

Un journal tous les 15 jours.
Le but est de résumer des articles en quelques lignes afin de les rendre accessibles au plus grand nombre d'entre nous.
Si l'aventure vous tente, envoyez-moi un mail à eleopowis@hotmail.com

Pre-eclampsie throughout the eyes of the obstetrician and anesthesiologist M.M. Siddiqui, J M Banayan, J E Hofer.

L'hypertension artérielle complique 5 à 10% des grossesses. Son incidence a augmenté de 25% au cours des 20 dernières années aux USA.

La pré-éclampsie est définie comme une TAS > 160 mmHg ou TAd > 110 mmHg mesurées minimum 2 fois à 4h d'intervalle. Une créatinine > 1,1 ou un doublement de la créatinine basale,

Une thrombocytopénie à < 100000, une dysfonction hépatique (Douleur épigastrique ou de l'hypocondre persistante, des enzymes hépatiques à 2x la normale), un oedème pulmonaire, l'apparition de troubles visuels ou cérébraux (Scotomes, Céphalées)

Les facteurs prédictifs de pré-éclampsie sont les antécédents personnels ou au 1er degré, la gestation multiple, l'âge maternel > 40 ans, le diabète, l'HTA chronique et l'obésité.

Une prise trop élevée de poids pendant la grossesse semble également un facteur favorisant la pré-éclampsie.

La prévention primaire reste une prise journalière d'aspirine à la fin du premier trimestre (11 à 14e semaine) chez les patientes avec antécédents de pré-éclampsie.

L'HTA doit être contrôlée de près. L'autorégulation du flux cérébral est perturbée chez les patientes pré-éclamptiques ce qui les expose à des saignements intracranial à des tensions plus basses (> 155 mmHg). Le traitement de 1re ligne est le Labetalol, l'hydralazine ou la nifedipine de courte durée d'action.

L'incidence de l'éclampsie est de 1/2000 à 1/3500 grossesses avec 90% des cas après 28 semaines de gestation. Elle peut survenir jusque 48h post-accouchement. Le symptôme le plus fréquent avant les convulsions est la céphalée. Le traitement est d'éviter une récurrence des convulsions, l'aspiration du liquide gastrique et les lésions maternelles. Le magnésium sulfate reste le meilleur moyen de prévenir et d'éviter une récurrence des convulsions dans le cadre de l'éclampsie. Le magnésium sulfate devrait être continué pendant la césarienne. En cas d'insuffisance rénale aiguë, il faut doser son dosage systémique afin d'éviter un surdosage.

En cas de pré-éclampsie, il faudrait dès son arrivée en travail, envisager la mise en place d'une péridurale. La rachianesthésie est sûre pour les patientes pré-éclamptiques qui doivent avoir une césarienne. Si une anesthésie générale est décidée, il faut à tout prix éviter un pic de tension lors de l'intubation. La pose d'une ligne artérielle préinduction doit être considérée pour monitoring. Il est recommandé de donner à l'induction de l'esmolol 1-2 mg/kg, de la nitroglycérine 1,5-2,5 µg/kg, ou du remifentanil 0,5-1 µg/kg.

Si la patiente développe des céphalées postopératoires, la possibilité d'une brèche de la dure mère doit être envisagée. Dans le diagnostic différentiel, il faut également citer: Migraine, céphalées de tension, Thrombose veineuse cérébrale, saignement intracranial,

pré-éclampsie du post-partum, PRÈS (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome).
Rédigé par Dr. E. Powis

Clinical Indicators of the Need for Telemetry Postoperative Monitoring in Patients With Suspected Obstructive Sleep Apnea Undergoing Total Knee Arthroplasty

Kethy M. Jules-Elysée, MD,* Natasha A. Desai, BA,* Yan Ma, PhD,† Wei Zhang, PhD,†
Thuyvan H. Luu, BS,* Stavros G. Memtsoudis, MD, PhD,* and Gregory A. Liguori, MD*

Les patients souffrant d'apnée du sommeil ont un risque plus élevé de complications postopératoires (y compris défaillance respiratoire et problème cardiaque), plus d'admissions aux soins intensifs et des durées de séjour plus longues. L'utilisation de l'anesthésie neuraxiale serait bénéfique dans cette population.

Les auteurs ont réalisé une oxymétrie transcutanée chez 98 patients ayant répondu à un questionnaire STOP-BANG durant une chirurgie pour arthroplastie de genou, et ce jusqu'à 48h postopératoire.

Le protocole opératoire comprenait un bloc périphérique (76 au niveau du N. saphène, 22 au niveau du N. Fémoral) avec de la Bupivacaïne 0,25% (en moyenne 20 ml). Les patients recevaient ensuite une anesthésie combinée rachi épidurale avec de la bupivacaïne 0,5% (12,5 mg) ainsi que 20 mg de famotidine, 4 mg d'odansetron et 4 mg de dexaméthasone. Une sédation était réalisée peropératoire comprenant 5 à 10 mg de madapolam, jusqu'à 50 mg de kétamine, jusqu'à 100 mg de fentanyl et 15 à 40 ml/h de propofol titré pour atteindre une sédation avec un maintien d'une ventilation spontanée et adéquate. En postopératoire la péridurale comprenait 0,06% bupivacaïne avec 10 µg/ml d'hydromorphone. Le débit était débuté à 4ml/h avec 4 ml de bolus disponible toutes les 10 minutes, maximum 20ml/h.

Le débit basal est diminué à 2ml/h à 7h AM au 1^{er} jour postopératoire et la péridurale était arrêté à 5h PM. Des opioïdes oraux sont également disponibles à la demande.

Les patients bénéficiaient en outre d'une thérapie par oxygène 3L/min jusque 48h postopératoires.

Les auteurs ont défini un épisode de dénaturation comme une mesure de la saturation transcutanée inférieure à 88% pendant minimum 20 secondes.

Sur les 98 patients, 69% (68) avaient un score > 3 (dont 44% (30) avaient un score à 5 ou supérieur) au STOP-BANG, 31% avaient un score < 3.

Comme résultats, les auteurs n'ont pas retrouvé de différences significatives pour la désaturation chez les patients avec un score >3 ou < à 3 ni entre les patients avec un score > 5 ou < à 5. La durée d'hospitalisation n'a pas été significativement majorée chez les patients avec un score STOP-BANG > 3 et < 3 et > 5 par rapport au patient < 5 au questionnaire. Avec une analyse des résultats sans prendre en compte les scores STOP-BANG, les auteurs ont trouvé une corrélation positive entre les épisodes de dénaturation et la durée d'hospitalisation. Les épisodes de désaturation étaient significativement plus fréquents aux premiers et deuxièmes jours postopératoires que le jour opératoire.

En analysant de CO₂ préopératoires des patients, les auteurs ont trouvé qu'un CO₂ > 30 mmol/L avait plus de risque de désaturation prolongé le jour opératoire que ceux dont le taux est < 30 mmol/L. Cette corrélation n'est pas retrouvée au J1 et J2 postopératoire.

En conclusions, les auteurs ont trouvé qu'un score STOP-BANG de 3 ou plus ne pouvait pas servir de prédicateur d'épisodes de désaturation les premières 48h postopératoires.

Un taux majoré de CO2 sanguin préopératoire devrait alarmer les soignants du risque majoré de désaturation postopératoire. Rédigé par Dr. E. Powis

Dexmedetomidine nebulization: an answer to post-dural puncture headache? A.Kumar, C. Sinha, M. Anant, J.K. Singh.

En cas de céphalées post ponction dural un traitement conservateur est conseillé en premier lieu. À savoir: Hydratation, maintien de la position couchée, caféine, et si échec de ces mesures: blood patch.

Les auteurs rapportent ici une nouvelle méthode: la nébulisation de dexmedetomidine. En effet chez les patientes souffrant de céphalée post rachianesthésie et n'ayant pas répondu au traitement conservateur, les auteurs ont réalisé une nébulisation de 1 mcg/kg de dexmedetomidine avec 4cc de sérum physiologique.

Cette nébulisation a été réalisée 2x/jour pendant 3 jours.

Les scores de douleurs ont été considérablement améliorés et la douleur avait disparu totalement chez toutes les patientes au 3e jour.

Les effets secondaires comme l'hypotension, la bradycardie ou la sédation n'ont pas été rapportés. Rédigé par Dr. E. Powis

Fighting global warming: It's time to reduce waste. L. Bouvet, D. Chassard.

Les soins de santé contribuent au réchauffement climatique en étant responsables de 3 à 10% de l'émission de CO2 national en France. Améliorer l'efficacité énergétique des bâtiments, rationaliser l'usage des anesthésiques volatils, éviter l'usage de N2O et les débits de gaz frais trop élevés permettrait de réduire ces émissions de CO2. La réduction des déchets est également importante pour réduire l'impact des soins de santé sur l'environnement.

Une équipe d'anesthésiste a calculé le taux de carbone émis lors de la pose d'un cathéter épidural dans le cadre d'un accouchement. Ils sont arrivés à la conclusion que chaque pose de péridurale est responsable de l'émission de 1,3 à 1,8 kgCO2. Dans leur institution il se passe environ 4200 accouchements avec pose de péridurale par an ce qui correspond à une émission totale de 5,2 à 7,2 tCO2 par an. Ce qui correspond à 4 à 5 vols Paris - New York pour un passager. Ce calcul ne tient pas compte du CO2 produit lors de la production du matériel et de son transport. La façon de réduire cette émission est par exemple de diminuer les déchets en reconsidérant les sets préfaits afin de garder que ce qui est utilisé. Rédigé par Dr. E. Powis