

Échographie abdominale portable préanesthésie chez un patient présentant une fracture instable de la colonne cervicale

Anahi Perlas MD, Rodrigo Nakatani MD, Laura Girón-Arango MD

■ Citation : *CMAJ* 2022 September 26;194:E1289. doi : 10.1503/cmaj.220525-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220525

Résumé vidéo (en anglais) avec l'auteur : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220525/tab-related-content

Nous nous préparions à anesthésier un homme de 83 ans, pesant 75 kg et présentant une fracture instable de la cinquième vertèbre cervicale (C5) pour décompression cervicale postérieure avec fusion. Il était indemne au plan neurologique, portait un collier cervical rigide et était à jeun depuis plus de 12 heures. En présumant que son estomac était vide, nous prévoyions procéder à une intubation par fibre optique sous anesthésie pour prévenir tout mouvement du cou durant la manipulation des voies respiratoires. Or, lors de l'évaluation préopératoire, le patient se disait nauséeux.

Nous avons donc demandé une échographie gastrique selon un protocole décrit précédemment¹. Nous avons utilisé l'appareil d'échographie portable Sonosite Edge et un transducteur curvilinéaire pour visualiser l'antrum dans un plan sagittal de la région épigastrique. L'antrum gastrique du patient était manifestement distendu, avec un volume de liquide hypoéchoïque, en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit (antrum Grade 2)¹ estimé à plus de 400 mL (figure 1-I et annexe 1, vidéo supplémentaire 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220525/tab-related-content). Nous avons drainé 450 mL de liquide de son estomac à l'aide d'une sonde nasogastrique. Un contrôle a confirmé que l'estomac était vide (antrum Grade 0), avec un volume estimé de 10 mL (figure 1-II et annexe 2, vidéo supplémentaire 2, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220525/tab-related-content). Nous avons ensuite induit l'anesthésie standard par voie intraveineuse et procédé à l'intubation endotrachéale par fibre optique sans complications.

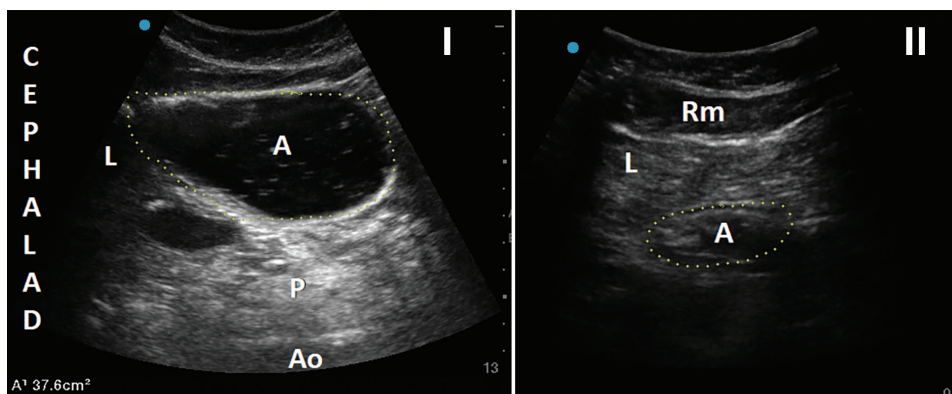


Figure 1 : Clichés échographiques de l'antrum de l'estomac d'un homme de 83 ans en décubitus latéral droit. (I) L'antrum est manifestement distendu et on observe la présence de liquide (contenu hypoéchoïque); l'aire transversale de 37 cm² correspond à un volume > 400 mL. (II) Antrum vide après aspiration nasogastrique; l'aire transversale de 5,7 cm² correspond à un volume d'environ 10 mL. Remarque : A = antrum gastrique (antrum), AO = aorte (aorta), L = foie (liver), P = pancréas (pancreas), Rm = muscle droit (rectus muscle). Utilisé avec l'autorisation de la Dr^e Perlas Fontana, Medicine Professional Corporation.

La pneumonie d'aspiration (du contenu gastrique) est une complication anesthésique grave qui peut provoquer une morbidité considérable, voire la mort^{2,3}. La fréquence de l'aspiration chez les patients en chirurgie élektive qui sont à jeun est de 1:3000, mais peut atteindre 30 % chez les grands polytraumatisés qui doivent être intubés². Les facteurs de risque incluent le caractère urgent de la chirurgie, l'obstruction intestinale, le travail chez une parturiente, le diabète et l'insuffisance rénale⁴. Les mesures qui permettent de réduire ce risque incluent le jeûne préopératoire, l'évacuation du contenu gastrique au moyen d'une sonde nasogastrique et l'induction de l'anesthésie en séquence rapide, suivie d'une intubation endotrachéale⁵. L'échographie gastrique portable est une intervention qui se pratique en contexte clinique et qui est relativement peu coûteuse, non effractive et facile; elle permet de réduire le risque d'aspiration lorsque les renseignements cliniques ne permettent pas de garantir que l'estomac est vide.

Références

1. Perlas A, Arzola C, Van de Putte P. Point-of-care gastric ultrasound and aspiration risk assessment: a narrative review. *Can J Anaesth* 2018;65:437-48.
2. Lockey DJ, Coats T, Parr MJ. Aspiration in severe trauma: a prospective study. *Anaesthesia* 1999;54:1097-8.
3. Warner MA, Meyerhoff KL, Warner ME, et al. Pulmonary aspiration of gastric contents: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2021;135:284-91.
4. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures — an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. *Anesthesiology* 2017;126:376-93.
5. Nason KS. Acute intraoperative pulmonary aspiration. *Thorac Surg Clin* 2015;25:301-7.

Intérêts concurrents : Anahi Perlas est membre du comité éditorial de l'American Society of Anesthesiologists sur l'échographie portable et directrice de la rédaction de *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Hôpital Toronto Western; Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, Université de Toronto, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance: Anahi Perlas, anahi.perlas@uhn.ca



Vidéos montrant un antre distendu en décubitus latéral droit, avec volume du contenu gastrique estimé à > 400 mL de liquide clair, puis antre vide après décompression par sonde nasogastrique, disponibles ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220525/tab-related-content.

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.