

Réduire la mortalité péri opératoire

Cycle ARRES ASSPRO 2015-2016

Prise en charge péri opératoire : qui fait quoi ?

Dr Patrick-Georges Yavordios

Dr Géraldine Chauvin

Anesthésie réanimation

Chirurgie gynécologique

Clinique Convert - Bourg en Bresse

Hôpital privé Natecia - Lyon

patrick.georges.yavordios@gmail.com

[Geraldine Chauvin <chauvin.geraldine@free.fr](mailto:Geraldine.Chauvin<chauvin.geraldine@free.fr)

Déclaration d'intérêt

P-G Yavordios

Consultant auprès du cabinet BRANCHET





Déclaration d'intérêt

Géraldine Chauvin

Consultant auprès du cabinet BRANCHET

Quiz 1

La mortalité post opératoire globale tout confondu est de l'ordre de:

- 1** 0,3%

- 2** 2 à 3%
 
- 3** 10%


L'évolution de la mortalité périopératoire

d'après J Fusciardi

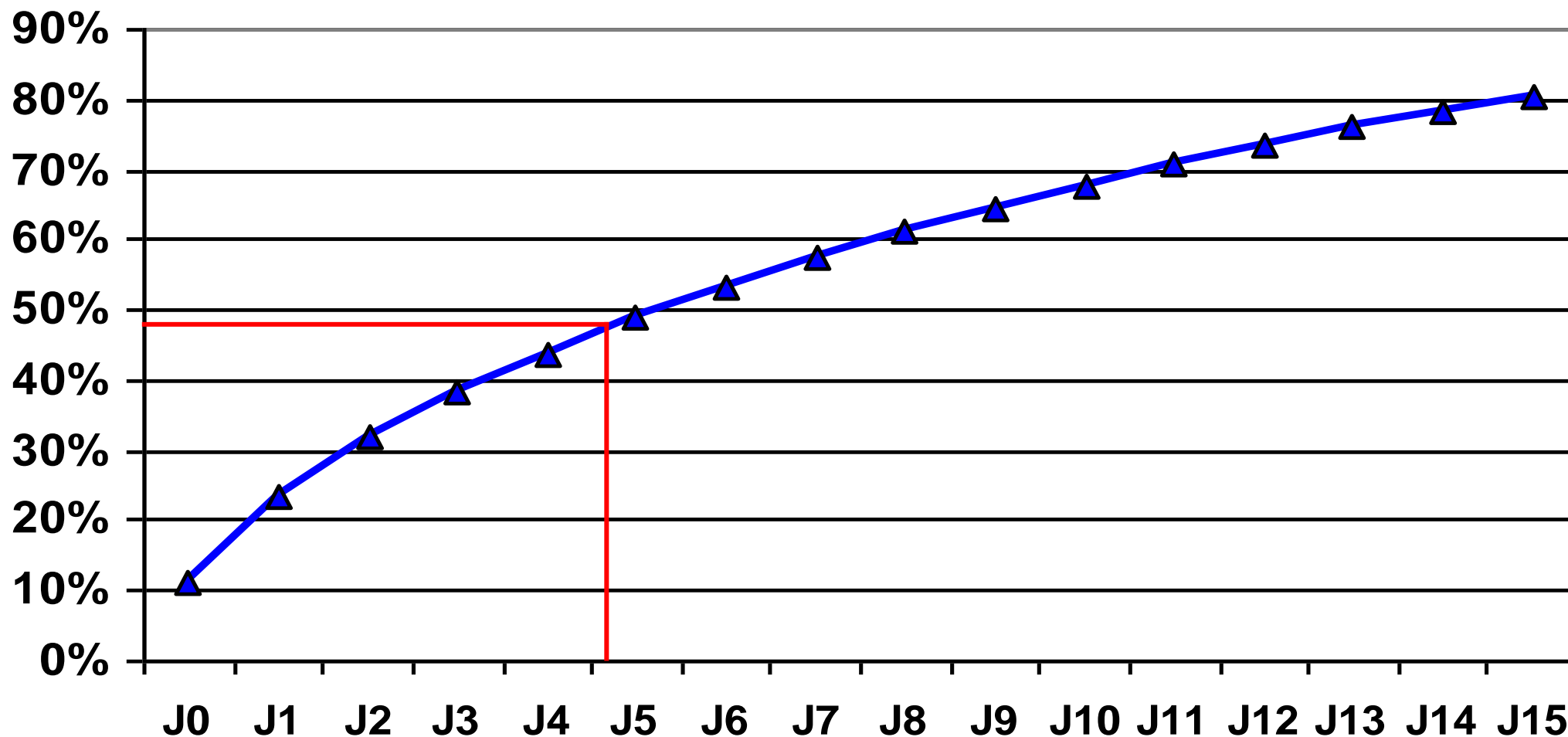
- Liée en propre à l'anesthésie (années 2000)
 - 1/145 000 : Tout ASA
 - 1/250 000 : ASA 1
 - élargissement des défis médicaux

- Liée à anesthésie + chirurgie
 - 1.85 % (0.07 - 18.5 %) sur 3.7 millions d'opérés en Hollande (*PG Noordzij Anesthesiology 2010*)
 - 4 % (1.2 - 21.5 %) sur 46539 opérés en Europe en 7 jours , 498 Hôpitaux et 28 nations.
73 % des décédés non admis en soins critiques (*Pearse RM. Lancet 2012*)

Quand surviennent les décès ?

NCEPOD 1992-93 (19 816 DC en chir de 6 à 70 ans) Diapo C Ecoffey

Courbe cumulative des décès per et postopératoires



De quoi meurent les patients ?

J Fusciardi Arres Tours 2014

(d'après Ghaferi AA NEJM 2009 ; 361 :1368 - 75)

Major complication	Medicine mortality (%) after major complication
Pneumonia	20.6
Mechanical ventilation > 48 h	28.7
Unplanned intubation	26.8
Acute renal failure	47.7
Myocardial infarction	27.3
Pulmonary embolism	7.6
Postoperative bleeding	31.4
Deep wound infection	3.9
Organ-space infection	6.9
Septic shock	41.0
Facial dehiscence	8.1
Stroke	35.0

En résumé et en synthèse

J Fusciardi Arres Tours 2014

1. 2 à 3 % des opérés décèdent dans la semaine
2. Ce risque post opératoire ne paraît pas régresser ces dernières années
3. Les patients décèdent de **leurs propres pathologies** dont nous (chir. et AR) sommes experts
4. Ces patients doivent être regroupés (Réa, USC)
5. La performance face à la complication est inégale
6. Les équipes périopératoires doivent travailler leurs organisations communes et leur performance

Normes organisationnelles

J Fusciardi Arres Tours 2014

- Décret 94-1050 : "surveillance clinique continue post interventionnelle jusqu'au maintien de l'autonomie respiratoire du patient" (art 712-45)
- CNOM déc 2001 : consigner par écrit :
 - Organisation du service pour les interventions (CS-AR), programmation, réveil, SI ou Réa, **hospitalisation**)
 - Répartition des tâches et responsabilités (entre opérateurs et AR)
- HAS 2004 : un document doit dire **qui fait quoi et comment**
- Check list OMS, HAS : janvier 2010
- EGAR 2010 : <http://www.sfar.org/article/2010/egar>

Propositions des EGAR de la SFAR en juin 2010

- Présentées et discutées en 2011 et 2012 lors de 10 journées ARRES ASSPRO
- Présentées et discutées lors de la Journée FCVD du 22 mars 2014
- Synthèse du jury à la HAS le 23 avril 2014
- Présentées lors du congrès de l'AFC le 1^o octobre 2014
- Présentées lors de la journée orthorisq le 11 novembre 2014

**Projet en cours : SFAR , CFAR , FCVD , sous l'égide de la HAS
SSP (Solutions pour la Sécurité des Patients) en inter spécialités
en 2015**

Etats
Généraux
Anesthésie
Réanimation

Médecine péri opératoire
Qui fait quoi ?

<http://www.sfar.org/article/210/egar>

Dr Patrick-Georges Yavordios

juin 2010

Médecine péri opératoire

les questions ?

- Qui fait quoi ?
- Où ?
- Combien de temps ?

Rédaction d'un protocole de fonctionnement :

Les pré-requis

- Recommandation éditée par l'Ordre National des Médecins de Décembre 2001:
« recommandations concernant les relations entre anesthésistes réanimateurs et chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé »
- Référence de la HAS: manuel d'accréditation HAS V2 référence 37 :
« le fonctionnement des secteurs d'activités interventionnelles fait l'objet d'une organisation formalisée par les professionnels concernés validée par les instances de l'établissement et connue de tous »

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**, interlocuteur du personnel paramédical
- Concerne **tous les secteurs** d'hospitalisation
- La réanimation , la surveillance continue et le service d'urgence sont l'objet de **protocoles particuliers**

Le troisième temps de la check-list

d'après Alain Deleuze (responsable de l'OA chirurgie digestive)

• Conditionne la prise en charge post opératoire

- Signalement des incidents peropératoires
- Prescriptions de suivi pour le personnel soignant
- Décision ou confirmation d'une surveillance post opératoire continue
- Traitement anticoagulant et relais médicamenteux
- Traitement antibiotique.....
- **S'assurer que le temps 3 de la CL est assuré réellement par les professionnels référents pour l'anesthésie et la chirurgie**

APRÈS INTERVENTION		
Pause avant sortie de salle d'opération		
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :	
	• de l'intervention enregistrée,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	• du compte final correct	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
	des compresses, aiguilles, instruments, etc.	<input type="checkbox"/> N/A
	• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
		<input type="checkbox"/> N/A
	• si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
		<input type="checkbox"/> N/A
	<small>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A</small>	
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *		
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT		
Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe		
Chirurgien	Anesthésiste / IADE	Coordonateur CL

Les grands thèmes :

Douleur

- **Douleur post opératoire (DPO)**

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

Les grands thèmes :

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 conformément aux recommandations de la checklist partie 3
- 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.

Les grands thèmes : **Infectieux**

■ **Antibioprophylaxie**

- Par AR et chirurgien selon le protocole SFAR 2010

■ **Antibiothérapie curative**

- Préopératoire par médecin référent
- Per opératoire , prescription conjointe AR et chirurgien conformément aux recommandations de checklist partie 3
- Post opératoire par le médecin référent selon des protocoles de soins

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle. (patients adultes) Actualisation 2010

Comité de pilotage Société française d'anesthésie et de réanimation

Avec la collaboration des sociétés savantes suivantes :

- Société française des chirurgiens esthétiques plasticiens
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
- Société française de neurochirurgie
- Société française et francophone de chirurgie de l'obésité
- Société française de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale
- Société française d'hygiène hospitalière
- Société de chirurgie vasculaire
- Société de pathologie infectieuse de langue française
- Société de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de langue française
- Association française d'urologie
- Fédération française de chirurgie viscérale et digestive
- Société française d'ophtalmologie
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- Société française de radiologie

Gestion de l'anémie

■ Pré opératoire

- *Epargne sanguine, EPO, 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 selon les recommandations de la check list HAS (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.*
- *Le premier praticien ayant connaissance d'une anémie nécessitant une transfusion est responsable de la prescription*

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 (*RFE SFAR 2006*) et la substitution des déficits de l'hémostase congénitaux ou acquis

■ Post opératoire

Prise en charge conjointe, CL 3

Hydratation et réalimentation post opératoire,

- 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 ne sont pas concernées par ce protocole
- Les USC prolongent temporairement la SSPI et relèvent de la compétence des AR

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 selon les recommandations de la check-list de l'HAS 2010

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, suivi d'ALR par exemple

➤ **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** dument renseigné
- L'AR répondra en fonction de son **champ de compétence**
- Les conclusions de cette consultation seront **écrites** dans le dossier du patient

Conclusion

- Le protocole devra être rédigé en **tenant compte des souhaits et des ressources humaines** de chaque équipe.
- Il est souhaitable de **décliner ce protocole par spécialité** en tenant compte des spécificités de chaque pratique.
- Il devra être **validé par la CME** après discussion entre les AR et les divers spécialités
- Ainsi ces propositions ne sont pas des « recommandations » mais des **alertes** sur des points nécessaires à la bonne prise en charge des patients
- Le protocole est intégré dans les démarches **d'accréditation** en équipes mono ou multi disciplinaires

synthèse

D'après J Fusciardi, Arres Tours 2014

Check list 3^{ème} partie

- Prévention TE
- AVK, AOD, AAP
- Anémie, transfusion
- AB curative
- S. gastrique ...

Opérateur référent

- Suivi quotidien
- Saignement, complications mécaniques, drains pansements
- Cicatrisation, abcès ?
- (lever, déambulation, transit et réalimentation)
- Traitements personnels n'impactant pas l'AR

AR

- Suites de l'AR H24
- Antalgie
- Hydratation 24h
- Suivi des modifications thérapeutiques faites par l'AR
- Suivi des examens demandés par l'AR
- Sur appel, pour complication postopératoire grave