

L'analyse de l'expert

Anesthésie-réanimation
Dr Paola Mascitti



L'analyse des mises en cause des anesthésistes réanimateurs permet d'identifier quelques situations à risque :

ALR

Nous enregistrons une nette augmentation, par rapport à l'année dernière, des complications nerveuses périphériques potentiellement en lien avec la réalisation d'un geste d'anesthésie loco-régionale, notamment en chirurgie orthopédique. Ces complications ne conduisent pas systématiquement à reconnaître un geste non conforme.

Nous rappelons les informations qui sont régulièrement recherchées par les experts :

- ✓ Traçabilité de remise d'une information complète sur les complications de l'ALR lors de la consultation préopératoire
- ✓ La réalisation d'une ALR à visée antalgique en postopératoire, non prévue par la consultation préopératoire, doit faire l'objet d'une information loyale au patient, tracée dans le dossier. Après une anesthésie générale, le patient doit être en mesure de comprendre l'information donnée et son refus constitue une contre-indication à la réalisation du geste.
- ✓ Le geste réalisé doit faire l'objet d'un compte rendu complet et lisible, annexé à la feuille d'anesthésie (idéalement informatisé). Il doit impérativement contenir : le type de bloc, le produit et les doses utilisées, les conditions de réalisation (échoguidage), les complications éventuellement survenues.
- ✓ Après survenue de la complication, l'anesthésiste, en collaboration avec le chirurgien, doit assurer le suivi régulier du patient (interrogatoire, examen, prescription du bilan étiologique adéquat)

MIDLINE/PICCLINE

Nous citons un cas d'oubli du guide métallique lors de la pose d'un Midline, responsable d'une thrombose veineuse obstructive sous clavière et jugulaire homolatérale dont le diagnostic se fera avec un retard d'un an. Le recours aux abords veineux de longue durée (> 7 jours) type Midline et le PIC Cline est devenu actuellement la routine au sein de certaines équipes d'anesthésie-réanimation et la pose est souvent assurée par un infirmier délégué, sous la surveillance d'un MAR délégué.

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/pose-de-midline-un-nouveau-protocole-de-cooperation-pour-les-infirmiers>

Ces dispositifs sont potentiellement responsables de complications traumatiques, infectieuses et thrombotiques pouvant engager la responsabilité du/des praticien/s (MAR, IADE, IDE) ; il est donc primordial de respecter certains principes :

- ✓ Connaître les indications respectives des différents dispositifs
- ✓ Choisir le bon dispositif en fonction de plusieurs impératifs : type de débit nécessaire, la durée prévisible de perfusion, la nature des solutions administrées etc.
- ✓ La pose, l'utilisation, la surveillance et l'ablation des dispositifs doivent être maîtrisées par les praticiens et faire l'objet d'une procédure interne validée et accessible.
- ✓ Respecter la traçabilité en matière de DM/DMI.

L'analyse de l'expert

COMPLICATIONS POST OPERATOIRES ENTRAINANT LE DECES

Elles sont en augmentation. Il s'agit majoritairement de cas de chocs septiques

à point de départ respiratoire ou digestif nécessitant l'intervention de praticiens de différentes disciplines, les anesthésistes-réanimateurs en 1ère ligne. La responsabilité d'un ou plusieurs praticiens au titre de la perte de chance de survie est souvent retenue en raison de l'errance de diagnostic, de l'absence de centralisation de la prise en charge et d'un retard thérapeutique, surtout d'introduction du traitement antibiotique. L'occasion de rappeler l'importance d'une intervention « agressive » dès le diagnostic suspecté et avant l'installation d'une insuffisance multiviscérale irréversible... Cela peut sauver le patient... et le médecin !

Ce point nous paraît particulièrement important pour les anesthésistes libéraux qui sont aussi responsables des Unités de Surveillance Continue (USC), dont le fonctionnement est bien codifié.

(<https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/05/EXTE-USC-CNP.pdf>).

Les USC au sein d'un établissement de santé ne possédant pas de service de réanimation doivent bénéficier de la présence d'un médecin sur place compétent en soins critiques et assurant la continuité des soins.

Un point d'attention concerne les pneumopathies d'inhalation qui surviennent malencontreusement au bloc d'endoscopie : Nous enregistrons régulièrement des cas d'inhalation massive chez des patients « estomac plein » non connus et bénéficiant d'une anesthésie générale standard par un IADE seule.

Pour rappel le Décret 2017-316 du 10 mars 2017 indique que :

- ✓ L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin
- ✓ Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie
- ✓ Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post interventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

Les ISO en chirurgie orthopédique avec pose de matériel restent malheureusement très fréquentes, avec des enjeux importants sur le plan fonctionnel pour le patient. En dehors des axes d'amélioration qui pourraient passer, dans un futur, par la décolonisation nasale du portage de S. aureus.

Il nous paraît indispensable de rappeler quelques points d'intérêt médico-légal pour les anesthésistes :

- ✓ Définir le praticien responsable en matière d'antibioprophylaxie (MAR, chirurgien, autre)
- ✓ Mise à jour régulière des protocoles d'antibioprophylaxie en coopération avec le CLIN de l'établissement et en fonction des modifications de l'écologie locale
- ✓ Prescription de l'antibioprophylaxie dès la consultation d'anesthésie
- ✓ Traçabilité lisible de l'antibioprophylaxie (molécule, dose, heure d'administration) dans la feuille d'anesthésie peropératoire
- ✓ Pour le traitement et suivi de l'infection il est important de demander précocement et tracer l'avis du Centres d'Infection Ostéoarticulaire (CRIOA) de référence.