



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## Lu pour vous

### ■ Au bloc on se trompe énormément...

Nanji KC, Patel A, Shaikh S, Seger DL, Bates DW. Evaluation of perioperative medication errors and adverse drug events anesthesiology 2016;124:25–34.

Les erreurs médicamenteuses sont nombreuses et peuvent survenir au bloc opératoire au cours de la préparation ou de l'administration des agents utilisés pour l'anesthésie ou ayant d'autres usages (prévention des nausées, antibiothérapie...). Nanji et al. ont évalué de façon prospective l'incidence de ce problème au Massachusetts General Hospital de Boston, doté de 1046 lits de soins tertiaires, qui réalise 40 000 interventions/an sur un ensemble de 64 salles d'opérations. La documentation des erreurs de médication périopératoires reposait surtout sur des données auto-déclarées qui sous-estiment la réalité. Erreurs et événements indésirables ont été colligés sous forme de pourcentages du nombre total de médicaments administrés. Quarante-deux médecins anesthésistes (34,2%), 53 IADE (22,4%) et 103 autres personnels du service (43,5%) ont participé sur 8 mois à ce recueil. L'étude a porté sur un total de 277 opérations au cours desquelles 3671 médicaments ont été administrés dont 193 (5,3%; IC 95%: 4,5 à 6,0) impliquaient un événement majeur et/ou événement indésirable majeur. Parmi ceux-ci, 153 (79,3%) étaient évitables et 40 (20,7%) ne l'étaient pas. Bien que 32 erreurs (20,9%) comportaient peu de risque de préjudice, 51 (33,3%) ont provoqué événement indésirable majeur et 70 (45,8%) avaient un risque de préjudice potentiel pour le patient. Sur les 153 erreurs, 99 (64,7%) étaient graves, 51 (33,3%) étaient significatives et 3 (2,0%) étaient potentiellement létales.

Au total, une administration sur 20 induit un événement majeur. Plus d'un tiers de ces événements est indésirable et les deux tiers restants sont à risque. Ces taux sont nettement plus élevés que ceux rapportés par les enquêtes rétrospectives.

L'erreur la plus courante était l'étiquetage erroné (24,2%). Les erreurs étaient aussi fréquentes chez les patients opérés sous anesthésie générale que régionale l'AG (227 cas, 82,0%) avec 3297 médicaments (5,3% d'EIM) ou la sédation (37 cas, 13,4%) avec 374 médicaments. Aucune différence dans le taux d'erreur n'a été observée selon la catégorie professionnelle entre le personnel non spécialisé

(68 événements, 5,1%), les IADE (111 événements, 5,5%) et les anesthésistes (14 événements, 4,5%).

Pourquoi l'incidence des événements induits est-elle plus élevée que dans les études précédentes? Une première explication tient à l'existence d'observateur extérieur. Le Massachusetts General Hospital utilise par ailleurs un étiquetage avec code-barres qui comptabilise les ampoules. La probabilité d'erreurs est sans doute plus élevée dans les établissements qui n'utilisent pas cette technologie. En revanche, l'hôpital enregistre automatiquement les informations concernant l'anesthésie dans le dossier de soins, ce qui peut réduire la transcription d'erreurs. Les résultats suggèrent que la première étape pour réduire les erreurs est de réviser l'enseignement en matière d'administration sécurisée des drogues. Par exemple, l'analyse des dossiers de plaintes contre des anesthésistes au Canada pour la période de 1998 à 2002 a montré que 52% des événements indésirables étaient liés à de telles erreurs.

La deuxième étape consiste à reconnaître que les «process» dans la zone périopératoire ne sont pas évalués rigoureusement. Fait intéressant, l'étude de Nanji et al. a montré que l'erreur d'étiquetage était la plus commune, même lorsque des scanners à code-barres étaient disponibles, soit parce qu'ils n'étaient pas installés à l'endroit ad hoc ou qu'il y avait une solution pour contourner leur utilisation. Les systèmes à codes-barres ont été mis en œuvre avec succès dans 90% des hôpitaux aux États-Unis. Par exemple, dans le département d'urgence du même hôpital, tels systèmes ont réduit l'incidence des erreurs de médication de 80,7%. Des systèmes permettent aujourd'hui de numériser en temps réel l'étiquette avant l'administration du médicament et de remplir automatiquement le dossier d'anesthésie avec la dose administrée. Poser le problème c'est déjà initié sa résolution.

#### Références

- [1] Barker KN, McConnell WE. The problems of detecting medication errors in hospitals. *Am J Health Syst Pharm* 1962;19:360–9.
- [2] Nanji KC, Rothschild JM, Salzberg C, Keohane CA, Zigmont K, Devita J, et al. Errors associated with outpatient computerized prescribing systems. *J Am Med Inform Assoc* 2011;18:767–73.
- [3] Merry AF, Weller JM, Robinson BJ, Warman GR, Davies E, Shaw J, et al. A simulation design for research

evaluating safety innovations in anaesthesia. *Anaesthesia* 2008;63:1349–57.

- [4] Jelacic S, Bowdle A, Nair BG, Kusulos D, Bower L, Togashi K. A system for anesthesia drug administration using barcode technology: the Codonics Safe Label System and Smart Anesthesia Manager™. *Anesth Analg* 2015;121:410–21.

Marc Gentili  
Clinique Saint-Vincent, Rennes

### ■ Nuque fragile, glotte difficile !

Suppan L, Tramer MR, Niquille M, Groscurin O, Marti C. Alternative intubation techniques vs Macintosh laryngoscopy in patients with cervical spine immobilization: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Anaesth* 2016;116:27–36.

L'absence de mobilité du rachis cervical contribue à rendre plus difficile l'intubation orotrachéale. L'immobilisation du rachis, du fait d'une suspicion de traumatisme ou pour tout autre raison contribue de ce fait à cette difficulté. De nombreux systèmes et techniques d'intubation ont été évalués avec pour objectif d'améliorer les conditions d'intubation. La plupart d'entre eux ont été comparés à la technique de référence que constitue l'utilisation d'une lame de Macintosh. Le groupe de Martin Tramer, habitué des revues systématiques de la littérature, a recherché toutes les études qui comparaient l'intubation avec une lame de Macintosh aux autres techniques, chez les patients qui se présentaient avec une immobilisation du rachis. Après avoir examiné 555 références, ils ont conclu que 139 seulement traitaient du sujet dont 39 n'étaient pas randomisées, 23 comportaient un groupe témoin non approprié, 20 n'utilisaient pas une bonne technique de stabilisation du rachis, 18 comportaient des données manquantes et seulement 24 au final pouvaient être considérées comme susceptibles d'être incluses dans une méta-analyse pour un total de 1866 patients. Le critère de jugement principal était le risque d'échec de l'intubation lors de la première tentative. Ce risque était en moyenne de 9,9% pour l'ensemble des dispositifs testés contre 24,5% pour les lames de Macintosh. Les meilleures performances étaient observées avec l'airtraq™ (3,4%), pour les 4 autres dispositifs (Airwayscope, C-Mac, Glidescope, MacGrath), le risque était comparable à celui de la laryngoscopie avec une lame de Macintosh alors même que tous les dispositifs donnaient de meilleures conditions de vision de la glotte par rapport à la lame de Macintosh. Cependant, pour chacun de ces derniers dispositifs, le nombre d'études était limité, correspondant à des collectifs de patients de l'ordre de la centaine insuffisants pour dégager des résultats franchement significatifs. En première approximation, le système airtraq™ paraît adapté aux situations d'immobilité du rachis. La courbe du dispositif permet de l'insinuer entre la langue et le palais sans avoir à luxer le maxillaire inférieur ce qui est préjudiciable dans ces circonstances. La visibilité de la glotte est bonne avec un score de Cormack souvent proche de 1. En revanche, le fait de voir la glotte ne veut pas forcément dire qu'elle sera intubée facilement. De ce point de vue, il serait intéressant de tester avec l'airtraq, comme avec les autres glottiscope,

la stratégie qui consiste à associer à l'usage du dispositif, celui d'un mandrin qui sous contrôle visuel amélioré permet de guider la sonde. Cette stratégie est de plus en plus appliquée d'emblée en cas d'intubation difficile prévisible sans passer par les étapes intermédiaires et rend probablement l'intubation plus facile. Cette dernière affirmation mériterait cependant d'être évaluée.

Francis Bonnet  
Hôpital Tenon, Paris

### ■ Urgences chirurgicales : prenez la bonne direction

Ozdemir BA, Sinha S, Karthikesalingam A, Poloniecki JD, Pearse RM, Grocott MPW, et al. Mortality of emergency general surgical patients and associations with hospital structures and processes. *Br J Anaesth* 2016;116:54–62.

De nombreuses études épidémiologiques ont comparé la morbidité et la mortalité des patients opérés en fonction par exemple des volumes d'activité sur certaines interventions ciblées ou des caractéristiques d'établissement (par exemple universitaire ou non). En Grande Bretagne, les données du National Health System (NHS) concernant les patients opérés en urgence, ont été extraites de la base de données nationale pour les patients hospitalisés entre mars 2005 et avril 2010. Pour ces patients, la relation entre la mortalité et le type de structure et de prise en charge a été examinée. Les éléments étudiés comportaient aussi bien le statut des hôpitaux, les moyens mis à disposition (imagerie, disponibilité du bloc opératoire, réanimation), que le moment de l'admission (WE vs semaine). La cohorte de patients étudiés s'élevait à 294 602 cas hospitalisés dans 156 établissements différents. La mortalité globale à 30 jours était de 4,2% [extrêmes : 1,6–8,0%]. La mortalité variait de 0,2% pour l'appendicectomie à 19,9% pour les urgences colorectales et 18,8% pour les laparotomies pour urgence digestive haute. Les taux de mortalité les plus faibles s'observaient dans les établissements où existait le plus grand nombre de compétences dans les équipes soignantes et où le niveau de disponibilité des blocs et des réanimations était le plus élevé. Comme escompté le risque augmentait également durant le week-end. Le sur-risque variait de 4 à 12% selon les paramètres. Cette étude tend à démontrer que le niveau des moyens mis à disposition est plus important que d'autre facteur comme la proximité ce qui amène à réfléchir sur les propositions qui peuvent être faites en termes de carte sanitaire pour prendre en charge les urgences chirurgicales.

Francis Bonnet  
Hôpital Tenon, Paris

### ■ Simple mais pas sans risque...

Collins C. Ambulatory anesthetic care in pediatric tonsillectomy: challenges and risks. *Ambulatory Anesth* 2015;2:121–9.

L'amygdalectomie est un acte chirurgical courant. Les indications sont l'apnée du sommeil et les angines récurrentes. Une étude randomisée de 2013, portant sur 464 enfants de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2611928>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2611928>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)