

ANESTHESIE REANIMATION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :1

Vous devez prendre en charge, pour une amygdalectomie programmée avec pose d'aérateurs transtympaniques, un enfant de 3,5 ans (15 kg) présentant un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) modéré. L'interrogatoire ne retrouve aucun antécédent personnel ou familial particulier. L'examen clinique est sans grande particularité. Les parents vous précisent que l'enfant présente un ronflement nocturne. Par ailleurs, la maman précise qu'elle-même et son fils aîné, âgé de 8 ans, souffrent du mal des transports.

Question n°1

Prescrivez-vous un bilan préopératoire ? Si oui, lequel ? Argumentez.

Question n°2

Le chirurgien propose une prise en charge ambulatoire. Quels sont les éléments qui influencent votre décision d'accepter ou non cette prise en charge ambulatoire ?

Question n°3

Le jour de l'intervention chirurgicale, l'enfant est programmé pour être opéré à 9h00 du matin. Décrivez les modalités et l'horaire de mise à jeun ainsi que la prémédication éventuelle.

Question n°4

L'enfant arrive au bloc opératoire. Décrivez les différentes étapes et les modalités de l'induction anesthésique.

Question n°5

A la 4^e heure postopératoire, vous êtes contacté par le chirurgien ORL, qui vous informe qu'il va falloir reprendre d'urgence l'enfant en raison d'une hémorragie importante au niveau des loges amygdaliennes. Décrivez la prise en charge anesthésique.

Sujet :2

Une jeune femme de 22 ans s'adresse à la maternité pour probable début de travail à 39 semaines d'aménorrhée(SA) un 22 décembre à 22H15.

Elle n'a pas d'antécédents médicaux, sur le plan chirurgical elle a bénéficié d'une appendicectomie et de l'avulsion des dents de sagesse. Première grossesse, normale bien suivie. Elle a eu sa consultation d'anesthésie à 36SA et se présente avec son bilan de péridurale et une carte de groupe à jour.

Ce jour à 22H30 elle est en effet en travail avec une dilatation cervicale à 3cm, poche des eaux intacte.

L'analgésie péridurale obstétricale est mise en place par l'anesthésiste de garde à 1H le 23 décembre selon le protocole habituel.

Le 23 décembre à 8H l'obstétricien de garde prend la décision de césarienne pour stagnation de la dilatation cervicale. Il effectue un toucher vaginal « appuyé » et la patiente décrit alors une sensation de malaise ; l'hémodynamique et les constantes maternelles restent stables, le rythme cardio fœtal est parfait, la patiente est transférée au bloc césarienne.

L'anesthésiste réinjecte dans le cathéter de péridurale et la césarienne s'effectue normalement sous anesthésie péridurale. Il y a naissance d'une petite fille de 2600g, Apgar 9/10/10. L'utérus est tonique à la stimulation, le protocole d'administration d'Oxytocine (Syntocinon®)habituel est appliqué, le péritoine est sec à la fermeture. La sage-femme évalue à 2200mL les pertes sanguines per opératoires.

La patiente est admise en salle de réveil. On note une hypotension avec une systolique à 80mm de Hg et une tachycardie à 130/min. Des métrorragies importantes sont constatées à l'expression utérine.

Le diagnostic d'hémorragie du post-partum post césarienne est posé.

Question N°1 :

Comment définissez-vous l'hémorragie du post-partum selon la voie d'accouchement?
L'hémorragie du post-partum grave ?

Question N°2:

Quels étaient dans ce cas les facteurs de risque d'hémorragie du post-partum ?

Question N°3:

Quelle est la cause la plus fréquente d'hémorragie du post-partum ?

Question N°4:

Quels sont les éléments cliniques de gravité chez cette patiente à son arrivée en salle de réveil ?

Question N°5:

Quelle est votre attitude immédiate ?

Question N°6:

Quelles sont vos actions secondaires ? quel traitement étiologique proposez vous ?

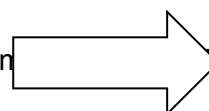
Question 7:

Quelles sont les recommandations actuelles concernant la transfusion massive en cas d'hémorragie du post-partum ?

Question N°8:

La patiente s'aggrave malgré une reprise chirurgicale avec hystérectomie d'hémostase et traitement adapté de l'HPP, les troubles de coagulation se majorent et le dernier bilan transmis par le laboratoire montre : Hb=5,9 g/dL, Plaquettes=17 000/mm³, TP=21%, Ratio TCA=1,9, Fibrinogène=0,4 g/L, PDF: fortement positifs, DDimères: fortement positifs.

Au vu des données initiales et de cette évolution, quel diagnostic évoquez-vous ?



Sujet :3

Une femme de 82 ans fait une chute mécanique et se casse l'extrémité supérieure du fémur. Elle est hypertendue et traitée par IEC. A l'auscultation, il existe un souffle systolique au foyer aortique avec abolition de B2.

Question N°1

Comment qualifieriez-vous le risque global de cette chirurgie sur ce terrain?

Question N°2

Quelles sont les informations à recueillir lors de l'interrogatoire (auprès du sujet lui-même ou de sa famille) qui influencent le pronostic de cette pathologie ?

Question N°3

Y-a-t-il des contre-indications à cette chirurgie ?

Question N°4

Quels examens complémentaires sont nécessaires ?

Question N°5

La prise d'IEC a-t-elle une conséquence sur la prise en charge?

Question N°6

Quel geste d'anesthésie loco-régionale complémentaire pouvez-vous proposer pour améliorer le confort de cette patiente ?

Question N°7

Quel antibioprophylaxie proposer dans ce contexte ?

Question N°8

Quel est le risque spécifique lié à la mise en place d'une prothèse intra-médullaire osseuse et quelle en est la conséquence?

Question N°9

Quel traitement médical devez-vous obligatoirement proposer pour le postopératoire ?

Sujet :4

FEMME DE 63 ans, Poids (kg) = 70 Taille (cm) = 160 IMC 27

ANTECEDENTS

Médicaux :

Dyslipidémie

HTA

Polypose colique familiale : père décédé d'une néoplasie colique, 2 frères suivis pour polypes

Obstétricaux :

3 accouchements normaux à terme

Allergiques : Aucun

Toxiques : 0

Familiaux / Mode de vie :

Mariée, retraitée, vit avec son mari

Traitement habituel :

Tahor 10mg, Kardegic 160mg 1/j, Tenormine 100 mg 1/j, Cotareg 160mg/ 12.5mg 1/j

HISTOIRE DE LA MALADIE

Découverte en Août 2014 d'un polype caecal dégénéré de 3-4 cm, non réséquable par voie endoscopique avec un bilan d'extension négatif. ACE et CA 19-9 normaux. Le 25 /08/ 2014 : colectomie droite sous cœlioscopie avec anastomose iléo transverse termino latérale en 1 temps.

Le 30/08/ 2015 : extériorisation d'une fistule anastomotique dirigée par la cicatrice d'extraction au niveau du flanc droit, bien tolérée cliniquement (apyrexie, absence de choc, absence d'insuffisance rénale, absence de confusion). Décision collégiale de traitement médical. Antibiothérapie par ceftriaxone et metronidazole.

Le 10/09/2015 : apparition d'une dyspnée avec fièvre. L'examen tomodensitométrique avec injection de produits de contraste montre une lachage de suture digestive. Décision de laparotomie.

L'exploration montre une fuite sur l'anastomose iléo-colique avec péritonite de la grande cavité. Prélèvement bactériologique du liquide.

Réalisation d'une iléostomie terminale et colostomie en canon de fusil en sous costal droit.

Poursuite antibiothérapie par ceftriaxone et metronidazole et ajout de gentalline.

Apparition peropératoire d'un état de choc nécessitant un support vasopresseur par noradrénaline et défaillance respiratoire indiquant le transfert en réanimation.

A L'ENTREE DANS LE SERVICE dans la nuit du 10 au 11 septembre

PA (mmHg) = 65/35

Pouls (bpm) = 130

Température (°C) = 36
SpO₂ = 92 sous FiO₂ = 80%
Hb (g/dl) = 8 Dextro (g/l) = 1,82
IGS II = 48 Apache II = 22

Examen cardio-vasculaire : Les bruits du cœur sont assourdis, sans souffle. La pression veineuse centrale est mesurée à 4 mmHg et le Delta PP est mesuré à 9%

L'examen pleuro-pulmonaire met en évidence un souffle tubaire majeur de la base gauche. Les gaz du sang artériel montrent sous FiO₂ = 80% PEEP = 5 cm H₂O :
PaO₂ = 90 mmHg PaCO₂ = 42 mmHg pH = 7,32

Examen abdominal : Bonne vitalité stomiale.
La diurèse des 4 dernières heures est de 100 ml.

Examen neurologique : Patiente séditée RASS -5 avec des pupilles en myosis symétrique réactif.

Bilan biologique :
Kaliémie = 7mmol/L, créatininémie = 185 µmol/L (95 le 09/09), leucocytes = 15 000 éléments/mm³

Bilan échocardiographique :
Absence d'épanchement péricardique. FEVG estimée visuellement à 60%, onde E = 0.5 m/s onde A = 0.6 m/s, intégrale temps/vitesse sous aortique 13 cm. Ventricule Droit normal sans septum paradoxal. Pas de valvulopathie significative

QUESTION N° 1

Décrivez en l'argumentant votre prise en charge hémodynamique de l'hypotension artérielle

QUESTION N° 2

Pour la prise en charge et le suivi du traitement hémodynamique, indiquez des paramètres biologiques dont vous aimeriez disposer.

QUESTION N° 3

Citez 3 principes possibles de la prise en charge de la défaillance respiratoire.

QUESTION N° 4

Indiquez en l'argumentant votre prise en charge de la défaillance rénale si elle existe.

QUESTION N° 5

Argumentez les principes de l'antibiothérapie (sans citer les molécules).

QUESTION N° 6

Le lendemain, il est évoqué la possibilité de traitement anti fongique. Argumentez l'indication et le traitement potentiel.