

« Qui fait quoi » en péri-opératoire dans mon établissement ?

Comment nous avons (ou aimerions-nous) rédiger un protocole de partage des tâches en péri-opératoire entre les AR et les opérateurs ?

Claude Ecoffey

Pôle Anesthésie-Samu-Urgences-Réanimations

Pourquoi cette question ?

- Traditionnellement le suivi des opérés est assuré par des AR dans beaucoup d'équipes françaises
- AR au bloc/SSPI et en réanimation – chirurgiens en hospitalisation
= réduction des ressources d'anesthésie externalisées, clarification des responsabilités vis à vis des chirurgiens...
- Ce choix ne se fait-il pas au détriment des opérés ?

USA : mortalité postopératoire

étude des hôpitaux des Vétérans / hôpitaux privés universitaires

Henderson WG et al. J Am Coll Surg, 2007

Postoperative outcomes	VA (n = 94,098)	Univ. Hosp (n = 18,399)	p value
30-d mortality rate (%)	2.6	2.0	0.0002
30-d morbidity rate (%)	12.2	13.9	< 0.0001

→ Un rapport de 1/1000 entre la mortalité per-op et la mortalité à 30 jours postopératoire

USA : mortalité postopératoire

étude des hôpitaux des Vétérans / hôpitaux privés universitaires

Henderson WG et al. J Am Coll Surg, 2007

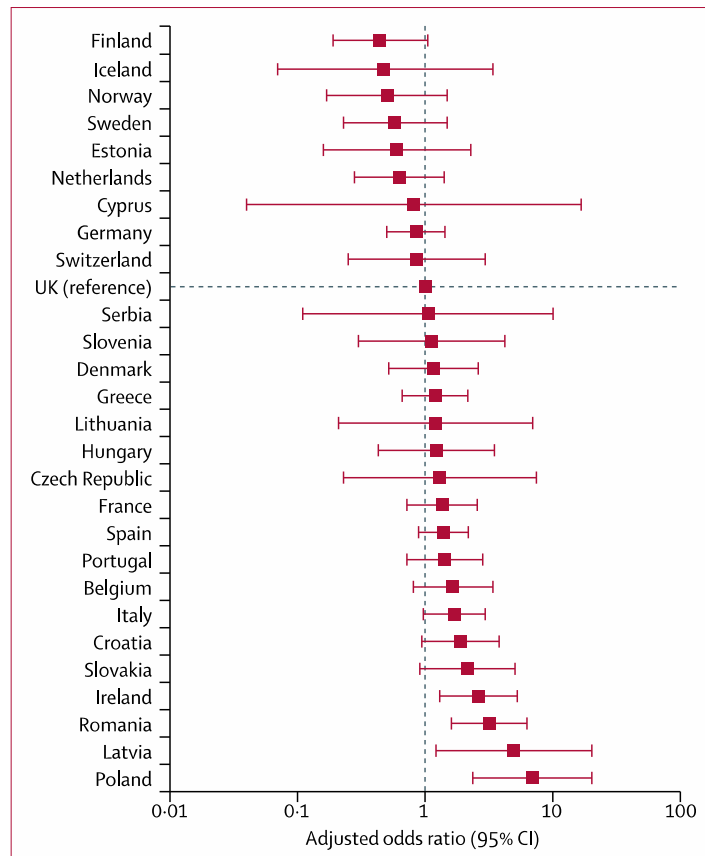
Postoperative outcomes	VA (n = 94,098)	Univ. hosp (n = 18,399)	p value
30-d mortality rate (%)	2.6	2.0	0.0002
30-d morbidity rate (%)	12.2	13.9	< 0.0001
Wound infection :			
– Superficial (%)	2.9	3.9	< 0.0001
– Deep (%)	1.6	1.1	< 0.0001
Pulmonary embolism	0.2	0.4	< 0.0001
Failure to wean for > 48 h	2.5	3.2	< 0.0001
Acute renal failure	0.4	0.8	< 0.0001
Cardiac Arrest	0.8	0.5	< 0.0001
MI	0.4	0.3	0.0035
Bleeding > 4 U RBCs	0.3	0.9	< 0.0001
DVT/thrombophlebitis	0.3	0.8	< 0.0001
Systemic sepsis	1.6	2.6	< 0.0001

Europe : mortalité postopératoire

Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study



Rupert M Pearse, Rui P Moreno, Peter Bauer, Paolo Pelosi, Philipp Metnitz, Claudia Spies, Benoit Vallet, Jean-Louis Vincent, Andreas Hoeft, Andrew Rhodes, for the European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology*



Lancet 2012; 380: 1059-65

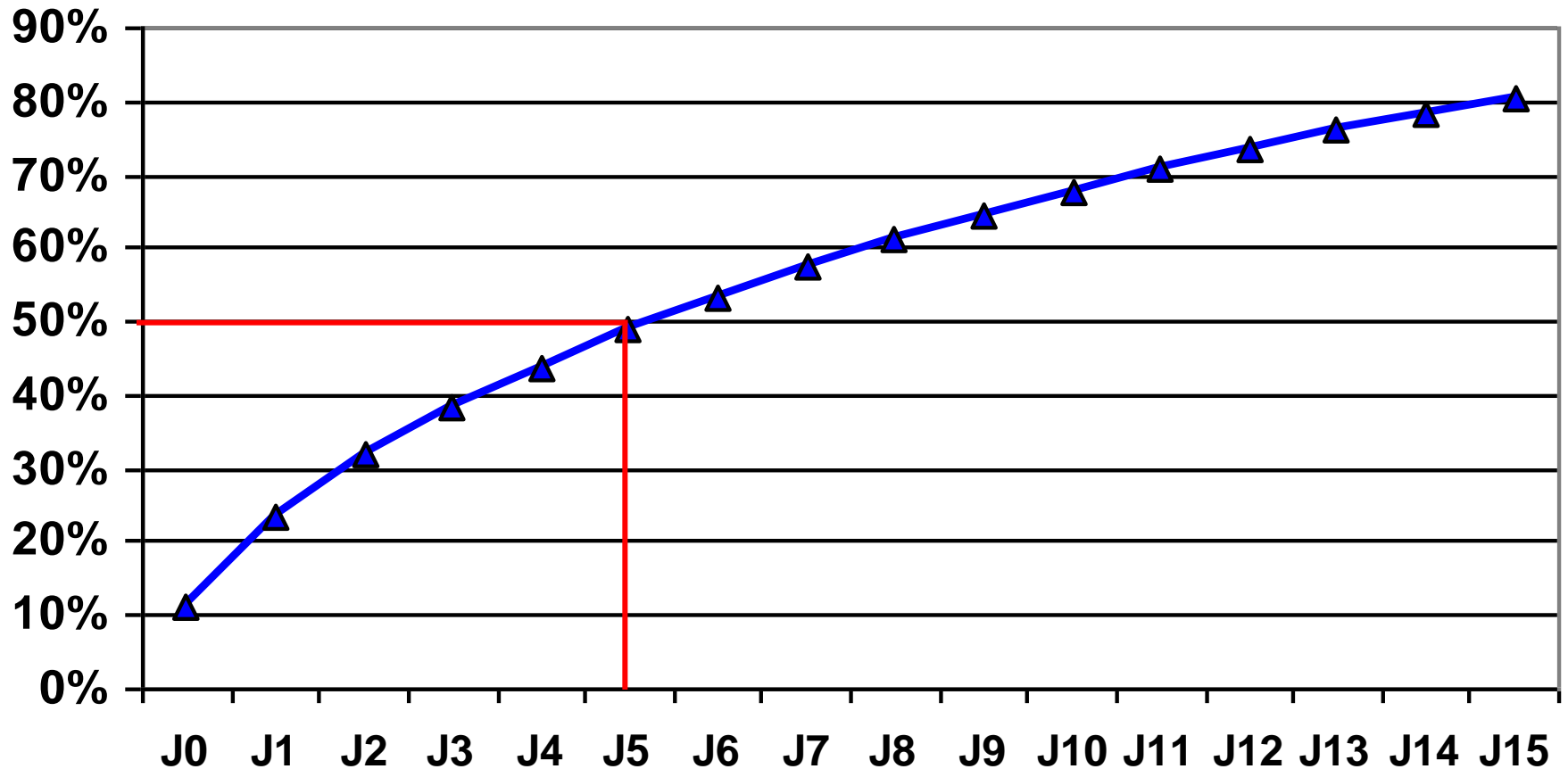
Figure 3: Adjusted odds ratio for death in hospital after surgery for each country

Quand surviennent les décès ?

NCEPOD 1992-93

Données sur 19'816 décès en chirurgie (6-70 ans)

Courbe cumulative des décès per et postopératoires



Objectifs élémentaires de la médecine péri-opératoire

RFE « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire » SFAR 2009

Recommandations formalisées d'experts

Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire



- Idem Rfe ambulatoire
- Suivi de l'acte d'anesthésie : NVPO, autre (déficit neurologique post bloc par exemple)
- Suivi de la douleur : protocoles d'équipe
- Suivi des modifications thérapeutiques en lien avec l'acte anesthésique : protocoles d'équipe (orthopédie par exemple)
- Réa des urgences vitales aiguës
- Responsabilité médicale : chirurgien

Objectifs complémentaires de la médecine péri-opératoire

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle :

Date d'intervention : Heure (début) :

Chirurgien « intervenant » :

Anesthésiste « intervenant » :

Coordonnateur check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
<i>Temps de pause avant anesthésie</i>	
1	Identité du patient : <ul style="list-style-type: none"> le patient a déclaré son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	L'intervention et site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
4	Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié : <ul style="list-style-type: none"> pour la partie chirurgicale pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre : <ul style="list-style-type: none"> allergie du patient risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque risque de saignement important <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
<i>Temps de pause avant incision</i>	
6	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> identité patient correcte intervention prévue confirmée site opératoire correct installation correcte documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Antibiotoprophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R

APRÈS INTERVENTION	
<i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>	
9	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> de l'intervention enregistrée, du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R
En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie	



Abréviations utilisées :
C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Les problèmes de la médecine périopératoire

- AR n' est pas un interne mais un spécialiste
- AR peut être un référent médical mais pas pour tout : *implication du chirurgien indispensable dès J0 en parallèle de l'AR*
- Complications postopératoires et médico-légal : recherche des responsabilités

**Contractualisation Perfusion/Alimentation,
Antibiotiques, Anticoagulants...**

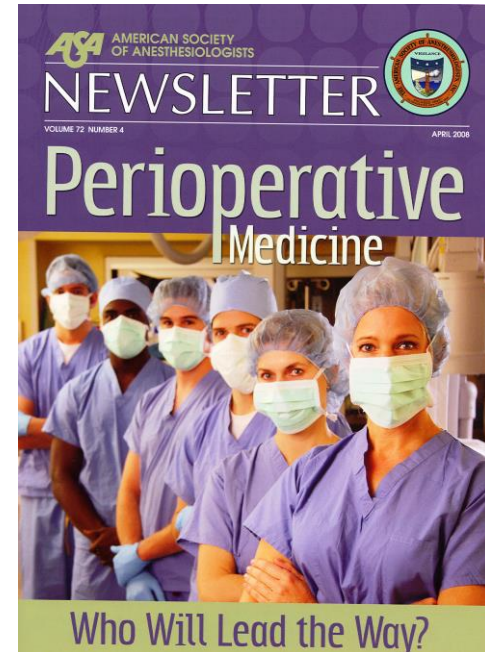
Texte Conseil de l' Ordre = charte de fonctionnement

Objectifs et champ d'application

- Définir le rôle de chaque praticien dans la prise en charge d'un patient
- Optimiser la coordination des soins
- Eviter les prescriptions contradictoires
- Identifier le médecin référent (chirurgien), interlocuteur du personnel paramédical
- Concerne tous les secteurs d'hospitalisation, y compris la surveillance continue

Douleur

- AR
- médecin référent (chirurgien)
- Autre médecin



Douleur

- **Douleur post opératoire**

Prise en charge par l' AR selon les protocoles de la structure de soin

Ordonnance de sortie faite par le médecin référent

- **Douleur chronique et aigue pour un patient non opéré**

Prise en charge par le médecin référent selon les protocoles de la structure de soin

Prévention de la maladie thromboembolique

- AR
- Chirurgien
- Autre médecin

Prévention de la maladie thromboembolique

■ Phase pré opératoire

Prise en charge par le médecin référent du patient (prescription de bas de contention par exemple)

■ Phase péri opératoire

- Pendant l' hospitalisation, prise en charge par l' AR ou le référent selon la spécialité
- Rédaction de l' ordonnance de sortie faite par le médecin référent aidé dans son choix par l'AR qui précise notamment la durée et les surveillances nécessaires
- Implication possible du médecin traitant.

Infectieux

- AR
- Chirurgien
- Autre médecin

Infectieux

- **Antibioprophylaxie**

par AR et chirurgien



- **Antibiothérapie curative**

- Préopératoire par médecin référent
- Per opératoire, prescription conjointe AR et chirurgien
- Post opératoire par le médecin référent selon des protocoles de soins

Gestion de l'anémie

- AR
- Chirurgien
- Autre médecin

Gestion de l'anémie

- **Pré opératoire**

Epargne sanguine, EPO, Fer iv, commande de sang pour l'intervention prise en charge par AR

- **Per opératoire**

Prise en charge par AR en rappelant la nécessité d'une coopération avec le chirurgien (*partage pré et per opératoire des informations sur le risque hémorragique de l'intervention*)

- **Post opératoire**

➤ Prise en charge conjointe du chirurgien et de l'AR

Gestion de l'anémie

- **Post opératoire**

- Le premier praticien ayant connaissance d'une anémie nécessitant une transfusion est responsable de la prescription (*paragraphe 4.9 des recommandations de l'Ordre des Médecins*)



Gestion des AVK, des anti plaquettaires et de tous les médicaments anti thrombotiques ou hémostatiques

- AR
- Chirurgien
- Autre médecin

Gestion des AVK, des anti plaquettaires et de tous les médicaments anti thrombotiques ou hémostatiques

■ Pré opératoire

Prise en charge par l'AR après discussion pluridisciplinaire (AR, chirurgien, cardiologue) pour les AVK, les AP dans les situations à risque *et la substitution des déficits de l'hémostase congénitaux ou acquis*

■ Post opératoire

Prise en charge conjointe

Hydratation et réalimentation post-op

- Prise en charge conjointe entre AR et médecin référent
- Prescription des 1^{ères} 24 H par AR
- Arrêt ou suivi par médecin référent pour les cas simples
- Les réanimations lourdes ne sont pas concernées par ce protocole (USC ou Réa)

Prescription des traitements personnels des patients dans le cadre du circuit du médicament notamment via logiciel informatique

- **Pré opératoire**

Prescription par médecin référent et AR pour les médicaments interférents avec l'anesthésie

- **Post opératoire**

Prise en charge conjointe

Visite post opératoire en service d'hospitalisation

L'AR est notamment concerné par :

- Les opérés à J1

dans le cadre de la prise en charge de complications liées à l'anesthésie, des NVPO, suivi d'ALR...

- Les patients pour lesquels une prescription doit être effectuée *selon la répartition des tâches concernées par ce protocole*

- Les patients qui développent une *complication post opératoire qui nécessite l'intervention spécifique de l'AR*

Demande d'avis par médecin référent : AR consultant

- En dehors du cadre fixé par la répartition des tâches
- Par appel direct du médecin référent
- Avec un dossier médical dûment renseigné
- L'AR répondra en fonction de son champ de compétence
- Les conclusions de cette consultation seront écrites dans le dossier du patient

Médecine péri-opératoire

La profession peut être piégée dans son image !

Anesthesiology 2002; 97:1609-17

© 2002 American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Anesthesia Safety: Model or Myth?

A Review of the Published Literature and Analysis of Current Original Data

Robert S. Lagasse, M.D.*

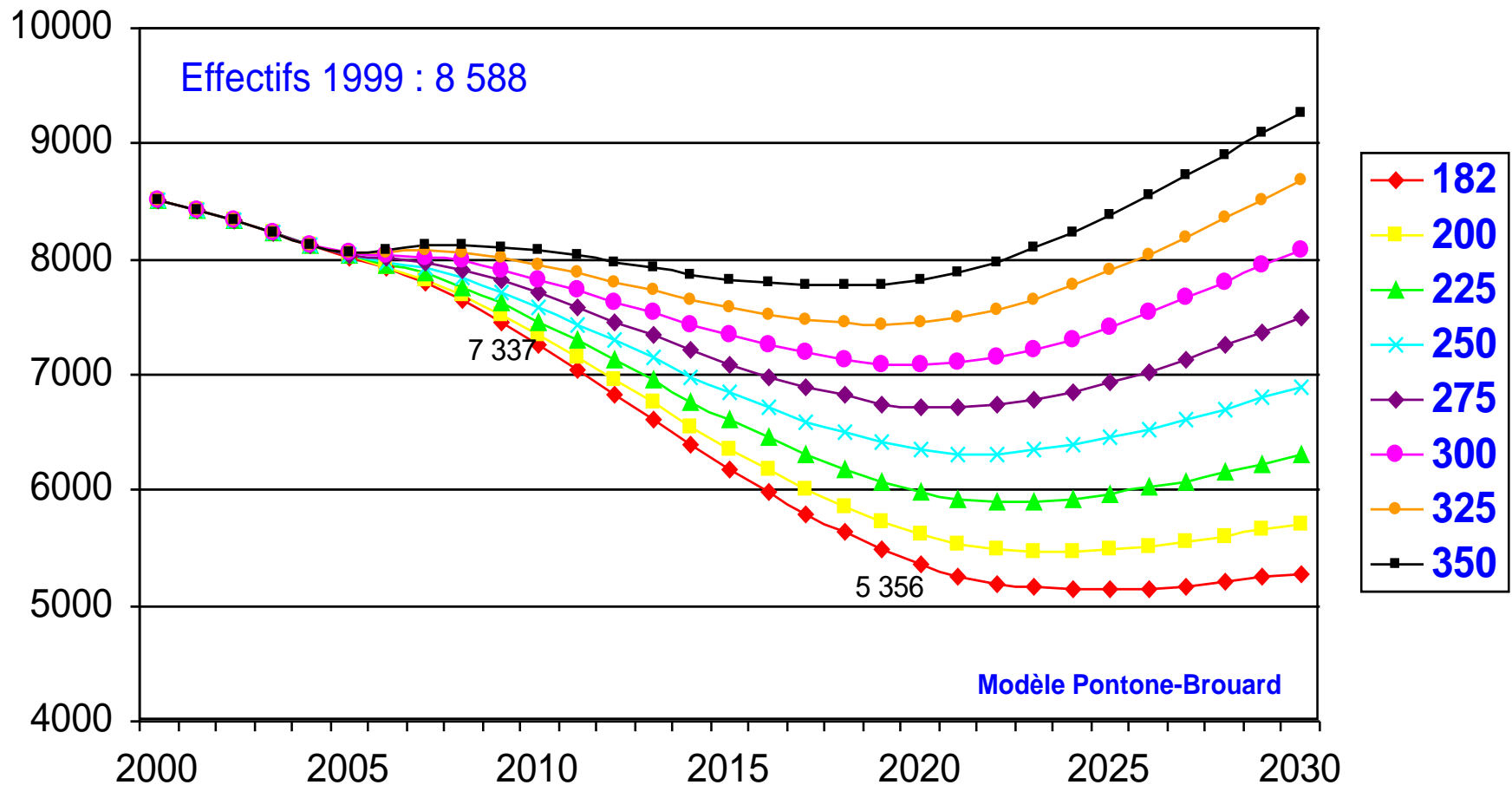
La profession peut être piégée dans sa sociologie !

Plus value de l'AR à bac + 10 en péri-opératoire et non au bloc opératoire

Actes d'anesthésie délégués à des bac + 5 dans un contexte de réduction des ressources et un contexte totalement encadré

(R Almaberti)

Prévisions du nombre d'anesthésistes réanimateurs selon différentes hypothèses d'entrée : 182 à 350 internes par an



Médecine péri-opératoire

- Si l'AR veut garder une expertise dans l'évaluation du risque péri-opératoire, il doit s'occuper du postopératoire, pour connaitre quel est le patient à haut risque qui fera un infarctus postopératoire...
- Il sera difficile de garder cette expertise sans être au contact des patients en post-opératoire
- l'AR a ainsi une légitimité pour aller voir un chirurgien pour lui dire que pour tel patient le risque sera trop important si l'acte opératoire est réalisé

Médecine péri-opératoire

Indispensable pour
une sécurité globale de l'opéré

De la consultation préopératoire à une
procédure de suivi postopératoire...