

Gestion des évènements indésirables critiques en SSPI

Dr Hélène SKULI-BOTTELLI

CH Albi

Cas n°1

- ➔ Mme X. 36 ans.
- ➔ Utérus cicatriciel, admise en travail à terme, AVB prévu.
- ➔ En cours de travail, césarienne pour TRCF, contexte d'hyperthermie à 39°C. Pas d'incident mise à part une déchirure de l'hystérotomie vers le col (2 points en X).
- ➔ Transfert en SSPI. 15' après l'arrivée: tachycardie 150 bpm avec hyperthermie persistante. Pas de saignement extériorisé, aucun avis médical n'est demandé. Pas d'action thérapeutique entreprise.
- ➔ 2h après en sspi: FC 160 bpm, TA 89/47; T 36.7°C. Patiente pâle et en sueurs. Allo anesthésiste et obstétricien. Diagnostic d'état de choc, 1^{er} Hémocue 13 g/dl. Vasoconstriction intense, aucun bilan ne peut être prélevé.

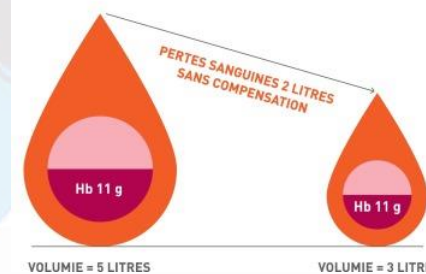
Cas n°1

- ➔ Réanimation contactée, mais amélioration clinique avec remplissage par 1L de cristalloïdes: la patiente reste en SSPI, début d'une triple antibiothérapie.
- ➔ 2h plus tard: transfert en réanimation devant hémodynamique précaire. Pose VVC et bilan Hb 2.3 g/dl, amines débutées.
- ➔ ACR, RCP + laparotomie au lit de la patiente: hémopéritoine majeur, impossibilité de visualiser le saignement dans le contexte d'ACR.
- ➔ Décès 6h30 après la naissance

Cas n°1

- ➔ Prévalence HPP 5-10% en France.
- ➔ Pertes sanguines >500 ml quelque soit le mode d'accouchement.
- ➔ 1^{ère} cause de décès maternels directs, surveillance post césarienne est une période à risque.
- ➔ Plusieurs problèmes ici:
 - médecins appelés tardivement,
 - retard au diagnostic car saignements non extériorisés, sous-estimation de la sévérité de la perte sanguine (l'hémopéritoine est un piège à éliminer systématiquement),
 - retard à la mise en place du traitement,
 - effet tunnel,
 - hémocue « faux-ami ».

HÉMOGLOBINE : ATTENTION À LA PREMIÈRE ÉVALUATION FAUSSEMENT RASSURANTE



Cas n°2

- ➔ Mr T. 64 ans, 92 Kg 1m81.
- ➔ ASA 2. HTA, Diabète, dyslipidémie.
- ➔ Prostatectomie totale robot assistée, 4h de chirurgie sans problème particulier, doses Nimbex 36 mg.
- ➔ Transfert en SSPI, intubé ventilé pendant 30' environ.
- ➔ Extubé sans antagonisation devant un TOF 90%.
- ➔ 15' plus tard: retrouvé cyanosé en arrêt respiratoire, les alarmes du scope ne semblent pas avoir sonné.
- ➔ IOT, contrôle TOF à 2 reprises: $\frac{1}{4}$. Injection de Prostigmine T4/T1 100%.
- ➔ Patient paucirelationnel.

Cas n°2

➔ Curarisation résiduelle:



➔ A posteriori:

- Pas de monitoring peropératoire de la curarisation, de la température.
- 1 mesure isolée du TOF en SSPI sans information sur les conditions de réalisation (mauvais placement des électrodes, positionnement de la main, température?).
- Surveillance défaillante en SSPI.

Cas n°2

➔ Conditions de sécurité pour l'extubation:

- ➔ TOF quantitatif > 90%, l'absence d'un signal fiable doit faire poser la question de l'antagonisation systématique.
- ➔ Respiration spontanée régulière.
- ➔ Conditions hémodynamiques satisfaisantes.
- ➔ Patient éveillé (ouverture des yeux, réponse aux ordres, sans agitation) sauf si décision médicale d'extubation « profonde » (pour éviter la toux).
- ➔ Absence de risque immédiat de complication chirurgicale.

Cas n°3

- ➔ Mme B. Drépanocytose.
- ➔ Césarienne en cours de travail. APD avec Ropivacaïne 2 mg/ml. Elle reçoit pour la conversion 20 ml de Ropivacaïne 7.5 mg/ml.
- ➔ Infiltration de la cicatrice par des AL par les chirurgiens en fin de césarienne de manière systématique.
- ➔ Transfert en SSPI, à l'arrivée la patiente signale 1 goût métallique dans la bouche puis agitation et convulsion.
- ➔ Rapidement hypotension artérielle, arythmie ventriculaire et ACR non récupéré malgré RCP de 2h.
- ➔ Hypothèse retenue après autopsie: intoxication aux AL.

Cas n°3

➔ Ce qui ne va pas:

- ➔ Association APD et infiltration non validée.
- ➔ Les signes prémonitoires de l'intoxication aux AL doivent être connus.
- ➔ Et au moindre doute perfusion rapide d'Intralipides 20%, antidote de l'AL sans effets secondaires.
- ➔ Défibrillation si FV.
- ➔ Adrénaline faibles doses < 1ug/kg IV sinon risque de renforcer le bloc induit par l'AL.

INTOXICATION AUX ANESTHESIQUES LOCAUX

DIAGNOSTIC

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Signes neurologiques <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Goût métallique<input type="checkbox"/> Dysarthrie, dysesthésies bucco-linguales<input type="checkbox"/> Vertiges, nausées, acouphènes<input type="checkbox"/> Secousses musculaires<input type="checkbox"/> Malaise, confusion, céphalée, paresthésie<input type="checkbox"/> Convulsion, coma | <input type="checkbox"/> Facteurs favorisants <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Âges extrêmes<input type="checkbox"/> Patients de petit poids<input type="checkbox"/> Cardiopathies (rythmiques, ischémiques, insuffisance cardiaque)<input type="checkbox"/> Hypoxie, acidose<input type="checkbox"/> Absence d'échoguidage<input type="checkbox"/> Non respect des doses maximales (cf. verso) |
| et/ou | <input type="checkbox"/> Contexte d'injection d'AL en bolus (par soignant, patient ou automatique) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Immédiat si injection intravasculaire<input type="checkbox"/> Retardé jusqu'à 60 minutes après bolus |
| <input type="checkbox"/> Signes cardiovasculaires <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Bradycardie, troubles de conduction<input type="checkbox"/> Hypotension, collapsus<input type="checkbox"/> Trouble du rythme ventriculaire → Arrêt cardiaque | |

APPEL A L'AIDE
ARRÊT de la chirurgie

TRAITEMENT : dans tous les cas, dès suspicion

- Arrêt injection anesthésiques locaux
- Oxygénothérapie FiO₂ = 1 (intubation si ACR ou état de mal convulsif)
- Émulsion lipidique à 20% : Exemple Intralipide 20%®
 - Bolus 100 ml en 2-3min** si poids > 70 kg (1,5 ml/kg si poids < 70 kg)
si hémodynamique instable répéter bolus après 5 minutes (maximum 3 bolus)
 - Perfusion 250 ml en 15-20 min** si poids > 70 kg (0,25 ml/kg/min si poids < 70 kg)
si hémodynamique instable passer à 0,5 ml/kg/min
 - Continuer la perfusion au moins 10 min après retour à l'équilibre hémodynamique (Dose cumulative maximale : 12 ml/kg, soit maximum 800 ml pour 70 kg)
- Dosage du toxique (prélèvement tube sec)
- Déclaration EIAS https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2787301/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-e



Comment réagir?

➤ SSPI: phase critique

- Surveillance minutieuse et identification précoce des complications.
- Communication rapide avec l'anesthésiste et le chirurgien.
- Traitement de la complication: détresse hémodynamique, respiratoire, neurologique.

Comment réagir?

- S'assurer de l'exactitude du chiffre annoncé, vérifier les conditions de mesure et le matériel utilisé.
- Apprécier le degré d'urgence et rechercher les signes cliniques de gravité.
- Les premières mesures:
 - Appeler à l'aide, savoir quel médecin est responsable de la SSPI et disponible,
 - Noter l'heure de début,
 - Chariot d'urgence, drogues d'urgence,
 - VVP de bon calibre,
 - Oxygéner,
 - Remplissage vasculaire si besoin,
 - ECG, GDS, Bilan biologique, RT, HGT, Hémocue,
 - RCP,
 - Tracer les actions dans le dossier médical.


Comment mieux gérer ces situations?

- Appeler à l'aide. Définir clairement le leader dans les situations critiques.
- Savoir identifier précocement les situations à risque, travailler sur l'anticipation.
- Check liste d'ouverture de SSPI, kits spécifiques (intoxication aux AL) à disposition, rédaction de protocoles.
- Architecture et ergonomie de la SSPI.
- Réglage des alarmes des moniteurs et gestion du bruit.
- Transmission de qualité sans perte d'information, travail sur la communication.

Comment mieux gérer ces situations?

➔ Lutte contre les interruptions de tâches et le multitasking

 **SFAR**
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

 **Le Collège**
Français des
Anesthésistes-Réanimateurs

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE ADDENDUM

Interruption de tâche lors des activités anesthésiques au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle

1.5. Focus sur l'Interruption de tâche en salle de surveillance post-interventionnelle

Comment mieux gérer ces situations?

- ➡ « 4 temps patients » SSPI:
 - Transmission : moment crucial, période reconnue comme propice au multitasking et à la perte d'information.
 - Préparation médicamenteuse: préparation de médicaments de SSPI à risque d'EI graves dans une zone délimitée.
 - Réveil: recueil des critères d'extubation et contrôle d'un patient agité.
 - Sortie du patient: protocolisée, score d'Aldrete.
- ➡ Création de « no interruption zone » par marquage au sol en concertation avec l'équipe.

Comment mieux gérer ces situations?

- Procédures d'accueil des nouveaux arrivants pour le contrôle des compétences nécessaires à l'autonomisation.
- Vigilance sur les temps critiques: périodes de relève, périodes repas (IDE en sous-effectif), périodes de gros flux de patients.
- Consulter les aides cognitives à disposition, respect des RFE (décurarisation, extubation).



Les aides cognitives sur l'application mobile SFAR
SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Comment mieux gérer ces situations?

- ➔ Avoir conscience des erreurs dite de « tunnelisation » attentionnelle et mise en place de stratégies préventives: instauration de «minutes de respiration».
- ➔ Simulation et formation continue (apprentissage d'utilisation des appareils: TOF par exemple): amélioration du travail de groupe et de la cohésion d'équipe.
- ➔ A posteriori, REX et débriefing.

Toutes les questions sont les bienvenues.

Merci pour votre attention