

Glossaire

Table des matières

Table des matières	1
Définitions des facteurs de risque préopératoires	3
Quelle est la définition de la neurochirurgie?	3
Que dois-je faire si certaines comorbidités médicales importantes ne figurent pas sur le formulaire d'enregistrement de cas (Case report form, CRF)?.....	3
Quelles sont les définitions des maladies concomitantes (comorbidités) chroniques?	3
Score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA).....	3
Urgence de la chirurgie	3
Gravité de la chirurgie.....	4
Définitions des soins postopératoires	5
Salle de soins post-interventionnelle (SSPI, PACU en anglais):	5
Unité de soins intensifs:.....	5
Fréquence augmentée d'observations infirmières:.....	5
Patient assigné au lit en vue du poste des infirmiers:	5
Membres de la famille restant avec le patient dans l'unité de soins:	5
Définitions des complications chirurgicales sévères	6
Infection du site chirurgical (superficielle).....	7
Infection du site chirurgical (profonde).....	8
Infection du site chirurgical (organe/espace)	9
Septicémie.....	10
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA).....	11
Pneumonie	12
Infection urinaire.....	13
Aggression rénale (Acute Kidney Injury, AKI)	14
Saignement postopératoire	14
Arrêt cardiaque.....	15
Autres complications sévères.....	15
Lâchage anastomotique	15
Arythmie	15
Oedème (cardiogénique) pulmonaire.....	15
Saignement gastro-intestinal	15
Infarctus du myocarde.....	15

Embolie pulmonaire (EP)	17
Accident vasculaire cérébral (AVC)	18
Utilisation des ressources hospitalières après la chirurgie	19
Admission en unité de soins intensifs pour traiter les complications postopératoires:	19
Durée de séjour à l'hôpital après la chirurgie:	19
Statut à la sortie de l'hôpital ou au 30 ^{ème} jour postopératoire à l'hôpital:.....	19
Référence	20

Définitions des facteurs de risque préopératoires

Quelle est la définition de la neurochirurgie?

Les procédures neurochirurgicales sont définies comme impliquant le cerveau et la colonne cervicale. La chirurgie de la colonne vertébrale thoracique et lombaire est définie comme une chirurgie orthopédique dans le CRF.

Que dois-je faire si certaines comorbidités médicales importantes ne figurent pas sur le formulaire d'enregistrement de cas (Case report form, CRF)?

Nous nous rendons compte que certains patients peuvent avoir des antécédents importants que nous n'avons pas demandés. Le CRF a été conçu pour ne demander que les données des patients les plus importantes.

Quelles sont les définitions des maladies concomittantes (comorbidités) chroniques?

Nous n'avons pas écrit de définition pour ces maladies. Nous voulons simplement que les médecins donnent ce qu'ils trouvent être les réponses les plus appropriées. Si le patient a probablement la maladie en question, cochez la case. S'ils ne l'ont probablement pas, laissez-la vide.

Score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

I Un patient normal, en bonne santé

II Un patient avec une maladie systémique légère qui ne limite pas l'activité physique

III Un patient avec une maladie systémique sévère qui limite l'activité physique

IV Un patient avec une maladie systémique grave qui constitue une menace constante pour la vie

V Un patient qui ne devrait pas survivre pendant 24 heures sans l'opération.

Urgence de la chirurgie

Électif: Ne sauvant pas immédiatement la vie; prévu dans les mois ou semaines suivants.

Urgent: Chirurgie prévue dans les heures ou les jours suivant la décision d'opérer.

Urgence: Dès que possible; pas de délai pour planifier les soins; idéalement dans les 24 heures.

Gravité de la chirurgie

C'est la catégorie chirurgicale qui donne une indication sur la complexité du geste et l'importance de la lésion tissulaire.

La chirurgie mineure comprend des interventions de moins de 30 minutes, effectuées dans une salle d'opération spécialisée, impliquant souvent des extrémités, superficielles, ou de brèves procédures diagnostiques et thérapeutiques, par exemple arthroscopie sans intervention, ablation de petites tumeurs cutanées, proctologie diagnostique, biopsie de petites lésions, etc. .

Les procédures intermédiaires sont plus longues ou complexes et peuvent entraîner des complications importantes ou des lésions tissulaires. Exemples: cholécystectomie laparoscopique, arthroscopie avec intervention curative, ablation bilatérale des varices, amygdalectomie, cure de hernie inguinale, chirurgie de résection du sein, hémorroïdectomie, appendicectomie, thyroïdectomie partielle, chirurgie de la cataracte, uvuloplastie, cure mini-invasive de prolapsus vaginal, hystérectomie vaginale, réparation de tendon de la main, fixation de fracture mandibulaire, etc.

Les interventions chirurgicales majeures durent plus de 90 minutes et incluent: résections intestinales majeures, arthroplasties majeures, mastectomie, résections tumorales extensives de la tête et du cou, cure d'anévrisme de l'aorte abdominale, pontage vasculaire majeur, lambeau libre pour combler un défaut tissulaire, amputation , thyroïdectomie totale, cystectomie, résection trans-urétrale de la prostate, résection d'une tumeur hépatique, endartériectomie carotidienne, néphrectomie, hystérectomie abdominale totale, discectomie spinale, etc.

Définitions des soins postopératoires

Salle de soins post-interventionnelle (SSPI, PACU en anglais):

Un service de soins postopératoires, ou une unité dédiée à la récupération postopératoire immédiate, et délivrant des soins plus intensifs (à la fois en termes d'intensité de surveillance et de durée différente), par rapport aux unités de soins postopératoires normales.

Unité de soins intensifs:

Une unité de soins postopératoires qui est dédiée à des soins postopératoires renforcés, par rapport à une unité normale de soins chirurgicaux postopératoires.

Fréquence augmentée d'observations infirmières:

Observations infirmières qui sont réalisées plus fréquemment que la fréquence normale des observations dans l'unité de soins postopératoires.

Patient assigné au lit en vue du poste des infirmiers:

Le patient est placé dans un lit près du bureau des infirmières pour s'assurer que les infirmières peuvent toujours le voir depuis leur bureau.

Membres de la famille restant avec le patient dans l'unité de soins:

Les membres de la famille sont invités à rester avec le patient dans le service, en raison d'une crainte que le patient puisse être à risque majoré de morbidité et de décès en postopératoire.

Définitions des complications chirurgicales sévères

Les définitions suivantes et leur gradation sont fournies comme aide quand la nature et la sévérité d'une possible complication postopératoire est incertaine. Ces définitions sont basées sur les 'Standards for definitions and use of outcome measures for clinical effectiveness research in perioperative medicine: European Perioperative Clinical Outcome (EPCO) definitions: a statement from the ESA-ESICM joint taskforce on perioperative outcome measures'.¹

Définition d'une 'Complication sévère'

Une complication résultant en une prolongation significative de la durée de séjour hospitalier et/ou en une limitation fonctionnelle ou le décès. Requiert presque toujours un traitement clinique.

Infection du site chirurgical (superficielle)

Infection qui concerne uniquement l'incision chirurgicale superficielle et qui rencontre les critères suivants:

1. Infection qui apparaît dans les 30 jours postopératoires et
2. Qui ne concerne que la peau et les tissus sous-cutanés au niveau de l'incision et
3. Qui concerne un patient avec au moins un des critères suivants:
 - a. Écoulement purulent par l'incision superficielle
 - b. Micro-organismes isolés à partir d'un prélèvement non-contaminé de fluide ou de tissus à partir de l'incision superficielle avec au moins un des signes ou symptômes d'infection : douleur ou tension, œdème localisé, érythème ou chaleur, ou incision superficielle rouverte volontairement par le chirurgien avec une culture positive ou sans mise en culture. Une culture négative invalide ce critère.
 - c. Diagnostic d'une infection de l'incision chirurgicale posée par un chirurgien ou un médecin traitant

Infection du site chirurgical (profonde)

Infection qui concerne à la fois la superficie et la profondeur de l'incision chirurgicale et rencontre les critères suivants:

1. Infection qui apparait dans les 30 jours postopératoires sans implant chirurgical en place ou un an en cas d'implant en place et
2. Qui apparait liée à la procédure chirurgicale et qui entretient les tissus mous profonds en regard de l'incision (p.e. fascia et muscles) et
3. Qui concerne un patient avec un moins un des critères suivants:
 - a. Ecoulement purulent par l'incision profonde mais pas depuis un organe ou un espace lui-même opéré
 - b. Déhiscence spontanée d'une incision profonde ou volontairement rouverte par un chirurgien avec une culture positive ou sans mise en culture si le patient avait au moins un des signes ou symptômes suivants: fièvre (>38°C) ou douleur localisée ou tension. Une culture négative invalide ce critère.
 - c. Abscessus ou autre preuve d'une infection entretenant l'incision profonde observée à l'examen direct, pendant la chirurgie ou lors d'un examen histologique ou radiologique
 - d. Diagnostic d'une infection de l'incision chirurgicale profonde posée par un chirurgien ou un médecin traitant

Infection du site chirurgical (organe/espace)

Infection qui concerne n'importe quelle partie du corps à l'exclusion des fascias ou des muscles et qui rencontre les critères suivants:

1. Infection qui apparaît dans les 30 jours postopératoires et
2. Qui apparaît liée à la procédure chirurgicale et entretient n'importe quelle partie du corps, à l'exclusion de l'incision cutanée, des fascias ou des muscles qui sont ouverts ou manipulés pendant l'opération et
3. Qui concerne un patient avec au moins un des critères suivants:
 - a. Ecoulement purulent par un drain placé dans une plaie faite par un objet tranchant
 - b. Micro-organismes isolés à partir d'un prélèvement non contaminé de fluide ou de tissus de l'organe/espace et mis en culture
 - c. Abscessus ou observation directe ou autre preuve d'infection entretenant un organe/espace à l'examen direct, lors d'une réintervention, ou lors d'un examen histologique ou radiologique
 - d. Diagnostic d'une infection du site chirurgical entretenant un organe/espace par un chirurgien ou un médecin traitant

Septicémie

Infection qui n'est pas liée à une infection d'un autre site et qui rencontre au moins un des critères suivants:

1. Hémoculture(s) positive pour un agent pathogène reconnu qui n'est pas liée à une infection d'un autre site
2. Présence d'au moins un des signes cliniques suivants: fièvre ($>38^{\circ}\text{C}$), frissons, ou hypotension et au moins un des critères suivants:
 - a. Hémocultures positives pour un contaminant cutané sur au moins deux cultures de sang prélevé à des moments différents
 - b. Hémocultures positives pour un contaminant cutané chez un patient porteur d'un accès vasculaire menant à une antibiothérapie
 - c. Test sanguin positif pour un antigène spécifique

Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)

Détresse respiratoire, ou des symptômes nouveaux ou s'aggravant, débutant dans la semaine postopératoire, et une radiographie du thorax ou un scanner thoracique montrant des opacités bilatérales non-expliquées entièrement par de l'œdème, atélectasie lobaire/pulmonaire ou des nodules, et détresse respiratoire non-expliquées entièrement par une insuffisance cardiaque ou une surcharge vasculaire. Nécessite une objectivation (p.e. échocardiographie) pour exclure un oedème hydrostatique en l'absence de facteurs de risque.

Gradation:

Sévère: $PaO_2:FiO_2 \leq 100$ mmHg avec une PEEP ≥ 5 cmH₂O

Aide:

Si l'altitude est supérieure à 1000 m, un facteur de correction doit être calculé comme suit : $(PaO_2:FiO_2 \times [pression\ barométrique/760\ mmHg])$.

PEEP, positive end-expiratory pressure; CPAP, non-invasive continuous positive airways pressure

Pneumonie

Radiographie thoracique montrant un infiltrat nouveau ou progressif et persistant, ou une consolidation, ou une cavité, et au moins un des critères suivants:

1. fièvre ($>38^{\circ}\text{C}$) sans autre cause
2. leucopénie ($<4,000$ globules blancs/ mm^3) ou leucocytose ($>12,000$ globules blancs / mm^3)
3. pour les adultes >70 ans, altération de l'état de mental sans autre cause connue;

et au moins un des critères suivants:

1. nouvelles expectorations purulentes ou modification dans l'aspect des expectorations, ou augmentation des sécrétions respiratoires, ou besoins augmentés d'inspirations
2. apparition de toux ou aggravation d'une toux, ou dyspnée, ou tachypnée
3. râles ou souffle bronchiques
4. altération des échanges gazeux (hypoxémie, augmentation des besoins en oxygène ou de l'aide ventilatoire)

Aide: Deux radiographies sont nécessaires pour les patients avec une pathologie pulmonaire ou cardiaque sous-jacente. Cette définition peut être utilisée pour identifier une pneumonie associée au respiratoire.

Infection urinaire

Infection associée avec au moins un des signes ou symptômes suivants qui devraient être identifiés dans une période de 24 heures : fièvre ($>38\text{ °C}$), urgences mictionnelles, pollakiurie, dysurie, pubalgies, douleur de la charnière costovertébrale ou tension sans autre cause connue,

Et une culture d'urine positive avec $\geq 10^5$ unités faisant colonies (UFC)/mL avec au maximum deux espèces différentes de micro-organismes.

Aggression rénale (Acute Kidney Injury, AKI)

Stade d'agression rénale	Créatinine sérique	Diurèse
Sévère	Augmentation de 3.0 fois la valeur de base dans les 7 jours ou augmentation de la créatinine sérique de ≥ 4.0 mg/dL (≥ 354 $\mu\text{mol/L}$) associée à une augmentation de >0.5 mg/dL (>44 $\mu\text{mol/L}$) ou l'instauration d'une épuration extra-rénale	≤ 0.3 ml/kg/h pour 24 heures ou Anurie pendant 12 heures

Aide: La valeur de base de créatinine sérique doit être mesurée avant la chirurgie, mais une estimation peut être utilisée si le patient n'a pas de maladie rénale chronique.

Saignement postopératoire

Perte de sang apparaissant dans les 72 heures après la fin de la chirurgie et qui devrait normalement entraîner une transfusion sanguine.

Arrêt cardiaque

Arrêt de l'activité cardiaque mécanique, confirmée par l'absence de signe de circulation. Des modification de l'ECG peuvent confirmer la survenue d'un arrêt cardiaque.

Autres complications sévères

Si l'une des complications suivantes entraîne une prolongation significative du séjour à l'hôpital et / ou une limitation fonctionnelle permanente ou le décès, alors cochez la case «Autre complication sévère» comme «Oui». Notez qu'un traitement clinique est presque toujours nécessaire.

Lâchage anastomotique

Fuite de contenu intraluminal à partir d'une suture chirurgicale entre deux organes creux. Le contenu intraluminal peut apparaître à la peau ou via un drain, ou peut se collecter près de l'anastomose, causant fièvre, abcès, septicémie, troubles métaboliques et/ou défaillance multi-viscérale. La sortie du contenu intraluminal par l'anastomose vers une cavité adjacente, détectée par imagerie, en l'absence de signe clinique, doit être enregistrée comme fuite infra-clinique.

Arythmie

Preuve à l'électrocardiogramme (ECG) de trouble du rythme cardiaque.

Oedème (cardiogénique) pulmonaire

Preuve d'accumulation de liquide dans les alvéoles pulmonaires due à une mauvaise fonction cardiaque.

Saignement gastro-intestinal

Preuve clinique ou endoscopique de sang dans le tractus gastro-intestinal. Un saignement gastro-intestinal haut provient de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum. Un saignement gastro-intestinal bas provient de l'intestin grêle ou du colon.

Infarctus du myocarde

Augmentation des valeurs d'un marqueur cardiaque sérique (de préférence la troponine cardiaque) avec au moins une valeur au-dessus du 99^{ème} percentile supérieur de référence et au moins un des critères suivants:

1. Symptômes d'ischémie
2. Nouvelle, ou supposée nouvelle, modification du segment ST ou de l'onde T à l'ECG ou nouveau bloc de branche gauche
3. Développement d'une onde Q pathologique à l'ECG

4. Preuve radiologique ou échocardiographique d'une nouvelle perte de viabilité myocardique ou d'une nouvelle anomalie de cinétique régionale
5. Identification d'un thrombus intracoronaire à l'angiographie ou à l'autopsie

Embolie pulmonaire (EP)

Nouveau caillot ou thrombus dans la circulation artérielle pulmonaire.

Aide: Les tests diagnostiques appropriés incluent la scintigraphie et l'angiographie-CT. La mesure des D-dimères plasmatiques n'est pas recommandée comme test diagnostique dans les trois semaines postopératoires.

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Évènement embolique, thrombotique, ou hémorragique cérébral avec un déficit moteur, sensoriel ou cognitif résiduel (p.e. hémiparésie, hémiparésie, aphasie, déficit sensoriel, troubles de la mémoire).

Utilisation des ressources hospitalières après la chirurgie

Nous collecterons quelques données de base pour décrire les ressources dont les patients ont bénéficié après la chirurgie.

Admission en unité de soins intensifs pour traiter les complications postopératoires:

Complications postopératoires qui nécessitent une admission en unité de soins intensifs pour traiter ces complications ou pour administrer un support aux fonctions vitales en raison de la sévérité des complications postopératoires.

Durée de séjour à l'hôpital après la chirurgie: Nombre total de jours à l'hôpital après la chirurgie.

Statut à la sortie de l'hôpital ou au 30^{ème} jour postopératoire à l'hôpital: Statut vital du patient à la sortie de l'hôpital, ou au 30^{ème} jours postopératoire à l'hôpital (si le patient n'est pas encore sorti de l'hôpital après la chirurgie). Le statut n'est plus considéré après le 30^{ème} jour à l'hôpital.

Référence

1. Jammer I, Wickboldt N, Sander M, et al. Standards for definitions and use of outcome measures for clinical effectiveness research in perioperative medicine: European Perioperative Clinical Outcome (EPCO) definitions: a statement from the ESA-ESICM joint taskforce on perioperative outcome measures. *Eur J Anaesthesiol* 2015;**32**(2):88-105.