

MONANESTHÉSIE | WEEKLY REVIEW – N°0



Pourquoi cette newsletter ?

Cette newsletter a pour ambition de paraître **hebdomadairement** durant l'année académique, en tant qu'organe d'information scientifique indépendant dédié à l'anesthésie, à la médecine péri-opératoire, à la douleur et à la réanimation.

La newsletter s'inscrit dans un projet plus large : le **site internet MonAnesthésie**, qui constitue le point central de l'initiative. N'hésitez pas à aller y faire un tour !

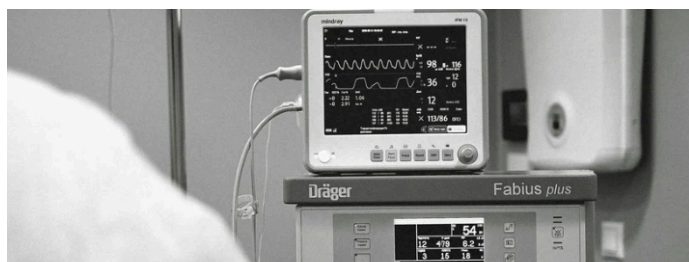
Une plateforme vivante et collaborative

MonAnesthésie se veut également une plateforme d'échanges.

La newsletter est pensée comme un outil évolutif, nourri par :

- vos remarques,
- vos suggestions,
- vos références,
- et vos questions cliniques.

Les contributions, idées de lecture ou propositions de thèmes sont les bienvenues et participent à enrichir le contenu et à maintenir une veille pertinente, ancrée dans la réalité du terrain.



Chaque numéro proposera, sous différentes formes :

- Mise en évidence de publications récentes jugées importantes,
- Synthèses courtes d'articles majeurs,
- Astuces, rappels ou "trucs" utiles à la pratique clinique quotidienne,
- Mise en perspective de concepts historiques, théoriques ou émergents.



ACCUEIL NEWSLETTERS GUIDELINES À LA UNE REVUES BLOG À PROPOS CONTACT

Un lien direct vers les articles pertinents

Lorsque cela est possible, les articles cités seront accompagnés :

- d'un lien direct vers la publication originale,
- ou d'un document PDF permettant un accès rapide à la source.

L'objectif n'est pas l'exhaustivité, mais la pertinence



Mise à jour du statut ASA

Pour inaugurer cette toute première newsletter, quoi de plus pertinent que de revenir aux fondamentaux de notre pratique ?

Chaque cinq ans, l'**American Society of Anesthesiologists** revoit et actualise la définition de la classification ASA, outil central de l'évaluation préopératoire dont bénéficient l'ensemble de nos patients.

Dans sa publication de janvier 2026, de nouveaux exemples cliniques sont proposés. Ils permettent d'éclairer l'utilisation de cette classification, dont l'application en pratique quotidienne demeure parfois plus complexe qu'il n'y paraît.



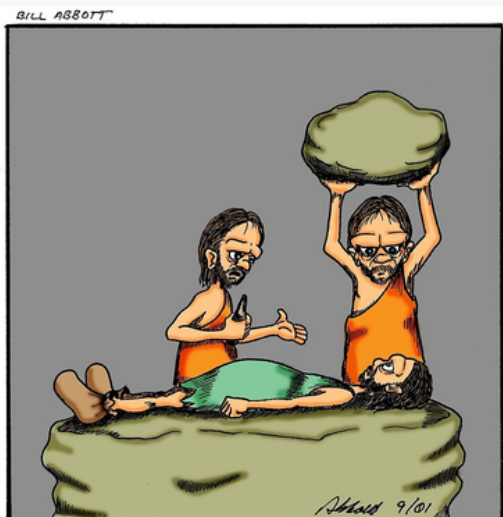
American Society of Anesthesiologists Statement on ASA Physical Status Classification System. Anesthesiology Open 1(1):p e0002, January 2026. | DOI: 10.1097/ao9.0000000000000002

Current Definitions and ASA-approved Examples

ASA PS Classification	Definition	Adult Examples, Including, but not Limited to:	Pediatric Examples, Including but not Limited to:	Obstetric Examples, Including but not Limited to:
ASA I	A normal healthy patient	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use	Healthy (no acute or chronic disease), normal BMI percentile for age	
ASA II	A patient with mild systemic disease	Mild diseases only without substantive functional limitations or end organ involvement. Current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30<BMI<40), well-controlled DM or HTN, mild lung disease, CHF NYHA Class 1, mild cognitive dysfunction, isolated mild/moderate obstructive sleep apnea with compliance with CPAP as prescribed.	Asymptomatic non cyanotic congenital cardiac disease, well controlled dysrhythmias, asthma without exacerbation, well controlled epilepsy, non-insulin dependent DM, abnormal BMI percentile for age, mild/moderate OSA, oncologic state in remission, autism with mild limitations, malignant hyperthermia risk (family history or patient with history)	Normal pregnancy,* well controlled gestational HTN, diet-controlled gestational DM

(Continued)

Une grossesse normale (non-compiquée) seule est considérée ASA II



"...and this is Ralph, your anesthesiologist."

abbottoons

ASA PS Classification	Definition	Adult Examples, Including, but not Limited to:	Pediatric Examples, Including but not Limited to:	Obstetric Examples, Including but not Limited to:
ASA III	A patient with severe systemic disease	Substantive functional limitations; One or more moderate to severe diseases. COPD, morbid obesity (BMI ≥40), active hepatitis, compensated cirrhosis, alcohol dependence or abuse, functional implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction or CHF NYHA class 2 or 3, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, PE, or CAD/stents, significant cognitive dysfunction, isolated severe OSA regardless of CPAP compliance or any severity of obstructive sleep apnea with CPAP noncompliance. Poorly controlled DM or HTN with or without end organ dysfunction.	Uncorrected stable congenital cardiac abnormality, asthma with exacerbation, poorly controlled epilepsy, insulin dependent diabetes mellitus, morbid obesity, malnutrition, severe OSA, oncologic state, renal failure, muscular dystrophy, cystic fibrosis, history of organ transplantation, brain/spinal cord malformation, symptomatic hydrocephalus, premature infant PCA <60 weeks, autism with severe limitations, metabolic disease, difficult airway, long term parenteral nutrition. Full term infants <6 weeks of age.	Preeclampsia with or without severe features, gestational diabetes poorly controlled or with complications or high insulin requirements, a thrombophilic disease requiring anticoagulation.
ASA IV	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life	Recent (<3 months) MI, CVA, TIA or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction or CHF NYHA class 4, shock, sepsis, DIC, ARDS, ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis, uncompensated cirrhosis, severe cognitive dysfunction	Symptomatic congenital cardiac abnormality, congestive heart failure, active sequelae of prematurity, acute hypoxic-ischemic encephalopathy, shock, sepsis, disseminated intravascular coagulation, automatic implantable cardioverter-defibrillator, ventilator dependence, endocrinopathy, severe trauma, severe respiratory distress, advanced oncologic state.	Preeclampsia with severe features complicated by HELLP or other adverse event, peripartum cardiomyopathy, uncorrected/decompensated heart disease.
ASA V	A moribund patient who is not expected to survive without the operation	Ruptured abdominal or thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction	Massive trauma, intracranial hemorrhage with mass effect, patient requiring ECMO, respiratory failure or arrest, malignant hypertension with hypertensive crisis, decompensated congestive heart failure, hepatic encephalopathy, ischemic bowel or multiple organ/system dysfunction.	Uterine rupture, amniotic fluid embolism
ASA VI	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes			

*Although pregnancy is not a disease, the parturient's physiologic state is significantly altered from when the woman is not pregnant, hence the assignment of ASA PS II for a woman with uncomplicated pregnancy.

**The addition of "E" denotes Emergency surgery: (An emergency is defined as existing when delay in treatment of the patient would lead to a significant increase in the threat to life or body part).



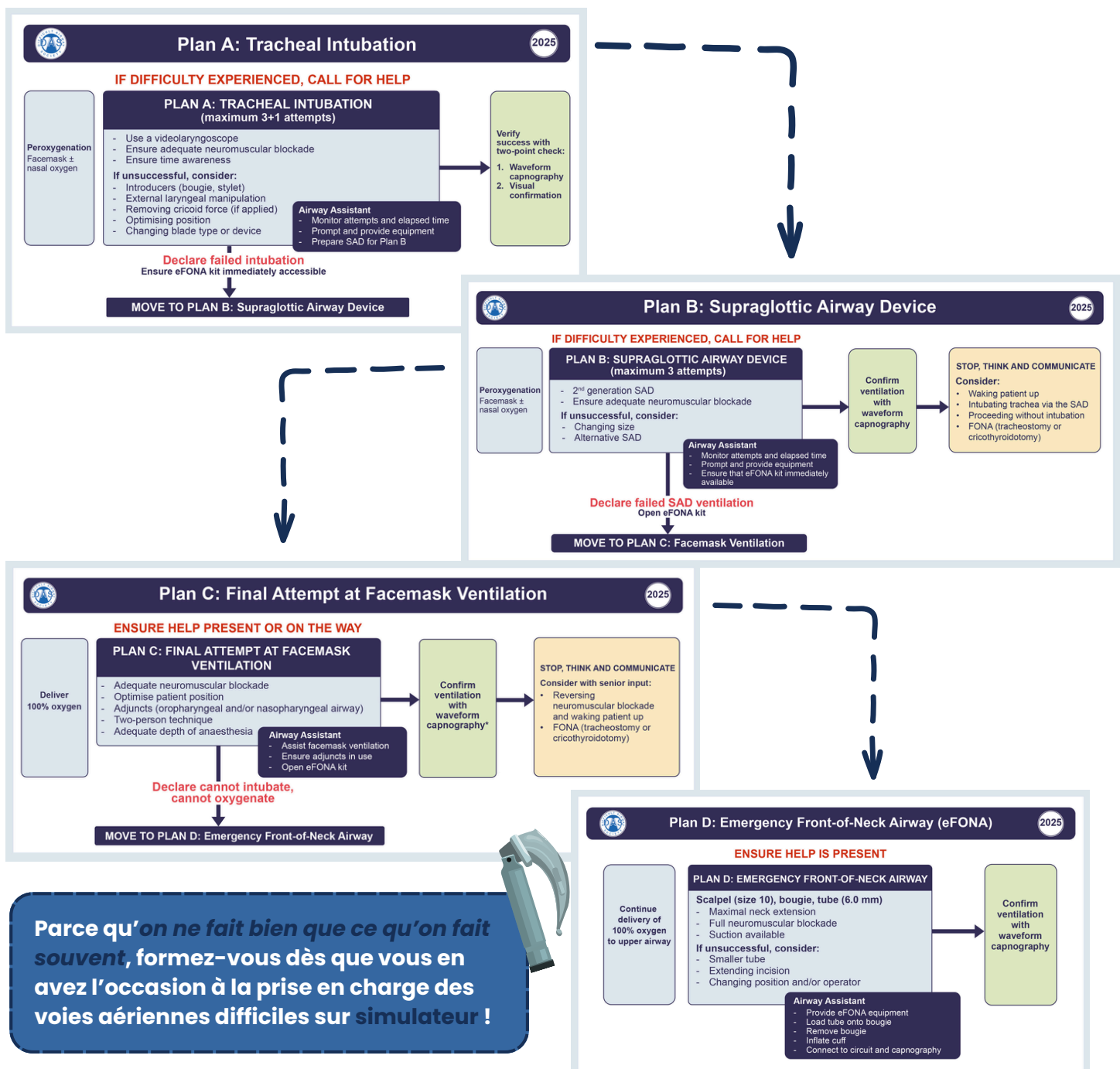
Voies aériennes difficiles

Pour celles et ceux qui seraient passés à côté, la **Difficult Airway Society** a publié en novembre 2025 une mise à jour majeure de ses recommandations concernant la **prise en charge des voies aériennes difficiles non prévues chez l'adulte**.

Ces nouvelles **guidelines** proposent une évolution pragmatique des algorithmes existants, avec un accent renforcé sur l'anticipation dynamique, la limitation des tentatives, la place des dispositifs supraglottiques et la gestion structurée de l'échec d'intubation. Elles visent avant tout à améliorer la sécurité du patient dans des situations à haut risque, fréquentes dans notre pratique quotidienne.



Ahmad I, El-Boghdady K, Iliff H, et al. Difficult Airway Society 2025 guidelines for management of unanticipated difficult tracheal intubation in adults. Br J Anaesth. Published online November 7, 2025. doi:10.1016/j.bja.2025.10.006



Parce qu'on ne fait bien que ce qu'on fait souvent, formez-vous dès que vous en avez l'occasion à la prise en charge des voies aériennes difficiles sur simulateur !

