

## Optimisation du parcours opératoire du patient à risque respiratoire

Référence action - 16382325044

### Public concerné :

Médecins spécialistes en :

- Anesthésie-réanimation

**Effectif maximum :** 70 participants

**Durée :** 2 jours / 10 heures

- Présentiel (formation continue) : 10h

**Tarif 2026 :** 950,00 €

### Orientation prioritaire :

208 : Optimisation péri-opératoire des parcours patients

**Type d'action :** Formation continue

### Objectifs pédagogiques :

Cette action, d'une durée de 10 heures, a pour objectif l'optimisation de la prise en charge des patients à risque respiratoire tout au long de leur parcours opératoire, afin de gérer au mieux le risque de complication. Elle se compose de différentes interventions menées par des experts, et décline les différentes étapes d'optimisation du parcours de prise en charge anesthésique de ce type de patient, du préopératoire au post-opératoire.

### Objectifs opérationnels :

- **1/ GESTION DU RISQUE DE COMPLICATION RESPIRATOIRE**
  - Définir et maîtriser les outils d'évaluation pré et périopératoire
- **2/ PARCOURS OPÉRATOIRES EN FONCTION DES PATIENTS**
  - Définir, maîtriser et adapter les parcours opératoires en fonction des patients
- **3/ TECHNIQUES ET OUTILS D'OPTIMISATION DU PARCOURS OPÉRATOIRE**
  - Maîtriser et adapter les outils et techniques d'optimisation du parcours opératoire

### Prérequis :

Ce programme est réservé aux médecins spécialistes en anesthésie-réanimation.



## Optimisation du parcours opératoire du patient à risque respiratoire

Référence action - [16382325044](#)

### Déroulé pédagogique de l'action :

#### 1/ LES OUTILS D'ÉVALUATION PRÉ ET PÉRIOPÉRATOIRE

##### Introduction - Pré-évaluation par QCM

- Évaluation du risque d'intubation difficile - 45'
- Évaluation du risque de SDRA - 45'
- Évaluation préopératoire de la capacité respiratoire - 45'

#### 2/ PARCOURS OPÉRATOIRES EN FONCTION DES PATIENTS

- Optimisation péri opératoire des patients insuffisants respiratoires chroniques (BPCO, asthme, SAHOS) - 45'
- Influence des protocole RAC sur les complications respiratoires post-opératoires - 90'

#### 3/ TECHNIQUES ET OUTILS D'OPTIMISATION DU PARCOURS OPÉRATOIRE

- Curares et voies aériennes - 45'
- Pré oxygénation - 45'
- Monitoring de l'oxygénation (SpO2, ORI, NIRS) - 45'
- Apports de l'échographie (pleuro pulmonaire et cardiaque) - 45'
- Séance interactive : Cas cliniques sur des situations d'anesthésie et de réanimation impliquant l'appareil pulmonaire, avec système de vote en direct (2h)
- Conclusion
- Post-évaluation par QCM



## Optimisation du parcours opératoire du patient à risque respiratoire

Référence action - 16382325044

### Concepteurs de l'action

- Pr MALINOVSKY Jean-Marc

### Référents :

- Professeur Pierre Albaladejo - Grenoble
- Professeur Hervé Bouaziz - Nancy
- Professeur Olivier Collanges - Dijon
- Professeur Vincent Compère - Rouen
- Professeur Gille Lebuffe - Lille
- Professeur Corinne Lejus - Nantes
- Professeur Franck Verdonk - Paris

### Modalités d'évaluation (traçabilité des actions) :

- Pré et post tests
- Feuille d'émargement
- Questionnaire de satisfaction des participants
- Bilan de la session par l'intervenant

### Sanctions :

- Attestation de présence
- Attestation de DPC

Contactez le CFAR afin d'organiser votre formation sur site.

Service formation : [formations@cfar.org](mailto:formations@cfar.org)

Les personnes en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique, peuvent s'adresser à la référente handicap : [formation@cfar.org](mailto:formation@cfar.org)



## Optimisation du parcours opératoire du patient à risque respiratoire

La prise en charge chirurgicale des patients améliore la qualité et la durée de vie, cependant, la comorbidité et l'âge des patients ne font qu'augmenter au fil des ans. Malgré l'augmentation croissante de la gravité des patients, la mortalité globale a diminué au cours des dernières décennies. Cependant, les complications respiratoires après chirurgie demeurent fréquentes. Il est donc primordial de sensibiliser les médecins anesthésistes-réanimateurs à la prise en compte de ce risque tout au long du parcours opératoire.

Cette action, d'une durée de 10 heures, a pour objectif l'optimisation de la prise en charge des patients à risque respiratoire tout au long de leur parcours opératoire, afin de gérer au mieux le risque de complication. Elle se compose de différentes interventions menées par des experts, et décline les différentes étapes d'optimisation du parcours de prise en charge anesthésique de ce type de patient, du préopératoire au post-opératoire.

De nombreuses comorbidités (syndrome d'apnées du sommeil, asthme, BPCO) induisent un risque élevé de complications péri opératoires, respiratoire et cardiovasculaire. Ces complications regroupent l'accès difficile aux voies aériennes (intubation, ventilation difficile, voire impossible), la survenue d'une détresse respiratoire post extubation, secondaire à la formation d'atélectasies ou à l'obstruction des voies aériennes, parfois associée à l'utilisation des dérivés opiacés.

Le parcours de soins du patient à risque débute dès la consultation d'anesthésie, centrée sur le dépistage préopératoire du SAS et sa prise en charge et sur l'orientation postopératoire des patients. En peropératoire, certaines techniques comme la mise en place de protocoles de ventilation au masque et/ou d'intubation difficile, le recours à la ventilation protectrice, permettent de réduire les complications. Un monitoring rapproché est nécessaire en postopératoire, ainsi que la poursuite d'une réhabilitation améliorée après chirurgie, débutée en préopératoire. La ventilation non invasive postopératoire, préventive chez les patients à haut risque et curative en cas de détresse respiratoire aiguë, améliore le pronostic.

## PROGRAMME

### 1/ GESTION DU RISQUE DE COMPLICATION RESPIRATOIRE

Introduction – Pré-évaluation par QCM

#### Évaluation du risque d'intubation difficile – 45'

- *Anticiper le risque d'intubation difficile*
- *Ordonner les décisions concernant l'intubation difficile*

#### Évaluation du risque de SDRA – 45'

- *Définir une approche thérapeutique actuelle du SDRA en fonction des dernières recommandations*

#### Évaluation préopératoire de la capacité respiratoire – 45'

- *Optimiser l'évaluation pré-opératoire de la capacité respiratoire*
- *Programmer une évaluation de la fonction respiratoire en fonction du patient*
- *Analyser les informations fournies par les tests pratiqués*

### 2/ PARCOURS OPÉRATOIRES EN FONCTION DES PATIENTS

#### Optimisation péri opératoire des patients insuffisants respiratoires chroniques (BPCO, asthme, SAHOS) – 45'

- *Optimiser la prise en charge péri-opératoire de l'insuffisance respiratoire chronique : bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme et syndrome d'apnée du sommeil*

#### Influence des protocoles RAC sur les complications respiratoires post-opératoires – 90'

- *Étudier les avantages et limites de ces protocoles pour les chirurgies de l'appareil pulmonaire*
- *Appliquer les modalités de prise en charge pré et post opératoires*
- *Identifier les spécificités de la réhabilitation accélérée après une chirurgie majeure thoracique, notamment leur impact économique*
- *Construire un parcours RAC en chirurgie thoracique*
- *Discuter les problématiques chirurgicales post-opératoires de ce type de chirurgie*

### 3/ TECHNIQUES ET OUTILS D'OPTIMISATION DU PARCOURS OPÉRATOIRE

#### Curares et voies aériennes – 45'

- *Identifier les conditions d'application du monitoring de la curarisation*
- *Modifier sa pratique en termes d'utilisation et d'antagonisation des curares en utilisant les dernières recommandations en la matière*
- *Appliquer les nouvelles recommandations sur l'intubation oro-trachéale, notamment en réanimation*

#### Pré oxygénation – 45'

- *Initier une stratégie de préoxygénation au bloc opératoire*
- *Identifier les indications de la ventilation non invasive (VNI) et de l'oxygénation à haut débit en pré-opératoire*

- *Conduire et surveiller une VNI et l'oxygénation à haut débit en préopératoire*
- *Identifier les limites du recours à la VNI et/ou à l'oxygénation à haut débit en préopératoire*

#### **Monitoring de l'oxygénation (SpO2, ORI, NIRS) – 45'**

- *Identifier les différents monitorages d'oxygénation : SpO2, ORI, NIRS*
- *Modifier sa pratique en appliquant les dernières mises au point sur les techniques de monitoring en O2 et CO2 aux patients*
- *Inventorier les intérêts et limites des technologies existantes*

#### **Apports de l'échographie (pleuro pulmonaire et cardiaque) – 45'**

- *Identifier les apports de l'échographie cardiaque et diaphragmatique pour le sevrage ventilatoire*
- *Identifier les bénéfices de l'échographie pleuropulmonaire*

**Séance interactive : Cas cliniques sur des situations d'anesthésie et de réanimation impliquant l'appareil pulmonaire, avec système de vote en direct (2h)**

Conclusion – Post-évaluation par QCM

## **EXEMPLES DE CAS CLINIQUES – Séance interactive**

**Cas clinique 1 - Chirurgie thoracique programmée / RAC :** Un patient de 45 ans doit subir une lobectomie pulmonaire pour traiter un carcinome bronchique. Le patient est fumeur depuis de nombreuses années et présente une fonction pulmonaire légèrement altérée. Comment planifiez-vous l'anesthésie pour cette intervention ? Quelles sont les précautions que vous prenez en compte en raison de son historique de tabagisme et de sa fonction pulmonaire altérée ? Comment appliquer un protocole ambulatoire pour cet acte ? Appliquez un protocole RAC pour cette chirurgie majeure. Comment intégrez-vous les principes de la RAC dans la préparation préopératoire, la gestion périopératoire et la récupération postopératoire pour optimiser les résultats pulmonaires et accélérer la récupération du patient ?

**Cas clinique 2 - Extubation difficile après chirurgie pulmonaire / RAC :** Un patient de 65 ans a subi une résection pulmonaire pour un carcinome bronchique. L'extubation est difficile en raison d'un réveil agité et d'une difficulté à ventiler. Comment évaluez-vous et gérez-vous cette situation, en tenant compte des facteurs tels que la fonction pulmonaire résiduelle, l'étendue de la chirurgie et la gestion de la douleur post-opératoire ?

**Cas clinique 3 - Anesthésie pour chirurgie d'une hernie diaphragmatique / ambulatoire :** Un patient de 35 ans doit subir une réparation laparoscopique d'une hernie diaphragmatique en chirurgie ambulatoire. Le patient est en bonne santé globale, mais présente un léger asthme intermittent. Comment planifiez-vous et administrez-vous l'anesthésie pour cette procédure ambulatoire en tenant compte de l'asthme du patient et des exigences spécifiques à l'anesthésie en ambulatoire ?

**Cas clinique 4 - Chirurgie thoracique mineure / ambulatoire :** Un patient de 50 ans doit subir une biopsie pulmonaire percutanée pour évaluer une masse pulmonaire. Cette intervention sera réalisée en chirurgie ambulatoire. Comment adaptez-vous le protocole anesthésique pour garantir un réveil optimal et une sortie sûre après cette procédure pulmonaire mini-invasive ?

**Cas clinique 5 - Anesthésie pour endoscopie bronchique / ambulatoire & RAC :** Un patient de 60 ans avec un antécédent de BPCO nécessite une endoscopie bronchique en ambulatoire pour évaluer des lésions pulmonaires. Quels sont les défis spécifiques de l'anesthésie pour cette procédure ambulatoire chez un patient atteint de BPCO, et comment adaptez-vous la prise en charge anesthésique pour optimiser sa récupération et sa sortie ?

**Cas clinique 6 - Anesthésie pour biopsie transthoracique guidée par TDM / ambulatoire :** Un patient de 70 ans atteint d'un nodule pulmonaire nécessite une biopsie transthoracique guidée par TDM en ambulatoire. Comment évaluez-vous la fonction pulmonaire de ce patient et adaptez-vous le plan d'anesthésie pour minimiser le risque tout en permettant une sortie rapide après la procédure ?

**Cas clinique 7 - Extubation et réveil après chirurgie d'exérèse pulmonaire / ambulatoire :** Un patient de 55 ans a subi une résection d'une petite tumeur pulmonaire en chirurgie ambulatoire. Comment appliquez-vous un protocole RAC pour favoriser une extubation rapide sans complications, tout en garantissant une surveillance post-opératoire adéquate et une récupération accélérée tout en minimisant les complications pulmonaires postopératoires ?

**Cas clinique 8 - Chirurgie thoracique mini-invasive avec protocole RAC :** Un patient de 50 ans nécessite une réparation d'un pneumothorax spontané à l'aide de chirurgie mini-invasive. Décrivez comment vous appliquez un protocole RAC spécifique à cette intervention, en mettant l'accent sur la gestion de la douleur, la mobilisation précoce et la réduction du temps de récupération postopératoire.

**Cas clinique 9 - Résection d'une tumeur pulmonaire avec protocole RAC :** Un patient de 55 ans doit subir une résection d'une tumeur pulmonaire. Mettez en place un protocole RAC qui intègre des stratégies pour minimiser les complications pulmonaires postopératoires, réduire la durée du séjour hospitalier et accélérer la reprise fonctionnelle du patient.