



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Fast-tracking en anesthésie locorégionale périphérique : étude préliminaire de faisabilité

Fast-tracking and regional anaesthesia: Preliminary feasibility study

S. Bloc^{a,*}, L. Mercadal^a, P. Cuny^b, F. Renault^c, T. Dessieux^d, T. Garnier^a, B. Komly^a, P. Leclerc^a, B. Morel^a, G. Dhonneur^e, C. Ecoffey^d

^a Service d'anesthésie-réanimation, hôpital privé Claude-Galien, 20, route de Boussy, 91480 Quincy-Sous-Sénart, France

^b Service d'anesthésie-réanimation, hôpital privé Saint-Martin, 18, rue des Roquemonts, 14000 Caen, France

^c Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier de Cornouaille, 14 bis, avenue Yves-Thépot, 29107 Quimper cedex, France

^d Service d'anesthésie-réanimation 2, hôpital Pontchaillou, université Rennes 1, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35033 Rennes cedex, France

^e Département d'anesthésie-réanimation, groupe hospitalier universitaire Nord, hôpital Jean-Verdier, avenue du 14-Juillet, 93143 Bondy cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 octobre 2009

Accepté le 20 mai 2010

Disponible sur Internet le 19 septembre 2010

Mots clés :

Salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI)

Salle de Réveil

Fast-tracking

Fast-track

Court-circuit

Anesthésie locorégionale périphérique

Keywords:

Postanaesthesia care unit (PACU)

Recovery room

Fast-tracking

Fast-track

Bypassing

Regional anaesthesia

RÉSUMÉ

Objectif. – La surveillance en salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI) a pour objectifs de garantir la sécurité, le confort et l'analgésie des patients. Certaines publications envisagent de court-circuiter la SSPI selon le principe du *fast-tracking* (FT). L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité et la sécurité d'un FT simulé après une anesthésie locorégionale (ALR) périphérique.

Patients et méthodes. – Sept cents patients ont été inclus prospectivement dans cette étude sur une période de six mois.

Méthodes. – Les critères de sortie étaient définis selon le score de White auquel nous avons ajouté un item concernant la surveillance du site chirurgical. Un score minimal de 14 était nécessaire à l'arrivée en SSPI pour envisager un FT. L'efficacité des blocs, le recours à une sédation ou à une anesthésie générale étaient précisés. Les événements indésirables étaient notés.

Résultats. – L'efficacité globale de l'ALR était de 93 %. Dans 98 % des cas, le score de sortie évalué à l'arrivée en SSPI était supérieur à 14, ce qui aurait autorisé une sortie directe. Treize événements indésirables ont été rapportés avant l'acte chirurgical et au bloc opératoire. Aucun événement indésirable n'a été rapporté pendant la surveillance en SSPI.

Conclusion. – L'ALR périphérique semble se prêter parfaitement au principe du FT. Il pourrait apporter certains avantages tant en termes de réduction des dépenses de santé, qu'en termes de réponse aux problèmes d'engorgement des SSPI. Bien qu'en France, FT reste un concept marginal pour lequel il n'existe aucun support réglementaire, l'évolution vers une telle pratique pourrait être envisagée.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – The monitoring in the postanaesthesia care unit (PACU) improves the safety, the comfort and the analgesia of patients. At present, studies suggest the possibility to bypass the PACU according to the principle of fast-tracking (FT). The aim of this study was to evaluate the feasibility and the safety of a simulated protocol of FT after a regional anaesthesia.

Patients and methods. – Seven hundred patients were prospectively included in this study over a period of 6 months.

Methods. – The Withes' scoring system was used for determining when patients could be safely discharged from PACU. We added a variable concerning the monitoring of surgical site. A minimum score of 14 was required on arrival to the PACU to consider a FT. The success rate of blocks, the use of sedation or general anaesthesia were noted. Adverse events were recorded.

Results. – The success rate of blocks was 93 %. The score was higher than 14 in 98 % of case on arrival to the PACU. Thirteen adverse events were reported before surgery and/or operating room. No adverse events were reported during the stay in the PACU.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francanest@mac.com (S. Bloc).

Conclusion. – Regional anaesthesia seems to be an appropriate principle to fast-track the PACU. It could be a way to reduce health care costs, and can offer solution for the PACU congestion problem. In France, the fast-tracking is a marginal concept without any support regulatory. An evolution to such a practice could be considered.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le décret sécurité anesthésique du 5 décembre 1994 [1], qui impose une surveillance systématique en salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI) après tout acte d'anesthésie avait pour principal objectif de garantir la sécurité des patients, et a permis de réduire la mortalité liée à l'anesthésie [2]. Depuis ces dispositions, la pratique de l'anesthésie a été largement modifiée. D'une part, le développement d'agents anesthésiques de courte durée d'action a permis de réduire les risques liés à leurs effets résiduels, augmentant ainsi la sécurité de la période postopératoire ; d'autre part, à l'exigence de sécurité s'associent désormais des exigences de confort et d'analgésie.

À l'heure actuelle, certaines publications laissent entrevoir la faisabilité et la sécurité de court-circuiter la SSPI selon le principe du *fast-tracking* (FT) [3,4]. L'anesthésie locorégionale (ALR) périphérique paraît particulièrement adaptée au principe du FT. Elle répond en effet aux exigences de sécurité par l'absence de risques d'altération de la conscience ou de la fonction respiratoire ; mais aussi aux exigences de confort (absence de nausées-vomissements postopératoire) et d'analgésie postopératoire. Par ailleurs, la persistance d'un bloc (moteur et/ou sensitif) à la sortie de la salle d'intervention ne s'oppose pas, pour des raisons de sécurité, au retour en chambre immédiat du patient.

L'objectif de cette étude a été de simuler le principe du *fast-tracking* de la SSPI pour des patients ayant bénéficiés d'une ALR périphérique afin d'évaluer sa faisabilité ainsi que sa sécurité.

2. Patients et méthodes

Cette étude observationnelle a inclus prospectivement et consécutivement 700 patients majeurs (score ASA [ASA] I à III) ; elle s'est déroulée sur une période de six mois dans quatre centres (deux cliniques, un centre hospitalier régional, un centre hospitalo-universitaire). Tous les patients devaient bénéficier d'une chirurgie orthopédique programmée sous anesthésie locorégionale. L'indication et la technique d'ALR périphérique était portée lors de la consultation d'anesthésie par les médecins participant à l'étude. Les critères de non inclusion étaient le refus du patient, la présence de signes infectieux locaux ou régionaux ainsi que des troubles neurologiques sensitivomoteurs périphériques du membre supérieur concerné, une allergie suspectée ou connue aux anesthésiques locaux, et une anomalie de la coagulation constitutionnelle ou acquise.

2.1. Réalisation de l'anesthésie locorégionale périphérique

La technique anesthésique pratiquée (type de procédure-technique de repérage employé) était celle indiquée au patient en consultation préopératoire. L'anesthésique local employé, laissé au libre choix du praticien, était adapté à l'indication chirurgicale ainsi qu'au mode d'hospitalisation. Un monitoring standard était utilisé lors de la réalisation de l'ALR périphérique : électrocardiogramme, pression artérielle non invasive et saturation artérielle en oxygène. Une prémédication ainsi qu'une anxiolyse pouvaient être réalisées selon les protocoles habituels de chaque centre. Les données recueillies au cours de la réalisation de l'ALR périphérique étaient : indication chirurgicale, type de bloc, type d'anesthésique local et doses utilisées, recours à une prémédication et/ou à une

sédation, méthode de repérage employé (échographie, neurostimulation, couplage). L'efficacité ainsi que le recours à un bloc de complément étaient notés. L'efficacité était définie par un bloc sensitif évalué à l'aide du test discriminant pique-touche sur les territoires autonome des nerfs considérés par l'ALR périphérique.

2.2. Période peropératoire

Le monitoring standard était maintenu. Les données évaluées durant la cette période concernaient le recours à une sédation ou à une anesthésie générale ainsi que la durée de l'intervention.

2.3. Période postopératoire

Le but principal de cette étude préliminaire était d'évaluer la sécurité et la faisabilité du FT après chirurgie orthopédique sous ALR périphérique. Les critères de sortie utilisés étaient définis selon le score de White comprenant sept items (cotés de 0 à 2 points) auquel nous avons choisi d'ajouter un item concernant la surveillance du site chirurgical (coté de 0 à 2) (Annexe 1) [5]. Un score minimal de 14 était nécessaire pour envisager un FT ; il était évalué par l'anesthésiste-réanimateur dès l'arrivée en SSPI, puis au moment de la sortie pour aller vers l'unité d'hospitalisation ambulatoire. Le temps de surveillance du patient en salle d'ALR, ainsi que le temps écoulé entre l'injection de l'AL et la sortie de SSPI, était évalué. Ce dernier devait obligatoirement être supérieur à 30 minutes pour une ALR périphérique du membre supérieur et 60 minutes pour une ALR périphérique du membre inférieur. Les éventuels événements indésirables survenus en SSPI étaient notés.

Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne \pm DS. Les valeurs qualitatives sont présentées sous forme de pourcentages.

3. Résultats

Les caractéristiques démographiques sont présentées dans le Tableau 1. L'efficacité globale de l'ALR était de 93 % : 94 % pour les blocs du membre supérieur et 86 % pour les blocs du membre inférieur. 43 % ($n = 299$) des blocs ont été réalisés sous échoguidage seul, 29 % ($n = 203$) sous neurostimulation et dans 28 % des cas ($n = 198$), le couplage des deux techniques était employé. La répartition des techniques pratiquées ainsi que les durées de réalisation et de surveillance en salle d'ALR sont rapportées dans le Tableau 2. La durée de surveillance dans la salle d'ALR avant le passage au bloc opératoire était en moyenne de 47 ± 21 minutes

Tableau 1

Caractéristiques démographiques des patients ($n = 700$).

Âge	52 \pm 16
Poids	72 \pm 16
Taille	166 \pm 11
Sexe (H/F)	303/397
ASA	
1	351
2	266
3	83
Membre supérieur	594
Membre inférieur	106

Valeurs exprimées sous forme de moyenne \pm DS.

ASA : score ASA.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746492>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746492>

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