

ANESTHÉSIE ET ESTOMAC PLEIN

Les complications « anesthésiques » en cas d'inhalation broncho-pulmonaire de liquide digestif demeurent élevées (mortalité estimée à 3-5 %).

Les recommandations classiques de jeûne préopératoire sont indiquées pour la chirurgie réglée et chez les patients sans comorbidité majeure. En urgence ou pour certaines pathologies où ces règles ne s'appliquent plus, le risque d'inhalation doit être évalué (incidence multipliée par 4 si urgence).

SITUATIONS À RISQUE D'INHALATION

- **Pendant la phase périopératoire :**
 - Préopératoire : entre la perte de conscience anesthésique et l'intubation trachéale avec ballonnet gonflé
 - Peropératoire : régurgitations passives chez le nouveau né et le sujet âgé
 - Postopératoire : en cas d'extubation trop précoce (dysfonction laryngée)
- **Liées à des pathologies ou des états particuliers** (surtout si associés) entraînant une augmentation de volume, de pression, d'acidité gastrique ou une diminution de tonus du sphincter œsophagien inférieur ou une gastroparésie
 - Hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien, autres pathologies abdominales (vésiculaire...) et antécédents de chirurgie bariatrique
 - Obésité, diabète évolué, insuffisances rénale et hépatique terminales, désordres neuromusculaires, états critiques (traumatismes, coma...)
 - Anesthésie en urgence
 - Douleur
 - Intubation difficile avec oxygénation à haut débit ou ventilation au masque facial prolongées
 - Prise chronique d'opiacés, ou d'autres agents antikinétiques (nouveaux antidiabétiques)
 - Grossesse avec risque imminent de césarienne et postpartum immédiat
 - Endoscopie digestive (surtout haute)
- Dans ces cas ou si incertitude sur la durée du jeûne préopératoire (désordres cognitifs, barrière linguistique), l'échographie gastrique, en évaluant le type de contenu de l'estomac et son volume, s'avère être un outil estimant le risque d'inhalation afin d'optimiser la stratégie anesthésique.

ÉCHOGRAPHIE GASTRIQUE

- Modalités : choix d'une sonde convexe basse fréquence (2-5 MHz) chez l'adulte, dans un plan sagittal de coupe épigastrique passant par l'aorte pour visualiser l'aspect caractéristique en « œil de taureau » de l'antra (échographie gastrique faisable dans 85 à 95 % des cas)
- Examen toujours pratiqué en décubitus dorsal et décubitus latéral droit ou ½ assis à 45°
- Mesure de la surface antrale (SA), la mieux corrélée au volume gastrique (VG), précise (méthode non fiable si antécédents de chirurgie gastrique ou hernie hiatale) et rapide (durée < 5 min) avec $SA_{1/2 \text{ assis}} = (D_1 \times D_2 \times \pi) \div 4$
- On estime l'« estomac plein » si :
 - Contenu solide, liquide épais ou
 - Contenu liquide clair avec un seuil (âge dépendant) de **SA > 9 à 10 cm²** ou un **VG > 1,5 mL/kg** avec $VG \text{ (mL)} = 27 + 14,6 \times SA_{\text{DL}} - 1,28 \times \text{âge}$ (adulte, hors obstétrique)

Utilisation préopératoire de l'échographie gastrique « ciblée » (aide cognitive) : démarche diagnostique et stratégie anesthésique

