

Dérivation Lombaire Externe

1. DOMAINE ET CONDITIONS D'APPLICATION

Ce protocole s'applique, en anesthésie, lors d'une dérivation lombaire externe.

2. DOCUMENTS DE REFERENCE

- 1 Gestion préopératoire du risque infectieux. Mise à jour de la conférence de consensus, SF2H, 2013
- 2 La procédure préparation cutanée de l'opéré
- 3 La check-list « descente des patients »
- 4 Le protocole circuit des patients
- 5 Le protocole « tenue vestimentaire au bloc et circuit des personnels »
- 6 La check-list HAS « Sécurité des patients »
- 7 Le protocole circuit des matériels et des déchets
- 8 Les protocoles de bionettoyage des salles entre deux interventions ou en fin de programme
- 9 Les logiciel PCP (programmation opératoire) et Omnipro (dossier infirmier informatisé)
- 10 Protocoles d'hygiène des mains et précautions « standard »
- 11 Arrêté du 3 octobre 1995 sur les matériels en salle
- 12 Décret du 5 décembre 1994 sur la sécurité en anesthésie
- 13 SFAR, Actualisation 2010 de la conférence consensus de la SFAR, protocole d'antibioprophylaxie

3. DESCRIPTION

3.1 Préparation des Dispositifs Médicaux Stériles ou DMS

Ce sont des DMS à usage unique (UU)

- 1 Kit de pose KT artériel à UU (fermé avec un bouchon stérile) à purger avant l'entrée du patient en salle
- 2 Plateau d'intubation (non stérile) avec masque réutilisable stérilisé individuellement, 1 lame de laryngoscope métallique stérile, 1 sonde d'intubation à UU, 1 canule de Mayo à UU stérile, du Lacryvisc® et et Stéristrips™ pour la protection oculaire
- 3 1seringue à UU 10 cc pour gonfler le ballonnet de la sonde d'intubation
- 4 1 sonde gastrique à usage unique sauf si chirurgie endoscopie endonasale

3.2 Vérification des équipements de la salle

Le matériel utilisé est le suivant :

1. respirateur (tuyaux propres munis de filtres antibactériens à UU),
2. ligne CO2 filtrée,
3. Des sondes d'aspiration bronchiques souples à UU,
4. Des tuyaux d'aspiration et bouchons à UU,
5. Matériel de surveillance : câbles de scope (ECG, saturomètre, curarimètre, câble de BIS) et câble artériel,
6. support de la cellule artérielle,
7. poche d'hyperpression,
8. câble de surveillance de la température branché sur le capteur de la sonde urinaire,
9. électrode de BIS (UU)
10. Doppler vasculaire « de poche »
11. Glucometer (module nettoyé et désinfecté après usage et remis immédiatement en réserve)
12. Cell Saver si chirurgie hémorragique et si la tumeur est bénigne
13. accélérateur réchauffeur si chirurgie hémorragique.

Les équipements à usage multiple sont désinfectés après usage avec un détergent /désinfectant de surface et sol.

3.3 Les médicaments

Deux plateaux préparés simultanément pour le patient qui contiennent :

1. plateau avec les médicaments d'anesthésie,
2. plateau avec le matériel de perfusion (cathéters de différents calibres et pansements transparents semi-perméables, compresses stériles, garrot non stérile), 2 poches de sérum physiologique de 500 ml avec perfuseur.

Les médicaments

Préparation pour l'anesthésie IV en fonction du protocole choisi par le MAR

Préparation systématique :

1. 1 seringue d'atropine 0,5mg/ml ,
2. 1 seringue d'éphédrine 3mg/ml,

3.4 La phase pré-opératoire

L'installation

Le patient est installé et les éléments de surveillance sont branchés (scope, PNI, saturomètre, curamètre, Bis, température).

Une première voie veineuse périphérique est posée avec des gants non stériles et après une antiseptie à la Bétadine alcoolique.

L'induction anesthésique,

L'intubation et la ventilation sont réalisées.

Une deuxième voie d'abord est posée.

Une artère, si possible en radial, est posée (réalisation d'un doppler) après une désinfection antiseptique des mains, détertion du site de ponction, pose de gants stériles et antiseptie élargie à la Bétadine alcoolique.

Le protocole d'antibioprophylaxie est celui validé par la SFAR (conférence de consensus 2010) :

1. DLE sans antibiothérapie
2. DLE avec acte chirurgical, elle est fonction du geste (céfazoline 2 g en dose unique si craniotomie avec une réinjection 1 g si durée d'intervention >4h. En cas d'allergie (décision du COMED/COMAI) lincomycine (ou clindamycine) 600 mg IVD lente, gentamycine 5mg /kg IV en 30mn dose unique

3.5 La phase per-opératoire

1. La ventilation

- Normoxie >96%
- Normocapnie $PEtCO_2$ autour de 30
- Vérifier gradient $PaCO_2/PEtCO_2$, la $PaCO_2$ doit être > 30mmHG (35-40mmHG)
- Pas de PEEP.

2. Le contrôle tensionnel

- PPC = PAM-PIC : Objectif de PAM 70mmHg en absence d' HTIC
3. Apports hydroélectrolytiques : sérum physiologique uniquement,
 4. l'OSMOTHERAPIE en accord avec le chirurgien : Mannitol 0,5 g/kg ou NaCl 4 à 6g IVSE en 15' si besoin en complément

Avant l'incision l'ouverture de la dure-mère, le chirurgien peut prescrire la soustraction d'une quantité (~50 ml) de LCR :

- l'équipe d'anesthésie déclame la DLE entre le patient et le réservoir après désinfection des mains aux PHA,
- Surveillance impérative de la chambre de recueil, ne pas oublier de clamer la DLE lorsque la quantité prescrite sera obtenue.

5. Le contrôle de la diurèse

6. **Le contrôle thermique** : température entre 36°5 et <38

7. **Le bilan sanguin** : GDS-Hb-GLYC-Natrémie.

3.5 Le post –opératoire

Le patient est réveillé et extubé si pas de problème

3.6 Transfert SSPI ou réa

Le Médecin anesthésiste et l'IADE accompagnent le patient.

La DLE est clampée lors du transfert.

L'installation de la DLE se fait selon les indications du chirurgien , si celle-ci reste en place en post-opératoire (niveau, fixation +++).

Transmissions des recommandations du chirurgien pour la DLE à l'IDE et au MAR de SSPI.

3.7 Evacuation déchets

Filtre à UU des tuyaux du respirateur, plateaux et seringues jetés en DASRI

3.8 Bionettoyage

Les IADE assurent :

- Nettoyage/désinfection des surfaces (chariots d'anesthésie, respirateur), de tous les câbles, du manche du laryngoscope et du petit matériel utilisé échographe, doppler, glucometer, support de pression avec une chiffonnette imbibée d'un détergent désinfectant.
- Trempage du masque et de la lame métallique du laryngoscope dans les bacs de pré-désinfection.

Les AS nettoient la table, les gélatines, les appuis.

Les ASH nettoient et désinfectent au même produit avec des chiffonnettes usage multiple les surfaces et équipements restant en salle. Elles font les sols avec le même produit et des semelles à usage multiple.

3.9 Remise en conformité de la salle

- Les AS habillent la table en la recouvrant de plaques de gélatine, un drap et une alèse en travers.
 - Les AS remettent le mobilier en place.
 - Les IDE reconditionnent la salle pour l'intervention suivante.
- Les IADE vident l'eau des tuyaux du respirateur, changent les bouches d'aspiration. Remplissage des chariots d'anesthésie.

4. DOCUMENTS D'ENREGISTREMENT

- 1 Les logiciels Archemed et Cyberlab
- 2 CA logiciel anesthésie (enregistrement des paramètres de surveillance du patient et du suivi médicamenteux de l'anesthésie)
- 3 Logiciel Cesare