

# Qui fait quoi en périopératoire dans mon Etablissement ?



Pr J. Fusciardi

Anesthésie-Réanimation  
CHU Université de Tours

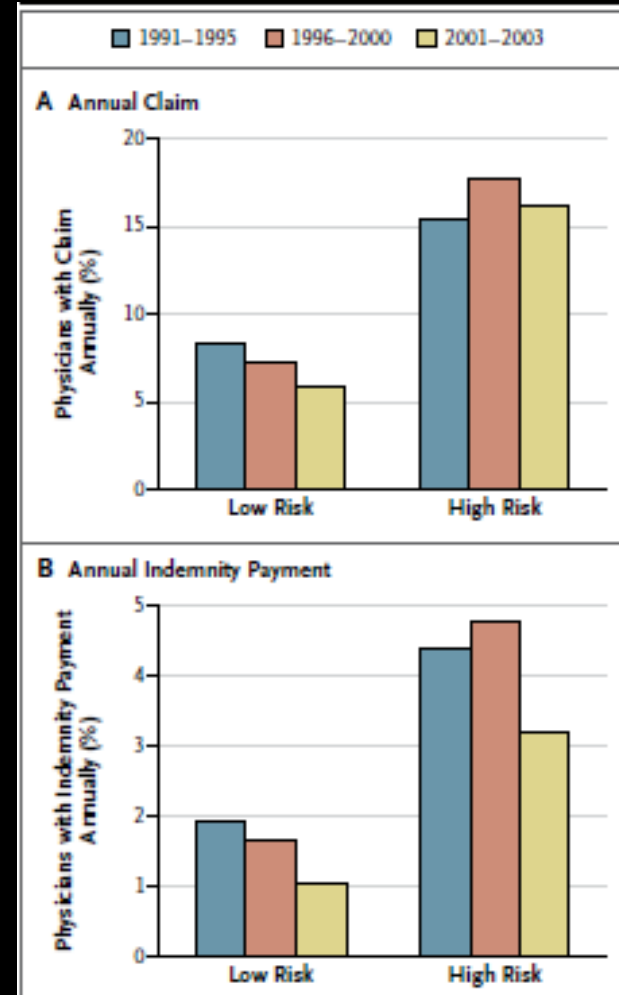
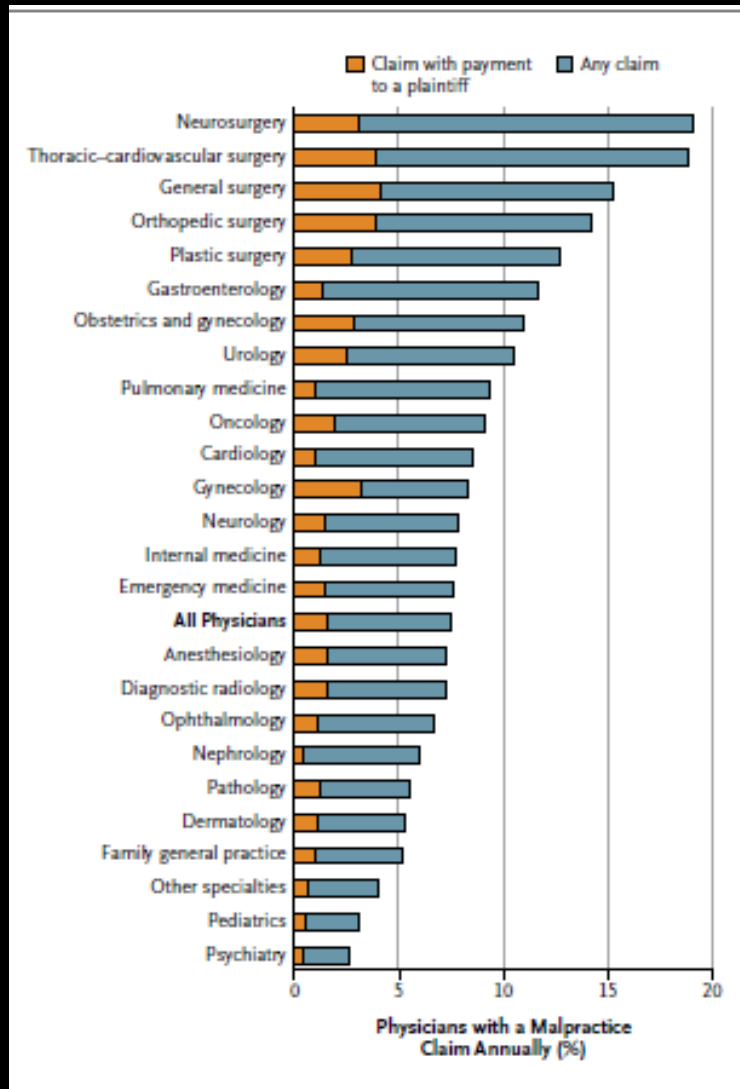
# L'évolution de la mortalité périopératoire

---

- **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*)

# Plaintes selon les spécialités

(d'après Jena AB NEJM 2011 ; 365 : 629-36)



Risque haut ou bas considère les 5 spécialités les plus ou les moins à risque de plaintes

# EIG : évolutions dans le temps

(Wang Y. NEJM 2014 ; 370 : 341 - 51)

• Suivi (Medicare Monitoring) des EIG suite à l'hospitalisation pour 4 pathologies de 2005 à 2011 (n = 61523)

• Evolution de l'incidence (%) d'EIG

	2005 - 2006	2007 - 2009	2010 - 2011	
IDM	4.7	3.7	3.5*	* p<0.001 pour ↓ linéaire vs 2005 - 2006
IVG	3.5	2.6	2.8*	
Pneumonie	3.4	3.1	3.5	NS
Chirurgies	3.2	2.6	3.3	NS

# De quoi meurent les patients ?

(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

---

# Gérer le risque ensemble

---

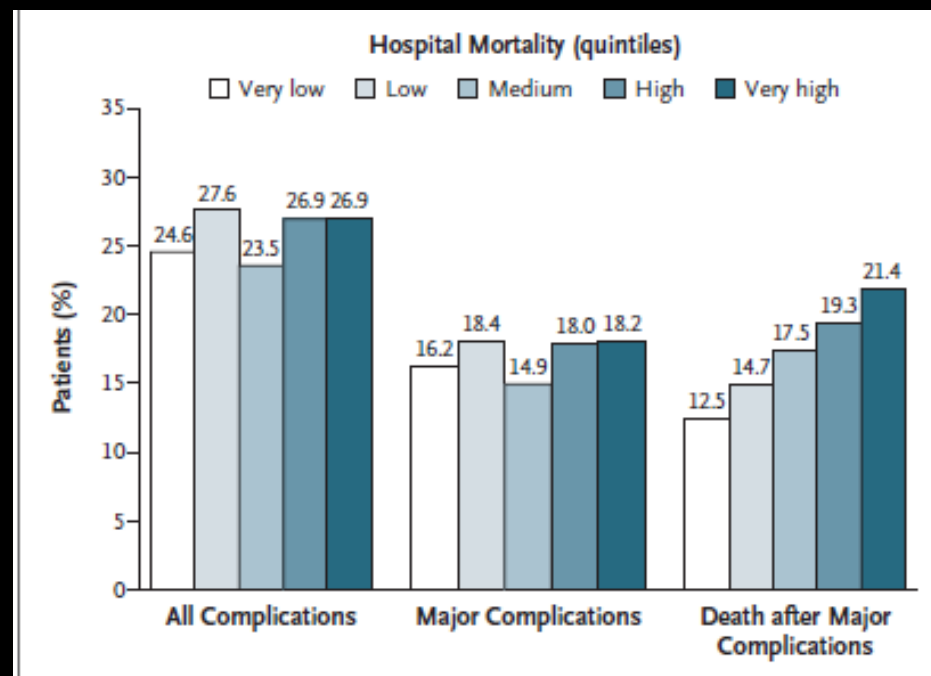
- L'expertise (FMC, EPP, GDR, DPC)
- Modèle normatif : règles et recommandations
- Modèle adaptatif : F1
- Coordination des tâches (Medical Team training)
  - Programmation de l'habituel
  - Gestion commune des imprévus
    - GDR en équipe
    - Entraînement, simulation

→ *cf Ghaferi AA (NEJM 2009)*

# Failure to rescue : a measure of hospital quality ?

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

- Chir. Générale et vasculaire (n = 84730) sur base nationale prospective
- 186 Hôpitaux classés selon leur risque ajusté de mortalité (3.5 % à 6.9 %)
- Incidence des complications
- Mortalité après complication



➔ **Précocité diagnostique de complication et leur PEC font la différence**

# Failure to rescue : reoperation after colorectal resection

(d'après Almondaris AM Br J Surg 2011 ; 98 : 1775 - 83)

---

- 150 centres (n = 144 542) mortalité après chir. Colo rectale et classement en 5 quintiles de risque ajusté (5.4 à 9.3 %)
- % réintervention per hospitalisation identique (4.8 %) entre les centres à risques extrêmes
- Mais mortalité après réintervention différente: 16.8 % vs 11.1 %



# En résumé et en synthèse

---

1. 2 à 3 % des opérés meurent dans la semaine
2. Ce risque postop. ne paraît pas régresser ces dernières années
3. Les patients meurent de 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

# Socle : normes organisationnelles (1)

---

- CSP 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**
- EGAR 2010 : <http://www.sfar.org/article/2010/egar>

# Socle : normes organisationnelles (2)

---

- Check list OMS, HAS : janvier 2010

## APRES INTERVENTION

### Pause avant sortie de salle d'opération

⑨ confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| – de l'intervention enregistrée            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> N/A |
| – du compte final correct...               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> N/A |
| – de l'étiquetage des prélèvements, ...    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> N/A |
| – du signalement de dysfonctionnements ... | <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 |

# Qui fait quoi ? Les bases, le tout venant

## Check list 3<sup>ème</sup> 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 J0 + 2
- Hydratation J0 + 2
- Suivi des modifications thérapeutiques faites par l'AR
- Suivi des examens demandés par l'AR
- Sur appel, pour complication postopératoire grave

# Le reste = la charte (1)

---

- Préopératoire

- **Communication chirurgien → CS-AR**

- Support : fiche de liaison (papier ou informatisée)
    - Informations : patient, acte prévu et technique, date souhaitée, opérateur, durée prévue, spécificités : installation, saignement, risque identifié, question posée ?

- **Communication CS - AR → chirurgien**

- Support : fiche de liaison, dossier CS - AR
    - Informations : type d'anesthésie, risques attendus, examens et/ou monitoring spécifique, stratégie spécifique (AC, AOD, AAP), parcours de soins, date confirmée, réponse à questions

# La charte (2)

---

- Préopératoire

- Organisation collective de la pratique d'AR vs AR identique CS-AR et peropératoire et ... adaptation du planning opératoire au planning de l'AR ?
- CS-AR d'opérabilité ?

- Postopératoire

- Secteur chirurgical : l'opérateur référent
- Post anesthésie : AR
- USC et réanimation : AR

# La charte (3)

## Postop. Organisation

- Référent AR identifié au quotidien
- Référent chirurgical identifié au quotidien
- Circuit de l'appel urgent
- Espace de concertation sur dossier patient
- Suivi des examens complémentaires
- Ordonnance de sortie

## Postop. Rôles et responsabilités

- Prescription des antalgiques > J0 + 2
- AB curative
- Anticoagulation curative
- Transfusion (cf CNOM 2001; pg 4.9)
- Hydratation > J0 + 2
- Alimentation parentérale
- Renutrition orale (et chir. Digestive)

# Sondage auprès d'une assemblée de chirurgiens viscéraux (Congrès de la FCVD du 22/03/2014)

- 
- |   |   |
|---|---|
| 1. C. List 3 : prescriptions conjointes ? | systematique : 24 % ; parfois : 58 %                |
| 2. Qui fait le suivi postop ?             | chir : 72% ; les 2 : 25% ; AR : 2% ;<br>Autres : 0% |
| 3. Qui prescrit les AB ?                  | Les 2 : 80 %  |
| 4. Les anticoagulants ?                   | Les 2 : 70 % ; AR : 23 %                            |
| 5. Les antalgiques                        | Les 2 : 54 % ; AR : 42 %                            |
| 6. L'APE ?                                | Les 2 : 45 % ; AR : 44 %                            |
| 7. Ordonnances de sortie ?                | Chir : 83 % ; les 2 : 12 %                          |
| 8. Serait mieux si faites par les 2 ?     | oui : 57 % ; le chir : 37 %                         |
-



# La méthode : implication et proposition

(d'après PG Yavordios, EGAR 2010)

---

- Par structure, par secteur : selon souhaits et ressources humaines
- Proposition d'une charte aux autres acteurs périopératoires
- Faire valider par instances locales (conseils blocs, CME)

# Enquête de pratique auprès des MAR du SAR II (1)

---

1. Check-list conjointe ?  
Hétérogénéité (souvent à jamais) tous secteurs
2. Référent chirurgical tracé en postopératoire ?  
Systématique ? (14/20)
3. Référent AR tracé en postopératoire ?  
Systématique ? (13/20)
4. Existence d'une charte ?  
Oui : 1 secteur ; non : 6 secteurs
5. L'AR et le suivi au-delà de J0 + 1  
Appel consultant (16/20)

## Enquête de pratique auprès des MAR du SAR II (2)

---

6. Suivi des examens complémentaires ?  
si demandé par l'équipe d'AR ou lui-même (13/20)
7. Qui prescrit l'AB curative postopératoire ?  
opérateur ou AR ou les 2 conjointement (18/20)
8. Qui prescrit un anticoagulant en postopératoire ?  
les 2 conjointement (11/20)  
l'AR seul (ortho, Thor.)
9. Qui prescrit un antalgique postopératoire ?  
L'AR (16/20)
10. Qui prescrit apports hydroélectrolytiques postopératoires ?  
L'AR (ortho, vasc, Thor.) ; partagé (autres secteurs)

## Enquête de pratique auprès des MAR du SAR II (3)

---

11. Qui prescrit la réanimation entérale postopératoire ?

Digestif : opérateur ou l'un ou l'autre

Ailleurs : AR ou l'un ou l'autre

12. Avis d'opérabilité sollicité ?

oui, volontiers (17/20) ; tous secteurs

13. Qui doit vous appeler en dehors de l'urgence ?

opérateur (14/20) ; peu importe (15/20)

14. Rédacteur de l'ordonnance de sortie ?

Opérateur (18/20) ; AR (0/20)

15. Idéalement les 2 ?

Oui ou "au cas par cas" : (12/20) ; non (5/20)

# Comparaison avec les réponses FCVD

	FCVD	AR Viscéral
1. C.List 3 : prescriptions conjointes systématiques à fréquentes	24 %	3/7
2. Qui fait le suivi postop. ?	les 2 ou l'AR 27 %	AR : 7/7
3. Prescripteur d'AB ?	les 2 à 80 %	les 2 : 7/7
4. Les anticoagulants ?	les 2 à 70 %	les 2 : 7/7
5. Les antalgiques ?	L'AR à 42 %	l'AR : 5/7
6. L'APE ?	les 2 : 45% ; l'AR : 44 %	-----
7. Ordonnances de sortie ?	chir : 83% ; les 2 : 12 %	chir : 7/7
8. idéalement les 2 ?	oui : 57 %	oui : 1/7

# CONCLUSIONS

- "Screening" préopératoire des hauts risques  
→ USC 5 jours (ou réa)
- Pour tous les autres :  
→ optimiser les organisations (interfaces AR - Opérateurs) pour prolonger en postopératoire l'optimisation initiée au bloc opératoire