



LES ANESTHÉSISTES EN BELGIQUE

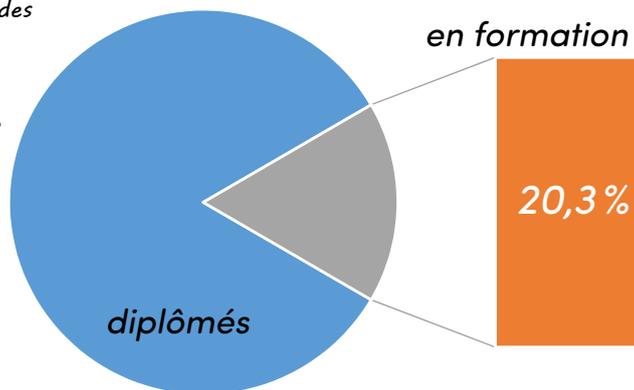
Comment évolue la communauté des anesthésistes de Belgique ?

On constate plusieurs choses: tout d'abord, le nombre des anesthésistes

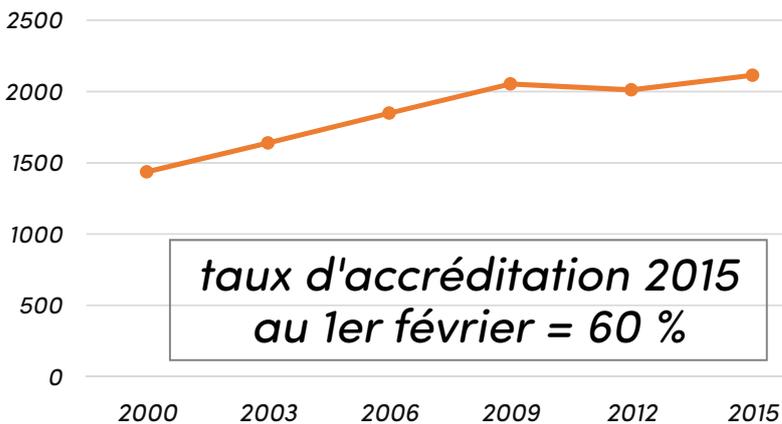
diplômés qui a progressé annuellement de 3 à 4% de 2000 à 2009, se stabilisant ces cinq dernières années.

Deux tiers sont accrédités. Deuxio, la profession reste globalement masculine mais cela change vite et les femmes sont actuellement majoritaires parmi les anesthésistes en formation: 239 filles pour 209 garçons.

En ce qui concerne la 'couverture' de la population, on constate que



EVOLUTION DU NOMBRE D'ANESTHÉSISTES EN BELGIQUE



taux d'accréditation 2015
au 1er février = 60 %

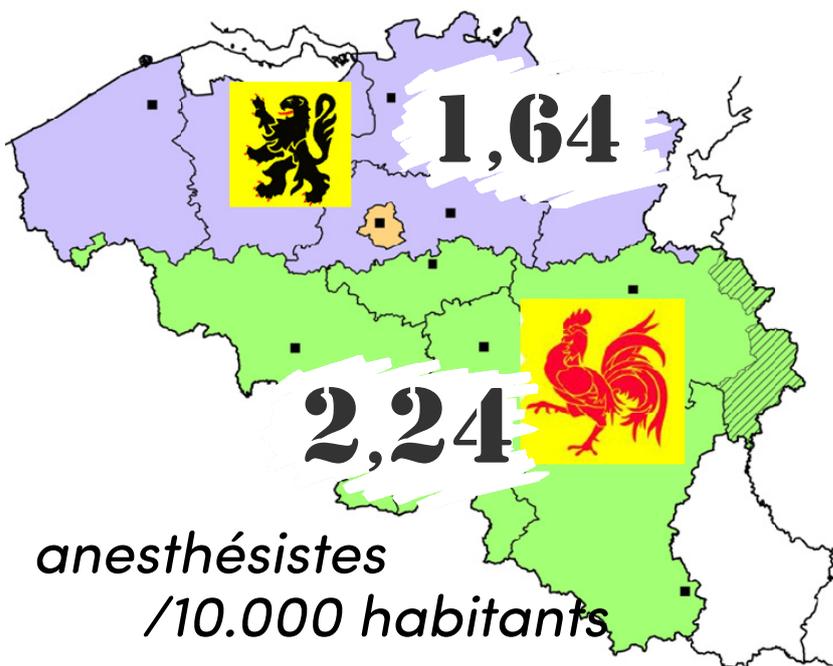
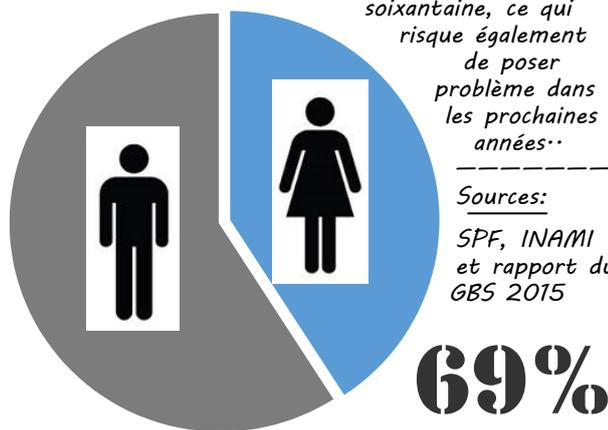
la densité d'anesthésistes pour les populations francophones belges est 60 % plus dense que pour les néerlandophones (6,5 millions sur 11,2 millions d'habitants). Ces données peuvent expliquer pourquoi les stratégies peuvent différer quand il s'agit de staffer les quartiers opératoires.

Quoiqu'il en soit, il faut rester conscient du fait qu'une importante cohorte d'anesthésistes entre dans la

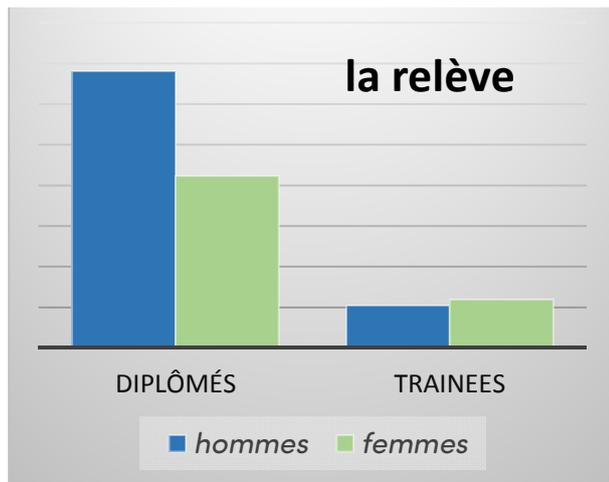
soixantaine, ce qui risque également de poser problème dans les prochaines années.

Sources:

SPF, INAMI et rapport du GBS 2015



anesthésistes /10.000 habitants



LE LIGAMENT HYOÉPIGLOTTIQUE

L
A
V
A
L
L
E
C
U
L
A

L'intubation est un geste de routine assez simple la plupart du temps chez un patient au faciès 'normal'. Mais très vite, cela peut se compliquer et c'est dans ces circonstances qu'une bonne connaissance de l'anatomie du carrefour oeso-laryngé se révèle utile.

Par ailleurs, comme nous le verrons avec l'article repris ci-dessous, le (dys)fonctionnement de ces structures peut expliquer certaines des complications plus fréquemment rencontrées chez les personnes âgées, en particulier.

Il y a plusieurs 'vallecula' dans le corps humain, notamment entre les hémisphères cérébraux mais en l'occurrence, c'est la 'vallecula epiglottidis' qui nous intéresse. Elle se situe entre la face linguale de l'épiglotte et la base de la langue.

Sir Robert R. MacIntosh (1897-1989) a décrit dans le Lancet en 1943, la lame de laryngoscope que nous utilisons encore tous les jours.

Le principe de cette lame courbe est de glisser sur la base de la langue, de la soulever, de glisser et de venir au contact du ligament hyoépiglottique qui unit l'épiglotte et l'os hyoïde. En exerçant une dernière petite poussée sur le ligament, celui-ci exerce une tension sur l'épiglotte qui se lève comme un capot, découvrant l'entrée de la glotte. C'est pourquoi la choix d'un numéro de lame adapté est important. Si la lame est trop courte, ce mouvement de soulèvement de l'épiglotte ne peut se faire.

Les photos ci-contre sont reprises d'un podcast explicitant le mécanisme. Ce podcast est visible à: <http://emcrit.org/podcasts/airway-kovacs/> ou en googlisant "valleculoscopy youtube".

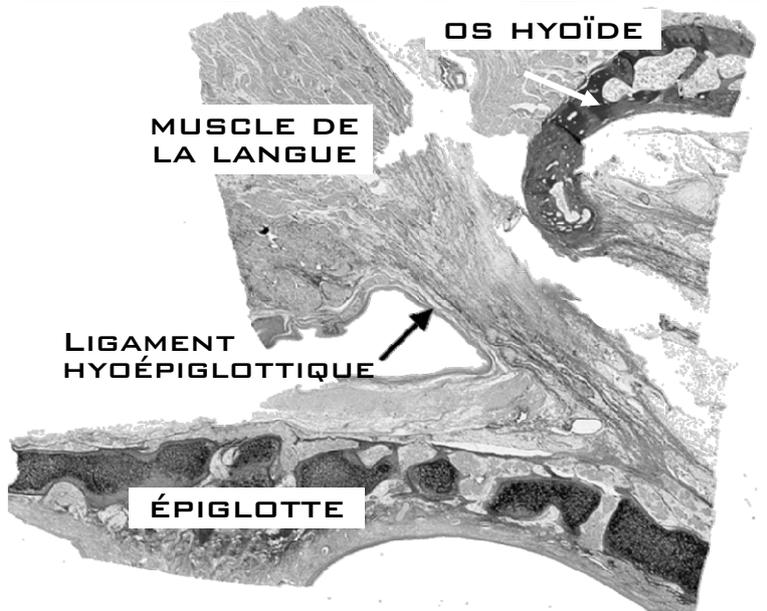
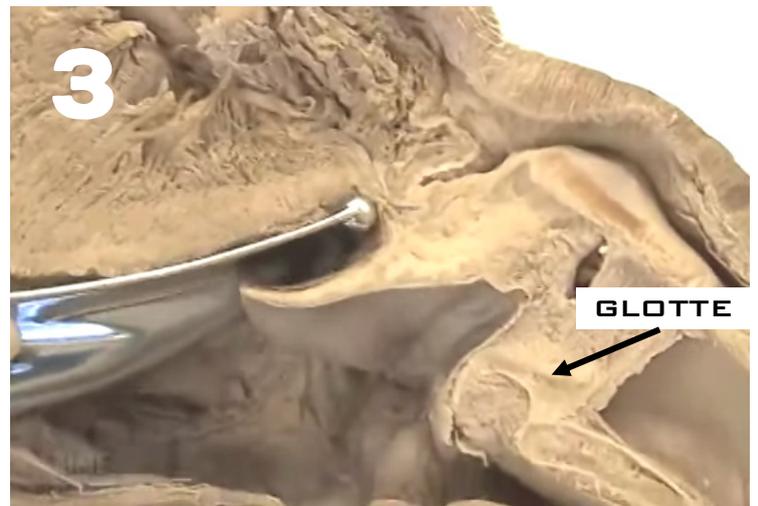
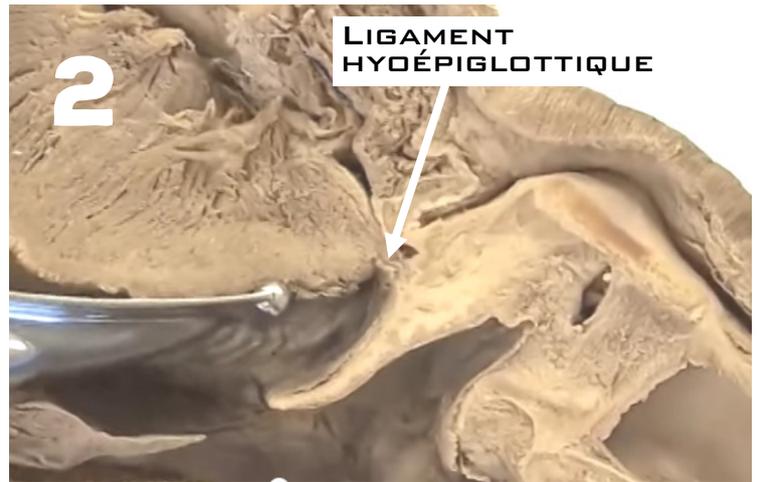
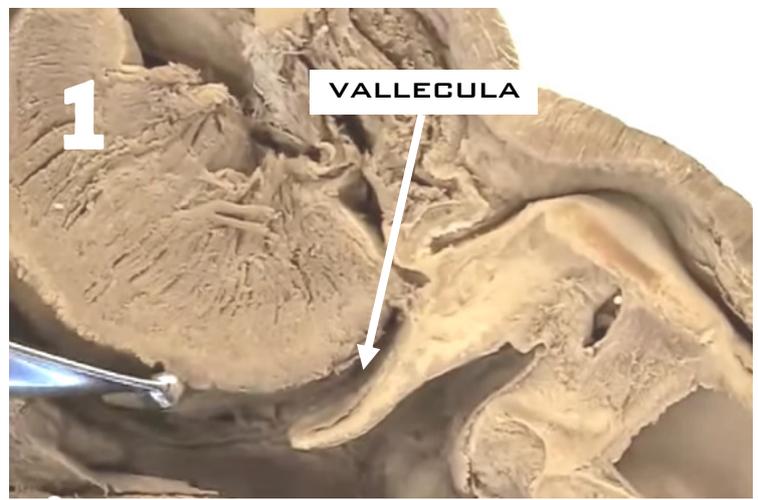
Parallèlement, dans un autre ordre d'idées, je vous propose la lecture d'un papier intéressant publié en 2010 par les O.R.L. de la Saga Medical School. Ils ont comparé les ligaments hyoépiglottiques d'un groupe âgé (~ 84 ans) et ceux d'un groupe jeune (~39 ans).

Leur constat est net: avec l'âge, le ligament perd une bonne partie des fibres collagènes, des fibres élastiques et des fibres musculaires. Cette dégradation structurelle est à l'origine de dysfonctionnements: perte de rigidité et de mobilité de l'épiglotte. En effet, le ligament intervient dans les mouvements de déglutition et de respiration.

LE LIGAMENT HYOÉPIGLOTTIQUE EST UNE STRUCTURE MAL CONNUE, MAIS FORT UTILE LORS DE L'INTUBATION. PAR AILLEURS, SA DÉGRADATION LIÉE À L'ÂGE PEUT EXPLIQUER UNE TENDANCE DES VIEILLARDS À FAIRE DAVANTAGE DE FAUSSES DÉGLUTITIONS.

Motohiro SAWATSUBASHI et al. - Age-related changes in the hyoepiglottic ligament: functional implications based on histopathologic study.

American J of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery 2010, 31: 448 - 452





Cela n'arrive bien sûr qu'aux autres jusqu'au jour où ... Tout cathéter 'poussé' dans une cavité peut s'em mêler. Comme tel, cela n'est pas bien grave sauf quand on veut le retirer. La pression exercée peut, dans certains cas, serrer le nœud, rendant le retrait impossible.

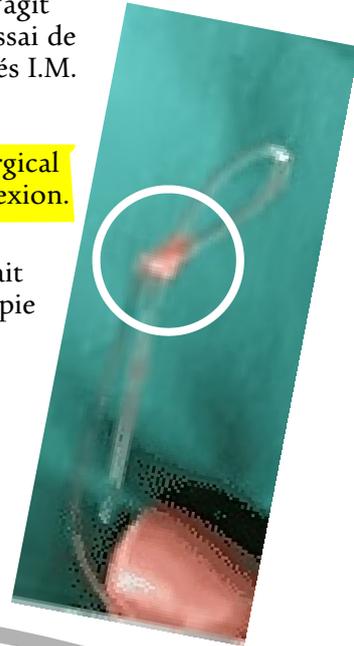
1er cas: publié dans le dernier numéro d'Anaesthesia and Intensive Care (2015; 43(2):280-281). Il s'agit

d'un K.T. de péridurale placé pour un accouchement. Le problème s'est présenté dès l'essai de retrait pour un positionnement à bonne distance. Injection impossible. Recours à des opiacés I.M. + protoxyde (cela se passe en Irlande). Finalement, césarienne sous A.G.

Ce qui est intéressant, c'est la solution appliquée pour le retrait de ce K.T.

Après mise au point par CTscan, l'équipe a choisi, plutôt que de recourir à un geste chirurgical d'emblée, d'endormir la patiente, de la curariser et de la placer en décubitus latéral en full flexion. Le K.T. a finalement pu être retiré sans fracture.

2ème cas: il s'agit d'un nœud dans un cathéter de Swan-Ganz (cliché que Sarah Amar m'a fait parvenir). Dans ce cas-ci, c'est le chirurgien qui est intervenu en s'aidant de la scopie



COUP DE COEUR

NUNCIO PACI - BOLOGNA 1977
MARIE L'HOMME ET LA NATURE
EXPOSE DANS LE MONDE ENTIER

