

FEU EN SALLE D'OPERATION

Prévention

- Identifier les situations à risque :
Chirurgie tête-cou ou sus-xyphoïdienne
- Faire apparaître ce risque dans la check-list
- Connaître les modalités d'appel de la sécurité incendie
- Connaître les lieux de stockage des extincteurs

SUSPICION : Odeur, chaleur, fumée, étincelle ou flamme



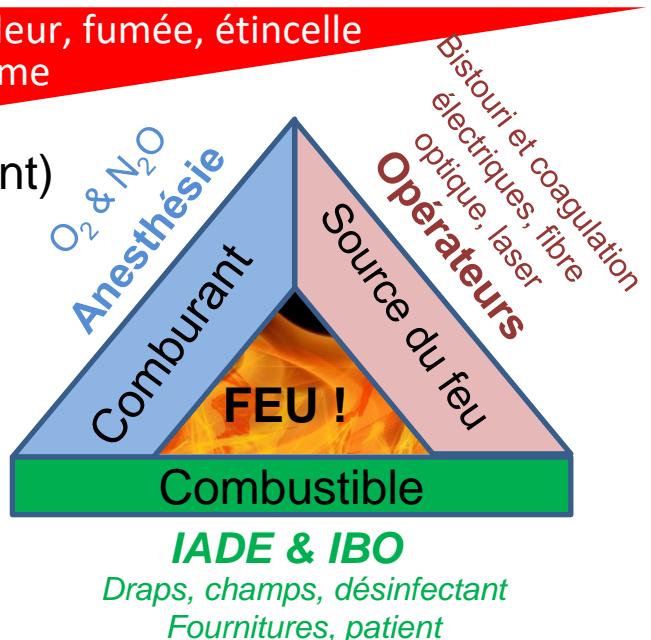
Extincteur à eau (patient)



Extincteur CO₂
(Matériel électronique)



Couverture anti-feu



« Tout brûle plus vite et plus fort en environnement riche en O₂ »

FEU EN SALLE D'OPERATION

Conduite à tenir

- Ventiler en Air Ambiant avec insufflateur manuel ou respirateur
- Couper arrivée O₂ au niveau de la vanne d'arrêt
- Débrancher appareils sources de chaleur ou à proximité du feu
- Asperger les éléments au sol et les éléments en feu avec l'extincteur
- Si le feu persiste, déclencher alarme incendie, évacuer et fermer la salle
- Laisser en état pour expertise
- Faire un bilan des lésions et de leur gravité (inhalation de fumée ?)

Numéros Utiles

Réanimation:

Sécurité incendie:

Service des brûlés:

Réalisée par le CAMR 2018 et revue en 2021

Références: Anesthesia Patient Safety Foundation:

<https://www.apsf.org/safetynet/apsf-safety-videos/or-fire-safety-video/>

ASA Task Force on Operating Room Fires, Anesthesiology 2013;118:271-90



FEU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

Prévention

Pour la chirurgie sus-xypoïdienne :

- Considérer les besoins en O₂ du patient si sédation (lunette ou masque) ; si besoin important, sécuriser les voies aériennes (ML, IOT)
- Utiliser la FiO₂ (< 0,3) la plus basse possible pour SpO₂ entre 92 et 94%
- Dresser les champs pour minimiser l'accumulation de comburant (O₂ ou N₂O)
- Prévoir une bonne circulation d'air au niveau du site opératoire
- Protéger visage et tête (compresses et eau stérile)

Pour les autres chirurgies :

- Adapter le volume de la solution alcoolique à la surface ; temps du séchage : 3-5 mn
- Humidifier compresses et éponges avant de les utiliser près d'une source d'incendie
- Préférer bistouri bipolaire ou à commande manuelle plutôt qu'à pied
- Eloigner le bistouri des sources d'O₂ quand non utilisé

Pour la chirurgie ORL – Laser :

- Laser
 - Utiliser un **matériel spécifique** et vérifier l'absence de fuite de gaz au ballonnet
 - Mettre un tamponnement humide au contact du ballonnet
 - FiO₂ (< 0,3) la plus basse possible pour SpO₂ entre 92 et 94 %. **Verbaliser la valeur de la FiO₂ mesurée** avant la mise en marche du laser. N₂O interdit.
- Trachéotomie
 - Pré-établir une stratégie de prise en charge concertée pendant l'abord trachéal**
 - Bistouri froid pour l'incision de la trachée. Attention à l'hémostase !
 - Communication chirurgien/anesthésiste sur la FiO₂ utilisée / la sécurité du patient**
- Prévoir une aspiration continue au contact du foyer opératoire oro-pharyngé

FEU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

Conduite à tenir

FEU des VOIES AERIENNES (ORL)

- Couper la source O₂
- Extuber le patient** et ventiler en air ambiant
- Vérifier l'intégrité de la sonde d'intubation retirée
- Fibroscopie :
 - Recherche de brûlures et de corps étrangers
 - Inonder les voies aériennes avec sérum salé
- Selon fibroscopie : intubation ou trachéotomie
- Garder tous les matériels pour expertise

FEU PATIENT sédation sous O₂

- Arrêt de l'oxygénothérapie
- Jeter au sol tout le matériel inflammable ou enflammé (champs, compresses, matelas air pulsé...)
- Asperger largement le patient avec eau ou sérum salé