

A EN CHIRURGIE ABDOMINALE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

PROBLEMES LIES AU TERRAIN

Patient **dénutris** (UGD, rectocolite...)
Hypovolémie (vomissements, diarrhées)
Estomac plein (si chirurgie urgente)
personnes âgées = **risque TE** (surtout si chirurgie longue)
Pathologies liées a **TABAC** + **ALCOOL**

ITEMS DE LA CHIRURGIE

Retentissement respiratoire perop (position, billots, écarteurs) et post op majorés par le terrain (Obèse, PA...)
Réflexogène (traction méso)
Algique (laparotomie, écarteurs), **algique en post op.** (syndrome restrictif)
Curarisation nécessaire (laparotomie)
Potentiellement septique
Pertes hydro électrolytiques importantes (viscères exposés)
Pertes sanguines
Chirurgies longues (réchauffer, sonde U)
refroidissement +++ (viscères exposés)
Position proclive ou déclive peut être nécessaire

IMPERATIFS ANESTHESIQUES

AG+IOT+VC

Bonne protection neurovégétative (algique par les écarteurs, réflexogène par les tractions du méso)
Bonne myorésolution, **curamètre** avec TOF régulier
Estomac plein = Célo
Compensation des pertes hydroélectrolytiques (10ml/kg) + pertes sanguines
Algique en post opératoire (anticiper +++)
Retentissement de la position (HDM, respiratoire)
Antibioprophylaxie
Sonde U pour évaluer la qualité du remplissage (Base U 10 ml/kg)
SNG (à retirer en fin d'intervention sauf si protection des sutures nécessaire)
Importance de l'analgésie et de la réhydratation post opératoires
Prévention risque TE (chirurgie longue, personnes parfois âgées) : HBPM préop, bas de contention

POSTOP

Analgésie (anticiper ++ en perop)
Réhydratation
Prévention MTE
Kiné, aérosols

Post op. : analgésie, aérosols, kiné.. (Conséquences respiratoires de la chirurgie = première cause de décès)