

## ANESTHESIE POUR COELIOCHIRURGIE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

### PHYSIOPATHOLOGIE

#### \*Hémodynamique

- **Chute du DC** (Baisse de la précharge, augmentation de la postcharge)  
Baisse précharge par séquestration sang Mb<, compression VC<  
Augmentation postcharge par compression vasculaire
- Augmentation de la PA**  
Augmentation de la post charge  
Décharge de catécholamines, prostaglandines.....
- Diminution des DS locaux** (baisse du DC)

#### **Augmentation de la PA avec un DC diminué**

#### \*Cardiaque

- Insufflation** : embolie, réflexe vagal a la distension du péritoine, trbls hémodynamique
- Exsufflation** : embolie, relargage (=risque TDR, bradycardies, collapsus, AC)

#### \*Respiratoires

- Diffusion du CO<sub>2</sub>, entraînant une hypercapnie
- Augmentation des pressions (abdominales, donc thoraciques) = Baisse CV, CRF, baisse de la Compliance
- Augmentation du gradient PaCO<sub>2</sub>/PetCO<sub>2</sub>

#### \*Viscérales

- Augmentation pression intragastrique, mais aussi du sphincter oesophagien, donc peu de risque d'inhalation
- SNG ou Sonde U selon la coélio pour prévenir un risque de perforation

### CONSEQUENCES DE LA POSITION

- \***Déclive** : améliore la circulation (sauf cérébrale), mais diminue la qualité de la ventilation
  - \***Proclive** : améliore la ventilation mais aggrave les conséquences hémodynamiques (**risque TE majoré**)
- >>En plus, tout les risques d'étirement ou compression liés aux changements de positions<<

### COMPLICATIONS DE LA COELIOCHIRURGIE

#### \*Hémodynamiques

Hémorragie, perforation d'un organe

#### \*Respiratoires

- Epanchement gazeux (emphysème, pneumothorax mécanique ou par diffusion, pneumomédiastin)
- Embolie gazeuse (à l'insufflation **ou** à l'exsufflation)  
Diagnostic : Augmentation puis effondrement du CO<sub>2</sub> +++  
Tachycardie, TDR, HypoTA -> collapsus
- TTT** : Arrêt de l'insufflation et vider le pneumopéritoine  
Trendelenbourg et DLG (bloquer les bulles dans le VD)  
O<sub>2</sub> pur, arrêt N<sub>2</sub>O  
Hyperventilation pour éliminer le CO<sub>2</sub>  
MCE pour fractionner les bulles  
CAISSON HYPERBARRE ++

#### \*Viscérales

Perforation organe creux (intérêt de la sng ou sonde U)  
Septique

## **ANESTHESIE DE LA COELIOCHIRURGIE**

**\*Contre Indication** : HDM instable (IDM récent, HAT décompensée, RAo....)  
IRC décompensée, Emphysème, PNO non drainé  
HTIC, TC, glaucome aigue

**CI = TOUS LES ETAT HDM, RESPI OU NEURO INSTABLES**

APD : T4 T5 pour chirurgie sous mésocolique ( ! car pas de tachycardie si hypotension)  
AG : AA selon le terrain, **curarisation nécessaire**

**\*Monitoring** : température, curarisation, PetCO2, intérêt de la gazo pour connaître le gradient

### **\*Surveillance**

- HDM, Ventilation
- Curarisation, température, CO2
- Attention a la sélectivité de la sonde d'intubation après insufflation
- Recherche signe de complication : (Embolie)
- Bonne protection neurovégétative, réchauffer

### **\*Insufflation**

- HDM +++
- Adapter la ventilation aux variations de pression et de capnie

### **\*Exsufflation**

- La plus complète possible (sinon, hypercapnie retardée....)
- Effet de lever de garrot (Acidose, hypercapnie, vasoplégie, TDR...)

### **\*postop**

- O2 thérapie

## **POINTS CLES**

- \*Monitoring PetCO2, curarisation
  - \***CAT embolie gazeuse**
- \*Adapter la ventilation (augmenter FR et diminuer VT, selon la capnie (but < 38mmHg) et les pressions (but : < 30mmHg)
  - \*Gazos pour connaître le gradient de pression
    - \*Risque de **déplacement de sonde**
  - \*Risque **thromboembolique, surtout en position proclive**
  - \*Risque de **syndrome de lever de garrot a l'exsufflation**
    - \*Risque d'**embrochage divers**
  - \*risque de **réflexe vagal a l'insufflation**
    - \*Sonde gastrique / urinaire
    - \*Réchauffement (CO2 = froid)
    - \*Eviter PIA > à 15mmHg