Anesthésie
Brochure informative

azdelta
Uw ziekenhuis.

Inhoud

1. L'anesthésiste 4
2. Qu'est-ce que l'anesthésie? 5
3. Quels sont les différents types d'anesthés. 6
4. L'anesthésie la mieux adaptée 9
5. Que se passe-t-il avant l'anesthésie? 9
6. Les risques de l'anesthésie 12
7. Effets secondaires et complications 13
8. Synthèse des effets secondaires et complications 14
9. La transfusion sanguine 22
10. Après l'intervention 24
11. Le traitement antalgique post-opératoire 25

© AZ Delta
Deze uitgave mag in zijn geheel noch gedeeltelijk worden gekopieerd, of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Cher patient,

Vous allez subir sous peu une intervention diagnostique ou thérapeutique sous anesthésie.
Votre médecin traitant vous a déjà informé de son déroulement. C'est un anesthésiste de l'AZ Delta qui se chargera de la sédation.

Cette brochure informative a pour objet de vous communiquer de plus amples détails sur les différents types d'anesthésie, les techniques d'atténuation de la douleur, la préparation ainsi que les risques et effets secondaires potentiels de cette intervention.

Nous vous invitons à lire attentivement cette brochure.

S'il vous reste des questions au terme de votre lecture, n'hésitez pas à les poser au service en charge de la préparation de l'admission ou, le cas échéant, lors de la consultation de l'anesthésiste, afin que vous puissiez donner votre consentement en étant dûment informé.
Nous vous demandons également de signer le livret du patient afin de donner votre accord à l'anesthésie (sédation) ainsi qu'au traitement analgésique (antidouleur).

Vous aurez également un entretien avec l'anesthésiste préalablement à l'intervention ; à cette occasion, vous pourrez aborder le plan d'anesthésie définitif ainsi que les techniques complémentaires d'atténuation de la douleur qui seront éventuellement appliquées et donner votre accord à leur mise en œuvre.

Pour les enfants et les personnes qui, pour l'une ou l'autre raison, sont dans l'impossibilité de décider elles-mêmes, l'autorisation est donnée par le représentant légal.

Nous vous souhaitons d'ores et déjà un prompt rétablissement.

L'équipe des anesthésistes

1 L'anesthésiste

L'anesthésiste est un médecin qui s'est consacré à l'étude des différentes formes d'anesthésie, aux méthodes de lutte contre la douleur et aux soins prodigués par le service des soins intensifs. Il connaît la pathologie dont vous souffrez, vos antécédents médicaux et les médicaments que vous prenez.

Il passe en revue le déroulement de la narcose en votre compagnie. Durant l'anesthésie, l'anesthésiste reste à vos côtés pour corriger la sédation si cela s'avère nécessaire.
Il veille notamment à atténuer la douleur et le stress de l'intervention, à stabiliser vos fonctions vitales (pression artérielle, rythme cardiaque, saturation du sang en oxygène, etc.) ainsi que votre respiration.

Plusieurs anesthésistes de l'AZ Delta ont en outre suivi un cursus complémentaire dans des domaines connexes comme l'anesthésie pédiatrique, l'anesthésie cardiaque, le traitement de la douleur en soins intensifs, l'anesthésie locorégionale (péridurale, rachidienne ou bloc tronculaire) ou encore l'admission d'urgence.

L'anesthésiste est un médecin spécialisé qui dispose des certificats nécessaires (diplôme, visa et inscription au tableau de l'Ordre des médecins) pour exercer régulièrement la médecine en Belgique. Sa responsabilité professionnelle est également assurée par un assureur belge agréé.



2 Qu'est-ce que l'anesthésie?

Le terme "anesthésie" signifie que l'on "ne sent rien" lorsqu'on subit une intervention diagnostique (examen) ou thérapeutique (opération). Mais en réalité, c'est bien plus que cela.
S'il ne disposait pas des techniques d'anesthésie modernes, le chirurgien ne serait pas en mesure de réaliser une série d'interventions délicates et dangereuses. C'est en effet le médecin anesthésiste qui veille à ce que vous supportiez l'opération en toute sécurité, quel que soit votre état de faiblesse et peu importe que l'opération soit plus ou moins invasive.

En effet, une intervention chirurgicale perturbe le fonctionnement d'une série de systèmes organiques essentiels (cœur, poumons, système gastro-intestinal, ...), ce qui peut entraver le bon déroulement de votre rétablissement post-opératoire.
Le but du médecin anesthésiste est de vous prémunir contre ces effets négatifs et de vous guider en toute sécurité tout au long de votre parcours jusqu'à l'opération, puis au cours des premières heures, voire des premiers jours suivants.



3 Quels sont les différents types d'anesthésie?

- L'anesthésie générale
- La sédation
- L'anesthésie (loco)régionale
- L'anesthésie locale

L'anesthésie générale (narcose)

Cette technique d'anesthésie provoque l'inconscience et vous rend insensible à la douleur. Pour ce faire, nous utilisons des substances médicamenteuses qui agissent sur le cerveau.
En règle générale, elles sont administrées par voie intraveineuse ou parfois à l'aide d'un masque posé sur le visage.

Cet endormissement artificiel diffère considérablement du sommeil naturel.
Durant l'opération, vous restez sous surveillance permanente ; on observe en continu – et on corrige au besoin – la profondeur de votre endormissement, votre respiration, votre rythme cardiaque, votre température corporelle, vos pertes de sang, etc.
À cet effet, nous disposons de toute une série d'appareils de contrôle.
En règle générale, nous recourons également à un appareil

d'assistance respiratoire qui nécessite une intubation afin de garantir une oxygénation suffisante de votre sang.

Au terme de l'intervention, l'anesthésiste provoque votre réveil en interrompant l'administration de l'anesthésiant.

Une fois l'opération terminée, vous êtes emmené en salle de réveil où vous restez sous contrôle jusqu'à ce que l'anesthésie ait complètement cessé de faire effet et que vous ne ressentiez plus qu'une douleur supportable. Ce n'est que lorsque l'anesthésiste estime votre état suffisamment stable que vous être dirigé vers une chambre ordinaire.

La sédation

La sédation est une forme beaucoup plus légère d'anesthésie générale, mais ses conditions de sécurité sont identiques. On y recourt notamment lors d'examens désagréables ou douloureux (en cas de coloscopie, par exemple) ou lorsqu'une anesthésie locale ou locorégionale s'impose mais que le patient est très angoissé ou tendu.

L'anesthésie (loco)régionale

En cas d'anesthésie locorégionale, l'endormissement est obtenu localement en injectant un anesthésiant local autour des nerfs. Selon la partie du corps concernée, cette technique porte différentes appellations.
Elle permet ainsi d'endormir temporairement une partie de l'organisme, par exemple un bras ou une jambe (bloc tronculaire périphérique) ou la totalité du bas du corps (anesthésie péridurale ou rachidienne).

Cette technique d'anesthésie permet de limiter l'endormissement et la suppression de la douleur à une certaine partie du corps. Pendant ce temps, vous restez éveillé ou vous recevez un sédatif léger.
L'anesthésie locorégionale est réalisée alors que vous êtes pleinement éveillé, de sorte que vous pouvez indiquer si vous

ressentez une douleur lors de la piqûre. Un calmant léger peut éventuellement vous être administré.
En cas de bloc tronculaire, l'anesthésiste utilise un échographe ainsi que, dans la majorité des cas, un stimulateur nerveux. Le nerf est alors stimulé au moyen d'un faible courant électrique. Vous remarquerez que la partie du corps concernée bouge de façon totalement involontaire.

Mais il arrive que toutes les perceptions ne disparaissent pas entièrement. Dans certains cas, vous pouvez encore sentir que l'on vous manipule. Le choix de cette anesthésie présente de gros avantages, mais implique aussi une série de choses dont vous devez tenir compte.

Les principaux avantages de l'anesthésie locorégionale :
• Vous pouvez boire et manger immédiatement après l'opération.
• Vous n'avez pas de nausées.
• Vous êtes moins 'vaseux', voire pas du tout.
• Vous avez besoin de moins d'antalgiques, voire pas du tout, durant les premières heures qui suivent l'intervention.
• Vous courez moins de risques d'être victime d'une infection bactérienne au niveau de la plaie opératoire et la guérison se déroulera plus rapidement.
• Si toutefois une anesthésie générale s'avère également nécessaire en cours d'intervention, la quantité d'anesthésiant à vous administrer est moins importante.

Quelques points importants à garder à l'esprit

• Votre membre – bras ou jambe – restera partiellement ou totalement endormi pendant plusieurs heures, selon le produit choisi. Vous pourrez ensuite le mouvoir progressivement et les sensations reviendront petit à petit dans le membre endormi. Protégez-le tant qu'il dort ! Ne le posez pas contre un radiateur et ne l'approchez pas d'une source de vapeur chaude ni d'un objet tranchant.
• Si vos sensations ne sont pas revenues après 24 à 36 heures, contactez impérativement votre médecin.

• Vous devez également être à jeun et suivre les consignes préopératoires.

La récupération de la fonction nerveuse s'effectue progressivement et peut prendre plusieurs heures. À un moment donné, vous retrouverez la mobilité du membre endormi sans toutefois qu'il puisse ressentir quoi que ce soit. Dans ce cas, il est essentiel que vous vous absteniez de faire reposer tout le poids de votre corps sur le membre en question tant que vous n'en avez pas récupéré toute la force. Si d'autres questions vous viennent encore à l'esprit, n'hésitez pas à contacter le service d'anesthésie.

4 L'anesthésie la mieux adaptée

L'anesthésie la plus appropriée dans votre cas dépend de plusieurs facteurs, notamment votre âge, votre condition physique, vos antécédents pathologiques et le type d'opération envisagé. La décision sera prise de façon concertée entre le chirurgien, l'anesthésiste et vous-même.

5 Que se passe-t-il avant l'anesthésie?

Pour diverses raisons, il est préférable qu'une série de préparatifs aient lieu avant d'entamer une opération ou un examen sous anesthésie.
L'objectif est de faire en sorte que tout se déroule de la manière la plus sûre et la plus confortable tout en garantissant la qualité maximale de l'intervention.

L'examen préopératoire

Il est souhaitable que l'anesthésiste dispose des données médicales correctes.
Pour ce faire, il se base sur le dossier médical établi par votre médecin traitant.

Votre généraliste est toujours la personne de référence.
Afin que nous puissions mieux vous connaître et cerner vos antécédents, il vous sera remis un questionnaire que vous pouvez compléter seul ou avec l'aide de l'infirmière en charge de la préparation de l'admission.
Ce questionnaire est indispensable parce qu'il permet d'évaluer les risques liés à l'intervention.
Nous vous demandons dès lors d'y répondre correctement, il en va de votre sécurité.

Il peut également arriver que des examens complémentaires s'avèrent nécessaires ou qu'il vous soit demandé de consulter un autre spécialiste (le cardiologue, par ex.).

Nous attachons aussi beaucoup d'attention aux médicaments que vous prenez. Il est de la plus haute importance de noter précisément tous les médicaments que vous utilisez, de même que les doses et le moment des prises. Consignez également les compléments alimentaires, les plantes médicinales, voire même la petite aspirine que vous prenez en cas de mal de tête.
Cela nous permettra de décider quels médicaments vous pourrez continuer à prendre et quels autres vous aurez intérêt à arrêter (les anticoagulants, par exemple).

Lors de cette consultation, des explications vous seront aussi données à propos des techniques d'anesthésie envisageables, de leur déroulement ainsi que de leurs effets secondaires ou de leurs complications potentielles.
C'est pourquoi il est important de contacter le service en charge de votre admission suffisamment tôt et bien avant la date d'opération programmée.

Vous trouverez les coordonnées de contact au dos de cette brochure.
Si votre médecin traitant, votre généraliste ou l'anesthésiste lui-même estime qu'une consultation préopératoire s'impose chez l'anesthésiste, vous pourrez également prendre un rendez-vous auprès de ce service.

Quelques conseils

• Pour limiter les risques, il est utile que vous amélioriez votre condition physique et que vous perdiez éventuellement du poids durant les semaines qui précèdent l'intervention programmée.

• Pour l'opération, vous devez être à jeun. Cela signifie que vous ne pouvez plus rien manger ni boire au moins 6 heures avant l'intervention.
Nous vous recommandons également de ne plus ingérer d'alcool ni de drogue au moins 24 heures avant l'opération car tous deux peuvent avoir une influence sur l'action des produits anesthésiants.

• Il est également recommandé d'arrêter de fumer 6 semaines avant l'opération.
Le tabac réduit le transport d'oxygène aux organes, ce qui accroît le risque de complications durant ou après l'intervention.
Les voies respiratoires des fumeurs sont souvent irritées et donc plus sensibles aux infections. Tousser peut en outre s'avérer très douloureux après une opération.

• Enlevez tous vos bijoux et accessoires décoratifs – montre, piercings, bagues, bracelets – à l'exception du bracelet nominatif mentionnant vos données personnelles, qui vous est remis lors de votre prise en charge. Nous vous demandons également de ne pas porter de maquillage ni de vernis à ongles. Quant aux ongles artificiels en gel, vous devez en enlever au moins un.
Confiez vos lunettes, vos lentilles de contact et votre dentier au département infirmier.
Si nécessaire, les infirmières rasent le site opératoire.
Enfin, vous recevez une blouse chirurgicale à enfiler.

• Si vous portez un pacemaker, un défibrillateur ou un neurostimulateur, nous envisageons avec vous ce qu'il convient de faire.

Vous êtes transporté jusqu'à la salle d'opération ou au service d'examen dans votre lit.
Préalablement à l'intervention/la procédure, nous contrôlons votre identité ainsi qu'une série d'autres données, éventuellement à plusieurs reprises.



6 Les risques de l'anesthésie

L'anesthésie moderne est une technique extrêmement fiable dans le cadre de laquelle toutes les mesures de sécurité nécessaires sont prises, quelle que soit la situation où elle est mise en œuvre.
Grâce aux progrès réalisés dans le domaine des appareils de monitoring, à l'efficacité accrue des médicaments et à la formation de pointe qu'ont suivie l'anesthésiste et ses assistants, l'anesthésie est aujourd'hui devenue particulièrement sûre.

Néanmoins, comme lors de toute intervention médicale, il peut arriver que des effets secondaires ou des complications se produisent.
Il est très difficile d'établir une distinction entre les risques inhérents à l'anesthésie, ceux résultant de l'intervention chirurgicale proprement dite et ceux découlant de votre état général.
Le risque que vous courez en tant que personne est notamment déterminé par :

• l'existence d'affections autres que celle pour laquelle vous êtes opéré;
• vos facteurs de risque personnel (surpoids, tabagisme, alcoolisme,...);
• le fait que vous subissiez une intervention délicate, de longue haleine et/ou urgente.

Plus l'anesthésie et l'intervention sont complexes, plus le risque d'effets secondaires et de complications est élevé. C'est la raison pour laquelle nous proposons toujours la forme d'anesthésie la mieux adaptée à votre état de santé et à l'intervention programmée.
L'anesthésiste vous informera du type d'anesthésie utilisé, lequel comportera un maximum d'avantages dans votre cas tout en minimisant les risques.
Différents types de substances pharmacologiques sont utilisés. La plupart des substances utilisées en Belgique le sont depuis très longtemps et ont fait l'objet de tests éprouvés.

7 Effets secondaires et complications

• **Les effets secondaires** sont les effets indésirables qu'entraîne presque toujours un médicament ou un traitement (nausées, vomissements ou maux de gorge par exemple). En règle générale, ils ne durent pas longtemps.

Certains peuvent être évités, d'autres peuvent être soignés et un certain nombre d'entre eux disparaissent spontanément.

• **Les complications** sont des événements indésirables et inattendus qui résultent d'un traitement (une réaction allergique à l'administration d'un médicament, par exemple).

8 Synthèse des effets secondaires et complications

AR = Anesthésie régionale
AG = Anesthésie générale

Effets secondaires et complications (très) fréquents

Nausées et vomissements (AR – AG)
Certaines opérations et certains médicaments ont tendance, plus que d'autres, à provoquer des nausées et des vomissements. Ces effets indésirables peuvent également être causés par le stress, l'angoisse et la douleur. Les personnes souffrant du mal des transports et qui sont fréquemment malades en voiture y sont aussi plus sensibles.
Généralement, ces phénomènes peuvent être traités ou évités, mais ils peuvent parfois durer quelques heures, voire quelques jours.

Si vous avez déjà constaté que vous étiez facilement nauséeux ou que vous vomissiez après une opération, il est conseillé de le signaler lors de votre entretien avec le service en charge de votre admission. Nous pourrons ainsi tenter d'y remédier.

Mal de gorge – enrouement (AG)
Ce trouble survient après une intubation (tuyau introduit dans les voies respiratoires ou l'estomac) et peut durer quelques heures, voire quelques jours. On le soigne à l'aide de comprimés à sucer ou de gargarismes.

Vertiges et vision dédoublée (AR – AG)
L'anesthésie, la déshydratation et la baisse de votre tension artérielle peuvent provoquer une sensation de faiblesse.
Ce trouble peut être traité par une réhydratation et l'administration de médicaments.
La vision trouble peut être due aux effets secondaires des produits anesthésiants ou au baume oculaire appliqué comme protection.

Frissons – grelottements (AR – AG)
Ils sont provoqués par une perte de chaleur subie durant l'opération, par certains médicaments mais aussi par le stress. Une couverture, la projection d'air chaud et/ou l'administration de médicaments permettent d'y remédier.

Maux de tête (AR – AG)
Ils peuvent être causés par l'anesthésie, l'opération, la déshydratation ou le stress.
En règle générale, ces céphalées disparaissent après quelques heures. Si nécessaire, il est possible de les traiter par voie médicamenteuse.
Il peut arriver qu'une anesthésie péridurale ou rachidienne occasionne des maux de tête plus sévères. Vous devez le signaler au médecin afin qu'il puisse mettre en œuvre un traitement spécifique.

Démangeaisons (AR - AG)
C'est un effet secondaire des antalgiques puissants, mais elles peuvent aussi indiquer une réaction allergique. Dans les deux cas, il est possible de les traiter par voie médicamenteuse.

Douleurs musculaires, articulaires et dorsales (AR - AG)
Bien que le plus grand soin soit accordé à votre positionnement sur la table d'opération, il peut arriver que vous ressentiez des douleurs au dos ou à d'autres articulations au terme de l'intervention.
Elles sont dues à la posture non naturelle de votre corps durant l'opération, dès l'instant où vous restez dans la même position sur une surface dure pendant un laps de temps plus ou moins long (c'est également le cas si vous recevez une péridurale ou une rachidienne).
Comme les muscles dorsaux sont totalement détendus, la cambrure naturelle du dos disparaît, ce qui peut également entraîner des douleurs lombaires par la suite.
Ces désagréments disparaissent généralement d'eux-mêmes.

Bleus douloureux (AR - AG)
Ces bleus apparaissent aux endroits des piqûres et du site de pose de la perfusion. Ils résultent des dommages occasionnés à un petit vaisseau sanguin, des mouvements d'une articulation proche ou d'une infection.
Ils disparaissent généralement avec le temps.

Douleur lors de l'injection de certains médicaments (AR - AG)
Certaines substances pharmacologiques induisent une douleur ou une sensation désagréable lors de leur injection.

Confusion ou perte de mémoire (AR - AG)
Il arrive qu'une opération suscite de la confusion ou des pertes de mémoire, surtout chez les patients plus âgés.
Ils peuvent aussi être sujets à de légères difficultés de concentration ainsi qu'à des troubles de la vision ou de la coordination.

Ces troubles sont généralement temporaires mais peuvent parfois durer quelques jours, voire quelques semaines. C'est pour cette raison que vous ne pouvez pas conduire, utiliser des machines ni prendre de décisions importantes au moins pendant les premières 24 heures qui suivent une anesthésie.

Inefficacité des analgésiques (RA)
Il peut arriver que l'anesthésie ne fasse pas suffisamment d'effet. Dans ce cas, l'anesthésiste peut éventuellement injecter un complément d'anesthésiant.

Extension de l'insensibilisation vers le haut (RA)
Vous la remarquerez aux picotements qui apparaissent au niveau des mains. Peut-être éprouverez-vous aussi quelques difficultés à respirer. Dans ce cas, l'anesthésiste prendra les mesures qui s'imposent pour y remédier.

Effets secondaires ou complications peu fréquents

Infections pulmonaires (AG)
Elles touchent davantage les fumeurs et peuvent occasionner des difficultés respiratoires. C'est pourquoi il est important d'arrêter de fumer six semaines avant une intervention.
Il peut aussi arriver que de la nourriture non digérée soit régurgitée dans la trachée, généralement parce que vous n'êtes pas à jeun ou parce que vous souffrez d'une surcharge pondérale.
Il va de soi que tout est mis en œuvre pour prévenir ce genre de situation et pour la traiter si elle se produit malgré tout.

Mixtion difficile (AR - AG)
Après certaines opérations et certaines anesthésies locorégionales, il peut arriver que les patients – surtout masculins – éprouvent des difficultés à uriner; en revanche, les femmes seront plutôt victimes de fuites urinaires. Pour y remédier, une sonde urinaire est parfois posée à titre préventif.

Difficultés respiratoires (AR - AG)
Il s'agit là d'un phénomène transitoire provoqué par certains antidouleurs.
Lorsque les myorelaxants ne sont pas encore totalement excrétés, il peut se produire une faiblesse musculaire généralisée, y compris au niveau des muscles respiratoires.
Ces deux désagréments peuvent être traités par voie médicamenteuse.

Dents, lèvres ou langue endommagées (AG)
Il peut arriver que vos dents, vos lèvres ou votre langue soient endommagées par une crispation involontaire mais puissante de la mâchoire durant le réveil de l'anesthésie générale.
Les dents peuvent aussi l'être si l'anesthésiste éprouve des difficultés à insérer la sonde pulmonaire ou gastrique.
Ce phénomène est plus fréquent si vous avez une petite bouche ou une mâchoire inférieure étroite, la nuque raide ou une dentition en mauvais état.
Malgré toutes les mesures de précaution que nous prenons, ces

désagréments ne sont malheureusement pas toujours évitables.

Réveil impromptu durant une opération – intervention (AG)
Cela dépend essentiellement de votre état général, du type d'opération subie, de votre consommation de médicaments et d'alcool et du type d'anesthésie mis en œuvre.
Si vous pensez avoir déjà fait l'objet d'un tel réveil lors d'une intervention antérieure, vous devez le signaler au préalable.
Si vous êtes gravement malade, l'anesthésiste peut choisir de vous administrer une anesthésie plus légère parce que vous seriez incapable de supporter une narcose plus profonde.
Il est donc possible que vous vous remémoriez certaines choses survenues durant l'opération.

Manifestation d'une affection préexistante (AR - AG)
Une affection préexistante (diabète, affection cardiovasculaire, par ex.) qui n'était peut-être pas connue avant l'opération peut se manifester au cours de l'intervention ou après celle-ci.
Elle fait alors l'objet d'un suivi attentif.
En cas de diabète, des mesures spécifiques doivent notamment être prises.

Dans ce cas, les procédures suivies sont celles énumérées dans un protocole interne élaboré en concertation avec l'endocrinologue.

Effets secondaires et complications (très) rares

Dommages aux yeux (AG)
Bien que l'anesthésiste veille avec le plus grand soin à ce que rien ne puisse blesser vos yeux durant l'anesthésie, il peut toutefois arriver que les yeux soient superficiellement touchés ou endommagés, et qu'ils soient douloureux.
Ce désagrément reste transitoire et guérit spontanément.
Un baume oculaire adapté permet de soulager la douleur.

Infection (RA)
Même si cela arrive rarement, il se peut qu'une infection se manifeste au niveau du site d'injection de la péridurale ou du système nerveux central, même lorsque l'opération est réalisée en conditions de stérilité maximales. Les conséquences qui en résultent dépendent du germe pathogène incriminé et de la gravité de l'infection.

Hypersensibilité sévère (réaction allergique) à certains médicaments (AR - AG)
Lors d'une intervention chirurgicale et d'une anesthésie, vous entrez en contact avec de multiples substances étrangères à votre organisme : anesthésiants, antalgiques, myorelaxants, antibiotiques, fluides de perfusion, latex, produits de contraste, désinfectants, ...
Vous pouvez y être allergiques sans même le savoir.
Une telle allergie peut entraîner des problèmes bénins – éruption cutanée, démangeaisons, chute de la tension artérielle – mais aussi, dans certains cas, provoquer une réaction sévère (choc anaphylactique).
Un tel choc peut présenter un risque mortel même chez les personnes en bonne santé.

L'anesthésiste mettra tout en œuvre pour enrayer la réaction allergique et en traiter les séquelles. C'est pourquoi il est capital que vous nous signaliez les moindres détails concernant les hypersensibilités potentiellement existantes chez vous comme chez vos proches.

Embolie (AR - AG)
Durant une intervention chirurgicale ou au terme de celle-ci, des caillots sanguins peuvent se former dans les veines, surtout si le patient reste (longtemps) sans bouger les membres.
Lorsqu'un caillot bloque la circulation sanguine, on parle d'embolie.
Ce phénomène peut s'avérer dangereux si le caillot enraye l'apport sanguin vers un organe vital (les poumons ou le cerveau, par exemple).
Certains facteurs augmentent le risque de formation de ces

caillots : des antécédents d'embolie, la présence de varices, certains cancers, certaines méthodes contraceptives, le tabagisme, la surcharge pondérale, certains troubles de la coagulation. En administrant des anticoagulants avant et/ou après l'opération, on tente de prévenir la formation des caillots sanguins.
Il existe aussi un autre type d'embolie : l'embolie graisseuse, qui se produit principalement au départ d'un os volumineux (fracture du fémur, par exemple). Ce type d'embolie peut également être dangereux.
Il n'existe pas de médicaments solubilisant la graisse, de sorte que le traitement mis en œuvre est généralement un traitement d'appui.
Les embolies respiratoires sont plutôt rares et se révèlent principalement dangereuses en cas de troubles cardiaques préexistants.

Perte de puissance et/ou de sensibilité (AR - AG)
Ce phénomène peut apparaître lorsqu'un nerf est endommagé par une aiguille ou une hémorragie en cas d'anesthésie régionale, ou encore par la compression d'un nerf lors d'une opération sous anesthésie générale. La plupart de ces atteintes nerveuses sont temporaires et guérissent spontanément mais très lentement.

Réactions toxiques (RA)
Les nerfs qui doivent être anesthésiés longent de (gros) vaisseaux sanguins. Il est donc possible que l'anesthésiant aboutisse dans la circulation sanguine.
Cela peut se traduire par une sensation métallique en bouche, des fourmillements autour des lèvres, une somnolence, des troubles du rythme cardiaque, des crises épileptiformes voire une perte de conscience éventuelle. Le traitement médical du phénomène est généralement efficace.

Réveil différé ou absent après l'anesthésie générale (AG)
La reprise de conscience se fait progressivement et est déterminée par la manière dont la médication cesse de faire de l'effet. Actuellement, les substances utilisées pour l'anesthésie

sont rapidement excrétées une fois que leur administration est interrompue.
La cause la plus fréquente d'un réveil différé est donc la prolongation de l'effet de l'anesthésiant ou des calmants administrés.

Les patients qui ne se réveillent pas de leur anesthésie générale ont été victimes d'une complication sévère, comme une congestion ou une hémorragie cérébrale.
Ce risque est extrêmement exceptionnel.
Si vous êtes un patient à risque pour ce genre d'hémorragie, le fait de subir une opération peut bien entendu augmenter ce risque, surtout lors de certaines interventions contraignantes pour l'irrigation sanguine du cerveau.

Dommages occasionnés aux nerfs (RA)
De tels dommages, comme ceux causés par une piqûre effectuée directement dans un nerf, sont très rares. Les symptômes peuvent aller du simple fourmillement jusqu'aux troubles de la sensibilité cutanée, en passant par des névralgies, voire une paralysie. En règle générale, ces troubles sont de nature passagère et ne restent permanents qu'en de très rares occasions.

Pneumothorax (RA)
Certains types d'anesthésie d'un membre supérieur par blocage nerveux périphérique peuvent provoquer un pneumothorax. En fonction de sa gravité, un drain sera éventuellement posé au niveau de la plèvre.

Décès (AR -AG)
Ce risque est rarissime et presque toujours causé par une conjonction de plusieurs complications survenant simultanément.
Cela dépend surtout de vos antécédents médicaux, de la maladie ayant nécessité votre opération et du type d'opération subie.

9 La transfusion sanguine

Il est parfois nécessaire que le patient reçoive du sang au cours d'une intervention.

• Pourquoi une transfusion sanguine ?

Normalement, le corps est en mesure de fabriquer les globules sanguins et le plasma en quantités suffisantes. Toutefois, lorsque le patient a perdu trop de sang, l'administration de produits sanguins peut s'avérer indispensable.

• Types de transfusion sanguine

Les globules rouges assurent le transport jusqu'aux tissus de l'oxygène absorbé par les poumons.
En cas de déficit sévère de globules rouge, les tissus ne sont donc plus suffisamment oxygénés, ce qui risque d'endommager certains organes (notamment le cœur et les reins).

Les plaquettes sanguines et les facteurs plasmatiques déclenchent la coagulation lorsqu'une hémorragie se produit après l'endommagement de vaisseaux sanguins. Si l'hémorragie est abondante, ces plaquettes et facteurs peuvent devenir déficitaires.
Il peut aussi arriver que cette pénurie de plaquettes ou de facteurs plasmatiques, qui peut être temporaire ou de longue durée, soit causée par l'absorption de certains médicaments ou par une maladie spécifique.

• Une transfusion sanguine est-elle sans danger ?

Le sang provient de donneurs volontaires et est recueilli dans les centres de la Croix-Rouge. On y procède à des contrôles stricts pour en garantir la qualité.

• Pourquoi faut-il contrôler le groupe sanguin ?

Une prise de sang est effectuée pour déterminer le groupe

sanguin et différents facteurs (rhésus et autres). Cette analyse est à ce point capitale que l'on prélève un échantillon sanguin à deux moments distincts. Il arrive que le patient possède des anticorps actifs contre les cellules sanguines d'un donneur externe. Dans ce cas, il faut parfois attendre un peu plus longtemps avant de pouvoir disposer d'un sang compatible.

• Comment se déroule une transfusion sanguine ?

Les produits sanguins sont administrés via une perfusion implantée dans une veine. La durée de la transfusion peut varier.
Juste avant de procéder à la transfusion, votre nom et votre date de naissance sont recontrôlés et l'on vérifie si la poche de sang vous est bien destinée.
Les effets secondaires font l'objet d'un monitoring spécifique.

• Effets secondaires

Réactions à la transfusion : fièvre, tremblements, démangeaisons, mal-être, détresse respiratoire en cas d'administration d'un volume trop important dans un laps de temps réduit, accumulation de fer dans le sang.

• Puis-je refuser une transfusion sanguine ?

C'est une décision qui peut et doit être respectée. Mais ne perdez pas de vue qu'il n'existe pas toujours d'autres possibilités.
Les transfusions sanguines sont souvent d'une importance vitale. Si vous la refusez, le risque encouru est parfois plus important que si vous l'autorisez.
Exprimez donc vos doutes en temps opportun à votre médecin traitant et discutez-en.

10 Après l'intervention

La salle de réveil

Après l'opération, vous êtes emmené en salle de réveil. Vous y restez sous la surveillance d'infirmières spécialisées jusqu'à ce que l'anesthésie ait complètement fini de faire de l'effet.
Vous pouvez encore vous sentir somnolent et vous rendormir sporadiquement. C'est tout à fait normal.
Il se peut aussi que la douleur se réveille lorsque l'anesthésie prend fin. Dans ce cas, nous pouvons vous administrer des antidouleurs supplémentaires.
Dès que vous êtes suffisamment réveillé, que la douleur s'est atténuée ou que la péridurale a fini de faire de l'effet, vous pouvez regagner votre chambre.
Cependant, afin d'éviter une chute, vous ne pouvez pas encore sortir de votre lit sans aide.

Si vous avez été admis en hospitalisation de jour, prenez vos dispositions pour qu'un adulte vous accompagne et ne restez pas seul chez vous la première nuit.
Il est interdit de conduire soi-même le jour de l'anesthésie !
Une fois rentré chez vous, restez tranquille les premières 24 heures. Mangez et buvez des aliments faciles à digérer, ne consommez pas d'alcool et abstenez-vous de fumer.
De même, ne prenez aucune décision importante pendant les premières 24 heures au moins qui suivent une anesthésie.
Il est tout à fait courant qu'après une opération, vous ne vous sentiez pas en grande forme pendant un certain laps de temps. L'anesthésie, mais aussi l'acte intrusif que constitue n'importe quelle opération en sont responsables. Le corps doit récupérer à son propre rythme et cela prend du temps.

Les soins intensifs ou le service midcare

Il est parfois nécessaire que vous restiez sous surveillance dans un service particulier parce que la nature de l'opération nécessite des soins intensifs pendant une période prolongée ou parce que vos antécédents médicaux imposent des soins

spécialisés.



11 Le traitement antalgique post-opératoire

Une fois l'opération terminée, nous nous attachons à juguler au mieux la douleur. Pour ce faire, nous utilisons une échelle qui nous permet d'estimer l'intensité de la douleur que vous ressentez. Cette perception est en effet propre à chaque personne.

Il existe 2 façons d'atténuer la douleur :

a. En administrant des médicaments par voie orale ou par injection (perfusion, injection intramusculaire, injection sous-cutanée)
b. Technique antalgique recourant à une pompe antidouleur (PCA = patient controlled
analgesia)

Les analgésiques sont administrés via une pompe antidouleur

que vous pouvez actionner vous-même, dans des limites de sécurité prédéfinies. Vous ne devez donc pas attendre que l'infirmière ou le médecin se rende à votre chevet pour vous administrer un antidouleur et vous pouvez ainsi maîtriser votre douleur de façon plus rapide et plus précise.

Il en existe de 3 types :
• PCIA (voie intraveineuse)
• PCEA (voie péridurale)
• PCRA (administrée localement, à hauteur d'un plexus nerveux)

L'anesthésiste déterminera donc à l'avance la dose d'antalgiques et l'intervalle d'administration des produits afin d'exclure un surdosage. Vous ne courez dès lors aucun risque de recevoir trop de médicaments.

Vous pouvez vous administrer une dose d'antalgique en appuyant sur le bouton de la pompe. Tenez cependant compte du fait que le principe actif n'agit qu'après 5 à 15 minutes.

Une fois que vous êtes rentré dans votre chambre, la dose peut être adaptée si nécessaire, moyennant le monitoring qui s'impose.
Lorsque la douleur a suffisamment diminué, la pompe antidouleur et le cathéter sont enlevés.
À partir de ce moment, vous recevez des antalgiques ordinaires.

Effets secondaires et complications d'une PCIA, une PCEA ou une PCRA

Nous avons répertorié les plus fréquents d'entre eux.

Après une PCIA
• Nausées et vomissements
• Démangeaisons
• Vertiges, fatigue
• Tension artérielle basse, rythme cardiaque ralenti
• Difficultés respiratoires

Après une PCEA/ PCRA

• Démangeaisons

• Maux de tête : lorsque vous vous redressez alors que vous étiez en position couchée, vous pouvez ressentir une douleur intense à la tête, surtout au niveau du front ou dans le haut de la nuque ; ce phénomène s'accompagne souvent de sifflements dans les oreilles, de troubles de la vision, de nausées et de vomissements. Si le phénomène est trop intense, vous devez appeler une infirmière.

• Diminution de la sensibilité et/ou faiblesse musculaire des membres inférieurs.

• Dorsalgies : il peut arriver que sous l'effet d'une péridurale, les muscles dorsaux se détendent entièrement en supprimant les courbures naturelles du dos, ce qui peut entraîner des douleurs dorsales.

• Toxicité systémique : très rare et consécutive à l'injection accidentelle de l'anesthésiant local dans un vaisseau sanguin.

• Dommages nerveux (phénomène transitoire ou permanent) : fourmillements, faiblesse musculaire ou paralysie des membres inférieurs.

Contact

SECRÉTARIAT ANESTHÉSIE

Campus Brugsesteenweg

t 051 23 69 12

Campus Wilgenstraat

t 051 23 70 39

Campus Menin

t 056 52 23 10

Campus Torhout

t 050 23 27 46

SERVICE EN CHARGE DE LA PRÉPARATION DE L'HOSPITALISATION

e preopbeleid@azdelta.be

Campus Brugsesteenweg

t 051 23 64 64

Campus Wilgenstraat

t 051 23 72 55

Campus Menin

t 056 52 20 32

Campus Torhout

t 050 23 27 46

Source: team anesthésie, 9 oktobre 2018

Médecins

AZ Delta campus Roeselare- Menin

Dr. Nele Baert
Dr. Evie Barbe
Dr. Filip Beernaert
Dr. Bart Billet
Dr. Valerie Bosteels
Dr. Els Bral
Dr. Tom Castelein
Dr. Philippe Debucquoy
Dr. Olivier De Coster
Dr. Rik De Keersmaecker
Dr. Dirk De Kegel
Dr. Yves Devriendt
Dr. Günter Diet
Dr. Patrick Dobbels
Dr. Pieterjan Durnez
Dr. Filip Gallant
Dr. Karel Hanssens
Dr. Els Lemmens
Dr. Piet Lormans
Dr. Carine Mergaert
Dr. Werner Nagels
Dr. Bert Quaghebeur
Dr. Ingrid Raetschelders
Dr. Gerald Segers
Dr. Kurt Spoelders
Dr. Willem Stockman
Dr. Ludmila Tsvetkova
Dr. Xavier Van Weehaeghe
Dr. Emmanuel Vander Stichele
Dr. Greet Vanlerberghe
Dr. Bruno Verhamme
Dr. Miriam Vermaut
Dr. Sven Vermeersch
Dr. Lieven Wostyn

AZ Delta campus Torhout

Dr. Rik Alliet
Dr. Klaas Crombez
Dr. Lien De Gendt
Dr. Ruben De Vos
Dr. David Marrécau
Dr. Floor Martens