

# Hypothermie péri-opératoire non intentionnelle: agissons-nous correctement?

Benjamin Albiez

Les lignes directrices et les recommandations ne peuvent, jusqu'à présent, pas empêcher les patients de souffrir d'une hypothermie péri-opératoire non intentionnelle (HPNI). Quelles mesures sont à recommander pour éviter l'hypothermie? Et comment est-il possible de mettre en oeuvre des interventions liées à l'HPNI dans la pratique quotidienne?

Une enquête menée auprès de 2 000 anesthésiologistes allemands a montré que les mesures actuellement recommandées pour prévenir l'hypothermie péri-opératoire non intentionnelle (HPNI) ne sont pas systématiquement appliquées (Waeschle et al., 2015). Environ 40% des répondants n'appliquent pas de préchauffage (prewarming) avant de commencer l'anesthésie. Une surveillance correcte de la température lors d'une anesthésie rachidienne ou épidurale n'a lieu que dans 12% des cas. Par conséquent, l'HPNI nécessite encore de l'attention.

On parle d'hypothermie lorsque la température centrale chez les patients adultes est inférieure à 36 degrés Celsius. L'incidence de l'HPNI est comprise entre 38 et 75% lors des anesthésies (Bräuer et al., 2010). L'hypothermie est observée dans toutes les formes d'anesthésie mais l'anesthésie régionale présente la plus faible perte de chaleur et l'anesthésie combinée avec une péridurale la plus grande (Riley & Andrzejowski, 2018).

Une morbidité accrue et une augmentation potentielle de la mortalité sont considérées comme les conséquences de l'HPNI (Riley et Andrzejowski, 2018). D'autres conséquences incluent des événements cardiaques tels que l'angine de poitrine instable et l'infarctus du myocarde de même qu'une altération de la fonction plaquettaire, une insuffisance de la coagulation plasmatique avec une augmentation de

la perte sanguine et des besoins transfusionnels, un temps de réveil prolongé, une admission non planifiée dans une unité de soins intensifs, une hospitalisation prolongée et une augmentation de la mortalité chez les patients à risque (Bräuer et al., 2010).

Dans l'espace germanophone, il existe, depuis 2014, la directive S3 de l'Académie des sciences médicales (AWMF) pour la prévention de l'hypothermie péri-opératoire avec des recommandations pour la pratique clinique (Torossian, Bein et Bräuer, 2014). Les recommandations du National Institute of Health and Care Excellence (NICE) sont très répandues dans l'espace anglo-américain. Les directives NICE formulent des recommandations pour la Grande-Bretagne. Elles ont été publiées pour la première fois en 2008 et mises à jour en 2016. Les deux lignes directrices ne diffèrent que très peu (Riley & Andrzejowski, 2018). Malgré ces directives, «il existe un besoin évident de développement continu dans la prévention de l'hypothermie péri-opératoire (...)» (Waeschle et al., 2015).

Dans ce contexte, cet article aborde deux questions: quelles sont les interventions recommandées pour prévenir l'HPNI? Que faut-il prendre en compte lors de la mise

en oeuvre des mesures dans la pratique clinique?

## Quelles sont les mesures importantes?

La gestion de la chaleur commence par la mesure de la température du patient. La directive NICE (2008) recommande un intervalle de mesure toutes les demi-heures et la directive S3 une mesure continue ou au moins avec un intervalle d'un quart d'heure entre les mesures. Divers instruments de mesure sont disponibles pour enregistrer la température corporelle. Cependant, tous ne sont pas précis et fiables. Les mesures dans l'oesophage distal (40 cm de profondeur), dans la vessie (cathéter vésical avec mesure de la température) ou rhino-pharyngées (10 cm de pro



fondeur) sont recommandées. Chez les patients éveillés, la directive NICE (2008) et Torossian et al. (2014) plaident pour une mesure numérique sublinguale. Les mesures de la température rectale et tympanique indirecte (thermomètre auriculaire) ne sont pas recommandées en raison de leur imprécision. Les nouvelles méthodes utilisant des électrodes adhésives sur l'artère temporale, telles que la technique Zero Heat Flux® ou les méthodes à double capteur s'avèrent-elles justes? Cela

n'a pas encore été prouvé (Horn et al., 2017). En pré-chauffant («prewarming») avant l'induction, il est possible de protéger les patients de l'hypothermie et de prévenir une HPNI. Un «préchauffage» d'au moins 10 minutes est recommandé, 20 à 30 minutes sont optimales. Le «préchauffage» est une procédure simple qui bénéficie à tous les patients avec une anesthésie de plus de 30 minutes (Torossian et al., 2014). En plus des mesures conductrices (tapis chauffants avec circulation d'eau), le chauffage peropératoire actif par convection (soufflerie à air chaud) est considéré comme le moyen le plus efficace afin d'éviter les HPNI, (Torossian et al., 2014). La directive NICE (2008) et Torossian et al. (2014) recommandent une température d'au moins 21 degrés Celsius dans la salle d'opération afin d'éviter le refroidissement du patient. Cependant, après champage, une température ambiante plus froide est possible pour contrer l'hypertranspiration de l'équipe chirurgicale habillée de manière stérile. L'induction de l'anesthésie ne devrait pas commencer avant que les patients aient atteint une température corporelle de 36° C

(NICE, 2008).

À partir d'un débit de 500 ml / h, il est recommandé d'utiliser des perfusions pré-chauffées (Torossian et al., 2014). Cela vaut également pour le sang ou les produits de remplacement du sang qu'il faut toujours préchauffer avant d'administrer.

Des frissons (shivering) peuvent survenir indépendamment de l'hypothermie. Une thérapie pharmacologique abaisse le seuil de frissons respectivement la production de chaleur métabolique et doit donc toujours être utilisée en regard de la température corporelle (Riley & Andrzejowski, 2018). En obstétrique également, une surveillance systématique de la température doit être effectuée. Pour une chirurgie en anesthésie loco-régionale d'une durée supérieure à 30 minutes, des mesures de réchauffement

sont également recommandées (Riley & Andrzejowski, 2018).

Le transfert des patients en salle de surveillance post-interventionnelle ne devrait pas être effectué avant d'avoir atteint une température corporelle minimale d'au moins 36 degrés Celsius (Torossian et al., 2014).

### À quoi faut-il faire attention lors de la mise en oeuvre concrète?

La gestion de la chaleur péri-opératoire est une tâche interdisciplinaire. Non seulement les experts en anesthésie mais également tous les autres médecins, les soignants, TSO et aides impliqués dans le processus de bloc opératoire doivent être inclus. Cela soulève la question suivante: à quoi faut-il faire attention lors de la mise en oeuvre de la pratique clinique? Par exemple, en tant que méthodologie, on peut imaginer le «développement pratique» (Frei, 2012). Il s'agit de «donner aux équipes du domaine de la santé les moyens de développer leurs connaissances et leurs compétences, et de changer la culture et le contexte des soins (...). Cela nécessite la participation de tous les intéressés. Les points centraux du développement de la pratique sont: le transfert de connaissances, l'accompagnement et la mise en oeuvre dans la pratique ainsi que le développement

d'une instruction pour agir (McCormack et al., 2009).

Concrètement, il s'agit d'élever la situation actuelle dans la clinique en matière de gestion de la chaleur - en termes de matériel, de processus et de responsabilités. Il est important de créer une procédure interdisciplinaire qui réponde aux besoins de la clinique et soit partagée par toutes les personnes concernées. Une fois que le matériel nécessaire est disponible, une formation interdisciplinaire devrait avoir lieu. Avant cela, il est important de sensibiliser les collaborateurs. À cet effet, Torossian et al. (2014) fournissent des formulaires et des informations de formation utiles dans le cadre de la ligne directrice.

Pour assurer la durabilité, il est nécessaire d'accompagner les collaborateurs dans le processus de mise en oeuvre afin de les aider à surmonter les obstacles et de mettre en oeuvre les mesures de manière optimale (McCormack et al., 2009).

Du point de vue de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), il est crucial d'intensifier la coordination interprofessionnelle entre les professionnels de la santé (ASSM, 2018).

Pour augmenter la qualité des soins et utiliser les ressources plus efficacement, il est d'abord nécessaire de promouvoir l'interprofessionnalisme (voir la Charte «Collaboration entre les professionnels de la santé», ASSM, 2014). L'engagement de tous les intervenants en milieu péri-opératoire est essentiel pour assurer une gestion de la chaleur optimale et améliorer les résultats pour les patients.

### Littérature:

Voir Journal d'anesthésie 04 / 2018

### Collectez des points e-log

Questions sur [www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/e-log](http://www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/e-log)

### Contact:

Benjamin Albiez  
Expert diplômé en soins d'anesthésie,  
Institut d'anesthésiologie  
Hôpital universitaire de Zürich  
[benjamin.albiez@usz.ch](mailto:benjamin.albiez@usz.ch)