



ACCES DIFFICILE AUX VOIES AERIENNES NON PREVU

Analyse de 309 déclarations d'EPR ciblés



B Dureuil, A Steib, PG Yavordios
Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

Introduction

Les situations "d'accès difficile aux voies aériennes non prévu" (ITD) ont été retenues comme événement porteur de risques (EPR) pour la spécialité dans le cadre de la démarche d'accréditation; elles sont susceptibles de majorer la morbidité et la mortalité péri-opératoire [1]. Cette étude se propose d'analyser les déclarations enregistrées dans la base REX (HAS) de juin 2008 à décembre 2009

Matériel et méthodes

309 EPR ont été enregistrés et validés par les experts. Les déclarations comportaient des données descriptives de l'événement intégrant les circonstances de survenue, les méthodes mises en œuvre pour réaliser l'intubation et la recherche des causes profondes ayant conduit à sa survenue. Les critères principaux suivants ont été extraits de ces documents et intégrés dans une base de données pour analyse: critères préopératoires prédictifs d'intubation difficile [2], nombre de laryngoscopies, nombre et types de dispositifs utilisés pour procéder à l'intubation, complications et échecs, défauts identifiés dans la procédure (évaluation préopératoire, disponibilité des protocoles et matériels, niveau de formation, information du patient...).

Résultats

L'ITD non prévue était rapportée dans 82% des cas en chirurgie programmée. Elle était liée à une difficulté d'exposition glottique (grade Cormack 4 dans 188/230 cas). On retrouve un BMI > 30 chez _ des patients. Le nombre de laryngoscopies > 2 avant la prise en charge de l'ITD était de 44. Le nombre de manœuvres pour réaliser l'intubation après échec de la laryngoscopie variait entre 1 et 11 !.

L'utilisation de la lame de Mac Coy s'est soldée par 94% d'échecs Les dispositifs ayant permis le succès était l'utilisation d'un mandrin long (n=99), le fastrach (n =43), la vidéolaryngoscopie (n = 24), la fibroscopie (n =18). Dans 30 cas le patient a été réveillé après échec des différentes méthodes.. Les complications signalées au cours des manœuvres étaient d'ordre cardiovasculaire (n=2) ou respiratoires (46 désaturations dont 24< 90%, 4 bronchospasmes).

L'analyse systémique de l'EPR a objectivé un défaut d'évaluation préopératoire signalé par 174 déclarants. La présence des 3 critères prédictifs (Mallampati, OB et DTM) n'est associée que dans 79 cas.

L'absence de matériel ou de protocole disponibles sont signalés respectivement 40 et 22 fois. Enfin la notion d'information à posteriori du patient apparaît de façon confidentielle.

CAUSES

Défaut d'évaluation

Critère d'ITD non notés : 79
Non prise en compte de l'obésité :



Défaut d'organisation

Absence de matériel dédié à l'ID : 40
Absence d'algorithme :actualisé : 22



Défaut chaîne soin

Prise en charge non conforme : 49
MAR évaluateur différent de l'effecteur :17
Défaut d'information du patient : 292



PISTES AMELIORATION

Modification de la feuille d'évaluation préopératoire
Communication

Matériel ITD dédié au bloc opératoire
Algorithme décisionnel commun pour l'équipe

Formation ITD
Communication, tracabilité
Formaliser l'information du patient

Programmes EPP ciblés

Conclusion

Les pistes d'amélioration que la spécialité se doit de relayer et de porter au travers de l'analyse de cet EPR déclaratif concernent la rigueur de l'évaluation préopératoire largement prise en défaut en dépit de l'existence de recommandations, l'équipement correct des sites (systématisation des chariots d'ITD, algorithme décisionnel), l'apprentissage et le maintien des compétences (ateliers pratiques, simulation) et la traçabilité de l'information du patient (carte d'anesthésie). Des programmes d'EPP ciblés doivent permettre à chaque équipe d'analyser leur propre pratique pour une meilleure maîtrise du risque

Références

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: 1087-1097

2) Conférence d'experts SFAAR Intubation difficile 2006 (<http://www.ofar.org>)