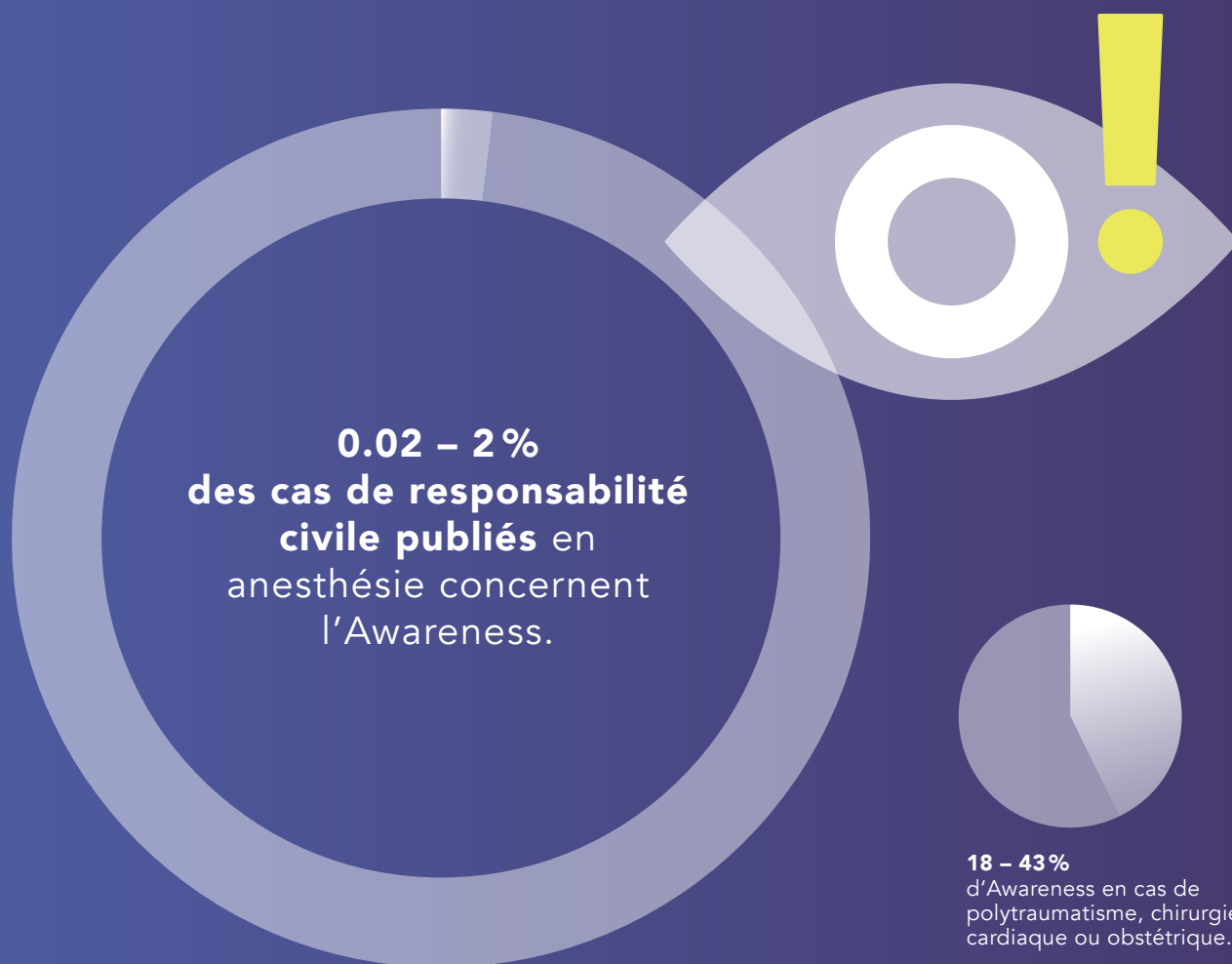


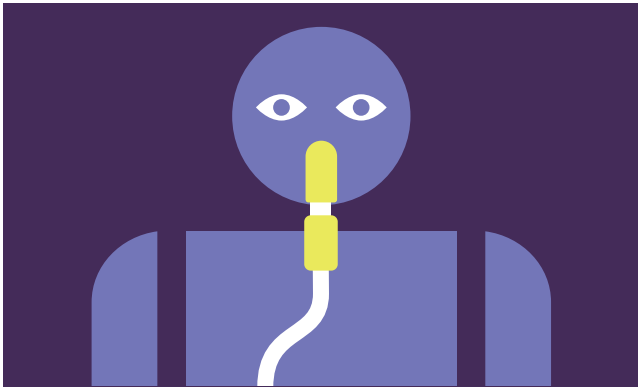
## CONSIGNES DE SÉCURITÉ POUR L'«AWARENESS»

Les patients sont très souvent préoccupés par le fait d'être éveillés – «aware» – pendant une intervention sous anesthésie générale. Cette crainte n'est pas totalement infondée, car malgré les méthodes d'anesthésie modernes et le monitoring correspondant, il y a toujours des cas d'«awareness» comme le prouvent les publications actuelles de responsabilité civile. Si l'incidence est globalement faible sur l'ensemble des patients anesthésiés, elle reste non négligeable en cas de polytraumatisme, de chirurgie cardiaque ou d'obstétrique.<sup>1-7</sup>



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

Support de la fondation



## 1. LA PEUR DE L'AWARENESS ET LES CONSÉQUENCES D'UNE AWARENESS

Une grande partie de nos patients redoute l'awareness (jusqu'à 50%). Lorsqu'une awareness se produit réellement, les conséquences sont parfois dramatiques: dans le cadre d'une étude à grande échelle, plus de 50% des patients ont fait état d'une réaction de stress aigu et jusqu'à 40% de ceux-ci ont souffert de divers troubles psychologiques de longue durée.<sup>8-10</sup>



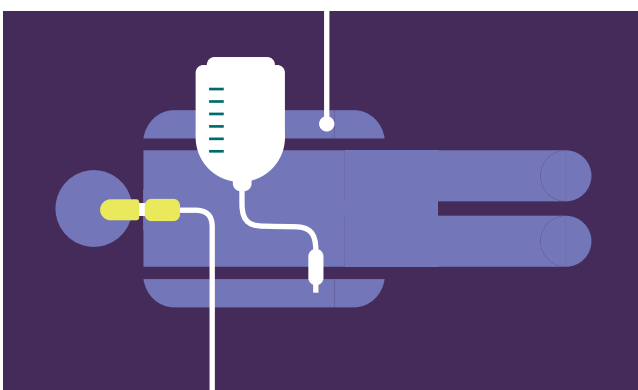
## 2. LE PATIENT COMME MONITEUR

Le meilleur moyen de surveiller la prise de conscience est le patient lui-même et ses réactions aux stimuli péri-opératoires. Comme seuls les patients non relaxés peuvent se faire remarquer, les myorelaxants doivent être évités dans la mesure du possible ou utilisés à la dose efficace la plus faible possible.<sup>11</sup>



## 3. MONITORING PAS NÉCESSAIREMENT FIABLE

Les anesthésistes doivent être prudents lors de l'évaluation de la profondeur de l'anesthésie basée sur l'EEG. Ce monitoring a une faible spécificité pour détecter une prise de conscience. L'évaluation de la profondeur de l'anesthésie doit être vérifiée et interprétée avec une prudence particulière lorsque la dose d'anesthésiant utilisée est faible.<sup>12-13</sup>



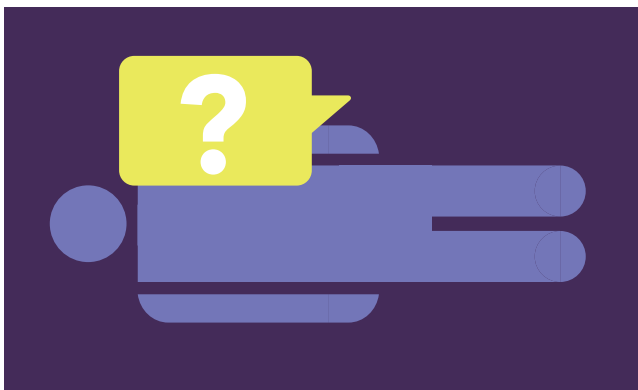
## 4. BIEN CONDUIRE L'ANESTHÉSIE

Une prémédication suffisante – si possible – et une concentration continue et suffisamment élevée d'anesthésiques volatiles ou intraveineux sont importantes pour éviter l'Awareness. Le bon fonctionnement des vaporisateurs et des pousse-seringues, de même que les voies d'administration doivent être contrôlés régulièrement pendant toute la durée de l'anesthésie.<sup>14</sup> Lors de l'utilisation d'anesthésiques par voie iv, il faut que le bras perfusé soit toujours visible et accessible.



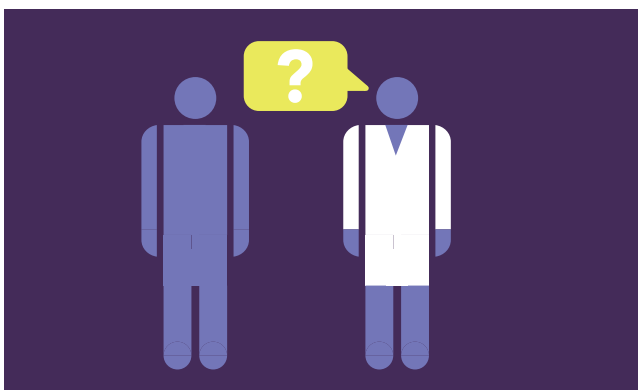
## 5. COMPORTEMENT CORRECT AU BLOC OPÉRATOIRE

La communication en salle d'opération doit être réduite au strict minimum. Par conséquent, aucune remarque au sujet du patient ne doit être faite. Le cas échéant, il est important de le rappeler au personnel. Même les patients qui ne bougent pas peuvent entendre et se souvenir plus tard de ce qui a été dit.<sup>11</sup>



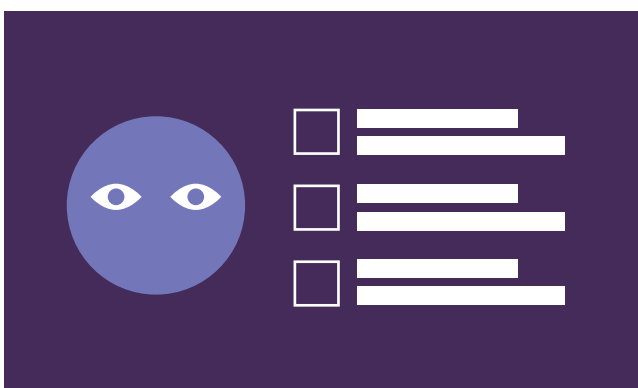
## 6. COMMENT GÉRER LES SUSPICIONS

En cas de suspicion clinique d'anesthésie superficielle, il est important de toujours en parler au patient ou à la patiente.<sup>14</sup>



## 7. DETECTION DE L'AWARENESS

Dans le cadre de la post-médication, il convient de demander explicitement au patient ce qui a été perçu durant l'opération. Si des événements per-opératoires sont mentionnés, la situation doit être discutée en détail.<sup>15-16</sup>



## 8. COMPORTEMENT APRÈS AWARENESS

En cas d'awareness, la première étape consiste à contrôler le protocole d'anesthésie. Outre un entretien de clarification avec le/la patient(e), une aide professionnelle par un psychiatre ou un psychologue doit être proposée. Le personnel impliqué (anesthésie/infirmière/chirurgien) et, selon la situation, le chef, la direction de l'hôpital et l'assurance responsabilité civile doivent être informés. Toute la phase d'hospitalisation doit être documentée en détail.<sup>17</sup>

## Références

1. Domino KB, Posner KL, Caplan RA, Cheney FW. Awareness during anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 1999;90: 1053-61
2. Mashour GA, Wang LY, Turner CR, Vandervest JC, Shanks A, Tremper KK. A retrospective study of intraoperative awareness with methodological implications. *Anesth Analg* 2009; 108: 521-6
3. Mehta SP, Eisenkraft JB, Posner KL, Domino KB. Patient injuries from anesthesia gas delivery equipment: a closed claims update. *Anesthesiology* 2013; 119: 788-95.
4. Xu L, Wu AS, Yue Y. The incidence of intra-operative awareness during general anesthesia in China: a multi-center observational study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53: 873-82
5. Kent CD, Posner KL, Mashour GA, Mincer SL, Bruchas RR, Harvey AE, Domino KB. Patient perspectives on intraoperative awareness with explicit recall: report from a North American anaesthesia awareness registry. *Br J Anaesth.* 2015;115 Suppl 1:i114-i121
6. Olivar H, Sharar SR, Stephens LS, Posner KL, Domino KB. Similar liability for trauma and nontrauma surgical anesthesia: a closed claims analysis. *Anesth Analg.*2012; 115: 1196-203.
7. Metzner J, Posner KL, Lam MS, Domino KB. Closed claims' analysis. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2011; 25: 263-76
8. Kent CD, Domino KB. Awareness: practice, standards, and the law. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2007; 21: 369-83
9. Ghoneim MM, Block RI, Haffarnan M, Mathews MJ. Awareness during anesthesia:risk factors, causes and sequelae: a review of reported cases in the literature. *Anesth Analg* 2009; 108: 527-35
10. Bruchas RR, Kent CD, Wilson HD, Domino KB. Anesthesia awareness: narrative review of psychological sequelae, treatment, and incidence. *J Clin Psychol Med Settings.* 2011; 18: 257-67
11. Largest ever study of awareness during general anaesthesia identifies risk factors and consequences for patients, including long-term psychological harm. *J Perioper Pract.* 2014; 24: 218
12. Kent CD, Mashour GA, Metzger NA, Posner KL, Domino KB. Psychological impact of unexpected explicit recall of events occurring during surgery performed under sedation, regional anaesthesia, and general anaesthesia: data from the Anesthesia Awareness Registry. *Br J Anaesth* 2013; 110: 381-7
13. Shepherd J, Jones J, Frampton G, Bryant J, Baxter L, Cooper K. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of depth of anaesthesia monitoring (E-Entropy, Bispectral Index and Narcotrend): a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2013; 17: 1-264
14. Cook TM, Andrade J, Bogod DG, Hitchman JM, et al. Royal College of Anaesthetists; Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia:patient experiences, human factors, sedation, consent, and medicolegal issues. *Br J Anaesth.* 2014; 113: 560-74
15. Mashour GA, Orser BA, Avidan MS. Intraoperative awareness: from neurobiology to clinical practice. *Anesthesiology.* 2011; 114: 1218-33
16. Radovanovic D, Radovanovic Z. Awareness during general anaesthesia--implications of explicit intraoperative recall. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2011; 15: 1085-9
17. Bischoff P, Rundshagen I, Schneider G. [Undesired awareness phenomena during general anesthesia: Evidence-based state of knowledge, current discussions and strategies for prevention and management]. *Anaesthesist.* 2015; 64: 732-9

# FSPA

Fondation pour la  
sécurité des patients  
en anesthésie

---

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