

L'INSUFFISANT RESPIRATOIRE CHRONIQUE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

Def : incapacité de l'appareil respiratoire à fournir à l'organisme la Q d'O² nécessaire, dans des conditions habituelles (air ambiant, au repos ou lors d'un effort courant).

IR si PaO² < 60 mmHg

IR latente : hypoxémie d'effort

IR partielle : hypoxémie de repos sans hypercapnie

IR globale : hypoxémie + hypercapnie de repos (PaCO² < 50 = IR de type 1, PaCO² > 50 = Type 2)

EFR : Baisse du VEMS et VMM (Vent Max Min)

Σd restrictif : Baisse de CV = Tiffeneau normal (VEMS/CV = normal)

Etiologies = pariétales : obésité, femme enceinte, déformation thoracique, path musculaire, PNO, trauma thorax

Parenchymateuses : Fibrose, résection chirurgicale pulm, alvéolite

Σd Obstructif : baisse VEMS, augmentation VR (gène à expiration), baisse du tiffeneau

Etiologies : BPCO, Asthme, emphysème, dilatation des bronches

Σd Mixte : Obèse + BPCO

RETENTISSEMENT DE LA CHIRURGIE

Position : trouble VA/Q : peu en DL, beaucoup en trendelembourg

Incision : Surtout voies abdo et thoraciques (pour le post op.)

Conséquence : dim de l'ensemble des volumes pulm (Σd restrictif), anomalie de la contraction diaphragmatique

Durée : facteur de risque si plus de 3 heures ½

ANESTHESIE

Préop : Bilan clinique, EFR, Gazo, test acétylcholine (positif = VEMS baisse), test salbutamol

Préparation respi : dim le travail respi (perte de poids, drainage pleurésie, ttt bronchodilat

Kiné Vs encombrement, arrêt tabac, ttt surinfection)

Augmenter le rendement des muscles respi : nutrition, O²TTT

Attention effet dépresseur prémédication et corticothérapies au long court

Perop : Type d'A : Rachi : Bloc des muscles respi selon hauteur = !!!

Péri : Même retentissement que Rachi à analgésie égale

Péri thoracique : (chir abdo hautes) = efficacité diaphragmatique postop

AG+Péri : dim besoins morphine postop, analgésie efficace, améliore cinétique

Diaphragmatique postop

Pas d'ALR si > 2H

Choix des drogues : NARCOSE **PARFAITE Vs BRONCHOSPASME** (irritation chronique)
pas de N2O si emphysème
Effet Broncho-dilatateur des AAH
! à l'effet dépresseur respi prolongé du midazolam

Installation : ! a tout ce qui peut gêner la mécanique respiratoire

Monitoring : Capno (bronchospasme) et curamètre ++++

Induction : ! au bronchospasme (lidocaïne IV, Beta2mimétiques...)

Ventilation : circuit fermé (chaud et humidifié)
obstructif : baisser I/E, baisser FR (laisser le temps aux gazs de rentrer)
Restrictif : Vt selon CV, et adapter FR en fonction pour VM correct

CAT BRONCHOSPASME à connaître

Réveil : intubation = porte d'entrée, gêne fonction ciliaire, risque de bronchospasme
⇒ extubation rapide (réchauffé, decurarisé, analgésié, stable...etc.)

Postop : ANALGESIE, KINE, SURVEILLANCE (risque max J2-J3)
E un risque respiratoire même avec une péri -> surveillance

>> POINTS CLES <<

1. Préparation respiratoire pré-op

2. Choix de la technique :

- **Préférer association AG-peridurale** ⇒ ↓ cons° des morphiniques en per-op
⇒ bonne analgésie post-op
 - **CI majeures** = bloc supra-ventriculaire et bloc interscalénique
 - *Rachi à discuter*, en f° hauteur du bloc

3. Optimisation de la ventilation : éviter l'hypoxémie ou l'hypercapnie

4. Eviter les épisodes bronchospastiques (irritation chronique)

5. Prévenir les pneumopathies infectieuses

6. Réduire si possible le temps de ventilation mécanique (attention si > 3h30)

7. Analgésie post-op capitale

>>Capno, catheter arteriel pour gazos repetées, curametre Vs curarisation residuelle postop<<

CONDUITE A TENIR

- ❖ **Prépa pré-op :**
 - Stop tabac
 - Drainage & kiné respiratoire
 - Optimisation du traitement broncho-dilatateur (si besoin)

- ❖ **Choix des drogues :**
 - Pas d'agents en particuliers, mais attention aux BZD (⇒ dépression respi prolongée)
 - N2O CI chez l'emphysémateux
 - Préférer curares et morphiniques peu histaminolibérateurs et d'élimination rapide

- ❖ **Monitoring :**
 - Capno ⇒ dépister une bronchoconstriction (pente télé expiratoire)
⇒ attention au gradient (gazo)
 - Cath artériel ⇒ gazo répétées
 - Curamètre (++ au réveil)

- ❖ **Induction** → intubation avec narcose profonde

- ❖ **Réglages de la VC :**
 - Circuit fermé ⇒ gaz réchauffés et humidifiés
 - Σd obstructif : prévenir l'auto-peep ⇒ FR basse = 10 à 12
I/E = 1/3
 - Σd restrictif : Vm maintenue en ↑ FR

- ❖ **SSPI** : réchauffement pour ↓ la VO2

- ❖ **Post-op** : kiné respi, ...