



aw

Anesthésie

Anesth Weekly

Nr 356 - 17 septembre 2014

2014

NOS MISSI DOMINICI



Professeurs,
Mesdames, Messieurs,
Mes biens chers confrères, mes biens chères consœurs,

Nous voici donc rassemblés ce soir autour de la table pour partager le pain, mais surtout le vin, et célébrer le mystère et la foi. Car grands sont les mystères et la foi.

Le mystère tout d'abord, parce que l'anesthésie après nos sept ans passés en auditoire où en tant que stagiaire tenant les écarteurs, nous n'en avions vu qu'une infime partie, souvent biaisée par une vue idéaliste de l'anesthésiste derrière le champ, le café à la main, le téléphone à l'autre, les yeux rivés sur le dernier cours de l'action GSK.

Le mystère toujours, quand il a fallu comprendre le mécanisme d'action des gaz et du paracétamol, les statistiques, la CEC ou les staffs de cardiaques en première année.

Le mystère encore, quand s'abattaient les foudres du très haut sans qu'aucune raison ne soit apparente.

Retour en arrière sur notre chemin de croix, parsemés de doute, de remises en question et de ... greffes de foie.

A l'aube d'un lundi matin, le très haut prit le croissant, le leva, le bénit et dit... En fait il ne dit rien, il se contenta d'éteindre la lumière et nous invita à le suivre. Comme un seul homme, la foule se leva et le suivit dans le temple du savoir. 5 années passées à écouter avec sagesse

la bonne parole du très haut et de ses apôtres. Pour nous aider à retenir la bonne parole, les apôtres ont rédigé la Bible. Bible à suivre, à comprendre, parfois à remettre en doute et à adapter afin de ne pas déclencher la fureur du très haut.

Puis vint l'exode vers la périphérie, où notre foi en la sainte bible fut mise en concurrence avec quelques écrits apocryphes et où les tentations furent nombreuses. Mais toujours nous revenions à la grande maison afin de nous remettre dans le droit chemin. Cela ne nous a pas empêchés de parfois diverger de la ligne de conduite, l'esprit perverti par ce que nous avons tout de même appris.

Des traversées du désert, il y en a eu: quelques journées passées seuls en salle 22 ou sur une greffe sans voir un seul apôtre, ou lors des fameux parcours 'santé': EPI colono colono, qui se terminaient inévitablement encore une fois en salle 22 ou en cataracte.

Combien de kilomètres parcourus pour arriver là où nous sommes aujourd'hui ? Nous ne manquerons pas de remercier nos 3 scribes, intermédiaires entre nous et le très haut, gérant paperasses et administratif d'une main de maître et toujours disponibles dans le besoin. Il est vrai, nous avons parfois faibli mais jamais failli !

Soyez fiers des missionnaires que nous sommes devenus. Votre savoir et votre sagesse, votre patience et votre exigence ont fait de nous les veilleurs du bon repos du peuple.

Maintenant, buvez et mangez en paix.

TAKE-HOME MESSAGE(*)

(*) Olivier Clarinval, Gwenaëlle Grogard



Hemostasis in Liver Disease: Implications of New Concepts for Perioperative Management

Pepijn D. Weeder, Robert J. Porte, Ton Lisman

Transfusion Medicine Reviews 28 (2014) 107–113

avant l'intervention

1. PAS de correction prophylactique de l'hémostase
2. traiter les infections existantes
3. optimiser la fonction rénale

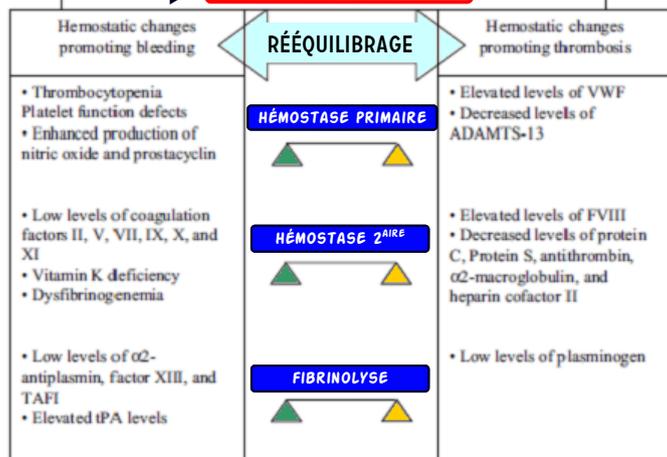
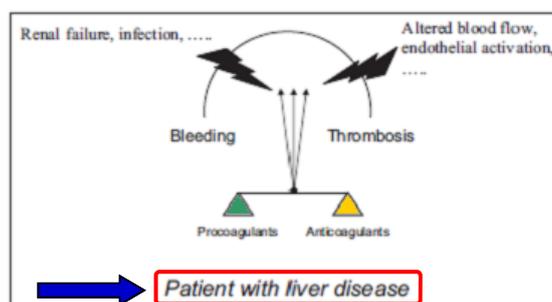
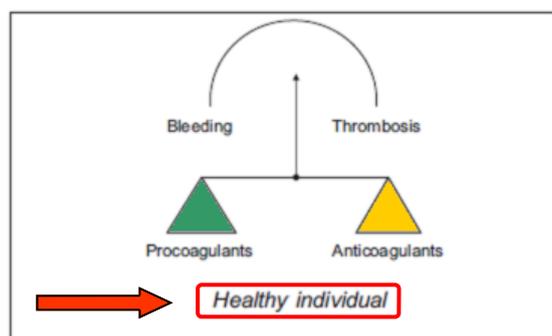
en peropératoire

1. traiter tout saignement d'origine hémostatique par des transfusions ou des antifibrinolytiques
2. maintenir une PVC basse
3. maintenir la T°, le calcium et le pH

en postopératoire

1. ramener la PVC à une pression normale
2. détecter et traiter toutes complications thrombotiques ou hémorragiques

APPLIQUER, TOUT AU LONG DU PROCESSUS, UNE THROMBOPHYLAXIQUE COMME POUR UN PATIENT NORMAL



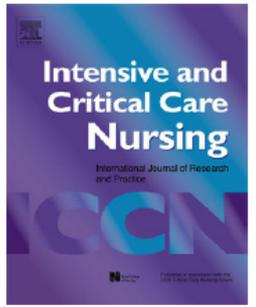
REPRIS DE LISMAN - BLOOD 2010; 116(6): 881

L'heure que vous consacrerez à la lecture de cette mise à jour de ce que les transplantations du foie nous ont appris sur l'hémostase des insuffisants hépatiques, sera sans doute un des meilleurs investissements de lecture de votre trimestre. En complément, je vous joins également un de leurs précédents papiers dans Blood 2010.

- ✓ la notion centrale est qu'en cas d'insuffisance hépatique, on doit parler d'"hémostate rééquilibrée" (cfr le schéma explicatif ci-contre). On assiste à une diminution de certains facteurs de coagulation mais en contrepartie, à une augmentation d'autres facteurs prothrombotiques comme le facteur de von Willebrand (VWF). Cela explique notamment que l'incidence des thromboses postopératoires n'est pas diminuée chez ces patients. On constate aussi une fibrinolyse inhibée en cas d'insuffisance hépatique aiguë (I.H.A.).
- ✓ les tests de laboratoire classiques 'in vitro' sont mal adaptés pour les altérations complexes de l'hémostase rencontrées dans l'I.H.A.. Ils n'étudient qu'une partie des mécanismes et poussent à des extrapolations erronées. L'expérience actuelle montre qu'ils ne peuvent pas prévoir le risque de saignement chirurgical et que l'utilisation prophylactique de produits sanguins sur la base de ces examens peut PARADOXALEMENT contribuer au saignement plutôt que de le prévenir !! Le recours au monitoring thromboélastographique (ROTEM) qui intègre les deux bras du processus hémostatique est plus judicieux et recommandé chez ces patients.
- ✓ en terme de stratégie peropératoire (cfr aux encarts ci-dessus, il faut veiller à maintenir strictement une T°, un calcium et un pH les plus proches possible de la normale. Ces éléments ont un rôle très important dans l'hémostase. Par ailleurs, tout faire pour garder une PVC basse, quitte à recourir aux vasoconstricteurs.
- ✓ enfin, protéger ces patients des risques thrombotiques veineux avec une prophylaxie appropriée.
- ✓ lire attentivement les deux papiers joints

The effect of nail polish on pulse oximetry readings

Gülendam Hakverdioğlu Yönt, Esra Akin Korhan, Berna Dizer



Depuis le début de l'utilisation clinique du pulseoxymètre, on s'est préoccupé des facteurs influençant la précision de la mesure de la SpO₂ (relisez à ce propos, l'article de Ralston Anaesthesia 1991 et

pourquoi pas celui d'Anesthesiology 1989 (118-122) - Francis Veyckemans et Philippe Baele sur l'interférence de l'hyperbilirubinémie). Un article qui va sortir dans Intensive Crit Care Nursing est l'occasion de se replonger sur ce sujet. Cet article se penche sur l'influence des vernis à ongles de différentes couleurs que nos patientes affectionnent.

Les auteurs ont minimisé les facteurs environnementaux tels que position des mains, côté du corps, doigt choisi, T°, etc). La limitation est que ces volontaires n'étaient pas malades ! Une 1ère phase a constitué à comparer chaque doigt de chaque main (schéma ci-contre). Les mesures s'évaluent sur ± 0,5 %. Ensuite (2ème phase), les ongles sont recouverts d'une simple couche de vernis de couleur différente.

Le vernissage (quelque soit la couleur) diminue la valeur des mesures de SpO₂, les différences les plus marquées pour le vert, le bleu et le noir. Pour les autres couleurs, on constatera que les différences ne sont pas cliniquement très marquées (quelques dixièmes de %).

Comme noté plus haut, ces mesures ont été réalisées chez des personnes saines, en-dehors de situations cardiaques ou pulmonaires pathologiques. Je vous suggère, à ce propos, de retourner à l'AW 333 (15 jan 2014) qui a abordé la précision de la pulsoxymétrie chez l'enfant notamment cardiopathe.

