Rapport anesthésie

EDN mission Seguin, Vatomandry, avril 2016

Avant la mission :

- Commande d'oxygène par téléphone auprès du Dr HAJA (médecin chef de l'hôpital de Vatomandry). Oxygène disponible à notre arrivée.
- Récupération d'une partie du matériel de la mission Antsirabe à l'auberge du cheval blanc de Tananarive sans problème.

Consultation préopératoire :

- Nombreux consultants avec barrière du langage importante mais bonne compréhension grâce à la traduction par les équipes locales.
- Relativement bonne organisation (dossiers patients laissés sur place, consultants initialement répartis par sessions de 50 sur les 2 premiers jours avec numéro d'attribution pour l'ordre de passage : à voir pour poursuivre cette organisation ou tout grouper sur un jour pour faire le programme le premier jour).
- Peu de petite pédiatrie (4 patients de moins d'1 an).
- Pas de noma.
- 2 ankyloses réfutées par l'équipe d'anesthésie devant l'absence de fibroscope (pas d'ouverture de bouche).
- Beaucoup de patients vus en consultation sans indication chirurgicale CMF voir sans indication chirurgicale tout court (problème médicaux).
- Finalement assez grand nombre de patients retenus, alimentés de plus par les consultations réalisées au fur et à mesure de la mission (rajouts au programme +++).

Organisation sur place :

- 2 chambres de 6 lits disponibles pour les patients opérés.
- Suites opératoires adaptées en conséquence (principalement 1 nuit d'hospitalisation pour les fentes et 2 nuits pour les autres chirurgies).
- 1 SSPI / salle de pansements.
- Patients rappelés pour les soins et pansements quelques jours après la chirurgie puis pour la grande consultation.
- Une équipe pour la visite du matin pendant que l'autre prépare le bloc.

- Matériel laissé en salle d'opération la nuit sans problème, le reste dans un local fermé à clé à l'hôpital (mais ne fermait plus à notre départ…) ; pas de vol.
- 1 salle d'op disponible avec 2 tables d'opération et une aspiration partagée entre cette salle et l'autre, utilisée par les équipes locales.
- Pansements par les infirmières d'IDN le matin.
- Patients prémédiqués ou perfusés en amont par les infirmières d'IDN avec leur famille en SSPI.
- Equipes locales relativement disponibles pour le ménage et les aides-opératoires (étudiants infirmiers ++).
- Cours effectué par notre équipe le samedi matin à l'école d'infirmière, puis présentation de l'hôpital à notre équipe par le Dr HAJA.

Matériel :

- 2 respirateurs de transport dont 1 ayant des fuites (cf infra).
- 1 cuve d'HALOTANE disponible auprès de José l'IADE avec 1 flacon à commander avant la mission ou à l'arrivée.
- 2 pousses-seringues électriques (dont 1 sur place).
- 1 scope sans tensiomètre et 2 saturomètres portatifs : 1 au bloc faisant office de scope et 1 en SSPI.
- Pas de fibroscope.
- Possibilité de se procurer des solutés et de l'HALOTANE à l'arrivée sur place.

Bilans biologiques :

- VIH et syphilis (épidémique à Madagascar) pour tout le monde.
- Défaut d'organisation des équipes locales par rapport au programme opératoire qui leur a été fourni : bilans parfois non disponibles le jour de chirurgie.
- Syphilis : épidémique dans cette partie de l'ile actuellement. La sérologie est constituée du dosage de 2 facteurs : le RPR (correspondant au VDRL chez nous) signe un contact avec un tréponème non spécifique et le TPHA signant un contact avec un tréponème syphilitique. TPHA positif et RPR négatif marquent une cicatrice immunologique d'une syphilis non active. En revanche, les habitudes locales concernant les syphilis actives RPR positives consistent en un report de chirurgie à un mois permettant le traitement de la pathologie par extencilline : nous avons donc pris la décision d'annuler ces patients. A revoir pour les prochaines missions.

Problèmes :

- Très peu.
- Quelques patients ne se sont pas présentés le jour de chirurgie ou de consultation (défaut de compréhension ?), ils ont souvent été remplacés par les rajouts suite aux consultations réalisées au fur et à mesure de la mission.
- 8 annulations pour cause de syphilis active.
- **Respirateur :** l'un des deux respis de transport provoque une fuite sur la pièce du circuit où est située la valve expiratoire. Néanmoins les circuits sont parfaitement compatibles avec l'autre respi. Le problème semble donc venir du respirateur mais il peut être réglé en obturant la valve expi du circuit avec du sparadrap ou un opsite. Il persiste des fuites qui permettent l'expiration, mais sont pourvoyeuses d'une consommation d'O2 importante. La majorité des AG ayant eu lieu sur la table d'op concernée ont donc été effectuées en VS sur sonde d'intubation.
- Fuite au niveau d'un tuyau d'oxygène au niveau du raccord entre le détendeur de la bouteille et le tuyau : réparation de fortune avec des joints mais fuite résiduelle tout de même responsable d'une consommation d'oxygène imprtante.
- **« Identito-vigilance » :** la barrière du langage a parfois été pourvoyeuse d'incompréhension quant à l'identité des patients. Nous avons mis en place un système de bracelet sparadrap avec l'identité des patients, leur âge, le jour de chir et le nom du chirurgien pour plus de facilité dans les suites.
- **Sécurité +++ :** problème de fuite sur un des respirateurs cf supra, un seul scope pour 2 tables d'opération (2ème patient équipé d'un saturomètre portatif), pas de tensiomètre pour le peropératoire. Cependant aucune conséquence sur le risque anesthésique (pas de problème per ou post opératoire).
- **Oxygène :** bouteilles livrées à moitié pleines… Nécessité de renouveler les commandes pendant la mission… Néanmoins livraison rapide après commande et José bien disponible pour effectuer l'acheminement jusqu'à la salle d'intervention.

Techniques d'anesthésie :

- Prémédication par HYPNOVEL intra-rectal pour la petite pédiatrie sinon pas de prémédication.
- Majeure partie d'AG.
- Quelques gestes sous AL.
- Visible efficacité des blocs de la face pour la chirurgie vélo-palatine (NAROPEINE 2mg/mL).
- Antibioprophylaxie par AUGMENTIN pour la majeure partie des interventions devant le manque d'hygiène et le risque environnemental majeur d'infection post-op (poursuite des antibiotiques 24-48h post-op).

- Corticoïdes per-op et 24-48h post-op.
- Extubation des patients sur table puis transfert en SSPI dès le sevrage en O2 car pas d'O2 ni d'aspiration en SSPI.
- SSPI : gérée par les 2 membres d'IDN qui travaillaient entre le service et la SSPI pour le réveil des patients et les pansements.
- Suites : déperfusion dès le départ de la SSPI. Tout per-os dès le retour de la salle de SSPI, en comprimés ou buvable pour les tout-petits. Boisson et alimentation dès le retour en service.
- Peu de douleurs post-op et de NVPO (penser au ZOPHREN).
- Pas d'Hemocue : à envisager ?

Rapports avec les équipes locales :

- Excellents.
- Grande motivation du Dr Haja, des agents et de l'IADE José qui nous ont aidé dans les démarches, l'organisation des consultations et la préparation du matériel (oxygène, halothane, câbles d'oxygène) même si quelques « cafouillages ».
- Motivation aussi sur le plan de l'apprentissage avec formation de José, des étudiants présents (infirmiers et sages-femmes) et même dispensation d'un cours sur l'anesthésie et les traumatismes maxillo-faciaux à l'école d'infirmières.

Matériel laissé sur place (dans une malle chez M. Kong Kong notre logeur) :

- 1 SAP VIAL avec son cordon d'alimentation
- 1 tuyau d'O2
- 30 flacons de PARACETAMOL 500mg/50mL
- 1 BAVU adulte
- 1 BAVU pédiatrique
- 1 airtraq adulte (penser à apporter piles pour prochaine mission)
- 1 airtraq adulte (idem)
- 10 lunettes d'O2
- 4 MHC pédiatriques
- 2 masques aérosols pédiatriques
- 2 SNG adultes
- 1 respirateur de transport OSIRIS fonctionnant bien
- 1 respirateur de transport OHMEDA avec fuites (cf supra)
- 2 circuits d'O2 montés sur les respirateurs (usagés)
- 2 circuits d'O2 neufs sous emballage

José :

- L'IADE de l'hôpital de Vatomandry (pas de médecin anesthésiste).
- Diplômé depuis 6 mois mais ne fait que des rachianesthésies et des sédations… matériel laissé à sa disposition en fin de mission mais à former +++ pour sa bonne utilisation (peu à l'aise sur les AG avec IOT notamment, ainsi que sur les drogues d'AG…).

Au total :

- 62 patients opérés.
- 47 AG.
- 15 AL.

Conclusion :

- Mission concluante au niveau de l'équipe d'anesthésie.
- Vigilance +++ quant aux conditions dégradées en terme de sécurité peropératoire (respirateur et surveillance).
- Former José pour lui laisser plus d'autonomie avec le matériel qui est laissé à sa disposition en foin de mission.