

PRISE EN CHARGE POST OPERATOIRE DES PATIENTS DE CHIRURGIE CARDIAQUE EN REANIMATION

COUR IDE/ASDE
DBOUGON
2017

QUELS PATIENTS DE CHIRURGIE CARDIAQUE VIENNENT EN REANIMATION

1. Entrées programmées du fait de la nécessité potentielle d'un support d'organe post opératoire

- Mauvais VG préopératoire; HTAP avec dysfonction VD préopératoire
- Insuffisant respiratoire, BPCO sévère, obese morbide présumant d'une impossibilité d'extubation du patient dans les 3 heures post opératoires
- Patients insuffisant rénal chronique hémodialysés ou sous dialyse péritonéale
- Chirurgie complexe

2. Complication peropératoire

- Sortie de CEC compliquée nécessitant des catécholamines (sauf si faible dose) ou une CPBIA ou une ECMO
- Complications respiratoire peropératoire (hypoxémie, hypo VA)
- Complication peropératoire (hémorragie, ...) nécessitant une reprise précoce

3. Patient opéré en urgence (dissection aortique, tamponnade, endocardite ...) car patients a risque de complications

4. Autres

- Chirurgie en 3eme ou 4eme position sortant tard du bloc
- Chirurgie le WE

PEC POST OPÉRATOIRE EN REANIMATION A L'ARRIVEE

1. Transfert médicalisé en réanimation assuré par l'équipe de réanimation
2. A l'arrivée du patient :
 - Branchement des drains en aspiration (-25 cmH₂O) et marquer le zéro des drains
 - Branchement du patient au respirateur de la chambre
 - scoper le patient, brancher le KT artériel puis intégration des constantes
 - Brancher une PVC (pression veineuse centrale)
 - vérifier le bon fonctionnement des électrodes épicaudiques
3. Puis effectuer:
 - Le prélèvement du bilan biologique (NGP, COAG, Parfois ROTEM, iono sanguin, GDSA + AL + ca²⁺ ionisé, troponine, CPK)
 - Un ECG 12 dériviatiions
 - Une radiographie de thorax (position du KTc, des drains chirurgicaux, absence d'atélectasie...)

PEC POST OPÉRATOIRE EN REANIMATION LES 12-18 PREMIÈRES HEURES

- **Surveillance horaire:**
 - constantes
 - drains médiastinaux \pm pleuraux (débit et perméabilité)
- Poursuite du réchauffement, sédation par propofol IVSE
- **Extubation entre H3 et H6 si** (sinon peut être retardée de 12 à 24h)
 - normothermie
 - absence de complication hémorragique
 - hémodynamique stable
 - ventilation aisée sans hypoxémie
- Parfois anticoagulation prudente par HNF à H+6 si valve mécanique ou CPBIA et pas d'hémorragie (drains non productifs, pas de tamponnade)
- Analgésie multimodale, lit strict

PEC POST OPÉRATOIRE EN REANIMATION

J1

- Bilan du matin (NGP, COAG, ionogramme sanguin, GDSA, troponine, ECG, RP)
- Surveillance / 2H (constantes, drains)
- Début de l'alimentation PO
- Mise au fauteuil (si pas de complication)
- Prophylaxie thromboembolique par HBPM
- Aspirine si PAC ou remplacement valvulaire biologique

PEC POST OPÉRATOIRE EN REANIMATION

J2

- Bilan du matin (NGP, COAG, ionogramme sanguin, GDSA, troponine, ECG, RP)
- Ablation des drains chirurgicaux (contrôle RP post ablation)
- Déconditionnement parfois (ablation KT, SAD urinaire)
- Sortie du patient en service de chirurgie cardiaque

POURQUOI ?

1. Je surveille le débit horaire des drains lors des 12 premières heures ?

POURQUOI ?

1. Je surveille le débit horaire des drains lors des 12 premières heures ?
 - Pour détecter une hémorragie
 - Pour vérifier leur perméabilité (hémorragie + drains bouchés = risque tamponnade)
2. Je garde la VVP durant les 12 premières heures post opératoires ?

POURQUOI ?

1. Je surveille le débit horaire des drains lors des 12 premières heures ?
 - Pour détecter une hémorragie
 - Pour vérifier leur perméabilité (hémorragie + drains bouchés = risque tamponnade)
2. Je garde la VVP durant les 12 premières heures post opératoires ?
 - Pour permettre un remplissage vasculaire ou une transfusion rapide en cas de saignement / reprise opératoire

POURQUOI ?

3. Je vérifie le bon fonctionnement des électrodes épiscopardiques, je laisse le patient scopé et je fais un ECG chaque jour ?

POURQUOI ?

3. Je vérifie le bon fonctionnement des électrodes épiscopardiques, je laisse le patient scopé et je fais un ECG chaque jour ?
 - La chirurgie cardiaque (valvulaire > PAC) est à haut risque de troubles conductifs
 - Le scope et l'ECG détectent les troubles de conduction
 - Les électrodes permettent d'electroentrainer le cœur au moyen d'un stimulateur externe

4. Je sèvre la noradrénaline mais pas la dobutamine ?

POURQUOI ?

3. Je vérifie le bon fonctionnement des électrodes épiscopiques, je laisse le patient scopé et je fais un ECG chaque jour ?

- La chirurgie cardiaque (valvulaire > PAC) est à haut risque de troubles conductifs
- Le scope et l'ECG détectent les troubles de conduction
- Les électrodes permettent d'electroentrainer le cœur au moyen d'un stimulateur externe

4. Je sèvre la noradrénaline mais pas la dobutamine ?

- La noradrénaline se sèvre facilement par l'IDE sur des objectifs de PAM
- La dobutamine (inotrope) se sèvre en fonction du débit cardiaque (difficile à apprécier sur les constantes du patient par l'IDE, donc à effectuer par le médecin)

POURQUOI ?

5. Il faut surveiller la Pression veineuse centrale (PVC) ?

POURQUOI ?

5. Il faut surveiller la Pression veineuse centrale (PVC) ?

- Les patients de chirurgie cardiaque sont souvent peu échogènes en post opératoire immédiat rendant l'exploration hémodynamique en échocardiographie plus difficile
- La PVC permet (lors d'une hypoTA) parfois de
 - détecter une hypovolémie (PVC effondrée)
 - détecter une tamponnade (PVC élevée + critères cliniques d'hypovolémie: JJP +, $\Delta PP > 13\%$,)
 - détecter une insuffisance cardiaque (PVC élevée sans critère d'hypovolémie)

PATIENT HYPOTENDU

Avec critères de précharge dépendance

(LJP +, VPP > 13 %, réponse au RV)

Avec PVC basse

Hypovolémie
(hémorragie: les drains
sont productifs, ...)

- Remplissage vasculaire
- Si hémorragie :
correction trouble de la
coagulation, transfusion,
voir bloc opératoire pour
hémostase chirurgicale

Avec PVC élevée
ETT/TO ++

Tamponnade
(les drains sont bouchés)

Bloc opératoire

Sans critère de précharge dépendance

(LJP -, VPP < 13 %, pas de réponse au RV)

Avec bas débit
ETT ++

**Dysfonction
systolique**

**Inotropes
(dobutamine)**

Sans bas débit

Vasoplégie

**Vasoconstricteur
(noradrénaline)**