

Patients qui restent en SSPI la nuit

Selon le geste chirurgical ou interventionnel

Dans tous les cas, si doute, avis chirurgical

Chirurgie thoracique

Résection ou biopsie pulmonaires, chirurgie du PNO, thyroïde, vidéothoroscopie, talcage, drainage péricardique

Pneumo interventionnelle tardive

NB : Médiastinoscopie : à priori ne reste pas

Neurochirurgie

Hypophyse, craniotomie, biopsie cérébrale sous AL, rachis cervical voie antérieure, rachis dorsal par thoracotomie,

Neurinome ou méningiome dorsal ou lombaire

NB : Hématome sous-dural sous AL : à priori ne reste pas

Urologie

Greffe rénale, risque levée d'obstacle, TURP

ORL

Chirurgie cervicale, thyroïdectomie, parathyroïde, +/- parotide, lambeau, laryngectomie endoscopique, cordotomie, trachéotomie du jour,

Chirurgie faciale et bucco pharyngée lourde, chirurgie du SAS (y compris amygdales)

NB : Amygdalectomie simple : à priori ne reste pas

Cardio-Vasculaire

Carotide

PABF (en principe en réa 7^e)

NB : Drainage péricardique de chirurgie cardiaque (avant 19 h), médiastinite : à priori ne restent pas

Digestif

Oesophage

NB : Patient porteur d'une PCEA : à priori ne reste pas

Gyneco-Obstétrique

Hémorragies du post-partum :

 Patiente sous Nalador

 Embolisation des artères utérines

 Anémie post-partum < 7 g et/ou mal tolérée

 Prééclampsies sévères, HELLP, SHAG, etc... (puis prise en charge en USI)

Radio bloc

 Artério cérébrale avec geste endovasculaire nécessitant une gestion d'une anticoagulation efficace 24 premières heures

 Radiofréquence pulmonaire selon avis radiologue

Selon les services soignants

Patients arrivés en SSPI > 22 h sauf césarienne et cas particuliers

Selon l'anesthésie et le terrain

Rachi morphine sauf obstétrique

SAS non appareillé efficacement et chirurgie du SAS (cf conduite à tenir devant un SAS)

Camille CORNET, Mireille MICHEL-CHERQUI, Thierry SAINT-MARC