

# **Place de l'anesthésiste en périopératoire**

**Kamran SAMII**

**CHU Bordeaux, CH Mont de Marsan**

**Biarritz 25 juin 2017**

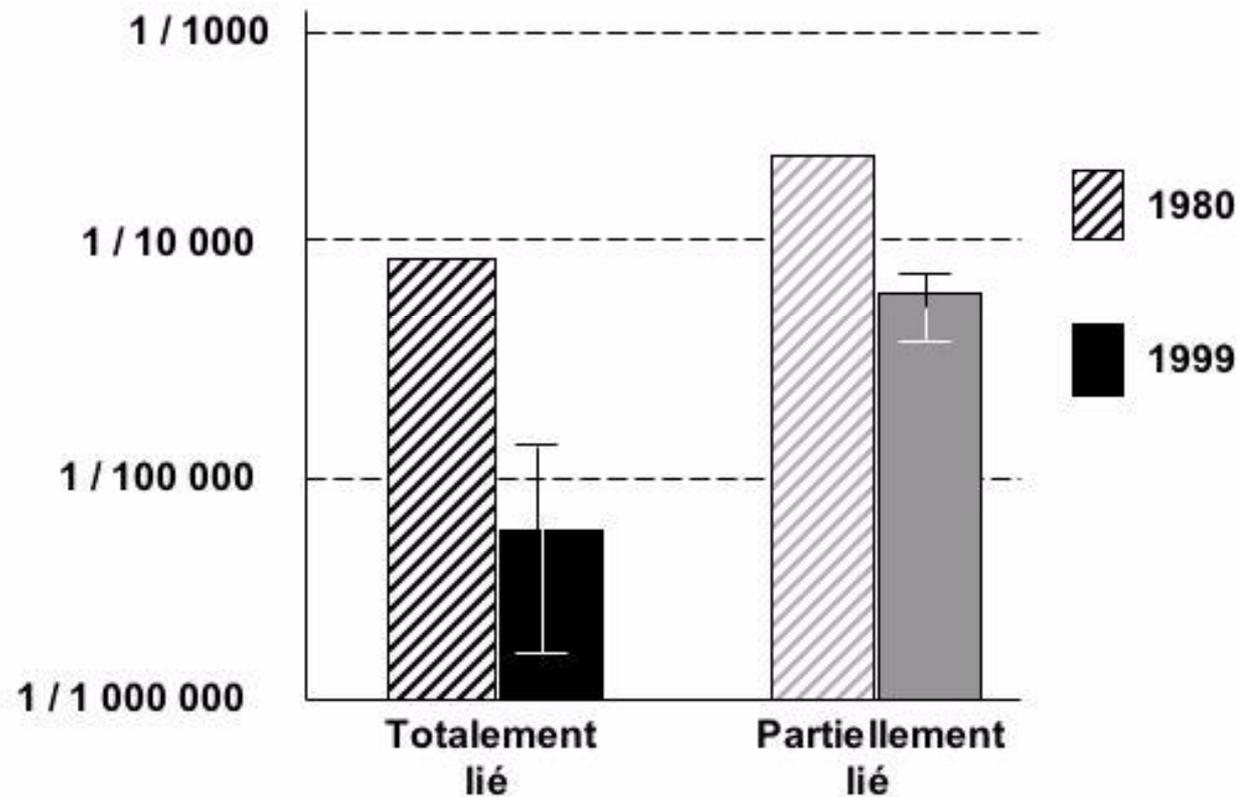
# Le préopératoire

Consultation = pierre angulaire mais..

- Chronophage pour nous:
  - Recueil des données
- Chronophage pour les patients:
  - télémédecine

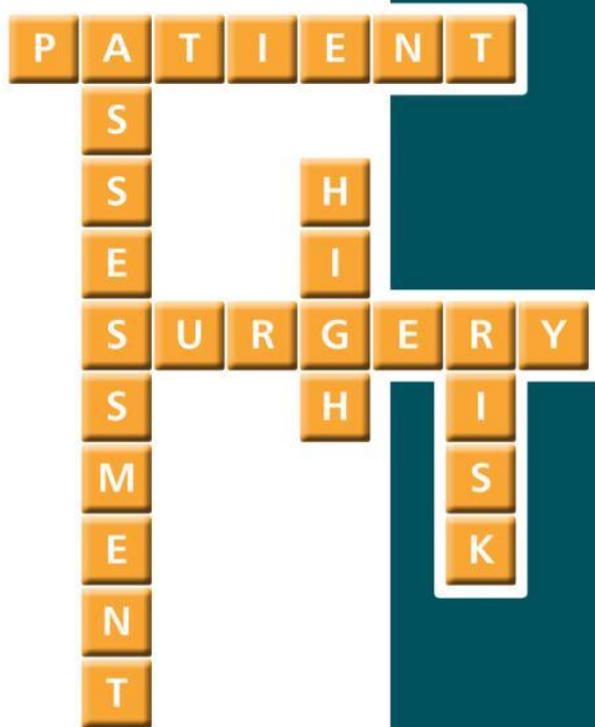
# **Le peropérateur**

# Evolution de la mortalité



*Lienhart A. SFAR 2003*

**Et plus tard que se passe-t-il?**



# Knowing the Risk

A review of the peri-operative care of surgical patients

# Study population

- All patients aged 16 or over undergoing inpatient surgery between 1<sup>st</sup> and 7<sup>th</sup> March 2010 inclusive
- Exclusions
  - Day cases
  - Obstetric
  - Cardiac
  - Transplant
  - Neurosurgery cases

# 30 day outcome

**Table 3.27 Outcome at 30 days post operation by risk**

	Risk	
30 day outcome	Low (%)	High (%)
Alive	10468	2503
Deceased	43 (0.4)	165 (6.2)
<b>Total</b>	<b>10511</b>	<b>2668</b>

**Mortalité per-opératoire**  
**1:140 000**

**mortalité postopératoire:**  
**1:250**

**Rapport 1/500**

**Postopératoire est un  
problème médical  
majeur**

**Peut-on la déléguer?**

**Réanimation?**

# Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study

Rupert M Peurse, Rui P Moreno, Peter Bauer, Paulo Pelosi, Philipp Meinitz, Claudia Spiess, Benoit Valleri, Jean-Louis Vincent, Andreas Hoeft, Andrew Rhodes, for the European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology\*

## Summary

**Background** Clinical outcomes after major surgery are poorly described at the national level. Evidence of heterogeneity between hospitals and health-care systems suggests potential to improve care for patients but this potential remains unconfirmed. The European Surgical Outcomes Study was an international study designed to assess outcomes after non-cardiac surgery in Europe.

**Methods** We did this 7 day cohort study between April 4 and April 11, 2011. We collected data describing consecutive patients aged 16 years and older undergoing inpatient non-cardiac surgery in 498 hospitals across 28 European nations. Patients were followed up for a maximum of 60 days. The primary endpoint was in-hospital mortality. Secondary outcome measures were duration of hospital stay and admission to critical care. We used  $\chi^2$  and Fisher's exact tests to compare categorical variables and the t test or the Mann-Whitney U test to compare continuous variables. Significance was set at  $p < 0.05$ . We constructed multilevel logistic regression models to adjust for the differences in mortality rates between countries.

**Findings** We included 46 539 patients, of whom 1855 (4%) died before hospital discharge. 3599 (8%) patients were admitted to critical care after surgery with a median length of stay of 1.2 days (IQR 0.9–3.6). 1358 (73%) patients who died were not admitted to critical care at any stage after surgery. Crude mortality rates varied widely between countries (from 1.2% [95% CI 0.0–3.0] for Iceland to 21.5% [16.9–26.2] for Latvia). After adjustment for confounding variables, important differences remained between countries when compared with the UK, the country with the largest dataset (OR range from 0.44 [95% CI 0.19–1.05;  $p = 0.06$ ] for Finland to 6.92 [2.37–20.27;  $p = 0.0004$ ] for Poland).

**Réanimation ne résout  
pas tous les problèmes**

**Prise en charge par  
autre médecin?**

# Hospitalists and anesthesiologists as perioperative physicians: Are their roles complementary?

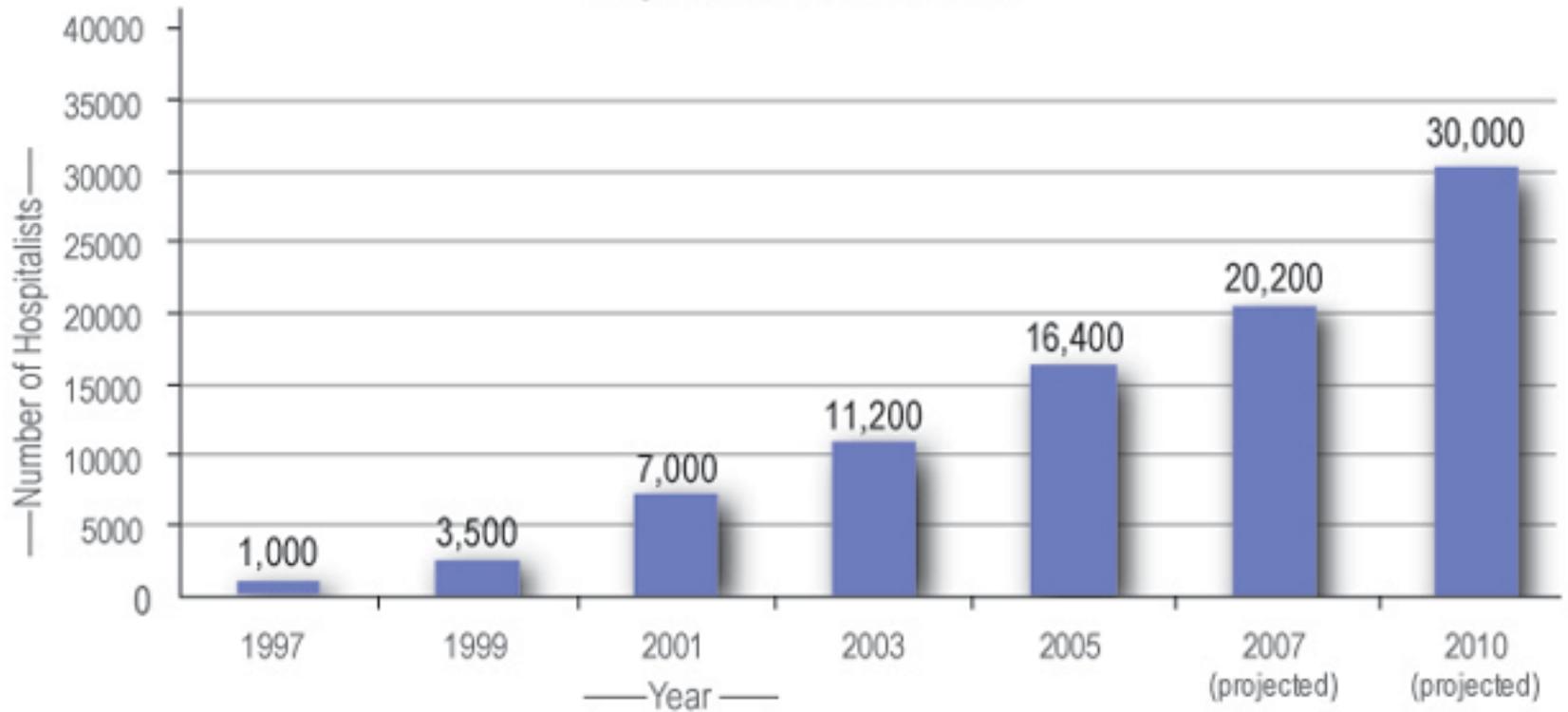
Adebola O. Adesanya, MD, and Girish P. Joshi, MD

*Proc (Bayl Univ Med Cent) 2007;20:140–142*



## Growth of Hospital Medicine

### Hospitalists in North America



# **Possible par un autre médecin**

Chirurgien: non en France

Généraliste ou « hospitaliste »

**Utile pour nous?**

## EDITORIAL I

### Perioperative medicine: the future of anaesthesia?

M. P. W. Grocott<sup>1,2,3\*</sup> and R. M. Pearse<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Anaesthesia and Critical Care Research Unit, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, CE93, Mailpoint 24, Level E, Centre Block, Tremona Road, Southampton SO16 6YD, UK

<sup>2</sup> Integrative Physiology and Critical Illness Group, Clinical and Experimental Sciences, University of Southampton, Southampton SO16 6YD, UK

<sup>3</sup> NIAA Health Services Research Centre, London WC1R 4SG, UK

<sup>4</sup> Intensive Care Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary's University of London, London EC1M 6BQ, UK

\* Corresponding author. E-mail: [mike.grocott@soton.ac.uk](mailto:mike.grocott@soton.ac.uk)

EDITORIAL I

**Perioperative medicine: the future of anaesthesia?**

M. P. W. Grocott<sup>1,2,3\*</sup> and R. M. Pearse<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Anaesthesia and Critical Care Research Unit, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, CE93, Mailpoint 24, Level E, Centre Block, Tremona Road, Southampton SO16 6YD, UK

<sup>2</sup> Integrative Physiology and Critical Illness Group, Clinical and Experimental Sciences, University of Southampton, Southampton SO16 6YD, UK

<sup>3</sup> NIAA Health Services Research Centre, London WC1R 4SG, UK

<sup>4</sup> Intensive Care Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary's University of London, London EC1M 6BQ, UK

\* Corresponding author. E-mail: [mike.grocott@soton.ac.uk](mailto:mike.grocott@soton.ac.uk)

surgery. We must conduct rigorous audit of outcomes<sup>1/</sup> and capitalize on opportunities to provide long-term benefit for all patients having surgery. If we duck this challenge, others will not, and anaesthetists risk being sidelined from the activities we trained for so many years to perform.

# **Médecine péri-opératoire**

**Pièges?**

- **Absence de règles du jeu**
- **« Petite main » du chirurgie**

**Nécessité d'une charte**

**Nécessité de procédures**

# Projet de règlement pour la prise en charge des patients chirurgicaux

## L'équipe d'anesthésie prend en charge.

- **L'analgésie** postopératoire.
- **La transfusion** sanguine
- Les soins médicaux liés au **terrain et les traitements spécifiques** (ex : AVK, antiagrégants plaquettaires, diabétologie, cardiologie...) en faisant si nécessaire appel à un spécialiste
- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe chirurgicale (mise en place et suivi du traitement)
- **L'antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe chirurgicale.
- Tout problème relevant de sa **compétence d'anesthésiste réanimateur**: troubles de diurèse, glycémie, pression artérielle, cognitifs, biologiques (protocoles à mettre en place)
- Les **consultations d'anesthésie** pour reprise chirurgicale, le chirurgien informant directement l'anesthésiste.
- Les effets secondaires ou indésirables en relation avec l'anesthésie réanimation.

### L'équipe chirurgicale prend en charge:

- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie (mise en place et suivi du traitement)
- **L'antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie.
- Les **problèmes chirurgicaux intercurrents** non liés au motif d'hospitalisation mais susceptibles de survenir au décours de l'hospitalisation (ex : syndrome abdominal aigu, ischémie aiguë...)
- Le dépistage d'éventuels problèmes médicaux intercurrents pendant l'hospitalisation du patient. Il peut les prendre en charge s'il le souhaite. Il ne fait appel à un spécialiste que par l'intermédiaire de **l'anesthésiste qui centralise** ainsi la prise en charge médicale des patients

### Les Prescriptions médicales :

- Lors de la visite préopératoire, l'anesthésiste reporte et valide l'ensemble des **traitements en cours du patient** sur le dossier informatique.
- Au cours de l'hospitalisation le **renouvellement des prescriptions et/ou sa modification** est assuré par l'équipe d'anesthésie.
- Lors de la sortie du patient, l'ordonnance de sortie est assurée par l'équipe chirurgicale.

### La **visite** des anesthésistes a lieu :

- Le matin : heure à préciser
- L'après midi : heure à préciser
- Le week end : heure à préciser
- Un système de pancarte ou informatisé permet à l'anesthésiste de connaître les patients à voir (sur demande chirurgicale ou IDE)

# Projet de règlement pour la prise en charge des patients chirurgicaux

## L'équipe d'anesthésie prend en charge.

- L'**analgésie** postopératoire.
- La **transfusion** sanguine
- Les soins médicaux liés au **terrain et les traitements spécifiques** (ex : AVK, antiagrégants plaquetaires, diabétologie, cardiologie...) en faisant si nécessaire appel à un spécialiste
- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe chirurgicale (mise en place et suivi du traitement)
- L'**antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe chirurgicale.
- Tout problème relevant de sa **compétence d'anesthésiste réanimateur**: troubles de diurèse, glycémie, pression artérielle, cognitifs, biologiques (protocoles à mettre en place)
- Les **consultations d'anesthésie** pour reprise chirurgicale, le chirurgien informant directement l'anesthésiste.
- Les effets secondaires ou indésirables en relation avec l'anesthésie réanimation.

## L'équipe chirurgicale prend en charge:

- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie (mise en place et suivi du traitement)
- L'**antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie.
- Les **problèmes chirurgicaux intercurrents** non liés au motif d'hospitalisation mais susceptibles de survenir au décours de l'hospitalisation (ex : syndrome abdominal aigu, ischémie aiguë...)
- Le dépistage d'éventuels problèmes médicaux intercurrents pendant l'hospitalisation du patient. Il peut les prendre en charge s'il le souhaite. Il ne fait appel à un spécialiste que par l'intermédiaire de l'**anesthésiste qui centralise** ainsi la prise en charge médicale des patients

## Les Prescriptions médicales :

- Lors de la visite préopératoire, l'anesthésiste reporte et valide l'ensemble des **traitements en cours du patient** sur le dossier informatique.
- Au cours de l'hospitalisation le **renouvellement des prescriptions et/ou sa modification** est assuré par l'équipe d'anesthésie.
- Lors de la sortie du patient, l'ordonnance de sortie est assurée par l'équipe chirurgicale.

## La **visite** des anesthésistes a lieu :

- Le matin : heure à préciser
- L'après midi : heure à préciser
- Le week end : heure à préciser
- Un système de pancarte ou informatisé permet à l'anesthésiste de connaître les patients à voir (sur demande chirurgicale ou IDE)

# Projet de règlement pour la prise en charge des patients chirurgicaux

## L'équipe d'anesthésie prend en charge.

- L'**analgésie** postopératoire.
- La **transfusion** sanguine
- Les soins médicaux liés au **terrain et les traitements spécifiques** (ex : AVK, antiagrégants plaquettaires, diabétologie, cardiologie...) en faisant si nécessaire appel à un spécialiste
- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe chirurgicale (mise en place et suivi du traitement)
- L'**antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe chirurgicale.
- Tout problème relevant de sa **compétence d'anesthésiste réanimateur**: troubles de diurèse, glycémie, pression artérielle, cognitifs, biologiques (protocoles à mettre en place)
- Les **consultations d'anesthésie** pour reprise chirurgicale, le chirurgien informant directement l'anesthésiste.
- Les effets secondaires ou indésirables en relation avec l'anesthésie réanimation.

## L'équipe chirurgicale prend en charge:

- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie (mise en place et suivi du traitement)
- L'**antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie.
- Les **problèmes chirurgicaux intercurrents** non liés au motif d'hospitalisation mais susceptibles de survenir au décours de l'hospitalisation (ex : syndrome abdominal aigu, ischémie aiguë...)
- Le dépistage d'éventuels problèmes médicaux intercurrents pendant l'hospitalisation du patient. Il peut les prendre en charge s'il le souhaite. Il ne fait appel à un spécialiste que par l'intermédiaire de l'**anesthésiste qui centralise** ainsi la prise en charge médicale des patients

## Les Prescriptions médicales :

- Lors de la visite préopératoire, l'anesthésiste reporte et valide l'ensemble des **traitements en cours du patient** sur le dossier informatique.
- Au cours de l'hospitalisation le **renouvellement des prescriptions et/ou sa modification** est assuré par l'équipe d'anesthésie.
- Lors de la sortie du patient, l'ordonnance de sortie est assurés par l'équipe chirurgicale.

## La **visite** des anesthésistes a lieu :

- Le matin : heure à préciser
- L'après midi : heure à préciser
- Le week end : heure à préciser
- Un système de pancarte ou informatisé permet à l'anesthésiste de connaître les patients à voir (sur demande chirurgicale ou IDE)

# Projet de règlement pour la prise en charge des patients chirurgicaux

## L'équipe d'anesthésie prend en charge.

- L'**analésie** postopératoire.
- La **transfusion** sanguine
- Les soins médicaux liés au **terrain et les traitements spécifiques** (ex : AVK, antiagrégants plaquettaires, diabétologie, cardiologie...) en faisant si nécessaire appel à un spécialiste
- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe chirurgicale (mise en place et suivi du traitement)
- L'**antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe chirurgicale.
- Tout problème relevant de sa **compétence d'anesthésiste réanimateur**: troubles de diurèse, glycémie, pression artérielle, cognitifs, biologiques (protocoles à mettre en place)
- Les **consultations d'anesthésie** pour reprise chirurgicale, le chirurgien informant directement l'anesthésiste.
- Les effets secondaires ou indésirables en relation avec l'anesthésie réanimation.

## L'équipe chirurgicale prend en charge:

- La prévention de la **maladie thromboembolique** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie (mise en place et suivi du traitement)
- L'**antibiothérapie** en collaboration avec l'équipe d'anesthésie.
- Les **problèmes chirurgicaux intercurrents** non liés au motif d'hospitalisation mais susceptibles de survenir au décours de l'hospitalisation (ex : syndrome abdominal aigu, ischémie aiguë...)
- Le dépistage d'éventuels problèmes médicaux intercurrents pendant l'hospitalisation du patient. Il peut les prendre en charge s'il le souhaite. Il ne fait appel à un spécialiste que par l'intermédiaire de l'**anesthésiste qui centralise** ainsi la prise en charge médicale des patients

## Les Prescriptions médicales :

- Lors de la visite préopératoire, l'anesthésiste reporte et valide l'ensemble des **traitements en cours du patient** sur le dossier informatique.
- Au cours de l'hospitalisation le **renouvellement des prescriptions et/ou sa modification** est assuré par l'équipe d'anesthésie.
- Lors de la sortie du patient, l'ordonnance de sortie est assurée par l'équipe chirurgicale.

## La **visite** des anesthésistes a lieu :

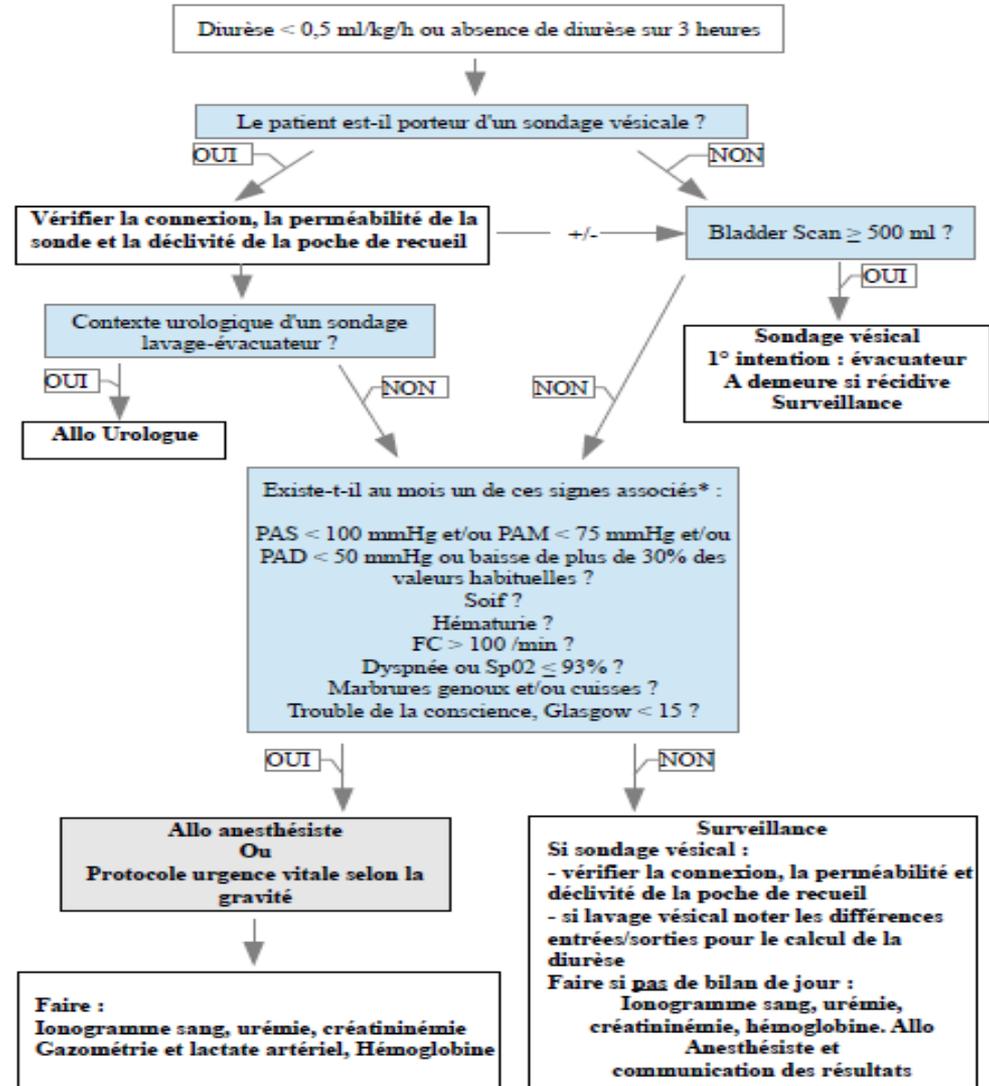
- **Le matin : heure à préciser**
- **L'après midi : heure à préciser**
- **Le week end : heure à préciser**
- **Un système de pancarte ou informatisé permet à l'anesthésiste de connaître les patients à voir (sur demande chirurgicale ou IDE)**

# Procédures IDE/MAR

T Garnaud, D Longrois

- Douleur/NVPO
- Oligurie
- Fièvre
- HTA, hypoTA
- Agitation
- Dyspnée, baisse SPO2

## Oligo Anurie



\*PAS, PAM, PAD : pression artérielle systolique, moyenne, diastolique  
FC : fréquence cardiaque  
SpO2 : oxymétrie

**Financement?**

# Surveillance continue

- 1 IDE/ 6 patients
- IGS 2 > 15 (sans âge)
- 260 €/jour privé
- 326 €/jour public



# **Ne pas nous endormir sur nos lauriers**

- Baisse mortalité per-opératoire
- Paiement à l'acte

# Les règles du jeu peuvent changer

- Baisse mortalité per-opératoire: **et le postop?**
- Paiement à l'acte: **paiement par pathologie**

# Médecine péri-opératoire

- Vrai problème médical
- Notre responsabilité
- Notre intérêt à moyen terme
- Faire charte
- Faire des procédures