

La chirurgie bariatrique en SSPI

Audrey ARGAIN & Charlotte BASTIÉ
Infirmières en SSPI
CHU Toulouse





PLAN

- PREPARATION DU BOX
- ARRIVEE EN SSPI
- SURVEILLANCES
- EXTUBATION





PREPARATION DU BOX Standard

- Lit réchauffé
- Monitoring, aspiration fonctionnelle
- Chariot d'urgence → patient plus à risque
 - Plateau intubation
 - Drogues d'urgence





PREPARATION DU BOX

Spécifique

- Brassard TA large
- Lit électrique adapté au gabarit du patient
- Respirateur avec différents modes ventilatoires
 - AI Pro
 - VNI
- Capnomètre
- Curamètre
- Hémoglucomètre



ARRIVEE EN SSPI

Transfert et Installation

- Roll Board → manutention en SSPI → nécessite d'avantage de personnel voire un lève-malade ?
- Alèse dans le lit + carré absorbant
- Installation en haut du lit
 - **Proclive 30°**
 - MI légèrement surélevés
- Surveillance état cutané
 - Rougeur / macération / points d'appui
 - risque de lésion lié à l'installation au bloc



ARRIVEE EN SSPI

Transmissions

- ATCD et comorbidités
- Saturation de base en Air Ambient
- Déroulement des temps forts per-opérateurs
 - Induction / ventilation / saignement, ...
 - Antalgiques administrés / prévention des NVPO
- État cutané avant le bloc
- État psychologique avant l'induction
- Matériel du patient
 - Ceinture abdominale / **CPAP** / Bas de contention





SURVEILLANCES

- Classiques d'un post-op (liées à l'anesthésie & la chirurgie)
- Respiratoire → **MAJEUR**
- Prévention thrombo-embolique
- Douleur
- Soutien psychologique



SURVEILLANCES

Respiratoire

- Risques de complications respiratoires liés à :
 - Peu de réserve pulmonaire
 - Patient peu mobile
 - Diminution de la mobilité diaphragmatique
 - Relargage curare / morphine
 - Extubation**

- Actions :
 - Proclive 30°** voire demi-assis
 - FiO₂ fonction saturation
 - Utilisation AI Pro
 - Surveillance EtCO₂





SURVEILLANCES

Prévention thrombo-embolique


■ Actions :

- Bas ou système de compression intermittente des MI
- Surveiller prescription traitement anticoagulant
- Surélever les MI



SURVEILLANCES


Douleur

- Laparo vs Coelio
- Socle d'analgésie : différents paliers, kétamine, ...
- ALR : infiltration péricatricielle / TAP Bloc / KT périnerveux
- Morphiniques : Poids réel vs Poids idéal théorique
 - **Privilégier PCA** après la titration
-  à l'installation : points d'appui / de compression
 - Massage
 - Ré-installation



SURVEILLANCES

Soutien psychologique

- Vécu souvent difficile, estime de soi perturbée
-  aux mots utilisés :
 - Paroles blessantes
 - Respect de la personne
- Le patient doit être rassuré et mis en confiance



EXTUBATION

Critères d'extubation

■ Patient réchauffé :

- Meilleure tolérance respiratoire → éviter hypoxie
- HypoT°C → surconsommation O₂

■ Patient décurarisé :

- Antagonisation médicamenteuse ?
- TOF 4/4 avec T4/T1 > 90%
- Récupération du réflexe de déglutition

■ Patient conscient :

- Réponse aux ordres simples



EXTUBATION

Critères d'extubation

- Ventilation Optimale :
 - Aspirations trachéale et buccale avant l'arrêt de la sédation
 - Surveillance
 - FR
 - Volumes
 - CO₂
 - SpO₂ > 90%
 - Moduler l'AI jusqu'à 8 cm H₂O / Mode AI Pro





EXTUBATION

Déroulement

- **1/2 assis**
- Dans un environnement calme
- Eviter le stress → le patient doit être détendu
- Pas de stimulation
- En fin d'inspiration
- Avec au moins **2 opérateurs**
 - MAR prévenu



EXTUBATION


Post extubation

- O₂ systématique
- CPAP personnelle ou VNI précoce
- Aérosols fréquents
- Kiné respiratoire précoce, si besoin dès la SSPI
- Donner les consignes pour la toux (+/- ceinture abdominale)
- Surveiller les ronflements
- Mobilisation précoce





A RETENIR

- Position 1/2 assise
- Extubation à risque
- CPAP ou VNI précoce
-  Douleur et Approche psychologique



Merci de votre attention.

Tolos'IADE - le 15 novembre 2014



Tolos'IADE 2014