

TRANSPORT INTRA- HOSPITALIER D'UN PATIENT RELEVANT D'UN CAS DE NEUROCHIRURGIE

Rédacteurs :
Frédéric SAUTET, Isabelle PHILIPPOT, IADE

Correcteur et superviseur :
Pr DIRAISON, Chef du Bloc Opératoire

HIA Val de Grâce
74 Boulevard Port Royal
75005 PARIS

frederic.sautet@laposte.net

I Définition du transport intra-hospitalier

II Recommandation de la SFAR

III Personnel

IV Rôle de l'IADE

V Impératifs du transport

Conclusion

I Définition

Il s'agit du transfert médicalisé d'un patient atteint d'une détresse vitale patente ou potentielle, et dont le pronostic fonctionnel est gravement menacé. Le transfert est motivé par la réalisation d'examen complémentaires (scanner, IRM, artériographie) afin d'orienter la prise en charge, qui sera chirurgicale ou nécessitera l'admission dans une unité de réanimation.

Ce mode de transport s'adresse surtout aux structures hospitalières de type pavillonnaires et peut nécessiter l'utilisation de véhicules ou d'un brancard adapté.

II Recommandations de la SFAR (texte de référence du 12/92)

La décision de transfert est prise en commun par les médecins concernés qui en partagent la responsabilité :

- le médecin de l'unité de départ,
- le médecin de l'unité d'accueil.

Avant le départ un temps sera réservé aux transmissions et à la prise des consignes entre les médecins, puis un bilan initial du patient sera effectué conjointement. Au cours du transport on continuera d'assurer la surveillance hémodynamique, neurologique, la poursuite du traitement et bien entendu tout cela fera l'objet d'une retranscription sur un document adapté. A l'arrivée le patient sera installé par les deux équipes et le dossier médical sera transmis.

En cas de réalisation d'un simple examen type IRM, scanner, artériographie, la surveillance est assurée par l'équipe qui assure le transport.

Le matériel nécessaire et requis : le conditionnement du malade et son installation nécessiteront

- conditionnement au minimum un matelas à dépression (type coquille),
- un monitoring hémodynamique un scope avec ECG, PNI (ou PAS), PetCO2, SpO2,
- de quoi intuber et ventiler (laryngoscope, masque, ballon, sondes, etc...)
- suffisamment d'oxygène, un respirateur,
- de quoi poursuivre la réanimation (solutés, médicaments, pousse seringue électrique)
- des médicaments spécifiques du système nerveux central(anti-convulsivants, manitol...)
- une autonomie en énergie suffisante

III Personnel

L'équipe se compose :

- d'un médecin responsable du transport,
- d'un IADE ou un IDE voir un auxiliaire sanitaire formé
- d'un conducteur.

IV Rôle et place de l'IADE

C'est le collaborateur de choix de part sa compétence acquise au cours de sa formation.

Il devra contrôler et vérifier le matériel (médical, d'anesthésie/réanimation, oxygène/énergie et les drogues).

Il prend part aux transmissions médicales et paramédicales avant et après le transport.

Il participe au conditionnement du patient et à son installation dans le véhicule de transport utilisé ou sur le brancard, en l'adaptant à son état, aux techniques de surveillance et aux soins qu'il devra assurer.

Il assure sous la responsabilité du médecin responsable la continuité du traitement.

V Impératifs du transport

Après installation dans le véhicule ou sur le brancard un nouveau bilan sera effectué et retranscrit pour servir de référence. L'évaluation des problèmes et risques orientera sur la prise en charge et les thérapeutiques à prévoir.

- Patient conscient :
 - Monitoring ECG
 - PNI, PAM
 - SpO₂ ≥ 95 %
 - Surveillance du score de Glasgow (prévoir lampe)
 - Entretien des VVP
 - Surveillance du PST et des saignements
 - Surveillance des divers sondages

- Patient inconscient et ou sédaté
 - Pupilles
 - Monitoring ECG
 - PNI/ PAS avec un objectif de PAS > 90 mmHg et PAM > 100 mmHg (prévention hypotension artérielle)
 - SpO₂ ≥ 95 %
 - PetCO₂ = 30 à 35 mmHg (prévention de l'hypertension intra crânienne)
 - Ventilation = paramètres ventilatoires adaptés à l'état du patient
 - Position décubitus dorsal strict = coquille et rectitude de la tête (prévention hypertension intra crânienne)
 - Entretien de la réanimation = perfusion, sédation, morphinique, curare+/-, amines+/-
 - PIC si monitorée avec mesure de la différentielle (PPC=PAM-PIC)
 - SU / SNG
 - Surveillance PST et saignements

Evolutivité : au cours du transport, on peut-être confronté à une détérioration de l'état neurologique :

- Diminution du score de GLAGOW : si ≤ 8 : on peut avoir recours à la sédation, l'intubation et la ventilation assistée. La surveillance se fera alors de façon plus rapprochée et on accélèrera le transport vers l'unité d'accueil.
- Apparition de convulsions : on utilisera des anti-convulsivants type Valium®, Rivotril® ou Nesdonal®. En fonction de l'évolution de l'état du patient on pourra là aussi être amené à le sédater et à l'intuber.
- Apparition des signes d'hypertension intra crânienne : elle sera traitée sur prescription médicale par l'administration de Manitol®, un léger proclive et tout les autres moyens qui permettent de la faire régresser (augmentation de la sédation, modification des paramètres ventilatoires et des objectifs hémodynamiques).

Conclusion

Le transfert reste une décision et une responsabilité médicale.

La sécurité du patient repose sur :

- la compétence du personnel,
- la préparation du matériel (véhicule, brancard, matériel médical et produits médicamenteux),
- la mise en condition du patient adaptée à son état et à la durée du transport,
- l'efficacité de la surveillance durant le transport ,
- la prise en charge précoce des éventuelles complications.

Ces impératifs exigent une formation spécifique et actualisée du personnel, lui permettant d'assurer cette activité dans des conditions optimales.

Références :

Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts intra-hospitaliers médicalisés. (12/1992)