



Aspects spécifiques de l'anesthésie en chirurgie abdominale par laparotomie de l'adulte

Specific aspects of anaesthesia for abdominal laparotomy in adults

B. Goubaux (Praticien hospitalier) *, O. Pérus (Praticien hospitalier),
M. Raucoules-Aimé (Professeur des Universités, Praticien hospitalier,
chef de service)

Département d'anesthésie-réanimation du CHU de Nice, hôpital de l'Archet 2,
151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, BP 79, 06202 Nice cedex 03, France

MOTS CLÉS

Péritoine ;
Grand épiploon ;
Drainage ;
Aspiration digestive ;
Complications
respiratoires ;
Iléus postopératoire ;
Nausées et
vomissements
postopératoires ;
Nutrition
périopératoire ;
Réhabilitation
postopératoire

KEYWORDS

Peritoneum;
Omentum;
Abdominal drainage;
Respiratory complications;
Postoperative ileus;
Postoperative nausea
and vomiting;
Perioperative nutrition;
Postoperative
rehabilitation

Résumé De meilleures connaissances dans le domaine de la physiologie du péritoine et des différents organes intrapéritonéaux ont permis une amélioration de la prise en charge des patients devant bénéficier d'une chirurgie digestive majeure. L'abord de la cavité abdominale par laparotomie est responsable de la rupture de l'équilibre d'un milieu très complexe, ce d'autant qu'un drainage est réalisé, et s'accompagne essentiellement de répercussions respiratoires, qui sont la cause la plus fréquente des complications postopératoires. De plus en plus de patients âgés et en mauvais état général bénéficient d'interventions majeures. Leur prise en charge débute dès la période préopératoire, où une prise en charge nutritionnelle est parfois nécessaire. La réhabilitation postopératoire des patients revêt également une importance primordiale, car elle facilite les suites opératoires : une meilleure gestion des nausées et vomissements postopératoires, et le développement des techniques d'analgésie locorégionale postopératoire en sont les principales bases.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract Improved knowledge of the physiology of the peritoneum and various intra-abdominal organs has resulted in an improved management of patients undergoing major abdominal surgery. The access of the abdominal cavity by laparotomy induces maladjustment within a very complex environment. This is related to the fact that drainage of the abdomen is carried out, accompanied primarily by respiratory repercussions, the most frequent cause of postoperative complications. An increasing number of older patients with high surgical risk benefit from major abdominal surgery. Their anaesthetic management begins together with the preoperative period during which nutritional management is sometimes necessary. The postoperative rehabilitation of the patients is very important, because it facilitates recovery, reduces the hospital stay duration and improves the post-surgical health-related quality of life. Postoperative rehabilitation includes better

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : goubaux.b@chu-nice.fr (B. Goubaux).

management of nausea and vomiting, and the use of regional anaesthesia for postoperative analgesia.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La chirurgie abdominale est un domaine vaste, qui s'étend de la chirurgie pariétale (cure de hernie, d'éventration), à la chirurgie des organes creux (estomac, grêle, voies biliaires, côlon, rectum), pleins (foie, rate, pancréas), et plus récemment, à la chirurgie des cancers intrapéritonéaux (résection de nodules de carcinose associée à une chimiohyperthermie intrapéritonéale ou CHIP).

Contrairement aux idées reçues, l'anesthésie-réanimation en chirurgie abdominale est une spécialité riche et délicate, car elle s'adresse bien souvent à des patients âgés, en mauvais état général et devant bénéficier d'une chirurgie majeure. Des progrès ont été réalisés ces dernières années, tant au niveau des protocoles chirurgicaux que des techniques anesthésiques, contribuant de ce fait à l'amélioration de la qualité des suites opératoires, et à la diminution de l'incidence des complications. Les indications opératoires ont pu être élargies à de nombreux types de patients, et des interventions innovantes pour le traitement des cancers ou de l'obésité morbide se sont développées.

Toutefois, la prise en charge postopératoire de ces patients demeure encore complexe, en raison des retentissements de la chirurgie sur cette zone particulière qu'est la région abdominale.

Généralités

Rappels physiologiques

Péritoine

Le péritoine est l'organe incontournable de la chirurgie abdominale par laparotomie : de par son rôle d'enveloppe, de soutien, de défense et de nutrition des différents viscères, il est intéressé par les incisions et les drainages éventuels, entraînant différentes répercussions physiopathologiques.

Vaste séreuse de 1,5 à 2 m², le péritoine est composé de deux feuillets : un feuillet pariétal (10 % de la surface), qui couvre la partie interne de la paroi abdominale et du pelvis, incluant le diaphragme, et un feuillet viscéral (90 % de la surface), qui recouvre la partie intra-abdominale du tractus digestif, le foie et la rate, et forme le grand épiploon et le mésentère. Chaque feuillet est constitué d'une monocouche de cellules mésothé-

liales aplaties à contours polygonaux. Sur le plan embryonnaire, ces cellules mésothéliales dérivent du mésoderme, comme les cellules endothéliales des vaisseaux sanguins, ce qui leur confère des propriétés communes avec ces dernières. Elles sont capables d'exprimer à leur surface membranaire des marqueurs spécifiques qui leur permettent de provoquer la migration des neutrophiles, de présenter des antigènes aux cellules immunitaires, et de produire des cytokines, des facteurs de croissance, des facteurs d'activation et de désactivation du plasminogène tissulaire, etc. Ces propriétés leur octroient un rôle considérable dans la physiopathologie des péritonites.

Les cellules mésothéliales péritonéales sécrètent également un liquide visqueux aux propriétés proches de celles du surfactant, qui contient une petite quantité de cellules¹ (essentiellement des lymphocytes, des polynucléaires neutrophiles et des macrophages, qui proviennent du grand épiploon, des cellules mésothéliales desquamées, et des cellules dendritiques). Ce liquide, à l'état normal d'un volume d'environ 100 ml,² présente essentiellement deux fonctions :

- d'une part, il permet d'assurer le glissement des viscères intra-abdominaux au cours du péristaltisme ;
- d'autre part, il joue un rôle majeur de défense contre un éventuel inoculum.³ En effet, le liquide péritonéal est soumis à un flux constant, de direction céphalique, qui l'amène vers la région sous-diaphragmatique (Fig. 1) ; dans cette zone, la couche de cellules mésothéliales est fenêtrée par des orifices directement reliés au réseau lymphatique, ce qui permet son absorption.³ Ainsi, il suffit de quelques minutes pour commencer à nettoyer la cavité péritonéale en cas d'inoculum. Par ailleurs, la taille des fenêtres diaphragmatiques est modulable, notamment au cours des processus inflammatoires, ce qui permet, en cas de besoin, d'augmenter la résorption lymphatique.

Chez l'adulte, le débit sanguin splanchnique total est estimé entre 1 et 2,4 l min⁻¹. Le péritoine est très richement vascularisé. La vascularisation est issue de deux sources : la première en provenance des artères mésentériques supérieure et inférieure, avec retour veineux via la veine porte ; la seconde en provenance des artères iliaques, lombaires, circonflexes, épigastriques et intercostales, avec re-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9095012>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9095012>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)