

FORMATIONS BLOC OPERATOIRE

Discussions du bloc opératoire...

Toutes les phrases à ne pas dire*

Attendez, si ce truc-là c'est la rate,
alors qu'est ce que j'ai coupé tout à l'heure ?

Il y a déjà eu des enfants de toutes façons...

Quand j'ai peu bu
j'ai les doigts qui tremblent...

L'externe, c'est ton premier bloc ?
alors viens toucher son osseur !
c'est la tradition !

De toutes façons
au point où on en est...

On avait bien 20 compresses ?

Adhérence !



Oups...

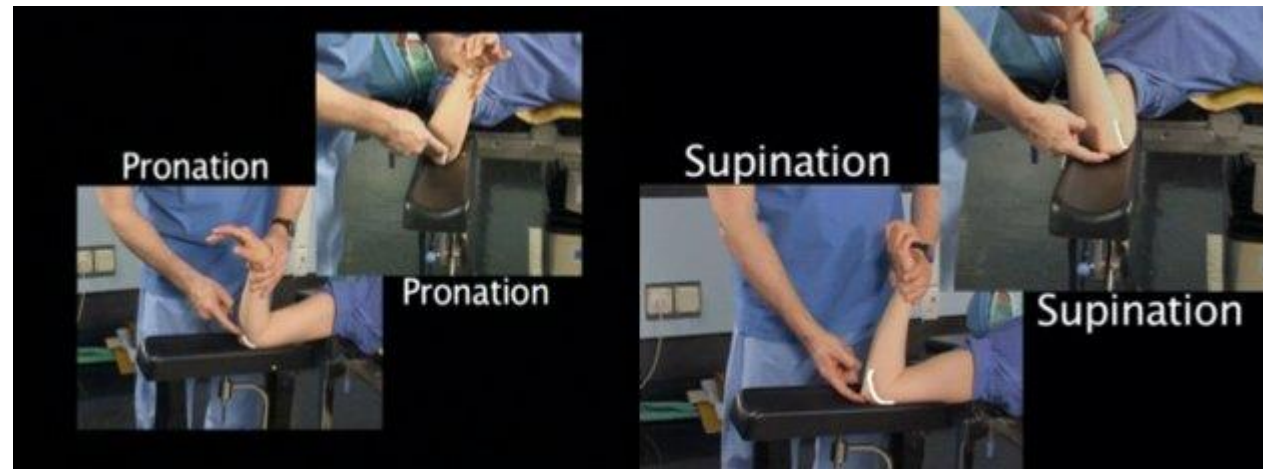
L'externe si tu tombes encore
dans les poignées
tu ramènes un gâteau !

Qui veut s'entraîner à faire
un toucher rectal ?

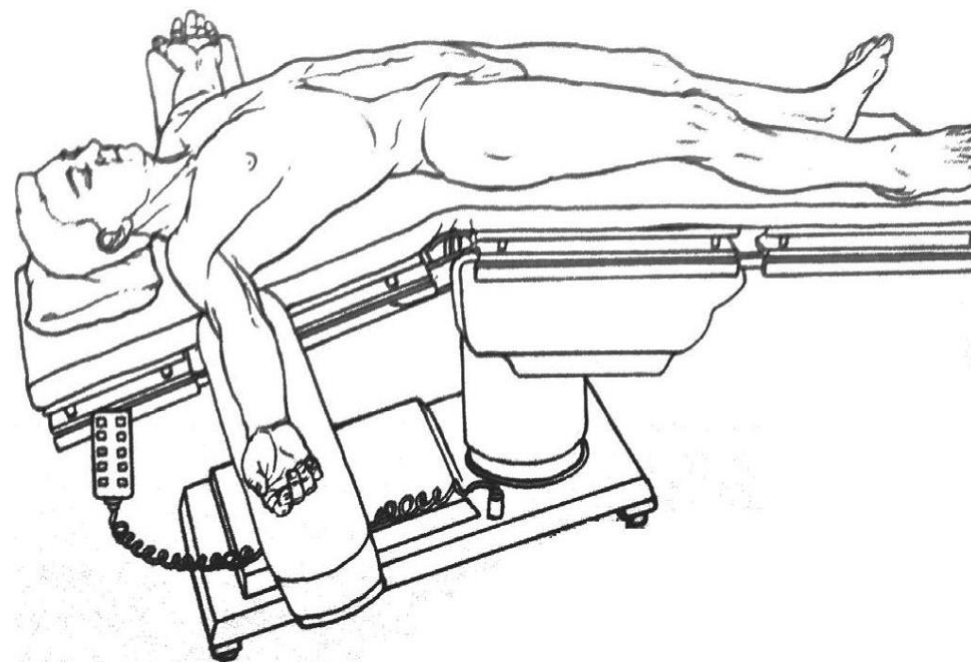
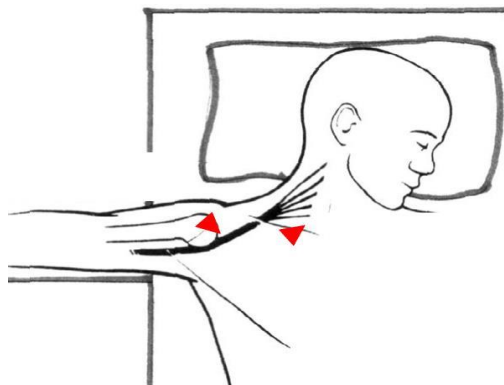
C'est vraiment dégueu...
L'externe tu peux prendre une photo ?

Regarde c'est moche,
quand on appuie là,
ça fait plier la jambe...

*quand le patient est réveillé !



LES INSTALLATIONS AU BLOC OPERATOIRE



LES INSTALLATIONS AU BLOC OPERATOIRE

Introduction

Les responsabilités

Les complications

Les différentes installations

Les tables d'opération

SURGICAL POSITIONS



Supine Position



Trendelenburg Position



Reverse Trendelenburg Position



Fracture Table Position



Lithotomy Position



Prone Position



Jackknife Position



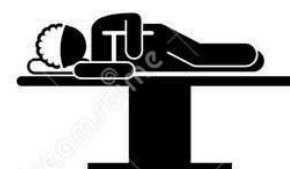
Fowler's Position



Knee-Chest Position



Kidney Position



Lateral Position



Wilson Frame Position

Introduction

L'installation d'un patient sur une table opératoire est un temps qui fait partie de l'acte chirurgicale

C'est un compromis entre les impératifs chirurgicaux, les impératifs de l'anesthésie et la tolérance du patient

Les risques liés aux installations, qui peuvent aller de l'inconfort aux séquelles irréversibles, sont connus mais pourtant persistent toujours

Le meilleur moyen d'éviter ces complications, qui engagent la responsabilité de chacun, sont de connaître leurs causes et leurs moyens de prévention



Introduction

RAPPEL DE LA Check-List



PHASE 1 : Avant l'induction anesthésique - Temps de pause avant anesthésie

- **3/ Installation du patient**

L'installation du patient doit être cohérente avec la nature de l'intervention envisagée (disponibilité des accessoires, choix du plateau...). Le mode d'installation du patient doit être connu de l'ensemble de l'équipe présente dans le bloc

PHASE 2 : Avant l'intervention chirurgicale - Temps de pause avant l'incision

- **7/ Vérification « ultime » de points concernant l'intervention**

Cette vérification doit être menée par l'ensemble de l'équipe présente au bloc opératoire : chirurgien(s), anesthésiste(s) et IADE - IBODE/IDE.

L'identité du patient, l'intervention prévue et le site opératoire doivent être vérifiés et confirmés une seconde fois.

Le chirurgien doit également vérifier que **l'installation du patient est correcte et en adéquation avec l'intervention et le site opératoire** (elle ne doit présenter aucun danger pour le patient).

Introduction



MODE OPÉRATOIRE POUR L 'INSTALLATION

Installation par le chirurgien, l'anesthésiste et l'équipe para-médicale
ensemble

C'est la personne qui est à la tête qui dirige le déroulement de l'installation

Toute mobilisation se fait après accord impératif du médecin anesthésiste et du chirurgien

De même pour la remise du patient en décubitus dorsal

Utilité d'avoir une procédure générale par type d'intervention

Les responsabilités

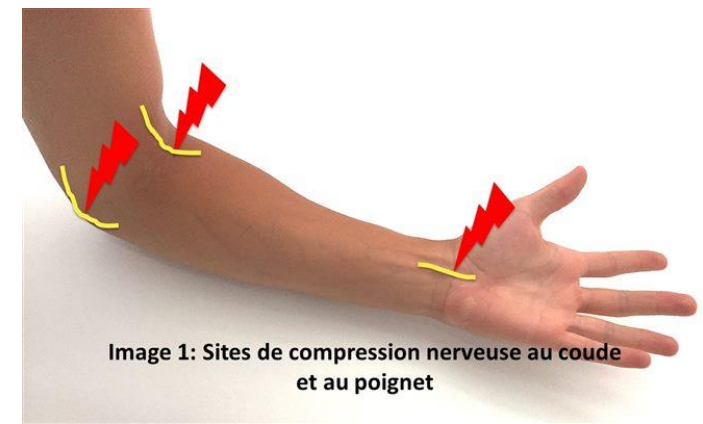
Responsabilités sont souvent conjointes entre le chirurgien et l' anesthésistes

Les complications liées aux installations des patients sur la table opératoire peuvent avoir des conséquences fonctionnelles mais également vitales.

Malgré une connaissance de ces complications relativement ancienne et un effort de formation plus récent, leur fréquence représente de 2 % à 6 % des déclarations auprès des compagnies d'assurances des médecins anesthésistes



LES COMPLICATIONS NERVEUSES PERIPHERIQUES

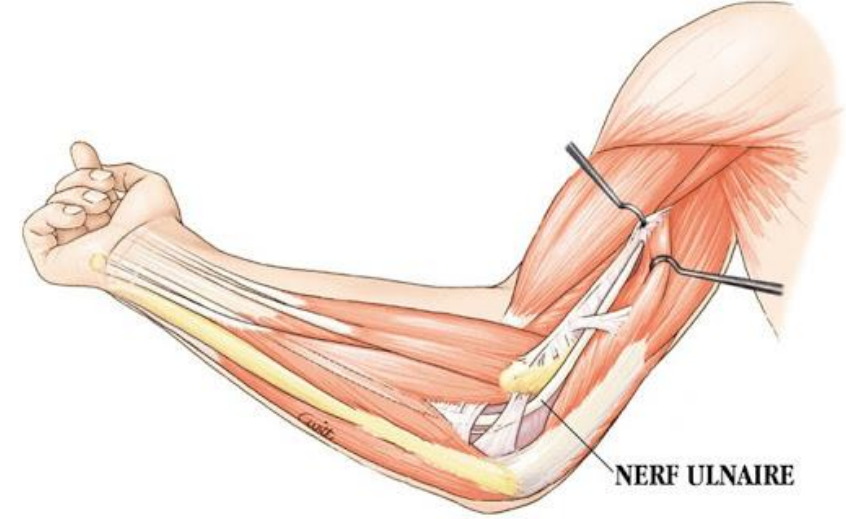


La fréquence des complications oculaires et nerveuses périphériques nous amène à réfléchir sur nos pratiques quotidiennes et à les adapter lors de l'installation des patients sur la table opératoire. L'atteinte oculaire doit relever toute notre attention : une cécité unilatérale, une atteinte cornéenne ne sont rares.

30% des atteintes nerveuses sont d'origine posturale et une compression de 30 mn suffit à provoquer une ischémie pouvant entraîner une paralysie .

Pour le membre supérieur, le nerf ulnaire et le plexus brachial sont les plus fréquemment atteints alors que pour le membre inférieur, le nerf fibulaire commun est le plus exposé à une compression directe.

LES COMPLICATIONS NERVEUSES PERIPHERIQUES



Deux mécanismes possibles :

Étirement du nerf allant de la déchirure jusqu' à la rupture d' une racine.

Compression d' un nerf entre une structure osseuse et un plan dur.

Les Facteurs favorisants :

Troubles de la microcirculation: diabète, état de choc, CIVD, hypoTA

Patient cachectique, obèse (d' où une protection des points d' appui rigoureuse)

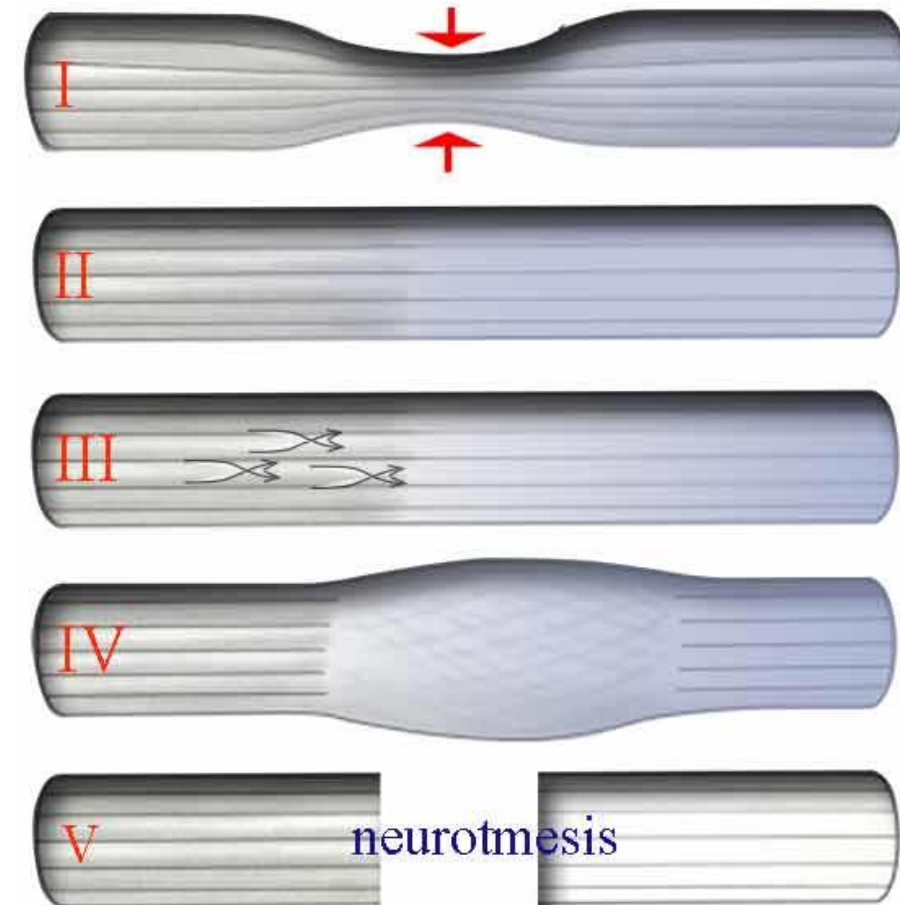
NB: chez patients obèses, incidence compression nerf ulnaire, étirement plexus brachial, nerf sciatique plus importante que pour sujet ayant un poids standard

LES COMPLICATIONS NERVEUSES PERIPHERIQUES

Niveau de gravité des lésions nerveuses périphériques

Neurapraxie = atteinte fonctionnelle avec disparition intégrale des troubles sensitifs et/ou parésie en 1 à 6 semaines.

Neurotmésis = interruption totale de l'axone, névrite et gaine de Schwann par section ou élongation du nerf sans régénérescence spontanée, nécessitant un traitement chirurgical.



LES COMPLICATIONS NERVEUSES PERIPHERIQUES

Manifestations cliniques

Les traumatismes des troncs nerveux entraînent une souffrance allant de la paresthésie à l'impotence partielle ou totale, transitoire ou irréversible

Prévention

Respecter une installation du corps la plus physiologique possible, si possible évaluer sur patient éveillé (éviter élongation)

Protection points d'appui (éviter compression)

Distribution des pressions sur une surface la plus large possible

Attention lors des mobilisations pré et per op

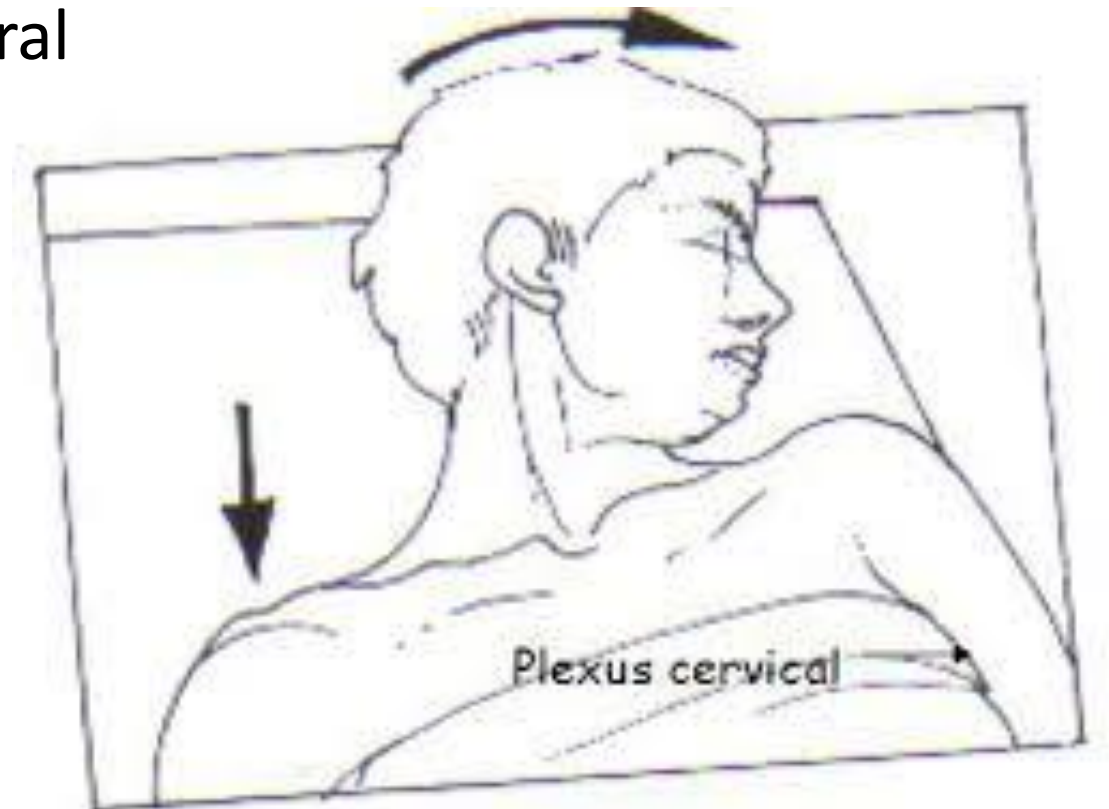


LES COMPLICATIONS NERVEUSES CENTRALES

Une compression des vaisseaux cervicaux peut provoquer un infarctus cérébral

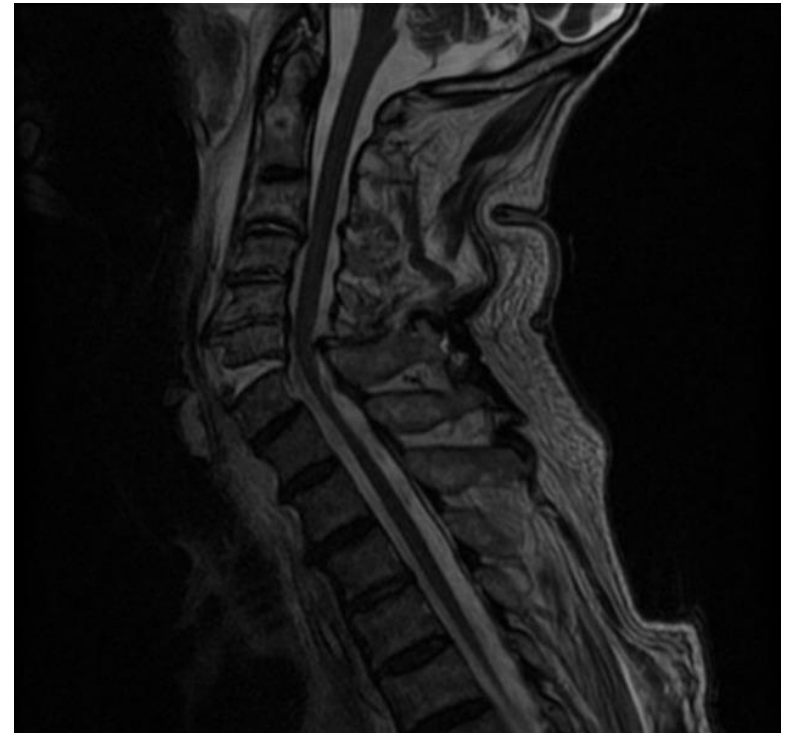
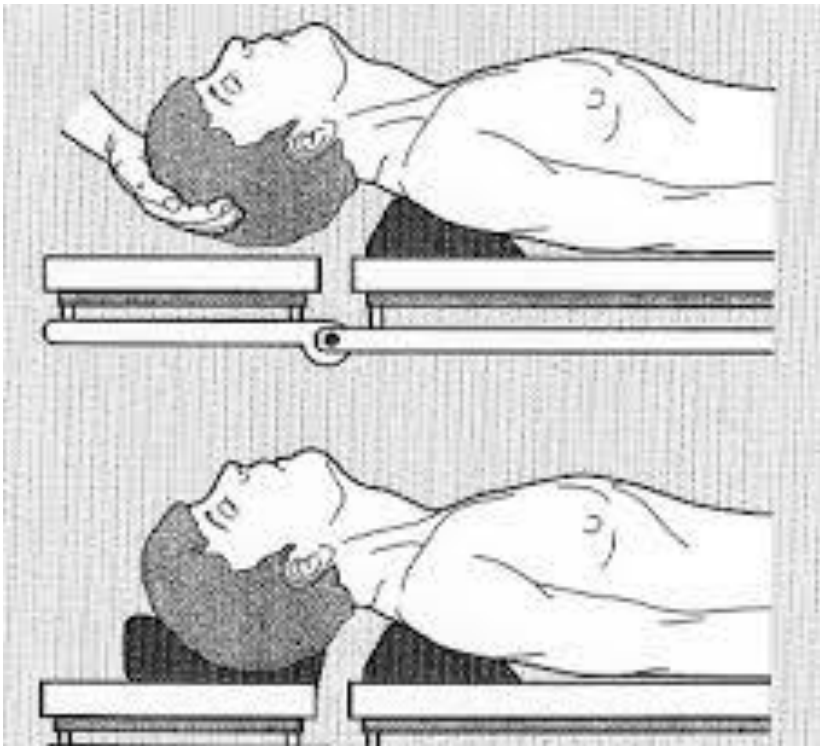
Rotation de 60° diminue flux vertébral

Rotation de 80° = arrêt circulatoire



LES COMPLICATIONS NERVEUSES CENTRALES

Un billot sous les épaules crée une hyperextension cervicale, avec risques de lésions médullaires ou des racines cervicales (responsables de troubles moteurs, sensitifs et de la fonction neuro-végétative), qui sera limité par un support occipital en gélose

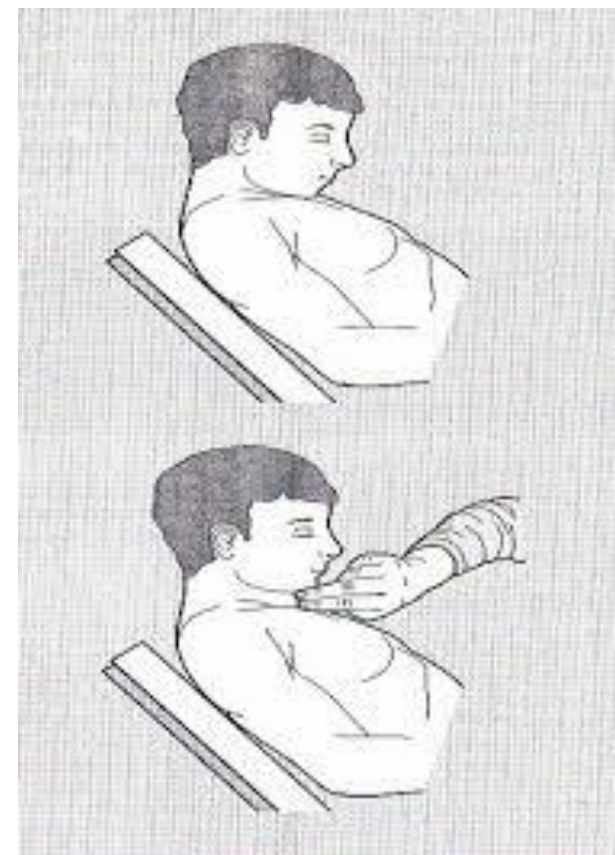


LES COMPLICATIONS NERVEUSES CENTRALES

PREVENTION :

Déterminer amplitude et tolérance des mouvements extension, flexion et rotation axiale du rachis cervical chez **sujet éveillé** si cervicarthrose ou athérome des vaisseaux cervicaux.

D'où une tolérance de flexion de la tête chez un patient éveillé, à défaut il est recommandé de respecter une distance menton-sternum de 2 travers de doigt



LES COMPLICATIONS OSTEO ARTICULAIRES

Risques:

Algie post-opératoire articulaire (plus fréquente: axe rachidien au niveau dorso-lombaire)

Luxation

Facteurs favorisants :

Cervicalgie, lombalgie préexistante

ATCD luxation, fracture, prothèse chirurgicale

Sujet âgé et arthrosique

LES COMPLICATIONS OSTEO ARTICULAIRES

Prévention

Respecter la position la plus physiologique possible (capsule articulaire au repos).

Si présence de prothèse articulaire, respecter l'axe de l'articulation (être plus nombreux pour mobiliser).



LES COMPLICATIONS OSTEO ARTICULAIRES

Prévention

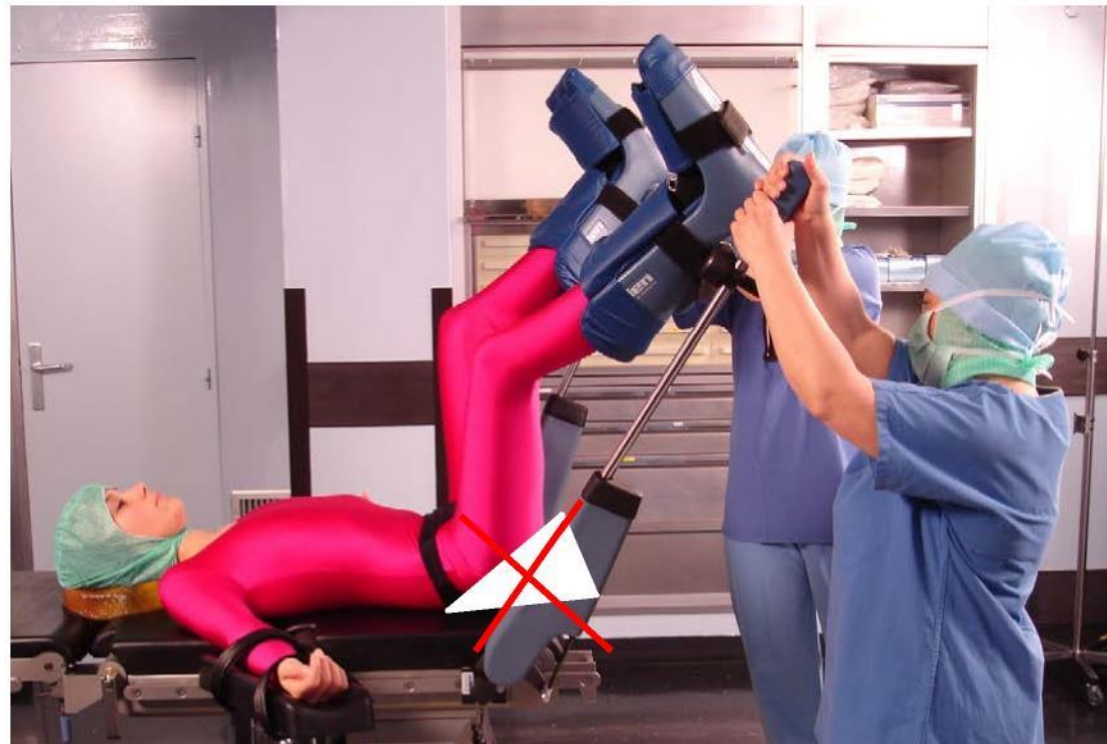
Disparition de la lordose physiologique due à l'anesthésie; compenser par coussins sous les lombes avec légère flexion genoux (position de la « chaise longue ») permet en DD de répartir l'appui sur toute la face dorsale du corps.



LES COMPLICATIONS OSTEO ARTICULAIRES

Prévention

En Position gynécologique, risque de traumatisme sur la hanche d' où surélever simultanément les deux jambes pour éviter une tension des ligaments interlombaires et lombosacrés (risque lombalgie au réveil).

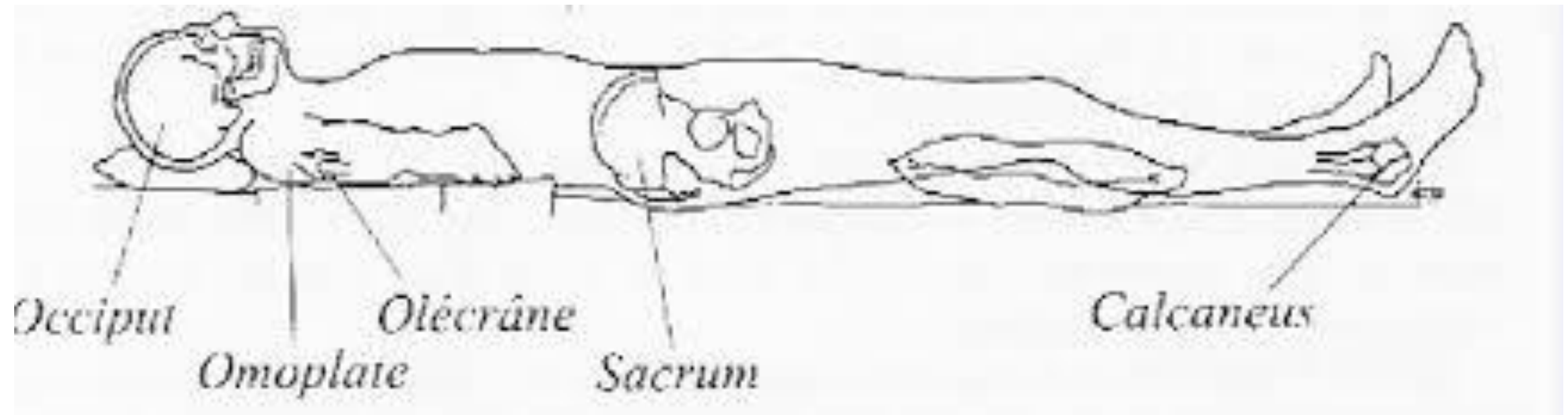


LES COMPLICATIONS CUTANEO-MUQUEUSES

Par 2 mécanismes

Compression au niveau de quelques reliefs osseux

Par glissement du corps, en créant une torsion des tissus, qui compromet la vascularisation des tissus sous-cutanés



LES COMPLICATIONS CUTANEO-MUQUEUSES

Risques:

phlyctène
ischémie
nécrose

Plus fréquents:

occiput (alopecie d' apparition différée et transitoire)
calcanéum

Facteurs favorisants:

hypoTA
hypothermie

Terrain: IMC, état nutritionnel, trouble vasculaire ou
neurologique, état cutané local



LES COMPLICATIONS CUTANEO-MUQUEUSES

Surveiller et repositionner si possible régulièrement zones à risques

Lutter contre hypoTA, hypothermie, hypovolémie

Mise en place de protections supplémentaires (matelas à mémoire de forme, coussins qui augmentent zones de contact entre corps et table opératoire)

Limiter durée des postures

Eviter plis de drap, tissus

Aucune partie métallique ne doit toucher le patient

Utilisation de viscoélastique sur zones à risques

Pas sangle trop serrée tout en

maintenant un corps fixe



LES COMPLICATIONS MUSCULAIRES

Rhabdomyolyse posturale (syndrome des loges ou compartimental)

C'est un syndrome clinique et biologique lié à la destruction des fibres musculaires squelettiques avec libérations enzymes, électrolytes, et myoglobines dans le sang.

C'est la conséquence d'une pression tissulaire dans un espace cloisonné (loge musculaire contenant muscle, vaisseaux et nerfs).

LES COMPLICATIONS MUSCULAIRES

Facteurs favorisants :

position supérieur à 3H

défaillance HDM (hypoTA)

gêne retour veineux donc positions favorisantes: gynécologique, génu-pectorale, décubitus latéral, trendelenbourg.

terrain: obésité (25% des rhabdomyolyses), éthylisme

Signes :

douleurs intenses précoces, sans modification au changement de position résistante aux antalgiques

peau rouge, chaude, œdématiée évoluant vers marbrure, phlycténulaire

déficit neurologique sensitif-moteur (paresthésie, anesthésie, parésie, paralysie)

+ / – pouls perçu en aval

augmentation CPK, K⁺, Ca²⁺

Myoglobinurie

Recherche rhabdomyolyse si IMC>50 et durée chirurgie à risques> 3H

Traitement:

aponévrotomie de décharge

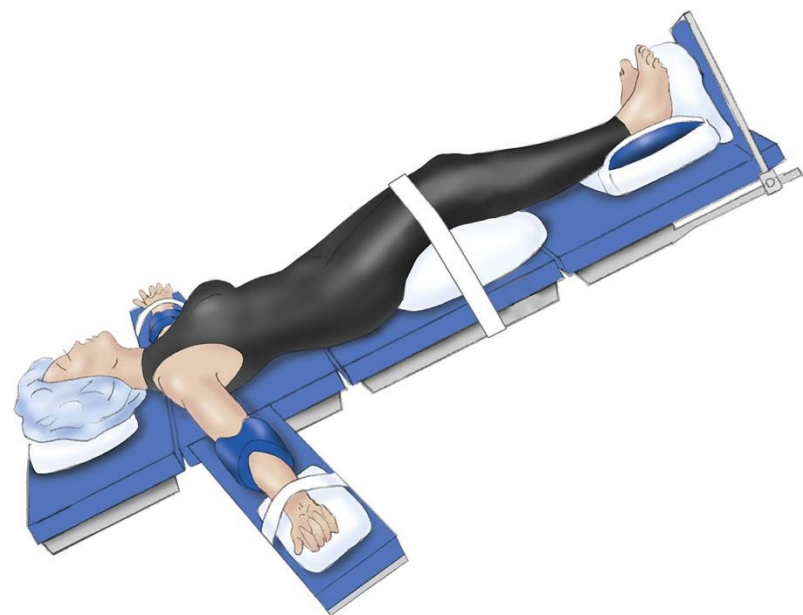
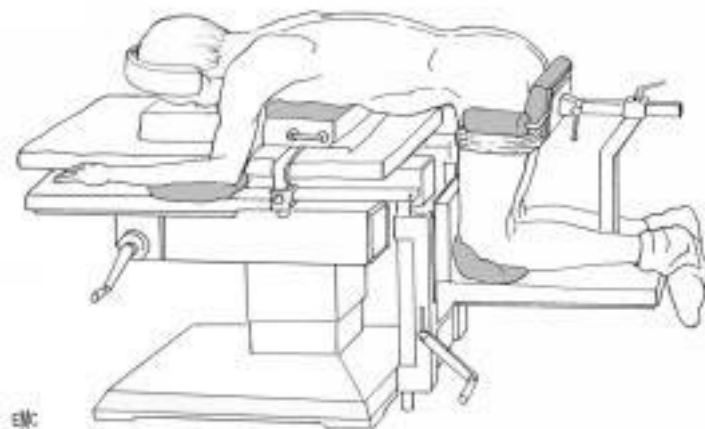
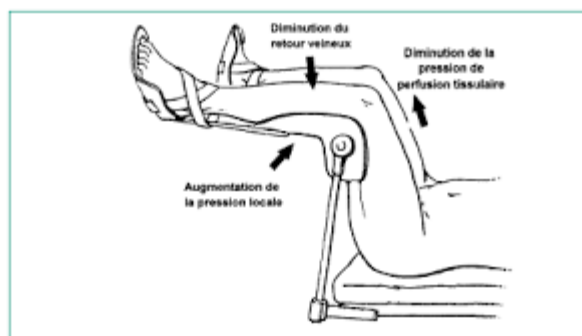
LES COMPLICATIONS MUSCULAIRES

Prédominance du risque avec

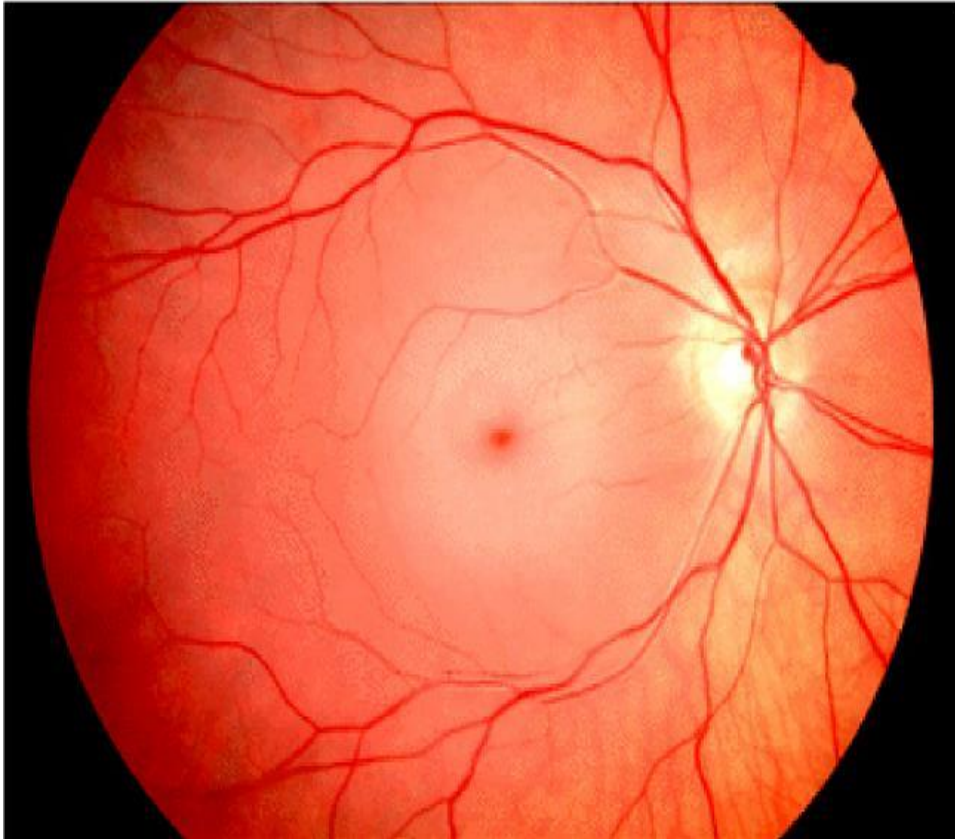
position gynéco car diminution du retour veineux des membres inférieurs avec abduction, rotation interne et flexion cuisse

position génupectorale: flexion cuisse sur mollet trop importante.

position trendélenbourg: membres supérieurs



LES COMPLICATIONS OCCULAIRES



LES COMPLICATIONS OCCULAIRES

Il existe trois types de lésions : La fréquence des complications oculaires en littérature est de 1%. Elles vont de « la simple abrasion cornéenne à de véritables cécités définitives ». En chirurgie générale, le risque de lésion oculaire augmente au-delà d'une heure d'anesthésie

LES COMPLICATIONS OCCULAIRES

Les lésions cornéennes. Elles représentent 34 à 61 % des lésions ophtalmologiques post-opératoires de chirurgie non ophtalmologique . Un traumatisme direct est responsable de 20% des atteintes cornéennes et un défaut d'occlusion est imputable de 59 à 80 % de ces mêmes atteintes. Le risque cornéen est prépondérant en décubitus dorsal simple, en position de lithotomie, en décubitus latéral, lors de changement de position, déplacement de la tête ou quand la surveillance post-opératoire est impossible (chirurgie céphalique), avec le poids des champs et des instruments

Conduite à tenir :

Occlusion palpébrale précoce dès la perte de connaissance avec un collyre qui lutte contre la déshydratation cornéenne.

Instillation toutes les 90 mn

Yeux libres en DL sur appui en gel troué.

LES COMPLICATIONS OCCULAIRES

Les lésions par compression oculaire.

Celle-ci entraîne l'occlusion de l'artère centrale de la rétine donc une cécité définitive unilatérale par augmentation de la pression intraoculaire [12]. Il faut ainsi se méfier en décubitus latéral (voire en genu-pectoral) pour l'œil déclive qui sera plus comprimé et en décubitus ventral, majoré par le Trendelenburg (gêne au retour veineux).

Conduite à tenir :

Utilisation d'une coque rigide peut-être recommandée à condition qu'elle soit appliquée sur les reliefs osseux en DL.

L'installation sur une têtère en fer à cheval est la plus adéquate en DV.

Le proclive peut aider à diminuer la compression

LES COMPLICATIONS OCCULAIRES

Les lésions par névrite optique ischémique bilatérale.

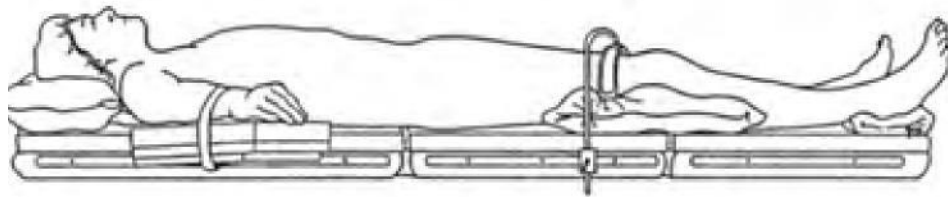
Elles entraînent des pertes de visions relatées en chirurgie rachidienne et cardiaque.

Le mécanisme reste inconnu, mais il existe des facteurs de risque retenus à savoir : une durée d'intervention supérieure à 6 heures et des pertes sanguines supérieures à 1 litre .

Il semble également que l'hypotension prolongée, le remplissage excessif avec les cristalloïdes, l'anémie soient des facteurs systémiques de risque favorisant la cécité

LES DIFFERENTES INSTALLATIONS

Décubitus dorsal



Décubitus dorsal

Description : Patient allongé sur le dos, position la plus physiologique possible

Indications :

- Induction

- Chirurgie tête et cou

- Orthopédique (4 membres)

- Accès du périnée, abdomen

Membre supérieur (si bras en croix sur appui-bras)

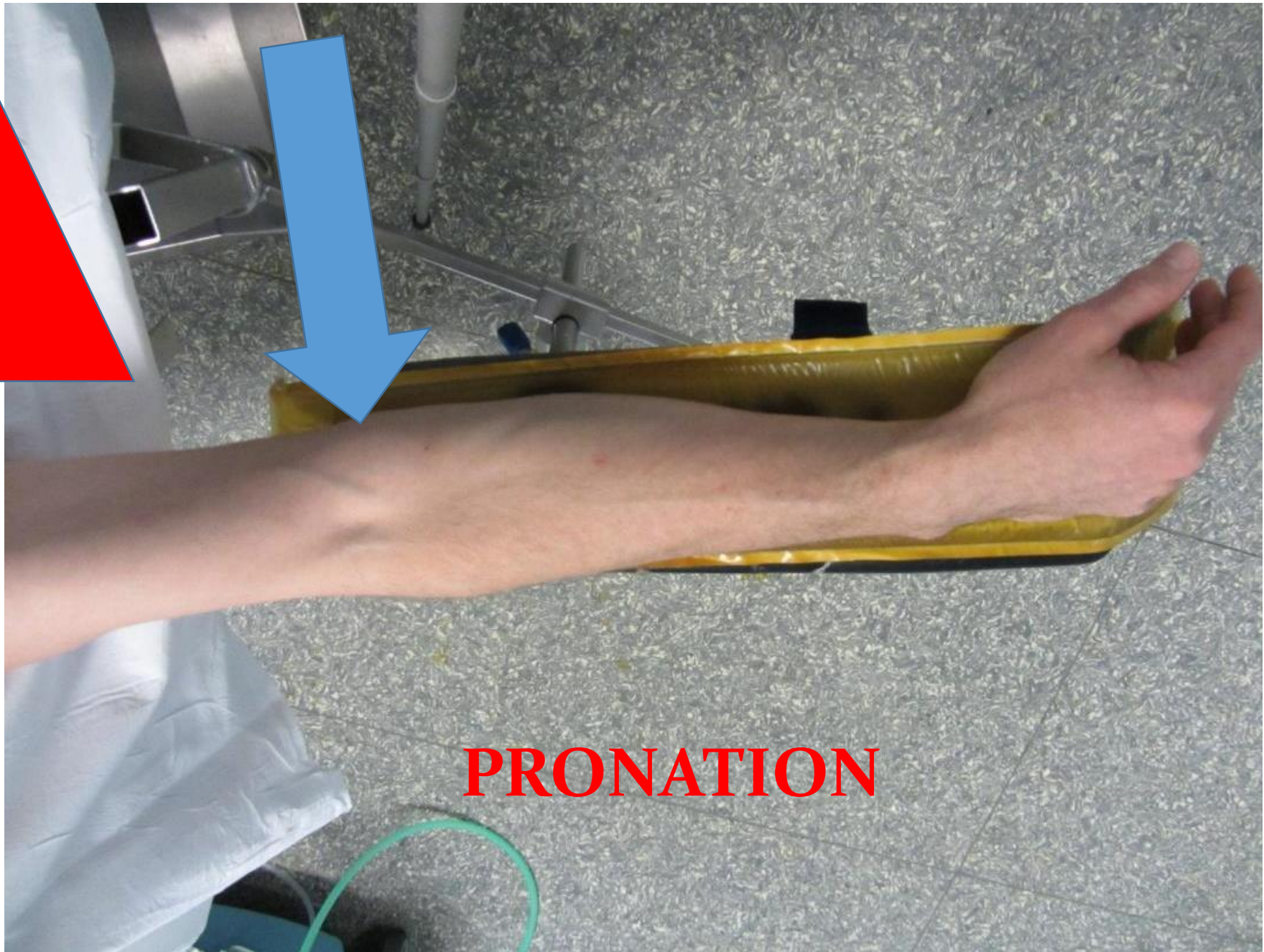
• Main en pronation sur appui-bras ou chute de la main

• Compression nerf ulnaire entre surface d' appui et gouttière épitrochléenne

• Main en supination (contact au niveau de l' olécrane, géluse sous coude, bras maintenu par sangle)

• 28% atteintes membre supérieure



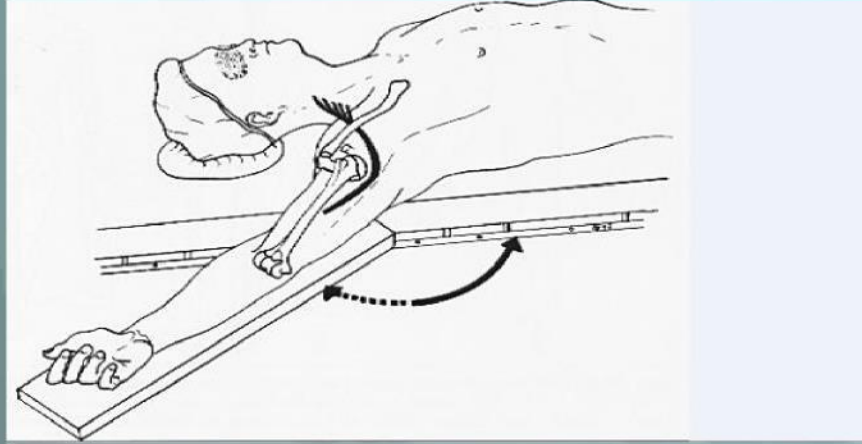


PRONATION

SUPINATION



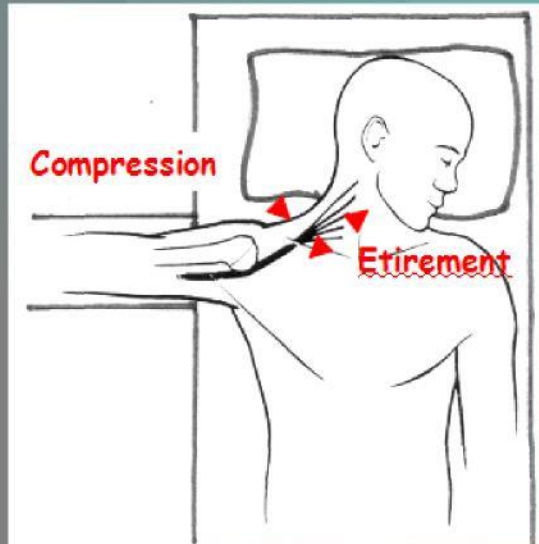
•Malpositions, Risques, Prévention



•Abduction bras sup à 90°

•Compression plexus brachial sur tête humérale

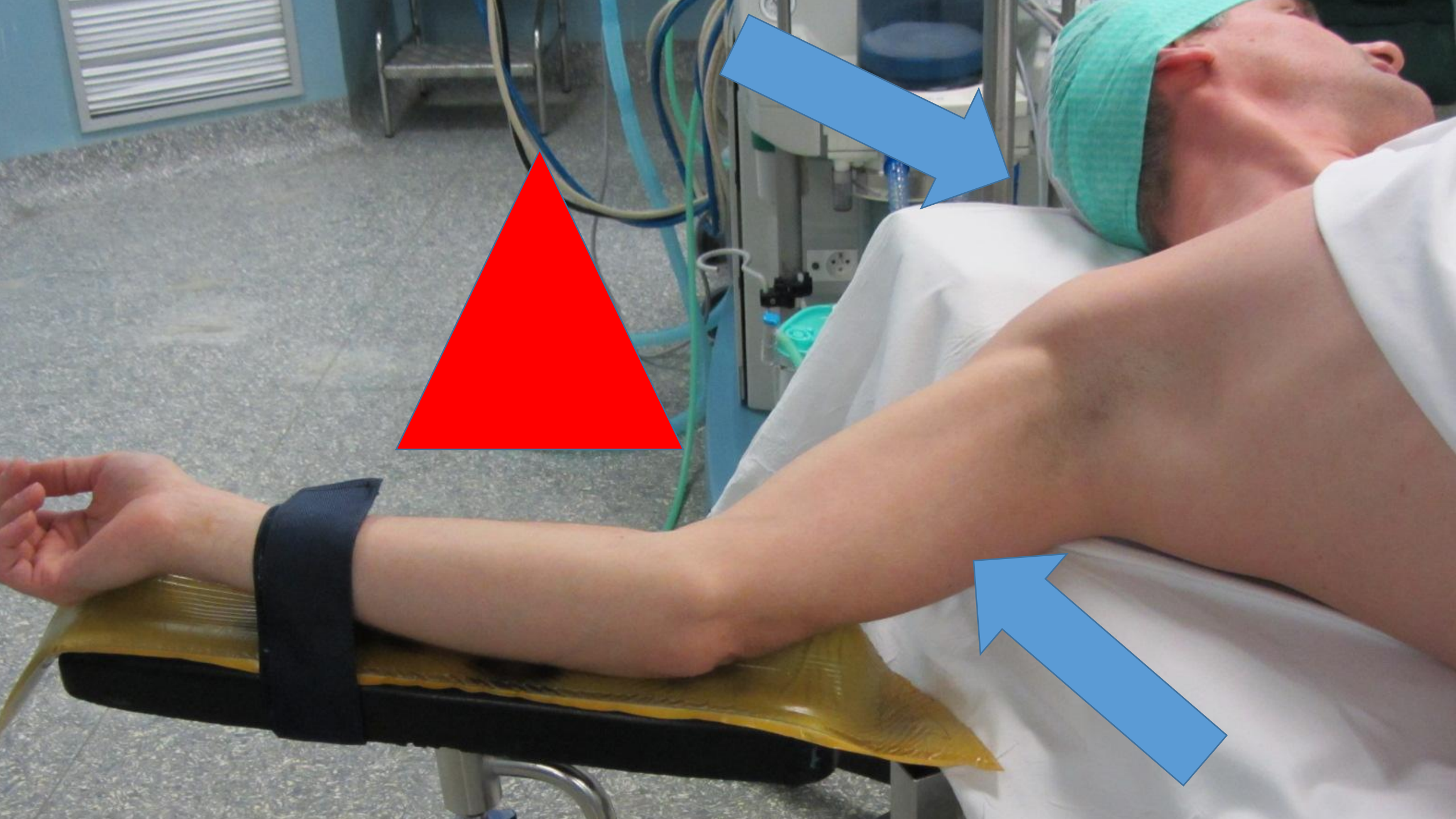
•Bras le long du corps, surveiller mobilisation per-op



•Rotation tête excessive

•Etirement du plexus brachial de l'épaule controlatéral ou plexus cervical ou compression vaisseaux cervicaux

•Respect axe tête-cou-tronc



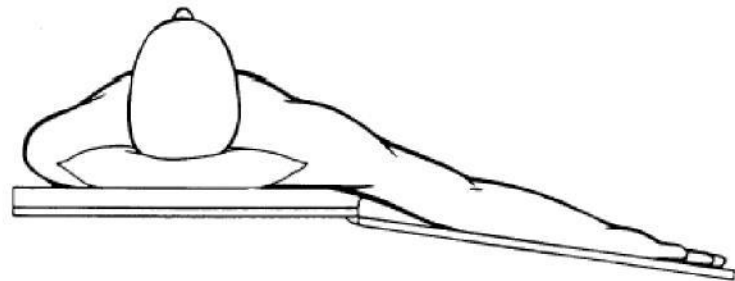


Membre supérieur (si bras en croix sur appui-bras)

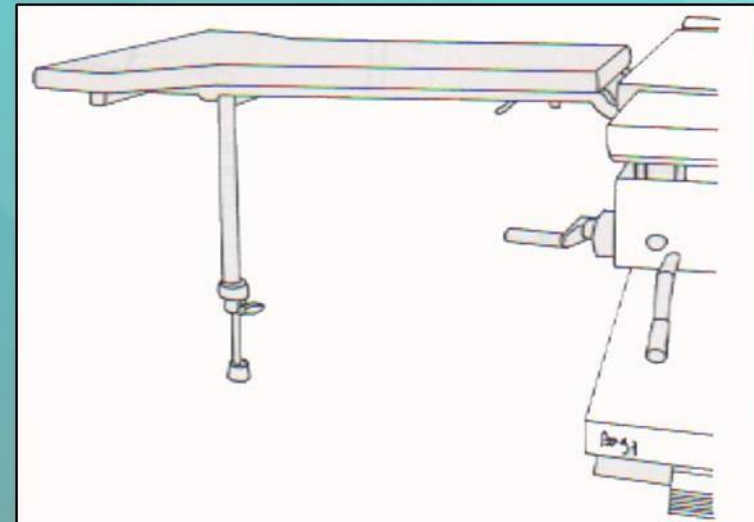
• Bras en rétropulsion ou chute du bras

• Etirement plexus brachial

• Appui-bras bien fixé, bras maintenus dans gouttière



Rétropulsion



Membres inférieurs

• Jambes croisées

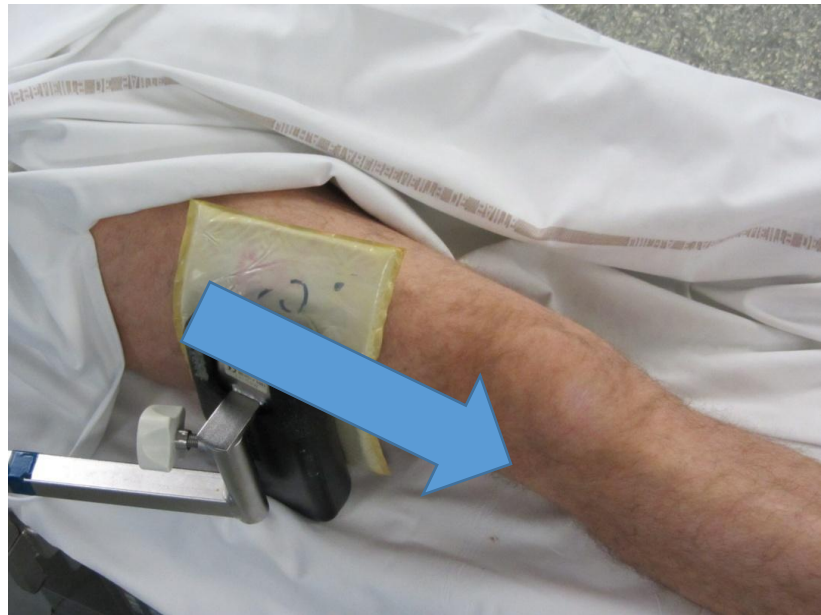
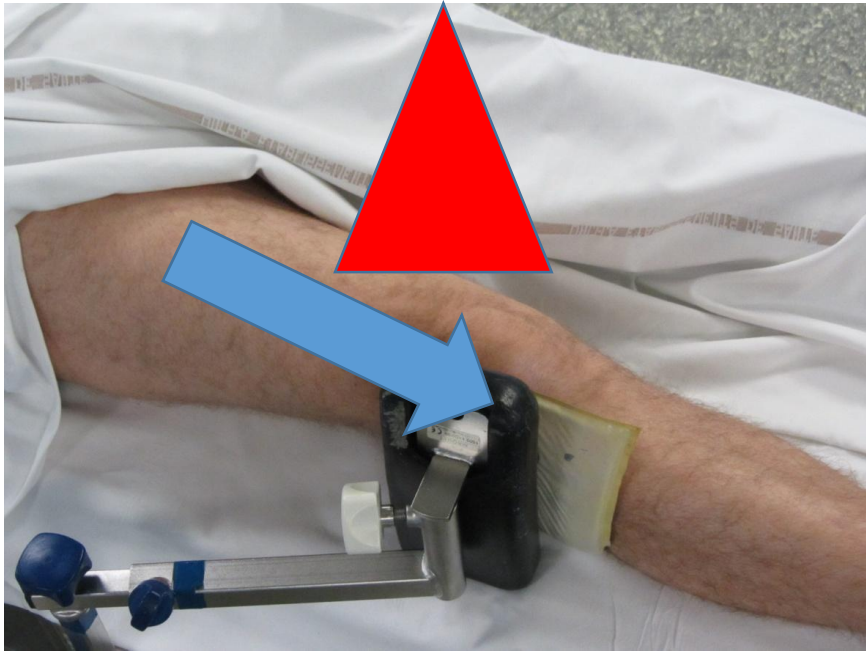
• Ischémie des mollets et étirement du nerf poplité externe (jambe supérieure)

• Jambes décroisées

• Disparition de la lordose liée relaxation musculaire

• Lombalgie post-opératoire

• Coussin sous lombes avec + ou - flexion genoux position dite « chaise longue » ce qui permet une meilleure répartition des appuis sur tout le corps



Décubitus dorsal amandé

Description : Patient allongé sur le dos avec positionnement d'un billot sous les lombes ou sous les épaules (= position de rose)

Indications :

- chirurgie hépato-biliaire,
- gros vaisseaux
- ect...

Répercussions respiratoires :

- diminution expansion thoracique

Répercussions HDM : si billot trop haut, compression et étirement au niveau de la veine cave inférieure dans sa traversée diaphragmatique
=> diminution du retour veineux et débit cardiaque (TA instable)

Décubitus dorsal amandé

Description : position de rose

DD avec hyperxetension de la tête en soulevant la ceinture

Indications :

chirurgie thyroïdienne, tête, ORL, amygdale, maxillo-facial

Répercussions respiratoires :

risque d' extubation

Répercussions HDM : si billot trop haut, compression et étirement au niveau de la veine cave inférieure dans sa traversée

diaphragmatique

=> diminution du retour veineux et débit cardiaque (TA instable)

•Rétropulsion des épaules



•Etirement nerf brachial



•Billot assez long

•Compression nerf optique par acte chirurgical



•Cécité



•Occlusion palpébral + pansement américain

POSITION DE TRENDELENBOURG

Description : Décubitus dorsal avec inclinaison tête en bas de 10 à 15°, sans dépasser 30°, corps maintenu par table antidérapante et épaulière rembourrée, + ou – bras le long du corps

Indications :

Meilleure exposition pour les cavités pelviennes (gynéco, digestif ou urologie)

Utiliser aussi par l'anesthésie pour favoriser retour veineux en cas d'hypoTA sévère

Coelioscopie en gynéco

Accès du périnée

POSITION DE TRENDELENBOURG

Répercussions respiratoires :

Ascension de la coupole diaphragmatique et de la carène due à la pression des viscères => risque d'intubation sélective d'où auscultation après mise en déclive

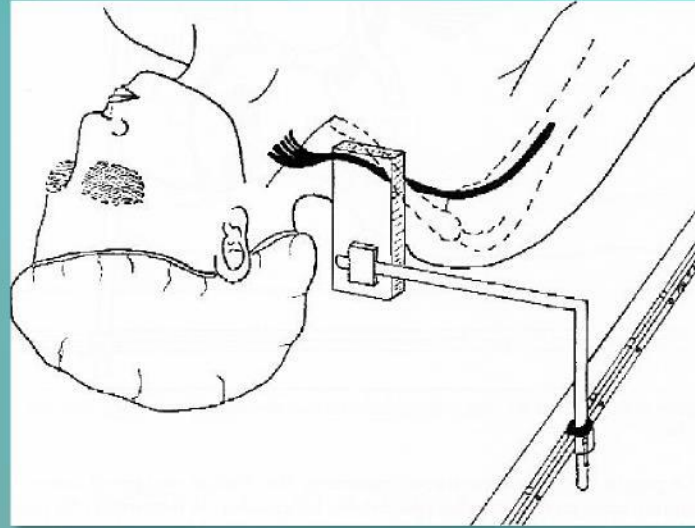
Augmentation risque d'inhalation par reflux gastrique

Répercussions HDM :

Si déclive inférieur à 15° => augmentation du retour veineux, débit cardiaque, PA, FC

Si déclive supérieur à 15° => retour veineux gêné par augmentation pression intra thoracique due pression des viscères sur diaphragme (turgescence jugulaire, œdème de la face) pression veineuse centrale est augmentée, diminution débit cérébral, augmentation PIC.

•Trendelenburg interdit si PIC élevée d'où une mise en place progressive en surveillant HDM si déclive supérieur à 15°, durée maximum= 1H30.



•Epaulière placée trop près de la base du cou

•Compression racine plexus brachial

•Epaulière placée sur jonction
acromioclaviculaire avec gélose

POSITION DE LITHOTOMIE OU GYNECOLOGIQUE

Description: Patient en DD avec angulation entre cuisse et tronc, jambes soutenues par jambières ou étriers ou bottes et flexion + abduction au niveau des hanches

Indications:

Gynéco (abord périné et pelvis)

Urologique, résection trans-urétérale de prostate

Proctologique

Répercussions respiratoires:

Par limitation du mouvement diaphragmatique

Répercussions HDM:

Favorise retour veineux, augmentation volume sanguin intrapulmonaire => risque oap chez insuffisant cardiaque

Augmentation TA : vérifier pouls pédieux (SpO2 distale)

hypoTA voire collapsus lors du repositionnement des jambes en position horizontale d' où un changement progressif (jambes simultanées) avec surveillance HDM, remplissage vasculaire au préalable et/ou vasopresseur

•Peu flexion genou




•Etirement nerf sciatique




•Plier genou



•Compression mollet et face postérieure cheville avec flexion membres inférieurs



•Diminution retour veineux, hypoperfusion distale = rhabdomyolyse posturale possible, syndrome des loges




•Durée limitée à 3H, surveiller mollet en per-op si réinstallation, HDM stable

•Baisser ou lever les jambes une par une



•Disjonction lombo-sacrée à la remise en DD par mise en tension des ligaments inter-lombaires et lombo-sacrés avec lombalgie au réveil



•Lever et baisser les jambes les 2 en même temps progressivement

LE DECUBITUS LATERAL

Description: Couché sur le côté, dos à 90° par rapport au plan de la table, respect axe tête-cou-tronc avec coussin sous tête et sous l'épaule, flexion des jambes empêche bascule du tronc, jambe inférieure pliée à 45° et jambe supérieure décalée par rapport à l'autre membres supérieurs fixés sur appui-bras

Nécessité d'appuis = pubien, sacré, +/- costal, +/- dorsal selon geste chirurgical

Indications :

- orthopédique (hanche)

- chirurgie pulmonaire , neurochirurgie

- chirurgie des parties molles situées latéralement ou dans le dos

Répercussions HDM

peu répercussion, besoin remplissage suffisant avant installation pré ou post-opératoire pour éviter collapsus

Répercussions respiratoires : risque hypoxémique augmenté par accumulation de sécrétions dans poumon déclive

•Compression œil déclive

•Atteinte cornéenne ou oblitération artère centrale de la rétine

•Occlusion palpébrale + gel larme sans compression directe

•Plicature pavillon oreille

•Ischémie cartilage auriculaire

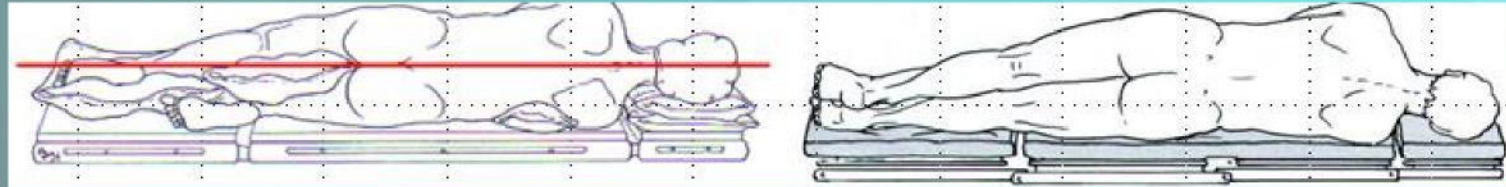
•Oreille mise dans trou du rond de tête



•Tête tombante

•Etirement plexus cervical, cervicalgie, obstruction vasculaire carotide, jugulaire (diminution débit sanguin cérébral)

•Respect axe tête-cou-tronc par rond de tête



•Jambe supérieure repose sur jambe inférieure

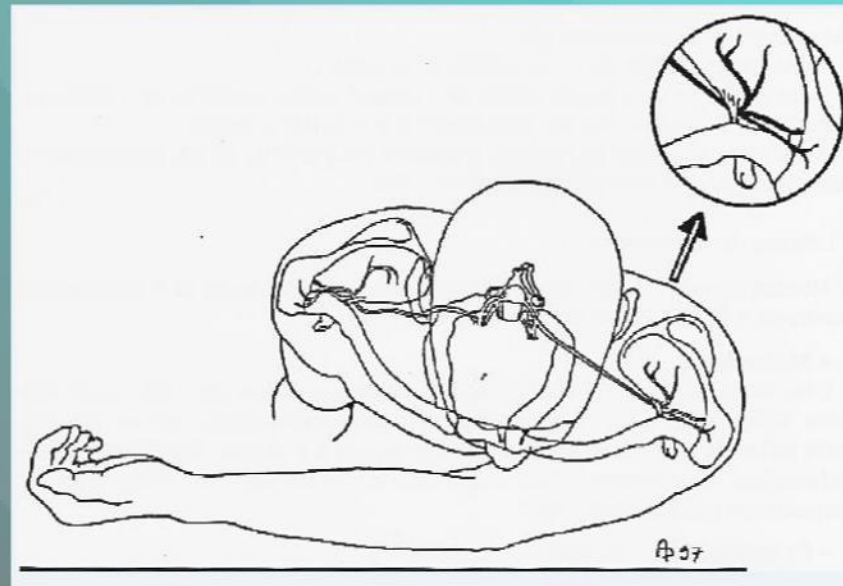
•Syndrome compartimentaux des muscles inférieurs fessiers et escarre grand trochanter

•Coussin entre les 2 jambes et gélose sous grand trochanter

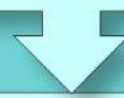
•Epaule inférieure comprimé

•Lyse des muscles deltoïde et paravertébraux et étirement du nerf suprascapulaire

•Billot sous axillaire en gélose (vérifier pouls) et fixer les appuis pour que le tronc soit perpendiculaire à la table



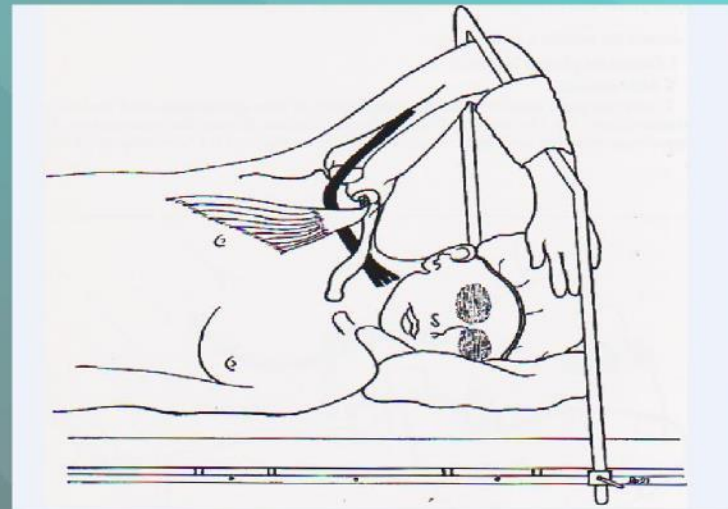
•Epaule supérieure en antépulsion et abduction forcée



•Etirement du plexus brachial



•Avant-bras supérieur positionné sur appui-bras avec gélose sans traction (vérifier pouls)



LE DECUBITUS LATERAL: POSITION DE NEPRECTOMIE

Description: DL avec table cassée an niveau crête iliaque

Répercussions HDM

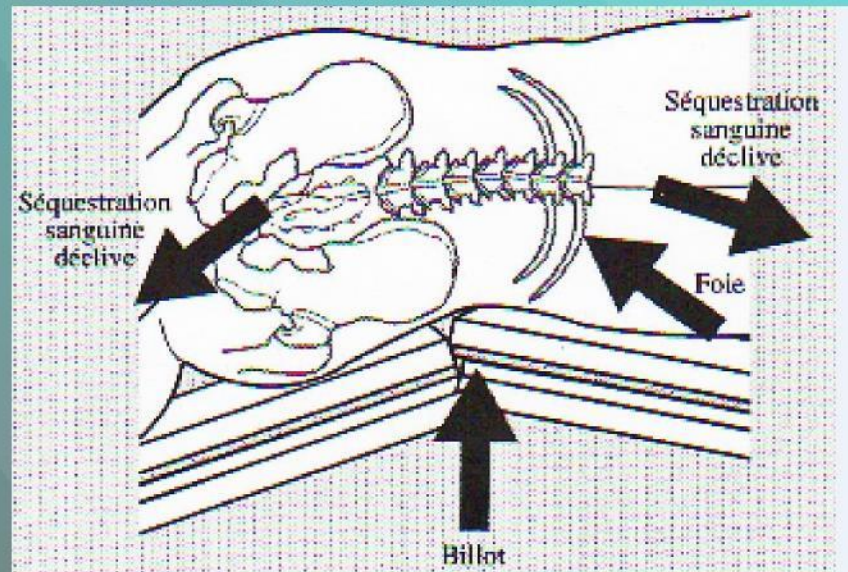
gêne au retour veineux par compression VCI,
diminution débit cardiaque

•Répercussions respiratoires : si billot sur côtes flottantes=> gêne au mouvement hémi-diaphragmatique.

•Billot ou cassure table mal positionné +/- rotation latéral hémicorps
•supérieur

•Compression VCI (HDM instable)

•Billot ou cassure sur crête iliaque + billot sous costal + corps fléchi
progressivement avec surveillance HDM



LE DECUBITUS VENTRAL

Description: thorax surélevé et billot sous crêtes iliaques pour libérer la paroi abdominale et faciliter la ventilation, bras en avant de la tête sur appui-bras avec gélases sous coudes ou bras le long du corps, pieds légèrement surélevés, gélases sous genoux.

Contre-indication : obésité morbide

Indication:

- intervention rachis

- chirurgie des parties molles dans le dos

Répercussions HDM

- diminution index cardiaque liée compression VCI

- risque collapsus lors du retournement (pré et post-op) => être avec le MAR

- risque arrachement perfusion

Répercussions respiratoires : Diminution CRF par limitation expansion thoracique

- risque plicature sonde d'intubation (+ ou – sonde armée)

- risque d'extubation par mauvaise fixation de la sonde (fixer en entourant la nuque)

- auscultation après installation



•Compression globe oculaire

- Altération perfusion rétinienne, thrombose artère centrale de la rétine avec cécité irréversible

Vérifier position des yeux tout le long de l'intervention (chirurgien bouge le corps en post-op), possible utilisation de gélose carré



•Protrusion de la langue

- Oedème de la langue avec possible obstacle à la ventilation après extubation

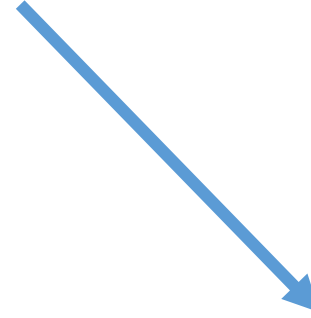
•Pose d' un packing (pas guédel car risque escarre de lèvre)

billots mal positionnés

compression vasculaire
directe au niveau des
vaisseaux fémoraux

Sur crête iliaque

Sur thorax



Ecrasement des seins ou étirement latéral
(attention prothèse mammaire ou greffe cutanée)
compression VCI entraînant une instabilité HDM,
diminution retour veineux, difficulté de drainage veines
vertébrales avec augmentation saignement

Prendre le pouls pédieux en
début intervention et voir la
coloration des membres
inférieurs en fin d'intervention

POSITION GENU PECTORALE

Description : Patient à genou sur une table opératoire pliée, bras et tête comme en DV, angle de 90° entre abdomen/cuisse, appui fessier et gélouses sous genoux

Indication:
intervention rachis

Contre-indication absolue : prothèse aorto-bifémorale

Cette position par rapport au DV permet une ouverture des espaces interlamaires et facilite le chirurgie mais également libère l'abdomen pour les obèses (ventilation possible) et moins de pression abdominale = moins risque de saignement par diminution de la pression veineuse dans l'espace périurale

Répercussions HDM
idem DV

TRACABILITE

- La traçabilité de l'installation doit figurer en mentionnant le type de posture avec limitation(s) s'il y en a.
- Tout changement de posture en per-opérateur devra être tracé également. Un ou des chronométrages sont conseillés pour la surveillance d'appuis particuliers ou oculaire séquentiels afin de rappeler au professionnel le caractère essentiel de ce(s) surveillance(s) en per-opérateur.
- La traçabilité des postures ne fait malgré tout pas partie des indicateurs qualité de la tenue du dossier retenus par la HAS (Haute Autorité de santé) recueillis par l'enquête IPAQH réalisée tous les 2 ans dans l'ensemble des centres hospitaliers et cliniques privées de France.

Les tables d'opération

- **Depuis l'origine de la discipline**, le patient est allongé sur une table d'opération durant l'acte chirurgical. D'une élémentaire table en bois, en passant par des tables métalliques simples, dotées d'un mécanisme activé par des manivelles et des pédales, les tables ont bien évolué.
- **Nous disposons aujourd'hui d'une large gamme de tables motorisées** fonctionnant à l'aide d'une télécommande. Les modèles les plus récents comportent même des capteurs pour une protection anticollision et antisurcharge

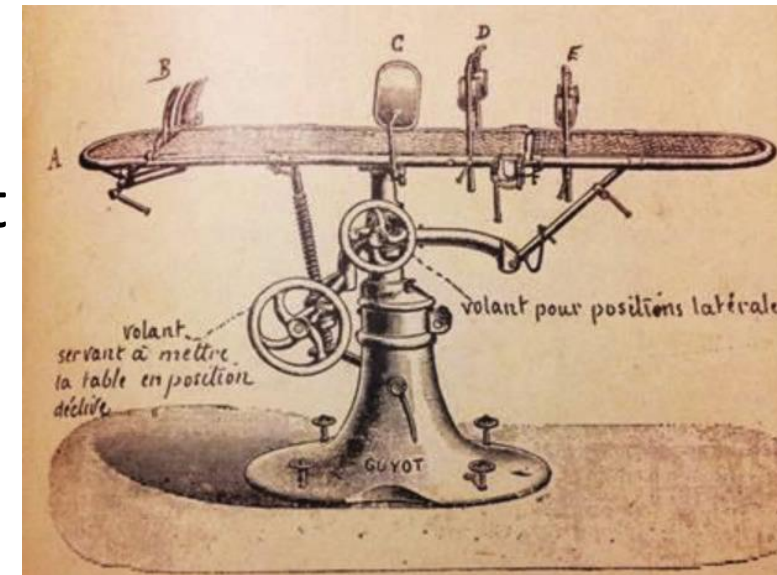


Fig. 176. — Table d'opération avec mouvements de rotation et mouvement latéral. — A, plateaux. — B, épaulières. — C, appuie-reins pour empêcher le malade de glisser dans la position latérale. — D, fixe-cuisses. — E, fixe-talons.

Les tables d'opération

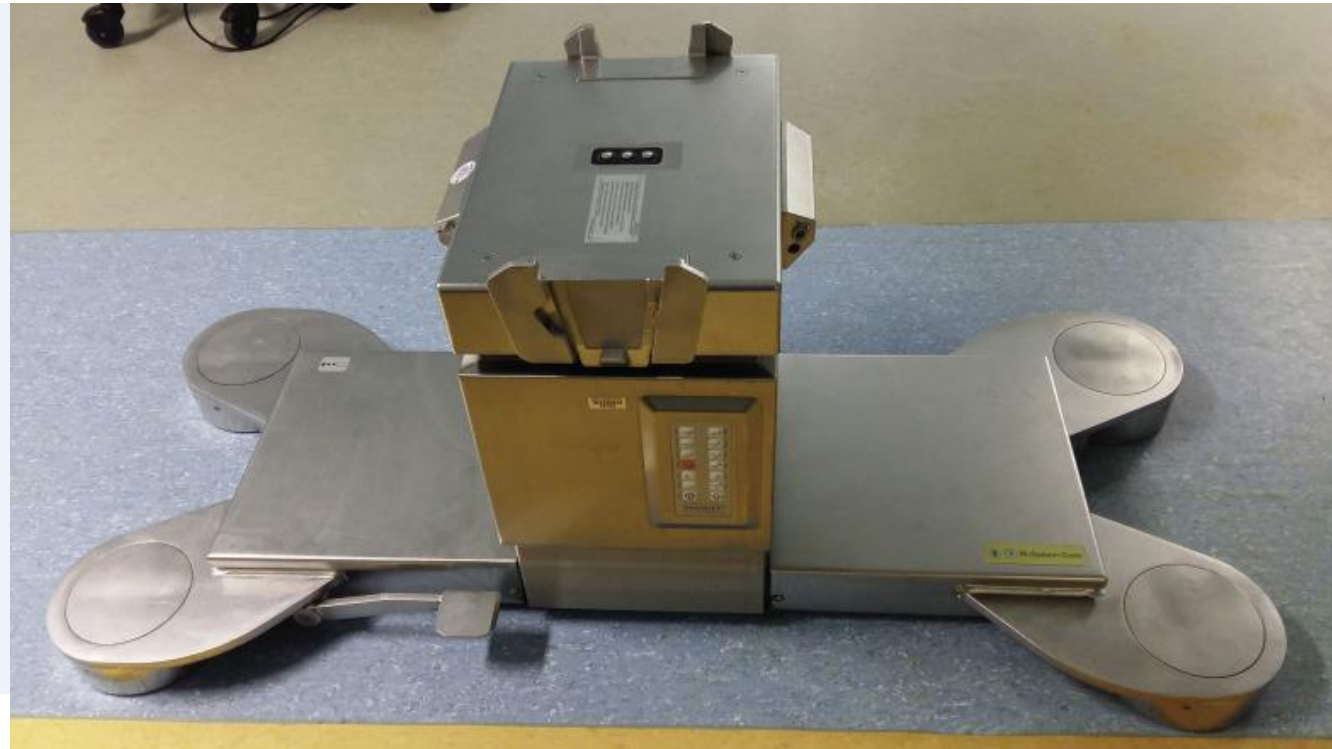
Il existe deux grandes familles de tables : les traditionnelles et de transfert

Les modèles traditionnels forment un ensemble compact comprenant l'embase, la colonne et le plateau de la table, le tout n'étant pas dissociable.



Les tables d'opération

Les tables de transfert peuvent être munies de piliers ou de socles fixes ou mobiles. Dans le premier cas, le pilier est fixé au sol, directement dans le béton, puis le revêtement est réagréé et étanchéifié. Ces tables n'ont pas d'embase, le socle peut tourner à 360°.



Les accessoires

Il existe une vaste gamme d'accessoires de tables, indispensables, pour installer correctement le patient en fonction de la discipline concernée. Tous les accessoires sont rangés sur un chariot spécifique. Des clameaux de serrage permettent de les fixer sur les rails de la table. Ils comportent une multitude d'options afin de s'adapter aux besoins de toutes les disciplines chirurgicales



Entretien et contrôle qualité

Le contrôle qualité des tables d'opération conventionnelles et de transfert, avec leurs accessoires doit être réalisé par du personnel technique ou biomédical formé. Une maintenance préventive est obligatoire

Le bionettoyage des tables et accessoires se fait avec un produit détergent-désinfectant en prenant soin de soulever les coussins des plateaux et de nettoyer toutes les parties métalliques.

Poids supportée

Par ailleurs, une vigilance est nécessaire concernant le poids que peut supporter la table. La plupart sont conçues pour un poids de 150 kg centré. Il existe des tables équipées d'un système anti-basculement pour les patients de forte corpulence qui peuvent supporter jusqu'à 250 kg avec des appuis adaptés (jambières, rallonges latérales)

CONCLUSION

Le positionnement per-opératoire des patients doit tenir compte de la physiopathologie circulatoire et respiratoire

Les complications peuvent être fonctionnelles ou vitales

Des mesures de prévention simples peuvent en diminuer l'incidence.

Cependant des complications peuvent survenir en dehors de toute malposition

Intérêt de la surveillance régulière per-opératoire

On doit veiller à ce que l'installation souhaitée par le chirurgien ne perturbe pas les grandes fonctions vitales du patient

[http://www.prevention-medicale.org/espace-adherents/videos-pedagogiques/optimiser-securite-patient-bloc-operatoire.html#paragraphe849.](http://www.prevention-medicale.org/espace-adherents/videos-pedagogiques/optimiser-securite-patient-bloc-operatoire.html#paragraphe849)

DES QUESTIONS ?



michel.leclercq@elsan.care

Merci pour votre attention !

