



PRIX ÉDITORIAL

Catégorie : initiative éditoriale

Fiche Flash de la revue *Anesthésie & Réanimation*

Elsevier

Marc-Olivier Fischer, Editeur en chef adjoint

la revue *Anesthésie & Réanimation*



Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation

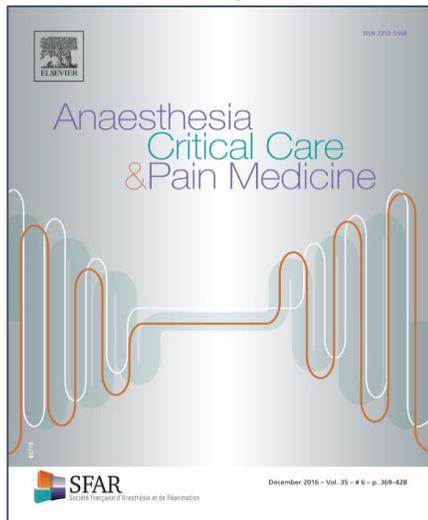
Journal officiel de la SFAR

1980 → 2014

IF : 0.90



2015



Anglais – journal scientifique

IF: 0.9 -> 5,5



Français – journal pédagogique

IF : 0,2

Le journal Anesthésie & Réanimation



Difficultés :

- Equipe éditoriale « classique »
- Faible visibilité auprès des jeunes lecteurs
- Attirant des auteurs francophone
- Concurrence importante des journaux en anglais

Besoins :

- Elargir les auteurs et les lecteurs
- Développer de nouveaux outils de communication
- Communiquer positivement pour le journal

Le journal Anesthésie & Réanimation



Nouvelle stratégie éditoriale :

- communication sur les réseaux sociaux
- maintien des articles originaux
- rubriques paramédicales
- dossier monothématique
- revues commandées auprès d'experts
- fiche flash

La fiche flash



Troubles du rythme péri-opératoires

Marc-Olivier Fischer

Disponible sur internet le :
25 janvier 2023

Institut aquitain du cœur, clinique Saint-Augustin, 114, avenue d'Arès,
33074 Bordeaux cedex, France

Arrhythmia during surgery

Mots clés

Anesthésie
Chirurgie
Troubles du rythme
Keywords
Anaesthesia
Surgery
Arrhythmia

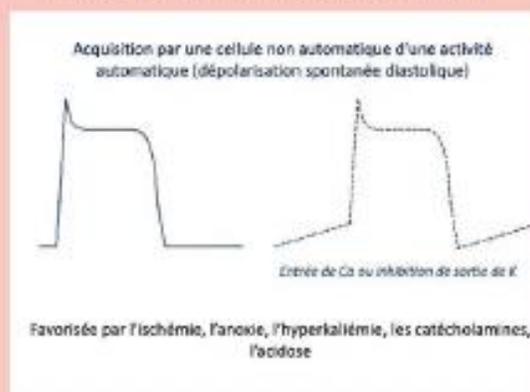
Les troubles du rythme péri-opératoires sont rares, mais ils nécessitent une prise en charge adaptée immédiate. La période péri-opératoire s'entend du peropératoire jusqu'aux 7 jours postopératoires [1]. Devant la faible incidence rapportée dans la littérature, de 1 % d'arythmie avec conséquences

hémodynamiques à 0,88/10 000 anesthésies générales [1,2], peu de données sont disponibles actuellement. Certains médicaments d'anesthésie, la ventilation mécanique, les épisodes d'hypotension artérielle, l'hypothermie, ou la présence d'un cathéter veineux central sont autant de causes possibles en

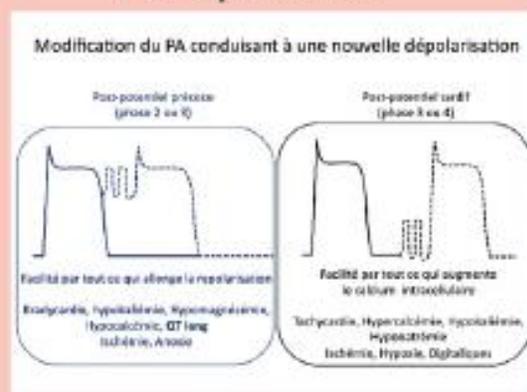
Titre
Auteur(s)
Mots clés
Introduction
Références

3 MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

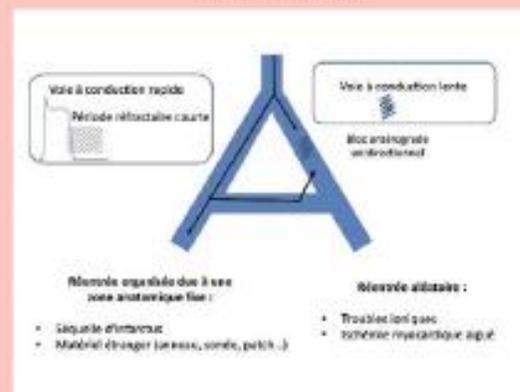
Automatisme anormal



Post potentiel



Réentrée



Causes métaboliques +++ : dyskaliémie, hypocalcémie, hyponatrémie, hypomagnésémie, hypoxie, hypothermie, acidose

AU BLOC OPERATOIRE

Patient

Séquelle d'infarctus
Fibrose myocardique
Médicaments cardiotropes
Cardiopathie congénitale
Cardiopathie familiale
QT long

Médicaments

Halogénés
Penthotal
Succinylcholine
Inhibiteurs de cholinestérase
Dropéridol
Anesthésiques locaux

Anesthésie

Techniques

Ventilation (hypoxie)
Hémodynamique (hypoTA)
Réchauffement (hypothermie)
Cathéter veineux central

Chirurgie

Stimulation sympathique
Stimulation parasympathique
Hémorragie (hypovolémie)

INCIDENCE GLOBALE DES TROUBLES DU RYTHME LORS D'UNE AG

3% Arythmie auriculaire (Extrasystole, Fibrillation ou flutter atrial)

2,1% Arythmie nodale (Tachycardie jonctionnelle, rythme jonctionnel)

6% Arythmie ventriculaire (Extrasystole, Tachycardie, Fibrillation)



Incidence arythmie avec risque vital de 0,88 / 10 000 Anesthésies générales
Incidence de décès à J30 après arythmie de 0,08 / 10 000 Anesthésies générales



PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE



1- Arrêt de toute stimulation chirurgicale



2- Eliminer toute cause métabolique ou médicamenteuse



3- Evaluer la tolérance hémodynamique



Traitement étiologique

+/- Amiodarone ou Béta-bloquant IV si tachycardie supraventriculaire
+/- Magnésium voire Isuprel si torsade de pointe



Cardioversion électrique en urgence



FA ou Flutter

CEE ≥ 100 J mode synchrone

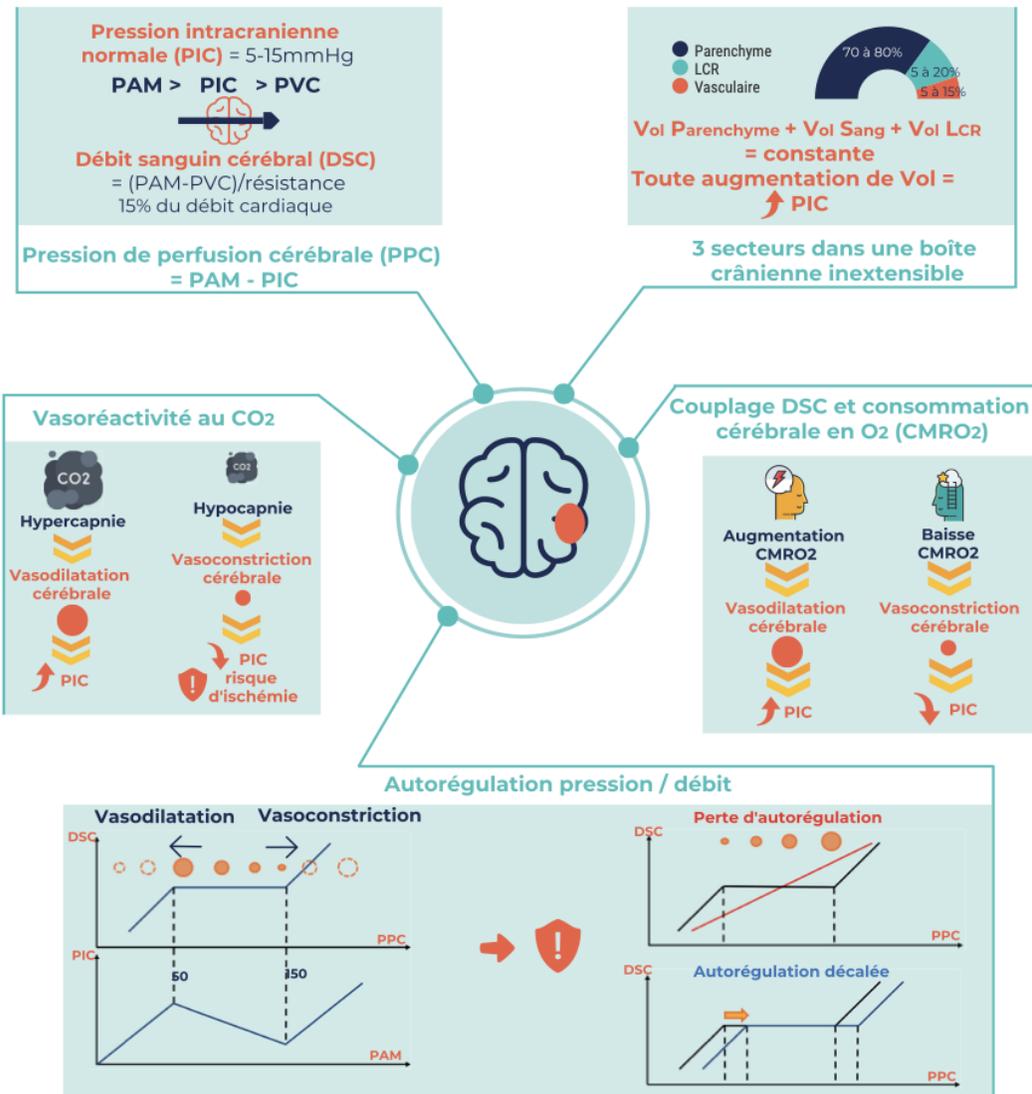
TV sans pouls ou FV

MCE immédiat, Adrenaline 1mg IV
CEE ≥ 150 J mode non synchrone



ECG 18 dérivations dès que possible, surveillance scopée postopératoire et avis cardiologique

1) Les grands principes de la physiologie cérébrale



Les tenues de bloc opératoire sont accessibles pour le personnel et encore davantage depuis l'épidémie de Covid-19. Pour tenir compte des contraintes environnementales (coût, respect et efficacité), des recommandations multidisciplinaires ont été émises sur les meilleures pratiques d'habillage au bloc opératoire (hormis les blouses chirurgicales stériles)

- Objectifs des recommandations**
- Prévention du risque infectieux
 - Prévention de l'hypothermie
 - Impact environnemental
 - Confort de l'utilisateur

Calot

- Port du calot au bloc opératoire
- Favoriser des calots lavables et réutilisables
- Couverture complète des cheveux

Masque chirurgical

- Porter un masque de type II ou III
- Changer quand le masque est humide ou sali par un liquide biologique

Chaussures

- Port de chaussures dédiées.
- Changer lorsqu'elles sont salies ou tachées. Les laver en machine régulièrement
- Pas de surchaussure

Tenue de bloc

- Port de vêtements dédié au bloc opératoire
- Favoriser des vêtements réutilisables
- Testée au préalable par le personnel
- Porter des vestes à manche longue
- Pas de port de blouse stérile
- Changer en fin de journée
- Ne pas quitter le bloc opératoire en tenue de bloc



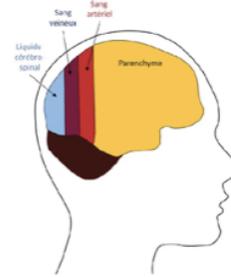
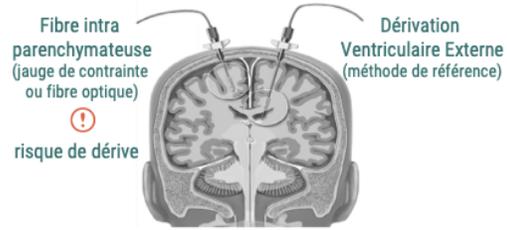
NB: Ces recommandations reposent sur des avis d'experts en l'absence d'études cliniques bien menées.



En intégrant les besoins locaux, la qualité de vie au travail et les contraintes environnementales, les équipes de bloc opératoire peuvent s'appropriier ces recommandations au mieux selon les possibilités locales

Deux techniques de mesure

Loi de Monro-Kellie

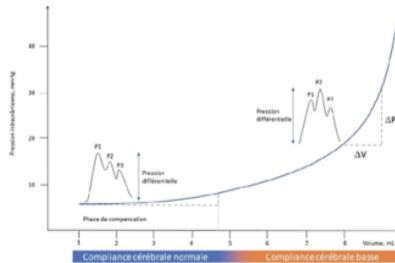


Les variations de PIC rendent compte des variations du volume intracrânien dans la boîte crânienne inextensible

Valeur normale = 7 à 15 mmHg en position allongée

Utilisation

Estimer la gravité de l'atteinte cérébrale par la baisse de la compliance cérébrale (hypertension intracrânienne)



Onde à 3 pics :
P1 (percussion wave) > pulsation artérielle
P2 (tidal wave) > compliance du cerveau
P3 (dicrotic wave) > fermeture de la valve aortique

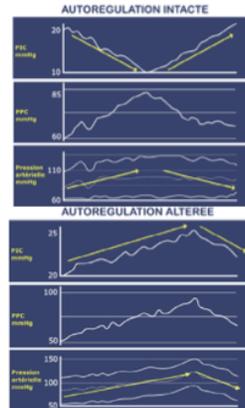
Calculer en continu la pression de perfusion cérébrale (PPC), déterminant principal du débit sanguin cérébral (DSC)



Le monitoring de la PIC est couplé à celui de la pression artérielle moyenne (PAM), afin de disposer de la mesure de la PPC en permanence : **PPC = PAM - PIC**

Epreuve de PAM

- Noter avant le test : PAM, PIC, PPC
- Initier ou titrer la Noradrénaline pour augmenter la PAM de 10mmHg sur 20min. maxi.
- Observer l'interaction entre PAM, PIC et PPC durant le test
- Noter les paramètres monitorés en fin d'épreuve
- Evaluer
- Réajuster la cible de PAM à la valeur de base (ARC statique altérée) ou à la nouvelle valeur déterminée (ARC statique intacte)



Evaluer le statut de l'autorégulation cérébrale (ARC)



Parcours patient et information

- Information qualitative et multi-support
- HbA1c systématique pour les diabétiques
Optimisation du contrôle glycémique (HbA1C < 8%)
- Décolonisation systématique du *S. aureus*
- PBM Correction d'une anémie par carence martiale
- Sevrage tabagique
Pas d'introduction de statine
- Dépistage systématique et correction de la dénutrition
- Préhabilitation cardiorespiratoire et musculaire
- Jeûne court
Charge pré-opératoire en carbohydrate

Anesthésie et analgésie

- Anesthésie IV ou inhalée
- Ventilation protectrice
- PBM Décision transfusionnelle individuelle
- Bloc de paroi thoracique échoguidé mais pas d'infiltration ou cathéter pré-sternal
- Optimisation hémodynamique avec monitoring du volume d'éjection

Chirurgie et circulation extra-corporelle

- CEC normothermique et optimisée
- Pas de bénéfice aux pontages sans CEC sauf athérome aortique majeur
- PBM Système de récupération du sang autologue
- Tout type de cardioplogie
- Pas de bénéfice à la ventilation per-CEC

Réhabilitation post-opératoire renforcée

- Admission systématique en soins intensifs de chirurgie cardiaque
- Prévention de la FA = bêta-bloquants précoces
- Retrait précoce des drains thoraciques, sonde vésicale et perfusions
Posthabilitation respiratoire et motrice
- Extubation précoce
- Analgésie multimodale sauf gabapentine
- PBM Décision transfusionnelle individuelle



Pourquoi des fiches flash pour ANREA ?

Mini revue synthétique

Esprit nouveau et dynamique

Largement diffusible (réseaux sociaux, poster dans les services ...)

Pourquoi des fiches flash pour ANREA ?

Mini revue synthétique

Esprit nouveau et dynamique

Largement diffusible (réseaux sociaux, poster dans les services ...)



1) ↗ visibilité du journal ANREA

2) ↗ visibilité du journal pour les auteurs (attirer plus de manuscrits)



Conclusion et Perspectives

Fiches flash : nouveau format de mini-revue

Fiches flash : nouvel outil de communication

Fiches flash : nouvelle image du journal