

Gestion des risques en SSPI

Docteur Stéphanie Roulet

Service Anesthésie Réanimation 1 – CHU Bordeaux

1. Introduction

L'anesthésie a développé au cours des dernières décennies, une culture de la gestion des risques. Le décret « Sécurité » du 5 décembre 1994 trace les contours de cette sécurité péri-anesthésique, de la consultation préopératoire à la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) [1]. Dans un but constant d'amélioration de la prise en charge des patients et sous l'impulsion de la Haute Autorité de Santé (HAS), le Pôle d'Anesthésie-Réanimation (PAR) du CHU de Bordeaux s'est engagé dans une démarche de qualité et gestion des risques, dont un des volets est la formation du personnel de SSPI et l'élaboration de protocoles de soins.

2. Les risques en SSPI

Les complications du réveil sont de fréquence et de gravité variables. Toutes les grandes fonctions vitales peuvent être atteintes.

L'enquête INSERM menée en France entre 1978 et 1982 avait montré que 42% des complications de l'anesthésie survenaient au réveil [2]. Les complications sont plus fréquentes après anesthésie générale qu'après anesthésie loco-régionale. Elles sont plus fréquentes après chirurgie abdominale ou orthopédique, dans le cadre de l'urgence et chez les patients ASA 3 ou 4. Les complications respiratoires sont plus fréquentes chez l'enfant [3].

La fréquence des complications respiratoires varie de 1,3 à 7% selon les études. Le principal facteur de risque est le type d'anesthésie. Les complications sont plus fréquentes si des médicaments de longue durée d'action sont utilisés. Le surdosage anesthésique et la curarisation résiduelle sont les premières causes de problèmes respiratoires au réveil (les muscles des voies aériennes supérieures sont très sensibles aux curares) [4-6]. L'obstruction des voies aériennes supérieures doit être traitée par la mise en place d'une canule oro-pharyngée (ou naso-pharyngée), extension de la tête, antagonisation des effets résiduels des anesthésiques (hors contre-indication) et au pire réintubation. L'hypoxémie postopératoire est fréquente. Ses facteurs prédisposant sont une durée d'anesthésie supérieure à 2h, l'anesthésie

générale, l'âge, le tabagisme et l'obésité. Le diagnostic de l'hypoxémie peut être retardé en l'absence de monitoring, mais la surveillance clinique reste primordiale pour détecter l'hypoventilation et l'obstruction des voies aériennes supérieures. L'inhalation de liquide gastrique est rare mais a des conséquences respiratoires qui peuvent être gravissimes. Le risque augmente en cas de chirurgie en urgence.

Le réveil de l'anesthésie est une épreuve d'effort pour le myocarde. L'inadéquation des besoins et des apports en oxygène peut conduire à une souffrance myocardique. Les complications cardiaques sont deux fois moins fréquentes que les complications respiratoires. Parmi elles l'hypotension artérielle est la plus fréquente. Les facteurs de risque sont l'hypotension per opératoire, la chirurgie abdominale ou gynécologique et le sexe féminin. L'hypovolémie en est la cause principale. L'hypertension artérielle survient dans 1 à 2% des cas.

Le retard de réveil après anesthésie est l'absence du retour à la conscience dans le délai habituel compte-tenu de l'intervention, de l'anesthésie et du terrain. Il est dû à la prolongation des effets des anesthésiques ou à des désordres métaboliques ou neurologiques peropératoires. Il faut savoir évoquer le syndrome anti-cholinergique central. Au moment du réveil de l'anesthésie on note toujours une dysfonction cérébrale transitoire. Des dysfonctions prolongées peuvent être diagnostiquées plusieurs semaines après l'anesthésie. La confusion mentale associe baisse de la vigilance, troubles de la mémoire, de l'attention, de l'orientation temporo-spatiale, du comportement et du sommeil. Il faut toujours rechercher une cause iatrogène. L'agitation post-opératoire est une urgence. Elle peut être traitée pharmacologiquement après avoir éliminé une cause organique (globe vésical, fécalome, douleur...).

Les frissons et l'hypothermie au réveil, outre l'inconfort, ont des répercussions métaboliques, hémodynamiques et respiratoires. L'hypothermie ralentit le métabolisme des anesthésiques et favorise la curarisation résiduelle. Le frisson entraîne une augmentation de la consommation en oxygène du myocarde et peut être délétère. La prévention de l'hypothermie débute dès le per opératoire. Les nausées et vomissements postopératoires (NVPO) sont fréquents. Ils sont la première cause d'hospitalisation imprévue en chirurgie ambulatoire. Leur fréquence varie selon le type de chirurgie, la technique d'anesthésie et les patients. Les NVPO sont plus fréquents chez l'enfant avec un pic à l'adolescence. Le risque de NVPO est détecté en préopératoire par le score d'Apfel, la prévention se fait dès le per

opérateur. Le traitement repose sur les agonistes dopaminergiques (dropéridol, métoclopramide) et les antagonistes des récepteurs 5-HT₃ de la sérotonine (sétrons).

Enfin, la survenue d'une dysfonction rénale postopératoire est un facteur de morbidité et mortalité postopératoire. L'insuffisance rénale est d'origine multifactorielle. L'identification préopératoire des patients à risque doit être associée à un contrôle strict des facteurs de risque per opératoires, tant anesthésiques que chirurgicaux.

3. Règlements de la SSPI

Afin de prévenir et traiter les complications du réveil post-anesthésique la SSPI doit être équipée et le personnel formé.

Le décret « Sécurité » du 5 décembre 1994 stipule que « la surveillance continue post-interventionnelle 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 ». La surveillance commence au bloc opératoire, dès la fin de l'intervention, ne s'interrompt pas pendant le transport et se poursuit jusqu'au retour et au maintien de l'autonomie respiratoire, de son équilibre hémodynamique et de sa récupération neurologique [1].

La SSPI doit être dotée du matériel nécessaire permettant pour chaque poste installé : l'arrivée de fluides médicaux, l'aspiration par le vide, le contrôle continu de la fréquence cardiaque et l'affichage du tracé ECG, la surveillance de la SpO₂, la surveillance de la tension artérielle, les moyens nécessaires au retour de l'équilibre thermique normal. La SSPI doit être pourvue d'un dispositif d'assistance ventilatoire muni d'alarmes. Le personnel doit être également avoir accès sans délai au matériel approprié permettant la défibrillation cardiaque et l'appréciation du degré de curarisation. Le personnel de la SSPI travaille sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui doit pouvoir intervenir sans délai.

4. Comment améliorer la gestion des risques en SSPI ?

Suite à la visite de certification de l'HAS en 2010 au CHU de Bordeaux, une réserve avait été émise sur les blocs opératoires et plus particulièrement sur la formation du personnel de SSPI et la nécessité de formaliser des protocoles de soins en SSPI.

La formation du personnel a donc été revue et des protocoles ont été élaborés par le Groupe Qualité et Gestion des Risques du PAR.

- Ces protocoles, diffusés à l'ensemble des SSPI et des services de réanimation du PAR, ont pour objet : La prise en charge d'un patient (adulte et enfant) présentant une curarisation résiduelle à son admission en SSPI,
- La prise en charge d'un choc anaphylactique,
- L'extubation de l'adulte et de l'enfant en SSPI,
- La prise en charge de l'hypothermie de l'adulte et de l'enfant en SSPI,
- La gestion des pertes sanguines postopératoires chez l'adulte et l'enfant en SSPI,
- L'oxygénation des patients adultes en SSPI.

Ces protocoles permettent de prendre en charge et anticiper des situations pourvoyeuses de risque en SSPI. Ils doivent être aisément accessibles pour tout le personnel de la SSPI. Même s'ils donnent une certaine autonomie aux IDE, leur application ne s'envisage que sur prescription médicale.

5. Conclusion

La sécurité de la prise en charge des patients au bloc opératoire et en SSPI est en constante amélioration. Une parfaite connaissance des risques, une formation adéquate du personnel et des protocoles de soins connus par tous sont des prérequis indispensables à la prévention et la maîtrise des risques en SSPI.

Bibliographie

- [1] Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville. Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 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. J Off Répub Fr 8 Déc 1994 1994.
- [2] Hatton F, Turet L, Maujol L, N'Doye P, Vourc'h G, Desmots JM, et al. Enquête épidémiologique sur les anesthésies. Premiers résultats. Ann Fr Anesth Réanim 1983;2:331–86.
- [3] Cros A-M, Semjén F, Sztark F. Réveil postopératoire, Arnette; 2004, p. Partie IV– Chapitre 15.
- [4] Xará D, Santos A, Abelha F. Adverse Respiratory Events in a Post-Anesthesia Care Unit. Arch Bronconeumol 2014. doi:10.1016/j.arbres.2014.04.016.
- [5] Grosse-Sundrup M, Henneman JP, Sandberg WS, Bateman BT, Uribe JV, Nguyen NT, et al. Intermediate acting non-depolarizing neuromuscular blocking agents and risk of postoperative respiratory complications: prospective propensity score matched cohort study. BMJ 2012;345:e6329
- [6] Kumar GV, Nair AP, Murthy HS, Jalaja KR, Ramachandra K, Parameshwara G. Residual neuromuscular blockade affects postoperative pulmonary function. Anesthesiology 2012;117:1234–44