

« Médecine périopératoire: qui fait quoi dans mon établissement ? »

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

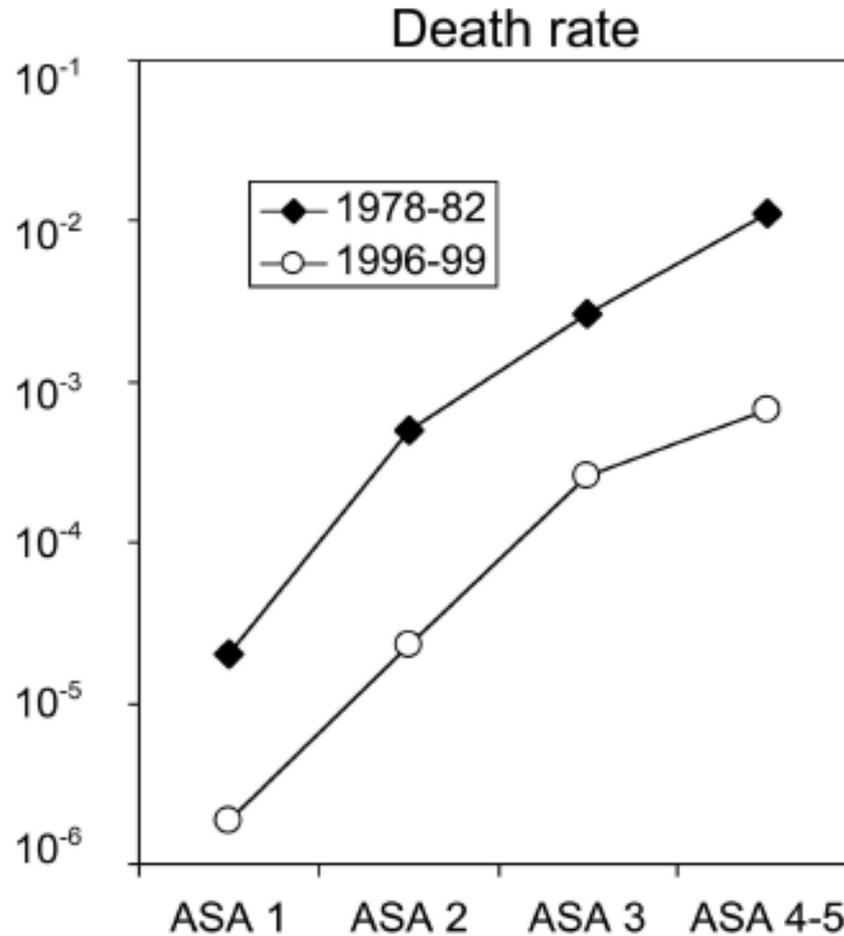
Claude Meistelman
Pôle Anesthésie-Réanimation



Pourquoi cette question ?

- Traditionnellement le suivi des opérés est ou a été 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...
- Pourquoi une telle réflexion?

Evolution de la mortalité liée à l'anesthésie en France

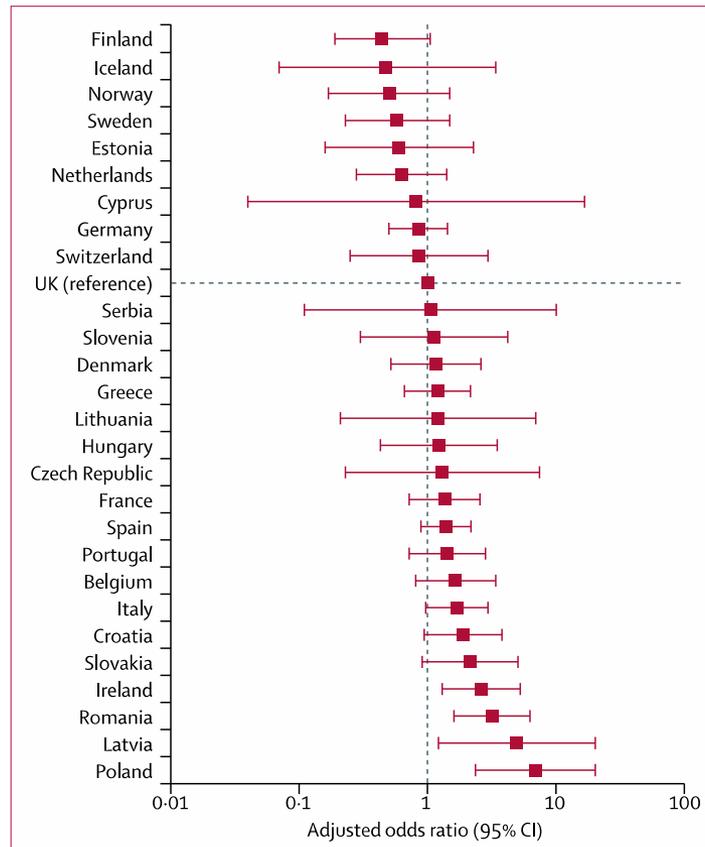


Europe : mortalité postopératoire

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

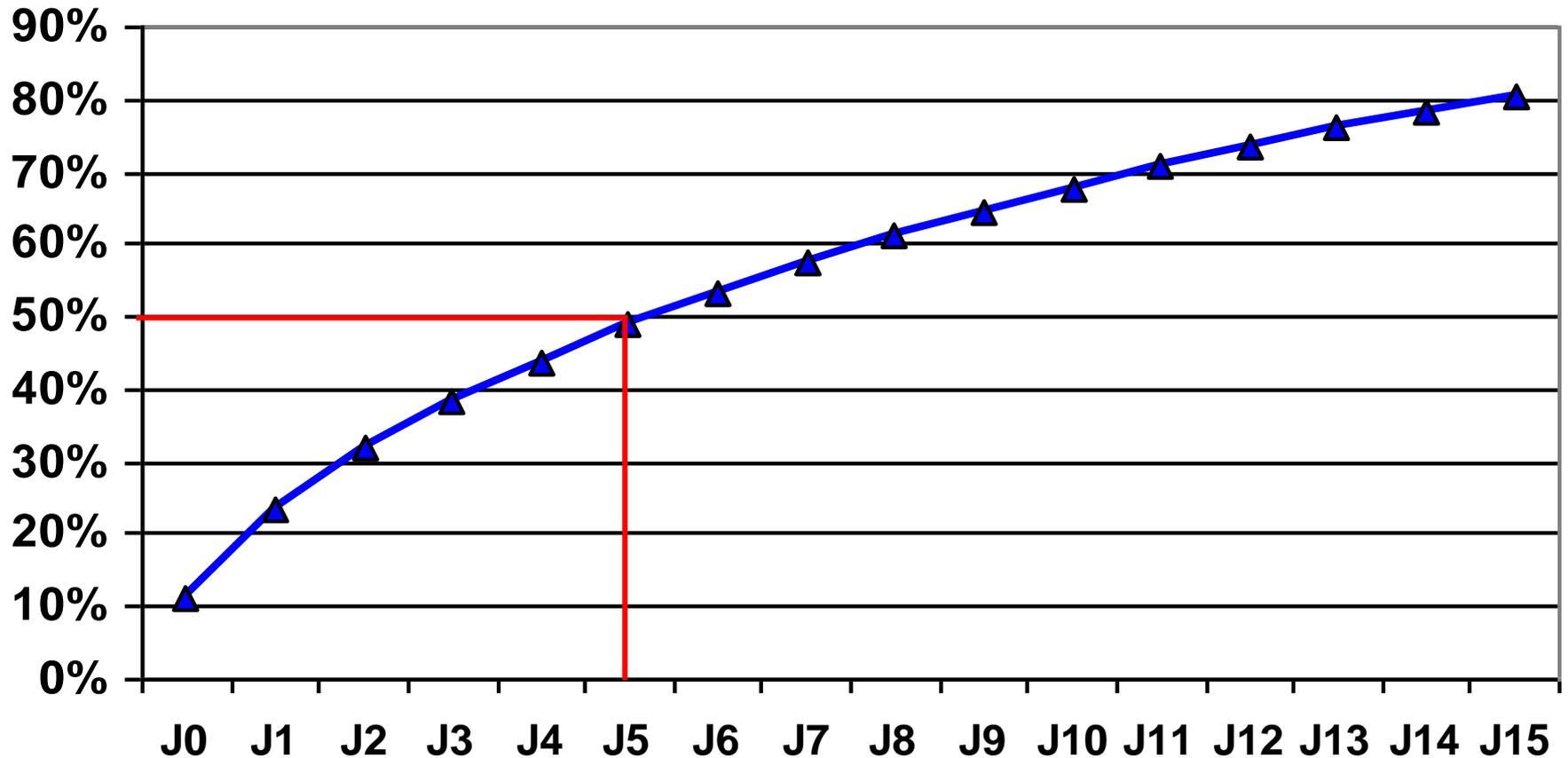
Figure 3: Adjusted odds ratio for death in hospital after surgery for each country

Quand surviennent les décès ?

NCEPOD 1992-93

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

Courbe cumulative des décès per et postopératoires



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

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 : • 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 : • 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 <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 : • pour la partie chirurgicale • pour la partie anesthésique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre : • 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <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 • identité patient correcte • intervention prévue confirmée • site opératoire correct • installation correcte • documents nécessaires disponibles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention • 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8 Antibio prophylaxie 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 : • 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <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	

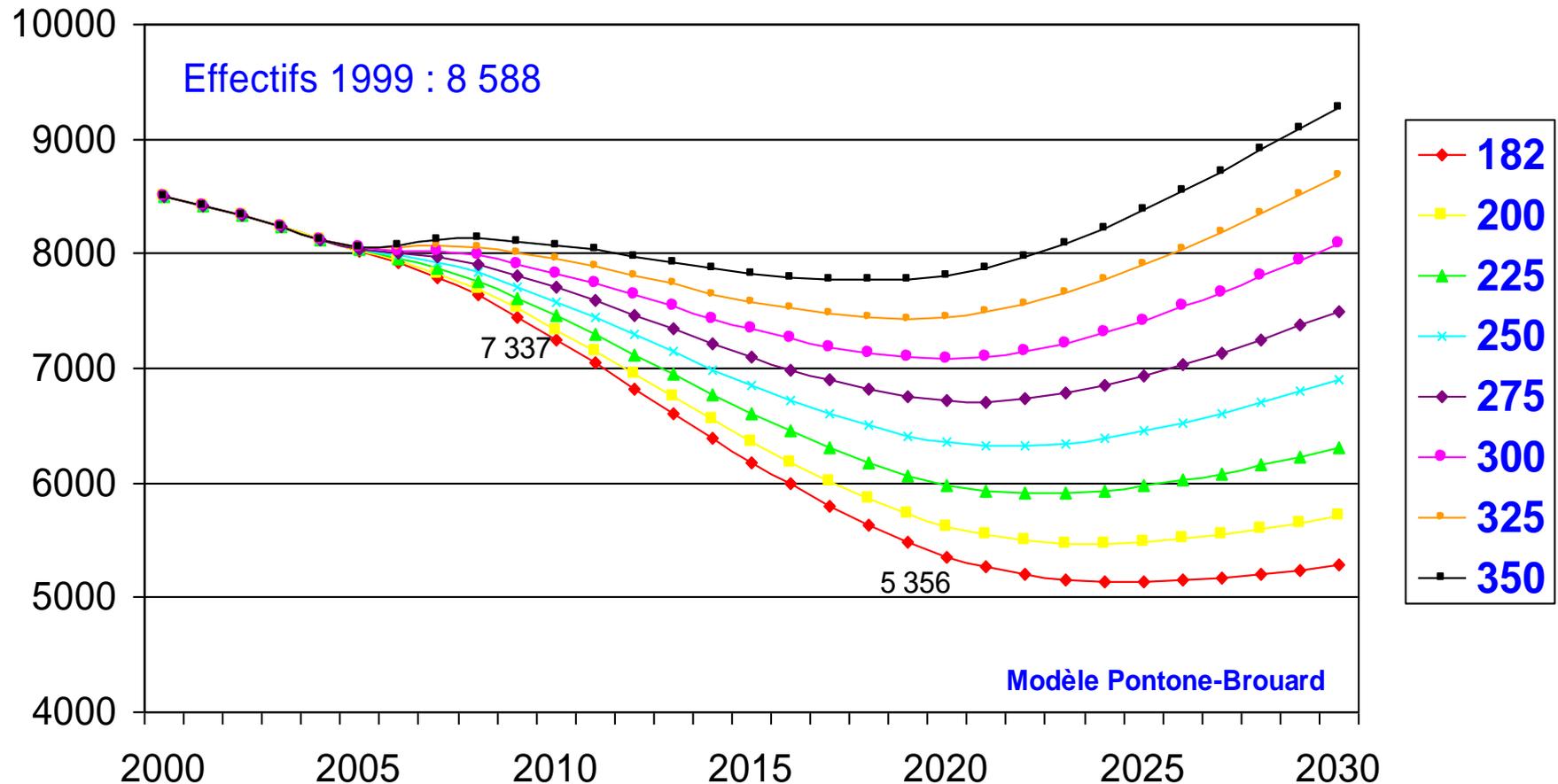


HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

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



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: au niveau d'un service ou de l'établissement
- Optimiser la coordination des soins
- Éviter les prescriptions contradictoires
- Identifier le médecin référent (chirurgien), interlocuteur du personnel paramédical
- Concerne tous les secteurs d'hospitalisation, y compris la surveillance continue (qui la gère?)

Que veut ou peut faire l'équipe d'AR

- Douleur postopératoire
- Maladie thromboembolique
- Antibiothérapie
- Gestion de l'anémie
- AVK, AP, HBPM, NACO
- Traitements usuels
- Visite dans les services d'hospitalisation

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

■ 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

- **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

- **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

■ 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 services de réanimations ne sont pas concernées par ce protocole

Faut il une feuille spécifique par établissement ou par service?

FEUILLE DE PRESCRIPTIONS PER ET POST ANESTHÉSIE		<u>CONSIGNES S.S.P.I.</u>	
<i>Tampon du service d'hospitalisation</i>	<i>Etiquette Patient</i>		
Surveillance post anesthésie :			
<input type="checkbox"/> Systématique : POULS, TA, T°, DOULEUR, DIURÈSE <input type="checkbox"/> Particulière :			
BOISSON à :	RÉALIMENTATION à :		
Bilan biologique : à faire à :			
Prévention de la Maladie Thrombo Embolique : à faire à : <input type="checkbox"/> Numération Plaquettaire x 2/semaine			
Oxygène :	l/min		
Durée :			
Antibiothérapie : à faire à :			
PERFUSIONS : Entretien de la voie veineuse : <input type="checkbox"/> jusqu'à réalimentation <input type="checkbox"/> pour analgésie			
		Consignes particulières :	
		<input type="checkbox"/> Protection gastrique si prescription d'AINS :	
		REPRISE DU TRAITEMENT HABITUEL à :	
ANALGÉSIE			
<i>Période du</i>	<i>au</i>		
PALIER 1	<input type="radio"/> Paracétamol injectable (Perfalgan®) 1 g sur 15 min toutes les 6 heures <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} administration faite à h..... <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} faite àh..... par <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} faite àh..... par <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} faite àh..... par		PALIER 2
	<input type="radio"/> Kétoprofène (Profénid®)mg dans 100 ml Na Cl 0,9 % sur 15 min toutes les 6 heures <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} administration faite àh..... <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} faite àh..... par <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} faite àh..... par <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} faite àh..... par		
	<input type="radio"/> Néfopam (Acupan®) <input type="checkbox"/> 20 mg dans 100 ml Na Cl 0,9 % sur 60 min <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} administration faite à h..... puis <input type="checkbox"/> 4 ampoules sur 24 h en débit continu <input type="checkbox"/> 6 ampoules sur 24 h en débit continu		
	<i>Etiquette selon traitement</i>		

Intérêt: ne plus discuter qui fait quoi

Renforce l' image de l' anesthésiste intervenant ensuite comme consultant

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 qui est considéré comme un consultant!*

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

Le futur: c' est maintenant!

Quelles évolutions pour les années à
venir?

Réhabilitation Postopératoire Optimale

De très nombreux paramètres liés à l'anesthésie et à la réanimation influencent la convalescence

Une analgésie parfaite avec la plus grande épargne morphinique possible est un préalable à toute stratégie de réhabilitation

La durée de l'iléus postopératoire est un facteur déterminant

groupe conventionnel

groupe réhabilitation active

anesthésie

Prémédication
APD T8-T10
Pento/Fenta/rocuronium
Sévoflurane / N₂O

Pas de prémédication
APD T6-T7 ou T9-T10 selon chirurgie
Une injection de morphine dans APD
Propofol/Remifentanil/Cisatracurium
Odansétron + kétorolac
Infiltration cicatrice préopératoire

chirurgie

Laparotomie médiane

Laparotomie transverse / incision élective

postop

APD continue sur 3j
Morph + Bupivacaïne non adaptés
Morphine IV ou SC si douleurs
Morphine orale après retrait APD
SNG selon chirurgien

APD continue sur 2j
Morph + Bupivacaïne adaptés
AINS per os + acetaminophen
Nutrition précoce hyperprotidique
Mobilisation active (kinésithérapie)
Magnesium + cisapride
Retrait sonde urinaire à J1
Pas de SNG

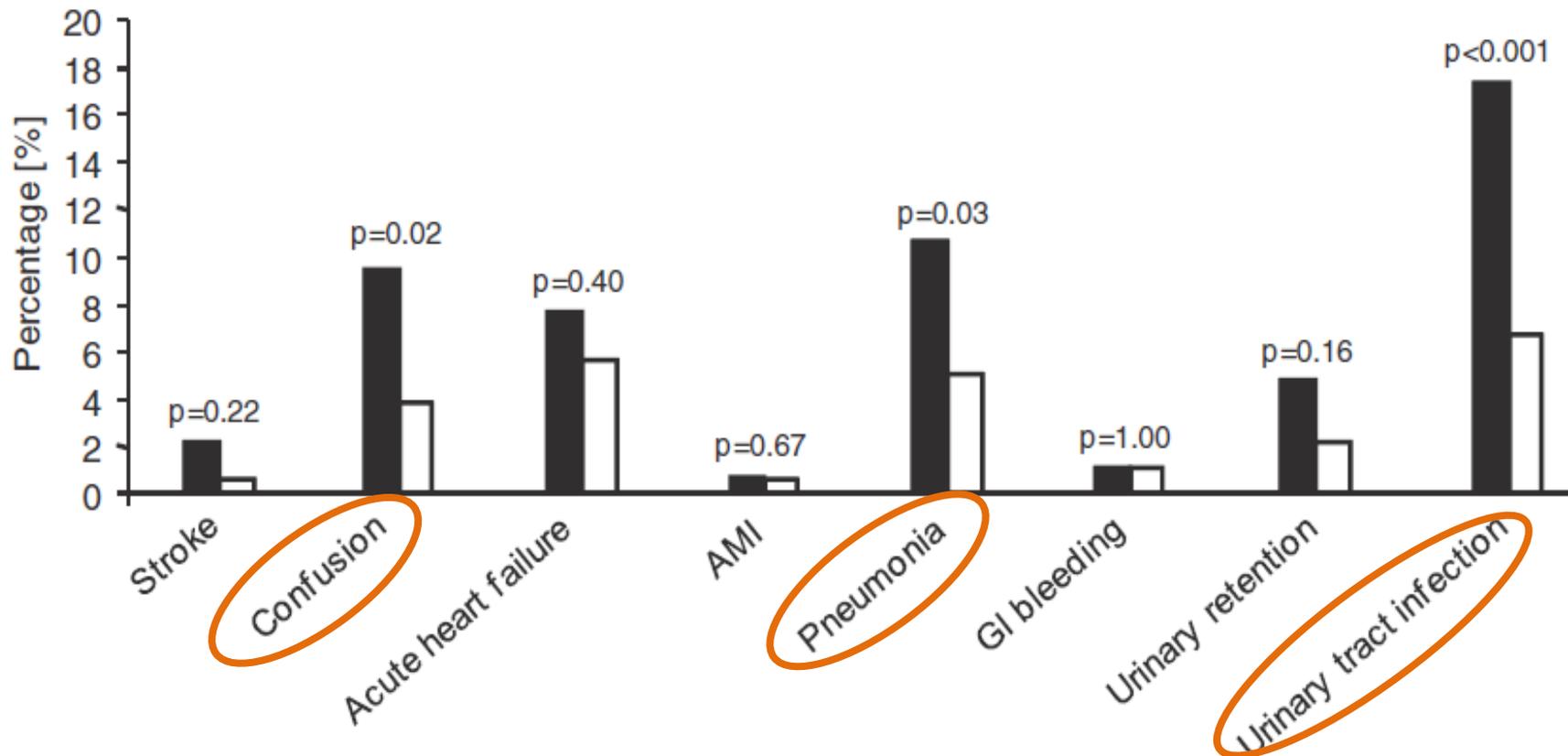
Jours post opératoire	Alimentation	Mobilisation	Médications spécifiques
J1	<ul style="list-style-type: none"> - 500mL d' eau plate - 200mL x2/j boisson hyperprotéiné et hypercalorique* (à 10h et 19h) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 x 3heures au fauteuil (matin et après-midi) - mobilisation en chambre 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulant de la motricité intestinale en intra veineux : métoclopramide 10mg x3/jour
J2	<ul style="list-style-type: none"> -1000mL d' eau plate - 200mL x3/j boisson hyperprotéiné et hypercalorique* (matin midi et soir) 	<ul style="list-style-type: none"> - 8h au fauteuil - mobilisation en chambre 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulant de la motricité intestinale en intra veineux : métoclopramide 10mg x3/jour
J3	<ul style="list-style-type: none"> - Boissons libres - Réalimentation : potages, yaourts, compotes, bouillon clair 	<ul style="list-style-type: none"> - au moins 8h au fauteuil - mobilisation en chambre et dans le couloir 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulant de la motricité intestinale en intra veineux : métoclopramide 10mg x3/jour
J4	<ul style="list-style-type: none"> - Boissons libres - Réalimentation : potages, déserts 	<ul style="list-style-type: none"> - au moins 8h au fauteuil - mobilisation en chambre et dans le couloir 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulant de la motricité intestinale par voie orale : métoclopramide 10mg x3/jour
J5	<ul style="list-style-type: none"> - Réalimentation normale 	<ul style="list-style-type: none"> - au moins 8h au fauteuil - mobilisation en chambre et dans le couloir 	

A Comprehensive Hip Fracture Program Reduces Complication Rates and Mortality

J Am Geriatr Soc 56:1831-1838, 2008.

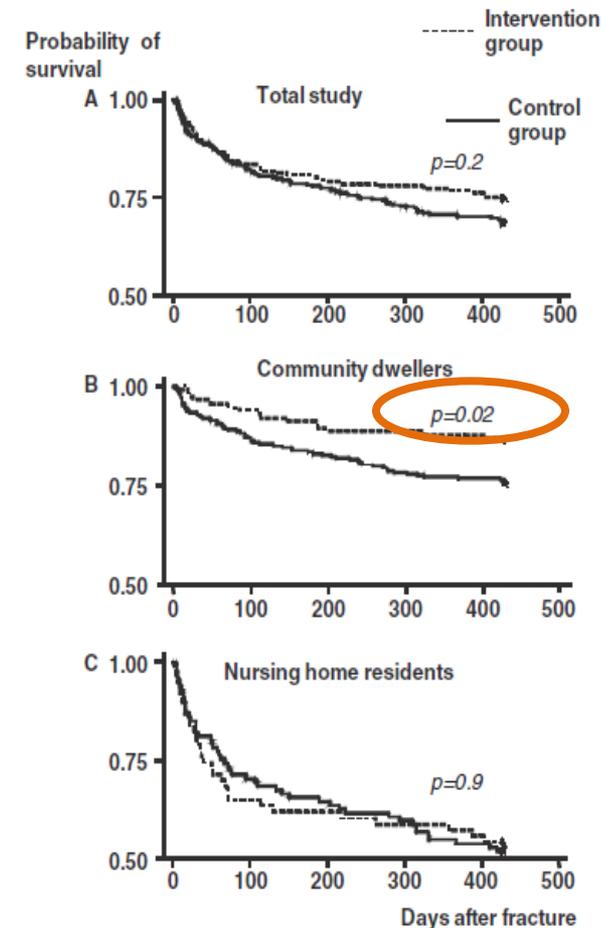
Susanne J. Pedersen, MD,* Finn M. Borgbjerg, MD,† Birgitte Schousboe, MD,†
 Bente D. Pedersen, MD,† Henrik L. Jørgensen, MD, PhD,‡ Benn R. Duus, MD,*
 Jes B. Lauritzen, MD, DMSc,* and Hip Fracture Group of Bispebjerg Hospital*†

■ Control group (n=357)
 □ Intervention group (n=178)



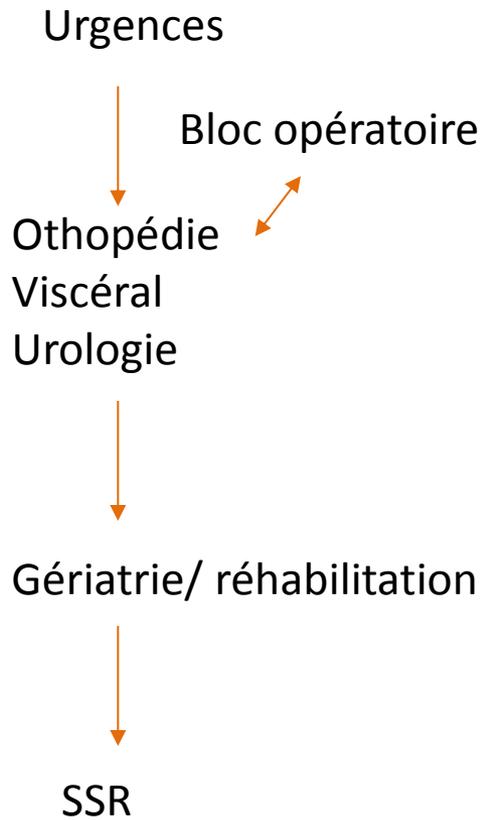
A Comprehensive Hip Fracture Program Reduces Complication Rates and Mortality

Susanne J. Pedersen, MD,* Finn M. Borgbjerg, MD,† Birgitte Schousboe, MD,†
 Bente D. Pedersen, MD,† Henrik L. Jørgensen, MD, PhD,† Benn R. Duus, MD,*
 Jes B. Lauritzen, MD, DMSc,* and Hip Fracture Group of Bispebjerg Hospital*†

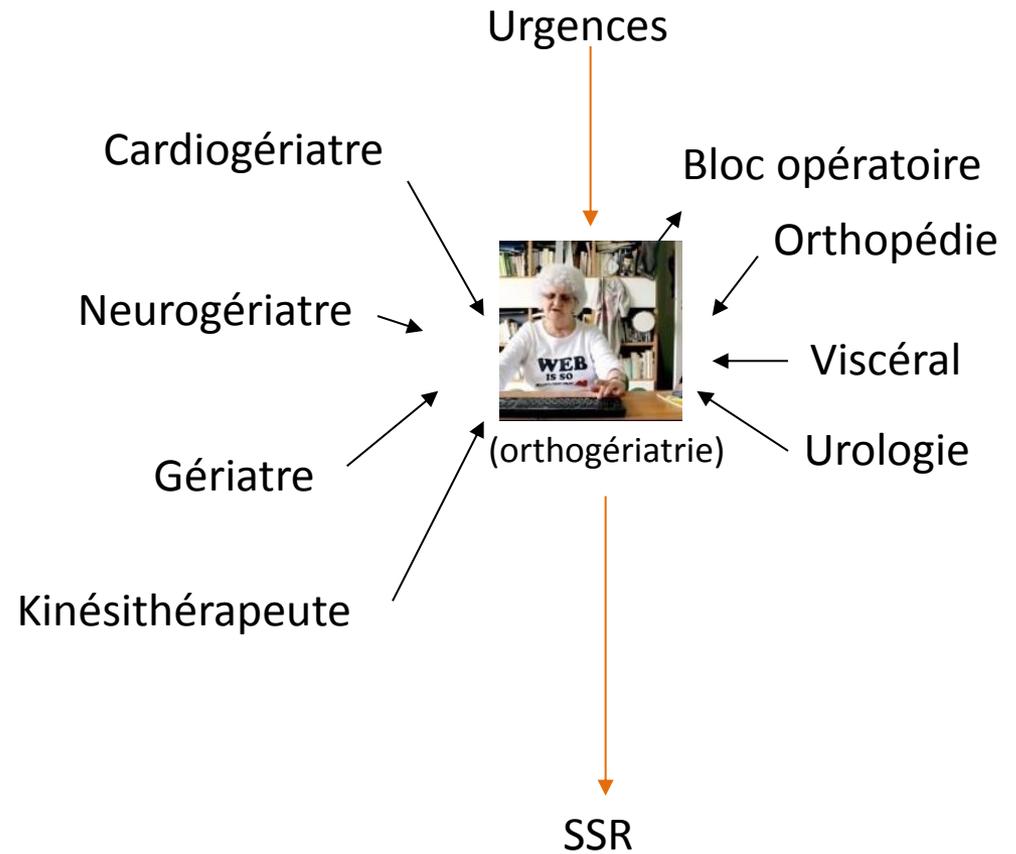


Bénéfice maximal chez le patient dépendant

Organisation autour d'une discipline



Organisation autour du patient



Médecine péri-opératoire

- Si l'AR veut garder une expertise dans l'évaluation du risque péri-opératoire, il doit s'occuper du postopératoire, pour connaître 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...