

## Généralités

La consultation d'anesthésie obligatoire depuis le 5 Décembre 1994 et doit être effectuée par un médecin anesthésiste au moins 48h avant la chirurgie programmée, quel que soit le type de chirurgie ou d'anesthésie.

Les buts de la consultation sont :

- Déterminer les risques anesthésiques du patient
- Réduire la mortalité et la morbidité péri opératoire
- Définir la stratégie pré, per et postopératoire
- Établir une relation entre anesthésiste et patient

Cette consultation contribue à l'évaluation pré anesthésique de l'état du patient justifiant de prescrire ou pas des examens complémentaires, et d'éventuelles consultations spécialisées permettant une évaluation du risque péri opératoire. Ce n'est qu'au terme de cette consultation que peut être déterminée la classe ASA du patient. Cette classification évalue le risque péri opératoire global et conditionne l'éligibilité d'un patient à un acte ambulatoire, un circuit de récupération rapide ou, à l'opposé, la prévision d'un séjour postopératoire en USC ou en réanimation.

Le dossier médical contient la consultation d'anesthésie.

## Législation

Le décret du **5 décembre 1994** stipule explicitement que la consultation pré anesthésique « est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant l'examen clinique du patient, les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient. »

Le décret du **5 décembre 1994** précise en outre que « la consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention. »

En **décembre 2001** le conseil National de l'Ordre des Médecins a mis à jour les « Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé ». Il y rappelle qu'il incombe « à l'anesthésiste-réanimateur d'informer le patient sur la technique anesthésique envisagée, ses avantages, ses inconvénients et ses risques, ses alternatives s'il y en a, ainsi que sur son terrain, les risques que celui-ci fait courir et les moyens susceptibles de réduire ces risques ».

## Contenu de la consultation

La consultation d'anesthésie permet d'évaluer le risque lié au terrain, à l'anesthésie et à la chirurgie.

### Éléments de la consultation :

- Interrogatoire du patient (souvent questionnaire écrit rempli par le patient en amont de la consultation) et histoire de la maladie
- Antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux
- Habitudes de vie (tabac, alcool, etc...)
- Examen clinique
- Prise de paramètres vitaux
- Poids, taille, IMC, âge, sexe
- Évaluation du risque allergique
- Évaluation du risque cardiovasculaire
- Évaluation de la gestion des voies aériennes
- Évaluation du risque hémorragique
- Évaluation du risque de nausées/vomissements post-opératoires
- Évaluation du risque thrombo-embolique
- Évaluation du capital veineux
- Demande d'exams complémentaires (le strict minimum, aucun examen est systématique)
- Adaptation des traitements en cours
- Prémédication
- Prévision de la stratégie anesthésique retenue
- Classification : ASA, NYHA, Mallampati, Apfel

La consultation permet l'information éclairée du patient et le recueillement de son consentement.

## Classification ASA

Physical Status Classification System

Indicateur de la mortalité péri opératoire

- ASA 1** : patient normal
- ASA 2** : patient avec anomalie systémique modérée
- ASA 3** : patient avec anomalie systémique sévère
- ASA 4** : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- ASA 5** : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- ASA 6** : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

## Score d'Apfel

Score permettant d'évaluer le risque de nausées/vomissements en post-opératoire afin de mettre en place une prophylaxie adaptée.

Il est noté entre 0 et 4 avec une probabilité croissante :

- Sexe féminin = 1 pt
- Non fumeur = 1 pt
- ATCD NVPO ou mal des transports = 1 pt
- Morphinique post-opératoire = 1 pt

# Classification d'Altemeier

Classification des chirurgies en fonction de leur risque de contamination

- Altemeier I : chirurgie propre
- Altemeier II : chirurgie propre contaminée
- Altemeier III : chirurgie contaminée
- Altemeier IV : chirurgie sale ou infectée

## Évaluation de la gestion des voies aériennes supérieures

### Risque de ventilation difficile

- Âge > 55 ans
- IMC > 26
- Barbe
- Ronflements lors du sommeil
- Absence de dents

### Risque d'intubation difficile

- Antécédents d'intubation difficile
- Ouverture de bouche < 35 mm
- Distance thyro-mentonnaire < 65 mm
- Circonférence du cou > 50 cm
- Limitation de la mobilité du rachis cervical
- Rétrognatisme
- Antécédents de chirurgie cervico-faciale

### Classification de Mallampati

Faire ouvrir la bouche au maximum par le patient en position assise

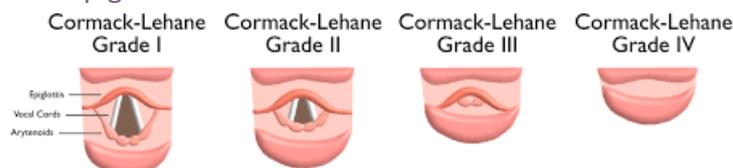
- Classe I : voile du palais, piliers amygdaliens et luette visibles
- Classe II : voile du palais, piliers amygdaliens et partie supérieure de la luette visibles
- Classe III : voile du palais visible, piliers et luette non visibles
- Classe IV : seul palais osseux visible



### Classification de Cormack et Lehane

Noté lors d'une précédente intubation

- Cormack I : glotte vue dans son ensemble
- Cormack II : seules le tiers postérieur de la glotte et la commissure postérieure sont visibles
- Cormack III : glotte non visible, seule l'épiglotte est visualisée
- Cormack IV : glotte et épiglotte non visibles



## Visite pré-anesthésique

La visite pré-anesthésique doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention. C'est un moment différent de la consultation d'anesthésie.

Cette visite permet :

- De prendre connaissance des examens complémentaires et compte-rendus de consultations spécialisés demandés lors de la consultation d'anesthésie
- D'adapter le protocole d'anesthésie envisagé lors de la consultation
- D'informer le patient sur le praticien qui sera responsable de la conduite de l'anesthésie, qui peut être différent de celui qui a réalisé la consultation

## Sources

Cours école IADE

Dossier anesthésique sur [sfar.org](http://sfar.org)

Fiches pratiques IADE, 2017, Elsevier Masson

Guide pratique périanesthésique pour les IADE, François Bart, Sophie Lamy, 2021, Lamarre

La consultation d'anesthésie est un acte médical sur [sfar.org](http://sfar.org)

Le guide de l'infirmier anesthésiste, Catherine Muller, 2015, Elsevier Masson

Protocoles 2022, MAPAR éditions, 16e édition

Score ASA sur [sfar.org](http://sfar.org)

## Généralités

Obligatoire depuis le 5 Décembre 1994 et effectuée par un médecin anesthésiste au - 48h avant la chirurgie programmée.

Buts :

- Déterminer risques anesthésiques
- Réduire mortalité et morbidité péri opératoire
- Définir stratégie pré, per et postopératoire
- Établir relation anesthésiste-patient

## Contenu consultation

Interrogatoire, histoire maladie  
ATCD médicaux, chirurgicaux, obstétricaux  
Habitudes de vie (tabac, alcool ...)  
Examen clinique, paramètres vitaux  
Poids, taille, IMC, âge, sexe

Évaluation : allergies risque cardiovasculaire, gestion voies aériennes, risque hémorragique, risque NVPO, risque thromboembolique, capital veineux

Demande d'examens complémentaires  
Adaptation traitements en cours  
Prémédication  
Prévision stratégie anesthésique  
Classification : ASA, NYHA, Mallampati, Apfel

## Visite pré-anesthésique

Effectuée par un MAR dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

Moment différent de la consultation.

Permet : de prendre connaissance des examens complémentaires, d'adapter le protocole d'anesthésie, d'informer le patient ..

## Législation

Décret 5 Décembre 1994 : consultation faite par médecin anesthésiste, résultats consignés dans document écrit avec examen clinique, résultats examens complémentaires et éventuelles consultations spécialisées. A mettre dans le dossier médical. Ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique.

Décembre 2001 : informer le patient sur la technique anesthésique envisagée, avantages, inconvénients, risques, moyens pour réduire les risques

## Classification ASA

Indicateur de la mortalité péri opératoire

- ASA 1 : patient normal
- ASA 2 : patient avec anomalie systémique modérée
- ASA 3 : patient avec anomalie systémique sévère
- ASA 4 : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- ASA 5 : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- ASA 6 : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

## Score d'Apfel

Score permettant d'évaluer le risque de nausées/vomissements en post-opératoire afin de mettre en place une prophylaxie adaptée.

Noté entre 0 et 4 avec probabilité croissante

- Sexe féminin = 1 pt
- Non fumeur = 1 pt
- ATCD NVPO ou mal transports = 1 pt
- Morphinique post-opératoire = 1 pt



## Évaluation gestion des voies aériennes

Risque de ventilation difficile : > 55 ans, IMC > 26, barbe, ronflements, absence de dents

Risque d'intubation difficile : ATCD intubation difficile, ouverture de bouche < 35 mm, distance thyro-mentonnaire < 65 mm, cou > 50 cm, limitation mobilité rachis cervical, rétrognatisme, ATCD chirurgie cervico-faciale

Mallampati : faire ouvrir la bouche au maximum par le patient assis



Cormack et Lehane : noté lors d'une précédente intubation

## Classification Altemeier

Classification des chirurgies en fonction de leur risque de contamination

- Altemeier I : chirurgie propre
- Altemeier II : chirurgie propre contaminée
- Altemeier III : chirurgie contaminée
- Altemeier IV : chirurgie sale ou infectée

