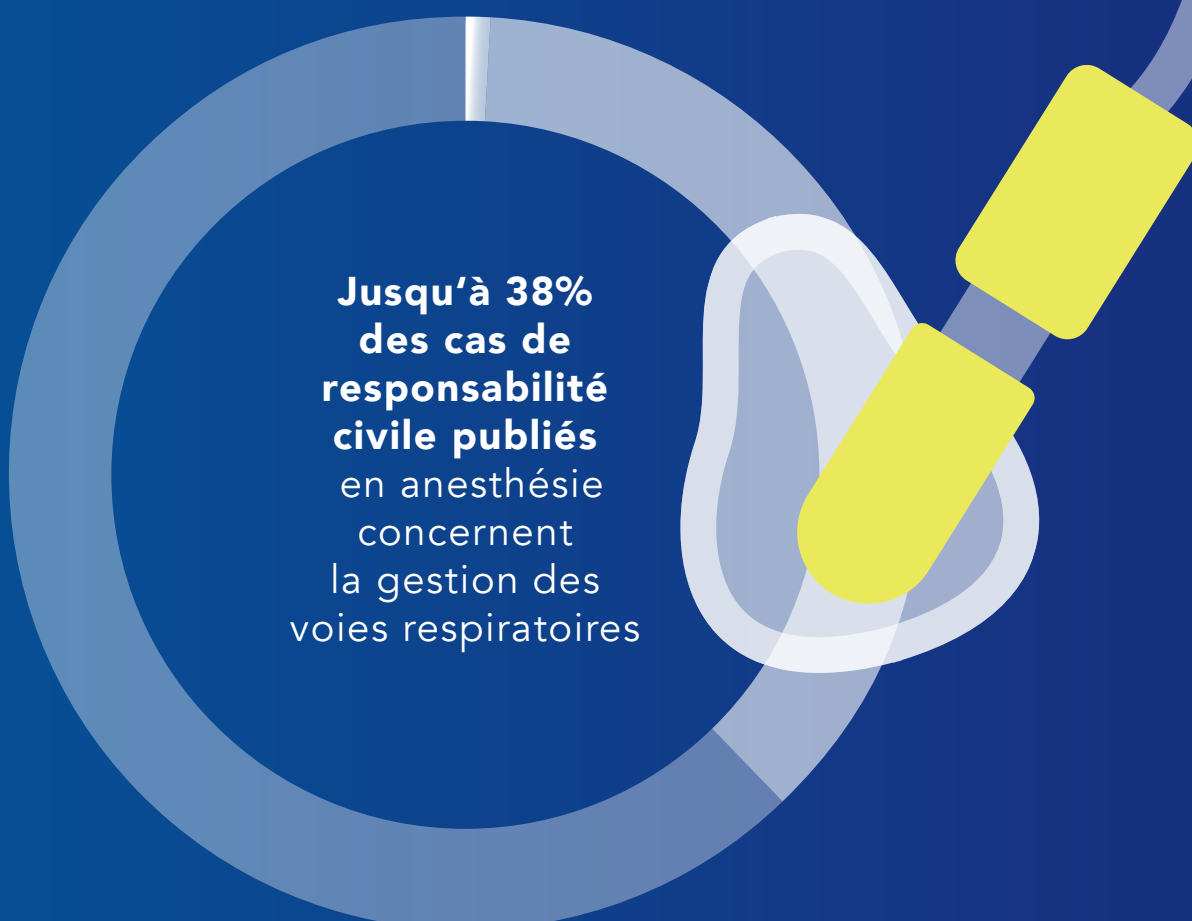


CONSIGNES DE SÉCURITÉ POUR LA GESTION DES VOIES AÉRIENNES

Les problèmes de gestion des voies aériennes sont la deuxième cause la plus fréquente d'incidents menant à des cas de responsabilité civile, après les procédures d'anesthésie régionales. La majorité de ces cas concerne des lésions des voies respiratoires, comme par exemple des lésions dentaires ou des luxations de l'articulation temporo-mandibulaire. Cependant, malgré l'amélioration de l'équipement, des complications graves surviennent encore, avec par exemple une mauvaise intubation, une intubation ou aspiration difficile.¹⁻⁷

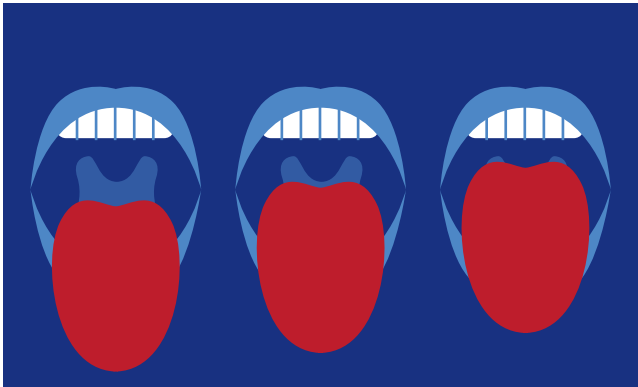
2 – 6 %
de complications graves (mauvaise
intubation, intubation ou aspiration difficile).



Jusqu'à 38%
des cas de
responsabilité
civile publiés
en anesthésie
concernent
la gestion des
voies respiratoires

Auteurs : Prof. Dr. C. Hofer, Prof. Dr. C. Czarnetzki, Prof. Dr. B. Rehberg-Klug, Dr. Ph. Schumacher

Support de la fondation



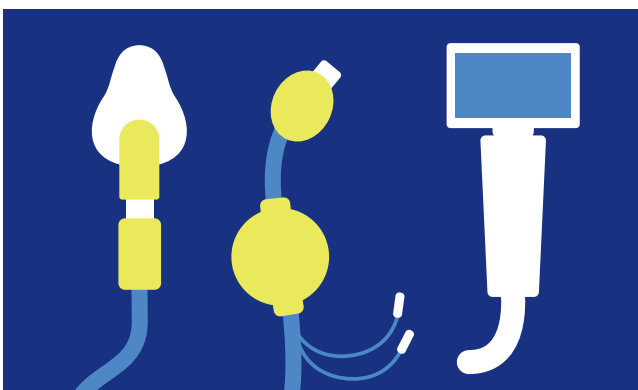
1. LA PRÉDICTION DE LA DIFFICULTÉ DES VOIES RESPIRATOIRES N'EST PAS TOUJOURS FIABLE

Malgré l'évaluation des voies respiratoires à l'aide des tests correspondants, des problèmes lors de l'induction de l'anesthésie avec ventilation au masque ou lors de l'intubation peuvent toujours survenir. C'est pourquoi tout professionnel pratiquant une anesthésie doit être préparé aux difficultés de gestion des voies aériennes.⁸⁻⁹



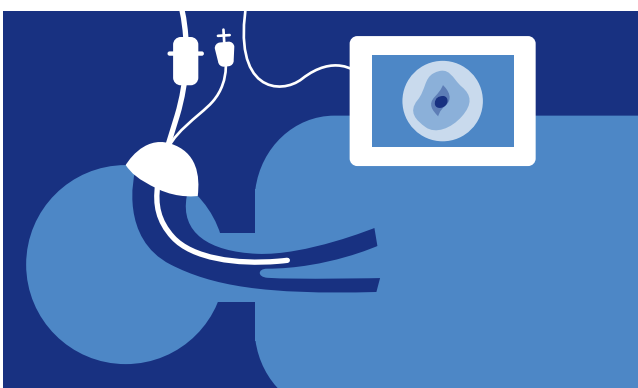
2. LES ALGORITHMES DE GESTION DES VOIES AERIENNES SONT ESSENTIELS

Des processus standardisés sont nécessaires pour une gestion sûre des voies respiratoires. Différents algorithmes ont été publiés. Dans chaque service d'anesthésie, un algorithme adapté aux conditions doit cependant être sélectionné et – comme pour la formation à la réanimation – être exercé en conséquence.¹⁰



3. MAÎTRISER L'ÉQUIPEMENT

Un grand choix de matériel et de techniques comme le masque laryngé, le combi-tube ou le vidéo-laryngoscope sont aujourd'hui disponibles. Ceux-ci sont utiles pour maîtriser les voies aériennes compliquées, mais tous ont leur propre méthode d'utilisation et peuvent également entraîner des complications. Il est important de faire un choix en connaissance de cause et qui permette une utilisation correcte.¹¹⁻¹³



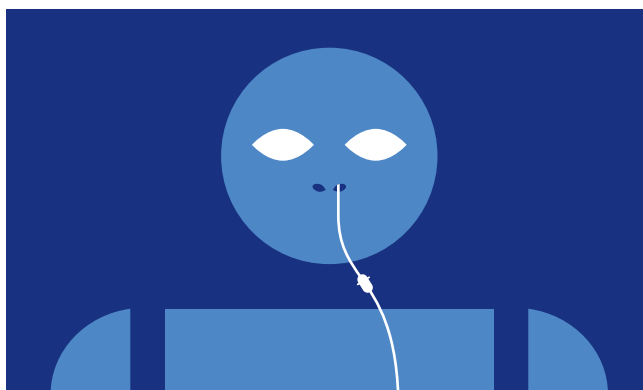
4. L'INTUBATION PAR FIBRE OPTIQUE EST INDISPENSABLE

La fibre optique est l'instrument le plus important pour une gestion sûre des voies aériennes et devrait être maîtrisée par chaque anesthésiste.^{11, 13}



5. SI POSSIBLE, PRÉOXYGÉNATION

Une préoxygénation correcte permet de gagner du temps lors de l'induction de l'anesthésie et de la gestion des voies aériennes. La protection contre l'hypoxie est ainsi nettement améliorée.¹⁴



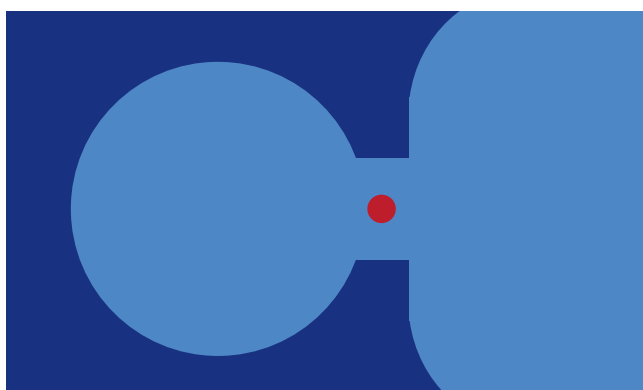
6. INTUBATION ÉVEILLÉE

Chez les patients qui ne sont pas à jeun et chez qui l'on anticipe une gestion des voies aériennes difficiles, une intubation en état d'éveil est nécessaire. La respiration spontanée maintenue avec une administration d'O₂ appropriée peut protéger contre l'hypoxie.¹⁵



7. DIFFICULTÉ INATTENDUE LORS DE L'INTUBATION SANS SITUATION D'URGENCE

S'il n'est pas possible d'intuber, mais que la ventilation au masque est possible, il n'y a pas d'urgence. Une procédure alternative peut être sélectionnée et utilisée dans le calme. Les tentatives d'intubation répétées font plus de mal que de bien. Laisser le patient se réveiller est toujours une option et, parfois, la plus judicieuse et la plus sûre.¹⁶⁻¹⁷



8. CANNOT INTUBATE – CANNOT VENTILATE

Dans la situation très rare «cannot intubate – cannot ventilate», il faut agir extrêmement rapidement et créer un accès invasif à la trachée afin d'éviter l'hypoxie imminente. Une technique doit être choisie, pratiquée et intégrée dans l'algorithme.¹⁸

Références

1. Domino KB, Posner KL, Caplan RA, Cheney FW. Airway injury during anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 1999; 91: 1703-1
2. Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, Posner KL, Lee LA, Cheney FW. Management of the difficult airway: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2005;103: 33-9
3. Hove LD, Steinmetz J, Christoffersen JK, Møller A, Nielsen J, Schmidt H. Analysis of deaths related to anesthesia in the period 1996-2004 from closed claims registered by the Danish Patient Insurance Association. *Anesthesiology* 2007;106: 675-80
4. Cook TM, Scott S, Mihai R. Litigation related to airway and respiratory complications of anaesthesia: an analysis of claims against the NHS in England 1995-2007. *Anaesthesia* 2010; 65: 556-63
5. Metzner J, Posner KL, Lam MS, Domino KB. Closed claims' analysis. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2011;25: 263-76
6. Schaffartzik W, Hachenberg T, Neu J. [Anaesthetic incidents – Airway management and injuries in anaesthesia – closed claims of the North German Arbitration Board]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2011; 46: 32-7
7. Ranum D, Beverly A, Shapiro FE, Urman RD. Leading Causes of Anesthesia-Related Liability Claims in Ambulatory Surgery Centers. *J Patient Saf* 2017 doi: 10.1097/PTS.0000000000000431. [Epub ahead of print]
8. Nørskov AK, Rosenstock CV, Wetterslev J, et al. Diagnostic accuracy of anaesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: a cohort study of 188 064 patients registered in the Danish Anaesthesia Database. *Anaesthesia* 2015 ;70: 272-8
9. Roth D, Pace NL, Lee A, Hovhannisyan K, et al. Airway physical examination tests for detection of difficult airway management in apparently normal adult patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: CD008874
10. Marshall SD, Pandit JJ. Radical evolution: the 2015 Difficult Airway Society guidelines for managing unanticipated difficult or failed tracheal intubation. *Anaesthesia* 2016; 71: 131-7
11. Alhomy M, Ramadan E, Curran E, Walsh SR. Videolaryngoscopy vs. fiberoptic bronchoscopy for awake tracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia* 2018 doi: 10.1111/anae.14299. [Epub ahead of print]
12. Lewis SR, Butler AR, Parker J, Cook TM, Smith AF. Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adult patients requiring tracheal intubation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD011136
13. Nicholson A, Smith AF, Lewis SR, Cook TM. Tracheal intubation with a flexible intubation scope versus other intubation techniques for obese patients requiring general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 1:CD010320
14. Nimmagadda U, Salem MR, Crystal GJ. Preoxygenation: Physiologic Basis, Benefits, and Potential Risks. *Anesth Analg* 2017; 124: 507-517
15. Law JA, Morris IR, Brousseau PA, de la Ronde S, Milne AD. The incidence, success rate, and complications of awake tracheal intubation in 1,554 patients over 12 years: an historical cohort study. *Can J Anaesth* 2015; 62: 736-44
16. Ott T, Truschinski K, Kriege M, Naß M, Herrmann S, Ott V, Sellin S.[Algorithm for securing an unexpected difficult airway: User analysis on a simulator]. *Anaesthesist* 2018; 67: 18-26
17. Xu Z, Ma W, Hester DL, Jiang Y. Anticipated and unanticipated difficult airway management. *Curr Opin Anaesthesiol* 2018; 31: 96-103
18. Tachibana N, Niiyama Y, Yamakage M. Incidence of cannot intubate-cannot ventilate (CICV): results of a 3-year retrospective multicenter clinical study in a network of university hospitals. *J Anesth* 2015 Jun;29(3):326-330. doi: 10.1007/s00540-014-1847-1. Epub 2014 May 27. PubMed PMID: 24861466.

FSPA

Fondation pour la
sécurité des patients
en anesthésie

SPSA / FSPA
info@spsa-fspa.ch
www.spsa-fspa.ch