

A DE L'INSUFFISANT HEPATIQUE

(DARDE Maxime – www.laryngo.com)

A - CONSEQUENCES

HDM : (= hypovolémie)

DC élevé

HypoTA

! : remplissage = dilution des facteurs de coagulation

RESPI :

Ascite, HTAP, Syndrome hépato-pulmonaire

Hypoxémie (ascite, épanchements...)

NEURO :

Encéphalopathie hépatique (critère de gravité)

Hémostase :

Dim du TP

Thrombopénie par hypersplénisme

TRANSFUSION PFC, ALBUMINE

Remplissage = dilution facteurs coagulation

HTPortale :

VO, splénomégalie et hypersplénisme (thrombopénie, Pancytopénie)

Cholestase

Insuffisance rénale :

Hypovolémie, diurétiques du TTT de l'ascite

Rétention H₂O-Na

= syndrome hépatorénal

Dim de synthèse des protéines

Dim immunité

Trbl pharmacologiques :

Augmentation fraction libre

Insuffisance rénale et hépatique

Augmentation du Vd

B – ANESTHESIE

Préop :

Interrogatoire : rech comorbidité

Bilan clinique (ascite, hémostase, neurologique, ictère...)

Perop :

Monitoring :

KT art, sonde U, température, Swan Ganz

Bonnes VVP (hémorragique)

Attention SNG et VO
Plus le monitoring standard

Technique :

ALR contre indiquée (hémostase, trbl neuro, neuropathies)

AG : Pas de benzos si insuff sévère

Pré-O² +++

Séquence rapide (estomac plein)

Monitoring, titration

PROPOFOL / DES

REMIFENTANYL

CISATRACURIUM

Attention déficit pseudocholinestéras (célo)

Postop :

Analgésie titrée

Normovolémie

Surveillance hémocrite et saignements

Patients fragiles, chirurgies hémorragiques

POINTS CLES

INDUCTION SEQUENCE RAPIDE (ATTENTION DUREE CELO)
dénitratation +++

HYPOVOLEMiques (dim pression oncotique)
(DC augm, HypoTA)

TROUBLES PHARMACO = **TITRATION & MONITORAGE**

HEMORRAGIQUE + TRBL HEMOSTASE
(VVP, **CELL SAVER + accélérateur réchauffeur de perfusion**, KT ART, VVC,
SONDE U, hémocrite...) **PREVOIR commande PSI**

RECHAUFFEMENT, capteur thermique

Dextros, BES, gazos perop

CURARES HOFFMAN, REMIFENTANIL

PAS DE PARACETAMOL

FICHE ANCIENNE PROMO

Insuffisant hépatique-cirrhotique

RISQUES LIÉS A LA PATHOLOGIE

Risques liés à → l'hypertension portale
→ l'insuffisance hépato-cellulaire

1. Troubles de l'hémostase ⇒ hémorragie ++ , anémie
2. Modifications pharmacologiques ⇒ métabolisme ralenti
3. Troubles hydroélectrolytiques + métaboliques = hypoK⁺ , hypiNa , hyperglycémie, Ins rénale
4. Complications respiratoires ⇒ hypoxémie
⇒ lié à l'ascite
5. Modifications cardio-vasculaires ⇒ ↑Qc , hTA
6. ↓ Immunité

IMPERATIFS ANESTHESIQUES

1. Evaluation pré-op :
 - De la f° hépatique (quantité de foie restant)
 - Du retentissement / autres organes
2. Choix de la technique :
 - AG obligatoire
 - ALR CI car neuropathie & troubles de l'hémostase
3. Stratégie transfusionnelle : groupage + réserve PSL (car Xie hémorragique dès l'incision)
4. Titration des drogues : car ↑ **sensibilité aux agents anesthésiques**
5. Lutte contre l'hypothermie : car ↑ pertes caloriques par perfusion massive

CONDUITE A TENIR

- ❖ Choix des drogues :
 - CI = BZD (⇒ encéphalopathie)
 - Curares : voie d'Hoffman ++
 - Morphiniques : sensibilité ↑
 - Halogénés : Sévo ++
- ❖ Monitoring & matériel :
 - Xie hémorragique : ⇒ abords veineux multiples

⇒ pompe accélératrice

⇒ +/- cell-saver

- Température + air pulsé + rechauffeur solutés
- Si Xie lourde → monitorage HD ++ ⇒ cath artériel
⇒ Swan Ganz
⇒ diurèse horaire
- SNG ⇒ prévention inhalation liée à l'ascite (attention aux varices oesophagiennes)

❖ Induction douce et titrée / dénitrogénéation ++

❖ Surveillance :

- HD ++ ⇒ correction volémie + hémorragie
- Respi ⇒ ascite → ↑ PI
⇒ ne pas aggraver l'hypoxémie (gazo)
- Métabolique ⇒ glycémie, BES, Gazo per-op ⇒ correction

❖ Antibio-prophylaxie systématique (aminosides CI)

❖ Analgésie post-op : Paracétamol CI