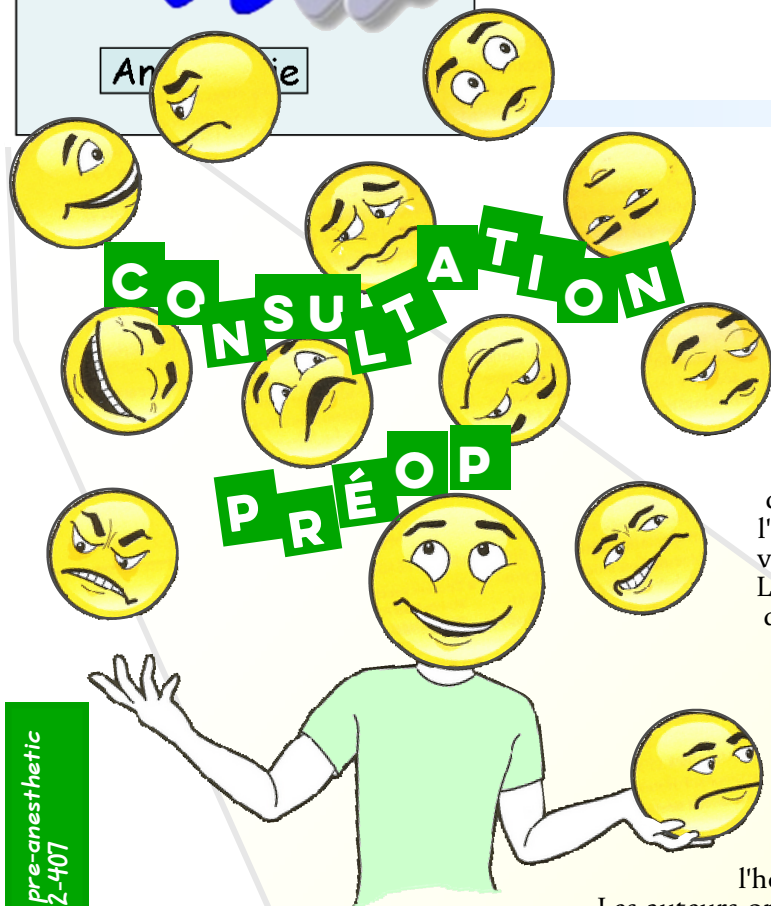




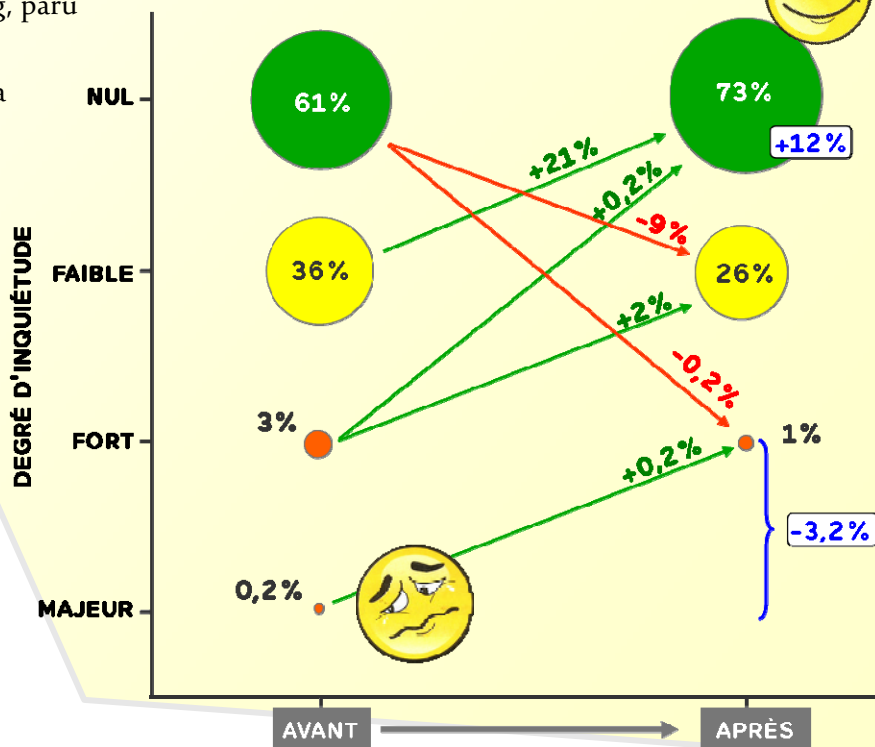
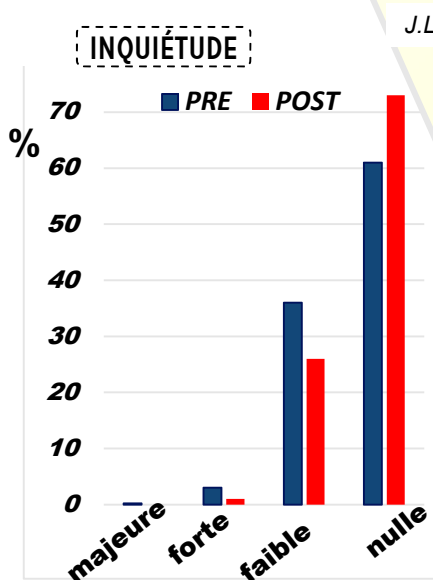
Balance des craintes: influence de la consultation préop

Evaluer la capacité d'un patient à supporter l'intervention et l'anesthésie est essentiel. Prévenir les problèmes est une grande part du bon déroulement des interventions. Mais qu'en est-il de l'impact de l'entretien préinterventionnel sur l'inquiétude vécue par les patients ? Les études réalisées sur le sujet ne sont pas univoques, sans doute parce que la communication d'un 'risque' n'est pas nécessairement simple et mérite certainement un entraînement spécifique ce qui n'est pas encore habituel dans les services d'anesthésie. Comment bien faire comprendre à un patient que l'intervention comporte un risque, certes rare mais bien réel, sans qu'il ne s'en inquiète trop, ce qui en soi, est un facteur de stress aggravant. L'Open Journal of Anesthesiology a publié en novembre 2013 un article intéressant, par nos collègues de l'hôpital universitaire de Leipzig.

Les auteurs ont questionné 461 patients (de juillet à septembre 2011) recrutés parmi les candidats à une intervention (12 spécialités chirurgicales). Ils les ont questionnés avant et après la consultation préinterventionnelle. Parallèlement, la qualité de la consultation a été évaluée au moyen du ZUF-8-score.

CONSTATS

On remarque (voir les graphes) que en gros, la consultation a augmenté le pourcentage des patients qui se disent 'rassurés' (+ 12 %). Il ne reste plus que 1 % qui reste avec une forte crainte. En y regardant de plus près, on note que 42 patients (soit ± 10 % du groupe) terminent la consultation avec une inquiétude plus grande. Il est intéressant de noter que ces patients sont, par ailleurs, parmi les plus satisfaits de la consultation, appréciant peut-être d'avoir été sensibilisés à un risque qu'ils n'avaient pas perçu comme tel. Dans le cadre de cette réflexion, je vous recommande l'éditorial de Irwin et Kong, paru dans Anaesthesia en décembre 2014 (69 (12):1299-1303) - Quantifying and communicating peri-operative risk. Il y a plein de bonnes choses à y apprendre.

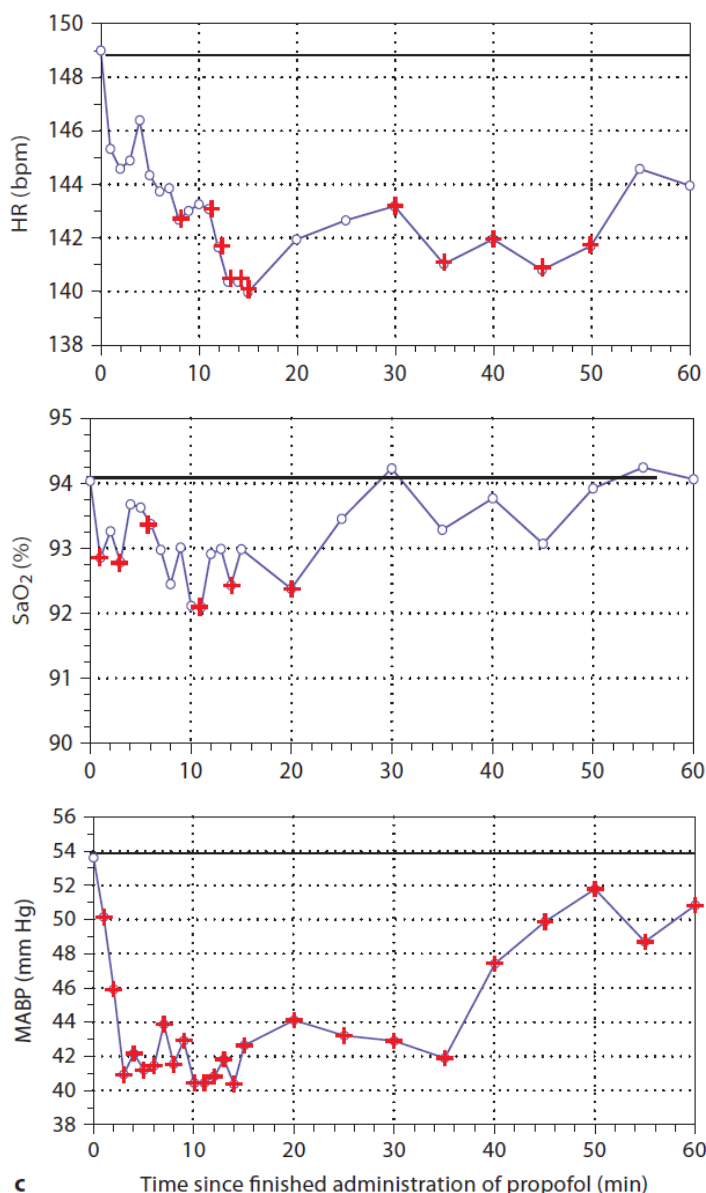


Cerebral and Systemic Hemodynamic Effects of Intravenous Bolus Administration of Propofol in Neonates

Joke Vanderhaegen Gunnar Nauelaers Sabine Van Huffel
Christine Vanhole Karel Allegaert

Suite à la présentation en "réunion 'case report' " d'un cas d'inversion du shunt via le canal artériel d'un nouveau-né, il est apparu qu'un rappel des effets du propofol en période néonatale était opportun. En effet, l'inversion du flux sanguin au-travers du canal artériel peut être consécutive à la chute de résistance artérielle périphérique, notamment induite par le propofol. En période néonatale, il est important de limiter la dose de propofol. Une dose de 1 mg/kg semble appropriée. En pratique, cela correspond, par exemple, à 3 mg pour un bébé de 3 kg, soit 0,3 ml d'une solution 1 % !! En illustration, l'article de l'équipe de Karel Allegaert (KUL), paru en 2010 dans Neonatology. Les tableaux illustrent l'effet d'une dose de 3 mg/kg de propofol.

On voit que l'effet sur la pression artérielle moyenne n'est pas de courte durée et se maintient pendant près de 40 minutes. Prudence donc ! En encart, le texte d'une lettre à l'éditeur de Francis Veyckemans (2001) attirant l'attention sur le risque d'inversion du shunt au-travers du ductus arteriosus.



PROPOFOL FOR INTUBATION OF THE NEWBORN ?

FRANCIS VEYCKEMANS

SIR - Being for many years a defender of anaesthesia prior to intubation in all neonates undergoing surgery, I read with great interest the review article of Duncan et al. (1) on the different treatment strategies to be used instead of awake intubation in neonates. Nevertheless, I would like to address a word of caution regarding the possible specific haemodynamic consequences of the use of propofol in newborns. I witnessed three cases of neonatal emergency surgery where the administration of 3 mg/kg of propofol was followed by profound hypoxaemia for 3±5 minutes despite oxygenation and ventilation through a swiftly and adequately placed tracheal tube. There was systemic hypotension and oxygenation improved as soon as it was cured (one case received a small dose of i.v. ephedrine). In all cases, 5±10 ml/kg of 1 cristalloid were injected prior to propofol in order to correct any concealed hypovolaemia and the echocardiographic examination of the heart prior to surgery had been reported as normal for age. Because these newborns were anaesthetized at a time where the pulmonary vascular resistance is slowly decreasing towards adult levels (2), i.e. the first 2 weeks of postnatal life, they were at risk to return to a fetal circulation if systemic vascular resistance decreased too much (vasodilation) or pulmonary resistance increased further (hypoxaemia, acidosis, etc). Moreover, it has been shown in children with cardiac disease that propofol reduces the systemic vascular resistance more than the pulmonary resistance and can thus aggravate right to left shunting (3). Although echocardiography was not available in the operating room to confirm

our hypothesis, we think these newborns presented a propofol-induced acute right to left shunting of blood across a patent foramen ovale and/or ductus arteriosus, i.e. a transient return to fetal circulation. This should be borne in mind before using propofol in newborns, especially in situations where pulmonary resistances are elevated.

Anaesthesia 2011; 11:629-632

References

- 1 Duncan HP, Zurick NJ, Wolf AR. Should we reconsider awake neonatal intubation? A review of the evidence and treatment strategies. *Paed Anaesth* 2001; 11: 135±145.
- 2 Clarke WR. The transitional circulation: physiology and anesthetic implications. *J Clin Anesth* 1990; 2: 192±211.
- 3 Williams GD, Jones TK, Hanson KA et al. The hemodynamic effects of propofol in children with congenital heart disease. *Anesth Analg* 1999; 89: 141±146.

SIM BABY



THIERRY PIROTTE M'A FAIT PARVENIR CES DEUX CLICHÉS DE LA SALLE AMÉNAGÉE POUR LES SIMULATIONS D'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE QUI VIENNENT DE DÉBUTER. CES SÉANCES SONT ORGANISÉES, DONNÉES ET DÉBRIEFÉES PAR

L'ÉQUIPE PÉDIATRIQUE:

THIERRY PIROTTE, CAROLINE PRÉGARDIEN,
FRANCIS VEYCKEMANS

L'ÉQUIPE 'SIMULATION'

FERNANDE LOIS, AUDREY POSPIECH, DAVID KAHN,
BENOÎT VAN PEE.

To those of my associates who sit on the sidelines and complain that their interests are neglected, I say « Get involved » at every level, beginning at the local level ... We must be our own advocates via our own efforts, and in doing so, our likelihood of success is enhanced ...

Laurence J. Saidman,
San Francisco 1994

