

Evaluation des modalités de transfert des patients de la salle d'opération à la SSPI

V. Zimmer, J. Kucheyda, C. Lorenzer, C. Sollazzo, J.P. Buhr, C. Baumann, I. Clerc-Urmes, J. Raft, H. Bouaziz.
Ecole Régionale des Infirmiers Anesthésistes - Nancy (France).

Position du problème et objectif(s) de l'étude

La surveillance continue post-interventionnelle, légiférée par le décret de 1994, a pour objet de contrôler les effets résiduels des médicaments anesthésiques et leur élimination. Elle débute en salle d'opération (SO), dès la fin de l'intervention et de l'anesthésie. Elle ne s'interrompt pas pendant le transfert du patient [1]. Ce travail a pour objectif d'évaluer les modalités de surveillance des patients au cours de leur transfert entre la SO et la SSPI.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude de pratique, observationnelle, multicentrique, réalisée dans les établissements de santé de Moselle après avoir obtenu leur accord. Un recueil d'information anonyme a été renseigné lors du transfert des patients de la SO vers la SSPI. Les patients devaient bénéficier d'une AG avec ventilation mécanique pour être éligible. Etaient exclus les patients mineurs, l'obstétrique et les transferts directs en soins continus ou réanimation.

74 patients devaient être inclus à partir de l'hypothèse d'un écart aux recommandations attendues de 90% et une imprécision de 6,5%.

Résultats & Discussion

Dix établissements sur douze ont répondu favorablement (16% de structures privées ; 50% de structures publiques et 34% d'ESPIC). 80 patients ont été inclus dont 33,7 % d'ASA I, 47,7% d'ASA II, 17,5% d'ASA III, et dont 41% de tabagiques, 11% d'asthmatiques, 8% de coronariens, 11% de BPCO et 4% de SAOS. L'âge médian des patients était de 58 ans [42,5;68]. Les temps d'interventions étaient de 40 min [25;57,5] (étendue de 5 à 120). Aucun des patients n'étaient monitorés durant les transferts en SSPI alors que 44% des établissements disposaient d'un monitoring dédié à cette activité. La durée sans surveillance était de 5,3 min [4,3;7,6] (étendue de 1 à 17,7), avec des temps de transfert de 1,6 min [0,8;3,1] (étendue de 0,2 à 12,9). 14% des patients étaient transférés encore intubés ou porteurs d'un masque laryngé sans qu'aucun ne bénéficie d'une surveillance de l'EtCO₂. 31,3% des patients bénéficiaient d'un apport en oxygène. Entre la dernière mesure en SO et la première en SSPI, on observe une baisse significative de la SpO₂ : 98,4% ($\pm 1,9$) (étendue de 90 à 100) vs 93,5% ($\pm 5,5$) (étendue de 76 à 100) ($p < 0,0001$) ; une hausse des paramètres hémodynamiques : PAM 83mmHg (± 17) vs 90mmHg (± 16) ($p < 0,001$) et FC 73 bat/min (± 16) vs 85 bat/min (± 16) ($p < 0,0001$). Aucun test statistique n'a pu être réalisé pour les paramètres ventilatoires (EtCO₂, FR) en raison du faible nombre de patients concernés. Ces résultats montrent que dans la grande majorité des cas, les obligations françaises [1] ou les recommandations anglo-saxonnes [2], relatives à la surveillance du patient pendant le transfert depuis la SO jusqu'en SSPI, ne sont pas suivies. Il est fort probable que ces résultats reflètent les pratiques au niveau national. Des mesures de sensibilisation à cet égard semblent donc inévitables.

Conclusion

Une réactualisation des recommandations françaises ainsi qu'une mise au point sur le risque inhérent à l'absence de surveillance des patients pendant leur transfert, paraît nécessaire.

Références

1. Décret 5 décembre 1994
2. *Anaesthesia* 2016; 71: 85-93