

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Résidents d'anesthésie réanimation.

Résumé : Patient de 26 ans, admis pour fracture du fémur, présentant au décours d'un bloc fémoral, un ACR suite à une intoxication aux AL.

Objectifs critiques :

- Reconnaître une intoxication aux AL,
- Guetter les signes de gravité (troubles de rythmes, ACR),
- Entamer l'algorithme de prise en charge d'une intoxication aux AL,
- Prendre en charge un ACR sur AL.
- Considérer l'utilisation de l'Intralipid®.

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	26 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 70 Kg, Taille = 175 cm
Monitoring	:	Bradycardie
Début	:	5 minutes après le bloc fémoral
Signes associés	:	Goût métallique, secousses musculaires
Mode d'admission	:	Bloc opératoire traumatolo-orthopédie
Signes critiques	:	ACR

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	RAS
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 16 c/min, pas de cyanose, pas de râles, SpO2 = 94%			
Fonction circulatoire	:	FC = 54 bpm, PA = 86/45 mmHg, pas de pâleur, pas de souffle			
Fonction neurologique	:	Confusion, trémulations avec frissons			
Examen somatique	:	Goût métallique, paresthésies faciales et péri-buccales, acouphènes			
Glycémie	:	1,1 g/L	Température	:	36,9 °C

ACR sur intoxication aux AL

ESC_AN_006_Scénario

Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'anesthésie
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique
<input type="checkbox"/> Défibrillateur

Drogues
<input type="checkbox"/> Benzodiazépine
<input type="checkbox"/> Intralipid® 20%
<input type="checkbox"/> Adrénaline
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium
<input type="checkbox"/> ECMO

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué masculin
- Voie veineuse périphérique
- Oxygénothérapie
- Salle agencée en bloc opératoire

Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : traumatologue
- Facilitateur 2 : sénior de garde

ACR sur intoxication aux AL

ESC_AN_006_Scénario

Baseline

FR = 16
SpO2 = 94%
Pas de cyanose ni SLR

FC = 54
PA = 86/45

Confusion
Trémulations/secousses

ACR

Arrêt des AL
RCP

Interventions

RAS

FC = 100 (RCP)
PA = -/-
SpO2 = Difficile

Intralipid® 20%

Non

Oui



ACR sur intoxication aux AL

ESC_AN_006_Programmation

Baseline

FR = 16 c/min, SpO₂ = 94%, pas de râles

FC = 54 bpm, PA = 86/45 mmHg, pas de pâleur, rythme irrégulier

Confusion, secousses musculaires, trémulations

Critical

Apparition de convulsions

Arythmies et ACR

Landing

FR = 12 c/min, SpO₂ = 99%, pas de râles (IVA/RCP)

FC = 110 bpm, PA = 120/80 mmHg

EtCO₂ = 34 mmHg

Paw = 30 cmH₂O

Stabilisation hémodynamique et respiratoire,

Fiche

- La survenue d'un arrêt cardiaque au bloc opératoire est rare et nécessite une organisation en équipe préalablement réfléchi,
- Le pronostic de l'arrêt cardiaque au bloc opératoire est meilleur que celui de l'arrêt cardiaque extra-hospitalier,
- Les étiologies de l'arrêt cardiaque au bloc opératoire relèvent de la chirurgie et/ou de l'anesthésie. Trois étiologies dont 2 spécifiques à l'anesthésie doivent être systématiquement évoquées : l'anaphylaxie, l'intoxication aux anesthésiques locaux et l'hyperthermie maligne,
- Les anesthésiques locaux sont susceptibles d'entraîner des arrêts cardiaques dus à un passage rapide dans le courant sanguin,
- Ces accidents sont précédés par des convulsions, elles-mêmes précédées par des signes prémonitoires qui doivent faire instituer rapidement une thérapeutique spécifique par l'injection en bolus intraveineux rapide de 100 à 150 mL d'émulsion lipidique (Intralipid à 20 %),
- Dès suspicion du diagnostic il faut arrêter le geste, appeler à l'aide, préparer le kit d'Intralipid®,
- Dans l'absence de pouls démarrer la RCP, adrénaline < 1 µg/kg. Eviter l'Amiodarone,
- Protection des voies respiratoires - assurer une ventilation et une oxygénation adéquate. Envisager une intubation endotrachéale,
- Si signes persistent ou patient instable : Administrer rapidement 1,5 mL/kg en bolus d'Intralipid® 20 % IV [adulte de 70 kg 105 ml IV rapide] puis commencer une perfusion à 0,25 ml /kg/min. Répétition possible de la dose de charge (max 3 doses au total). La vitesse de perfusion peut être augmentée (max 0,5 ml / kg / min),
- Si réfractaire au traitement, avertir l'équipe pour la pose d'une ECMO artério-veineuse potentielle,
- Une réanimation prolongée peut être nécessaire,
- Surveiller le patient en post-opératoire en soins intensifs ou en réanimation.

Objectifs techniques

- Reconnaître une intoxication aux AL,
- Guetter les signes de gravité (troubles de rythmes, ACR),
- Entamer l'algorithme de prise en charge d'une intoxication aux AL,
- Prendre en charge un ACR sur AL.
- Considérer l'utilisation de l'Intralipid®.

CRM

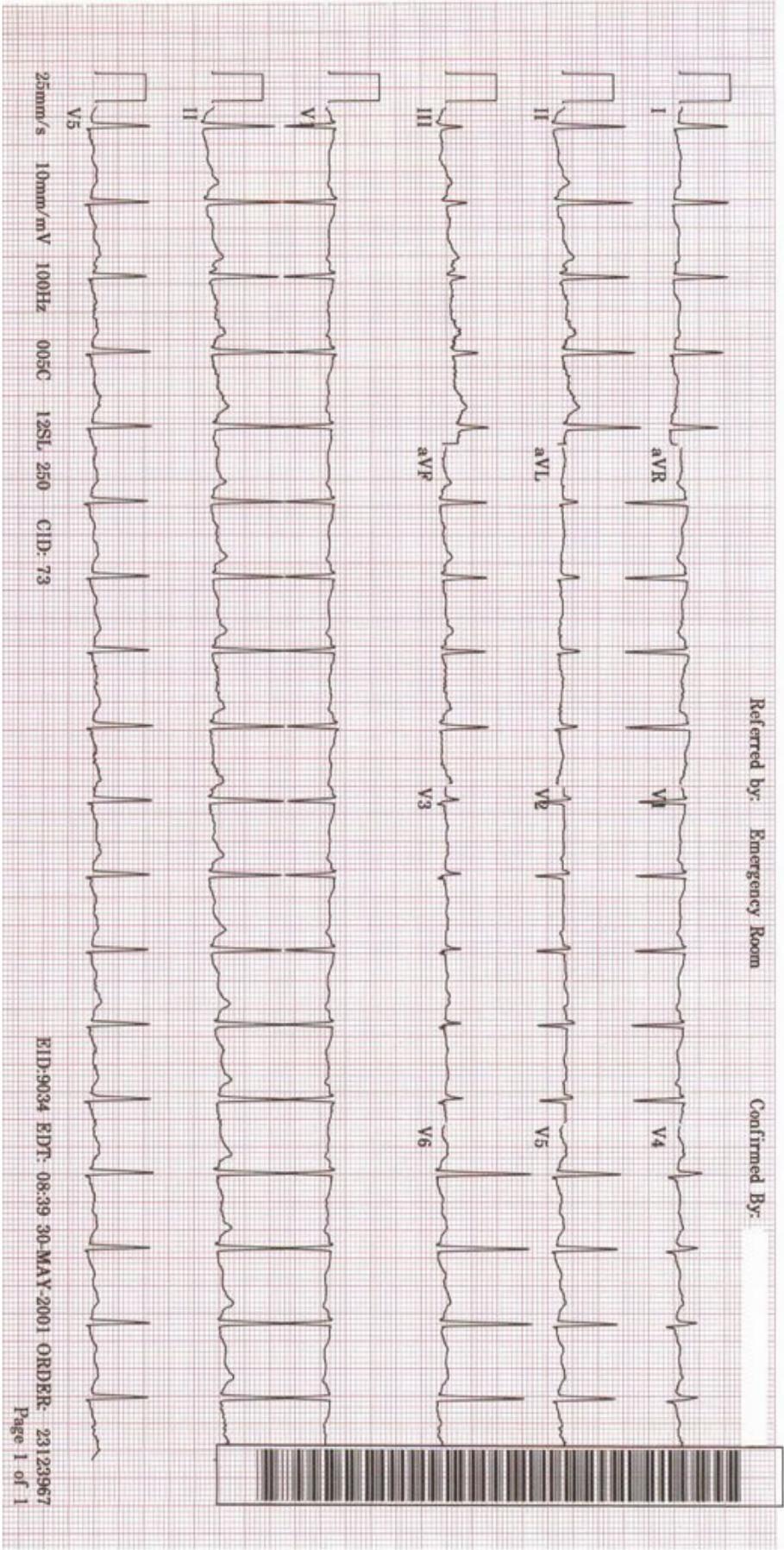
- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	140 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	4,8 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.10 g/L	(0.70-1.10)
Urée	0.66 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	14 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	60 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	66 UI/L	(5-40)
CRP	10 mg/L	(< 10)
Albumine	40 g/L	(35-55)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.02	(7.35-7.45)
CO²	60 mmHg	(35-45)
HCO₃⁻	18 mmol/L	(22-26)
PaO²	90 mmHg	(> 85)
SaO²	91 %	(95-100)
Lactates	2 mmol/L	(< 2)



Radiographie du Poumon

