableau 1. Traitements dont l'adaptation posologique est nécessaire en péri-opératoire.

Traitements	Risque péri-opératoire	Conduite à tenir en péri-opératoire
Antiagrégant plaquettaire	Hémorragie	Acide acétylsalicylique : poursuite sauf cas particuliers Autres : concertation pluridisciplinaire
Anticoagulant	Hémorragie	Arrêt
Diurétique	Hypovolémie, dyskaliémie	Arrêt
Antagoniste du SRAA	Hypotension artérielle	Arrêt si HTA Poursuite dans autres indications
Biguanide	Acidose lactique	Arrêt
Sulfamide ou glinide	Hypoglycémie	Arrêt
Insulines	Acidocétose, hypoglycémie	Insuline lente : poursuite Insuline ultra-rapides : adaptation
Corticothérapie au long cours	Insuffisance surrénalienne aiguë	Poursuite + opothérapie substitutive

Consultation pré-anesthésique obligatoire
par un médecin anesthésiste-réanimateur
au moins 48 h avant une intervention programmée
délai adapté au degré d'urgence si intervention urgente

5 étapes

1. Évaluation clinique antécédents, état clinique actuel, traitements durée du jeun en cas d'urgence
2. Élaboration d'une stratégie péri opératoire type d'anesthésie, modalités de surveillance type d'hospitalisation (ambulatoire, conventionnelle, soins critiques)
3. Définir/précrire des examens ou avis complémentaires si nécessaire AUCUN EXAMEN SYSTÉMATIQUE NI OBLIGATOIRE Indication selon : évaluation clinique et antécédents du patient, type de chirurgie et anticipation des problématiques périopératoires
4. Gérer les traitements chroniques et/ou prescription de nouveaux traitements Poursuite/arrêt des traitements en cours (voir item 322 et tableau 1) Prescription de l'antibioprophylaxie selon le risque d'infection liée aux soins Anticipation des prescriptions post-opératoires si prise en charge ambulatoire (antalgiques)
5. Informer le patient et recueillir un consentement éclairé et écrit

Figure 2. Principes de la consultation pré-anesthésique.

Connaître les différents types d'anesthésie OIC-136-05-A

- **Anesthésie générale** : perte de conscience réversible induite par l'administration d'un hypnotique, souvent associé à un analgésique +/- à un curare
- **Anesthésie locorégionale** : interruption transitoire de la conduction nerveuse tout en conservant l'état de conscience. 2 types : péri-médullaire (autour de la moelle épinière) ou périphérique (autour d'un nerf). L'anesthésie locorégionale peut être utilisée à des fins analgésiques ou dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique (« **douleur aiguë post-opératoire** », « **prévention de la douleur liée aux soins** », « **évaluation et prise en charge de la douleur aiguë** »)
- **Anesthésie locale** : administration d'un anesthésique local par infiltration ou par voie topique en regard de la zone à opérer ou à analgésier. Il s'agit du seul type d'anesthésie qui peut être réalisé par tout médecin quelle que soit sa spécialité.

Le processus anesthésique pour un acte programmé est résumé dans la figure 1 (voir 2C-136-PC-A01). Le processus anesthésique est identique qu'il s'agisse d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie locorégionale (« **explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique** »).

Connaître les principes d'une anesthésie générale, indications, principales complications OIC-136-06-A

Les principes, indications et principales complications d'une anesthésie générale sont présentés dans la figure 3 (« **explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique** »).

Le mécanisme d'action des curares est présenté dans la figure 4.

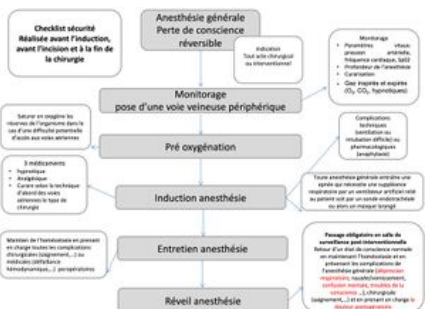


Figure 3. Principes, indications et principales complications d'une anesthésie générale

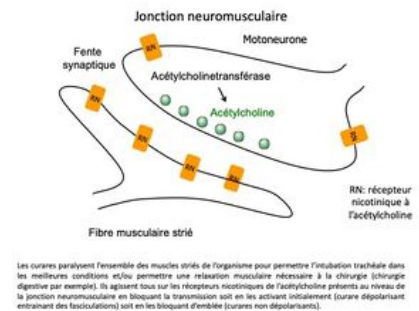


Figure 4. Mécanisme d'action des curares.

Connaître les principes d'une anesthésie locale et locorégionale, les indications, les principales complications OIC-136-07-A

Bases Anatomiques Les principes, indications et principales complications d'une anesthésie locorégionale sont présentés dans la figure 5 (« **explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique** »).

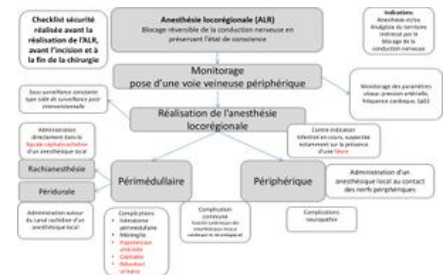


Figure 5. Principes, indications et principales complications d'une anesthésie locorégionale

Connaître le mécanisme d'action des anesthésiques locaux OIC-136-08-B

Lors de la réalisation d'une anesthésie locorégionale, les anesthésiques locaux utilisés agissent au niveau de la conduction nerveuse en bloquant les canaux sodiques voltages dépendants. Le potentiel d'action ne peut plus être conduit le long de la fibre nerveuse.

Connaître les principaux anesthésiques locaux OIC-136-09-B

Les principaux anesthésiques locaux utilisés sont :

- la lidocaïne
- la mépivacaïne
- la bupivacaïne
- la ropivacaïne

Connaître le mécanisme de la douleur pendant le travail et l'accouchement OIC-136-10-B

Les douleurs lors du travail sont de deux types : viscérales et somatiques. Pendant la première phase du travail, les contractions utérines conduisent à l'effacement puis à la dilatation du col utérin et l'influx douloureux d'origine viscérale est véhiculé par des fibres non myélinisées C. La douleur propre aux contractions est prise en charge par des fibres Aδ. Ces deux types de fibres ont un relais au niveau de la corne postérieure de la moelle de T10 à L1. À la fin de la première phase et lors de la deuxième phase du travail, une douleur d'origine somatique apparaît secondaire à la distension du plancher pelvien, du vagin et du périnée et elle est transmise par les nerfs honteux issus des racines sacrées S2-S4.

Connaître les principes d'une analgésie/anesthésie obstétricale, les principales complications OIC-136-11-A

Bases Anatomiques

La technique de choix pour l'analgésie/anesthésie obstétricale est l'anesthésie péri médullaire dont les principes ont été rappelés dans le chapitre sur l'anesthésie locorégionale (figure 5, voir 2C-136-PC-A04) (« **prévention de la douleur liée aux soins** », « **évaluation et prise en charge de la douleur aiguë** »).

Connaître la réhabilitation précoce après chirurgie (RAC) et chirurgie ambulatoire

OIC-136-12-B

La chirurgie ambulatoire est définie comme l'ensemble des actes chirurgicaux ou médicaux, diagnostiques ou thérapeutiques, réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et sans risque majoré pour le patient permettant la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. Afin de sécuriser cette prise en charge, les critères de sélection permettant de valider la prise en charge ambulatoire doivent être évalués en amont de la chirurgie (« **information et suivi d'un patient en chirurgie ambulatoire** »).

La chirurgie ambulatoire rentre dans le concept plus global de réhabilitation précoce après chirurgie (RAC) qui est une approche de prise en charge globale du patient **favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie**. Les points clés d'une RAC sont :

- informer le patient et le former à la démarche
- anticiper l'organisation des soins et la sortie du patient
- réduire les conséquences du stress chirurgical
- contrôler la douleur dans toutes les situations
- favoriser et stimuler l'autonomie des patients