

Le rôle de l'expert/e en soins d'anesthésie

Anesthésie générale: une attention constante s'impose

Quelles sont les tâches d'une infirmière experte en soins d'anesthésie dans le domaine péri-opératoire? Cet article donne un aperçu de son travail pendant une anesthésie générale.

Texte: Tobias Ries Giesler, Maria Castano / **Photos:** Wikimedia



Le patient anesthésié ne respire pas par lui-même. Une surveillance sans relâche est nécessaire.

Christine Bauer¹ est experte en soins d'anesthésie EPD ES² et travaille depuis plusieurs années dans un hôpital offrant des soins de base élargis. Ce jour-là, une intervention est prévue pour M. Wasmer. M. Wasmer souffre régulièrement de calculs biliaires, raison pour laquelle il est prévu d'éliminer sa vésicule biliaire par laparoscopie (cholécystectomie). M. Wasmer est âgé de 75 ans. Son diagnostic indique en outre un diabète de type 2 nécessitant un traitement à l'insuline, une hypertension artérielle ainsi qu'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). M. Wasmer mesure 170 cm et pèse 95 kg, ce qui correspond à un indice de masse corporelle de 33. Il ne présente pas d'allergies. Il prend des antidiabétiques ainsi que des bêtabloquants.

Pour l'équipe d'anesthésie, composée de l'infirmière experte en soins d'anesthésie et du médecin anesthésiste, un certain nombre de particularités doivent être prises en compte pour l'anesthésie générale, liées à la nature de l'intervention, à la technique opératoire, aux diagnostics secondaires et à l'âge du patient.

Préparatifs

Avant l'arrivée de M. Wasmer, Christine Bauer a préparé les médicaments nécessaires ainsi que les deux appareils respiratoires dans la salle d'induction et la salle d'opération et vérifié le bon état de fonctionnement des appareils. Elle a discuté avec l'anesthésiste la procédure de

¹ Tous les noms sont fictifs.

² Etudes post-diplôme Ecole supérieure.

mise en œuvre de l'anesthésie générale et la répartition des tâches au sein de l'équipe. Une surveillance standard de l'anesthésie est prévue. En raison de la durée de l'intervention, une sonde vésicale est mise en place. La surveillance standard implique: surveillance de la pression sanguine au moyen d'une mesure automatique non invasive, électrocardiogramme, pulsoxymétrie et surveillance de la relaxation. Pendant l'induction, Christine Bauer va surveiller la voie respiratoire en introduisant un tube endotrachéal dans la trachée. Cette mesure permet d'entreprendre une respiration artificielle et de protéger les voies respiratoires contre une aspiration pulmonaire. Pendant ce temps, le médecin est responsable de l'administration des médicaments. Infirmière en soins d'anesthésie expérimentée, Christine Bauer sait qu'une opération engendre souvent chez les patients beaucoup de stress et d'angoisse. Dès son arrivée dans la salle d'induction, elle accompagne M. Wasmer avec calme. Elle établit une relation basée sur la confiance, afin que le patient parvienne à se détendre. En même temps, elle met en place les mesures de surveillance ainsi que l'accès veineux. Après ces préparatifs, les différents points de la checklist de l'OMS «La sécurité en chirurgie» sont discutés et documentés.

Induction de l'anesthésie

Tout est prêt et l'anesthésie peut commencer. Trois à cinq minutes avant l'administration des médicaments anesthésiants, Christine Bauer met en place la préoxygénation au moyen du masque. Cela permet le stockage d'oxygène pulmonaire afin de réduire le risque d'hypoxie, en cas de problèmes lors de l'intubation. Christine Bauer et l'anesthésiste informent ensuite M. Wasmer

que l'on va débiter avec l'anesthésie générale. Suivent l'administration de puissants opioïdes (p.ex. Fentanyl) et d'un hypnotique à action rapide. Dès que M. Wasmer est «endormi», c'est-à-dire qu'il ne réagit plus à la parole et ne respire plus par lui-même, Christine Bauer prend en charge la respiration artificielle. L'anesthésiste injecte alors le myorelaxant, qui entraînera le blocage de la transmission neuro-musculaire. Pour être sûrs que M. Wasmer est endormi, Christine Bauer et l'anesthésiste contrôlent les paramètres vitaux du moniteur de surveillance ainsi que les pupilles. Un laryngoscope est utilisé pour l'intubation. Un coussinet est gonflé à l'extrémité inférieure du tube pour protéger la trachée. Il sert à prémunir la voie respiratoire contre d'éventuels reflux gastriques. Lorsque le tube est introduit, l'anesthésiste vérifie, avant le début de la respiration artificielle, la position correcte par auscultation du poumon.

Christine Bauer entreprend ensuite la respiration artificielle. Pour un réglage adapté, il est important de contrôler les concentrations des gaz inhalés ou exhalés mesurées. Le dioxyde de carbone est mesuré par capnographie à la fin de l'expiration. Christine Bauer met en route l'évaporateur avec des anesthésiants volatiles à effet hypnotique, afin que M. Wasmer dorme jusqu'à la fin de l'intervention. Pour une respiration artificielle suffisante, elle règle la dimension du volume respiratoire et de la fréquence respiratoire, ainsi que la concentration en oxygène en fonction de la taille et du poids du patient.

Travail d'équipe

Pendant l'induction, l'anesthésiste et Christine Bauer ne quittent pas des yeux les paramètres vitaux, ce qui leur permet d'intervenir au besoin avec des agents vasoactifs, des médicaments correcteurs destinés à l'assistance circulatoire. Pour une cholecystectomie laparoscopique, un second accès veineux périphérique est nécessaire, ainsi qu'une sonde gastrique et un cathéter permanent. L'anesthésiste et Christine Bauer se répartissent le travail. En même temps, un soignant commence à positionner M. Wasmer de manière à ce que le chirurgien puisse accéder à la région à opérer. Tant le personnel d'anesthésie que celui responsable du

SIGA/FSIA

Communauté d'intérêts

La Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes (SIGA/FSIA) est une association spécialisée de l'ASI. La FSIA défend les intérêts du personnel soignant diplômé, spécialisé en anesthésie. Elle s'engage en faveur de la préservation et du développement de la profession. Le domaine de l'anesthésie est un domaine médical par excellence et la plupart des actes infirmiers sont exécutés sur délégation. La FSIA s'attache à définir et développer les soins dans le domaine de l'anesthésie et assurer la qualité. Elle soutient ses membres dans leurs activités et leur développement professionnel et prend position sur des questions actuelles concernant le personnel soignant dans le domaine de l'anesthésie. Elle entretient des contacts internationaux dans ce domaine professionnel spécifique.

Informations détaillées sur: www.siga-fsia.ch
ou par mail: info@siga-fsia.ch

positionnement doivent veiller à d'éventuelles lésions péri-opératoires, les patients étant absolument immobiles pendant une anesthésie, contrairement au sommeil normal. Le patient est ensuite transféré de la salle d'induction à la salle d'opération. Christine Bauer poursuit la respiration artificielle et contrôle les paramètres vitaux avec l'anesthésiste et les documente. Lorsque chacun est satisfait du positionnement, de l'installation et de la surveillance, le patient est couvert de manière stérile.

Ne rien négliger

Entretemps, l'anesthésiste s'est rendu dans une autre salle d'opération, car il s'occupe de plusieurs patients à la fois. Christine Bauer travaille de manière autonome sous délégation, ainsi que stipulé dans le profil professionnel de l'experte en soins d'anesthésie diplômée ES, et assume la responsabilité de l'anesthésie pour M. Wasmer. Juste avant l'incision, elle vérifie encore une fois si M. Wasmer est profondément endormi et si le traitement de la douleur est suffisant. Un dernier contrôle de

Les auteurs

Tobias Ries Gisler, MNS en anesthésie, expert en soins d'anesthésie diplômé EPD ES, Département d'anesthésiologie, Hôpital universitaire de Bâle, tobias.ries@siga-fsia.ch

Maria Castano, experte en soins d'anesthésie EPD ES, enseignante ES, Centre de formation en soins infirmiers, maria.castano@bzpflege.ch



La collaboration au sein de l'équipe est primordiale tout au long de l'intervention.

sécurité est effectué par l'équipe avant le début de l'opération. Pendant l'opération, Christine Bauer doit également veiller à ce que M. Wasmer ne prenne pas froid, que les pertes de liquides soient compensées et que la perte de sang pendant l'opération soit remplacée adéquatement. Il s'agit également de tenir compte du diabète. Elle mesure régulièrement le taux de glycémie, afin de pouvoir intervenir au besoin. Le positionnement est également contrôlé, car les patients en surpoids présentent un risque élevé de lésions. Et pour que le chirurgien puisse intervenir dans les meilleures conditions, Christine Bauer doit veiller à ce que les muscles de M. Wasmer soient suffisamment relâchés et injecter, si nécessaire, davantage de myorelaxant.

Elle documente en continu les paramètres vitaux et la respiration, de même que les médicaments administrés et les

mesures mises en place. La phase de réveil doit être planifiée et préparée pendant l'intervention même. En contact permanent avec le chirurgien et en observant minutieusement le déroulement de l'opération, elle évalue à quel moment elle peut commencer à réduire l'administration du produit anesthésiant.

Phase de réveil

Aussitôt que la vésicule biliaire est éliminée et que le chirurgien commence la

suture, Christine Bauer entreprend les premières démarches pour terminer l'anesthésie. Elle vérifie si la myorelaxation est toujours présente et administre si nécessaire un antidote afin de contrer l'effet du myorelaxant. M. Wasmer peut commencer à se réveiller.

Le traitement contre la douleur est optimisé, M. Wasmer commence à respirer à nouveau par lui-même. Christine Bauer et l'anesthésiste se préparent pour le réveil. L'anesthésiant volatil est stoppé et M. Wasmer reçoit, comme lors de l'induction, 100% d'oxygène afin d'augmenter le stockage d'oxygène dans les poumons en cas d'urgence. Le tube endotrachéal ne peut être éliminé que lorsque le patient respire spontanément et que ses réflexes protecteurs, comme la toux et la déglutition, fonctionnent.

L'équipe d'anesthésie décide quelle sera la personne qui va communiquer avec le patient. Son collègue se prépare à aspirer les sécrétions qui surviendront lors de l'extubation. Il s'agit de faciliter le réveil de M. Wasmer en l'orientant de manière constante. Aussitôt que le patient fait comprendre qu'il est réveillé, le tube est éliminé. Le retour à la conscience est un élément central de la surveillance. Si tous les paramètres sont satisfaisants, M. Wasmer peut être confié aux collègues en salle de réveil. Christine Bauer prend congé de M. Wasmer. En accord avec l'anesthésiste, elle a noté les prescriptions post-opératoires. Son travail auprès de M. Wasmer ne sera toutefois terminé que le lendemain, lorsqu'elle viendra s'enquérir de son état et pourra ainsi apprécier la qualité de son intervention d'experte en soins d'anesthésie. ■

La version originale de cet article a paru en allemand dans *Soins infirmiers* 4/2015. La version française a été légèrement réduite par la rédaction. Le texte intégral ainsi que la bibliographie se trouvent dans l'édition 4/2015, pages 18 à 21.

«Les paramètres vitaux et la respiration, de même que les médicaments administrés et les mesures mises en place sont documentés en continu.»