

Avril, 2024

## **Anesthésiologie et Médecine Périopératoire: Recommandations pour patients et patientes**

- 1. Pas d'administration préventive d'antibiotiques dans le cadre d'une opération en dehors des recommandations. L'administration en dose unique (selon posologie recommandée) doit se faire suffisamment tôt (0-60 minutes avant le début de l'opération) et si une administration d'antibiotiques est nécessaire après l'opération, elle doit être limitée à 24 heures.**

Les infections des plaies après une opération se produisent dans 2 à 5 % de toutes les opérations et constituent par conséquent une complication fréquente et parfois grave. Des études menées ces dernières années ont montré qu'une antibioprophylaxie correcte peut réduire le risque d'infection des plaies. Pour ce faire, l'antibiotique doit être efficace contre les agents pathogènes les plus fréquents dans la plaie et être administré au bon moment et dans la bonne quantité. Selon les directives actuelles, cela devrait se faire jusqu'à 60 minutes avant l'opération. En règle générale, une dose unique suffit. Une deuxième dose devrait être administrée si la durée d'action de l'antibiotique est inférieure au temps de l'opération ou si une perte de sang de plus de 1,5 litre se produit. Un traitement médical après l'intervention est souvent inutile. Si toutefois il devait être appliqué, il est recommandé de le terminer dans les 24 heures.

- 2. Pas de mise en place de sondes ou cathéters (pour les vaisseaux sanguins, la douleur et l'urine) sans un examen minutieux préalable. En cas de décision de mise en place, il faut veiller à une procédure exempte de germes, si possible à l'utilisation de l'imagerie (ultrasons) et à une durée de pose aussi courte que possible.**

L'utilisation de sondes pendant une opération augmente le risque de complications. Tous les types de cathéters (pour les vaisseaux, la douleur et l'urine) augmentent le risque d'infection, car ils interfèrent tous avec les barrières de l'organisme humain. Il est donc important d'évaluer clairement le besoin d'une sonde avant de l'utiliser. Un cathéter placé dans une artère pour surveiller la pression artérielle peut améliorer le traitement des patient(e)s. Mais son utilisation nécessite des mesures appropriées pour garantir le succès de l'opération. Chaque utilisation de sonde devrait se faire selon un protocole standardisé et toutes les conditions doivent être strictement respectées. Pour éviter les infections, la période d'utilisation de la sonde doit être limitée. L'utilisation d'un appareil à ultrasons pour la mise en place de cathéters améliore généralement le taux de réussite et réduit le nombre de complications.

- 3. Pas d'analgésiques opioïdes puissants après la sortie de l'hôpital chez les patient(e)s qui n'ont pas pris de tels analgésiques avant une opération. Si cela s'avère nécessaire, un plan clair de réduction des doses et d'arrêt de ces médicaments doit être disponible et fourni.**

Les douleurs postopératoires sont variables et peuvent disparaître plus ou moins rapidement. C'est pourquoi les analgésiques puissants à base d'opium, appelés opioïdes, doivent être adaptés individuellement. Pendant l'hospitalisation, les opioïdes doivent être réduits et arrêtés autant que possible afin de minimiser le risque d'effets secondaires et de dépendance. Dans la mesure du possible, les patient(e)s qui ne se sont pas vu prescrire de tels médicaments à leur entrée à l'hôpital ne doivent pas quitter l'hôpital avec des opioïdes. Toutefois, si cela s'avère nécessaire, un plan clair de réduction des doses et d'arrêt de ces médicaments doit être disponible et fourni.

- 4. Ne pas procéder à des examens cardiaques et pulmonaires avant une opération chez les patient(e)s en bon état général ne souffrant d'aucun trouble ou ayant une maladie cardiaque et/ou pulmonaire connue stable.**

Les patient(e)s souffrant de maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques sans symptômes ne tirent généralement aucun bénéfice d'examens approfondis du cœur ou des poumons avant une opération. C'est notamment le cas lorsqu'ils subissent une intervention mineure et que le risque de complications est faible. Les examens eux-mêmes ne réduisent guère le risque de complications après l'opération. Les patient(e)s peuvent être exposés à un risque important de complications lors de certains examens cardiaques, comme une échographie d'effort ou un examen des artères coronaires. De tels examens peuvent également entraîner des retards inutiles dans les opérations. Ces examens et le test de la fonction pulmonaire ne sont prévus que pour les patient(e)s dont on peut attendre une amélioration du traitement de leur maladie chronique grâce à l'examen et qui présentent des symptômes. Ces examens doivent être réalisés indépendamment de l'opération prévue.

- 5. Ne pas considérer et réaliser l'anesthésie de manière isolée. Lors du traitement des patient(e)s dans le cadre d'une opération, l'anesthésie doit s'inscrire dans une prise en charge globale des patient(e)s.**

L'utilisation de règles standardisées et communes à tous les participant(e)s à l'opération contribue à améliorer le résultat de l'opération en évitant les complications. Les anesthésistes peuvent y contribuer de manière déterminante par l'introduction et l'application systématique de telles règles communes. Cela permet également de réduire la durée de l'hospitalisation.

Des exemples de tels protocoles de traitement sont ERAS® (Enhanced Recovery after Surgery) ou GRACE® (Groupe de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie).