

ANESTHESIE et IBODE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE



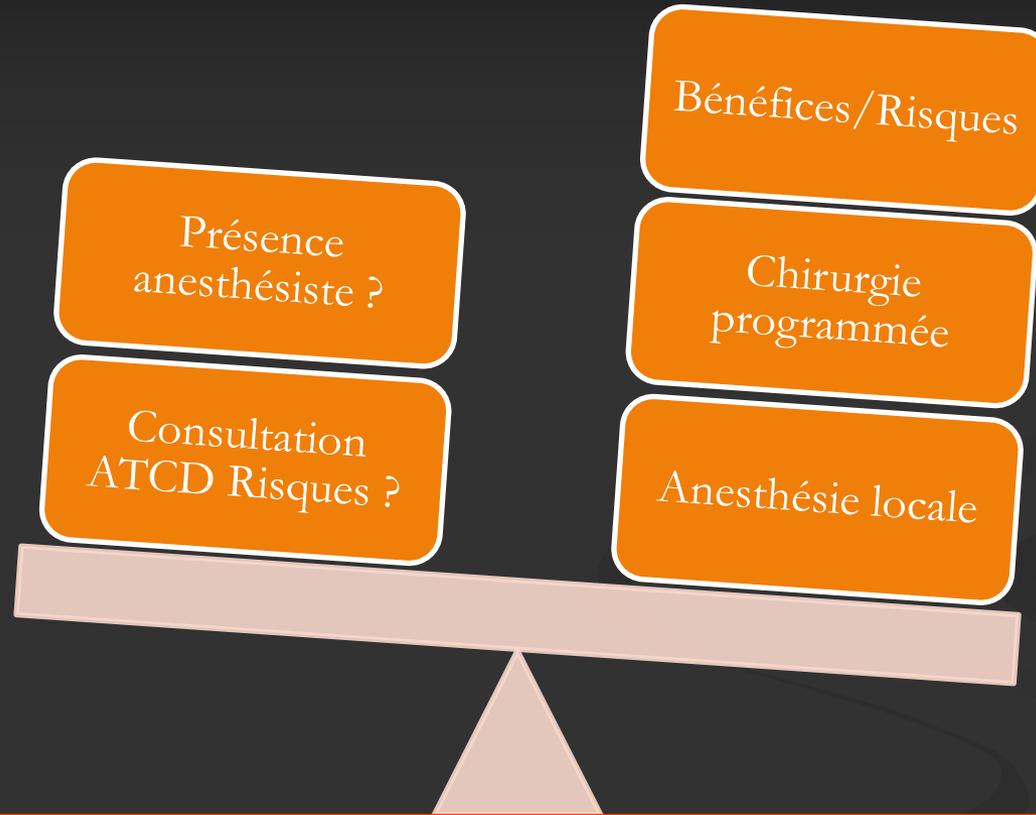
Catherine MULLER

ff Directrice - École Régionale des Infirmiers Anesthésistes

C.H.I. Poissy - St Germain en Laye

Chirurgie ambulatoire

Parcours rapide, réhabilitation précoce

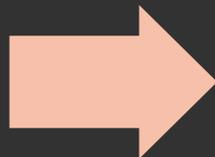
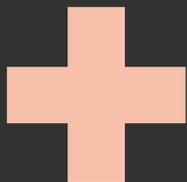


**QUAND L'IBODE EST SEUL(E) EN
SALLE ...??!**

UNE VISION LEGALISTE ...



Préparation de
salle,
monitorage,
surveillance
IDE



Articles
R4311-5

(surveillance sur rôle propre)

R4311-7

(pose et surveillance KT sur
prescription)

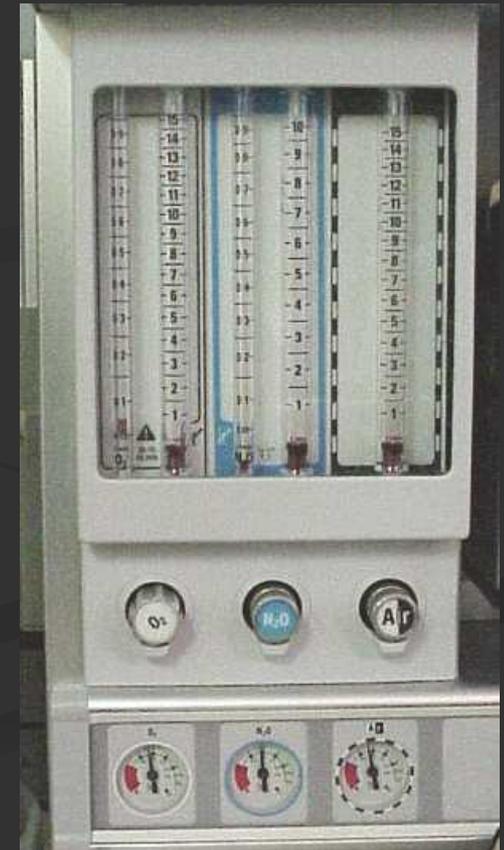
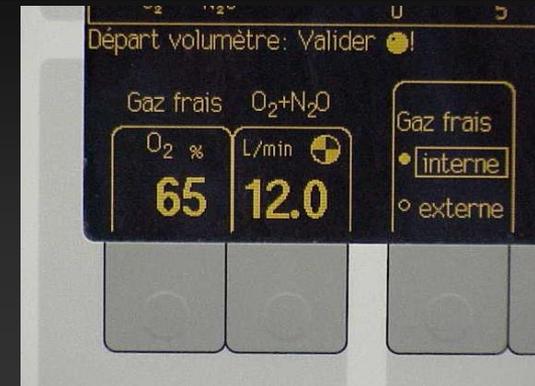
R4311-8

(mise en route TTT sur prescription)

Responsabilité
IBODE,
prévention des
risques
démarche
qualité ?

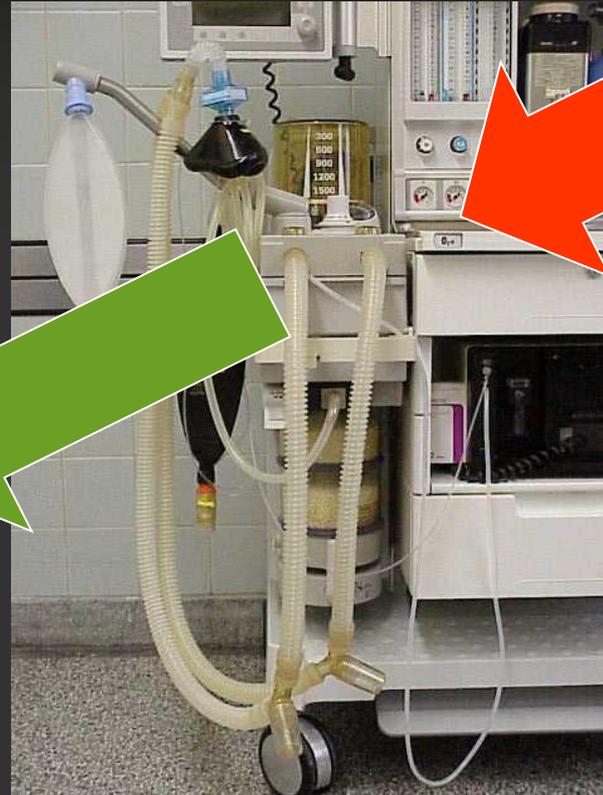


ASSURER LA SECURITE VENTILATOIRE



O2 rapide > 15 l/mn

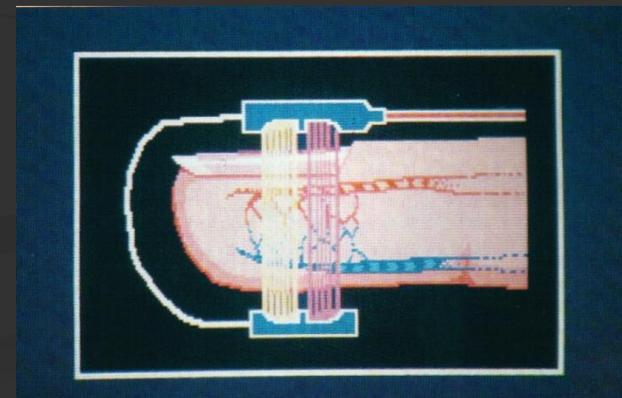
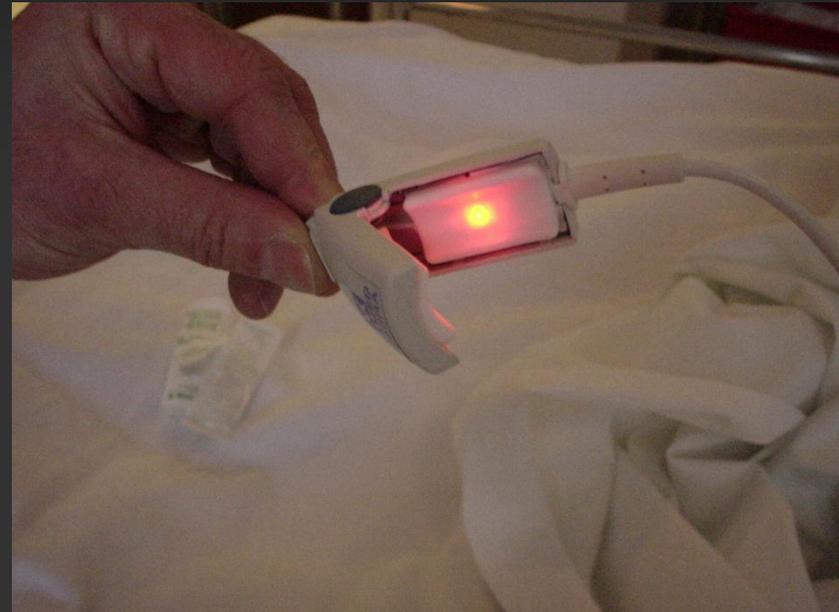
« prend la main » sur le circuit principal ou auxiliaire



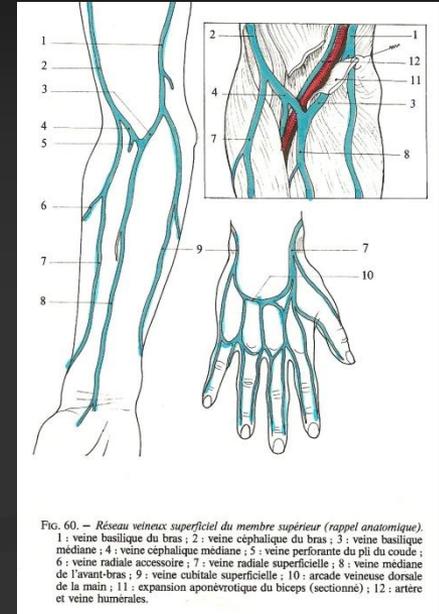
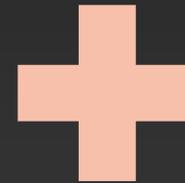
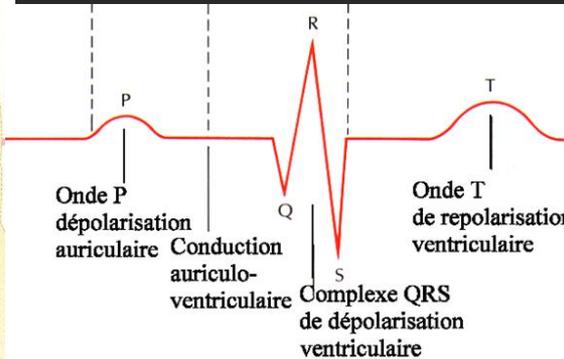
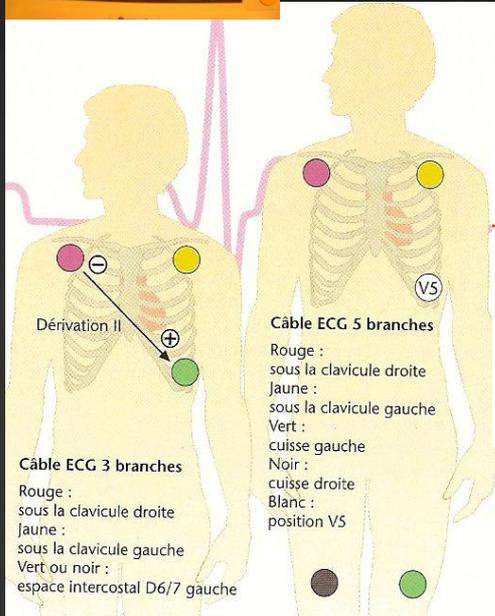
ASSURER LA SECURITE VENTILATOIRE

- **Moyen de surveillance indispensable : l'oxymètre de pouls**
- **Il donne une estimation de la SpO₂ (= Conc. HbO₂/Cap. Tot. Fix.O₂)**
- **Valeurs normales > 96% (92% admis chez patient avec pathologie)**

- **Précision de la technique**
 - Si SaO₂ > 90% : ± 2% d'erreur
 - Si SaO₂ < 80% : + 15% de marge d'erreur



ASSURER LA SECURITE CIRCULATOIRE



ROLE IBODE TRES IMPORTANT dans

1. La détection des situations à risque et l'analyse des renseignements fournis par le scope
2. Le signalement de toute anomalie au médecin
3. **La mise en place de mesures :**
 - **Vérification du pouls du patient**
 - **Éventuellement, mise à 100% O2**
 - **Mise en route réanimation si nécessaire**

UNE URGENCE : Toxicité des AL

■ SIGNES D'APPELS :

- La **toxicité nerveuse** peut être annoncée par :
 - Logorrhée
 - Goût métallique
 - Troubles visuels
 - Acouphènes
- La **toxicité cardiaque** se traduit par une dépression myocardique, une vasodilatation périphérique, avec pour conséquence
 - Une hypotension et même un collapsus

■ SIGNES DE GRAVITE :

- Des convulsions suivies d'un coma avec apnée et hypoxie.
- Un bloc auriculo-ventriculaire voire une fibrillation
- Un arrêt cardiaque

Les signes de gravité peuvent s'installer d'emblée.

Les GESTES d'URGENCE ...

Conduite à tenir immédiate

Arrêt de l'injection d'anesthésique local (AL)

Demander de l'aide

Préserver la liberté des voies aériennes

Administrer de l'oxygène à FiO₂ 100% et assurer une ventilation adéquate (l'hyperventilation favorise la correction d'une acidose métabolique)

Traiter les convulsions par benzodiazépines, thiopental ou propofol à dose titrée.

Evaluer l'état cardio-circulatoire et en suivre l'évolution au cours de la réanimation

Traitement prioritaire symptomatique de l'arrêt cardiorespiratoire (ACR)

lié à l'intoxication aux anesthésiques locaux

Recourir aux protocoles standardisés de réanimation cardiorespiratoire et de traitement des troubles du rythme cardiaque

Massage cardiaque prolongé

Intubation orotrachéale dès que possible et ventilation à FiO₂ 100%

Maintien de l'hémodynamique avec de faibles doses d'adrénaline i.v., les bolus d'adrénaline doivent être limités à 5-10 µg/kg pour éviter la tachycardie ventriculaire ou la fibrillation

Cardioversion possible en cas de fibrillation ventriculaire - ne pas injecter d'amiodarone

Une réanimation prolongée peut être nécessaire

Débuter le traitement de l'intoxication par émulsion lipidique dans la foulée

en l'absence d'amélioration rapide (doses pour un patient pesant 70kg)

1) Administrer en intra-veineux un bolus d'Intralipide 20% 1,5 ml.kg⁻¹ (100 ml en 1 min)

2) Débuter une perfusion i.v. d'Intralipide 20% 0,25 ml.kg⁻¹.min⁻¹ (400 ml en 20 min)

3) Répéter le bolus i.v. initial de 100 ml, 2 fois à 5 min d'intervalle en l'absence de récupération cardiocirculatoire.

4) Augmenter le débit de perfusion à 0,5 ml.kg⁻¹.mn⁻¹ (400 ml en 10 min), 5 minutes plus tard en l'absence de récupération cardiocirculatoire

5) Continuer l'administration jusqu'au retour de l'activité cardiaque et la stabilité hémodynamique

6) Envisager la circulation extracorporelle en cas d'inefficacité de ces traitements

Les GESTES d'URGENCE ...

www.alrf.fr et www.alrf.asso.fr

Conduite à tenir immédiate

Arrêt de l'injection d'anesthésique local (AL)

Demander de l'aide

Préserver la liberté des voies aériennes

Administrer de l'oxygène à 100%

corriger d'une acidose métabolique

Traiter les convulsions

Évaluer



SOS INTRALIPIDE
Conseils pour la prise en charge des accidents sévères
de toxicité systémique aux anesthésiques locaux
en cas de réanimation cardiorespiratoire et de traitement des troubles du rythme
cardiorespiratoire (ACR)

La ventilation favorise la

À

ca

Ma ... prolongé

Intu ... machéale dès que possible et ventilation à FiO2 100%

Main ... de l'hémodynamique avec de faibles doses d'adrénaline i.v., les bolus d'adrénaline doivent être limités à 5-10 µg/kg pour éviter la tachycardie ventriculaire ou la fibrillation

Cardioversion possible en cas de fibrillation ventriculaire - ne pas injecter d'amiodarone

Une réanimation prolongée peut être nécessaire

Débuter le traitement de l'intoxication par émulsion lipidique dans la foulée en l'absence d'amélioration rapide (doses pour un patient pesant 70kg)

1) Administrer en intra-veineux un bolus d'Intralipide 20% $1,5 \text{ ml.kg}^{-1}$ (100 ml en 1 min)

2) Débuter une perfusion i.v. d'Intralipide 20% $0,25 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$ (400 ml en 20 min)

3) Répéter le bolus i.v. initial de 100 ml, 2 fois à 5 min d'intervalle en l'absence de récupération cardiocirculatoire.

4) Augmenter le débit de perfusion à $0,5 \text{ ml.kg}^{-1}.\text{mn}^{-1}$ (400 ml en 10 min), 5 minutes plus tard en l'absence de récupération cardiocirculatoire

5) Continuer l'administration jusqu'au retour de l'activité cardiaque et la stabilité hémodynamique

6) Envisager la circulation extracorporelle en cas d'inefficacité de ces traitements

DOSES MAXIMALES



LIDOCAINE non
adréalinée

- 500 mg



BUPIVACAINE non
adréalinée

- 150 mg



NAROPEINE

- 225 mg

UNE VISION PROFESSIONNELLE...

Nous vous conseillons d'associer :

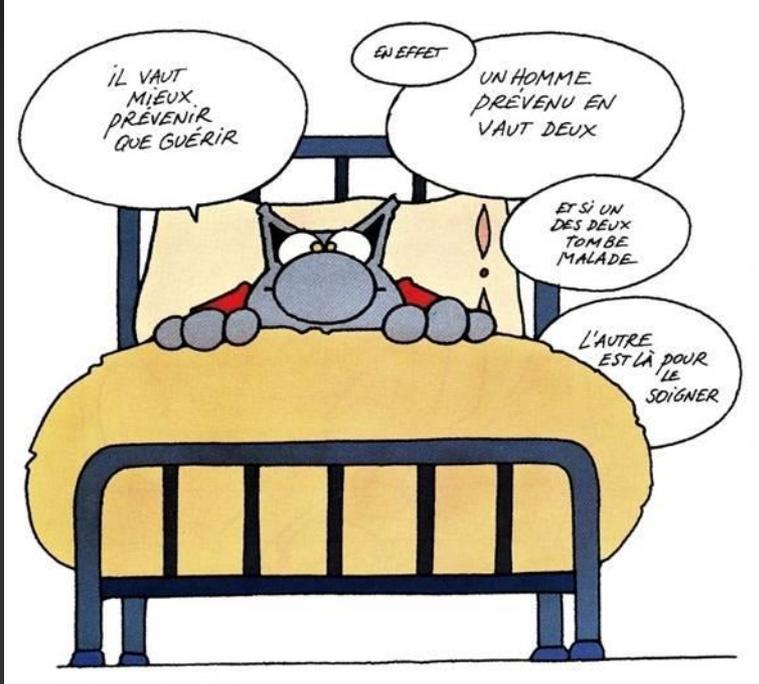
- *Des vérifications soigneuses et essentielles +++ (identité, côté à opérer, à croiser avec nom du chirurgien et intervention prévue, consentement ...)*
- *Une attitude empathique : rassurer, expliquer, répondre aux questions du patient*
- *Une installation soigneuse (gélamines, éviter compression, confort ; réchauffement ? ...)*
- *La pose d'une voie veineuse périphérique, des électrodes ECG, la mise en place d'une mesure la tension artérielle et de la SpO₂*
- *Une traçabilité des paramètres recueillis sur une feuille de surveillance*





DERNIERS CONSEILS ...

- Vous êtes en droit de demander à l'IADE de brancher le respirateur et de le tester ainsi que le matériel que vous ne connaissez pas bien.
- Mais vous pouvez aussi apprendre à vous servir du moniteur cardiaque de la salle...
- L'installation, la pose de VVP, le suivi du patient est bien un rôle IDE...
- Le tout étant de se parler, afin de se connaître et de (re)connaître le travail de l'autre...



Des questions ???