

Matériel Et Méthode:-

Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée pendant une période de 3 mois de Mai 2021 à Aout 2021 au bloc ambulatoire de l'hôpital ibn tofail de Marrakech. Notre échantillon représentatif comportait 126 cas , les spécialités requises en ambulatoire au cours de cette période étaient la chirurgie ORL, traumatologie, cardiovasculaire, ophtalmologie et viscérale avec établissement d'un programme en fonction des cinq jours de la semaine , et à partir de la fiche d'exploitation on a pu analyser plusieurs paramètres : Age, sexe , la classification ASA , type d'acte chirurgical , données de la CPA , conditions de l'anesthésie et la surveillance post-opératoire .

Pour évaluer la justification et l'utilité des examens complémentaires. L'analyse des dossiers a été réalisée en se référant aux recommandations de l'Agence Nationale pour le Développement et l'Evaluation Médicale (ANDEM) [2] et aux recommandations de la SFAR [3].

Résultats:-

Durant la période de l'étude 126 dossiers de malades devant subir un acte chirurgical au bloc de chirurgie ambulatoire ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 37ans, la sex-ratio était d'environ 1 .Tous nos patients étaient classés ASAI.

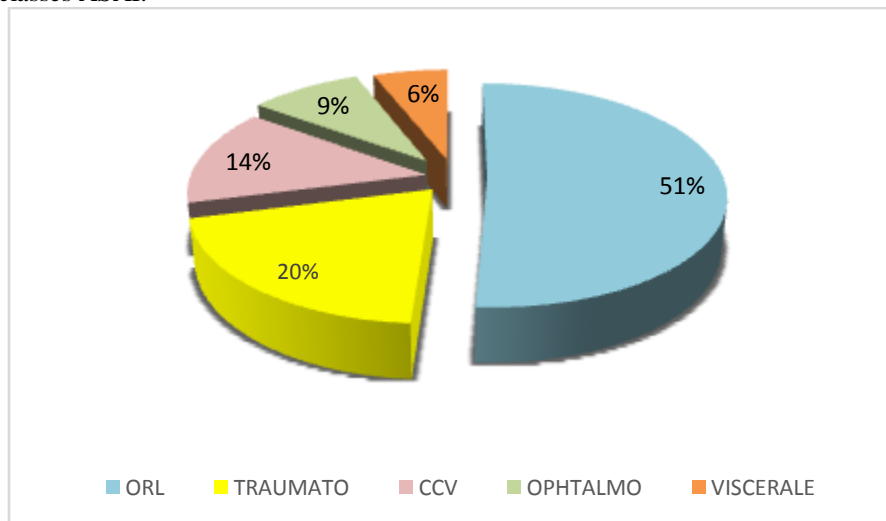


Figure 1:- Répartition de l'échantillon selon le type de chirurgie.

La consultation pré anesthésique a été réalisée pour tous les patients (100%). Aucune prescription des examens paracliniques préopératoires n'a été faite par un médecin chirurgien. Concernant les examens complémentaires prescrits systématiquement dans toute chirurgie confondue, on a noté que la prescription variait entre 10% pour ECG et l'urée/créatinine ,et 100% pour la Numération formule sanguine et le TP/TCK (figure2) .

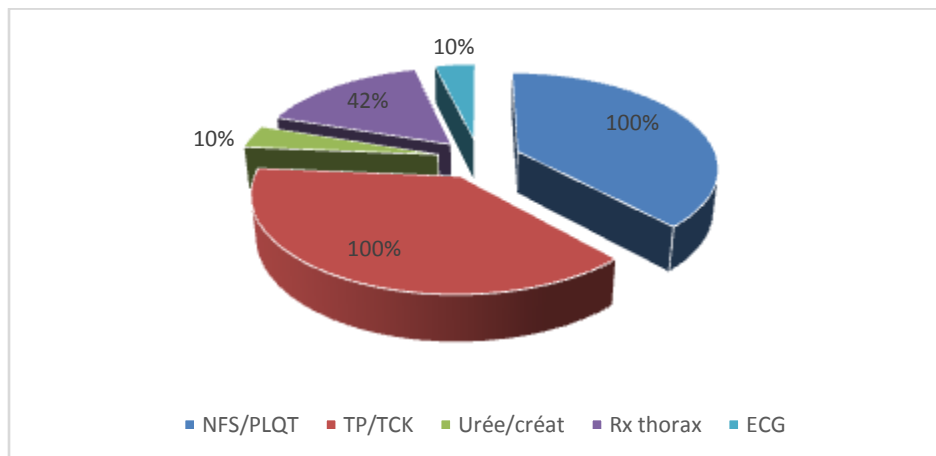


Figure 2:- Bilans prescrits à titre systématique.

La prescription de la NFS/PLQT et TP/TCK était systématique chez tous les enfants programmés pour amygdaléctomie et ablation de végétations adénoïdes. (Figure3)

Quant aux anomalies découvertes, on a remarqué que le pourcentage variait entre 0% pour le TP/TCA et 4% pour la NFS/PLQT à type d'anémie normochrome normocytaire chez les patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) programmés pour fistule artérioveineuse, sur l'ECG d'un patient programmé pour dacryocystite on a noté une bradycardie sinusale. Aucune anomalie n'a conduit à une investigation poussée ou au report de l'intervention.

Discussion:-

Les examens complémentaires ont un intérêt dans l'évaluation préopératoire afin de réduire les risques associés à un acte diagnostique, thérapeutique ou lié l'anesthésie. Demandés par le médecin anesthésiste lors d'une consultation préanesthésique et doivent répondre à trois objectifs principaux :

1. Référence pour apprécier l'évolution postopératoire, ou prérequis pour traiter une éventuelle complication.
2. Evaluation du risque par leur valeur prédictive indépendante d'une complication postopératoire.
3. Diagnostiquer une pathologie ou un état non suspecté à l'interrogatoire et/ou à l'examen clinique pouvant nécessiter un traitement préopératoire ou un changement de stratégie anesthésique ou interventionnelle.

Hémogramme

Les dernières recommandations de la SFAR suggèrent que la prescription de l'hémogramme devra être absolue avant l'acte pour toute intervention à risque intermédiaire ou élevé, quel que soit l'âge, pour son caractère pronostique ou d'aide à l'élaboration d'une stratégie transfusionnelle.

Plusieurs études ont retrouvé qu'un taux d'hémoglobine abaissé est un facteur de risque de complications majeures postopératoires (cardiaques, pulmonaires), voire de la mortalité après chirurgie non cardiaque à risque élevé ou intermédiaire. Une revue évaluant l'impact de l'anémie en chirurgie orthopédique (arthroplastie de hanche et de genou) retrouve qu'une anémie préopératoire est associée à un risque d'infection postopératoire plus élevé, une activité physique ou de récupération plus faible, un allongement de la durée d'hospitalisation ainsi qu'une augmentation de la mortalité. Roizen a choisi arbitrairement les limites suivantes pour poursuivre les investigations complémentaires avant une anesthésie programmée : un hématokrite inférieur à 29% chez l'homme et à 27% chez la femme [4]. Pour la leucocytose, il n'existe pas non plus de données objectives, et seule une leucopénie inférieure à 2400/mm³ ou une leucocytose supérieure à 16000/mm³ doivent être explorées.

Bilan d'hémostase

Il est recommandé par la SFAR également de ne pas prescrire de façon systématique un bilan d'hémostase chez les patients dont l'anamnèse et l'examen clinique ne font pas suspecter un trouble de l'hémostase, quel que soit le type d'anesthésie choisi (anesthésie générale, anesthésie neuraxiale, blocs périphériques ou techniques combinées), y compris en obstétrique.

Un bilan d'hémostase devra être réalisé en cas d'hépatopathie, de malabsorption/malnutrition, de maladie hématologique, ou de toute autre pathologie pouvant entraîner des troubles de l'hémostase, ou de prise de médicaments anticoagulants, même en l'absence de symptômes hémorragiques [3].

Ionogramme sanguin

L'évaluation de la fonction rénale et hépatique est justifiée car de nombreuses substances anesthésiques peuvent entraîner l'altération de ces deux fonctions.

Examens cardiologiques

Selon les dernières RFE SFAR, les experts recommandent que l'ECG de repos avec 12 dérivations ne doit pas être prescrit avant 65 ans lors d'une intervention à risque intermédiaire ou élevé (sauf interventions artérielles) en dehors de signes d'appel cliniques et/ou de facteurs de risques (FDR) et/ou de pathologies cardiovasculaires.

Après 65 ans. Il faut par contre prescrire un ECG 12 dérivations de repos avant toute intervention à risque élevé ou intermédiaire même en l'absence de signes cliniques, de FDR et/ou de pathologies cardiovasculaires [3].

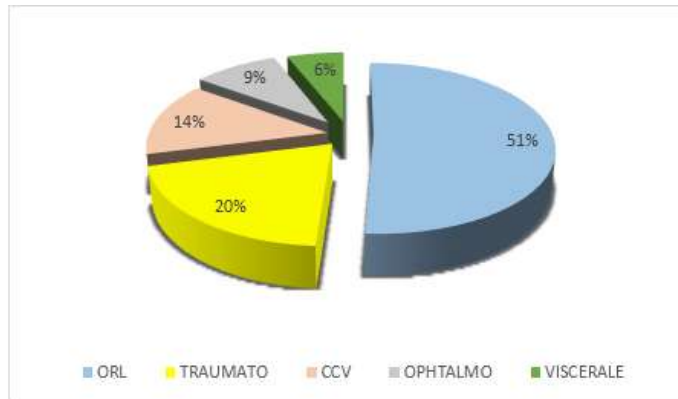
Il est recommandé de limiter les indications d'échocardiographie pré interventionnelle aux sous-groupes de patients qui peuvent en bénéficier. Ce sont les patients symptomatiques, tels que les patients présentant une dyspnée, une

insuffisance cardiaque de cause inconnue ou récemment aggravée, ou les patients présentant un souffle systolique non connu ou une suspicion d'HTAP.

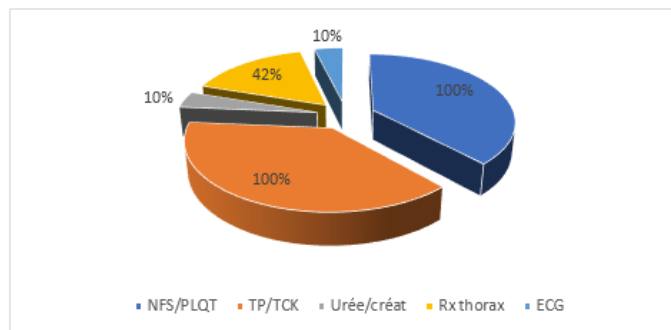
Il est recommandé de ne pas prescrire d'examen biochimique d'urine systématique, quel que soit l'âge, en préopératoire d'une chirurgie quel que soit son type : mineure, intermédiaire ou élevé [3]

Radio thorax

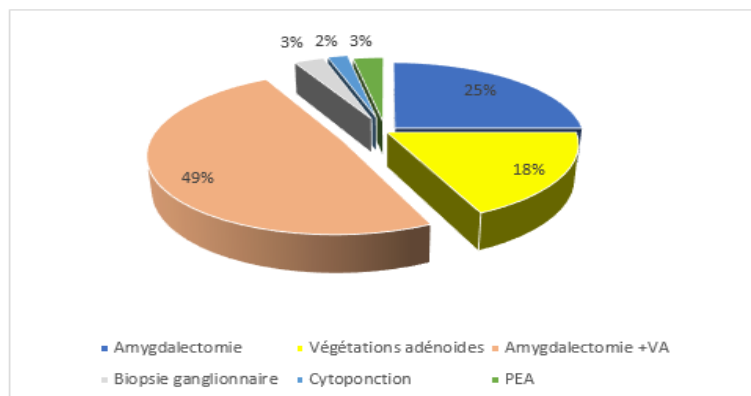
La radiographie du thorax quant à elle a bénéficié du plus grand nombre d'études, elle modifie rarement la stratégie anesthésique ou chirurgicale ; elle n'a que peu d'utilité comme examen de référence en cas de complication cardio respiratoire post opératoire ; sa valeur prédictive de la survenue d'une complication post opératoire est faible [5, 6].



Figure_1 : Répartition de l'échantillon selon le type de chirurgie



Figure_2 : Bilans prescrits à titre systématique



Figure_3 : Type de chirurgie ORL

Conclusion:-

L'évaluation préopératoire est faite au préalable au cours de la consultation préanesthésique à distance de l'acte opératoire afin de guider la prescription des examens complémentaires systématiques de manière rationnel et justifiés et ce après un interrogatoire minutieux et un examen clinique bien conduit. Les dernières recommandations françaises publiées par l'ANAES en 1998 [1] soulignaient déjà la nécessité d'une prescription sélective, s'intégrant dans un raisonnement et une démarche médicale globale et ne se substituant en aucun cas à l'interrogatoire et à l'examen clinique du patient. Les données récentes de la littérature rejoignent ces conclusions et permettent d'ébaucher une stratification des recommandations intégrant le type de chirurgie, la gravité des patients (score ASA) et les risques afférents.

Bibliographie:-

1. Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : évaluation de la prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires. 1998. mis en ligne le 22/10/2007, modifié le 12/01/2010.
2. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Évaluation des examens préopératoires. Paris: ANDEM; 1992.
3. S. Molliex a, S. Pierre b, C. Bléry c, E. Marret d, H. Beloeil et al. Examens pré interventionnels systématiques Routine preinterventional tests. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 752–763
4. Roizen MF. Évaluation préopératoire. In : Miller RD, editor. Anesthésie. Paris : Flammarion Médecine Science ;1996. p.827-77.
5. Haberer JP. Quels examens préanesthésiques prescrire chez l'adulte ? Conférences d'Actualisation, SFAR 1994 : 150- 59.
6. Bouinot JL, Paquet JC, Ray JM, Coggia M. La radiographie thoracique préopératoire systématique en chirurgie générale est-elle utile ? Association des Chirurgiens de l'Assistance Publique pour les Évaluations Médicales (ACAPEM). Ann Fr AnesthRéanim 1992 ; II : 88-95.