

Bistouri électrique et feu au bloc opératoire

Prévention du feu

Éviter l'utilisation d'une source d'énergie à proximité d'une atmosphère enrichie en comburant (concentration d'oxygène supérieure à l'air ambiant et/ou présence de protoxyde d'azote).

Respecter le temps de séchage (3 minutes) des solutions antiseptiques utilisées pour la préparation cutanée.

Collaborer entre chirurgien et anesthésiste : évaluation du risque de feu lors du deuxième temps de la *check-list* et décider ensemble de la meilleure stratégie peropératoire.

Disposer les champs opératoires de manière à minimiser l'accumulation de comburant (éviter les « poches et les tentes »).

Humecter légèrement les compresses, tampons et éponges utilisés à proximité d'une source d'énergie, écarter les autres.

S'agit il d'une procédure à haut risque d'incendie ?

(haut risque si une source d'énergie est utilisée à proximité d'une atmosphère enrichie en comburant, exemple chirurgie tête et cou)

OUI

Le chirurgien est prévenu de la proximité d'une atmosphère enrichie en comburant.

Chaque professionnel de santé présent connaît les consignes pour la prévention et la prise en charge en cas de feu au bloc opératoire, ainsi que son rôle à tenir.

En cas de chirurgie des voies aériennes supérieures, de la tête et du cou :

- privilégier une intubation trachéale ou un masque laryngé en cas de sédation profonde ou pour des patients oxygène-dépendants ;
- privilégier l'utilisation d'un bistouri froid pour inciser la trachée ;
- utiliser une sonde trachéale résistante au laser si besoin ;
- si une source d'énergie doit être utilisée dans les voies aériennes :
 - annoncer l'intention de l'utiliser,
 - réduire la concentration d'oxygène délivrée à la concentration nécessaire pour le patient,
 - stopper la délivrance de protoxyde d'azote,
 - attendre 3 minutes avant l'utilisation de la source d'énergie.

Note : le terme sources d'énergie est pris au sens large : bistouri électrique et électrochirurgie quel que soit le mode, laser.

Conduite à tenir devant le feu

Donner l'alerte dès les premiers signes de feu

flamme, fumée, flash, odeurs suspectes, bruits inhabituels (pop, snap, foomp), changement de couleur des champs ou du circuit de ventilation, mouvement inattendu du patient ou des champs, plainte du patient.

● Arrêter la procédure en cours

● Évaluer la situation

Feu confirmé

Feu des voies aériennes

**Immédiatement
et sans attendre**

- Enlever la sonde d'intubation.
- Arrêter l'administration de tous les gaz.
- Enlever les champs et tous les matériaux inflammables et les jeter au sol.
- Verser du sérum physiologique dans les voies aériennes.

Feu éteint

- Rétablir la ventilation du patient.
- Éviter une FIO₂ > 30 % et le N₂O.
- Éteindre et examiner la sonde d'intubation et son intégrité (fragments dans les voies aériennes ?).
- Réaliser éventuellement une bronchoscopie (évaluation, débris ?).

*Si le feu n'est
pas éteint
à la première tentative*

Si le feu persiste

Utiliser une « douche de sécurité portable » pour le patient et un extincteur au CO₂ pour le matériel.

Déclencher l'alarme incendie, évacuer le patient, fermer les portes, arrêter les gaz.

Feu sur ou dans un patient

**Immédiatement
et sans attendre**

- Arrêter l'administration de tous les gaz.
- Enlever les champs et tous les matériaux inflammables et les jeter au sol.
- Éteindre ce qui brûle en versant du sérum physiologique ou de l'eau.

Feu éteint

- Maintenir la ventilation du patient.
- Évaluer la possibilité d'inhalation de fumée chez le patient.

- Évaluer l'état du patient.
- Replanifier la prise en charge du patient.
- Déclarer et réaliser une analyse approfondie de l'EIAS.
- Informer le patient.