

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie,...), en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'anesthésie locorégionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie locorégionale.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux termes particuliers d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance, et une visite pré-anesthésique la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite préopératoire, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et des résultats des examens complémentaires éventuellement inscrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin

anesthésiste-réanimateur.

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passager.

Des traumatismes dentaires sont également possibles, en particulier en cas d'intubation difficile ou de rétrognathisme. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière (prothèses dentaires, restauration de dents par résine, dents mobiles...), mauvais état gingival.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, exceptionnellement la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésie.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie locorégionale ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés. Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations, un pneumothorax, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésie de ce type sont réalisées chaque année.

Anesthésie péribulbaire

Elle se réalise par une ou plusieurs injections, à l'aide d'aiguilles très fines. La plupart du temps, un sédatif léger est administré par voie intraveineuse avant de réaliser l'injection, de manière à la rendre indolore. On peut pratiquer l'intervention sur un œil devenu insensible. La technique permet de ne pas ressentir de douleur après l'intervention. L'anesthésie s'élimine dans les heures qui suivent l'intervention mais, dans certains cas, la paupière peut rester un peu fermée le lendemain.

De même, des troubles transitoires de la convergence (vision "double") peuvent se rencontrer. Cette technique anesthésique très sûre peut avoir des complications. Elles sont exceptionnelles. Par ordre de fréquence : vision double persistante, paupière tombante persistante, plaie du globe, voire cécité. Les phénomènes d'allergie sont, eux aussi, exceptionnels. Au cours de l'anesthésie locorégionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

Qu'en est-il de la transfusion sanguine ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnel.

Pourquoi arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale ?

Lorsque l'on va être opéré, il est important de savoir que le tabagisme augmente les risques de complication, comme par exemple : les problèmes respiratoires, les risques infectieux, mais aussi les complications de cicatrisation.

Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une opération et jusqu'à la cicatrisation garantie :

- Trois fois moins de complications chirurgicales ;
- Deux fois moins de passages en unité de réanimation ;
- Un séjour plus court à l'hôpital.

Quand faut-il arrêter de fumer ?

- Arrêt plus de 6 semaines avant l'intervention : le risque opératoire dû au tabac a disparu
- Arrêt plus de 2 jours à 6 semaines avant l'intervention : le risque opératoire dû au tabac diminue d'autant plus que le délai entre l'arrêt et l'intervention sera long.
- Un arrêt même 12 à 48 heures avant une intervention est bénéfique. Il permet une baisse du CO₂ circulant donc une meilleure oxygénation.
- Réduction du tabagisme sans arrêt total du tabagisme : la réduction du nombre de cigarettes grâce à une substitution orale réduit le risque mais l'arrêt complet est préférable.

Et après l'opération ?

L'arrêt du tabac est aussi important après qu'avant une opération, et ce au moins jusqu'à la fin de la cicatrisation de la peau (3 semaines après l'intervention) et éventuellement de la consolidation osseuse (3 mois après l'intervention).