

FIEVRE et ANESTHESIE

Adriana BILDEA

GENERALITES (1)

- ▶ Le lien direct ANESTHESIE et FIEVRE est exceptionnel (hyperthermie maligne, cf infra)
- ▶ L'acte anesthésique et souvent associé à des techniques invasives (intubation, ponctions veineuses centrales, ponctions périmédullaires, anesthésies loco-régionales tronculaires, etc...)
- ▶ En théorie, TOUT peut se compliquer d'une infection...sauf que cela n'arrive que rarement, et en général pendant le séjour à l'hôpital

GENERALITES (2)

- ▶ Tout effet indésirable et/ou inattendu, même sans conséquences, doit être signalé au patient (obligation réglementaire)
- ▶ Au CHM, les accidents/incidents graves liés à l'anesthésie sont communiqués au patient (personne de confiance, référent familial); ils devraient faire l'objet d'un courrier spécifique au médecin traitant...dans la « vraie vie », ceci n'est pas toujours possible!
- ▶ La plupart des complications per- ou postanesthésiques graves nécessitent une prise en charge de réanimation ou USC et sont détaillés dans les CR respectifs

GENERALITES (3)

- ▶ Les exceptionnelles ruptures d'asepsie identifiées ont une traçabilité et un suivi spécifique

- ▶ Les allergies avérées, les difficultés d'intubation, les anomalies biologiques constitutionnelles notamment de coagulation sont notifiées par écrit auprès du patient par le médecin anesthésiste

A PROPOS D'UN CAS...

ou « y-a-t-il un rapport de cause à effet?? »

- ▶ Mme H.O, 83 ans, ATCD bénins
- ▶ **Cholécystite aiguë lithiasique, opérée en urgence différée**
- ▶ **Intubation difficile NON prévue, médecin senior avec formation spécifique, faux trajet vers l'œsophage de la sonde munie d'un guide puis intubation trachéale réussie + sonde gastrique + cholécystectomie par coelioscopie, sans particularités**
- ▶ Ablation sonde gastrique au réveil, nausées et vomissements postopératoires

A PROPOS D'UN CAS (2)

- ▶ **J1: diagnostic perforation de l'œsophage avec médiastinite** (sur probable presby-œsophage ou diverticule atypique) ; 2 cervicotomies, trachéotomie, séjour prolongé réanimation...sortie et récupération progressive
- ▶ **14 mois après : spondylodiscite cervicale**, diagnostic bactériologique positif, après un mois de cervicalgies traitées par corticoïdes

FIEVRE ET ANESTHESIE (1)

- ▶ **HYPERTHERMIE MALIGNNE :**
- ▶ exceptionnel, prédisposition génétique, déclenchement peropératoire, nécessite traitement spécifique (dantrolène) en urgence sinon pronostic défavorable
- ▶ Jamais décrit à distance de l'anesthésie

- ▶ **Apparenté : SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES**
- ▶ Beaucoup moins fréquent avec les techniques et les produits actuels
- ▶ Nécessite en général une administration prolongée et/ou un traitement préalable

FIEVRE ET ANESTHESIE (2)

- ▶ SYNDROME PSEUDO-CHOLINERGIQUE
- ▶ Sujet âgé
- ▶ Non spécifiquement rattaché à l'anesthésie
- ▶ Syndrome confusionnel sur le premier plan, hyperthermie inconstante, traitement symptomatique

FIEVRE ET ANESTHESIE (3)

- ▶ SYNDROME D'INHALATION (syndrome de Mendelsohn)
- ▶ Complication « classique » de l'anesthésie chez le patient à estomac plein; = passage intrabronchique du contenu digestif
- ▶ Survient surtout à l'induction, plus rarement à l'extubation
- ▶ Si massif, tableau immédiat de SDRA grave nécessitant réanimation

- ▶ Occasionnellement: à bas bruit, régurgitation passive, patient souvent à jeun, +/- facteurs favorisants (obésité, reflux, occlusion, grossesse...); Dg en postopératoire: tableau de pneumopathie non spécifique, +/- localisation « suspecte » LIDt; traitement habituel pneumopathie bactérienne

FIEVRE ET ANESTHESIE (4)

- ▶ AUTRES COMPLICATIONS PULMONAIRES :
- ▶ Non spécifiques, après anesthésie générale avec intubation ou masque laryngé, en général de durée supérieure à 1 h (donc rarement après chirurgie ambulatoire)
- ▶ Troubles de ventilation segmentaires, inhalation sang (chirurgie ORL et maxillo-faciale), facteurs favorisants (obésité, tabagisme, pathologies pulmonaires chroniques...)
- ▶ Points d'appel broncho-pulmonaires habituels
- ▶ Traitement – si nécessaire – type pneumopathie bactérienne

- ▶ Pour mémoire (et sans lien avec l'anesthésie): EMBOLIE PULMONAIRE

FIEVRE ET ANESTHESIE (5)

PENSER à...mais ce n'est pas forcément « anesthésique » !

- ▶ Voies veineuses centrales, chambres implantables pour les patients en HAD
- ▶ Réactions allergiques tardives suite à un traitement prescrit par un anesthésiste

OUBLIER!!

- ▶ Transfusion périopératoire – les réactions immuno-allergiques sont précoces; quand à la contamination bactérienne du sang transfusé, elle est théoriquement possible mais cela entraîne des chocs septiques graves et d'apparition rapide

FIEVRE ET ANESTHESIE PERIMEDULLAIRE (1)

- ▶ La méningite d'insémination directe est gravissime (mortalité > 60%) mais rarissime; le tableau neurologique est évocateur et s'installe en quelques heures

(on peut toujours imaginer, même si ce n'est jamais arrivé au Mans durant au moins les 15 dernières années, une chirurgie ambulatoire sous rachianesthésie avec rupture d'asepsie méconnue et sortie à domicile...)

FIEVRE ET ANESTHESIE PERIMEDULLAIRE (2)

- ▶ **Les hématomes périmédullaires**
- ▶ surviennent avec une fréquence de 1 / 150 000 à 1 / 200 000 rachianesthésies ou péri-durales
- ▶ favorisés par les troubles de la crase sanguine méconnus et/ou par l'utilisation d'anticoagulants
- ▶ parfois d'apparition retardée (2 à 5 jours), tableaux neurologiques polymorphes (syndromes de la queue-de-cheval +/- complets), l'hyperthermie est rare et inconstante, sauf si surinfection bactérienne – théoriquement! – possible