

Service d'Anesthésie-Réanimation (Pr Benoît Eurin)

Réanimation Chirurgicale : Pr Laurent Jacob

Information destinée aux familles des patients hospitalisés en Réanimation Chirurgicale

Une personne qui vous est proche est hospitalisée en Réanimation Chirurgicale.

Vous vous demandez pourquoi, vous vous interrogez sur la gravité de son état, sur les soins et les traitements en cours, sur l'évolution et la durée du séjour.

Nous allons essayer, dans ce document, de répondre aux questions les plus fréquemment posées. Il ne peut cependant remplacer les échanges directs avec l'équipe soignante. Nous espérons qu'il constituera un support à une meilleure communication.

1 - Qu'est-ce qu'un service de Réanimation ? Que signifie " réanimer " ?

La vocation et le fonctionnement d'un service de réanimation sont précisés par le décret 2002-465 du 5 avril 2002 : " Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. "

Les principaux organes dont la défaillance entraîne l'admission en réanimation sont les suivants : l'appareil respiratoire, le système cardiovasculaire, les reins, le foie, le cerveau, la coagulation sanguine...

2 - Comment le patient est-il pris en charge dans le service ?

L'admission en service de réanimation et la prise en charge ont pour but de **faire le diagnostic** de ou des **maladies** qui ont conduit à la défaillance des organes et de **traiter** cette ou ces maladies, ainsi que, parallèlement :

- d'assurer le **confort du patient** par une sédation et/ou une analgésie
- de maintenir les **fonctions vitales**
- de prodiguer les **soins postopératoires** en collaboration avec le chirurgien en cas d'intervention chirurgicale
- de prévenir les **complications** liées aux actes invasifs de réanimation et à l'alitement prolongé

• Assurer le confort du patient

Les différents traitements de réanimation ainsi que les soins postopératoires peuvent être douloureux et/ou angoissants pour le patient : une **sédation** est alors pratiquée par l'administration de médicaments équivalents à ceux de l'anesthésie générale (benzodiazépines, barbituriques, morphiniques, etc.). Ils provoquent une narcose (sommeil profond médicamenteux) et une analgésie (abolition de la douleur) réversibles à l'arrêt et que l'on peut maintenir aussi longtemps que nécessaire.

• Maintenir les fonctions vitales

Fonction respiratoire

En cas d'insuffisance respiratoire et/ou de sédation profonde [pendant laquelle le patient ne peut ni respirer seul normalement, ni tousser efficacement ni avaler les diverses sécrétions (sang, mucosités) qui risquent d'encombrer ses bronches], une **intubation trachéale** (introduction d'un tube appelé sonde dans la trachée en passant par le nez ou la bouche) est pratiquée.

Cette sonde permet de brancher une machine de "**ventilation artificielle**" (respirateur). Elle permet aussi d'éviter que des sécrétions ne pénètrent dans les voies aériennes et facilite l'aspiration des mucosités non évacuées par le patient.

En cas de problèmes techniques rendant l'intubation trachéale difficile, ou en cas de durée d'intubation longue (plusieurs jours) il est procédé à une **trachéotomie** (ouverture chirurgicale de la trachée au niveau du cou par laquelle est introduit un tube appelé canule) qui permet, comme la sonde d'intubation, aspirations trachéales, protection des voies aériennes et ventilation artificielle.

Fonction cardiovasculaire

Le cœur est surveillé ou évalué et la pression artérielle mesurée par différents cathéters spécifiques ou par des examens comme l'échographie cardiaque.

Le maintien d'une pression artérielle suffisante peut nécessiter la perfusion de divers solutés, une transfusion sanguine en cas de saignement ou l'administration de médicaments puissants.

Fonction rénale

Il faut surveiller le débit des urines et assurer leur élimination par une sonde urinaire.

En cas d'insuffisance rénale, il faudra suppléer cette défaillance par des séances de dialyse ("rein artificiel") dont le débit et la durée sont variables d'un patient à l'autre.

Nutrition

Le patient est alimenté :

- soit, le plus souvent, par **voie digestive** : par l'intermédiaire d'une sonde gastrique d'alimentation (tube souple qui est introduit par le nez ou la bouche, passe dans l'œsophage et va jusque dans l'estomac) ou d'une sonde de **gastrostomie** ou de **jéjunostomie** (sonde introduite directement dans l'estomac ou le jéjunum par une incision chirurgicale au niveau de l'abdomen).

- soit par **voie "parentérale"** : l'alimentation est assurée par des solutés nutritifs tout prêts administrés par perfusion veineuse.

NB : malgré des apports riches en calories et en protides, un séjour prolongé en réanimation s'accompagne le plus souvent d'un amaigrissement important. En effet, en phase de stress, l'organisme consomme une quantité énorme d'énergie qui ne peut parfois pas être entièrement compensée par les apports (par exemple, des apports trop importants en volume et en calories par voie digestive peuvent provoquer des diarrhées et des vomissements).

• Prévention et/ou traitement des complications liées aux actes invasifs et à l'alitement prolongé

Infections

Les infections survenant pendant l'hospitalisation du patient sont appelées "nosocomiales".

Elles sont le plus souvent liées à l'évolution de la maladie initiale (favorisées par la baisse des défenses immunitaires de l'organisme due au stress) et provoquées par les germes dont le patient est lui-même porteur (par exemple : sur la peau, dans la bouche, le tube digestif...).

Elles peuvent aussi être liées aux soins. Dans ce cas, elles sont le plus souvent :

- *pulmonaires* liées à la présence nécessaire d'une intubation trachéale avec ventilation artificielle prolongée
- *urinaires* liées à la nécessité de sondage urinaire prolongé
- *sanguines* liées aux perfusions veineuses par des cathéters
- *au niveau du site opératoire* en cas d'intervention chirurgicale

Ces infections peuvent nécessiter un traitement antibiotique adapté au germe responsable dès qu'il a pu être identifié.

Phlébite

L'alitement ralentit le flux sanguin dans les veines (surtout au niveau des membres inférieurs) et favorise la formation de caillots avec inflammation des veines (*phlébite*). Ces caillots peuvent migrer jusque dans une artère pulmonaire, c'est "*l'embolie pulmonaire*" toujours grave, parfois mortelle.

Le traitement est avant tout préventif : mobilisation régulière, port de bas de contention, administration journalière sous-cutanée ou intraveineuse d'un médicament anticoagulant à dose dite "préventive". Ce traitement diminue significativement le risque d'embolie, mais ne le rend pas nul.

Escarres

L'escarre est une lésion cutanée due à un appui prolongé dont on peut diminuer le risque de survenue par l'utilisation de matelas spécifiques, les changements de position, les massages, la mobilisation passive.

Enraidissement des membres

La prévention repose sur les mobilisations journalières et les postures des articulations par un kinésithérapeute et/ou les infirmiers. Néanmoins, en cas de troubles neurologiques sous-jacents, même bien conduites, ces précautions ne suffisent pas toujours à maintenir la mobilité articulaire et à éviter l'évolution vers la rétraction.

3 – Modalités de surveillance

En dehors de la surveillance clinique permanente effectuée par l'équipe soignante, une surveillance continue est également assurée par des systèmes électroniques avec écran, appelés "**moniteurs**".

L'évolution technologique a permis de disposer d'appareils de plus en plus performants avec alarmes sonores ou visuelles quand un événement anormal est détecté.

Ainsi s'affichent en permanence sur un écran au lit du malade : un tracé électrocardioscopique avec rythme et fréquence cardiaque, la pression artérielle, la teneur en oxygène des globules rouges, le rythme respiratoire, la profondeur du sommeil...

En outre, des examens échographiques divers, en particulier cardiaques, peuvent être pratiqués régulièrement au lit du patient.

4 – Phase d'éveil

Quand l'évolution des fonctions respiratoires, circulatoires et neurologiques le permet, la sédation est arrêtée. La phase d'éveil fait alors suite à la phase de narcose : il peut y avoir un décalage plus ou moins long (de quelques heures à plusieurs jours) entre l'arrêt des médicaments anesthésiques et l'apparition des premiers signes de réveil :

Au début, le patient récupère des mouvements respiratoires spontanés. Il ne parle pas, n'obéit pas aux ordres simples et n'entre pas en relation avec l'environnement. Puis il ouvre spontanément les yeux et reprend progressivement conscience du monde qui l'entoure : il suit du regard, s'oriente vers le bruit, avant de redevenir tout à fait conscient. Néanmoins, une désorientation ou une confusion peuvent persister encore quelques jours et des épisodes d'agitation apparaître.

5 – Sortie de réanimation

Les traitements spécifiques pratiqués en réanimation permettent de suppléer les fonctions vitales défaillantes en l'attente de la récupération du patient qui, elle, ne peut pas être dirigée. L'évolution est donc le plus souvent imprévisible et le pronostic vital reste engagé tant que persiste une défaillance d'organe. Dans la majorité des cas, la récupération va être suffisante pour permettre la sortie de réanimation ; la durée du séjour en réanimation reste néanmoins difficile à prévoir, de quelques jours à quelques semaines.

À l'issue de cette phase aiguë, dont les principes thérapeutiques ont été évoqués dans ce document, va devoir être entreprise une autre phase, celle de la réadaptation, dont l'objectif est de restaurer des capacités de vivre et de travailler aussi normales que possible.

L'assistante sociale travaille en collaboration étroite avec l'équipe médicale : auprès d'elle, on peut obtenir les renseignements administratifs utiles (prise en charge par la sécurité sociale, accident du travail, allocations, statut handicapé), des conseils juridiques, la prise de contact avec les centres de rééducation spécialisés si nécessaire, etc.

Ce document d'information est destiné à compléter et éclairer les explications obtenues auprès de l'équipe soignante, mais en aucun cas à remplacer le dialogue. N'hésitez pas à nous poser toutes les questions que vous souhaitez, nous nous efforcerons toujours d'y répondre au mieux.

Lexique, pour vous aider à mieux comprendre

Cathéter : fin tuyau en plastique placé le plus souvent dans une veine de l'avant-bras ou dans une grosse veine du cou ou de la cuisse, qui permet d'apporter rapidement et efficacement des médicaments, des stimulants cardiaques, une perfusion et parfois la nutrition.

Iatrogène : qualifie un événement indésirable lié à un soin mais qui n'est pas forcément évitable ; cet événement peut-être de gravité et de conséquences variables: poursuite, modification ou interruption des soins incriminés ; il impose parfois que l'on en soigne les conséquences.

Information : vous serez régulièrement informés par les soignants et les médecins ; n'hésitez pas à prendre rendez-vous avec le médecin ; il est possible de prendre rendez-vous avec le Pr Jacob.

Intubation : geste qui permet de placer une sonde dans la trachée d'un patient anesthésié afin de le relier à un respirateur.

Extubation : geste qui consiste à retirer cette sonde de la trachée ; elle est réalisée seulement quand le patient est réveillé, tonique et qu'il peut respirer, tousser et cracher tout seul.

Recherche : dans notre service, des protocoles de recherche sont en cours ; il sera parfois nécessaire d'obtenir votre consentement si votre proche ne peut donner directement le sien.

Respirateur ou **appareil de ventilation** : appareil permettant la ventilation artificielle des poumons et l'apport d'oxygène au patient si nécessaire.

Scope : c'est un ordinateur qui surveille en permanence tous les paramètres vitaux du patient (oxygène, tension, rythme cardiaque) et qui alerte les soignants en cas d'anomalie.

Sédation : il s'agit de l'administration de médicaments assurant un sommeil profond ; elle a la propriété d'éviter la douleur, de permettre à un malade d'être mieux ventilé par le respirateur et de ne pas être agité.

Sonde gastrique : tuyau en plastique placé dans l'estomac pour en aspirer les sécrétions ou pour nourrir artificiellement le malade.

Transport : manœuvre qui conduit à transporter un patient dans un autre service de l'hôpital pour un examen (échographie, scanner) ou une intervention chirurgicale ; c'est une procédure délicate qui justifie toujours un accompagnement médicalisé.