



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Lu pour vous

Disponible sur Internet le 25 août 2016

■ À chacun son score

Le Manach Y, Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccari B, Riou B, et al. Preoperative score to predict postoperative mortality (POSPOM). *Anesthesiology* 2016;124:570–6.

L'idée de pouvoir évaluer les risques de morbidité et de mortalité chez les patients opérés n'est pas nouvelle. Elle fait partie des discussions qui prévalent aux décisions opératoires chez certains patients et gouverne les politiques de prévention du risque de complications périopératoires. Le fait d'établir des échelles de risque correspond à cette approche la plus connue étant le score ASA utilisé universellement. Cependant, ce score généraliste est parfois imprécis du fait même que la majorité des patients sont classés 1 ou 2, ce qui correspond à un risque très faible essentiellement déterminé par la nature de l'acte chirurgical. D'autres scores plus spécifiques se sont attachés au statut cardiovasculaire ou respiratoire du patient en axant l'évaluation sur la morbidité spécifique cardiaque ou respiratoire. L'intérêt du score présenté par les auteurs est qu'il a été établi à partir d'une base de données françaises, exhaustive, concernant l'ensemble des patients âgés de plus de 18 ans, opérés au cours de l'année 2010 dans les établissements effectuant plus de 500 interventions par an.

Un collectif de 5 507 834 patients était éligible, 2 717 902 patients ont ainsi servi de base à l'évaluation de 29 facteurs de risque puis à l'établissement d'un score de risque (PreOperative Score to predict PostOperative Mortality [POSPOM]) et ce score a été validé sur la seconde cohorte de 2 789 932 patients. Les résultats bruts montrent que 12 786 sont décédés au cours de leur séjour hospitalier, soit un taux de mortalité de 0,47 % [intervalle de confiance 95 % : 0,46 à 0,48 %] dans la première cohorte et de 0,54 % [IC 95 % : 0,53 to 0,55 %] dans la seconde. Sur les 29 facteurs étudiés 17 ont été retenus et inclus dans le POSPOM, il s'agit de l'âge, des troubles du rythme ou de la conduction, des antécédents de cardiopathie ischémique, d'insuffisance cardiaque, d'artériopathie

distale, de pathologie cérébrovasculaire, d'hémiplégie, de bronchopneumopathie chronique obstructive, d'insuffisance respiratoire chronique, d'alcoolisme, de cancer, de diabète, de transplantation d'organe, de dialyse chronique, d'insuffisance rénale chronique et du type d'intervention chirurgicale. Un score égal à 30 était associé à une mortalité de 6,74 % (95 % CI : 6,40–7,08 %) pour une mortalité prédite à 5,75 %. Un score à 40 prédisait une mortalité à 20,51 % et un score à 25 une mortalité de 1,37 %. Un score inférieur ou égal à 20 correspondait à une mortalité de 0,32 % (inférieure au taux de mortalité moyen). Ces résultats appellent plusieurs remarques :

- on retrouve la prédominance des maladies cardiovasculaires qui « pèsent » lourdement sur la mortalité périopératoire et qui dans le quotidien constitue le principal travail d'évaluation et d'optimisation mené en prévision de l'intervention à partir de la consultation d'anesthésie ;
- certains facteurs restent imprécis comme la notion de cancer qui recoupe des entités extrêmement larges avec un impact très différent selon la condition du patient ;
- lorsque l'on regarde la mortalité en face des valeurs du score POSPOM, on s'aperçoit que le risque de décès augmente rapidement lorsque le score dépasse 20 mais qu'en deçà il est stable et bas.

Hors la majorité de la population étudiée à un score inférieur à 20. On retrouve donc des données précédemment exposées selon lesquelles environ 15 % des patients rendent compte de plus de 80 % de la mortalité. L'intérêt d'un score n'est donc pas d'évaluer la majorité des patients pour lesquels la mortalité est très faible mais de discriminer ceux qui ont des comorbidités susceptibles de peser sur leur pronostic. Enfin, le « *scoring* » des patients n'est qu'une première étape, la seconde consiste à réduire le risque une fois celui-ci identifié mais ceci fait l'objet d'une autre évaluation.

Francis Bonnet
Hôpital Tenon, Paris

■ Opérez couvert...

Adams LW, Aschenbrenner CA, Houle TT, Roy RC. Uncovering the history of operating room attire through photographs. *Anesthesiology* 2015;124:19–24.

L'usage de vêtements chirurgicaux modernes s'inscrit dans l'acceptation de la théorie microbienne émise au XVI^e siècle puis validée au XIX^e. « Avant, la chirurgie était un événement public. Les médecins opéraient en civil, ayant souvent enfilé une veste dédiée à cet exercice sur laquelle ils essuyaient leurs bistouris plutôt que de les laver ». Les chirurgiens « se vantaient de leur capacité à effectuer des amputations habillés en redingote et pantalons rayés sans tacher d'une goutte de sang leurs vêtements ». Dans les peintures rapportant la première démonstration publique d'anesthésie le 16 octobre 1846, tous les participants sont en costume de ville. L'étude réalisée par Adams et al. et publiée dans *Anesthesiology* est intéressante à plus d'un titre car elle vise à préciser quand et comment les chirurgiens et les autres acteurs du « théâtre opératoire » se sont peu à peu emparés de l'habillement médical que nous connaissons aujourd'hui conformément aux progrès scientifiques et organisationnels. Ce qui est beaucoup plus intéressant au-delà du sujet lui-même c'est la méthodologie qui rejoint les techniques modernes de l'histoire et la sociologie et qui montre que l'histoire de la médecine, pour ne pas être une simple épopée, se doit d'utiliser l'analyse statistique et la métrologie.

Des photographies anciennes ont été identifiées à partir des sites Web de la Bibliothèque Nationale (américaine) de médecine, de Google, et des archives de la Bibliothèque Wood pour les années 1860 à 1970. La présence ou l'absence de chaque élément de l'habillement moderne ont ensuite été enregistrés pour chaque intervenant de la chirurgie ou de l'anesthésie représenté. Initialement, plus de 1000 photographies ont été identifiées et examinées. Certaines ont été éliminées en raison de répétition ou de datation impossible.

Trois cent trente-huit clichés, pris dans 135 institutions différentes, ont été inclus qui répondaient aux critères de l'étude. Parmi ceux-ci, 640 opérateurs et 219 personnels d'anesthésie étaient recensés dont l'habillement était considéré dans l'analyse. La caractéristique principale des résultats est que l'usage de la tenue de bloc opératoire (casaque, bonnet et masque) différait entre les chirurgiens et les intervenants de l'anesthésie (nurse, médecin). Sur un plan historique, Gustave Neuber de Kiel est crédité d'être le premier à utiliser une blouse chirurgicale stérilisée. En 1883, il est fait état d'une diminution des infections opératoires avec l'utilisation de ces blouses. Mikulicz et Flugge, deux scientifiques allemands de renom ont suggéré en 1897 l'idée d'un masque facial après avoir démontré la présence de gouttelettes bactériennes d'origine nasale ou buccale et Hamilton en 1905 a confirmé la contamination du site opératoire par ces gouttelettes émises par les opérateurs lorsqu'ils parlaient. En 1918, Weaver rapporte une diminution de l'incidence des diphtéries contractées par les personnels de santé au contact des patients infectés lorsque des masques étaient portés. Ce ne fut qu'en 1926 que la première étude clinique a démontré un lien potentiel entre le port du masque

et la réduction des infections chirurgicales. La probabilité qu'un chirurgien porte une tenue d'hôpital atteint 0,66 (IC 95 % : 0,22–0,93) en 1863 et 0,50 entre 1863 et 1890 pour les personnels d'anesthésie. Cette probabilité pour les deux catégories d'intervenant atteint 0,99 en 1929. En 1917, la probabilité pour un chirurgien de porter un masque était de 0,55 (IC 95 % : 0,45–0,64) ; du côté anesthésiste, cette probabilité était de 0,50 entre 1929 et 1933 et de 0,99 pour tous les intervenants en 1964. En 1889, William Halsted, professeur de chirurgie à l'hôpital Johns Hopkins sollicite la société Goodyear pour réaliser le premier gant chirurgical en caoutchouc pour protéger les mains contre les effets irritants du phénol ou du chlorure de mercure utilisés pour stériliser les instruments : une autre explication à cette demande était la toxicomanie à la cocaïne développée par le même Halsted à une époque où les chirurgiens préparaient eux même les solutions d'anesthésique local. C'est le mérite d'un de ses résidents, le Dr Joseph Bloodgood, d'avoir noté le premier, que le port de gants chirurgicaux par l'ensemble de l'équipe contribua à une réduction spectaculaire de l'infection. La probabilité pour un chirurgien de porter des gants atteint 0,50 entre 1903 et 1910 et 0,99 (IC 95 % : 0,94–1,00) en 1944. Pour les personnels d'anesthésie, cette probabilité est de 0,40 (IC 95 % : 0,15–0,74) en 1968. Pour chaque élément de la tenue, à l'exception des gants, les personnels de chirurgie et d'anesthésie en sont porteurs à une fréquence de 100 % après 1950.

Au-delà des arguments médicaux indéniables, le port de telle ou telle partie de l'habillement peut recouper des us ou des distinctions professionnelles qui n'échappent pas bien sûr à la sociologie générale.

Références

- [1] Hamilton A. Dissemination of streptococci through invisible sputum: in relation to Scarlet fever and sepsis. *JAMA* 1905;64:1108–11.
- [2] Weaver G. The value of the face mask and other measures. *JAMA* 1918;70:76–8.
- [3] Meleney FL, Stevens FA. Postoperative haemolytic *Streptococcus* wound infections and their relation to haemolytic *Streptococcus* carriers among operating personnel. *Surg Gynecol Obstet* 1926;43:338–42.

Marc Gentili
Rennes

■ L'éternelle question

Johnson RL, Kopp SL, Burkle CM, Duncan CM, Jacob AK, Erwin PJ, et al. Neuraxial vs general anaesthesia for total hip arthroplasty: a systematic review of comparative effectiveness research. *Br J Anaesth* 2016;116:163–76.

La littérature médicale en générale et anesthésique en particulier est traversée de questions récurrentes qui font l'objet de polémiques liées à des résultats contradictoires. Le choix de la « meilleure » technique d'anesthésie pour la chirurgie de la hanche et du genou et en particulier pour la mise en place de prothèse totale est un éternel débat qui oppose les tenants de l'anesthésie locorégionale et ceux de l'anesthésie générale. Jusqu'ici le combat s'est soldé par

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5563378>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5563378>

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