

CHIRURGIE DES SURRENALES

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

I - PROBLEME LIE A LA CHIRURGIE

Position

X unilatérale : **lombotomie**
Risque **HDM, étirement/compression**
risque au niveau de l'intubation

Proximité du diaphragme

RT au réveil +++ car risque de perforation

Risque TE

II – PROBLEME LIE À LA PATHOLOGIE DE LA GLANDE

Corticosurrénale

Minéralocorticoïdes (aldostérone) = COHN

Glucocorticoïdes (Cortisol) = CUSHING

Médullosurrénale

Catécholamines (phéochromocytome)

SYNDROME DE COHN (Hyperaldostéronisme 1aire)

Aldostérone : retient Na et fait fuir le K

Donc **HTA et troubles musculaires et cardiaques** (prob de repolarisation)

TTT par ALDACTONE (anti aldostérone – diurétique hypotenseur)

Préop : **contrôle kaliémie préop +++** en préop immédiat

Perop : RAS

Postop : Arrêt aldactone, TTT de l'HTA résiduelle

SYNDROME DE CUSHING

Modifications morphologiques, sensibilité aux infections !

Risque TE post op

Préop : RAS

Perop : RAS

Postop : TTT substitutif transitoire par corticoïdes

TTT Anticoagulant (**risque TE ++++**)

PHEOCHROMOCYTOME

Tumeur sécrétant des catécholamines, entraînant une HTA et une vasoconstriction chronique

Fond d'HTA avec des poussées d'HTA avec TDR

Pathologies induites par l'HTA chronique

Temps délicat du clampage des vaisseaux surrenaliens
(Chute du taux de catécho et hypotension par vasoplégie brutale)

Préparer : Loxen/Eupressyl, éphédrine, Xylocaïne, avlocardyl, NAD

Clinique :

HTA permanente avec des poussées hypertensives, favorisées par le stress, la douleur.

Risque de TDR lors des poussées, avec risque immédiat

Retentissement de l'HTA chronique au niveau cardiaque, rénal, neurologique. **Vasoconstriction chronique = hypovolémie relative**

Cf. anesthésie de l'hypertendu

PREOP

TTT de l'HTA par alpha et bêta bloquant : trandate®

Prémédication sédatrice (lutte contre le stress)

Monitoring spécifique :

Swan Ganz, KT art, sonde urinaire, réchauffement

PEROP

Préemplissage (A de l'hypertendu)

AG PROFONDE (AAA pour faciliter TTT des poussées)
ANALGESIE +++

Approfondissement lors des temps algiques (I°, KT art, incision, manipulations tumorales)

Loxen ou Eupressyl si poussées d'HTA, associé aux AAA
Ephédrine si hypoTA
Xylocaïne si TDR

Avlocardyl si tachycardie

Remplissage accéléré pour le moment du clampage (chute du taux sanguin de catécho -> vasoplégie), si besoin en s'aidant de vasodilatateurs

Au clampage :

Arrêt des vasodilatateurs

↓ les AAA

Remplissage

Utilisation de vaso- (Ephédrine -> NAD)

POSTOP

Sevrage progressif des vasopresseurs

POINTS CLES PHEOCHROMOCYTOME

TERRAIN D'HTA

(Préremplissage, bonne protection NV)

MONITORAGE SPECIFIQUE

SG, KT art,

X longue : Sonde U, réchauffement+sonde

ANESTHESIE PROFONDE

Avec approfondissement lors des temps douloureux (I°, KT Art, incision, manips tumorales....)

PREPARATION DES DROGUES SPECIFIQUES

Loxen/Eupressyl, Ephédrine, Xylocaïne, Avlocardyl

TEMPS SPECIFIQUE

Clampage : accélérer remplissage, arrêt vaso+, vaso- (Ephédrine -> NAD)