

Protection oculaire en anesthésie-réanimation : les recommandations d'experts pour éviter les lésions de cornée et de rétine

Quelles sont les recommandations pour la protection oculaire, en anesthésie-réanimation ? À l'initiative des IADE, une recommandation formalisée d'experts (RFE) a été rédigée. Présentée lors du congrès de la SFAR, fin septembre, par l'infirmière anesthésiste Habiba Moussa et le professeur Hawa Keita-Meyer, **elle vise notamment à uniformiser les pratiques.**

« Comment prévenir les lésions cornéennes en anesthésie, lors d'une chirurgie courte orthopédique en décubitus dorsal ? » Telle était la question posée par Habiba Moussa, IADE, en début d'exposé, au sein de l'amphithéâtre du Palais des Congrès. Sur ce point, la recommandation des experts est claire : « Pour prévenir les lésions cornéennes lors d'une anesthésie générale, une occlusion palpébrale systématique avec bandes adhésives seules est recommandée ». Ainsi, une étude ancienne portant sur 127 patients et comparant quatre moyens de protection oculaire a montré pour tous, l'absence de lésion, et pour les patients protégés au moyen de bandes adhésives seules, aucun ne présentait de vision trouble. Des lésions de cornées peuvent en effet être observées sur des yeux non protégés, telles que des lésions dues aux soignants : badge ou stéthoscope, par exemple. C'est pourquoi cette protection est vivement indiquée. D'où, aussi, cette autre recommandation émise avec avis d'experts : « En dehors d'une induction à séquence rapide, l'occlusion palpébrale est recommandée dès la perte de réflexe ciliaire et avant l'intubation trachéale, afin de réduire le risque des lésions traumatiques de

la cornée. » Hawa Keita-Meyer insiste : « Cette forte recommandation était rarement observée jusqu'à présent, car nous avons souvent tendance à occlure les paupières après l'intubation. Mais nous savons que c'est avant celle-ci qu'apparaissent le plus souvent les lésions cornéennes. » Avec des conséquences qui peuvent dans certains cas être dramatiques, telles que des pertes de vision. La RFE, recommandation formalisée d'experts, a été une initiative de la commission IADE suite à une enquête en ligne en 2014 ayant trait aux pratiques en France en termes de protection oculaire durant l'anesthésie. Une forte disparité entre les équipes avait été observée. La SFAR s'est donc saisie de la problématique. Il s'agit de la première RFE multiprofessionnelle ; des infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) ont été associés au processus et à la rédaction. Le groupe d'experts a choisi de proposer trois types de recommandations, la prévention des lésions cornéennes en anesthésie, en réanimation, et la prévention des lésions

réiniennes par occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR) ou suite à des neuropathies optiques (NOIA). Le groupe de travail est d'emblée parvenu à un fort consensus pour les dix recommandations qui sont ressorties pour la pratique en anesthésie-réanimation. Parmi elles, celle « d'obtenir l'occlusion complète de l'œil en apposant conjointement la paupière supérieure et inférieure, et de vérifier régulièrement l'efficacité de cette occlusion », a été impulsée suite à une étude de cohorte ayant prouvé la division par

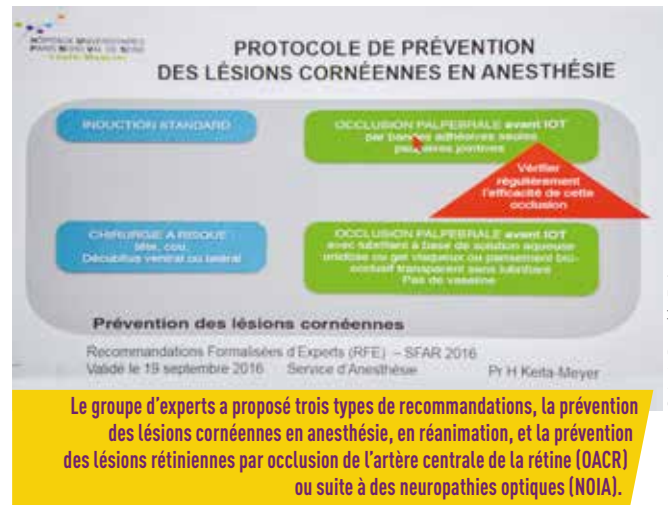


L'infirmière anesthésiste Habiba Moussa et le Pr Hawa Keita-Meyer ont présenté ensemble les RFE au sujet de la protection oculaire en anesthésie-réanimation.

trois de l'incidence des lésions de cornée consécutive à une formation des praticiens sur la nécessité de fermer correctement les paupières. À la suite d'une étude comparative entre deux périodes, réalisée en 2009, la recommandation suivante « d'inclure au sein des programmes de formation des structures, un protocole de prévention, afin de réduire l'influence des lésions cornéennes sous anesthésie générale » a également été émise. En effet, durant cette étude, lors d'une première période de six mois, les lésions de cornée ont été identifiées, puis de nouveau pendant une seconde période de dix mois au cours de laquelle un programme de formation ainsi qu'une sensibilisation à la lésion de cornée ont été prodigués. Résultats ? Après cette seconde période, la réduction a été significative, passant de 1,51 à 0,79 cas pour 1 000 patients. « Parmi les facteurs de risques indépendants, nous retenons la durée de l'anesthésie et la classe ASA », ajoute Habiba Moussa. Par ailleurs, certaines chirurgies à risque augmentent la probabilité de telles lésions cornéennes. Quelle est la prise en charge de ces lésions de cornée ? Un ophtalmologue pose le diagnostic via un test à fluorescéine. Peut alors être

prescrit un collyre antibiotique, parfois associé à une pommade cicatrisante et à une occlusion palpébrale protégeant la cornée durant quelques jours.

Quant à la prévention des lésions rétinienne, plus rares que les lésions cornéennes – mais qui peuvent s'avérer dramatiques, avec des pertes de vision unilatérale voire bilatérale –, elle aussi est importante. Le professeur Keita-Meyer explique à son tour : « Il faut contrôler régulièrement, dans la période peropératoire, l'absence de compression extrinsèque directe du globe oculaire qui peut entraîner ce type de lésions, notamment les neuropathies optiques et les occlusions artérielles rétinienne. L'installation du patient en léger proclive est préconisée. » Raison pour laquelle, pour la chirurgie du rachis, il est probablement recommandé d'utiliser des têtes adaptées, garantissant l'absence de compression directe du globe. Les maîtres mots ? Bien installer le patient, vérifier régulièrement son installation.



En outre, pour prévenir les NOIA (neuropathie optique ischémique antérieure), des facteurs sont à surveiller : hypotension, anémie sévère, hypovolémie. Quant aux OACR (occlusions artérielles rétinienne), elles sont dues à une augmentation de la pression intraoculaire liée à une compression. Plus fréquentes, les NOIA se produisent lors des chirurgies plus longues, avec des pertes sanguines plus importantes. « Les moyens de prévention sont l'utilisation de têtes adaptées », insiste Hawa Keita-Meyer. En outre, l'utilisation des tables orthopédiques avec têtes et la surveillance des globes oculaires sont préconisées.

« Ce qui est vraiment important, c'est de veiller à l'absence de compression du globe oculaire, tout en contrôlant les autres facteurs de risque : hémorragie et anémie », indique le professeur Keita-Meyer, avant d'ajouter : « L'occlusion oculaire est essentielle. La RFE insiste sur le fait de bien occlure les yeux particulièrement lors des chirurgies ORL. De petits Tegaderm peuvent être utilisés. » Des protections qui n'ont pas besoin d'être stériles. Occlure, fermer : le leitmotiv pour protéger les yeux des patients ! ■

AGNÈS BOURAHLA-FARINE

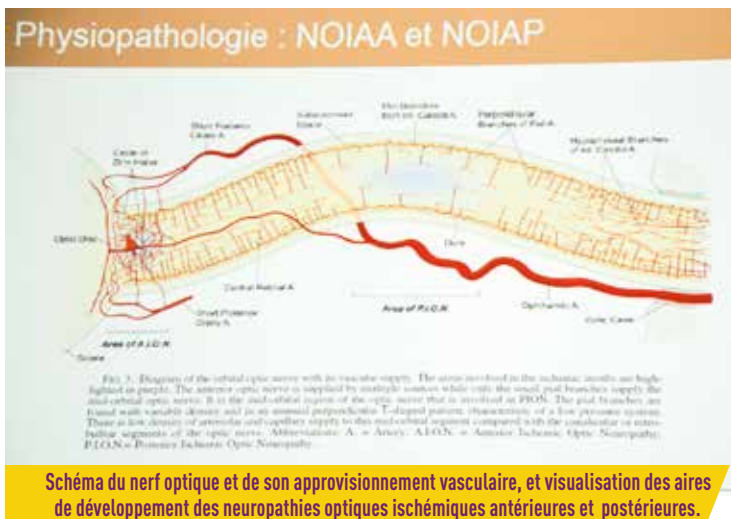


Schéma du nerf optique et de son approvisionnement vasculaire, et visualisation des aires de développement des neuropathies optiques ischémiques antérieures et postérieures.