

Résumés AFISAR 2016



L'hypnose s'invite au bloc opératoire au service du patient anxieux et douloureux.

S. AUBRUN, V. BUZZI CHU Bicêtre et CHU Lariboisière

Outil thérapeutique en vogue, l'hypnose est une technique de soin qui ne laisse personne indifférent, que l'on soit partisan, sceptique ou détracteur.

L'hypnose est définie comme un état modifié de conscience, elle correspond à un état naturel réversible de dissociation psychique fluctuant.

L'hypnose agit à la fois sur les composantes sensorielle, affective, émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur. Les connaissances empiriques des propriétés analgésiques de l'hypnose ont été confirmées par l'IRM fonctionnel.

En plus de leurs intérêts analgésiques et anxiolytiques les techniques de communication hypnotiques permettent d'améliorer la qualité du soin relationnel, tout en apportant confort et satisfaction aux patients comme aux IADE, et modifie, qui plus est, l'atmosphère des blocs opératoires.

Ainsi, la présentation et les ateliers que nous vous proposons vous permettront de découvrir et expérimenter cette étonnante faculté cérébrale.

Pourquoi et comment maintenir la PA chez l'enfant au décours d'une anesthésie ?

F. JEAY, A. CARADEC CHU Trousseau.

Dans notre pratique quotidienne en anesthésie pédiatrique, l'évaluation de l'hémodynamique est principalement guidée par le monitoring de la FC et de la PA.

Cependant, les limites acceptables de la pression artérielle chez l'enfant au cours d'une anesthésie générale sont mal connues.

La PAM est l'un des déterminants principaux de la pression de perfusion cérébrale. Pourtant, la mesure de la PAM est souvent méconnue, peu prise en compte en anesthésie pédiatrique, principalement par manque de connaissance des seuils à respecter. Ainsi, une PAM trop basse peut rester négligée pendant des durées prolongées, en particulier chez le nouveau-né ou le nourrisson, pouvant conduire parfois à des lésions cérébrales irréversibles qui s'expriment en post-opératoire. Nous montrons qu'en fonction de l'âge, les mécanismes d'autorégulation cérébrale sont plus ou moins sensibles aux variations de la PAM.

Afin d'éviter des risques de morbidité neurologiques il est donc pertinent de déterminer la PAM avec une technique de mesure fiable.

En parallèle des apports hydro électrolytiques de base il faudra maintenir la PAM dans sa valeur normale à l'aide d'un algorithme décisionnel. Cette stratégie devra s'appuyer sur la baisse de la profondeur de l'anesthésie et sur le choix du volume et du soluté de remplissage en fonction de l'âge jusqu'à la pertinence d'injection de drogues vasopressives.

Cas cliniques autour d'urgences obstétricales :

G. GUILLEMAIN, D. BAUDRIER CHU Bicêtre

Ce texte présente la revue de morbidité - mortalité (RMM) d'un choc septique survenu en maternité en 2014 ainsi que l'analyse selon la grille ALARM de la haute autorité de santé (HAS) des facteurs qui ont conduit au décès rapide de cette patiente.

Le choc septique en obstétrique est une complication difficile à diagnostiquer, d'évolution fulgurante et dont l'issue peut être fatale, par défaut de prise en charge le plus souvent.

Si il est important de savoir dépister et traiter le sepsis en obstétrique, la part de compétences non techniques et d'organisation, notamment l'alerte et la communication dans les situations d'urgence est aussi primordiale dans la gestion des situations d'urgence. Le manque de formation des équipes pluridisciplinaires dans ce domaine, à poussé la HAS a mettre en place un plan de formation basé sur la simulation haute fidélité.

L'infirmier anesthésiste (IADE) est un acteur important car son expertise clinique, ses compétences techniques et organisationnelles et sa culture du risque facilitent la prise en charge des urgences et montrent la plus value qu'apporte sa présence en salle de naissance.

Ponction veineuse périphérique échoguidée

P. Bourges C. Lecanne CHU Paul Brousse

L'évolution de l'électronique vers la miniaturisation et l'apparition des écrans plats LCD ont favorisé, ces dernières années, l'émergence, d'appareils d'échographie performants, moins chers, aux dimensions réduites et mobiles.

L'intérêt de ces appareils a peu à peu été apprécié par les anesthésistes. L'usage de l'échographie est aujourd'hui fortement recommandé (1) pour la pose de voies veineuses centrales puisqu'il a été montré qu'il permet d'augmenter nettement le succès du geste tout en diminuant le taux des complications. Cet usage s'étend peu à peu à la pose de voies veineuses périphériques ou à la simple ponction veineuse lorsque, dans certains cas, ce geste n'est pas possible à l'aide des techniques habituelles.

Assez facile à maîtriser, mais réclamant tout de même une certaine habitude, l'usage de l'échographe par les infirmiers et infirmières anesthésistes est une pratique appelée à devenir incontournable. Cet usage peut s'étendre également à la ponction ou la cathétérisation de l'artère radiale.

L'échographie offre une solution très appréciable pour le patient impiquable. Elle va lui éviter de multiples ponctions veineuses consécutives et permettre au soignant de conduire son geste en toute sécurité, plus rapidement et avec de meilleures chances de succès. Cela va permettre de dédramatiser un soin qui jusqu'alors était une importante source de stress pour le malade conscient.

Les limites à son usage restent l'accès facile à un échographe et la formation des personnels appelés à l'utiliser.

La ponction veineuse périphérique échoguidée est une technique très sûre pour laquelle il n'existe pas de contre-indication particulière si ce n'est celles liées à la pose d'une VVP (infection, fracture, phlébite) et pouvant être réalisée après une formation brève.

(1) SFAR *Recommandations sur l'utilisation de l'échographie lors de la mise en place des accès vasculaires*

Les erreurs médicamenteuses en anesthésie

B. FRAITINI, Consultant MACSF

Une erreur médicamenteuse (EM) est un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient (Société Française de Pharmacie Clinique = SFPC).

Dans le domaine de la santé, l'erreur médicamenteuse (EM) est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé = AFSSAPS).

Aussi, les erreurs médicamenteuses ne concernent que les actes de soins en lien avec l'administration d'un principe actif, préalablement prescrit par un médecin.

Cette problématique est omniprésente dans tous les secteurs de soins, court et long séjours, Hospitalisation à Domicile, mais également et surtout en Anesthésie.

Tout professionnel d'Anesthésie a eu connaissance un jour d'une EM, voire a été impliqué dans la survenue d'un événement indésirable en lien avec la prise en charge médicamenteuse d'un patient.

Prise en charge de la douleur du brûlé grave.

Le Lann Y, Hoffmann C, Donat N, Cirodde A, Schaal JV, Masson Y, Nau A, Laitselart P, Renner J, Leclerc T. HIA Percy

Chaque année, en France, plus de 8000 personnes sont hospitalisées pour brûlures, dont plus d'un quart sont des enfants âgés de 0 à 4 ans. Environ 40 % des personnes hospitalisées le sont dans un Centre de Traitement des Brûlés (CTB). Les brûlures graves concernent un peu plus d'un patient admis en CTB sur 10.

Les phénomènes douloureux liés à la brûlure constituent par leur intensité, leur répétition et leur durée une des expériences les plus pénibles qu'il soit donné de rencontrer en clinique humaine. La douleur du patient brûlé est à la fois nociceptive, souvent compliquée d'hyperalgésie, et neuropathique. Elle évolue selon deux composantes qui s'associent de façon variable : une douleur de fond permanente d'intensité modérée et des accès douloureux paroxystiques, le plus souvent d'origine procédurale (pansements, chirurgies), pouvant être très intenses. La prise en charge analgésique est un volet essentiel du traitement du brûlé grave et s'intègre dans un processus global et dynamique centré sur le patient. Toujours multimodale, elle repose principalement sur la morphine et ses dérivés et débute précocement dès la phase préhospitalière. Elle nécessite initialement des techniques anesthésiques lourdes (anesthésie générale), pendant plusieurs semaines voire mois. Par la suite, elle s'adapte à l'évolution des mécanismes douloureux associant thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses. Le principal critère permettant le transfert du patient vers un centre de rééducation est d'être en mesure de réaliser les pansements de brûlures sans anesthésie.

Les équipes d'anesthésie sont donc au cœur de ce système et doivent parfaitement connaître les spécificités de la douleur du patient brûlé et de sa prise en charge, y compris les particularités pédiatriques.

L'anesthésie ambulatoire extra-hospitalière au Centre de Protonthérapie d'Orsay

I. ADJANONHOUN, A. MINICONI, M. VIC-CADIHAC (ORSAY)

L'institut Curie propose des traitements par protonthérapie (forme de radiothérapie utilisant les protons) à de jeunes enfants atteints de tumeurs (cerveau – moëlle épinière) sous anesthésie générale ambulatoire sur le site d'Orsay situé dans un campus universitaire.

Les protocoles de traitements prévoient une séance de 20 minutes à 1 heure chaque jour du lundi au vendredi sur 4 à 6 semaines.

Cette activité est assurée par le Département d'Anesthésie Réanimation Douleur de l'Institut Curie Paris.

Elle comprend une phase préparatoire permettant d'établir les différents protocoles de radiothérapie et d'anesthésie.

Les spécificités de cette activité sont de pratiquer une anesthésie ambulatoire pédiatrique itérative sur des terrains fragiles en milieu extra hospitalier.

Les enfants bénéficient d'une induction anesthésique inhalatoire avec entretien par Sévoflurane. L'accès aux voies aériennes supérieures est garanti par un masque laryngé.

Le choix a été fait de poser une voie veineuse centrale en amont du traitement et de ne perfuser qu'en cas de besoin.

Durant le traitement par faisceau de protons, la continuité des soins est assurée au quotidien par l'équipe d'anesthésie.

Un système de report et de caméra permet une surveillance à distance de l'enfant.

En Salle de Surveillance Post Interventionnelle, les enfants sont accueillis par un Infirmier Diplômé d'Etat. Après le réveil et une légère collation, ils peuvent quitter le Centre de Protonthérapie d'Orsay accompagnés de leurs parents.

Une expérience de plus de dix années de recul au Centre de Protonthérapie d'Orsay permet d'affirmer que le protocole est sûr.