

Résumé SFAR 2013

Abstract R352

SFAR2013-1905

Où extuberer ? Au bloc opératoire ou en salle de surveillance post interventionnelle ?

Amélie Larousse^{1,*}, Francis Remérand¹, Marie Noelle Pizzagalli¹, Marc Laffon^{1,2}, Jacques Fusciardi^{1,2}

1CHRU Tours, ²Université F Rabelais Tours, Pôle anesthésie réanimation SAMU, Tours, France

Introduction: Avec les progrès de l'anesthésie, on peut désormais optimiser la récupération postopératoire précoce : remplissage, réchauffement, analgésie, décurarisation, prévention des nausées vomissements. On pourrait donc s'attendre à ce que l'extubation se fasse surtout au bloc opératoire (BO). A notre connaissance, ceci n'est documenté que dans un travail monocentrique (Ann Fr Anesth Réa 2011 ; 30 : 538-545). Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, nous avons souhaité évaluer ce phénomène dans notre centre, ainsi que les facteurs associés à la décision d'extuber le patient au BO plutôt qu'en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI).

Matériel et Méthodes: L'audit s'est déroulé de juillet à octobre 2012 inclus dans un CHU multidisciplinaire. Il concernait les patients programmés sous anesthésie générale. Il comprenait 2 parties. Un questionnaire était rempli par le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) au BO, en début d'intervention. Il portait sur son souhait d'extuber le patient au BO ou en SSPI, et sur les arguments qui motivaient ce choix (questions à choix multiples). La seconde partie était renseignée en SSPI par le personnel paramédical. Il concernait les items suivants : extubation au BO ou en SSPI, douleur en SSPI (score > 4/10 ou pas), hypothermie (température < 36°C en fin d'intervention ou en SSPI), décurarisation, nausées et vomissements. Le sexe, l'âge, la durée de la chirurgie, la chirurgie carcinologique et celle à haut risque cardiovasculaire (Circulation 1996 ; 93 : 1278-1317, Anesth Analg 1996, 82 : 854-860) ont été recueillis secondairement. Une analyse univariée a testé l'association de ces paramètres au souhait des MAR concernant l'organisation de l'extubation (bloc ou SSPI). Une régression logistique binaire a ensuite inclus les items ayant un p<0,15.

Résultats: Huit cents questionnaires ont été analysés. Les MAR souhaitaient extuber les patients au BO dans 33% des cas. Parmi ceux ne souhaitant pas extuber leurs patients au BO, les raisons évoquées étaient : le confort du patient (54%), la sécurité (35%), la nécessité de libérer la salle d'opération (32%), l'hypothermie (9%), la possibilité d'agitation (6%), une curarisation en l'absence d'antagonisation

(5%), une décurarisation insuffisante malgré antagonisation (4%), d'autres raisons (3%). La régression logistique révèle que 3 items étaient significativement associés au choix des MAR. En cas de chirurgie à risque cardiovasculaire élevé, les MAR souhaitaient extuber leur patient au BO dans 52% des cas (versus 31%, $p < 0,001$). En cas de chirurgie carcinologique ou d'administration de curares, les MAR souhaitaient extuber leur patient au BO dans respectivement 22% des cas (versus 35%, $p = 0,001$), et dans 31% des cas (versus 42%, $p = 0,016$).

Discussion: Seulement un tiers des MAR souhaitaient extuber leur patient au BO. De façon assez prévisible, une chirurgie à risque cardiovasculaire élevé semble augmenter cette proportion, au contraire d'une chirurgie carcinologique. De façon plus surprenante, l'administration de curares incite les MAR à différer l'extubation en SSPI. Ceci ne pourrait être logique qu'en l'absence de décurarisation. Une évaluation des pratiques professionnelles sur la décurarisation semble nécessaire au vu de ces résultats.