

LE RÔLE DE L'IBODE EN THORACOSCOPIE

1. Les indications des thoracoscopies

Essentiellement :- biopsies pleurales et/ou pulmonaires

- ponçage pour pneumothorax
- talcage pour pleurésie
- sympathectomie pour hyperhydrose palmaire

2. Les installations

L'installation et les complications qui peuvent survenir engagent la responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste. *L'IBODE a un rôle par délégation de participation.*

L'installation est une étape primordiale pour le bon déroulement de l'intervention.

Il doit apporter confort et sécurité au patient et absence de complications.

Rappel : L'installation entre dans le cadre de la loi pénale,

- Atteinte volontaire ou involontaire de l'intégrité corporelle
- Abstention de porter secours à personne en péril

mais aussi sur le plan civil par l'intermédiaire de l'établissement qui emploie.

L'IBODE est responsable du confort et de la sécurité du patient. Elle doit, par ses connaissances et les moyens dont elle dispose, éviter les risques liés à l'intervention.

*En chirurgie thoracique, le patient est installé le plus souvent en **Décubitus latéral**, sauf s'il ne peut le supporter d'un point de vue clinique.*

Ils sont parfois endormis demi assis car ils ne supportent pas la position allongée.

Matériel nécessaire :

- ✕ Table avec billot intégré, placé au niveau de l'aisselle pour dégager le creux axillaire et exposer le thorax*
- ✕ reston ou coussin gélifié sous les talons et les chevilles (protection des malléoles)*
- ✕ Grand reston plat ou draps entre les jambes afin d'éviter les compressions cutanées entre les genoux et les risques de brûlures liés à l'utilisation du bistouri électrique.*
- ✕ plaque BE sur la cuisse le plus souvent*
- ✕ Petit reston sous le bras pendant (= homolatéral) pour éviter le contact avec la table et des compressions cutanées avec l'autre bras*
- ✕ Appui bras pour bras controlatéral*
- ✕ Appui sternal*
- ✕ Appui fessier*
- ✕ Couverture chauffante sur les jambes.*
- ✕ Cadre pour les champs*

3. Les conséquences liées au DL

Sur le plan ventilatoire

Le poumon déclive reçoit la part la plus importante de la vascularisation alors que la ventilation du poumon sus-jacent devient prépondérante. L'intervention majore ces effets : la ventilation du poumon à opérer disparaît.

Donc = le poumon le mieux ventilé est le moins bien vascularisé et le poumon sous-jacent est le mieux vascularisé mais le moins bien ventilé. De plus, la pression médiastinale augmente et comprime le poumon sous-jacent, augmentant le collapsus et l'effet shunt (= alvéole perfusée mais non ventilée) ce qui entraînent une hypoxie et une hypercapnie.

Sur le plan musculo-nerveux, vasculaire et cutané

- ⊗ *SPE* : une compression par l'appui fessier peut entraîner une sciatalgie, une impotence fonctionnelle transitoire du MI
- ⊗ Risque de brûlure cutanée = importance d'isoler le patient
- ⊗ Risque de compression cutanée au niveau des points d'appui.

<i>RISQUES</i>	<i>ACTIONS</i>
<i>Élongation du plexus cervical par hyper extension de la tête</i>	<i>Coussin sous la tête Relever la têtère afin de respecter l'axe « corps-tête »</i>
<i>Extension du plexus brachial</i>	<i>Bras pendant dans l'axe de l'épaule Bras controlatéral sur appui bras et abduction <90°</i>
<i>Compressions osseuses (prudence chez les personnes maigres)</i>	<i>Coussin sous les malléoles Coussin entre les genoux</i>
<i>Compression SPE</i>	<i>Coussin intercalé entre appui fessier et malade Jambe controlatérale pliée, jambe homolatérale droite.</i>
<i>Compression cutanée au niveau des appuis</i>	<i>Positionner les appuis sur les plans osseux, protégés de reston Rembourrer les appuis</i>

4. Le matériel nécessaire à l'intervention

- boîte coelio thoracique + optique
- trousse velcros
- 2 champs bleus
- compresses rayons
- plateau badigeon
- bistouri électrique
- tuyau d'aspiration

- housse caméra
- anti-buée
- trocart UU de 5 mm
- drainage : pleurévac simple ou double chambre + bouteille d'eau stérile + drains thoraciques avec trocart ch. 24 ou 28 le plus souvent. Le nombre de drain dépend de l'acte chirurgical.
- La taille du drain dépend du patient.
- lame 23 et 11
- antiseptique et sérum chaud

Selon l'intervention :

- Biopsies pulmonaires : Endo GIA * + recharges de différentes tailles
- Pneumothorax : Endo-GIA* + recharges + plaque Vicryl*+ pinces américaines
- Talcage : talc stérile
- Sympathectomie : drainage per-opératoire

5. Le rôle de l'IBODE en pré-opératoire

Une fois le matériel préparé et avant l'endormissement du patient, l'IBODE doit s'assurer de la présence de la colonne vidéo et de son bon fonctionnement.

Pour les thoracoscopies, l'insufflateur n'est pas nécessaire.

Il faut donc contrôler :

- **la caméra**
 - ☐ Propreté de la tête
 - ☐ Enroulement du câble souple et non mêlé
 - ☐ Connexion du câble à l'unité de commande de la caméra
 - ☐ Le bon fonctionnement des bagues (zoom et netteté)
- **le moniteur**
 - ☐ Vérifier la qualité de l'image à l'aide de la caméra branchée.
- **la source de lumière endoscopique**

- ⊘ *Nombre d'heures de fonctionnement si c'est une lampe au Xénon*
- ⊘ *Mise en marche*

(cf. contrôle de routine)

En général, la colonne est placée aux pieds du patient. Il faut veiller à ce que la colonne soit branchée loin du générateur du bistouri électrique.

Elle pourra ensuite accueillir le patient, vérifier son identité, allergie, côté.....

Le badigeon couvre l'hémithorax du côté à opérer
- de l'épaule à la taille
- du sternum au rachis

Il est effectué par l'instrumentiste ou la circulante avec des gants stériles et après un lavage des mains antiseptique.

Lors de l'intubation sélective l'anesthésiste peut être amené à faire une fibroscopie bronchique afin de vérifier le bon emplacement de la sonde.

6. Le rôle de l'IBODE en per-opératoire

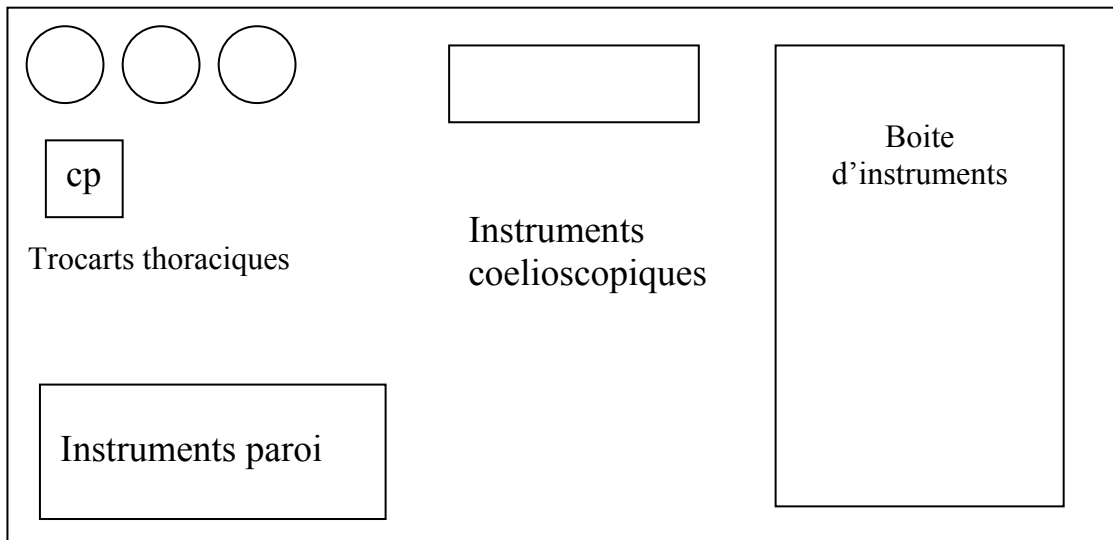
6.1 Rôle de la circulante

L'infirmière circulante veille au branchement des câbles et des tubulures en collaboration avec l'instrumentiste.
Elle fait régner une ambiance feutrée (éclairage minimum, négatoscope éteint..) en salle pour mieux apprécier l'image vidéo.
*Elle collabore tout au long de l'intervention avec l'instrumentiste et branche le Pleurévac * dès que la paroi est fermée. Les 2 poumons seront alors ventilés.*

6.2 Rôle de l'instrumentiste

L'instrumentiste aide à la préparation cutanée du patient en participant au badigeonnage puis à l'installation des champs.
Elle veille à l'asepsie tout au long de l'intervention et collabore avec l'aide et le chirurgien.

Exemple d'installation d'une table d'instrumentation



Le pansement est réalisé avec des gants propres. Une compresse roulée sous le (s) drain(s) permet qu'il ne se coude pas. (= drainage efficace)

*Le pleurévac est placé du côté opéré, toujours en déclive.
S'il y a 2 drains, le drain antérieur est situé à l'apex pulmonaire pour contrôler l'aérostase ; le drain postérieur permet de collecter les sérosités et de vérifier l'hémostase.*

Le patient est nettoyé avant la réinstallation en DD.

7. Le rôle de l'IBODE en post-opératoire

En chirurgie thoracique, l'intervention se termine toujours par une radio pulmonaire en salle.

Le patient est réinstallé en DD, les points d'appuis sont contrôlés et au besoin frictionnés.

La circulante coordonne les différentes équipes (SSPI, brancardiers, manipulateurs radio, AS, service...) et aide l'instrumentiste à l'évacuation des déchets.

L'instrumentiste évacue les objets piquants et tranchants. Elle démonte les instruments coelioscopiques afin de permettre une pré-désinfection de qualité.

*3 paniers sont nécessaires : - instrumentation courante
- instruments coelioscopiques
démontés
- câbles et tubulures*

La colonne vidéo est nettoyée par les AS en fin de programme.
