

SPECIFICITES DE L'OPERE EN NEURO-UROLOGIE TYPE D'ANESTHESIE

Michèle Bertrand-Loubat
Marseille



Le blessé médullaire

- ❑ Dysautonomie neurovégétative
- ❑ Hypotension artérielle
- ❑ Spasticité
- ❑ Amputation des volumes respiratoires
 - capacités d'adaptation faibles
 - encombrement, atélectasies

Anesthésie locale

- Tous les anesthésiques locaux
- Sensibilité accrue aux catécholamines: solutions SANS adrénaline (HTA)

Arnold, Clin Auton Res , 1995;5:267 -70

Anesthésie locorégionale

- Prévention HRA>
- Pas de retentissement sur la fonction resp (T10)
- Stabilité HD > AG
- RA > APD, meilleure diffusion AL
- Doses injectées identiques
- Evaluation niveau sup du bloc difficile
- Ponction difficile, DL, EMLA
- Matériel ostéosynthèse, pompe à baclofène
→ radio rachis

Anesthésie générale

- Hypotension++ à l'induction
- Remplissage prudent, Ephédrine
- Changements de position prudents
- Monitoring invasif si chirurgie hémorragique
- Les besoins en hypnotiques sont diminués de 20 à 30%
→ BIS++
- Succinylcholine CI, hyperkaliémie α et arrêt cardiaque
Jeevendra Martyn, Anesthesiol 2006; 104:158-69
- Intubation vigile sous AL, fibroscopie
- HRA: arrêter stimulation, approfondir anesthésie, proclive, antiHTA IV(IC, α -bloquants, nitrés, clonidine)

chir uro basse
<T10



SANS
ANESTHESIE

chir uro basse
>T10
HRA=0



voie veineuse
surveillance FC,PA
antiHTA,atropine

chir uro basse
HRA
spasticité
sensibilité



ANESTHESIE
ALR>AG

chir abdo
chir ht app



AG

SCLEROSE EN PLAQUE

- Toxicité des AL ?
- Poussées évolutives >APD et RA
 - cas cliniques ou petites séries
 - évolution naturelle de la maladie
- Obstétrique: pas de ≠ avec ou sans APD
- Fréquence des poussées post-op non influencée par le choix de la technique anesthésique

Bouchard, Ann Fr Anesth Reanim 1984; 3:194-198

Berger, Semin Anesth 1997;16:313-19

Hebl, Anesth Analg 2006;103:223-28

Toxicité des AL?

- ❑ Lidocaïne IV: aggravation transitoire, réversible

Sakurai, Neurology 1992; 42: 2088-93

- ❑ Début de SEP méconnue > RA

Levesque, Ann Fr Anesth Reanim 1988; 7: 68-70

→ aggrave bloc de conduction

→ démasque plaques démyélinisées
silencieuses

→ symptômes transitoires et réversibles

ALR ? oui mais

- En dehors des poussées aiguës et phases de récupération (examen neuro récent)
- APD > RA *RPC Sfar 2006*
- Concentration faible
- Consentement éclairé
- Balance bénéfice/risque
→ Formes évoluées

MALADIE DE PARKINSON

- ❑ **Atteinte des VAS:** troubles de déglutition + hypersalivation, RGO
 - encombrement bronchique, atélectasies, pneumopathies d'inhalation
 - potentialisés par les agents de l'anesthésie
- ❑ **Atteinte respiratoire:** rigidité thoracique, \$ restrictif
- ❑ **L'arrêt des TRT → \$ de sevrage**
 - ne pas les arrêter, respecter les horaires
- ❑ TRT per os, faible $\frac{1}{2}$ vie de L-dopa (2-3h)

ALR +++

→ selon état psychique, mvts anormaux, tremblements

→ TRT per os en peropératoire

Reed, Anesth Analg.1992;75:850-3

❑ Anesthésie générale

→ sonde NG peropératoire, Modopar
dipersible® ou cp broyés

Furuya, Anesth 1998;89:261-3

→ Apokinin® SC (nausées, vomissements)

→ dompéridone 3j avant chirurgie et PO

❑ NVPO

→ **dropéridol** et metoclopramide CI

→ sétrons et dexaméthasone

SPINA BIFIDA

→ APD: risque de brèche durale >, espace cloisonné

→ RA >

RPC Sfar 2006

IRM → anomalie médullaire

→ risque de lésion neuro, hématome

Wood, Anesth 1997;87:983-4

→ AG

Allergie au latex

AVC

- ❑ APM réalisable
- ❑ CI: hypertension intracrânienne
- ❑ Arrêt des anticoagulants
- ❑ RA et aspirine

