

Prise en charge de patient de chirurgie cardiaque



[Entité]

[TYPE DE DOCUMENT]

[P_SignetProcessus]

[code] V[version]

Date d'application : [xx/xx/xx]

Page : 1/5

1 - Objet

Définir les différentes étapes de soins et de surveillance en réanimation d'un patient de retour de chirurgie cardiaque, quel que soit le type d'intervention (Pontage Aorto Coronarien, Remplacement Valvulaire Aortique, Remplacement Valvulaire Mitrale...).

Prévenir et dépister le plus rapidement, les premiers signes de complications, tamponnade notamment.

2 - Personnes concernées

- * ASDE
- * IDE
- * Médecins

3 - Préparation

Classiquement, l'anesthésiste de chirurgie cardiaque appelle le 6868 ou 5050 pour signaler l'heure de sortie du bloc. L'équipe de réanimation (**de préférence le binôme de soin** du patient et le réanimateur) ramène le patient du bloc opératoire et prend part aux transmissions en pré-anesthésie ou salle de réveil.

3.1 Préparation de la chambre

- Manomètre de vide avec tuyau d'aspiration
- Pince à traire
- Respirateur monté et testé
- Protamine (administration IVL)
- Tiroir de Médicaments pour entrée à proximité
- PSE Orchestra DPS pouvant faire les relais
- Un module d'artère + câble (pour PVC)
- Des adaptateurs pour ligne artérielle chirurgie cardiaque

3.2 Equipement

3.2.1 Standard

- Cathéter artériel radial (à droite généralement)
- Cathéter veineux central (à droite généralement): administration des traitements et monitoring de la pression veineuse centrale en systématique (PVC), à relever sur la feuille de surveillance
- 2 voies veineuses périphériques (à garder 24h en post op)
- Drains péricardique et pleural (1 à 4)
- Electrodes péricardiques avec pile sentinelle ou non (= pace maker externe)

- Intubation, pas de SOG OU SNG
- Sonde à demeure

3.2.2 Occasionnel

- Cathéter de Swan Ganz + moniteur Vigilance II
- Moniteur Vigileo® : surveillance SVO2 en continue
- Contre pulsion intra aortique
- ECMO

4 - Entrée

4.1 Arrivée

Le patient arrive du bloc sur son lit de réanimation en **position demi-assise**.

Avant installation, le binôme de soin doit :

- Faire le **zéro** retour de bloc pour estimer les pertes réelles une fois dans le service.
- Mettre immédiatement les **drains en aspiration** -20cmH2O
- Traire les drains
- Evaluer les pansements

Etape importante, le patient est susceptible de repartir au bloc en fonction de ces évaluations

Si tout est ok, après « feu vert » de l'IDE, poursuite de l'installation selon les priorités du patient

- Température : le patient doit, sauf consigne médicale contraire, être réchauffé le plus tôt possible dans la prise en charge avec couverture à air pulsé régler sur 43°C (correction de la coagulopathie)
- Pansements : intégrité, saignements... (drains, VVC, Kt artériel)
- Réaliser un ECG, une RP.
- Bilan sanguin post opératoire, ROTEM de chirurgie cardiaque sur prescription médicale.
- Vérifier le bon fonctionnement du **pace-maker externe**. (cf 5.3)
Si besoin un pace-maker externe est sur chaque chariot d'intubation côté Chamois et Marmottes.
- Bas de contention sauf AOMI sur prescription
- Toilette dans l'heure (ablation de la bétadine importante +++)
- **Peser et mesurer** le patient

4.2 Prise en charge et Surveillance

Le respect de la régularité de la surveillance est primordial pour dépister les premiers symptômes d'une tamponnade (risque majeure), les troubles du rythme.

- Surveillance /h les 12 premières heures puis par 2h : hémodynamique, drains (surveillance et traite), respiratoire, neurologique, diurèse
- Surveillances des pertes : quantité, aspect, coloration. **Pertes supérieures ou égales à 50cc/h**, alerter le médecin.
- ECG, RP de contrôle tous les matins
- Ablation des drains sur prescription médicale à J2+**RP de contrôle post ablation en systématique**
- Pansement de thoracotomie à J2 puis selon protocole habituel.
- Ablation des agrafes (1/2) ou fil et des électrodes sur prescription médicale à J5.

4.3 Mobilisations

- Attention : **Interdiction de tourner tout patient ayant une sternotomie** durant les **60 premiers jours** (si pas de disjonction)
- Installation d'une échelle de traction ou jersey avec les kinés pour les redressements dans le lit
- Nursing : utilisation du Molift™ ou mobilisation à 3 soignants en soulevant le dos, puis le bassin et enfin les jambes, afin d'éviter une disjonction sternale. Privilégier le Molift pour prévenir les risques de troubles musculo-squelettique du personnel !!!
- Ceinture thoracique : **obligatoire** pour toute mobilisation, **mesurer le périmètre thoracique**, transmettre aux IDEC pour la commande
(Si chirurgie programmée, le patient arrive avec sa ceinture.)
Mettre la chemise entre la peau et la ceinture
- Le 1^{er} lever est à réaliser le plus tôt possible après avis médical, en pratique à J1.

5 - Divers

5.1 Alimentation

Suivre le régime chirurgie cardiaque du tableau

« PRISE EN CHARGE JOURNALIERE DES PATIENTS VALIDEE PAR : Dr GERELLI, Dr CHAVANIS, Dr BLANC, Dr MANGIN, Dr ROBERT, Dr GUILLERY »

5.2 Sulfate de Protamine (Protamine)

La protamine se combine avec l'héparine pour former un complexe inactif stable et neutralise l'activité anticoagulante de l'héparine.

Délai d'action 1 minute, durée 2 heures, 10 mg de protamine antagonise 1000UI d'héparine.

Modalité : Dose prescrite dans un flex de 50ml de NaCl 0.9% à passer en 2 à 3 minutes.

Risques : (notamment en cas d'injection trop rapide) HTAP, OAP, bronchospasme, hypotension artérielle, **persistance de l'hémorragie en cas de surdosage**

5.3 Bleu de Méthylène (1)

Antagoniste du NO massivement sécrété dans le syndrome vasoplégique.

Uniquement dans du glucosé 5%, en 10-15 minutes

Dosage de 1-2 mg/kg en bolus unique (maximum 5 mg/kg)

Une deuxième perfusion de 1 mg/kg peut être réalisée, sans dépasser la dose totale de 7 mg/kg

Augmentation des résistances artérielles systémiques et de la pression artérielle dans les situations où les autres vasopresseurs sont restés inefficaces

Des effets secondaires potentiellement dangereux : vasoconstriction rénale et coronaire, hypertension pulmonaire, neurotoxicité

Formation possible de méthémoglobine et d'une hémolyse.

Utilisation restreinte aux situations de sauvetage.

5.4 Surveillance d'un pace maker externe (PM) dit « pile »

Si le patient est porteur d'un PM, à l'entrée et à chaque prise de poste :

- Vérifier que le moniteur de surveillance est bien programmé sur stimulé
- Observer la présence de spikes
- **L'absence doit obligatoirement être signalée au réanimateur**

Si le patient est porteur d'un PM sentinelle, à l'entrée et à chaque prise de poste :

- Vérifier que le moniteur de surveillance est bien programmé sur stimulé
- Augmenter la fréquence de stimulation de 5 à 10 bat/min par rapport à la fréquence du malade et observer l'apparition de spike
- **L'absence doit obligatoirement être signalée au réanimateur**

6 - Retour en service

Après accord de l'anesthésiste de chirurgie cardiaque

- Généralement en lit
- Lit de chirurgie cardiaque amené par les TCS avec équipement signalé sur le logiciel de transport (PTHA)
- Avec l'IDE en charge du patient pour accompagner le TCS et faire des transmissions.
- Sac de transport et DECT.
- Moniteur standard sauf cas particulier

7 - Documents associés

- ✓ « Prise en charge journalière des patients validée par : Dr Gerelli, Dr Chavanis, Dr Blanc, Dr Mangin, Dr Robert, Dr Guillery » (ordinateur réa, classeur protocole)
- ✓ cat devant une bradycardie symptomatique en post op de chirurgie cardiaque (ordinateur réa, classeur protocole)
- ✓ Protocole ECMO (ENNOV)
- ✓ Swann Ganz en pratique (ordinateur réa, classeur protocole)

8 - Documents de référence

(1) Précis d'anesthésie cardiaque 4.1 ©Septembre 2010 CHASSOT PG ; Mise à jour Mars 2015

Diffusion
- Services concernés :

Rédaction	Marlène MILLET, IDEC ; Sabrina TRESALLET, ASDE ; Yann COICAUD, IDEC	[Date de signature]
Vérification	Camille MOTTINI, IDE ; Sylvain PAVY, ASDE ; Amélie PANCZYK, ASDE	[Date de signature]
Approbation	David BOUGON, Réanimateur ; Claire CHAPPELUZ Cadre de Santé	[Date de signature]