

Complications principales de la chirurgie : **Infection et thromboembolie**

Cell-saver contre-indiqué si terrain septique ou carcinologique

A - ITEMS CHIRURGICAUX

Réglée ou en urgence (luxation fémur)

Fonctionnelle

Algique

Curarisation souvent nécessaire

Risque septique (prothèses, terrain)

Thrombogène (immobilisation, terrain)

Peut nécessiter des positions particulières -> **compressions vasculo-nerveuses a surveiller**

B - PARTICULARITES

Embolie graisseuse :

Physiopathologie : emboles de graisse d'origine médullaire vers le poumon

Facteurs favorisants : Os long, hypovolémie (favorise la diffusion vers le sang), fracture mal Immobilisée, mauvais nettoyage du fût fémoral, impaction de la prothèse lors de sa mise en place.

Clinique : Chute de la PetCO₂, collapsus, tachycardie + TDR, désaturation, HTAP

Prévention : Bon remplissage, FiO₂ 100%, analgésie ++
Nettoyage complet du fût diaphysaire + **redon** (pour diminuer la pression)

Traitement : symptomatique

Embolie au ciment :

Physiopathologie : emboles de ciment lors du scellement de la prothèse

Facteurs favorisants : hypovolémie, impaction de la prothèse

Clinique : idem embolie graisseuse

Prévention : Bon remplissage, FiO₂ 100%, renforcer analgésie

Utilisation du garrot pneumatique :

But : champ opératoire exsangue + baisse des pertes sanguines perop.

CI : locales : Pontage artério-veineux, athérosclérose, neuropathie périphérique, thrombose Veineuse (= pathologie vasculo-nerveuse sur le membre)

Générales : HTIC, I cardiaque décompensée, drépanocytose

Mise en place : Risques **lésions ischémiques** (muscles, nerfs) -> surveiller le temps

Douleurs : HTA

HDM : surcharge volémique : risques HTA, OAP et sujets prédisposés.

Levée du garrot : **Augmentation PetCO₂** (accumulation CO₂, de métabolites anaérobie)

HypoTA (hypovolémie par reperfusion tissulaire, retour de déchets métaboliques).

Risques **libération d'emboles bloqués en aval par le garrot.**

Possible syndrome des loges secondaire

Mesures préventives : - **garrot adapté.** (largeur/circonférence du Mb >0.4 = pas trop étroit)
- **pression max** de gonflage : PAS + 100 mmhg au membre supérieur.
PAS + 150 mmhg au membre inférieur.

- durée de gonflage : 90 minutes au membre supérieur.
120 minutes au membre inférieur.
- exsanguination correcte du membre.
- hémostase et fermeture après lâchage de garrot. (décharge si >35 mmHg)
- protection de la peau.
- **noter l'heure de gonflage, de dégonflage et la pression**

PER OPERATOIRE

Position opératoire

Attention compressions vasculaires, nerveuses, compressions oculaires, oreilles....

Conséquences HDM et respiratoires de la position

CONTRÔLE DES POULS DISTAUX ++++

Diminution du saignement :

AG profonde et stable (poussées = poussées de saignement)

Techniques d'économie de sang : ATD, ATPO, HDNI

HTAC

Réducteurs de saignement : Aprotinine®

POST OPERATOIRE

ANALGESIE

PREVENTION DE LA MALADIE THROMBO EMBOLIQUE

LUTTE CONTRE L'INFECTION (Pansements, antibiothérapie)

EXEMPLES DE CHIRURGIE

PTH : DL (Surveillance hémodynamique, respiratoire, compressions vasculo-nerveuses, pouls distaux)

Stratégie transfusionnelle (Cell-saver, TAP)

2 VVP + macromolécules

Curarisation nécessaire en perop

Choc au ciment, embolie graisseuse (prévenir, dépister, traiter)

Radio de contrôle

Postop : Bloc iliofascial

Epaule : position assise progressive, jambes en premier (500 a 1000 de macromolécules avant de passer assis)

Problèmes liés a la position (hémodynamique, compressions, étirements)

TETIERE (au pire, tenir la tête et demander a ce qu'on adapte la têtère a la tête)

IOT bien fixée, armée, fixée coté opposé a la chirurgie

Bonne VVP

Risque d'embolie gazeuse (revoir CAT)

Postop : cath interscalénique

Table orthopédique :

Risque de compression périnéale, lésions aux points d'appuis