

EMBOLISATION D'ANGIOME

INSTALLATION

- PNI (pas de pression artérielle sanglante)
- Si geste long prévu : Sonde vésicale (mise en place par l'infirmière de NRDT)

ANESTHESIE

AG avec intubation : Propofol-Sufenta-Tracrium-Sévoflurane ou propofol AIVOC

ANTICOAGULANT

- Pas d'héparine
- Pas d'aspirine

AU MOMENT DE LA COLLE

- Eviter l'hypertension artérielle
- Anesthésie profonde
- Si besoin curarisation au moment de l'embolisation et/ou des clichés radiologiques
- Pas de prise de pression pendant l'injection de colle, pour éviter tous mouvements mêmes les plus minimes
- Ne pas toucher la table de radiologie +++

EN POSTOPERATOIRE

- Bêtaméthasone (CELESTENE®) 4 à 8 mg toutes les 6 heures en fonction des opérateurs.
- Hypotension artérielle relative, surtout éviter les poussées hypertensives, surveiller la pression artérielle toutes les 15 minutes.
- Normovolémie en postopératoire remplissage avec une macromolécule type Plasmion si nécessaire.
- SURVEILLANCE NEUROLOGIQUE +++ toutes les heures en SSPI.

EMBOLISATION DE TUMEURS

Embolisation préopératoire d'une intervention ORL, neurochirurgicale intracrânienne ou rachidienne

Il est important de connaître la localisation de la tumeur et son retentissement, notamment pour les tumeurs intracrâniennes.

Vérifier l'existence d'une hypertension intracrânienne (HTIC) préopératoire.

- AG le plus souvent
- Pour les tumeurs intracrâniennes préférer le propofol à la SE s'il existe des signes d'HTIC ou en cas d'œdème péri tumoral important (cf : anesthésie et chirurgie intracrânienne)
- Pas de pression artérielle invasive (sauf en cas d' HTIC sévère)
- Pas d'héparine
- Bêtaméthasone (CELESTENE®) 8 mg IVD, à voir avec le neuroradiologue.

SURVEILLANCE EN SSPI

La durée de séjour en SSPI est fonction de la localisation de l'embolisation

- Corticothérapie IV : CELESTENE : 8 mg x 4/j IVD ou SOLUMEDROL 120 mg IVSE en 30 min (1 seule injection).
- Relais par corticothérapie *per os* à J1

EMBOUSATION DE CAROTIDE

L'indication principale : tumeurs ORL englobant la carotide en préopératoire.

L'occlusion de la carotide se fait au niveau du siphon carotidien.

Bilan artériographique dans un premier temps, puis test d'occlusion à l'aide d'un ballon gonflé avec du produit de contraste. Ce test dure 30 minutes pendant lesquelles, on surveille l'examen neurologique du patient : conscience, langage, motricité des membres et plus particulièrement (membre supérieur et membre inférieur du côté concerné par l'occlusion). Si le test est satisfaisant, on largue un deuxième ballon.

Particularités anesthésiques

- Sédation analgésie légère, afin de permettre la surveillance peropératoire :
 - sufentanil, plus ou moins associé à l'Hypnovel® à faible dose (mg/mg) Mais attention : l'Hypnovel seul diminue beaucoup l'anxiété, mais peut entraîner une agitation et une logorrhée.
 - Au mieux : rémifentanil seul en AIVOC
- pression artérielle sanglante
- Pendant l'occlusion, si besoin hypotension contrôlée, à discuter avec le neuroradiologue (baisse d'environ 25 % de la pression artérielle).
- LOXEN en bolus 0,5 à 1mg IVD ou
- EUPRESSYL 1/2 à 1 ampoule (25 à 50 mg IVL par incréments de 25 mg)

ANTICOAGULANTS

- Héparine : bolus de 50 UI/kg, puis débiter 1 heure après le bolus : Héparine 1000 UI/h IVSE (ne pas l'arrêter systématiquement en fin d'intervention). A discuter avec le neuroradiologue
- Prélever un ACT-LR au minimum 5 minutes après l'injection d'héparine (si besoin en même temps que le TCA) .
- L'ACT-LR doit toujours être supérieur à 200 sec (au mieux autour de 300 sec)
- Contrôler le TCA et l'héparinémie à H+2 et adapter les doses pour avoir un

TCA toujours à 2 fois le témoin et une héparinémie entre 0,3-0,5.

En SSPI

- Toutes les deux heures contrôle : TCA, héparinémie, fibrine
- Surveillance neurologique ++++ toutes les heures, si signes déficitaires prévenir le neuroradiologue
- Maintenir la pression artérielle au-dessus des valeurs normales (PAM > 70 mmHg)
- Remplissage vasculaire par macromolécules type Plasmion (500 à 1000 ml) en cas d'hypovolémie.