

ANESTHESIE-REANIMATION

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet :
.....2 cas cliniques.....

Dossier 1

Mr B. 71 ans, doit être opéré d'une colectomie transverse sous coelioscopie avec anastomose colo-colique (durée estimée 3h) pour cancer colorectal diagnostiqué dans un bilan d'anémie et de perte de poids rapide (-15 kg en 6 mois).

La consultation d'anesthésie, réalisée 15 jours avant l'intervention retrouve :

- Examen clinique
 - 115 Kg pour 181 cm (IMC 35)
 - Pression artérielle : 135/80 mmHg,
 - Fréquence cardiaque : 70 battements par minute
 - Respiratoire : SpO2 à 96%, dyspnée d'effort grade 2, STOP BANG = 3
 - Cardiovasculaire : absence de signe fonctionnel, < 4 MET (2 étages)
 - Ventilation/intubation : Mallampati : 3, pas d'antécédent d'IOT difficile, appareil dentaire (haut et bas) complet.
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
 - Tabagisme sevré depuis un an
 - BPCO post-tabagique/ suivi en ville/ dernière prise d'antibiotique en février 2024
 - Fracture de vertèbre L5/arthrodèse en 2008
 - Fibroscopie bronchique
 - Cholestéatome gauche en 2013
 - Coloscopies : découverte de tumeur colique
 - ASA 3
- Pas d'allergie connue

- Traitement en cours :
 - Béclo méthasone-Formotérol (Innovair) 200/6 µg/dose solution pour inhalation : 1 bouffée-0-1 bouffée
- Bilan paraclinique :
 - Un électrocardiogramme sans anomalie
 - Un bilan biologique comprenant une NFS avec hémoglobine à 9.6 g/dl, une ferritine à 85 µg/ml et un coefficient de saturation à 15%, un bilan d'hémostase normal et un ionogramme sanguin normal. L'albuminémie est mesurée à 26 g/l pour une protidémie à 75g/l avec une pré-albuminémie à 0,1 g/L. Le débit de filtration glomérulaire est estimé à 110 ml/mn,
 - Bilan EFS : groupe sanguin AB+

Question N°1 :

Identifier les facteurs de risque de ce patient pouvant poser difficulté pendant l'induction de l'anesthésie générale et indiquez vos préconisations en regard ?

Question N°2

A partir du bilan de ce patient quelle(s) anomalie(s) identifiez-vous ? Y-a-t-il une ou des mesures de correction à mettre en œuvre avant l'intervention ?

Question N°3 :

Au cours de la prise en charge au bloc, l'équipe est confrontée à un abord vasculaire difficile. Cette constatation pouvait-elle être anticipée ? Si oui, comment ? Quelle est votre conduite à tenir ?

Question N°4 :

Quels sont les principaux éléments de votre stratégie de prise en charge anesthésique au bloc opératoire ?

Question N°5 :

Dans le cadre d'une stratégie de réhabilitation accélérée en chirurgie (RAC) du patient, quel monitoring hémodynamique est préconisé. Décrivez l'algorithme qui vous permet de guider le remplissage ?

Question N°6 :

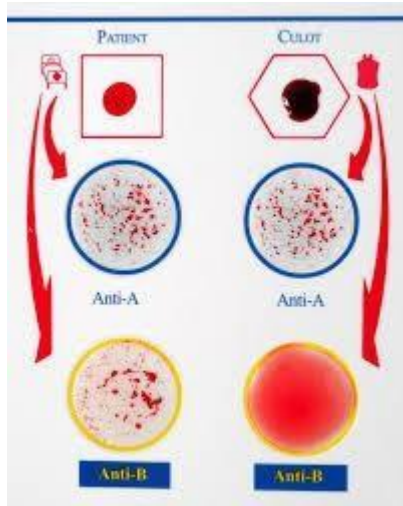
Quels autres éléments propres à la chirurgie colo-rectale sont proposés dans les programmes de récupération optimisée ?

Question N°7 :

On note un saignement brutal lors de la réalisation de la jéjunostomie. Quelle est votre stratégie immédiate et en postopératoire ?

Question N°8 :

Finalement un culot érythrocytaire est prescrit. L'IADE vous demande au décours de la réalisation du contrôle ultime pré transfusionnel (cf photo jointe), s'il est possible de transfuser. Que lui répondez- vous ?



Question N°9 :

Le patient est finalement extubé, quels éléments d'optimisation ventilatoire postopératoire proposez-vous en SSPI ?

Question N°10 :

A H3, le patient présente une agitation notable avec désaturation. Quels diagnostics pouvez-vous évoquer et quelles actions proposez-vous pour les confirmer ?

Question N°11

A J5, le patient présente un épisode de frissons avec marbrures. Quelle principale complication recherchez-vous ? Quel examen prescrivez-vous et qu'en attendez-vous ?

Dossier 2 :

Le contexte : vous admettez en réanimation une femme de 68 ans, hypotendue malgré un remplissage de deux litres de cristalloïdes reçus alors qu'elle était au SAU (Service d'Accueil des Urgences). Les données à votre disposition sont les suivantes :

- Antécédent de chirurgie abdominale il y a 15 jours sur le colon transverse pour laquelle elle a reçu un traitement antibiotique pendant 7 jours
- Douleur abdominale aigue
- Fièvre modérée et fluctuante
- PAS : 70 mmHg ; PAM : 53 mmHg ; PAD : 35 mmHg
- Fréquence respiratoire : 31 cycles par minute
- Radiographie thoracique de face : surcharge des bases pulmonaires

Vous pensez à une infection intra-abdominale compliquée d'un choc septique

Question N°1 :

Quelle est la définition du choc septique ? Comment qualifieriez-vous le degré de prise en charge ?

Question N°2 :

Quel biomarqueur est nécessaire pour affirmer le diagnostic et quelle valeur confirme le diagnostic ? Quel est son intérêt ?

Question N°3 :

Quelle est votre conduite à tenir thérapeutique urgente à visée infectiologique, dans le contexte décrit plus haut ?

Question N°4 :

Pratiquez-vous à ce stade un examen à visée microbiologique supplémentaire et si oui lequel et dans quelles conditions ?

Question N°5 :

Quel est votre objectif initial en termes de pression artérielle moyenne ?

Question N°6 :

Après un remplissage vasculaire adapté, quelle est la stratégie en termes de vasopresseur de première et seconde ligne ?

Question N°7 :

Quel traitement adjuvant à visée hémodynamique mettre en place si le choc persiste ?

Question N°8 :

Comment surveiller à l'aide d'un examen clinique la réponse aux traitements ?

Question N°9 :

Quel biomarqueur d'oxygénation peut refléter un débit cardiaque inadapté dans le cadre du choc septique ? Quels sont ses 4 déterminants ?

Question N°10 :

Quel est le calcul de la pression artérielle pulsée et que reflète-t-elle en terme hémodynamique ?

Question N°11 :

Quel type de médicament utiliser en cas de défaillance myocardique dans le cadre du choc septique ?

Question N°12 :

La patiente présente des critères de syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA), quelles seront vos prescriptions concernant le réglage du ventilateur ?