

## **EVALUATION DU PATIENT**

Interrogatoire, examen clinique, ECG, RT  
de l'angor et de la dyspnée a l'effort

Importance de la notion de tolérance a l'effort

Réveil = 200m a pied ou montée d'un étage

Recherche des facteurs de risque : age>65, tabac, HTA, aomi, diabète, dyslipidémie  
Etat instable=danger

## **PHYSIOPATHOLOGIE**

Coronarien = inadéquation entre  $mVO_2$  et apport d' $O_2$ .

Le myocarde a une extraction déjà maximale (ne peut pas l'augmenter), et n'a pas de collatérales pour compenser.

Le débit coronarien dépend de la **PAD** et de la **FC** (aug de FC = diminution du temps de PAD)

Le transport en  $O_2$  dépend de la **SaO<sub>2</sub>** et de l'**Hb**

PPCor = PAD-PTDVG

**Buts : éviter l'hypotension et la tachycardie (PAM/FC >1)**

## **ANESTHESIE**

**Préop** : Evaluation du patient

Arrêt des IEC et des anti-angiotensine 2

Arrêt des dérivés nitrés préférable

Garder Bêtabloquants et inhibiteurs calciques

Relais des antiagrégants par cebutid®

**Prémed** : ! aux hypoxémies

**Perop** : **Monitoring** :

MONITORAGE ST (**Perop** : ischémie silencieuse)

KT art si chirurgie lourde

Température, sonde urinaire

**Induction** :

**PréO<sub>2</sub>++**

Analgésie ++++

Propofol AIVOC

**Entretien** :

Morphiniques/AAH/N<sub>2</sub>O (si pas d'insuffisance ventriculaire droite)

PAM/FC>1

Prévention hypothermie, anémie, douleur, hypoxie

**Postop** : Prévention hypothermie et frissons

Analgésie +++ (sinon, augm  $mVO_2$ , PA, FC....)

SPO<sub>2</sub> correcte

**CAT** :

\_Périodes a risques : induction /intubation/réveil

♦ Pré op : PM→ anxiolyse ; maintient des bêta bloquants

♦ Induction : x Denitrogénéation+++  
x Induction lente : - titration des anesthésiques  
-analgésie++ pour IOT  
x Surveillance EGC : FC et segment ST

♦ Per op : x Stabilité hémodynamique **PAM/FC ≥1**  
xVentilation en normoxie-normocapnie  
xAnalgésie profonde  
xMoyens de lutte contre l'hypothermie+ surveillance température  
xContrôle Hb  
x détection et traitement précoce des épisodes d'ischémie myocardique

♦ Reveil : limiter les contraintes métaboliques et hémodynamiques

- Réchauffement thermique
  - oxygénothérapie
  - Analgésie efficace
  - Extubation en normocapnie
  - Correction hypovolémie, tachycardie, hypo et Hyper TA, anémie, troubles hydroélectrolytiques

### TRAITEMENT DE L'ISCHEMIE MYOCARDIQUE EN PER-OP :

√ Tachycardie-----ESMOLOL 0.5 mg/kg (brevibloc\*)

#### **Approfondir l'anesthésie**

√ HTA-----NICARDIPINE Bolus 0.5 mg (loxen\*)

**URAPIDYL bolus 10-15mg (eupressyl\*) ↗↗ AG**

√ hypo TA-----TRENDELEMBOURG  
VASOCONSTRICTEUR-éphédrine 6 à 9mg  
↘↘AG

√ HDM normale-----inhibiteur calcique I.V : NICARDIPINE (loxen\*)  
DILTIAZEM 0.1 mg/kg (tildiem\*) Trinitrine

### **POINTS CLES :**

**++++ Lutte contre l'ischémie Perop +++++ :**

**Monitoring du ST, Capno, kT art, Swan Ganz, température, diurèse**

Prévention de la baisse de la PA ou de la tachycardie (PAM>FC)

Pas d'anémie <9g, pas d'hypoxémie, réveil normotherme

**SUFENTA +++, AIVOC**

**Postop : analgésie, réchauffement, O<sup>2</sup> pour SPO<sup>2</sup> correcte, PA et Hb correctes**