

EVÈNEMENT PORTEUR DE RISQUE « ACCÈS DIFFICILE AUX VOIES AÉRIENNES NON PRÉVU » : RETOUR D'EXPÉRIENCE DU CFAR

Bertrand Dureuil (1), Patrick-Georges Yavordios, Annick Steib

(1) Département d'Anesthésie Réanimation CHU - Hôpital Charles Nicolle
1, rue de Germont 76031 Rouen Cedex.

INTRODUCTION

Dans le cadre de la démarche d'accréditation des anesthésistes réanimateurs mis en place par la HAS, le programme du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) comporte la déclaration d'évènements porteurs de risques (EPR) ciblés sur des objectifs définis en lien avec la SFAR. Les EPR sont des évènements indésirables qui n'ont pas causé de dommage grave au patient. Les termes couramment utilisés pour décrire les EPR sont, par exemple, les dysfonctionnements, les incidents, les précurseurs et les presque accidents. A partir des résultats de l'enquête mortalité publiée en 2006, les situations « d'accès difficile aux voies aériennes non prévu » ont été retenues comme EPR pour la spécialité car elles sont potentiellement associées à une majoration de la morbidité et de la mortalité péri-opératoire [1].

En pratique les médecins anesthésistes réanimateurs engagés dans l'accréditation doivent déclarer un EPR par an sur la Base REX de la HAS. Chaque EPR est analysé par un expert du CFAR avec le déclarant. Nous avons voulu vérifier les possibilités d'exploitation des EPR validés avec pour objectif de présenter les données préliminaires issues de leur analyse. Il est en effet important que cette démarche soit associée à un retour d'informations très pratiques sur ces situations à risque pour les professionnels de la spécialité. Pour cela, les 30 premières observations « d'accès difficile aux voies aériennes non prévu » déclarées sur le site de l'accréditation et validées par les experts du CFAR ont été étudiées.

Il reste que ces données préliminaires devront naturellement être confortées par l'étude d'un plus grand nombre de dossiers de déclaration.

A la date du 10 février 2010, 312 EPR « accès difficile aux voies aériennes non prévu » étaient validés et enregistrés sur la base REX. Les 30 premières déclarations d'EPR survenant au bloc opératoire ont fait l'objet d'une analyse. Les EPR correspondant aux situations de réanimation ne sont pas pris en compte

dans cette note et seront analysés secondairement. Sur les 30 premiers EPR, 4 n'ont pas été retenus parce que la difficulté du contrôle des voies aériennes avait déjà été appréhendée en préopératoire en sorte que le caractère non prévu de l'EPR n'était pas formellement présent.

1. PRINCIPALES DONNÉES

- Moment de survenue de l'EPR : l'analyse des EPR montre que cet évènement survient 3 fois sur 26 dans un contexte d'intervention non programmée et pour le reste dans un contexte de chirurgie réglée.
- Défaut d'évaluation préopératoire des conditions d'intubation : il est patent dans 18 cas.

Dans 9 cas le patient présente un IMC supérieur à 30. Cependant, ce facteur n'est que rarement intégré dans l'évaluation du risque. Un patient souffrait d'un syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

Dans quatre cas, une réévaluation post-anesthésique pour rechercher des éléments effectivement prédictifs de difficultés d'intubation et qui seraient passés inaperçus lors de l'évaluation initiale est effectuée et notée. Dans ces cas, aucune information supplémentaire n'est obtenue.

Dans quatre cas il est noté que le médecin réalisant l'anesthésie est différent de celui qui a effectué la consultation d'anesthésie mais cette donnée n'est pas systématiquement renseignée.

2. PÉRIODE D'INDUCTION

Des difficultés de ventilation au masque facial sont rapportées dans un cas. Les tentatives de contrôle des voies aériennes s'accompagnent d'incidents respiratoires et/ou cardiaques dans 5 cas (désaturation 5, bradycardie 1, bronchospasme 1). Par définition de l'EPR, aucune complication plus sévère n'est survenue.

Une difficulté d'exposition de la glotte est la situation qui est presque constamment rapportée avec un grade de Cormack 4 noté dans 22 cas. Dans un cas, la difficulté est liée à une tumeur. Dans tous les cas, il est réalisé une laryngoscopie initiale qui est suivie d'au moins une seconde et/ou de la mise en place d'un dispositif. Ceci indique que l'intubation difficile était effectivement non attendue par le praticien.

Dans 5 cas, la prise en charge s'éloigne significativement des recommandations de la SFAR (2) et dans 7 cas il n'y a pas de protocole disponible (certaines situations peuvent cumuler les deux aspects).

Dans 7 cas, il est spécifié que le médecin anesthésiste ne dispose pas d'un chariot ou d'un matériel spécifique d'intubation difficile au niveau du plateau interventionnel.

Le nombre de manœuvres effectuées avant la réalisation de l'intubation ou le réveil du patient se répartit de la manière suivante : 2 manœuvres (n = 9), 3 manœuvres (n = 15), 4 manœuvres et 6 manœuvres 1 fois.

Les dispositifs permettant de réaliser avec succès l'intubation trachéale sont les suivant (sans préjuger de l'échec préalable de la technique et/ou d'un autre dispositif) :

- Mandrin long : 9
- Fastrack : 7

- Vidéo-laryngoscopie (Glidescope, Airtrach, etc...) : 4
- Intubation naso-trachéale : 2
- Intubation oro-trachéale aveugle (sans mandrin long) : 2
- Fibroscopie : 1
- Masque laryngé : 2 sans intubation trachéale

Dans deux cas, l'intubation n'a pas été réalisée et le patient a été réveillé (dont une fois pour pratiquer une rachi-anesthésie). A noter que la lame de Mac Coy est relativement utilisée (n = 5) mais que dans cette courte série elle s'accompagne d'un taux d'échec de 100 % conduisant à l'emploi d'un autre dispositif.

Aucune déclaration ne mentionne de difficulté en rapport avec un délai trop long d'obtention d'un renfort (autre anesthésiste, chirurgien, IADE, IBODE) mais l'essentiel des événements rapportés survient hors de la période de permanence de soins.

3. L'INFORMATION DU PATIENT

Elle n'est rapportée que dans 4 cas. Trois fois elle a comporté la remise d'une fiche spécifique lors de la sortie et une fois elle a été effectuée uniquement de manière orale.

L'intérêt de l'analyse de ces EPR est de pouvoir dégager des pistes d'amélioration des pratiques dont beaucoup sont énoncées par les déclarants eux-mêmes à l'issue de l'analyse des EPR. On peut citer notamment :

- L'amélioration du recueil des données de la consultation d'anesthésie (n = 4).
- L'élaboration d'un algorithme (n = 2).
- La constitution d'un chariot d'intubation difficile (n = 2).
- Une formation complémentaire à l'apprentissage des techniques de prise en charge de l'intubation difficile (n = 1).
- L'amélioration de l'information du patient (n = 1).

Ces données identifient donc très concrètement certains aspects de la pratique pour lesquelles nous disposons déjà de référentiels et de recommandations mais qui ne sont pas effectivement appliqués de manière systématique. La spécialité pourrait donc renforcer sa communication sur certains points :

- La systématisation des chariots d'intubation difficile sur le plateau interventionnel et d'un algorithme décisionnel spécifique à la structure.
- Lorsque l'évaluation pré-anesthésique semble exhaustive et n'identifie pas de difficulté a priori, réaliser une évaluation a posteriori des conditions d'intubation.
- Inciter à la mise en place d'une procédure formalisée d'information sur la difficulté d'intubation avec remise d'un document au patient et archivage d'une copie dans le dossier médical.

CONCLUSION

En dépit des limites méthodologiques inhérentes à cette approche déclarative, l'analyse des dossiers d'EPR « d'accès difficile aux voies aériennes non prévu » dans le cadre de l'accréditation, permet à la spécialité d'identifier facilement des données intéressantes pour guider de nouvelles actions d'amélioration des pratiques des médecins anesthésistes réanimateurs contribuant ainsi à renforcer la sécurité des prises en charge. Une analyse de l'ensemble des dossiers est en cours et permettra probablement de conforter les orientations issues de ce premier retour d'expérience.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Lienhart A, Auroy Y, Pequignot D, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglu E. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology*. 2006;105:1087-97.
- [2] Conférence d'experts SFAR Intubation difficile 2006 (<http://www.sfar.org/accueil/index.php>).