

PBLD2

17 mars 2022

Ph. Dony & S. Genot, ULB

Objectifs

- Mise en situation artificielle → suspension espace/tps
- Jamais la 1 ère X sur un patient

Cotation

- Forme

ponctualité, respect consignes, clarté, bibliographie et originalité

- Fond

Q1

Q2

Q3

Conseils



Lire et relire
l'énoncé



Répondre



Appel à l'équipe



Bibliographie



Infos pertinentes

- (Âge)
- FR Cardio-vasculaires: HTA, dyslipémie, famille et lésion IVA à stenter
- FR Neurologique: poliomyélite avec séquelle
- FR RGO: BMI, RGO, Barrett, Urgence
- R/
- AG antérieures
- Mucosectomie sous AG 8 jours auparavant



Réponses
attendues

Q1 Diagnostic différentiel

Par ordre
de
probabilité

- hTA orthostatique (hypovolémie liée au saignement + trithérapie antiHTA, lyrica)
- Anémie (hémococoncentration, surévaluation Hb
- Cardiovasculaire: ischémie, arythmie
- Neurologique: AIT, crise E
- Vaso-vagal
- Hypoglycémie,...

Q2 Délai prise en charge

- Multidisciplinarité
- Stable actuellement
- surveillance continue
- Lendemain matin

Q3 PEC

- Pré:

anamnèse (hétéro-), Ex clin, Ex cpltaires: écho/ct scan abdo, ECG, Bio, RAI, commande dérivés sanguins, Dossiers antérieurs (IOT, extubation, drogues,...),
Projet de soins (patient, famille, médical)

- Per:

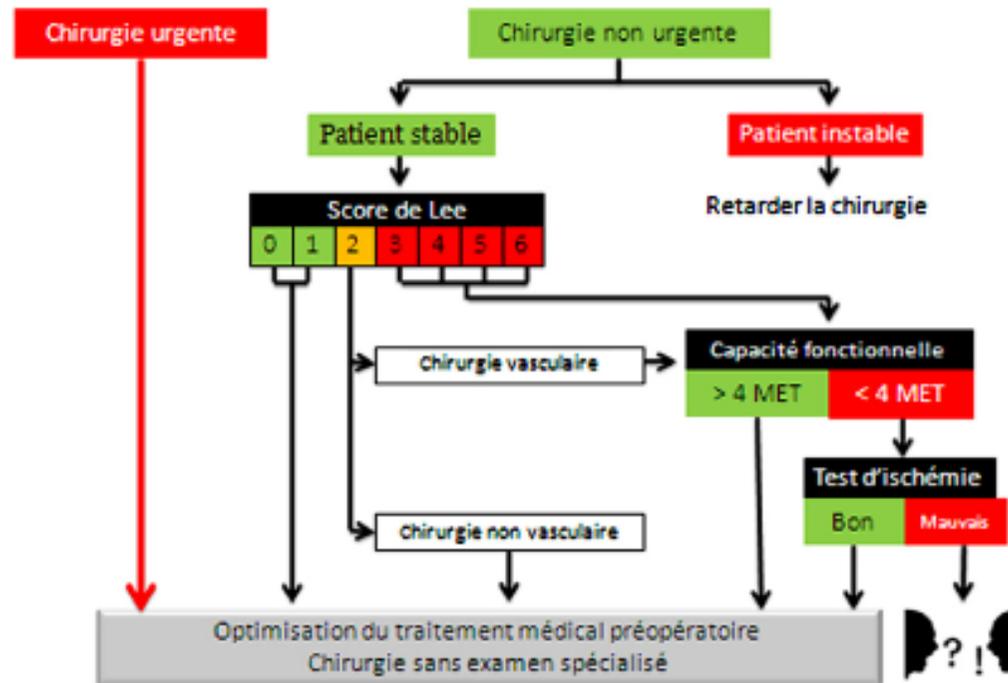
Stabilité hémodynamique=objectif

Monito étendu, 2 voies d'entrée, vasopresseurs, remplissage prudent (!
Hémodilution), crush, IOT, curare (polio), AG balancée, extubation prudente

- Post:

Middle care/USI, surveillance hémodynam, cardio, respi, rénale, acidose

Pistes de réflexion



Algorithme SFAR:
risque CV pour une
chir non CV

Score de Lee

TABLEAU I

Évaluation préopératoire des antécédents du patient par le calcul du score de Lee classique à six items et du score de Lee clinique à cinq items. Il est préférable d'utiliser le score de Lee clinique et d'évaluer séparément le risque lié à la chirurgie

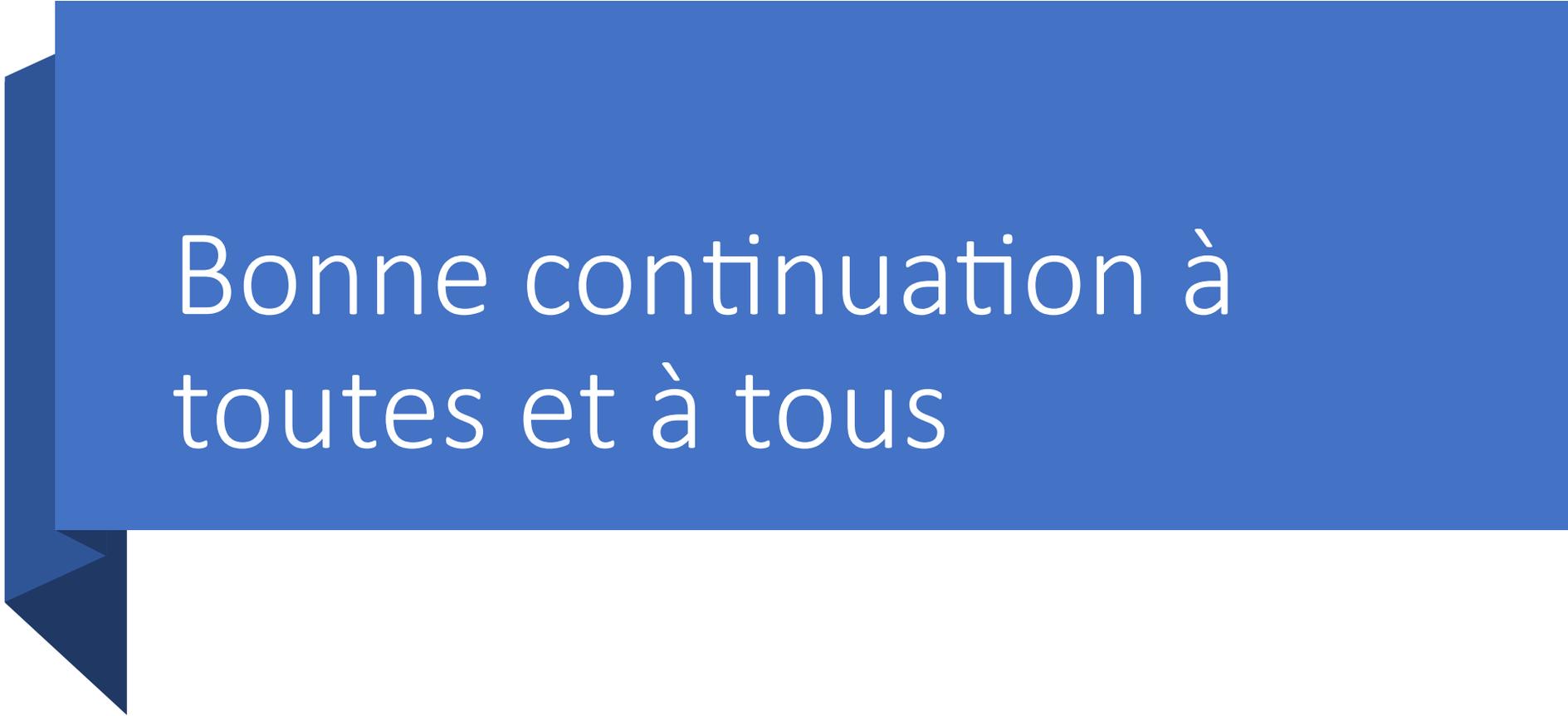
Score de risque cardiaque de Lee		
Calcul du score de Lee classique	Facteur de risque	Calcul du score de Lee clinique
1 point	Chirurgie à haut risque définie par une chirurgie vasculaire suprainguinale, intrathoracique ou intrapéritonéale	
1 point	Coronopathie définie par un antécédent d'infarctus du myocarde un angor clinique, une utilisation de nitrés, une onde Q sur l'ECG ou un test non invasif positif	1 point
1 point	Insuffisance cardiaque définie par un antécédent d'insuffisance congestive, d'œdème pulmonaire, une dyspnée nocturne paroxystique, des crépitants bilatéraux ou un galop B3, ou une redistribution vasculaire radiologique	1 point
1 point	Antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique ou d'accident cérébral ischémique transitoire	1 point
1 point	Diabète sous insulinothérapie	1 point
1 point	Insuffisance rénale chronique définie par une créatinine > 2,0 mg/dL (177 µmol/L)	1 point

Poliomyélite

- Maladie virale, transmission orofécale → 1à2% des sujets infectés atteinte neurones moteurs corne ant de la ME ou d'ô régions motrices SNC (paralysie flasque)
- 1988 OMS vaccin: 101 cas en 2015
- <https://post-polio.org/wp-content/uploads/2021/04/Summary-of-Anesthesia-Issues-FRENCH.pdf>
- Sensibilité accrue aux sédatifs, myorelaxants ND, dysautonomie, atteinte VRS (larynx, CV), fatigabilité musculaire (respi), positionnement difficile et risque de lésion nerveuse

STOP

- Vasopresseur en baby baxter
- Sédation AIVOC



Bonne continuation à
toutes et à tous