




Les soins postinterventionnels

Dr. Bernhard Stein
Anesthésie-Réanimation CHEM






Rôle d'une structure postinterventionnelle

- Une structure intermédiaire ,entre bloc opératoire et service normale , qui assure une **surveillance** intensive et adaptée à la situation **postopératoire**
 - **Éviter voire réduire les complications postinterventionnelles directes**
 - Assurer un transfert en unité de soins après une prise en charge codifiée ,un check-up de l'état du patient , un traitement proactive de la douleur et une documentation cohérente
 - **Réduction de la morbidité et de la mortalité postinterventionnelle et amélioration de la qualité des soins**
- 




Structure –Architecture et équipement-

- Structure centralisée , si possible
 - Intégration dans le bloc opératoire
 - Accès facile pour anesthésiste et chirurgien
 - Passage facile vers le bloc OP et les unités de soins
 - Nombre de places adaptés à l'activité opératoire
-
- Equipement de monitoring non-invasive et invasive avec moniteur central
 - Possibilité d'intuber et de ventiler en cas d'urgence
 - Chariot d'urgence , défibrillateur
 - Mini laboratoire (option)
- 




Structure –Personnel-

- Responsabilité pour la salle de réveil (SDR) demeure chez l'anesthésiste jusqu'au transfert en unité de soins
 - Formations spécifique pour le personnel – infirmiers en anesthésie-réanimation – expérience en réanimation
 - Relation patients – personnel soignant 1:3 à 1:4 pour la simple surveillance
 - Cette relation peut être modifiée , si des autres tâches s'y rajoutent: p.e. traitement de la douleur , Intermediate Care Unit intégré , ventilation postopératoire
 - Documentation spécifique en SDR
- 



Structure: Organisation et procédures


- Chaque patient après un geste en anesthésie passe par la SDR – temps de passage minimal après une anesthésie générale: 1 heure
 - Responsabilité pour la salle de réveil (SDR) demeure chez l'anesthésiste jusqu'au transfert en unité de soins
 - Collaboration étroite avec le chirurgien en cas de complications chirurgicales
 - **Prise en charge codifiée:** monitoring de base - score d'ALDRETE à l'admission et la sortie – check – up des fonctions vitales et contrôle régulier (min. tts les 15 minutes) – documentation
 - **Check Up à la sortie SDR:** réveil – douleur – fonctions vitales
- 

Score d'ALDRETE

Motricité		Etat de conscience	
bouge les 4 membres	2	Parfaitement réveillée	2
bouge 2 membres	1	Réveil à la demande	1
immobile	0	Ne répond pas aux ordres simples	0
Respiration		Saturation en O ₂	
Respire et tousse profondément	2	> 92 % à l'air libre	2
Dyspnée , resp. superficielle	1	O ₂ nécessaire , pour SaO ₂ > 90 %	1
apnée	0	Malgré O ₂ , SaO ₂ < 90 %	0
Pression artérielle (différence préop.)			
<= 20 mmHg	2		
20 – 50 mmHg	1		
> 50 mmHg	0		



Prise en charge et surveillance 1

- Identification du patient
 - Intervention et type d'anesthésie
 - Nom du chirurgien , du médecin anesthésiste
 - Nom de l'infirmier anesthésiste , salle OP
 - Antécédents du patient et sa médication
 - Complication de l'intervention / de l'anesthésie ,
perte de sang
 - Drains , monitoring invasiv , récupération de sang
 - Score d'ALDRETE d'emblée , fonctions vitales
- 

Prise en charge et surveillance 2

- **Clinique**

- Saturation en O₂
- O₂ par masque ou sonde (2 – 4 l/min)
- ECG et tension artérielle par oscillométrie
- Examen neurologique sommaire (Score d'ALDTRETE , GCS)
 - Température
 - Urine par sonde
 - Drains
 - Pansements et plaies



Complications postopératoires


- Respiration 1-

- **Signes:**
 - Hypoxie ($SaO_2 < 90\%$, Cyanose)
 - Hypoventilation , Bradypnée
 - Hyperkapnie (pH artérielle ou capillaire)
 - Encombrement bronchique
 - Respiration paradoxale
 - Inhalation bronchique
 - Stridor inspiratoire , expiratoire ou mixte



Complications postopératoires

- Respiration 2-


- Causes:
 - Curarisation résiduelle
 - Effet résiduelle des morphiniques
 - Douleur +++
 - Sécretions endobronchiques
 - Obstruction des voies aériennes sup. par effet résiduelle de l'anesthésie (benzo. , hypnotiques..)
 - Dégradation de la mécanique respiratoire par la chirurgie (chir. Thoracique , chir. Abdominale ..)
- 

Complications postopératoires

- Respiration 3-


- **Actions:**

- Curarisation résiduelle → *décurarisation avec Mestinon/Atropine*
- Effet résiduelle des morphiniques → *antagoniser avec Narcan®*
- Douleur +++ → *Traitement antidouleur*
- Sécretions endobronchiques → *inhalations , aspiration*
- Obstruction des voies aériennes sup. par effet résiduelle de l'anesthésie (benzo. , hypnotiques..) → *WENDL Tube*
- Dégradation de la mécanique respiratoire par la chirurgie (chir. Thoracique , chir. Abdominale ..) → *position assise , antidouleur , BIPAP , reintubation*



Complications postopératoires

- Cardio-circulatoires 1-

- Signes:
 - Hypotension
 - Hypertension
 - Troubles de rythme , tachycardies , exytrasystoles
 - Angor , douleur throacique , ST↓
 - État de Choc (cardiogénique , septique , hémorragique ?)
 - Oligurie
- 

Complications postopératoires

- Cardio-circulatoires 2-

- Causes:
 - Stress et douleur
 - Hypovolémie
 - Anémie
 - Hypoxie
 - Hyperkapnie
 - Absence d'une médication chronique (p.e. beta-bloquant)
 - Troubles ionique (p.e. hypokaliémie , hypomagnésiémie)

Complications postopératoires

- Cardio-circulatoires 3-

● Actions:

- Stress et douleur ➡ *analgésie par morphiniques*
- Hypertension ➡ *analgésie , antihypertenseur (Adalat ® , beta-bloquant)*
- Hypovolémie ➡ *remplissage par cristalloïdes ou colloïdes*
- Anémie ➡ *transfusion de concentrés globulaires*
- Angor / ischémie myocardique ➡ *diagnostic (Troponine , ECG , coronarogr.) , anticoagulation , beta-bloquant , Perlinganit ®*

Complications postopératoires

- Cardio-circulatoires 4-

• Actions:

- Hypoxie → O_2
- Hyperkapnie → *amélioration de la ventilation*
- Absence d'une médication chronique (p.e. beta-bloquant) → *application i.v.*
- Troubles ioniques (p.e. hypokaliémie , hypomagnésiémie) → *correction*



Complications postopératoires

- Température et homéostasie-

- Hypothermie
 - Réchauffer
 - Sortie SDR en état normotherme
- Hyperthermie et état fébrile
 - Etat septique -> hémocultures , recherche cause
 - Hyperthermie maligne -> Protocole , Dantrolene ®
- Altération acido-basique
 - Recherche cause – acidose métabolique/respiratoire
- Troubles ioniques
 - Correction selon bilan sanguin

Complications postopératoires

- Neurologique -

- Troubles de la vigilance
- Trouble du comportement
- Hémiparésie
- Paralysie ou lésion nerveuse périphérique

Conduite à tenir:

- Assurer et monitoriser fonctions vitales et température
- Documentation précises GCS et déficits neurologiques
- Diagnostic neuro:
 - Bilan sanguin: glycémie , pH , Hb , électrolytes
 - Examen par un neurologue
 - Scanner cérébrale , autre RX ou CT , IRM



Complications postopératoires

- Nausées et vomissements NVPO 1 -

- Risque:
 - 20 - 30 % après anesthésie générale
 - 11 – 17 % après rachianesthésie
 - 4 – 13 % après PDA ou ALR
- Facteurs de risques:
 - ATCD de NVPO ou de mal de transport
 - Sexe féminin et enfants , non-fumeur
 - Chirurgie de longue durée
 - OP en gynécologie
 - Coelioscopie
 - Doses élevés de morphinomimétiques en postop.



Complications postopératoires

- Nausées et vomissements NVPO 2 -

- Mesures en anesthésie et traitement :
 1. Éviter AG – AL , rachianesthésie
 2. TIVA / Propofol ®
 3. Réduire doses de morphinomimétiques
 4. Éviter la décurarisation
 5. DHB 1-2,5 mg i.v.
 6. Zofran ® 4 mg i.v. lente (x 4)



Sujets en phase postopératoire

- Douleur postop. 1 -

- Prise en charge préventive (au bloc OP)
- Stratégie cohérente bloc OP – salle de réveil – service
- Evaluation par échelle visuelle analogue et protocole d'analgésie codifié
- Application des méthodes locorégionales



Sujets en phase postopératoire


- Douleur postop. 2 -

- Utilisation d'analgésiques mineurs (p.e. paracetamol)
- Anti inflammatoires non-stéroïdiens AINS
- Morphinomimétiques par titration et selon EVA
- Méthodes d'analgésie locorégionale par cathéters



Sujets en phase postopératoire


- Anesthésie locorégionale -

- Documentation du type de bloc , dose et produit appliqués et heure du bloc
 - Examen neuro à l'entrée SDR
 - Sortie après récupération neurologique / régression nette du déficit moteur et sensible
 - Documentation précise de l'état neurologique à la sortie
 - En cas de bloc nerveux en continu:
 - documentation et prescription pour l'étage
 - Information du service „douleur-aigue“ et suivi au service
- 



Sujets en phase postopératoire


- Critères de sortie SDR pour le service-

- Score d'ALDRETE > 9/10
 - Motricité
 - Respiration
 - Circulation
 - Etat de conscience
 - Saturation
 - Absence de NVPO
 - Absence de douleurs
 - Régression d'un déficit moteur/sensible suite à une ALR
- 



Sujets en phase postopératoire

- Critères de sortie SDR au domicile -

- Score d'ALDRETE > 10/10
 - Bonne orientation et capacité de marcher seule
 - Capacité de boire et manger léger
 - Miction spontanée (en cas de rachianesthésie)
 - Absence de problèmes chirurgicaux (plaies ..)
 - Personne accompagnante responsable
 - Documentation pour traitement au domicile et numéro de téléphone à joindre en cas de problèmes
- 



Sujets en phase postopératoire

- Transfert en ICU -

- Complication postopératoire imprévue
 - Cardio-circulatoire
 - Respiratoire
 - Neurologique
- nécessitant une intervention invasive
 - Intubation/ventilation
 - Drogues vasoactives
 - Hémodilution / hémofiltration / hémodialyse
- Et/ou un monitoring invasif et étroit
 - Cathéter artérielle
 - PICCO

CONCLUSION

- Chaque patient opéré ou après une anesthésie générale doit impérativement **passer par une structure post-réveil** selon son état de santé et son risque individuel:
 - Salle de réveil
 - Intermediate Care Unit
 - Service de réanimation

Pour réduire la mortalité et morbidité peropératoire et améliorer la qualité de son prise en charge.

Ceci exige une **infrastructure spécifique** avec du **personnel formé** et des **protocoles** adaptés