

**PRISE EN CHARGE
D'UNE THYROIDECTOMIE TOTALE :
Reprise du patient pour hématome**

- ① compressif**
- ② Traitement d'un arrêt cardiaque au bloc opératoire**

S. Manesse, M. Argente, J. B. Noirot, J. Mantz, C. Peuch

AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

①

**Reprise du patient
pour hématome compressif**

AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

L'Hématome sous aponévrotique de la loge thyroïdienne est une Urgence absolue

- Rapidement compressif (80 à 120 ml/min)
- Asphyxie aigue

AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

La prise en charge

- Lâchage des sutures et ouverture de la loge par l'équipe chirurgicale ou l'anesthésiste
- Maîtrise des voies aériennes par l'équipe d'anesthésie

AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

Conduite à tenir

- Détection des signes précoces :
Surveillance en SSPI des redons,
pansements, apparition de dyspnée

- Appel chirurgical et anesthésiste

Conduite à tenir

Lâchage des sutures

- Anesthésiste ou chirurgien
- Lâchage des sutures
- Ouverture de la loge

Contrôle des VAS

- Monitoring
- VVP perméable
- Contrôle des VAS :
 - Préoxygénation
 - Induction :
 - Etomidate (0,3mg/kg)
 - Célocurine (1mg/Kg)
 - IOT

La prise en charge d'un hématome compressif réside en 3 points :

- Rapidité de détection des signes
- Rapidité du lâchage des sutures
- Rapidité de maîtrise des voies aériennes

2

Traitement d'un arrêt cardiaque au bloc opératoire

Diagnostic de l'ACR au bloc

- **Monitoring :**
 - Capno : <15 mmHg
 - ECG : asystolie ou FV
 - SpO2 : absence de courbe et de valeur
 - TA : imprenable
- **Clinique :**
 - Absence de pouls fémoral ou radial
 - Apnée
- **Champ chirurgical :**
 - Diminution ou arrêt du saignement
 - Présence de sang noirâtre

AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

Conduite à tenir

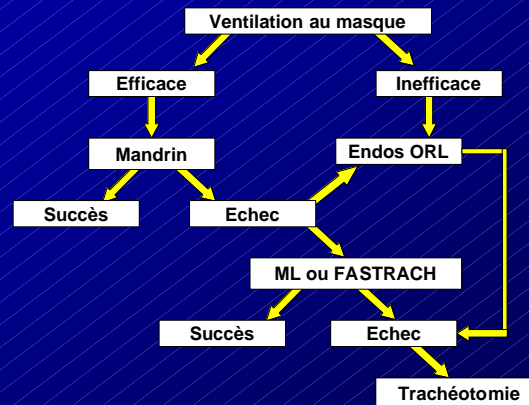
- Donner l'alerte (prévenir le chirurgien et appeler du renfort)
- Noter l'heure
- Arrêt des agents anesthésiques
- FiO2 à 100 %
- Débuter la RCP : le MAR coordonne l'ensemble des actions

AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

La RCP au bloc : contrôle des VAS

➤ Si patient non intubé



AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

La RCP au bloc : contrôle des VAS

➤ Si patient intubé

- FiO₂ = 100 %
- V_t = 6-8 ml/Kg
- Fr = 16-20/min
- Sous surveillance de l'EtCO₂ :
évaluation de l'efficacité de la RCP
et indicateur pronostic

AFISAR 2006

S.A.R. Hôpital Beaujon AP-HP

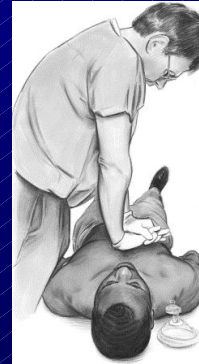
La RCP au bloc : réanimation cardiaque

➤ MCE

- Mains contre le sternum, dépression de 4-5 cm à un rythme de 100 / min
- Si VAS non maîtrisées : 30 compressions pour 2 insufflations.
- Relais toutes les 3 min

➤ Adrénaline

- 1 mg toute les 3 à 5 min



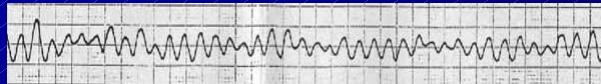
Contrôle de l'efficacité du MCE

➤ EtCO₂

- ECG : recherche de la récupération d'un rythme sinusal ou d'une fibrillation ventriculaire

Traitement d'une FV

- La FV est une désynchronisation de l'activité ventriculaire. Tracé complètement anarchique



- Le traitement consiste en :
 - Chocs Électriques Externes à 360 joules
 - Si persistance après CEE utilisation d'amiodarone

Arrêt de la réanimation

- Persistance d'une asystolie
- Plus de 30 min de réanimation bien conduite = 0 % de survie chez un patient normotherme

Récupération d'une activité cardiaque efficace

- Totaliser le temps de réanimation
- Noter sur la feuille d'anesthésie les drogues et les actes réalisés
- Sédation et analgésie en fonction des signes de réveil
- Transfert en réa pour évaluation des répercussions de l'ACR