

OBESE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

Fréquence importante de tares associées (HTA, diabète, vasculaire, athérosclérose, coronarien...)

I – PHYSIOPATHOLOGIE

Cardio vasculaire

DC augmenté (compense insuff VG)

Dilatation VG (insuffisance)

Réseau périph augmenté :

Hypovolémie relative (ouverture du capacitif / AG) -> **PREREMPLISSAGE**

Se méfier des changements de position

Respiratoires

Syndrome restrictif

↓ CRF, VRE

↑ Espace mort

Hypoxie/hypercapnie fréquentes

(I respi Chronique)

Pas de réserve d'O₂

Position en DD aggrave les difficultés de ventilation

↑ **VO₂** car travail respiratoire important et beaucoup de tissus à oxygéner

Digestif

Masse abdominale importante

RGO et/ou hernie hiatale fréquents

Compression de l'estomac par l'abdomen

Volume gastrique résiduel fréquent, même à jeun

ESTOMAC PLEIN VRAI

II – ANESTHESIE DE L'OBESE

Risque d'**inhalation** : induction à séquence rapide

Risque de **ventilation difficile**, **pas de réserve d'O₂**

Risque d'**intubation difficile** : cou court, mobilité cervicale ↓

Risque de **collapsus** à l'induction

Risque de **MTE**, **abcès de paroi** (ATB ?)

Risque d'**hypothermie** (surface corporelle +++)

Problèmes de **relargage des drogues**

Problèmes liés aux **positions** (compressions...)

Problèmes de **pose de perfusion** et de **prise de PA**

Problème de **ventilation perop** : choix de la PC

Perop

↑ du volume de distribution = ↑ des doses
Posologie en fonction de la masse maigre, sauf propofol
Réchauffement perop
Surveillance des points d'appuis et des pouls périph
Monitoring des curares
Ventilation en mode PC plus aisée

Postop

Intubation difficile = extubation après retour de tous les réflexes,
Patient réchauffé, analgésié
O² en SSPI, kiné, aérosols...

POINTS CLES ANESTHESIE DE L'OBESE

PRE REMPLISSAGE, PRE O2

RISQUE AUX CHANGEMENTS DE POSITION

IMPORTANCE DE L'INSTALLATION

TARES ASSOCIEES

(Diabète, HTA, terrain polyvasculaire)

I RESPI CHRONIQUE FREQUENTE

(hypoxie et hypercapnie)

↑ VO₂, **PAS DE RESERVE**

ESTOMAC PLEIN

INTUBATION POTENTIELLEMENT DIFFICILE

(Impératifs à l'intubation et à l'extubation)

VENTILATION DIFFICILE ET PAS DE RESERVE

MODIFICATIONS PHARMACOLOGIQUES

(selon masse maigre sauf propofol)

RISQUE MTE, INFECTIEUX

RECHAUFFEMENT

FICHE ANCIENS 2^{nde} ANNEE

Risques	Impératifs	CAT
<p><u>Risque d'hypoxémie, d'atélectasie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Syndrome restrictif</u> : <ul style="list-style-type: none"> - ↓ filière naso pharyngée - ↓ CRF ⇒ pas de réserve en O₂ - ↓ volume de fermeture - ↑ VO₂ : (+) de tissus à oxygéner - effet shunt - ↑ travail respiratoire par ↓ de la compliance thoracique • <u>Effets respiratoires aggravés par la posture</u> <p>⇒ hyperventilation permanente avec hypoxie et ± hypercapnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien PaO₂ efficace • Tolérance limitée à l'apnée • Prévenir toute atélectasie • La position du patient doit éviter toute gêne respiratoire • Eviter toute ↑ de la VO₂ en per et post op → mauvaise tolérance à l'effort • Prévenir l'encombrement bronchique surtout après une laparotomie ou une thoracotomie 	<p><u>En pré opératoire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la fonction respiratoire : clinique, EFR, gazo • Surélever pour l'induction • Pré oxygénation +++ • Ventilation plutôt en pression contrôlée <ul style="list-style-type: none"> - ↑ VT (= 8 ml/kg // au PI) - ↑ FR - ↑ FiO₂ • Curarisation pour ↓ pressions • Surveillance SpO₂, Pet CO₂ (30 à 35 mm Hg), pression d'insufflation <p><u>En post opératoire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expansion alvéolaire en post op • Extuber au réveil complet après une gazométrie correcte • ↓ VO₂ : pas d'agitation, frissons, de douleur, de tachycardie • Position ½ assise • Oxygénothérapie • Kinésithérapie respiratoire
<p><u>Ventilation et intubation difficile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Critères anatomiques particuliers</u> : <ul style="list-style-type: none"> - cou court - ↓ mobilisation cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Préférer ALR si possible • Evaluer en pré op les critères d'intubation difficile • Considérer toujours comme une intubation difficile 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier critères d'intubation difficile • Prévoir boîte intubation difficile • Si ventilation au masque prévoir canule de Mayo
<p><u>Risque cardio-vasculaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ↑ MVO₂ • ↑ QC • Tendance à l'HTA <ul style="list-style-type: none"> → coronaropathie → insuffisance cardiaque gauche • ↑ vascularisation périphérique → hypovolémie relative 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la fonction cardiaque • Maintenir HDM stable • Eviter toute ↑ de la MVO₂ 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoriser en CM₅ • Injection lente des produits • Remplissage selon les paramètres HDM • Changements de position après stabilité HDM • Narcose profonde et bonne analgésie • Réchauffement post opératoire

<p><u>Risque d'inhalation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hernie hiatale, RGO plus fréquent car ↑ des pressions abdominales • ↑ volume résiduel gastrique à jeun et de son acidité 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter la ventilation dans l'estomac • Prévenir toute inhalation • Considérer un obèse toujours comme un estomac plein 	<ul style="list-style-type: none"> • PM : anti H₂ • Crash induction ? • Manœuvre de Sellick • Intubation systématique • Extuber après récupération des réflexes de déglutition
<p><u>Risque de retard de réveil, de relargage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ↑ de la ½ vie d'élimination des agents liposolubles 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les produits les moins liposolubles • Prévenir les retards de réveil 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter Thiopental et Fentanyl • Titrer les BZD • Adapter les posologies en fonction du poids idéal sauf pour le Propofol • Espacer les réinjections et ↓ les doses • Monitorer la curarisation • Surveillance SSPI après extubation +++ : clinique + monitoring
<p><u>Risques liés à la posture</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>En DD</u> <ul style="list-style-type: none"> - ↑ QC et VO₂ - ↓ FC et RVS • <u>En DV</u> → dangereux <ul style="list-style-type: none"> - compression VCI - pression insufflation ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter toute hypoxémie per op • Prévenir les complications liées à la posture • Dépister une intubation sélective 	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultation après chaque changement de position • Personnel en nombre suffisant pour les changements de positions • Appuis thoracique et pelvien pour ↑ la mobilité diaphragmatique

<ul style="list-style-type: none"> - ↓ retour veineux • <u>En trendelenbourg</u> <ul style="list-style-type: none"> - ↑ pré charge - ↓ compliance thoracique - ↑ pression veineuse céphalique - risque compression plexus brachial • <u>Sensibilité accrue aux points d'appui</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • La position doit éviter toute gêne respiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter TRDL trop prononcé • Epaulières si trendelenbourg → risque de glissade • Installation soigneuse • Surveillance points d'appui
<p><u>Hypothermie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la surface corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> • L'hypothermie ↑ la VO₂ 	<ul style="list-style-type: none"> • Réchauffement per et post op • Monitoring de la température
<p><u>Maladie thrombo embolique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prédisposition aux MTE 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir la MTE 	<ul style="list-style-type: none"> • HBPM • Bas de contention en per op • Lever précoce
<p><u>Infectieux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prédisposition aux infections de paroi 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir toute infection 	<ul style="list-style-type: none"> • Asepsie rigoureuse • Antibio prophylaxie
<p><u>Difficulté technique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès veineux ± difficile • Problèmes de prise de TA 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter les moyens au profil du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Induction avec une bonne voie veineuse fiable • Brassard de taille adaptée • Aiguilles longues pour ALR