

ET LE TRAUMATISÉ EN SSPI ?

Le traumatisé grave :

- Risque vital ou défaillance vitale :
 - ✓ Immédiat
 - ✓ Retardé
- Risque fonctionnel important.
- Mon-, multi- ou polytraumatisé.

Le transfert du patient en SSPI :

La surveillance post interventionnelle commence au bloc opératoire, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie (article D 6124-97 de Code de la Santé Publique) :

- Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert vers la SSPI.
- Le patient doit être accompagné du MAR qui a pratiqué l'anesthésie ou d'un IADE (recommandations de la SFAR).
- La phase de transfert fait partie intégrante de la surveillance post interventionnelle et peut nécessiter des soins spécifiques, notamment lorsque la longueur du trajet l'impose.

Le décret du 20 juillet 2005

Le décret n°2005-840, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé, en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique, nous apporte certains éléments.

Article D. 6124-91

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 pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;
2. Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;
3. Une surveillance continue après l'intervention ;
4. Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuée.

Article D. 6124-97

La surveillance continue post-interventionnelle mentionnée au 3° de l'article D. 6124-91 a

pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination et de faire face, en tenant compte de l'état de santé du patient, aux complications éventuelles liées à l'intervention ou à l'anesthésie.

Cette surveillance commence en salle, dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie. Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient. Elle se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire du patient, de son équilibre circulatoire et de sa récupération neurologique.

Article D. 6124-100

La salle de surveillance post-interventionnelle doit être située à proximité d'un ou plusieurs sites où sont pratiquées les anesthésies et dont le regroupement doit être favorisé, notamment des secteurs opératoires et des secteurs où sont pratiquée les actes d'endoscopie ou de radiologie interventionnelle.

Ses horaires d'ouverture doivent tenir compte du tableau fixant la programmation des interventions, mentionné à l'article D. 6124-93, et de l'activité de l'établissement au titre de l'accueil et du traitement des urgences. Toute nouvelle salle de surveillance post-interventionnelle, y compris lorsqu'elle est créée par regroupement de salles existantes afin notamment de respecter les normes de personnel paramédical mentionnées à l'article D. 6124-101, doit comporter une capacité minimale de quatre postes.

Cette notion de distance, entre le lieu de pratique de l'anesthésie et sa surveillance post-interventionnelle, montre qu'il existe réellement une notion de risque pendant le transfert et qu'il est nécessaire que le temps de transfert soit le plus bref. Cette proximité permet également une rapidité d'action en cas d'incident.

Recommandations de la SFAR

La SFAR a prodigué pendant la même période des recommandations en ce qui concerne la surveillance et les soins post-anesthésiques qui sont pendant le transfert de la salle d'intervention vers la SSPI, le patient est accompagné du médecin qui a pratiqué l'anesthésie ou d'un IADE,

- En cours de transport, une surveillance constante et des soins appropriés sont assurés. Un dispositif d'oxygénothérapie mobile, un oxymètre de pouls et un moniteur ECG doivent être disponibles si l'état du patient, le type d'acte effectué et, ou la longueur du trajet l'imposent.¹

Ces textes confirment bien la nécessité et l'obligation d'effectuer une surveillance

¹ Recommandations concernant la surveillance post anesthésique septembre 1994

immédiate dès le début du transfert. Néanmoins aucune précision ne nous est imposée sur le nombre de personnes devant effectuer le transfert, le matériel de surveillance et de suppléance en cas de complications.

Prise en charge du patient en SSPI :

- Compte rendu :
 - ✓ Protocole d'anesthésie
 - ✓ Type de chirurgie
 - ✓ Complications éventuelles
 - ✓ Prescriptions postopératoires
 - ✓ Effets résiduels des agents
 - ✓ Suivi chirurgical (drain...)
 - Oxygénothérapie
 - Paramètres vitaux :
 - ✓ FC, PA, SpO2, FR, Vt
 - ✓ Température
 - Prise en charge des voies aériennes :
 - ✓ Reprise d'une ventilation spontanée
 - ✓ Extubation
 - Prise en charge de la douleur
- Sortie de la SSPI.

Prise en charge des traumatismes du rachis au bloc Tête et Cou à

Gui de Chauliac :

La prise en charge d'un traumatisme du rachis s'intègre fréquemment dans un contexte de polytraumatisme.

Le pronostic fonctionnel neurologique d'un traumatisme du rachis est lié à l'atteinte médullaire qui l'accompagne.

Les traumatismes du rachis peuvent être responsables de lourdes conséquences fonctionnelles ; ce sont des urgences chirurgicales qui engagent le pronostic neurologique.

La règle est de donner la priorité au traitement des lésions qui mettent en jeu le pronostic vital et de différer la prise en charge des lésions qui n'engagent que le pronostic fonctionnel.

Il faut donc s'assurer qu'il n'existe pas de lésions associées, qui pourraient être responsable d'une décompensation respiratoire ou cardio-circulatoire dont la prise en charge est extrêmement difficile en cours d'intervention (patient en décubitus ventral le plus souvent).

Le contrôle d'une hémodynamique stable, une normoxie et une normocapnie sont essentiels tout au long de la prise en charge de ces patients, chez qui la perfusion médullaire est étroitement dépendante de la pression artérielle.

Monitoring :

Monitoring standard : PNI, ECG, SpO₂, capnographie.

Mesure de la pression artérielle à discuter.

Monitoring de la température centrale nécessaire chez un patient polytraumatisé.

Surveillance de la diurèse par la mise en place d'une sonde urinaire.

Intubation :

Lorsque le traumatisme rachidien est stable et ne concerne pas le rachis cervical, la difficulté est celle d'une intubation en urgence sur un estomac plein.

Le risque de cette intubation est majorée lorsque le traumatisme rachidien est instable au niveau cervical ; aux difficultés d'une intubation en urgence vient se rajouter le risque d'une aggravation des lésions médullaires par déplacement de la fracture.

L'installation :

L'installation du patient en décubitus ventral expose à des mouvements de flexion-extension ainsi que de rotation du rachis.

Le retournement se fera lorsqu'une stabilité hémodynamique sera obtenue.

Complications peropératoires :

3 grandes complications peuvent survenir au cours de l'intervention :

- Bradycardie : peut être la conséquence de certaines manœuvres de réductions des premières vertèbres cervicales.
- Collapsus : lié à l'hypovolémie, à l'anesthésie générale (vasoplégie par sympatholyse), à une mauvaise installation (compression de la veine cave), spoliation sanguine au cours de la réduction fixation d'une fracture.
- Hypothermie : utilisation de couverture chauffante permet une lutte efficace contre l'hypothermie peropératoire.

Postopératoire :

Lorsque les valeurs des différents paramètres vitaux sont stables, le traumatisé doit être réveillé afin de permettre un bilan neurologique.

Une extubation sera décidée en l'absence de troubles neurologiques compromettant une ventilation autonome et efficace.

En ce qui concerne les patients tétraplégiques, les problèmes posés par le sevrage ventilatoire, le nursing, la dysautonomie neurovégétative et la nécessité d'une alimentation entérale impose un transfert en réanimation.

Rôles de l'IADE en SSPI :

- Détection et traitement des incidents per-opératoires liés à l'anesthésie et à l'intervention réalisé.

- Facteurs prédictifs de l'extubation à risque.

- Complications graves :

- ✓ Respiratoires :

- Obstruction des voies aériennes, en général au niveau du larynx ou du pharynx (du fait d'un oedème ou d'une hémorragie, ou paralysie récurrentielle).

Un laryngospasme peut être déclenché par stimulation ou irritation (aspiration) ou l'accumulation de sécrétions ou du sang.

inhalation, hypoventilation alvéolaire, hypoxémie postopératoire,

- Troubles centraux (effets résiduels des morphiniques et anesthésiques volatiles avec augmentation PaCO₂ « carbonarcose »),

- Mécanique ventilatoire : curarisation résiduelle, des complications chirurgicales comme la paralysie phrénique, ou des maladies du système musculaires comme la myasthénie sont capables de perturber la mécanique ventilatoire en post-opératoire.

- Complications pulmonaires : les interventions thoraciques sus-méso coliques, une pathologie chronique pulmonaire ou l'obésité favorisent la survenue de micro-atélectasies avec perturbations des échanges gazeux.

Un oedème ou une embolie pulmonaire peuvent aussi altérer les échanges gazeux pulmonaires. Des augmentations de la consommation d'oxygène, et donc des besoins, accompagnent les réactions de lutte contre le froid, l'agitation motrice et la fièvre.

- ✓ Cardio-circulatoires :

L'hypoxie, l'hypercapnie, l'hypovolémie, l'anémie, la douleur, l'hypothermie ou la rétention urinaire sont toutes des situations s'accompagnant d'une augmentation de l'activité sympathique cela peut conduire à une hypo et hypertension artérielle, troubles du rythme, ischémie myocardique, une arrêt cardiaque.

Une embolie pulmonaire, rare, est toujours une cause à évoquer en cas de décompensation circulatoire brutale.

✓ Neurologiques :

- Retard de réveil : « queue d'anesthésie » coma...

Une hyperventilation per opératoire excessive peut, par alcalose respiratoire, entraîner une vasoconstriction et une ischémie cérébrale.

- Agitations post-opératoires : Même si les états d'agitation post-opératoires ont fréquemment pour origine la douleur, une hypoxie ne doit en aucun cas passer inaperçu. Une autre cause possible est le globe vésical.

- Autres troubles de la conscience : Œdème cérébral, AVC ischémique ou hémorragique.

- Hypothermie : Frissons, le métabolisme et consommation d'oxygène peuvent être quadruplés.

- Hyperthermie : Septicémie.

- Frissons.

✓ Nausées et vomissements : Les facteurs favorisants sont essentiellement les anesthésiques inhalatoires et les morphiniques

Evaluation de l'aptitude à la sortie de SSPI : selon critères de sécurité (score d'Aldrète modifié (1995), score du « KB », selon critères de confort (NVPO, douleur). Seul le médecin anesthésiste décide de la sortie du patient.