

SFAV 2022

Création des abords vasculaires:

Anesthésie optimale  
et gestion des traitements

Dr Virginie Sastre – de Guillenchmidt  
Clinique Allerau Labrouste Paris 15

# Anesthésie optimale

= PEC ambulatoire

avec un minimum de retentissement pour le patient

avec un minimum de modification des traitements

# Anesthésie optimale

- Anesthésie Loco régionale: Bloc Axillaire ou bloc tronculaire
- Après conditionnement ECG / saturation / PNI
- Sédation +++ par BZP voire morphiniques : Alfentanil (10min) ou Sufentanil (45min)
- sous oxygénothérapie (diminue le LAST) voire protoxyde d'azote
- Antibioprophylaxie systématique

# Anesthésie optimale

- **ALR: principaux risques**

- Risque de traumatisme diminué avec emploi d'Aiguille biseau court et l'utilisation d'un échographe

- LAST (2,6/10000) passage IV ou surdosage

- Diminution LAST de 65% sous échographie
    - Choix de l'anesthésique local (AL)
    - Dosage de l'AL

# Anesthésie optimale

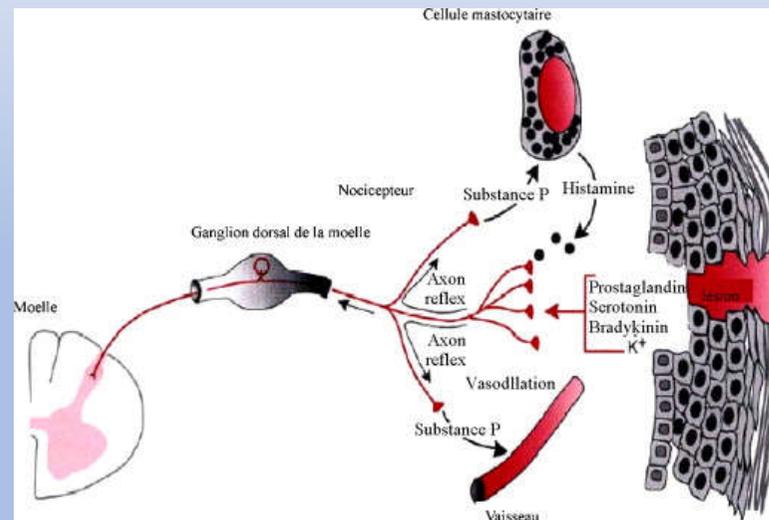
- **ALR: Avantages**

- Vasodilatation,
- Diminution de la réaction inflammatoire locale

# Anesthésie optimale

- **ALR: Avantages**

- Vasodilatation,
- Diminution de la réaction inflammatoire locale



# Anesthésie optimale

- **ALR: Avantages**

- Vasodilatation,
- Diminution de la réaction inflammatoire locale
- ambulatoire ++

# Anesthésie optimale

- **ALR: Avantages**

- Vasodilatation,
- Diminution de la réaction inflammatoire locale
- ambulatoire ++
  
- Contre indications à l'anesthésie générale
- Patients fragiles, souvent estomac pleins (diabétiques)
- avec une  $\frac{1}{2}$  vie médicamenteuse allongée (hospitalisation)
- Agés (troubles de la mémoire) et déjà souvent dépendants (malvoyants)
- Cardiopathies ischémiques ou insuffisances cardiaques

# Anesthésie optimale

- **LAST:**

- **Signes Cardiovasculaires:**

- Troubles de la conduction auriculo ventriculaire
    - Troubles du rythme : ventriculaire: tachycardie, FV, voire AC par asystolie
    - Hypotension artérielle/ collapsus

# Anesthésie optimale

- **LAST:**

- **Signes Neurologiques:**

- Signes subjectifs:

- picotements péribuccaux
      - Céphalées, distorsions visuelles ou auditives
      - Trémulation des extrémités

- Signes objectifs:

- Perte de connaissance, coma
      - Convulsions
      - Arrêt respiratoire

# Anesthésie optimale

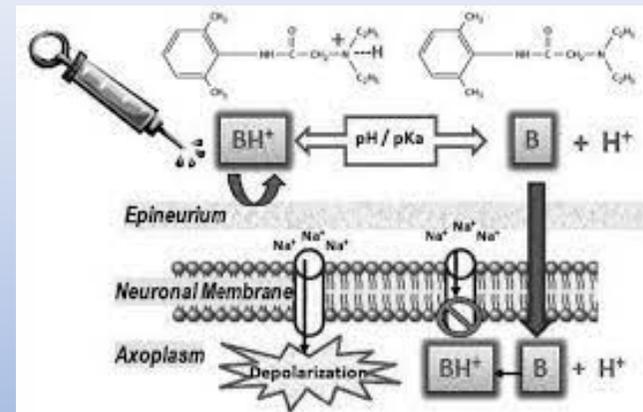
- ALR
    - **Choix du Produit anesthésiant et pharmacocinétique**
- |                            |              |                     |
|----------------------------|--------------|---------------------|
| - Lidocaïne / Xylocaïne    | (5'-2h)      | (cap fix prot: 65%) |
| - Mepivacaïne / Carbocaïne | (15-20'- 3h) | (75%)               |
| - Marcaïne / Bupivacaïne   | (20'-6h)     | (95%)               |
| - Ropicacaïne / Naropeïne  | (20'-4h)     | (94%)               |

Structures chimiques différentes: amides ou ester (plus hydrophile)

Pharmaco cinétique influencée par la solubilité lipidique, la capacité de fixation aux protéines plasmatiques (effet prolongé) et leur pKa (conjointement au pH extra et intra cellulaire)

# Anesthésie optimale

- ALR
  - **Choix du Produit anesthésiant et pharmacocinétique**



- **Pharmacodynamie**

Acidité augmente la fraction ionisée

L'insuffisance rénale a moins de retentissement que l'âge, l'insuffisance hépatique ou l'insuffisance cardiaque

# Anesthésie optimale

- ALR
  - **Dosage de l'AL**
    - Lidocaïne 500mg (2%: 50ml)
    - Mepivacaïne 400mg (20 mg/ml: 20ml)
    - Marcaïne 150mg (2,5mg/ml: 75ml 5mg/ml: 30ml)
    - Ropicacaïne 225-300mg (7,5%: 40ml)

Risque de LAST vs impotence fonctionnelle allongée à 12h

# Anesthésie optimale

- LAST traitement
  - Injection d'INTRALIPIDES 20% 3ml/Kg dès l'apparition des premiers symptômes
  - Oxygénothérapie
  - Propofol / BZP

# Anesthésie optimale

## En per opératoire:

- Surveillance respiratoire
  - désaturation sous sédation
- Surveillance hémodynamique
  - Poussée tensionnelle: tolérance jsq PAS 160
  - Hypotension chez certains dialysés
- Surveillance neurologique:
  - Malaise hypoglycémique
  - Toxicité AL
- Surveillance cardiologique
  - ECG (HK, accident ischémique, toxicité AL)

# Anesthésie optimale/ Gestion des traitements

## En préopératoire

Nécessité d'une consultation (48h)

- jeûn
- Bilan biologique: iono NFS creat TP TCA INR
- Cs cardio et ECG
- Recueil des traitements et gestion de celui ci
- Habitus et mdv, conditions pour l'ambulatoire
- Soutien psychologique (greffe)

# Gestion des traitements

- AAP
  - Kardegic: poursuite
  - CLOPIDOGREL/ BRILIQUE/ EFFIENT: arrêt J-5 et relai par Kardegic
  - Sauf stent actif de mois de 1 mois 1/2
- NACO
  - XARELTO/ ELIQUIS/ AVK/ PRADAXA
  - Arrêt J-6, si AVK: INR J-2 ou J-1
  - Relai par HNF doses préventives : SC x 2 /j
  - avec interruption 12h avant la chirurgie
  - Reprise H6 post op avec HNF 7 jours
  - Puis si AVK prescription INR J3/J5/J7 avec courrier pour le MT

# Gestion des traitements

- ANTIHYPERTENSEURS/ ANTIARYTHMIQUES

Poursuite

- IMMUNOSUPPRESSEURS

poursuite

- ANTIDIABETIQUES ORAUX/ diurétiques / P, K, vit/ thyroïde/ parathyroïde

poursuite

- INSULINE

Rapide: Arrêt 12h avant

Lente arrêt 24h avant

# Gestion des traitements

- En post opératoire  
Reprise dès l'alimentation

# Conclusion

- Anesthésie optimale
  - Avec un minimum de répercussion sur l'hémodynamique et l'autonomie du patient

# Conclusion

- Anesthésie optimale
  - Avec un minimum de répercussion sur l'hémodynamique et l'autonomie du patient
- Gestion des traitements
  - Protocolisée et communiquée +++

