

 Mots clés	<b>Anesthésie pour pose de valves endobronchiques.</b>	Réf : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Version : MAJ octobre 2020 Date de création : 18/10/2020 Date d'application : Page 1 sur 3
--	--	---

	Nom	Fonction	Date et Signature
Rédaction	Morgan Le Guen	Médecin anesthésiste-réanimateur	
Validation de l'expert	Olivier Brugière	Service de Pneumologie	
Approbation	François Gonin	Unité d'endoscopie interventionnelle pneumologique	

## 1. OBJET

L'objet de ce document est de définir la prise en charge spécifique des patients atteints d'emphysème sévère éligibles à la pose de valves endo-bronchiques par voie endoscopique pour réduction de volume.

Ce traitement de l'emphysème est nouveau sur l'établissement.

## 2. DOMAINE D'APPLICATION

Département d'Anesthésie – douleur

Service de Pneumologie,

Service de Pneumologie interventionnelle

## 3. DOCUMENTS DE REFERENCE

XXXX

## 4. SELECTION DES PATIENTS EN AMONT DE L'ENDOSCOPIE

Les patients éligibles à la pose de valves endo-bronchiques sont les patients atteints d'emphysème pulmonaire prédominant et pour lesquels les stratégies thérapeutiques habituelles ont échoué : sevrage tabagique, bronchodilatateurs, traitement des surinfections... Les patients éligibles présentent par ailleurs des critères de sévérité avec un VEMS diminué à moins de 50% de la théorique, ce qui complexifie la prise en charge péri-opératoire.

### 4.1 Définition emphysème :

Photo illustrant les différents types d'emphysème éligibles à la mise en place de valves: Emphysème prédominant, hétérogène ou homogène.

Certains types d'emphysème, de type Emphysème bulleux, Fibro-emphysème, ou emphysème associé à des dystrophies bronchiques ne sont pas éligibles à la pose de valves, du fait de l'échec prévisible de la procédure ou de complications post-procédure.

### 4.2 Définition scissure complète (absence de ventilation collatérale) :

Un élément de prédiction de bonne réponse à la pose de valve endobronchique visant l'atélectasie complète du lobe pulmonaire exclu est la présence d'une scissure complète. Dès lors, il n'y a pas de communication entre les lobes pulmonaires et le lobe peut effectivement « s'affaisser » et amener à une réduction de volume d'emphysème.

En préopératoire, l'imagerie par TDM thoracique permet de prédire l'absence de ventilation collatérale. Au bloc opératoire, un test sera réalisé avant le placement de la valve pour vérifier l'absence de ventilation : il s'agit du test de Chartis, effectué sous fibroscopie.

#### 4.3 Modalité de sélection:

- Dyspnée d'Effort  $\geq$  2 MMRC
- VEMS < 50% th ET VR > 170% th ET DLCO > 20%
- 6WT > 140 m
- Pas d'HTAP sévère (PAPS<50 mmHg à l'ETT)
- Pas de suppuration bronchique significative
- Pas de co-morbidité majeure associée (coronaropathie)
- Destruction emphysémateuse du lobe cible > 50% (-910 Hounsfield units), et pour EMP hétérogène > 10-15% de différence avec lobe adjacent.
- TOMO-scinti : % du lobe cible <15% de la perfusion totale
- Scissures complètes > 90% (Chartis au bloc recommandé dans tous les cas).

La dernière étape de sélection se fait au bloc opératoire avec le test de Chartis.

### 5. DESCRIPTION GENERALE ET CONSULTATION ANESTHESIE PREOPERATOIRE

La procédure se fait en 2 temps généralement à un mois d'intervalle. La durée de l'intervention est de l'ordre d'une heure. Une consultation préanesthésique unique sera généralement réalisée pour les deux temps. Le risque principal postopératoire de la procédure est la survenue de pneumothorax chez des patients insuffisants respiratoires terminaux.

Les patients sont vus réglementairement en consultation d'anesthésie au moins 48 heures avant le premier temps. La possibilité de consultation délocalisée est prévue du fait de l'éloignement géographique d'un certain nombre de patients. Il s'agit généralement de patients âgés qui présentent des comorbidités mais vus au terme d'un bilan exhaustif avant la discussion en RCP.

La consultation d'anesthésie vise à informer le patient sur la technique d'anesthésie choisie (AG), et à déterminer le profil de risque du patient en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il s'agit d'une chirurgie à risque hémorragique minime ne nécessitant pas de bilan préopératoire systématique.

Un contrôle et un complément de geste sont généralement programmés à un mois pour terminer l'exclusion du territoire parenchymateux (réduction du risque de pneumothorax dans ces circonstances).

#### **Au total :**

- Consultation d'anesthésie préopératoire réglementaire (éventuellement délocalisée)
- Possibilité de consultation dans le cadre d'un parcours de soins valable 6 mois

#### **Points particuliers :**

- Risque de pneumothorax postopératoire (jusqu'à 25% d'incidence). C'est le risque principal de cette procédure. La survenue de ce pneumothorax survient dans la très grande majorité des cas (> 80% des cas) dans les premiers jours post-pose, et surtout dans les 24-48 premières heures.

### 6. CONDUITE ANESTHESIQUE AU BLOC OPERATOIRE :

- Anesthésie Générale en AIVOC (propofol + rémifentanyl)
- Pose de masque laryngé de 3<sup>ème</sup> génération (type i-gel) avec vérification de l'absence de fuites
- Mode ventilatoire à discrétion de l'anesthésiste
- **ATTENTION** au risque d'hyperinflation dynamique (surveillance auto PEEP, laisser un temps expiratoire suffisant)
- **ATTENTION** au risque de pneumothorax – éviter la toux en cours de procédure
- Antibioprophylaxie selon la procédure de service (Amoxicilline - acide clavulanique sauf allergie)

- Analgésie simple en postopératoire

## **7. CONDUITE ANESTHESIQUE EN POSTOPERATOIRE :**

Privilégier la prise en charge de type RAC (Récupération Accélérée après Chirurgie) avec arrivée debout au bloc opératoire.

En postopératoire, on poursuivra :

- Corticothérapie per-os : Prednisone (Cortancyl®) 0,5 mg/kg pendant 3 jours, puis 0,25 mg/kg 2 jours, puis stop.
- Antibiothérapie : Amoxicilline - acide clavulanique 1 g x 3/j 6 jours
- Thrombo-prophylaxie par Enoxaparine 0,4 ml/j en sous-cutané 6 jours.

Il s'agit d'une procédure sous AG relativement peu douloureuse en postopératoire.

La première nuit postopératoire se fait en SSPI.

Une radiographie de thorax sera prescrite à l'arrivée en SSPI, ainsi que le lendemain matin avant la sortie de SSPI.

La sortie de l'hôpital intervient en général vers J5-J7.

## **8. ANNEXES**

- Protocole d'antibioprophylaxie (Juin 2020 V1)