

La consultation préanesthésique

Elle est obligatoire et réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur¹, au moins 48 heures avant chaque intervention nécessitant une anesthésie générale (AG) ou locorégionale (ALR).

Objectifs de la consultation d'anesthésie

- Évaluer les complications per- et postopératoires en lien avec l'anesthésie et la chirurgie, et prescrire des examens complémentaires utiles.
- Adapter la prémédication et les éventuels traitements du patient et optimiser son état.
- Établir une stratégie de prise en charge anesthésique spécifique et prévoir la ou les techniques et protocoles les plus adaptés en fonction du terrain du patient et de la chirurgie.
- Informer le patient sur les modalités et du déroulement de la procédure anesthésique, des risques potentiels, établir un climat de confiance et recueillir le consentement éclairé.
- Assurer la traçabilité des renseignements et colliger les informations obtenues dans un document écrit faisant partie du dossier patient : (document médico-légal).

Analyse du dossier d'anesthésie

Le nom, prénom, la date de naissance renseignent sur l'identité du patient et permettent de couvrir le risque lié à l'identitovigilance et les risques spécifiques directement liés à l'âge (fiche 3).

Les données physiques telles que le poids et la taille permettent de calculer l'indice de masse corporelle dont le calcul dépend de la formule suivante : $IMC = \text{poids}/(\text{taille} \times \text{taille})$ évaluant le rapport statur pondéral, qui rendent compte du risque lié au terrain du patient obèse ou du patient dénutri (fiches 4 et 5).

Le motif de l'intervention et la nature de la chirurgie ainsi que le côté à opérer vont déterminer des risques en lien avec les différentes chirurgies. Les risques liés à l'anesthésie varient en fonction de la nature du geste et de la technique (tableaux 1.1 et 1.2).

Le score de Lee évalue le risque cardiaque postopératoire (infarctus, insuffisance cardiaque, mort) dans le cadre d'une chirurgie non cardiovasculaire (tableau 1.3).

¹ Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique.

Tableau 1.1. Évaluation du risque en fonction de la chirurgie.

Chirurgie à haut risque	Chirurgie à risqué intermédiaire	Chirurgie à risqué faible
Chirurgie majeure (intrapéritonéale ou intrathoracique) Chirurgie en urgence Chirurgie aortique, vasculaire, hémorragique	Endartériectomie carotidienne, chirurgie céphalique Chirurgie intra- ou rétropéritonéale ou thoracique non vasculaire Chirurgie orthopédique lourde, chirurgie prostatique à fort potentiel hémorragique	Chirurgie endoscopique, chirurgie superficielle, ophtalmologique Chirurgie du sein

Tableau 1.2. Évaluation du risque cardiovasculaire de la chirurgie non cardiaque.

Risque de complications cardiovasculaires majeures : risque de décès d'origine cardiovasculaire et infarctus du myocarde dans les 30 jours suivant la chirurgie non cardiaque	Type de chirurgie (non cardiaque)
Risque élevé (> 5 %)	Chirurgie de l'aorte ou autre chirurgie vasculaire majeure Chirurgie vasculaire périphérique
Risque intermédiaire (1–5 %)	Chirurgie thoracique Chirurgie abdominale Chirurgie carotidienne Angioplastie artérielle périphérique Cure d'anévrisme par voie endovasculaire Neurochirurgie Chirurgie cervicale Chirurgie orthopédique majeure (hanche ou rachis) Transplantation pulmonaire, rénale ou hépatique Chirurgie urologique majeure (de la prostate)
Risque mineur (> 1 %)	Chirurgie du sein Chirurgie dentaire Chirurgie endocrinienne Chirurgie ophtalmologique Chirurgie gynécologique Chirurgie reconstructrice Chirurgie orthopédique mineure (genou) Chirurgie urologique mineure Procédure endoscopique

Tableau 1.3. Score de Lee évaluant le risque cardiaque postopératoire d'une chirurgie non cardiovasculaire.

Les facteurs de risques à coter (1 point par item) :	Évaluation du risque
Chirurgie majeure (vasculaire, intra-abdominale, intrathoracique, hémorragique...).	– Pour un score à 0 ou 1, le risque cardiaque postopératoire est faible (1 %). – Pour un score à 2, le risque cardiaque postopératoire est important (7 %). – Pour un score à 3 et plus, le risque cardiaque postopératoire est majeur (11 %).
Antécédent d'angine de poitrine ou d'infarctus.	
Antécédent d'insuffisance cardiaque avec œdème pulmonaire.	
Antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC ou AIT).	
Diabète traité par insuline.	
Insuffisance rénale chronique (Créatininémie > 177 $\mu\text{mol/l}$)	

Habitudes de vie

Les habitudes de vie renseignent sur :

- 1) Les allergies ou intolérances, qu'elles soient alimentaires ou médicamenteuses, doivent être demandées aux patients : ces données renseignent sur le risque décrit du patient allergique. La recherche d'un terrain atopique est nécessaire (rhinite, eczéma, asthme allergique) (fiche 14).
- 2) Le tabagisme qui est évalué en nombre de paquets-années (par ex. 20 paquets-années signifie que le patient a fumé 1 paquet/jour pendant 20 ans) orientant ainsi sur les risques du patient présentant une pathologie respiratoire (fiche 6).
- 3) La consommation régulière de drogue, d'alcool et de substances psychotropes en lien avec le risque du patient addictif (fiche 13). Les allergies seront évaluées (fiche 14).

Évaluation de la capacité fonctionnelle

Elle est cotée en équivalent métabolique ou MET et est pondérée en fonction du degré d'activité. Elle doit être systématiquement évaluée pour les patients devant être opéré d'une chirurgie à risque intermédiaire ou élevé (tableau 1.4). Tout patient présentant une capacité fonctionnelle >4 MET peut être opéré sans évaluation préopératoire. Pour les autres, les facteurs de risque cliniques sont recherchés.

Tableau 1.4. Évaluation de la capacité fonctionnelle.

Équivalent métabolique	Activité
1 MET	Activité très limitée, grabataire.
Entre 1 et 4 MET	S'habiller, aller aux toilettes, manger seul, marche dans la maison, marcher 100 m sur terrain plat à une vitesse de 3–5 km/h, activités ménagères de faible intensité (faire la vaisselle...).
Entre 4 et 10 MET	Monter un étage d'escalier, marcher sur un terrain plat à une vitesse de 6 km/h, courir une courte distance, activités ménagères de forte intensité (nettoyer les planchers, déplacer un meuble lourd), jardinage intensif (bêchage), participer à des activités de loisirs d'intensité modérée (golf, danse, tennis en double, lancer de ballon ou de balle).
10 MET	Participer à des activités sportives intenses : natation, tennis, ski, football, basket-ball...

1 MET = 3,5 mL O₂/kg de poids corporel/min, soit 1 kilocalorie/kg de poids corporel/h.

Interprétation : < 4 MET : mauvaise capacité fonctionnelle; 4–7 MET : capacité fonctionnelle correcte; > 7 MET : bonne capacité fonctionnelle.

Traitement en cours

La prise de traitement oriente sur diverses pathologies. Certains médicaments sont à arrêter ou à substituer (biguanides, ARA II, AVK, antiagrégants plaquettaires, IEC), d'autres à discuter et d'autres doivent être absolument conservés et adaptés (corticoïdes, insuline, diurétiques, antirétroviraux). Les contraceptifs oraux doivent aussi être pris en considération.

Antécédents du patient

Les antécédents chirurgicaux doivent définir le type d'interventions, leurs dates, les complications s'il y a lieu tant sur le plan chirurgical qu'anesthésique.

Les antécédents d'anesthésie renseignent sur d'éventuelles complications telles que les difficultés de contrôles de voies aériennes supérieures (difficultés de ventilation); les difficultés d'intubation ([fiche 33](#)).

Les accidents d'anesthésie auxquels le patient a été exposé tels qu'une hyperthermie maligne, des allergies notamment aux curares, mais aussi des antécédents de réveil prolongé objectivent de potentielles complications à venir. Enfin, la présence de nausées-vomissements postopératoires (NVPO) expose le patient à ce type d'événements indésirables.

Remarque

L'apport des anciennes feuilles d'anesthésies

Elles sont sources de renseignements peranesthésiques tels qu'une instabilité hémodynamique peropératoire que l'on n'aurait pas soupçonnée, une difficulté d'intubation non prévisible, des consommations plus importantes de médicaments d'anesthésie que les posologies recommandées...



Zoom

Score d'Apfel

La prévention des nausées et vomissements périopératoires tient compte de la stratégie établie dès la consultation d'anesthésie. Elle commence par la détection du risque avec l'évaluation du **score d'Apfel** :

- antécédents de NVPO ou de mal des transports : 1 point;
- utilisation de morphiniques en postopératoire : 1 point;
- sexe féminin : 1 point;
- non-fumeur : 1 point.

L'addition des points indiquant un score > 2 nécessite une prévention pharmacologique des NVPO. Classiquement il s'agit d'administrer un antiémétique comme la dexaméthasone 4 mg et le dropéridol 1,25 mg. L'Ondansétron dosé à 4 mg est le plus souvent réservé au traitement des NVPO persistant malgré la bithérapie de prévention. Un score de 4/4 expose le patient à un risque de vomissement de 79 % tandis que ce risque chute à 10 % pour un score de 0/4.

Les antécédents médicaux : les grandes fonctions (cardiovasculaires, respiratoires, rénales, hépatiques, digestives, neurologiques) font l'objet d'un questionnement précis qui vise à rechercher une pathologie cardiovasculaire pour en dépister les risques associés permettant l'identification de terrains spécifiques décrits dans cette partie ([fiches 2 à 21](#)).

Le risque d'apnée du sommeil sera également évalué par le STOP-BANG questionnaire ([fiche 10](#)).

Classification ASA

L'ensemble de ces éléments permet d'aboutir à la classification ASA ([tableau 1.5](#)) au regard de l'état clinique du patient (en dehors de la pathologie indiquant la chirurgie).

La lettre « U » est ajoutée en cas d'intervention réalisée en urgence : tout patient opéré en urgence doit être considéré comme étant un patient dit « estomac plein ».

Tableau 1.5. Classification de l'état clinique du patient selon l'*American Society of Anesthesiologists (ASA)*.

Classe	Définition	Exemple
ASA 1	Patient en bonne santé, n'ayant pas d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical	Rhinoplastie
ASA 2	Patient avec une ou plusieurs maladie(s) générale(s) modérée(s)	HTA ou diabète traités et contrôlés, obésité, tabagisme non sevré > 20 PA
ASA 3	Patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante	Obésité morbide, insuffisance respiratoire, SAOS appareillé
ASA 4	Patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital	Insuffisance cardiaque sévère FE < 30 %, insuffisance rénale dialysée, insuffisance respiratoire traitée par oxygénothérapie, obésité supermorbide
ASA 5	Patient moribond qui ne survivra pas 24 heures, avec ou sans opération	État de choc
ASA 6	Patient en état de mort encéphalique	Prélèvement multi-organes

D'autres scores spécifiques viennent compléter ces évaluations comme les risques cardiovasculaires ([fiche 7](#))

Examen clinique

Le dossier d'anesthésie renseigne sur des données cliniques du patient telles que :

- le rapport statur pondéral qui permet l'évaluation de l'IMC et donc les risques en lien avec une obésité ou une maigreur pathologique ([tableau 1.6](#));
- les signes cliniques cardiovasculaires renseignent l'IADE sur les risques spécifiques :
 - la présence de râles crépitants, ou d'une hépatomégalie et d'œdème des membres inférieurs qui permettent d'objectiver des signes congestifs témoignant d'une insuffisance myocardique,
 - la présence de varices sur le réseau veineux des membres inférieurs permet d'objectiver une majoration potentielle du risque thromboembolique;
- les signes cliniques respiratoires alertent sur des possibles troubles respiratoires. Une toux, une difficulté ventilatoire préconfigurent des risques spécifiques;

Tableau 1.6. Valeur de l'IMC chez l'adulte et conséquences induites.

Valeur de l'IMC	Conséquences
< 17 kg/m ²	Dénutrition, anorexie risque vital < 13,2 kg/m ²
Entre 18 et 18,5 kg/m ²	Maigreux
Entre 18,5 et 24,9 kg/m ²	Poids idéal
Entre 25 et 29,9 kg/m ²	Surcharge pondérale
Entre 30 et 34,9 kg/m ²	Obésité modérée
Entre 35 et 39 kg/m ²	Obésité sévère
Plus de 40 kg/m ²	Obésité morbide

D'après World Health Organization. BMI classification 2004.

- la présence d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) (fiche 2) est documentée par des ronflements, des apnées nocturnes et une somnolence diurne. Ce syndrome doit alerter sur un risque accru de dépression respiratoire en postopératoire;
- le fait de porter un pacemaker ou un DAI (fiche 29).

Éléments influençant la technique anesthésique

- L'état veineux : un mauvais capital veineux induit des difficultés de pose de voies veineuses périphériques et peut être en lien avec une pathologie sous-jacente, des traitements veinotoxiques ou simplement des critères morphologiques. Le recours à des techniques alternatives peut être alors envisagé (utilisation de l'échographie ou transillumination cutanée).
- Dans le cadre des chirurgies lourdes, il est possible qu'une surveillance de la pression artérielle par méthode invasive soit nécessaire. Il faut alors effectuer le test d'Allen qui permet de s'assurer de l'existence d'une suppléance vasculaire de la main par l'artère cubitale (fiche 33).
- L'état du rachis doit avoir été examiné en consultation d'anesthésie : en effet, toute infection en regard du point de ponction doit contre-indiquer le recours à une anesthésie rachidienne (fiche 34). Par ailleurs, l'état de la colonne vertébrale est un élément prédictif des difficultés techniques pour l'intubation ou pour l'anesthésie rachidienne.

Signes prédictifs d'intubation difficile (fiche 34)

Le score de Mallampati

La classification de Mallampati ([tableau 1.7](#)) permet d'établir les valeurs prédictives d'une difficulté de laryngoscopie directe. Ce score se réalise chez un sujet éveillé, en position assise ou debout, qui ouvre la bouche aussi grand que possible et tire la langue aussi loin que possible, sans phonation.

La corrélation entre les classes de Mallampati et les grades de Cormack et Lehane ([tableau 1.8](#)) est peu fiable pour les classes 2 et 3. Les classes 1 et 4 de Mallampati sont en revanche bien corrélées avec les grades I et IV de Cormack et Lehane.

Tableau 1.7. Score de Mallampati.

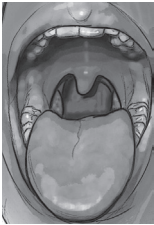
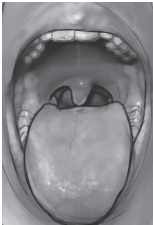
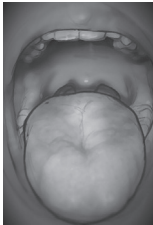

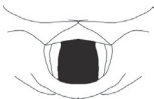



Mallampati 1	Mallampati 2	Mallampati 3	Mallampati 4
			
Visibilité du voile du palais, de la luette, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx.	Visibilité du voile du palais, de la partie supérieure de la luette et de la paroi postérieure du pharynx.	Visibilité du voile du palais et de la base de la luette.	Le voile du palais est invisible.

Tableau 1.8. Classification de Cormack et Lehane.

Cormack 1	Cormack 2	Cormack 3	Cormack 4
			
grade I : glotte entièrement visible.	grade II : visualisation de l'extrémité postérieure de la glotte et des cartilages aryénoïdes.	grade III : épiglotte visible.	grade IV : épiglotte non visible.

Les grades de Cormack



Zoom

Critères prédictifs d'intubation difficile :

- Mallampati ≥ 2 ;
- ouverture de bouche : $< 30/35$ mm ;
- distance thyromentonnière : < 65 mm ;
- IMC > 35 kg/m² ;
- syndrome d'apnée du sommeil avec périmètre cou > 45 cm ;
- rigidité ou limitation de mobilité du rachis cervical : spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde, traumatisme... prévoir intubation vigile fibroscopique si besoin ;
- autres :
 - protrusion de la mandibule (morsure de la lèvre sup.),
 - antécédent d'intubation difficile, tumeur ORL, brûlure faciale, diabète, goitre, macroglossie (acromégalie), rétrognathisme...,
 - syndrome de Pierre Robin chez l'enfant. Il convient de prévenir le patient s'il y a un risque d'intubation difficile.



Zoom

Critères prédictifs de ventilation au masque difficile (fiche 33) :

- surpoids (IMC > 26 kg/m²) ;
- âge 55 ans ;
- cou court (distance thyromentonnière)
- barbe ;
- édenté ;
- ronfleur.

Paramètres paracliniques

Les paramètres hémodynamiques de base : fréquence et rythme cardiaques, PA et SpO₂ au repos sont des éléments de références.

Examens biologiques

Ils viennent compléter l'interrogatoire en cas de découverte de pathologies sous-jacentes mal équilibrées. Ils sont aussi utiles pour objectiver le risque peranesthésique.

Visite préanesthésique

Cette visite est obligatoire² et se réalise la veille de l'intervention ou dans les heures qui la précèdent, si possible par l'anesthésiste qui sera au bloc. Elle ne remplace pas la consultation d'anesthésie (et vice versa). Elle a pour objectif de :

- vérifier l'absence d'éléments nouveaux depuis la consultation;
- permettre de répondre aux questions : en cela elle joue un rôle anxiolytique essentiel pour le patient;
- permettre de réajuster la prémédication du patient;
- vérifier l'arrêt ou la poursuite de certains traitements le cas échéant;
- vérifier les examens complémentaires non vus en consultation d'anesthésie;
- établir au besoin la commande prévisionnelle de sang;
- vérifier le groupe-RAI si nécessaire;
- rappeler les consignes de jeûne au patient;
- obtenir le consentement final pour la technique proposée.

Un compte rendu écrit de visite préanesthésique doit figurer au dossier, comportant les informations données ou redonnées.

² Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique.