

Highlight anniversaire: anesthésiologie

Anesthésie et sécurité: gestion des voies aériennes et mortalité postopératoire en ligne de mire

Prof. Dr méd. Thomas Heidegger^{a,b}, Prof. Dr méd. Frank Stüber^b

^a Département Anästhesie, Spital Grabs, Grabs; ^b Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital Bern, Universitätsspital Bern, Bern

Le développement de l'anesthésie au cours des 20 dernières années a permis de réduire la mortalité intra-opératoire à un niveau remarquablement bas, et ce malgré que les patientes et patients à prendre en charge soient devenus de plus en plus âgés. Afin de réduire encore davantage ces chiffres, l'accent doit avant tout être mis sur la gestion des voies respiratoires et la phase postopératoire.

Contexte

En 2005, une étude cas-témoins inédite réalisée aux Pays-Bas a été publiée sous le titre «Impact of anesthesia management characteristics on severe morbidity and mortality». Dans cette étude, les données relatives à 870 000 personnes anesthésiées dans le cadre d'une intervention chirurgicale ont été collectées [1]. L'incidence effroyablement élevée de la mortalité jusqu'à 24 heures après l'opération était de 8,8 pour 10 000 anesthésies.

Les facteurs suivants étaient associés de manière statistiquement significative à une diminution du risque:

- Vérification et documentation de l'équipement (appareils, matériel et médicaments)
- Médecin anesthésiste immédiatement disponible pendant toute l'opération
- Pas de changement de cette personne pendant l'anesthésie en cours, présence d'une infirmière ou d'un infirmier anesthésiste à plein temps
- Disponibilité immédiate d'une ou d'un deuxième spécialiste lors du réveil
- Antagonisation du blocage neuromusculaire et traitement adéquat de la douleur postopératoire.

Grâce à la mise en œuvre systématique d'un grand nombre de ces mesures simples, la mortalité exclusivement due à l'anesthésie a pu être réduite à un niveau très bas dans de nombreux endroits au cours des dernières années [2]. Concrètement, cela signifie que chez les patientes et patients par ailleurs en bonne santé, le nombre de décès dus à l'anesthésie s'élève à moins d'un sur 100 000 anesthésies. Cela est étayé par le fait qu'au cours des 20 dernières années, des personnes de plus

en plus âgées et souffrant de plus de comorbidités ont fait l'objet d'anesthésies et que la mortalité intra-opératoire a malgré tout pu être considérablement réduite.

Gestion des voies aériennes

La gestion des voies aériennes (difficiles) fait sans aucun doute partie des compétences clés des anesthésistes praticiens. Il est dès lors surprenant que le niveau de sécurité dans ce domaine puisse – et doive – encore être amélioré. Malgré l'introduction de normes de surveillance (oxymétrie de pouls, capnographie), les innovations techniques (masque laryngé, intubation par fibre optique, vidéolaryngoscopie), l'organisation d'ateliers, etc., les complications respiratoires graves restent la cause la plus fréquente de décès purement liés à l'anesthésie ou de lésions cérébrales graves [2]. Une analyse de cohorte prospective sur les «major and minor airway management complications», qui a été réalisée dans un centre universitaire aux Pays-Bas en 2016, a montré que des complications respiratoires graves sont survenues dans un cas sur 117: décès, lésions cérébrales, nécessité d'une intervention chirurgicale au niveau des voies respiratoires et séjour non planifié dans une unité de soins intensifs en raison d'un incident respiratoire [3]. La plus grande analyse au monde des complications respiratoires, le «Fourth National Audit Project. Major complications of airway management in the UK» [4], est parvenue à la conclusion que l'incidence réelle des complications graves était probablement jusqu'à quatre fois plus élevée que le chiffre de 1 sur 22 000 mentionné dans l'étude et qu'il fallait partir du principe que les



Thomas Heidegger



Frank Stüber

«near misses» (par ex. épisodes hypoxiques sévères qui n'ont pas entraîné de dommages) survenaient «régulièrement». Des données plus récentes issues d'analyses de cas de responsabilité civile clôturés en Allemagne et aux États-Unis [5, 6] le confirment également: «Current airway management – not good enough!» [7] (sous réserve de toutes les restrictions qu'impliquent les analyses rétrospectives de bases de données).

Une gestion sûre des voies aériennes repose finalement sur une combinaison de facteurs associant évaluation préopératoire (identification des facteurs de risque), planification stratégique et procédure routinière à l'aide d'un algorithme, disponibilité d'un «plan for failure of your plan» (même la complication respiratoire la plus fréquente survient de manière inattendue!), présence des compétences nécessaires, ainsi qu'aptitudes décisionnelles et communicationnelles («human factors») [8].

Mortalité postopératoire

Bien que les taux de mortalité intra-opératoire purement liée à l'anesthésie (y compris la phase postopératoire immédiate) soient très faibles de nos jours – avec toutefois une gestion des voies aériennes qui peut encore être optimisée (voir ci-dessus) –, la mortalité post-opératoire, c.-à-d. la proportion des décès qui surviennent après le transfert hors du bloc opératoire ou de la salle de réveil, reste comparativement très élevée, s'élevant à 1–4% (0,5–1,2% pour les interventions électorales). Une étude publiée en 2017 dans le *Journal of the American Medical Association* a montré que la mortalité postopératoire à 30 jours était plus de cent fois supérieure à la mortalité intra-opératoire [9]. «Postoperative mortality is the major problem facing anaesthesia», a écrit l'auteur d'un éditorial paru dans le *British Journal of Anaesthesia* en décembre 2021 [10]. Et encore: «To put this in perspective, if the 30 days after surgery were considered a disease, it would be the third leading cause of death in the USA».

Afin d'améliorer globalement la sécurité des patientes et patients traités par chirurgie, le domaine de spécialité de l'anesthésie doit davantage porter son attention sur l'ensemble de la phase périopératoire et pas seulement sur la phase intra-opératoire. La mission de l'anesthésie a fondamentalement changé à cet égard au cours des 20 dernières années: du rôle de «simple» médecin anesthésiste à celui de «manager périopératoire du patient». Cela concerne entre autres le domaine de l'optimisation du risque cardiaque en tenant compte des biomarqueurs cardiaques [9] ou le rôle de l'anesthésiste dans le cadre du «patient blood management» [11].

En conséquence, le nom de notre société de discipline médicale a également été adapté: fin 2021, la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR) est devenue la «Swiss Society of Anaesthesiology and Perioperative Medicine» (SSAPM). Dans le même esprit, le domaine de la «préhabilitation», c.-à-d. la préparation optimale de la patiente ou du patient à l'opération – incluant l'entraînement physique, l'adaptation de l'alimentation, l'optimisation du taux d'hémoglobine préopératoire jusqu'au conditionnement psychologique et mental –, se développe comme une approche interdisciplinaire prometteuse pour améliorer le devenir des patientes et patients [12, 13].

L'intelligence artificielle ne peut pas remplacer les aptitudes manuelles

S'agissant de l'amélioration du devenir périopératoire, la question se posera également de savoir dans quel domaine concret et dans quelle mesure l'intelligence artificielle («artificial intelligence» [AI]) fera son entrée dans l'anesthésiologie à l'avenir [14]. Un point crucial sera de trouver le bon équilibre entre l'utilisation de l'AI et la perte potentielle d'expérience individuelle, de compétences décisionnelles et d'aptitudes manuelles. En ce qui concerne la sécurité et l'AI, et compte tenu du fait que l'anesthésie «pure» est très sûre, l'accent devrait ici aussi être avant tout mis sur la phase postopératoire, par exemple dans le sens d'une «event and risk prediction» ou d'une détection précoce des problèmes avant que l'évènement, par exemple une dépression respiratoire ou un problème circulatoire, ne se produise [15].

Conclusion

Le développement de l'anesthésie au cours des deux dernières décennies a permis de réduire la mortalité intra-opératoire à un niveau remarquablement bas, bien que les patientes et patients à soigner soient de plus en plus âgés et que leurs situations médicales deviennent donc de plus en plus délicates. Cependant, il existe encore aujourd'hui des lacunes de sécurité dans le domaine de la gestion des voies aériennes. Cela s'applique également à la phase postopératoire, au cours de laquelle la mortalité est plusieurs fois plus élevée que pendant l'opération.

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.09071>.

Correspondance:
Prof. Dr méd.
Thomas Heidegger
Département Anästhesie
Spital Grabs
Spitalstrasse 44
CH-9472 Grabs
thomas.heidegger[at]
srrws.ch