
Période pré opératoire

- Éviter les sédatifs à longue action
- Administrer de l'acétaminophène po 1-2h avant la chirurgie **(FOPR 2161)**
- Offrir des liquides clairs riches en glucides ad 2h avant induction de l'anesthésie **(FOPR 2161)**
- Débuter la prévention des nausées et vomissements avec l'aprépitant **(FOPR 2161)**

Période intra opératoire

Maintien de la normothermie

- Installer la sonde température centrale œsophagienne ou ng
- Appliquer le protocole de réchauffement suivant :
 - Installer le Bair hugger en salle d'attente avant d'entrer dans salle d'opération
 - Installer le Bair hugger couvrant tout le corps (full body) en dessous lorsqu'en décubitus dorsal. Couvrir le patient avec 2 couvertures.
 - Par la suite, Mettre le Bair hugger sur le dos/MI lorsque que patient en décubitus ventral.
 - Protocole à débiter dès l'arrivée au bloc
- Cibler la température corporelle $\geq 36.0^{\circ}\text{C}$
- Monitorer de la température q 15min avec sonde de température
- Utiliser les solutés réchauffés (avec le hotline)
- Réchauffer les solutions d'irrigation
- Viser une température de 21°C dans la salle pour l'installation et la fin de la chirurgie

Prévention des Nausées et Vomissements

- Anesthésie intraveineuse totale (TIVA)
- Décadron 0.1mg/kg (max 6 mg) q8h.
- Zofran 0.1mg/kg (max 8 mg) à la fin de la chirurgie

Matériel

- Positionner sur la table Jackson
- Utiliser la traction squelettique selon ortho
- Demander la civière disponible à l'entrée de la salle

Approche anesthésique

Fusion vertébrale :

- Protocole Tiva :
 - Perfusion de propofol
 - Perfusion de sufentanil ou remifentanil
 - Perfusion de ketamine
 - Optimiser la profondeur de l'anesthésie selon les potentiels évoqués

Choisir entre le bloc des érecteurs ou la perfusion de lidocaïne

- Bloc des érecteurs du rachis bilatéral
 - Ropivacaine 0.125% 80ml >40kg + dexmedetomidine 1mcg/kg
 - À faire à la fin de la chirurgie

OU

- Ajout d'une perfusion de lidocaïne
 - Bolus 1mg/kg sur 1 minute
 - Perfusion 1mg/kg/h
 - Garder la perfusion jusqu'au congé de la salle de réveil
 - Si l'usager va aux SIP, garder perfusion de lidocaïne x24h à 1mg/kg/h
- Épimorphe
 - 2-3 mcg/kg (max 200mcg)
 - À donner au chirurgien avant la fin de la chirurgie

Modulation de croissance

- Bloc des érecteurs du rachis unilatéral
 - Bupivacaine 0.25% 0.5mg/kg + dexmedetomidine 0.5mcg/kg
 - À faire en début de chirurgie lorsque le patient est en décubitus latéral
- Protocole Tiva :
 - Perfusion de propofol

- Perfusion de sufentanil ou remifentanil
- Perfusion de ketamine
- Optimiser la profondeur de l'anesthésie selon le neuromonitoring (potentiels évoqués, cis, entropy)

Dissection

- Injecter un bloqueur neuromusculaire durant la dissection

Gestion liquidienne

- Utiliser la pompe volumétrique
- Cibler l'euvolémie
- Débuter avec un bolus d'acide tranexamique 10mg/kg sur 15 minutes
- Administrer une perfusion d'acide tranexamique 10mg/kg/h, max 4g total sur 24h
- Remplacer les pertes sanguines
- Hypotension relative durant la dissection
- Hémodynamie compatible selon potentiels évoqués.

Salle de réveil

- Utiliser les ordonnances :
FOPR 2164 Scoliose Idiopathique (RAAC) Post opératoire
FOPR 2165 Scoliose Idiopathique (RAAC) Analgésie post opératoire
- Favoriser ACP d'hydromorphone
- Garder le Bair hugger à la salle de réveil
- Température salle de réveil de 21-22°C
- Monitoring température en salle de réveil, si hypotherme q30min ad normothermie soit $\geq 36^{\circ}\text{C}$

Juin 2024

Responsables :

Flavie Pettersen (pharmacienne), Françoise Yung (anesthésiste), Tanya Santella (anesthésiste), Félix Brassard (orthopédiste), Stéfan Parent (orthopédiste), Justine B.Gravel (CSI RAAC)