

Consultation préanesthésique

JP Haberer

Résumé. – La consultation préanesthésique, effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur plusieurs jours avant une intervention programmée, est obligatoire. Un questionnaire rempli par le patient avant la consultation est utile.

Les principaux objectifs de la consultation d'anesthésie sont le recueil des antécédents, l'examen clinique du patient, le choix des examens complémentaires et l'information du patient, notamment en ce qui concerne la technique d'anesthésie. La plupart des traitements médicamenteux sont poursuivis jusqu'à la veille ou le matin de l'intervention. Ceci est surtout important pour les médicaments à visée cardiovasculaire dont l'arrêt brutal peut décompenser la maladie traitée. Les médicaments interférant avec l'hémostase (antiagrégants plaquettaires et antivitamine K) seront arrêtés ou remplacés par l'héparine en fonction de leur indication et du type d'intervention. Les données de la consultation sont consignées dans un dossier d'anesthésie qui est intégré au dossier médical du patient.

La consultation d'anesthésie apprécie l'anxiété et les craintes du patient. L'anxiété est calmée par l'attitude empathique du médecin anesthésiste, par l'information et la prescription d'une prémédication.

L'information, écrite et orale, doit porter sur la technique anesthésique, surtout en cas d'anesthésie locorégionale, sur les incidents et les accidents, sur la transfusion et le traitement de la douleur postopératoire. La satisfaction du patient est très difficile à mesurer et dépend autant de la qualité des actes techniques que de facteurs organisationnels et d'environnement.

La prescription des examens complémentaires n'est pas systématique, mais elle tient compte de l'âge du patient, de son état clinique et de la nature de l'intervention.

Lors de la consultation, les consignes préopératoires concernant la prise des médicaments, le jeûne préopératoire et les modalités de l'anesthésie ambulatoire sont données au patient.

La classification du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (classe ASA) fait partie de l'évaluation du risque anesthésique.

© 2001 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : anxiété préopératoire, classification ASA, consultation d'anesthésie, examens complémentaires préopératoires, examen préopératoire, information du patient.

Introduction

Selon l'enquête « Trois jours d'anesthésie en France » effectuée par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) en 1996 près de 7 900 000 anesthésies sont réalisées annuellement pour des interventions chirurgicales, des explorations endoscopiques, des actes de radiologie interventionnelle et en obstétrique^[10].

La consultation d'anesthésie, rendue obligatoire par la réglementation (annexe 1 : extrait du décret du 5 décembre 1994) participe à l'évaluation et à la préparation préopératoire du patient. C'est un élément essentiel de la sécurité anesthésique, puisque les données recueillies lors de cette consultation permettent de choisir la technique anesthésique et les soins périopératoires les mieux adaptés à l'état clinique du patient et à la procédure envisagée^[20, 42, 65, 67].

La France est sans doute le seul pays occidental où la nécessité d'une consultation plusieurs jours avant un acte programmé est obligatoire. Par exemple aux États-Unis et au Royaume-Uni, la consultation le jour même de l'acte est une modalité acceptée par les instances professionnelles^[68, 69]. Cependant, les pays anglo-saxons (États-Unis, Canada, Australie) découvrent les avantages d'une évaluation préopératoire à distance de l'acte au sein de structures spécialisées et ils ont développé le concept de médecine périopératoire, qui n'est que l'équivalent du rôle joué par le médecin anesthésiste-réanimateur français depuis plus d'une décennie^[11, 19, 25, 39, 41, 63].

La consultation d'anesthésie est obligatoirement effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur.

Les modalités de la consultation préanesthésique sont à établir par chaque équipe^[82]. La rédaction de procédures définissant son organisation est conseillée. Le déroulement de la consultation est optimisé si le patient a rempli au préalable un questionnaire qui lui aura été confié ou adressé par le secrétariat gérant les rendez-vous ou qui lui aura été donné par l'opérateur^[11, 65].

Jean-Pierre Haberer : Professeur des Universités, praticien hospitalier, service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris cedex 04, France.

Tableau I. – Objectifs de la consultation préanesthésique.

- Recueillir l'histoire médicale du patient
- Évaluer les risques liés au patient et au type de chirurgie
- Optimiser l'état clinique par adaptation des traitements médicamenteux
- Choisir les examens complémentaires
- Choisir la technique anesthésique : surtout lors d'une anesthésie locorégionale
- Informer : technique anesthésique, complications, transfusion sanguine, analgésie postopératoire, prévention de la maladie thromboembolique
- Recueillir le consentement éclairé
- Traiter l'anxiété par l'information, la prémédication

Pour les interventions programmées, la consultation doit avoir lieu plusieurs jours avant l'anesthésie. Le délai entre la consultation préanesthésique et l'anesthésie doit tenir compte de l'état clinique du patient et de l'importance de l'acte chirurgical. Il doit être suffisant pour permettre la réalisation éventuelle d'explorations complémentaires et d'instituer ou de modifier un traitement médical dans le but d'améliorer ou de stabiliser l'état clinique du patient. La consultation ne dispense pas de la visite préanesthésique la veille ou le matin de l'intervention.

L'organisation de la consultation préanesthésique prend en compte les exigences du patient (trajets multiples, examens complémentaires) et les impératifs de sécurité de l'anesthésie. Cependant, aucun patient, même en bonne santé, et aucun type d'acte, si mineur soit-il, ne peut déroger à l'obligation réglementaire. En raison du nombre important de patients, la consultation préanesthésique doit permettre une utilisation optimale du temps que le médecin anesthésiste-réanimateur consacre à cette activité. La mise à la disposition de l'équipe d'anesthésie de structures adaptées (locaux, secrétariat, disponibilité rapide du dossier médical, possibilités de réaliser des examens complémentaires) facilite l'organisation des consultations préanesthésiques. Une coordination étroite avec l'opérateur est souhaitable et il est conseillé d'avoir à sa disposition le dossier médical du patient au moment de la consultation. Le chirurgien devrait préciser systématiquement l'affection en cause, le type d'intervention prévue et les difficultés chirurgicales éventuelles qu'il prévoit^[64, 66].

Les principaux objectifs de la consultation d'anesthésie sont résumés dans le tableau I.

Les données de la consultation doivent être consignées dans un dossier d'anesthésie qui est intégré au dossier médical du patient et qui doit être consulté par le médecin qui réalise l'anesthésie^[65]. À l'avenir, le dossier informatisé devrait faciliter la transmission et l'archivage de ces informations^[30].

Il est conseillé de confier à chaque patient, après un acte sous anesthésie, un document indiquant les médicaments administrés et les incidents éventuels. La généralisation d'un tel document, recommandée par le comité vie professionnelle de la SFAR, peut permettre de réduire la durée d'une consultation préanesthésique ultérieure et de faciliter l'obtention de renseignements concernant une anesthésie antérieure. Elle ne dispense pas le médecin anesthésiste-réanimateur de consulter soit son confrère intervenu précédemment, soit le dossier antérieur du patient.

Principes généraux

La consultation par le médecin anesthésiste doit être réalisée sur rendez-vous, dans un bureau dédié à cette activité et dans une atmosphère calme. Le patient est mis en confiance par une attitude chaleureuse et attentive du médecin anesthésiste^[70, 71, 87]. Quel que soit le patient et l'acte prévu, la consultation comporte les étapes suivantes^[8, 20, 68, 69] :

- l'interrogatoire permettant de préciser les événements anamnestiques marquants, les troubles fonctionnels et les traitements en cours ;
- l'examen clinique ;
- l'approche psychologique ;

- le choix des examens complémentaires en fonction des informations précédentes et de l'acte ;
- le choix du type d'anesthésie ;
- l'information.

La consultation préanesthésique peut être effectuée par un médecin anesthésiste différent de celui qui réalisera l'anesthésie. Ceci peut être le cas non seulement au sein d'un même établissement de soins, mais aussi en raison de l'éloignement entre la ville de résidence du patient et le lieu où se fera l'acte opératoire. Les conclusions de la consultation préanesthésique seront transmises par écrit au médecin anesthésiste, qui se présentera au patient lors de la visite préanesthésique.

Antécédents

L'interrogatoire fait préciser le motif de l'intervention. Les antécédents familiaux et personnels sont analysés. Bien qu'exceptionnelle, la mise en évidence d'incidents et accidents anesthésiques et/ou chirurgicaux dans l'entourage familial justifie une enquête approfondie.

Les antécédents personnels détailleront les interventions chirurgicales et les anesthésies antérieures (type d'anesthésie, antécédents d'intubation), les antécédents transfusionnels et les traitements médicamenteux en cours. Il ne faut pas oublier la prise chronique de tranquillisants, la prise occasionnelle d'aspirine, traitements souvent omis par le patient lors du remplissage du questionnaire.

Pour les femmes, les antécédents obstétricaux sont précisés. Chez les femmes en âge de procréer, la recherche d'une grossesse est conseillée et, avec l'accord de la patiente, un test de grossesse peut éventuellement être réalisé.

La recherche d'une atopie (eczéma, rhinite, asthme allergique), d'une allergie médicamenteuse ou alimentaire est systématique. La description des symptômes par le patient permet souvent d'écarter le diagnostic d'allergie vraie. En cas de doute, un bilan immunoallergologique préanesthésique peut être justifié. Il sera de préférence réalisé dans une structure spécialisée^[40]. En dehors d'un antécédent authentifié d'allergie à un médicament anesthésique ou à un adjuvant (latex, solutés colloïdaux), le terrain atopique et les autres antécédents allergiques ne semblent pas augmenter la fréquence des accidents anaphylactoides peranesthésiques.

Le nombre de patients examinés en consultation et ayant déjà bénéficié d'une ou de plusieurs anesthésies antérieures est en augmentation constante. Chez eux il sera utile de se renseigner sur d'éventuels incidents, comme les nausées et les vomissements postopératoires (NVPO), l'intensité de la douleur postopératoire et les moyens thérapeutiques mis en œuvre, une somnolence postopératoire ou un réveil agité. Les principaux facteurs de risque de la survenue de nausées et de vomissements sont le jeune âge, le sexe féminin, surtout pendant la période des règles, les antécédents de NVPO et de mal des transports, l'anesthésie générale, une durée d'anesthésie prolongée, le type de chirurgie et des douleurs postopératoires intenses^[6, 76].

En cas d'anesthésie ambulatoire, il est utile de préciser le type d'habitat, l'éloignement du domicile, l'environnement social, et pour les personnes âgées leur degré d'autonomie.

Signes fonctionnels

L'interrogatoire recherche des troubles fonctionnels, fait préciser leur type, leur date d'apparition, leur fréquence, ainsi que leur condition de survenue (repos, à l'effort), et l'incapacité fonctionnelle qu'ils entraînent.

En raison de la fréquence des complications cardiorespiratoires périopératoires, l'interrogatoire insistera sur les symptômes respiratoires et cardiaques. Le degré d'obstruction bronchique en cas

d'asthme ou de bronchopneumopathie chronique obstructive sera précisé. Pour l'appareil cardiovasculaire, le retentissement fonctionnel est évalué par la classification de la New York Heart Association (NYHA). L'évaluation cardiovasculaire est traitée dans un chapitre spécifique^[49]. Il est important de se rappeler que la présence de symptômes fonctionnels qui limitent les gestes de la vie courante indique une amputation importante des réserves fonctionnelles cardiorespiratoires.

Chez le sujet âgé, l'examen évalue l'intégrité des fonctions intellectuelles et la volonté de guérir du patient.

Examen clinique

L'examen somatique, simple, systématique ou orienté vers certains appareils suivant les données de l'interrogatoire, permet d'apprécier l'état physique du patient. Certains éléments sont spécifiques à l'examen préopératoire. Ce sont :

- la recherche d'une difficulté d'intubation^[13, 29] ;
- l'appréciation de l'état de la denture (appareils dentaires, dents à pivot, reconstructions dentaires) ; les bris dentaires sont en effet une complication fréquente de l'anesthésie et la première cause de plainte contre l'anesthésiste au niveau des sociétés d'assurances professionnelles ; le retrait systématique des prothèses dentaires n'est pas une obligation, surtout si le patient a des prothèses partielles maintenues par des dents isolées qui risquent d'être lésées lors de l'intubation ou du maintien de la liberté des voies aériennes supérieures ;
- l'appréciation du réseau veineux : facilité de la ponction veineuse, antécédents de chirurgie d'un membre, séquelles locales, comme par exemple un œdème chronique secondaire à un curage ganglionnaire du creux axillaire ou à une radiothérapie ;
- la recherche de facteurs généraux et locaux (varices des membres inférieurs) favorisant les complications thromboemboliques ; l'évaluation du risque de maladie thromboembolique postopératoire prend en compte des facteurs liés au patient et des facteurs liés au type de chirurgie ; pour les facteurs liés au patient et pour le type de chirurgie, on identifie trois niveaux de risque (niveau 1 = risque faible ; niveau 2 = risque modéré ; niveau 3 = risque élevé) ; un exemple de définition de ces niveaux de risque pour la chirurgie générale est donné dans le tableau II ; les modalités de la prévention de la maladie thromboembolique sont définies en tenant compte du niveau de risque lié au patient et au type de chirurgie^[18] ; des protocoles de prophylaxie de la maladie thromboembolique postopératoire ont été publiés^[18] ;
- la recherche d'une artériosclérose des artères céphaliques, notamment par l'auscultation du trajet des artères carotides pour détecter un souffle ; celui-ci peut justifier une exploration par échodoppler des troncs artériels supra-aortiques et nécessite un positionnement peropératoire soigneux de l'extrémité céphalique ;
- l'existence d'un rhumatisme dégénératif ou de neuropathies périphériques qui impliquent certaines précautions lors de l'installation du patient sur la table d'opération ;
- l'état cutané local et les difficultés anatomiques éventuelles, lorsqu'une anesthésie locorégionale est envisagée.

En fonction des antécédents du patient et des résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires, la période préopératoire peut être mise à profit pour demander une consultation spécialisée ou modifier un traitement. Dans certains cas, une modification de la programmation de l'intervention nécessite une discussion avec l'opérateur.

En résumé, la consultation préanesthésique permet de définir la stratégie des soins périopératoires (tableau III).

INTOXICATION ALCOOLIQUE CHRONIQUE

En dehors des cas où il est évident à l'examen du patient, l'alcoolisme chronique est de détection difficile. Un interrogatoire orienté est indispensable^[1]. Parmi les questionnaires visant à

détecter l'alcoolisme chronique, le score CAGE (*chronic alcoholism general evaluation*) est basé sur quatre questions simples et sur la détermination de marqueurs biologiques, surtout volume globulaire moyen (VGM) érythrocytaire et gammaglutamyltransférase plasmatique (γ GT)^[78] (tableau IV). Les marqueurs biologiques détectent l'alcoolisme chronique mais non l'alcoolodépendance, qui elle expose au syndrome de sevrage alcoolique dans la période postopératoire. Le delirium tremens, forme la plus grave du syndrome de sevrage peut être prévenu par la détection et le traitement précoce des premiers symptômes. Par ailleurs, l'alcoolisme chronique augmente les autres complications postopératoires, principalement les infections, les complications cardiovasculaires et les syndromes hémorragiques.

TABAGISME

Si le tabagisme favorise la bronchite chronique, tous les fumeurs ne sont pas atteints d'une bronchopneumopathie chronique. Cependant, même en l'absence de signes avérés de bronchite chronique, la fréquence des complications pulmonaires postopératoires augmente chez le fumeur^[85]. Elles sont expliquées par quatre mécanismes essentiels : augmentation des sécrétions trachéobronchiques, diminution de leur élimination par interférence avec la physiologie mucociliaire, bronchoconstriction et anomalies au niveau des petites voies aériennes périphériques. Le tabac a aussi un effet immunodépresseur. Le risque dépend cependant de l'importance de l'intoxication tabagique et du type de chirurgie. Pour une chirurgie sus-ombilicale, la présence d'une bronchoconstriction chronique (baisse du volume expiratoire par seconde, diminution du rapport VEMS/capacité vitale) est un facteur favorisant des complications respiratoires postopératoires.

Fréquemment associé à l'alcool, le tabac peut perturber la pharmacocinétique de nombreux médicaments par son effet inducteur des enzymes hépatiques.

Les conclusions concernant le sevrage préopératoire du tabac sont les suivantes : un arrêt de 12 à 24 heures a des effets bénéfiques sur la fonction cardiovasculaire, par diminution de la concentration sanguine de carboxyhémoglobine ; quelques jours améliorent la physiologie mucociliaire ; 1 à 2 semaines d'abstinence diminuent l'hypersécrétion trachéobronchique ; un arrêt de 4 à 6 semaines est nécessaire pour réduire la fréquence des complications respiratoires postopératoires ; un sevrage de 6 à 8 semaines influence favorablement le métabolisme hépatique des médicaments et les modifications immunitaires.

Traitements en cours

INTERFÉRENCES MÉDICAMENTEUSES

Les patients examinés en consultation d'anesthésie ont fréquemment des traitements médicamenteux au long cours. Aux médicaments prescrits s'ajoute l'automédication (tranquillisants, aspirine, laxatifs) que le patient omet souvent de signaler. Il ne faut pas oublier les médicaments administrés par voie locale (cutanée, inhalation, collyres) qui sont réabsorbés et qui peuvent être à l'origine d'interférences médicamenteuses.

Les traitements médicamenteux exposent à deux risques potentiels :

- les interférences pharmacologiques avec les médicaments anesthésiques et les interférences avec les mécanismes d'adaptation physiologiques à l'anesthésie et à l'acte chirurgical (positions opératoires, variations volémiques rapides, compressions ou clampages vasculaires) ;
- le déséquilibre de l'affection traitée en cas d'arrêt brutal du médicament.

Les interférences médicamenteuses peranesthésiques sont potentiellement nombreuses, mais les accidents graves sont exceptionnels^[34, 88]. Au contraire, tout arrêt brutal de certains

Tableau II. – Prophylaxie de la maladie thromboembolique postopératoire. La chirurgie générale et digestive chez l'adulte est donnée comme exemple. Définition des trois niveaux de risque liés au type de chirurgie et au patient.

Niveaux de risque			Évaluation du risque thromboembolique		
Risques liés à la chirurgie	Niveaux de risque	Risque lié au malade	Risque lié à la chirurgie	+ Risque lié au malade	= Risque thromboembolique
Chirurgie non néoplasique, par exemple : - appendicectomie simple - cure de hernie inguinale et crurale - œsophage : mégacœsophage, diverticule... - chirurgie pariétale - proctologie - cholécystectomie - hernie hiatale - chirurgie du cou - chirurgie des parties molles <i>Les dissections étendues et/ou hémorragiques et/ou de durée anormalement prolongée font passer les interventions de risque chirurgical 1 au risque chirurgical 2.</i>	1	- absence de facteur de risque thromboembolique autre que l'âge ^(b)	1	1	Faible
				2	
				3	
- appendicectomie compliquée - chirurgie des maladies inflammatoires ou infectieuses du grêle ou du côlon <i>Les dissections étendues et/ou hémorragiques et/ou de durée anormalement prolongée font passer les interventions de risque chirurgical 2 au risque chirurgical 3.</i>	2	- âge > 40 ans ^(a, b) - contraception orale par œstrogénostatifs ^(a) - cardiopathie décompensée ^(a) - varices ^(a) - infection préopératoire généralisée ou localisée aiguë - post-partum (1 mois) ^(a) - obésité ^(a) <i>Le risque est augmenté en présence de plusieurs facteurs de risque.</i>	2	1	Modéré
				2	
				3	
Chirurgie néoplasique : - vésicule, voies biliaires - estomac - œsophage - pancréas - grêle, côlon, rectum - splénectomie - chirurgie des glandes surrénales avec hypercorticisme	3	- cancer actuel ou évolutif ^(a) - antécédent thromboembolique ^(a) - paralysie des membres inférieurs ^(a) (après accident vasculaire cérébral, par exemple) - syndrome myéloprolifératif ^(a) - hypercoagulabilité ^(a) : - déficits connus en protéine C et S, en AT III ^(a) , - résistance à la protéine C activée ^(a) , - anticoagulant circulant ^(a) , - anticorps antiphospholipides ^(a) <i>^(a) Validé dans la littérature ; ^(b) Le facteur de risque âge > 40 ans ne doit pas être pris en compte pour évaluer le risque thromboembolique dans la chirurgie mineure (niveau de risque chirurgical 1).</i>	3	1	Élevé
				2	
				3	
Trois niveaux de risque d'intensité croissante (1 à 3) ont été définis pour le risque lié à la chirurgie, et pour le risque lié au malade lui-même.			L'évaluation est faite en prenant en compte le risque lié au type d'intervention et les risques propres au malade lui-même.		

Le schéma thérapeutique recommandé dépend du niveau de risque, faible, modéré ou élevé. Un groupe d'experts sous l'égide du Service d'évaluation et qualité de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, a rédigé, en 1998, des Recommandations pour la pratique clinique en se basant sur la Conférence de consensus de 1991 [17]. Des fiches ont été établies pour les principaux types de chirurgie (édition par le Service évaluation et qualité, direction de la politique médicale, Assistance publique-Hôpitaux de Paris).

Tableau III. – Soins périopératoires dont la stratégie est définie lors de la consultation préanesthésique.

- Prémédication
- Prévention de la maladie thromboembolique
- Prévention et traitement de la douleur postopératoire
- Antibiothérapie
- Transfusion sanguine
- Monitoring
- Type de surveillance postopératoire

médicaments comme ceux à visée cardiovasculaire expose le patient à un effet rebond et à des accidents, tels les poussées hypertensives et l'ischémie myocardique.

La consultation préanesthésique doit être mise à profit pour vérifier l'observance du traitement, et préciser, de préférence par écrit, la poursuite de ce dernier, souvent jusqu'au matin de l'intervention. Ceci est particulièrement important en cas de chirurgie ambulatoire.

L'analyse de toutes les classes médicamenteuses est au-delà de cet exposé et le lecteur peut se reporter à des mises au point sur ce sujet [34, 88]. Les médicaments le plus souvent en cause sont les

médicaments cardiovasculaires et les médicaments du système nerveux central. Parmi les médicaments du système nerveux central, les accidents les plus sérieux ont été décrits avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) non sélectifs, dont un seul, rarement prescrit, est encore en vente en France (iproniazide, Marsilid®). Les inhibiteurs sélectifs de la MAO-B ne présentent pas les mêmes inconvénients. Dans l'ensemble, les médicaments antidépresseurs peuvent être poursuivis dans la période préopératoire immédiate. Si nécessaire, une discussion avec le psychiatre permettra une adaptation du traitement.

Tous les médicaments à visée cardiovasculaire doivent être maintenus jusqu'à la veille ou le matin de l'intervention. Pour les inhibiteurs de l'enzyme de conversion à demi-vie longue (captopril par exemple) utilisés comme antihypertenseurs, si l'intervention est majeure, il est conseillé d'arrêter le traitement 12 à 36 heures avant l'induction anesthésique.

CONTRACEPTION ORALE ET TRAITEMENT HORMONAL DE LA MÉNOPAUSE

La contraception orale n'augmente pas de façon importante les complications thromboemboliques postopératoires. Elle est un

Tableau IV. – Dépistage de l'alcoolisme chronique et de l'alcoolodépendance et démarche à suivre en milieu chirurgical (d'après Spies et Rommelspacher [78]).

Dépistage
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents et examen clinique - Questionnaire CAGE (<i>Chronic Alcoholism General Evaluation</i>) relatif aux habitudes alcooliques : <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? • Votre entourage a-t-il déjà fait remarquer que vous consommez trop d'alcool ? • Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez trop ? • Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? - Marqueurs biologiques : gamma-glutamyl-transférase, volume globulaire moyen
Conduite à tenir
<ul style="list-style-type: none"> - Si CAGE ≥ 3 ou CAGE ≥ 2 et au moins un marqueur positif : nécessité d'un traitement préventif préopératoire ou immédiatement postopératoire - Si CAGE < 2 mais deux marqueurs positifs : <ul style="list-style-type: none"> - recommencer l'évaluation (antécédents, questionnaire relatif aux habitudes alcooliques) - envisager un traitement préventif préopératoire ou immédiatement postopératoire

facteur favorisant, surtout si elle est associée à d'autres facteurs comme l'obésité, les varices des membres inférieurs, les antécédents familiaux de phlébite et les déficits constitutionnels en facteur s'opposant à la coagulation comme la résistance à la protéine C activée par mutation du facteur V Leiden. L'influence de la composition de la pilule contraceptive, faible dose d'œstrogène et nature du progestatif, reste discutée [23, 32, 45].

Le risque de maladie thromboembolique est légèrement augmenté par le traitement hormonal substitutif de la ménopause [56].

Ces risques seront pris en compte dans le choix du traitement prophylactique périopératoire de la maladie thromboembolique.

ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES

Le risque hémorragique per- et postopératoire lié aux antiagrégants plaquettaires est diversement évalué. Il est modéré pour l'acide acétylsalicylique, et plus important pour la ticlopidine (Ticlid®) et le clopidogrel (Plavix®). L'effet inhibiteur des antiagrégants plaquettaires est irréversible et la normalisation de la fonction hémostatique des plaquettes nécessite la fabrication de nouvelles plaquettes, soit 5 à 8 jours. Les antiagrégants plaquettaires allongent le temps de saignement. Cependant, ce test est soumis à trop de variabilités interindividuelles et méthodologiques pour être utilisé dans l'évaluation du risque hémorragique peropératoire. Sauf cas particulier, la réalisation de ce test chez les patients traités par les antiagrégants plaquettaires n'est donc pas conseillée.

Lors des interventions à risque hémorragique élevé ou en cas d'anesthésie locorégionale, les antiagrégants plaquettaires doivent être arrêtés au moins 5 jours avant l'intervention. Parfois, le traitement par les antiagrégants peut être arrêté le temps de l'intervention, sans relais par l'héparine. Dans certains cas, un relais par le flurbiprofène (Cebutid®) à la dose de 100 mg/24 h a été préconisé chez les patients où une certaine action antiagrégante plaquettaire était nécessaire. Cependant, cette attitude n'a pas été validée par une étude scientifique irréfutable.

Lorsque le risque d'accident thromboembolique est important (valve cardiaque mécanique, surtout en position aortique, endoprothèse coronarienne, accident ischémique cérébral), un traitement anticoagulant efficace par héparine doit être institué.

Dans certains cas, le chirurgien accepte d'opérer un patient sans que les antiagrégants soient arrêtés. Pour les cas difficiles, une discussion avec l'opérateur et le neurologue ou le cardiologue permet d'arrêter la meilleure stratégie thérapeutique.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont un effet antiagrégant plaquettaire modéré, et le plus souvent il n'est pas nécessaire de prévoir un arrêt de plus de 12 à 24 heures.

TRAITEMENT PAR ANTIVITAMINES K

Le maintien du traitement par un antivitamine K expose à un risque hémorragique important. Lorsque le traitement anticoagulant doit être maintenu, l'attitude varie suivant l'importance de l'acte. Pour des interventions mineures ou superficielles, l'opérateur est parfois d'accord avec la poursuite du traitement, au prix éventuellement d'une adaptation de sa technique. C'est le cas, par exemple, pour les extractions dentaires [84], ou pour l'intervention de la cataracte, qui peut être réalisée sous anesthésie topique. Cependant, pour une majorité d'interventions il est nécessaire d'arrêter les antivitamines K et de les remplacer par l'héparine. Le choix entre l'héparine standard ou l'héparine de bas poids moléculaire, les doses et le rythme d'administration sont fonction de l'indication du traitement anticoagulant.

Anxiété et évaluation psychologique

La diffusion d'une information grand public et la médiatisation de certains accidents d'anesthésie ont participé à l'identification de l'anesthésie et de ses spécificités [52, 75, 80]. Face à l'anesthésie, le patient exprime souvent craintes et angoisse. L'angoisse est un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisée par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique. L'anxiété peut être constitutionnelle de la personnalité du patient, c'est l'anxiété-trait, ou naître de l'acte chirurgical, et c'est l'anxiété-état. L'anxiété créée par l'anesthésie et la chirurgie n'a pas forcément un impact négatif sur la période périopératoire et, dans une certaine mesure, il s'agit d'une disposition psychologique normale qui permet au patient de mieux faire face à l'intervention. Les études cliniques ont mis en évidence la difficulté d'apprécier, lors de la consultation d'anesthésie, le degré d'anxiété du patient, d'autant plus que si l'anxiété peut être exprimée lors de l'interrogatoire, elle est fréquemment refoulée par les patients plus introvertis [12, 21, 43, 44, 50, 51, 53, 55, 58, 74, 77].

La détermination du type et de l'intensité de l'anxiété nécessite le recours à des tests spécifiques. L'échelle de Spielberger (*Spielberger state-trait anxiety inventory* ou STAI) est le test de référence, mais il est trop complexe pour une utilisation en routine et il est réservé à la recherche [53, 55]. Ce questionnaire évalue l'anxiété liée à la personnalité du patient (anxiété-trait) et l'anxiété liée au contexte chirurgical (anxiété-état). D'autres tests ont été proposés, certains ont été développés spécifiquement pour l'anesthésie. Les plus utilisés sont l'*Hospital anxiety and depression scale* (HAD) [51], l'*Amsterdam preoperative anxiety and information scale* (APAIS) [44] et l'échelle visuelle analogique. L'APAIS est un questionnaire simplifié comportant six questions, dont quatre évaluent l'anxiété et deux le désir d'information (tableau V). Ce test simple est en assez bonne concordance avec un score validé comme celui de Spielberger. L'échelle visuelle analogique (EVA), qui utilise la même règle que celle utilisée pour évaluer la douleur, bien qu'étant un instrument moins précis de mesure de l'anxiété est cependant utile et certaines études ont noté une bonne relation avec les tests plus complexes. Ainsi une valeur d'EVA > 60 mm (sur une échelle de 0 à 100) indique une anxiété inhabituelle et qu'il faut prendre en compte [7].

L'anesthésiste évalue souvent de façon imparfaite l'anxiété du patient et la discordance est fréquente entre l'évaluation de l'anxiété par le médecin et le degré d'anxiété exprimée par le patient. De plus, chez le patient, les craintes liées à la chirurgie et celles liées à l'anesthésie sont souvent mêlées [52]. Dans l'ensemble, l'anxiété exprimée lors de la consultation est plus importante chez les femmes [12, 53], mais ceci n'est pas systématiquement noté dans toutes les études. Il n'y a pas de relation directe entre la gravité de l'affection, l'importance de l'acte et le degré d'anxiété. L'impact de la maladie sur la vie familiale et sociale du sujet influence l'anxiété préopératoire. Les antécédents d'anesthésie diminuent légèrement l'anxiété. L'attente, le matin de l'intervention, augmente l'anxiété [58]. La concordance entre les évaluations de l'anxiété lors de la consultation et le matin de l'intervention a été trouvée bonne [44] ou aléatoire [58].

Tableau V. – Score d'évaluation de l'anxiété préopératoire « Amsterdam preoperative anxiety and information scale » (APAIS). Ce score comporte six questions auxquelles le patient doit répondre selon une échelle à 5 points, de 1 = pas du tout à 5 = énormément. Quatre questions évaluent l'anxiété concernant l'anesthésie et l'intervention (score total de 4 à 20) et deux questions concernant la demande d'information (score total de 2 à 10) (d'après Moerman et al [53]).

- Je suis inquiet au sujet de l'anesthésie
- Je pense continuellement à l'anesthésie
- J'aimerais recevoir une information la plus complète possible au sujet de l'anesthésie
- Je suis inquiet au sujet de l'intervention
- Je pense continuellement à l'intervention
- J'aimerais recevoir une information la plus complète possible au sujet de l'intervention

Les peurs fréquemment exprimées lors des enquêtes par questionnaires ou interviews concernent la douleur postopératoire, la crainte de ne pas dormir pendant l'opération, la crainte de révéler des informations sur la vie privée, les nausées et les vomissements, et l'attente avant l'intervention [50].

Dans la pratique, il n'est pas réaliste de préconiser le recours systématique à des tests pour apprécier le degré d'anxiété du patient. L'utilisation de l'EVA est une solution acceptable. L'attitude empathique et attentive du médecin anesthésiste et l'information jouent un rôle essentiel dans l'apaisement des craintes éventuelles, exprimées ou non. Certains types de chirurgie touchant le patient dans sa propre image peuvent nécessiter une approche psychologique particulière. La consultation peut avoir un effet calmant, surtout si c'est la première anesthésie dans la vie du patient. Si la personnalité et le niveau socioculturel du patient le permettent, il faut établir un rapport de confiance, donner au patient un rôle actif et le faire participer aux décisions thérapeutiques.

Examens complémentaires

L'idée d'une rationalisation nécessaire de la prescription des examens complémentaires s'est progressivement imposée [2, 4, 15, 31, 33, 59, 81]. En effet, de nombreuses études ont montré que les examens systématiques ou de routine réalisés chez des patients asymptomatiques ne détectaient qu'exceptionnellement des anomalies ayant un impact sur la période périopératoire. Les deux objectifs principaux de ces examens, à savoir la modification éventuelle de la technique anesthésique et la prévision des complications postopératoires, ne sont pas atteints.

La crainte d'une plainte en justice est une justification fréquente de la prescription de ces examens. Cependant, l'argument juridique n'est pas recevable car il n'existe aucune obligation légale en cette matière. L'examen clinique constitue la seule obligation contractuelle du médecin anesthésiste. La jurisprudence n'a jamais mis en cause de façon isolée l'omission d'examens complémentaires dès lors qu'elle procédait d'une démarche raisonnée. À l'inverse, tout examen réalisé doit être interprété, car lors de la survenue d'une complication, la méconnaissance d'une anomalie plaiderait en défaveur du médecin anesthésiste.

Les limites et les inconvénients des examens complémentaires systématiques ont été discutés et analysés depuis une quinzaine d'années et le lecteur peut se reporter aux revues générales consacrées à ce sujet [2, 33, 68]. Les organisations professionnelles et scientifiques de l'anesthésie-réanimation ont pris position pour une prescription sélective des examens complémentaires [2, 65]. De plus, la convention médicale entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats médicaux a introduit les références médicales opposables (RMO) qui visent à établir un guide des bonnes pratiques médicales et qui prévoient une pénalité financière pour le médecin qui outrepasser les recommandations. Certaines de ces références concernent les examens préopératoires.

L'analyse des nombreuses publications scientifiques traitant de la prescription des examens complémentaires a été réalisée par

Tableau VI. – Protocole de prescription des examens complémentaires chez le patient ASA 1.

Âge (ans)	Homme	Femme
Moins de 40	Aucun	Test de grossesse ?
40 à 50	ECG	Test de grossesse ?
50 à 60	ECG	ECG
Plus de 60	ECG	ECG
	Radiographie du thorax*	Radiographie du thorax*
	Glycémie*	Glycémie*
	Hématocrite ou hémoglobine*	Hématocrite ou hémoglobine*
	Créatinine*	Créatinine*
	Ionogramme sanguin*	Ionogramme sanguin*

* Ces examens ne sont pas recommandés à titre systématique par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ; ils sont réalisés en tenant compte de l'âge et du type d'acte. ECG : électrocardiogramme.

Tableau VII. – Questionnaire proposé pour la détection d'une anomalie de l'hémostase. D'après le groupe d'experts de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [2].

Questions de type A

- Le patient a-t-il saigné plus de 24 heures ou a-t-il nécessité une transfusion sanguine à la suite d'un acte chirurgical mineur (circoncision, amygdalectomie) ?
- Est-ce que après une extraction dentaire, s'est produite une hémorragie prolongée ou une récurrence hémorragique après 24 heures ?
- Existe-t-il des antécédents d'hématurie inexplicite ?
- Le patient a-t-il consommé, au cours des 2 semaines précédentes, des médicaments ayant une activité antiagrégante plaquettaire (aspirine, ticlopidine, clopidogrel) ?
- L'examen clinique met-il en évidence des ecchymoses anormales, des pétéchies, des signes de malnutrition ou de malabsorption, des signes de maladie hépatique ou hématologique ?

Questions de type B

- Les incidents précédents se sont-ils produits chez les parents ou des hommes du côté maternel ?
- Existe-t-il des ecchymoses faciles sans cause apparente ?
- Est-ce qu'une épistaxis a nécessité un tamponnement chirurgical pour assurer l'hémostase ?
- Est-ce que les sites de ponction veineuse saignent plus de 15 minutes après l'application du pansement ?
- A-t-on déjà signalé au patient une tendance anormale au saignement ?

Une réponse à une question de type A ou deux réponses à une question de type B signalent une histoire clinique positive de trouble de l'hémostase.

l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui a publié une synthèse sous la forme de recommandations [2]. Celles-ci sont des propositions qui peuvent être adaptées en fonction du type de chirurgie.

Les recommandations de l'ANAES sont le résultat d'un consensus des médecins de la spécialité (annexe 2). Le tableau VI propose un protocole de prescription des examens complémentaires chez le patient ASA 1.

La prescription des examens complémentaires au moment de la consultation d'anesthésie est la solution la plus logique. Pour des problèmes organisationnels, cette attitude n'est pas toujours possible. Si les examens sont effectués avant la consultation, pour ne pas pérenniser le bilan systématique, il est indispensable que médecin anesthésiste et opérateur rédigent des protocoles de prescription en fonction de l'âge du patient, de ses antécédents et de la nature de l'acte.

La réalisation de certains tests, telle la sérologie pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), est soumise à l'information et à l'accord du patient.

TESTS D'HÉMOSTASE

Les tests d'hémostase ont donné lieu aux débats les plus passionnés [4, 33]. En principe, chez l'adulte l'interrogatoire détecte les anomalies de l'hémostase. Cependant, pour être fiable, il faut un questionnaire relativement long et complexe. Un exemple de questionnaire est donné dans le tableau VII.

Si des tests d'hémostase sont effectués, le taux de prothrombine, le temps de céphaline avec activateur (TCA) et la numération des

plaquettes sont habituellement suffisants. Il faut se rappeler qu'un allongement du TCA n'est pas obligatoirement associé à un risque hémorragique ; par exemple, le déficit constitutionnel en facteur XII ou la présence d'un anticoagulant circulant de type lupique, augmentent le risque thrombotique et non le risque hémorragique.

Le temps de saignement est un indicateur de l'hémostase primaire en explorant les troubles quantitatifs et qualitatifs des plaquettes, le facteur de von Willebrand et les anomalies vasculaires. Cependant, c'est un examen dont l'interprétation des résultats est difficile en raison de la variabilité des zones de normalité et de la difficulté de standardiser sa réalisation. Ce n'est donc pas un examen de routine. Il est réservé à certains cas particuliers et sa réalisation doit être confiée à un laboratoire compétent.

En l'absence de signes d'appel, l'anesthésie locorégionale ne justifie pas la réalisation de tests d'hémostase.

Information du patient

Le changement des mentalités et les obligations réglementaires ont fait de l'information du patient un élément-clé dans les relations contractuelles patient-médecin. Le droit à l'information est inscrit dans la charte du patient hospitalisé (annexe à la circulaire ministérielle n° 95/22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés), et c'est un des éléments qui sont pris en compte lors de l'accréditation des hôpitaux et des cliniques.

BASES RÉGLEMENTAIRES ET JURIDIQUES

Tout médecin a l'obligation d'informer son malade pour obtenir son consentement sur les investigations et les soins qu'il lui propose (article 16-3 du Code civil, article L-710-2 du Code de la Santé publique et articles 35, 36, 41, 42 et 64 du Code de Déontologie médicale issu du décret du 6 septembre 1995) (annexe 3). Les textes réglementaires et les problèmes soulevés par l'information et le consentement du patient ont fait l'objet de réflexions détaillées du Comité Vie Professionnelle de la SFAR auxquels le lecteur pourra se référer (site Internet : <http://www.sfar.org>).

Le but de cette information est de permettre au patient de faire un choix éclairé quant à son refus ou à son acceptation du traitement proposé. Cependant, si cette information est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour mettre le médecin à l'abri d'une éventuelle plainte en justice de la part du patient lors de la survenue d'une complication. Depuis l'arrêt de la Cour de cassation du 25 février 1997 (arrêt Hédreul), le médecin doit pouvoir apporter la preuve de l'exécution de cette obligation d'information^[72, 73]. La Cour de cassation a décidé que « celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation ». Dès lors, un médecin tenu d'une obligation légale d'informer son patient doit prouver qu'il a exécuté cette obligation. Concernant les manques de preuves, le principe de base résultant du Code civil est que, hormis les cas où une disposition légale spéciale impose un mode de preuve particulier (il s'agira alors d'un écrit), la preuve est libre. Dans la pratique, celle-ci peut se faire selon diverses modalités (écrit, témoignages, présomptions). En matière d'information et de consentement du patient, il n'existe pas de réglementation générale de la preuve. Par un arrêt du 14 octobre 1997, la Cour de cassation a rappelé que la preuve de l'information peut être faite par tous moyens. L'avantage de l'écrit, même s'il ne règle pas tout, car il peut y avoir des contestations sur son contenu, est de permettre de conserver une trace de l'information. Cependant, l'information sous forme écrite ne dispense pas d'une information verbale, les deux étant complémentaires, et leur contenu doit être adapté à la situation clinique. La signature du patient apposée sur le document d'information permet au médecin d'affirmer la réalité de l'information.

L'information doit être simple, intelligible et loyale. Elle ne peut être exhaustive. Elle doit cependant permettre d'éviter tout malentendu et d'aider le patient à comprendre l'objectif médical poursuivi et les procédures qui lui sont proposées.

Le contenu de l'information est l'objet de discussions mais elle devrait comporter les éléments suivants^[3, 14, 23, 35, 36, 48, 65] :

- le rappel de l'énoncé schématique de l'intervention projetée et le contrôle d'une compréhension suffisante de l'intervention par le patient ;
- la technique anesthésique proposée et sa description sommaire, surtout en cas d'anesthésie locorégionale. Le cas échéant, il expose les principaux arguments de choix entre une anesthésie générale et une anesthésie locorégionale ;
- les incidents et les accidents potentiels^[73] sont les responsables de la quasi-totalité des procès civils et posent la question, d'une part des risques graves et d'autre part, des risques dits exceptionnels et des limites de l'information. Les risques graves peuvent se définir comme étant ceux qui sont de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes ou même esthétiques majeures, compte tenu de leurs répercussions psychologiques ou sociales. En matière de risque exceptionnel, l'arrêt du 7 octobre 1998 précise qu'« hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée, sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et il n'est pas dispensé de cette obligation par le fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement » ;
- le patient est prévenu des modalités du jeûne préanesthésique, tant avant une anesthésie locorégionale, qu'avant une anesthésie générale ;
- l'information porte aussi sur la prescription ou non d'une prémédication, sur son objectif et sur les conséquences sur la vigilance et la réactivité ;
- le patient est informé des conditions les plus probables de la surveillance postanesthésique, salle de surveillance postinterventionnelle ou unité de soins intensifs, voire de réanimation ;
- si le médecin qui effectue la consultation prévoit de ne pas réaliser lui-même l'anesthésie, il en informe le patient et lui précise que le médecin anesthésiste-réanimateur qui effectuera l'acte le verra avant l'intervention après avoir pris connaissance du dossier. De la même façon, aucun texte réglementaire ne s'oppose à ce qu'un patient en raison d'un éloignement géographique ou d'une hospitalisation dans un établissement différent de celui où sera réalisée l'anesthésie, bénéficie d'une consultation par un médecin anesthésiste-réanimateur autre que celui qui effectuera l'anesthésie ;
- certaines informations font l'objet d'une obligation réglementaire (transfusion sanguine) ou sont fortement conseillées (analgésie postopératoire). Pour toutes les interventions s'accompagnant d'une douleur d'intensité moyenne ou importante, une information sur les modalités de l'analgésie postopératoire est fournie. Si une technique d'analgésie locorégionale est prévue, celle-ci est expliquée. En cas d'analgésie contrôlée par le patient, l'appareil et sa manipulation sont présentés lors de la consultation ou de la visite préanesthésique. À l'issue de l'entretien, le médecin anesthésiste-réanimateur sollicite les questions du patient et prend le temps d'y répondre.

■ Cas particulier de la transfusion sanguine

Pour toutes les interventions où la transfusion de produits sanguins labiles est une éventualité, il faut en informer le patient^[16, 17, 37]. Cette information doit être orale et écrite. Le modèle de feuillet d'information à remettre au patient proposé par la circulaire du 9 avril 1998 a été adapté à la consultation préanesthésique par la Société française d'anesthésie et de réanimation^[37]. Le fait qu'au bloc opératoire la décision de transfuser puisse être prise chez un patient inconscient en raison de l'anesthésie, oblige à diffuser l'information prétransfusionnelle plus largement que dans les services de médecine. La transfusion autologue doit être évoquée et expliquée. Le patient doit être informé qu'avant la transfusion il est nécessaire d'effectuer un prélèvement sanguin pour des examens sérologiques, dont la recherche des anticorps anti-VIH^[16].

Dans le cas particulier des patients refusant la transfusion, témoins de Jéhovah par exemple, le médecin anesthésiste-réanimateur doit indiquer clairement au patient dans quelles limites le principe du consentement du patient sera respecté [46, 61]. Par deux arrêts, la Cour administrative d'appel de Paris a rendu des décisions concernant les implications du refus de transfusion sanguine [27, 46]. En résumé, la justice a refusé à un patient témoin de Jéhovah transfusé pour une urgence vitale une indemnisation au titre du « préjudice moral » [46].

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Selon l'article 16-3 du Code civil, il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. Par le recueil du consentement éclairé, le médecin respecte les divers aspects de la dignité individuelle et reconnaît que le patient est en général le meilleur juge de ses intérêts. Il contribue à la relation de confiance entre le patient et le praticien.

APPLICATION PRATIQUE

Pour remplir les exigences réglementaires et protéger les médecins des poursuites médico-légales, les sociétés scientifiques et les organismes professionnels ont établi des modèles de feuilles d'information qui sont confiées au patient ou à son entourage lors de la consultation [1, 38].

Les enquêtes d'opinion qui ont analysé les attentes des patients concernant le contenu et le niveau d'information sur l'anesthésie ont mis en lumière les difficultés du problème. Dans une étude, près de 80 % des patients ont été demandeurs d'une information, mais le niveau de la demande, information sommaire ou au contraire détaillée, est très variable selon le patient [53, 87]. En général, le groupe très demandeur d'informations est aussi le groupe le plus anxieux. Le désir d'être informé dépend en partie du milieu socioculturel et les différences entre les pays sont nettes [9, 14, 22, 24, 47, 48, 60, 74, 83].

Dans les enquêtes concernant l'anesthésie et la période postopératoire, les questions qui préoccupent le plus les patients concernent la technique d'anesthésie elle-même, les complications de l'anesthésie, les complications chirurgicales, la douleur postopératoire, et les nausées et les vomissements. Les autres préoccupations concernent des craintes plus personnelles, comme la crainte de ne pas se réveiller, de se réveiller avant la fin de l'opération, la peur de parler pendant l'opération et de livrer des secrets, et la peur de ne pas préserver sa pudeur. Cependant, une information trop détaillée peut tranquilliser certains patients, mais aussi éveiller de nouvelles craintes chez d'autres patients [22].

La qualité de l'information reçue durant la période préopératoire participe à la satisfaction du patient [54, 87]. Cependant celle-ci est très difficile à évaluer et les moyens de cette évaluation sont imparfaits et souvent d'application complexe [26, 28, 60, 86]. Dans une étude, la visite a été jugée utile par la majorité des patients, mais le souvenir du contenu des questions posées par l'anesthésiste a été très incomplet [54].

Dans les structures où le médecin qui réalise la consultation et celui qui effectue l'anesthésie sont différents, ce qui est de plus en plus souvent le cas, il est indispensable d'en informer le patient [82].

Instructions préopératoires

Lors de la consultation d'anesthésie, le patient reçoit une information orale et écrite comportant les instructions à suivre dans la période périopératoire. L'information orale se focalisera plus particulièrement sur la prise des médicaments la veille et le matin de l'intervention, sur les modalités du jeûne préopératoire et sur les instructions spécifiques de l'anesthésie ambulatoire.

Tableau VIII. – Recommandations concernant le jeûne préopératoire (1).

Nature de l'aliment	Durée de jeûne minimale (heures) (2)
Liquide clair (3)	2
Repas léger (4)	6

(1) Ces recommandations s'appliquent aux patients sains dont l'intervention est programmée. Elles ne s'appliquent pas aux femmes enceintes. Le respect de ces recommandations ne garantit pas la vacuité gastrique.

(2) Les durées de jeûne indiquées sont applicables aux patients de tout âge.

(3) Exemples de liquides clairs : eau, jus de fruit sans pulpe, boissons gazeuses, thé et café.

(4) Un repas léger comporte des toasts et des liquides clairs. Les repas qui comportent des aliments gras ou frits ou de la viande allongent le temps de vidange gastrique. Le type et la quantité d'aliments ingérés doivent être pris en compte pour fixer la durée du jeûne.

JEÛNE PRÉOPÉRATOIRE

Chez l'adulte, le jeûne de 6 à 8 heures (soit à partir de minuit pour les patients opérés dans la matinée) a été considéré comme le délai nécessaire à la prévention du risque de syndrome de Mendelson. Les facteurs qui augmentent le risque d'inhalation bronchique sont : classe ASA élevée, urgence, occlusion intestinale aiguë, augmentation de la pression intra-abdominale, troubles de l'état de conscience, estomac plein (repas solide récent), grossesse, reflux gastro-œsophagien, induction de l'anesthésie générale (difficultés d'intubation), extubation [5]. En revanche, l'obésité n'augmente pas le risque d'inhalation bronchique. Chez les patients diabétiques, la gastroparésie liée à la dysautonomie neurovégétative retarde l'évacuation des solides, mais non celle des liquides. Donc si le jeûne est respecté pour les solides, le risque d'inhalation bronchique n'est pas augmenté chez les diabétiques [5].

De nombreuses études cliniques ont montré qu'une modification des règles du jeûne préanesthésique était possible sans compromettre la sécurité des patients anesthésiés [79]. Ainsi, chez des adultes absorbant des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'anesthésie (volume jusqu'à 400 mL), il n'y a pas de différence dans le volume et l'acidité du liquide gastrique par rapport à un groupe de patients soumis à un jeûne de 6 heures [62].

Une durée de jeûne pour les liquides clairs d'au moins 2 heures avant une anesthésie générale ou locorégionale est suffisante chez l'adulte qui n'a pas de facteur de risque. Une période de jeûne de 6 heures au moins est conseillée pour l'absorption d'un repas léger ou de lait d'origine animale. L'absorption d'aliments frits ou gras ou de viande peut prolonger le temps de vidange gastrique (tableau VIII).

Classification ASA

Un des objectifs principaux de la consultation d'anesthésie est d'accroître la sécurité anesthésique. Pour atteindre ce but, il est utile d'évaluer même approximativement le risque anesthésique. Un des facteurs les plus déterminants de ce risque est l'état clinique du patient avant l'intervention. La simplicité et une assez bonne valeur prédictive ont fait le succès et assuré la pérennité de l'évaluation de l'état clinique du patient par la classification de l'American Society of Anesthesiologists (tableau IX) [57]. La classification ASA est cependant imparfaite et les principales critiques concernent la non-prise en compte de l'âge du patient, du type d'acte et du type d'anesthésie. De plus, certaines complications anesthésiques sont imprévisibles comme les accidents anaphylactoides, la curarisation prolongée après administration de succinylcholine ou de mivacurium, et les accidents liés à une erreur humaine de la part de l'anesthésiste ou à une défaillance de l'appareillage.

Malgré cela, la classification ASA est un indicateur utile pour la prise en charge du patient, surtout si le médecin anesthésiste qui a réalisé la consultation préanesthésique n'est pas celui qui effectue l'anesthésie. Un patient classé ASA 3, et a fortiori 4, rend le médecin plus vigilant et justifie une adaptation de la technique anesthésique et des moyens de monitoring.

Tableau IX. – Classification de l'état clinique du patient selon l'« American Society of Anesthesiologists » (ASA).

Classe	Patient	Exemples
1	Patient en bonne santé, n'ayant pas d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical	Hernie inguinale
2	Patient avec une maladie générale modérée	Hypertension artérielle bien contrôlée par le traitement, obésité modérée, diabète contrôlé par le régime
3	Patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante	Insuffisance coronarienne avec angor, obésité pathologique, insuffisance respiratoire modérée
4	Patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital	Insuffisance cardiaque sévère, insuffisance respiratoire traitée par oxygénothérapie, insuffisance hépatique sévère (Child C)
5	Patient moribond qui ne survivrait pas 24 heures, avec ou sans opération	Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale en état de choc

La lettre « U » est ajoutée en cas d'intervention réalisée en urgence

Annexe 1 : Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994

• *Paragraphe 1 : dispositions générales (article D. 712-40)*

« Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes :

1. une consultation préanesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée... »

• *Paragraphe 2 : de la consultation préanesthésique (article D. 712-41)*

La consultation préanesthésique mentionnée au 1°) de l'article D. 712-40 a lieu plusieurs jours avant l'intervention.

Si le patient n'est pas encore hospitalisé :

– pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier : dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 ;

– pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du Code de la sécurité sociale : soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement.

Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient.

La consultation préanesthésique ne se substitue pas à la visite préanesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

Annexe 2 : les examens préopératoires systématiques. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ^[2]

• *Texte des recommandations*

Ces recommandations concernent les examens préopératoires dits de routine prescrits à « titre systématique », sans signe d'appel, chez des patients âgés de plus de 3 ans, de classe ASA I ou II (annexe I), pratiqués en dehors de l'urgence, pour une anesthésie programmée (générale ou locorégionale) en vue d'une intervention chirurgicale ou d'une procédure non chirurgicale, diagnostique ou thérapeutique. Sont exclus les examens préopératoires prescrits en vue d'une chirurgie cardiaque, intracrânienne, pulmonaire, obstétricale. Les patients concernés par ces recommandations sont

supposés maîtriser la langue française et posséder des fonctions intellectuelles compatibles avec un interrogatoire médical.

• *Radiographie thoracique*

Malgré l'absence d'étude contrôlée mais grâce au recul de l'impact des recommandations étrangères, il est possible de conclure que :

– la radiographie thoracique préopératoire en routine n'est plus justifiée dans la population précédemment définie ;

– cependant, elle peut être souhaitable chez des patients entrant dans l'une des catégories suivantes :

– les sujets en provenance récente de zone d'endémie tuberculeuse et sans contrôle radiologique depuis un an ;

– les patients impotents ou, d'une façon générale, chez lesquels il n'est pas possible d'apprécier cliniquement la fonction cardiaque ou respiratoire.

• *Électrocardiogramme (ECG)*

Il n'existe aucune justification scientifique pour réaliser un ECG systématique préopératoire chez les sujets de moins de 40 ans, asymptomatiques, sans facteur de risque, de classe ASA I ou II. Au contraire, le risque de faux positifs peut excéder le bénéfice potentiel d'un ECG réalisé dans ces conditions.

La probabilité de méconnaître une anomalie asymptomatique croît exponentiellement avec l'âge, sans que les conséquences de cette méconnaissance aient été convenablement évaluées.

La notion d'un ou plusieurs facteurs de risque (diabète, dyslipidémie, tabagisme, hypertension artérielle), une évaluation clinique impossible ou non fiable, une prise de médicaments pouvant être associés à des anomalies électrocardiographiques, incitent à réaliser un ECG de dépistage indépendamment de l'âge.

Une évaluation cardiologique complémentaire peut être nécessaire en fonction de l'intervention programmée (intervention à risque cardiovasculaire élevé, cf annexe 3).

Dans ce cas, elle doit être réalisée en temps utile pour permettre une éventuelle modification de la stratégie diagnostique ou thérapeutique.

• *Hémogramme*

Il n'existe pas d'étude démontrant l'utilité de la réalisation systématique de l'hémogramme. En l'absence de signe d'appel ou de facteur de risque d'anémie, l'hémogramme n'est proposé à titre systématique que chez les patients programmés pour un acte hémorragique.

Il n'existe pas d'étude abordant l'intérêt de la recherche d'une hyperleucocytose en l'absence de signe d'appel.

• *Examens d'hémostase*

L'interrogatoire et l'examen clinique sont de première importance dans la recherche d'une anomalie de la coagulation.

Sous réserve que l'interrogatoire et l'examen clinique aient permis de s'assurer de l'absence d'une telle anomalie, il n'apparaît pas utile de prévoir des examens d'hémostase, sauf condition chirurgicale à risque hémorragique particulier.

Si des examens sont prescrits, le temps de céphaline activée (TCA) et la numération plaquettaire (NP) sont les tests les plus utiles. Le groupe de travail a estimé que les résultats des examens d'hémostase, lorsqu'ils sont demandés, doivent être fournis à distance de l'intervention de façon à permettre des ajustements diagnostiques ou thérapeutiques.

- *Examens biochimiques sanguins*

Il s'agit de l'ionogramme, de la créatinine (de préférence à l'urée) et de la glycémie.

Aucune étude contrôlée n'a mis en évidence l'intérêt de ces examens biochimiques pour une anesthésie. Les anomalies sont rares et ne conduisent qu'exceptionnellement à une modification, ils ne sauraient donc être recommandés chez les sujets ASA I et II sans signe d'appel.

- *Examens immunohématologiques*

Il sont prescrits pour ne pas retarder une transfusion sanguine peropératoire tout en respectant les conditions maximales de sécurité dans ce domaine. Leur prescription dépend en conséquence de l'évaluation de la probabilité d'une telle transfusion. Leur nature et leur réalisation font l'objet d'une réglementation spécifique. Sont notamment nécessaires la détermination du groupe sanguin ABO, Rhésus, le phénotypage et la recherche récente d'agglutinines irrégulières. Ces examens ne sont pas justifiés si le risque de transfusion peropératoire est faible.

Annexe 3

- *Article 36 du Code de déontologie médicale*

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

- *Article 35 du Code de déontologie médicale*

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigne les tiers auxquels elle doit être faite.

- *Article 64 du Code de déontologie médicale, 1^{er} alinéa*

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Conclusion

Par l'évaluation de l'état clinique du patient, la consultation préanesthésique permet d'adapter et d'optimiser la technique anesthésique et les soins postopératoires. Elle est ainsi une composante essentielle de la sécurité anesthésique et de l'organisation rationnelle de l'activité anesthésique des établissements de soins.

Points essentiels

1. La consultation préanesthésique, effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur plusieurs jours avant une intervention programmée, est obligatoire.
2. Les principaux objectifs de la consultation préanesthésique sont l'évaluation de l'état clinique du patient (classification ASA), le choix des examens complémentaires et l'information du patient, notamment en ce qui concerne la technique et les risques de l'anesthésie.
3. Chez le patient ASA 1, les examens complémentaires sont décidés en fonction de son âge et de la nature de l'intervention.
4. En l'absence d'antécédents faisant suspecter une anomalie de l'hémostase, la réalisation de tests d'hémostase n'est pas conseillée, même si une anesthésie locorégionale est programmée.
5. La plupart des traitements médicamenteux sont poursuivis jusqu'à la veille ou le matin de l'intervention.
6. L'attitude vis-à-vis d'un traitement par les antiagrégants plaquettaires et les antivitamines K dépend de l'indication de ce traitement et du type de chirurgie. Une collaboration avec le neurologue ou le cardiologue est conseillée.
7. L'anxiété du patient avant l'anesthésie est fréquente. Son évaluation par le médecin anesthésiste au moment de la consultation est cependant difficile. Associée à une approche psychologique empathique, elle justifie la prescription d'une prémédication anxiolytique.
8. L'information du patient doit être orale et écrite. Elle doit notamment porter sur la technique anesthésique, sur les incidents et les accidents possibles, sur la transfusion sanguine et le traitement de la douleur postopératoire.
9. Une durée de jeûne pour les liquides clairs d'au moins deux heures avant une anesthésie est suffisante chez l'adulte qui n'a pas de facteurs de risque d'inhalation bronchique.
10. Les antécédents du patient et l'examen clinique lors de la consultation préanesthésique permettent de classer le patient dans l'une des cinq classes de la classification ASA.

Références

- [1] Adès J. La notion d'alcoolodépendance et ses rapports avec le sevrage. Les critères d'évaluation. Conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. *Alcoologie* 1999; 21 (suppl): 235-285
- [2] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les examens préopératoires systématiques, Recommandations et références professionnelles, décembre 1998
- [3] Anaesthesia and anaesthetists. Information for patients and their relatives. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, London, 1997
- [4] Anonyme. Groupe d'études sur l'hémostase et la thrombose. Évaluation pré-opératoire de l'hémostase. *Sang Thromb Vaiss* 1993; 5 (suppl): 5-14
- [5] Anonymous. 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. A report by the american society of anesthesiologists task force on preoperative fasting. *Anesthesiology* 1999; 90: 896-905
- [6] Apfel CC, Greim CA, Haubitz I, Grundt D, Goepfert C, Sefrin P, Roewer N. The discriminating power of a risk score for postoperative vomiting in adults undergoing various types of surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998; 42: 502-509
- [7] Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthesiologist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg* 1989; 68: 645-648
- [8] Arvidson S. Preparation of adult patients for anaesthesia and surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1996; 40: 962-970
- [9] Auquier P, Blache JL, Colavolpe C, Eon B, Auffray JP, Pernoud N et al. Echelle de vécu périopératoire de l'anesthésie. I - Construction et validation. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18: 848-857
- [10] Auroy Y, Laxenaire MC, Clergue F, Péquignot F, Jouglu E, Lienhart A. Anesthésies selon les caractéristiques des patients, des établissements et de la procédure associée. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998; 17: 1311-1316
- [11] Badner NH, Craen RA, Paul TL, Doyle JA. Anaesthesia preadmission assessment: a new approach through use of a screening questionnaire. *Can J Anaesth* 1998; 45: 87-92
- [12] Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990; 37: 444-447
- [13] Boisson-Bertrand D, Bourgain JL, Camboulives J, Crinquette V, Cros AM, Dubreuil M et al. Expertise collective sur l'intubation difficile de la société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Réanim* 1996; 15: 207-214
- [14] Bugge K, Bertelsen F, Bendtsen A. Patients' desire for information about anaesthesia: Danish attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998; 42: 91-96
- [15] Callaghan LC, Edwards ND, Reilly CS. Utilisation of the preoperative ECG. *Anaesthesia* 1995; 50: 488-490
- [16] Circulaire DGS/DH n° 609 du 1^{er} octobre 1996 relative aux analyses et tests pratiqués sur des receveurs de produits sanguins labiles.
- [17] Circulaire DGS/SQ4 n° 98/231 du 9 avril 1998 relative à l'information des malades, en matière de risques liés aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang, et sur les différentes mesures de rappel effectuées sur ces produits sanguins.
- [18] Conférence de consensus. Prophylaxie des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires postopératoires (chirurgie générale, gynécologique et orthopédique). 8 mars 1991, Paris. *Ann Fr Anesth Réanim* 1991; 10: 417-421
- [19] Conway JB, Goldberg J, Chung F. Preadmission anaesthesia consultation clinic. *Can J Anaesth* 1992; 39: 1051-1057
- [20] Dick WF. Pre-operative screening for elective surgery. *Baillières Clin Anaesthesiol* 1998; 12: 349-371
- [21] Domar AL, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: is it a predictable entity? *Anesth Analg* 1989; 69: 763-767
- [22] Elsass P, Eikard B, Junge J, Lyrke J, Staun P, Feldt-Rasmussen M. Psychological effect of detailed preanaesthetic information. *Acta Anaesthesiol Scand* 1987; 31: 579-583
- [23] Farmer RD, Lawrenson RA. Oral contraceptives and venous thromboembolic disease: the findings from database studies in the United Kingdom and Germany. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179 (suppl): S78-S86
- [24] Farnill D, Inglis S. Patient's desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia* 1994; 49: 162-164
- [25] Fischer SP. Development and effectiveness of an anaesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology* 1996; 85: 196-206
- [26] Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anaesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998; 87: 1089-1098
- [27] Garay A. À propos de la réalisation de transfusions sanguines contre la volonté des patients. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000; 19: 39-41
- [28] Gentile S, Auquier P, Antoniotti S, Pernoud N, Colavolpe C, François G et al. Satisfaction après prise en charge anesthésique : revue des différents outils existants. *Presse Méd* 1999; 28: 1040-1045
- [29] George B, Troje C, Bunodièr M, Eurin B. Liberté des voies aériennes en anesthésiologie - Masque laryngé et intubation trachéale. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Anesthésie-réanimation, 36-190-A-10, 1998: 1-34
- [30] Gibby GL. Pre-anaesthetic evaluation. *Baillières Clin Anaesthesiol* 1998; 12: 503-521
- [31] Golub R, Cantu R, Sorrento JJ, Stein HD. Efficacy of preadmission testing in ambulatory surgical patients. *Am J Surg* 1992; 163: 565-571
- [32] Gompel A, Conard J. Thromboses veineuses et œstrogènes : revue des différents outils existants. *Sang Thromb Vaiss* 1998; 10: 399-403
- [33] Haberer JP. Examens complémentaires pré-opératoires. *Méd Thérap* 1997; 3: 299-305
- [34] Haberer JP. Interférences médicamenteuses en anesthésie. *Cah Anesthesiol* 1999; 47: 377-390
- [35] Hutchinson GL, Lonsdale M. Patient's desire for information about anaesthesia: Australian attitudes (Correspondence). *Anaesthesia* 1993; 48: 645-646
- [36] Information and consent for anaesthesia. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, London, July 1999
- [37] Information prétransfusionnelle. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18: 50-52
- [38] Informations médicales sur l'anesthésie : proposition de la SFAR. *Ann Fr Anesth Réanim* 1998; 17: 2-4
- [39] Kerridge R, Lee A, Latchford E, Beehan SJ, Hillman KM. The preoperative system: a new approach to managing elective surgery. *Anaesth Intensive Care* 1995; 23: 591-596
- [40] Laxenaire MC et le groupe d'études des réactions anaphylactoides peranesthésiques. Épidémiologie des réactions anaphylactoides peranesthésiques. Quatrième enquête multicentrique (juillet 1994-décembre 1996). *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18: 796-809
- [41] Lee A, Lum ME, Hillman KM, Bauman A. Referral of surgical patients to an anaesthetic clinic: a decision-making analysis. *Anaesth Intensive Care* 1994; 22: 562-567
- [42] Lee A, Lum ME, Perry M, Beehan SJ, Hillman KM, Bauman A. Risk of unanticipated intraoperative events in patients assessed at a preanaesthetic clinic. *Can J Anaesth* 1997; 44: 946-954
- [43] Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Br Med J* 1977; 2: 987-989
- [44] Lichtor JL, Johanson CE, Mhoon D, Faure EA, Hassan SZ, Roizen MF. Preoperative anxiety. Does anxiety level the afternoon before the surgery predict anxiety level just before surgery? *Anesthesiology* 1987; 67: 595-599
- [45] Lidegaard O, Bygderman M, Milsom I, Nesheim BI, Skeldestad FE, Toivonen J. Oral contraceptives and thrombosis. From risk estimates to health impact. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1999; 78: 142-149
- [46] Lienhart A. Refus de soins et urgence vitale : un conflit entre la finalité de l'exercice médical et l'obligation de respecter la volonté de la personne. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000; 19: 42-44
- [47] Lonsdale M, Hutchinson GL. Patient's desire for information about anaesthesia: Scottish and Canadian attitudes. *Anaesthesia* 1991; 46: 410-412
- [48] Macario A, Weinger M, Carney S, Kim A. Which clinical anaesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. *Anesth Analg* 1999; 89: 652-658
- [49] Marty J. Exploration cardiovasculaire préopératoire. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Anesthésie-réanimation, 36-375-A-15, 1996: 1-9
- [50] McCleane GJ, Cooper R. The nature of pre-operative anxiety. *Anaesthesia* 1990; 45: 153-155
- [51] Millar K, Jellic M, Bonke B, Asbury AJ. Assessment of pre-operative anxiety: Comparison of measures in patients awaiting surgery for breast cancer. *Br J Anaesth* 1995; 74: 180-183
- [52] Moerman N, Van Dam FS, Oosting J. Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand* 1992; 36: 767-771
- [53] Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82: 445-451
- [54] Nightingale JJ, Lack JA, Stubbing JF, Reed J. The pre-operative anaesthetic visit. Its value to the patient and the anaesthetist. *Anaesthesia* 1992; 47: 801-803
- [55] Norris W, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology. *Br J Anaesth* 1967; 39: 503-509
- [56] Oger E, Scarabin PY. Assessment of the risk for venous thromboembolism among users of hormone replacement therapy. *Drugs Aging* 1999; 14: 55-61
- [57] Osswald PM, Swars O, Leufke P. Scores, scoring and outcome: correlation between preoperative assessment and post-operative morbidity and mortality of non-hospitalized and hospitalized patients. *Baillières Clin Anaesthesiol* 1998; 12: 471-483
- [58] Panda N, Bajaj A, Pershad D, Yaddanapudi LN, Chari P. Pre-operative anxiety. Effect of early or late position on the operating list. *Anaesthesia* 1996; 51: 344-346
- [59] Perez A, Planell J, Bacardaz C, Hoounie A, Franci J, Brotons C et al. Value of routine preoperative tests: a multicentre study in four general hospitals. *Br J Anaesth* 1995; 74: 250-256
- [60] Pernoud N, Colavolpe C, Auquier P, Eon B, Auffray JP, François G, Blache JL. Échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie. I - Résultats préliminaires. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999; 18: 858-865
- [61] Pertek JP, Pertek J. Aspects juridiques de la relation entre anesthésiste-réanimateur et témoin de Jéhovah (ou patient refusant une transfusion qui peut être nécessaire, sans alternative et vitale). *Cah Anesthesiol* 2000; 48: 27-36
- [62] Phillips S, Hutchinson S, Davidson T. Preoperative drinking does not affect gastric contents. *Br J Anaesth* 1993; 70: 6-9
- [63] Pollard JB, Zboray AL, Mazze RI. Economic benefits attributed to opening a preoperative evaluation clinic for outpatients. *Anesth Analg* 1996; 83: 407-410
- [64] Power KJ, Norman J. Pre-registration house surgeons. A questionnaire study of anaesthesia-related knowledge and approach to pre-operative investigations. *Anaesthesia* 1992; 47: 518-522

- [65] Recommandations concernant la période préanesthésique. Société française d'anesthésie et de réanimation, Paris, 1991
- [66] Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé. Ordre national des médecins. Conseil national de l'Ordre, mai 1994
- [67] Risk management. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, London, January 1998
- [68] Roizen MF, Foss JF, Fischer SP. Preoperative evaluation. In : Miller RD ed. Anesthesia. Philadelphia : Churchill Livingstone, 2000 : 824-883
- [69] Ross AE, Tinker JH. Preoperative evaluation of the healthy patient. In : Longnecker DE, Tinker JH, Morgan GE Jr eds. Principles and practice of anesthesiology. St Louis : CV Mosby, 1998 : 3-51
- [70] Runciman WB. Patients' perception of the anaesthetist and anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 1993 ; 21 : 502-505
- [71] Sanders LD, Gildersleve CD, Obe LT. The impact of the appearance of the anaesthetist on the patient's perception of the pre-operative visit. *Anaesthesia* 1991 ; 46 : 1056-1058
- [72] Sargos P. Modalités, preuve et contenu de l'information que le médecin doit donner à son patient. Commentaire de l'arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 25 février 1994 (arrêt n° 1564). *Méd Droit* 1997 ; 27 : 1-3
- [73] Sargos P. Obligations d'information et risques graves. *Méd Droit* 1998 ; 33 : 14-16
- [74] Shafer A, Fish P, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth Analg* 1996 ; 83 : 1285-1291
- [75] Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991 ; 73 : 190-198
- [76] Sinclair DR, Chung F, Mezel G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? *Anesthesiology* 1999 ; 91 : 109-118
- [77] Soni JC, Thomas DA. Comparison of anxiety before induction of anaesthesia in the anaesthetic room or operating theatre. *Anaesthesia* 1989 ; 44 : 651-655
- [78] Spies CD, Rommelspacher H. Alcohol withdrawal in the surgical patient: prevention and treatment. *Anesth Analg* 1999 ; 88 : 946-954
- [79] Strunin L. How long should patients fast before surgery? Time for new guidelines (editorial). *Br J Anaesth* 1993 ; 70 : 1-3
- [80] Swinhoe CF, Groves ER. Patients' knowledge of anaesthetic practice and the role of anaesthetists. *Anaesthesia* 1994 ; 49 : 165-166
- [81] Tait AR, Parr HG, Tremper KK. Evaluation of the efficacy of routine preoperative electrocardiograms. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 1997 ; 11 : 752-755
- [82] The anaesthesia team. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, London, August 1998
- [83] Védrinne C, Laroux MC, Blanc P, Durand PG, George M, Lehot JJ. Consultation d'anesthésie de chirurgie cardiovasculaire et thoracique. Enquête de satisfaction des patients et des médecins. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; 18 : 834-842
- [84] Wahl MJ. Dental surgery in anticoagulated patients. *Arch Intern Med* 1998 ; 158 : 1610-1616
- [85] Warner DO, Warner MA, Offord KP, Schroeder DR, Maxson P, Scanlon PD. Airway obstruction and perioperative complications in smokers undergoing abdominal surgery. *Anesthesiology* 1999 ; 90 : 372-379
- [86] Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. Too difficult to measure? *Anaesthesia* 1996 ; 51 : 327-332
- [87] Wisiak UV, Kröll W, List W. Communication during the pre-operative visit. *Eur J Anaesthesiol* 1991 ; 8 : 65-68
- [88] Wood M. Complications of prior drug therapy. In : Gravenstein N, Kirby RR eds. Complications in anesthesiology. Philadelphia : Lippincott-Raven, 1996 : 619-637