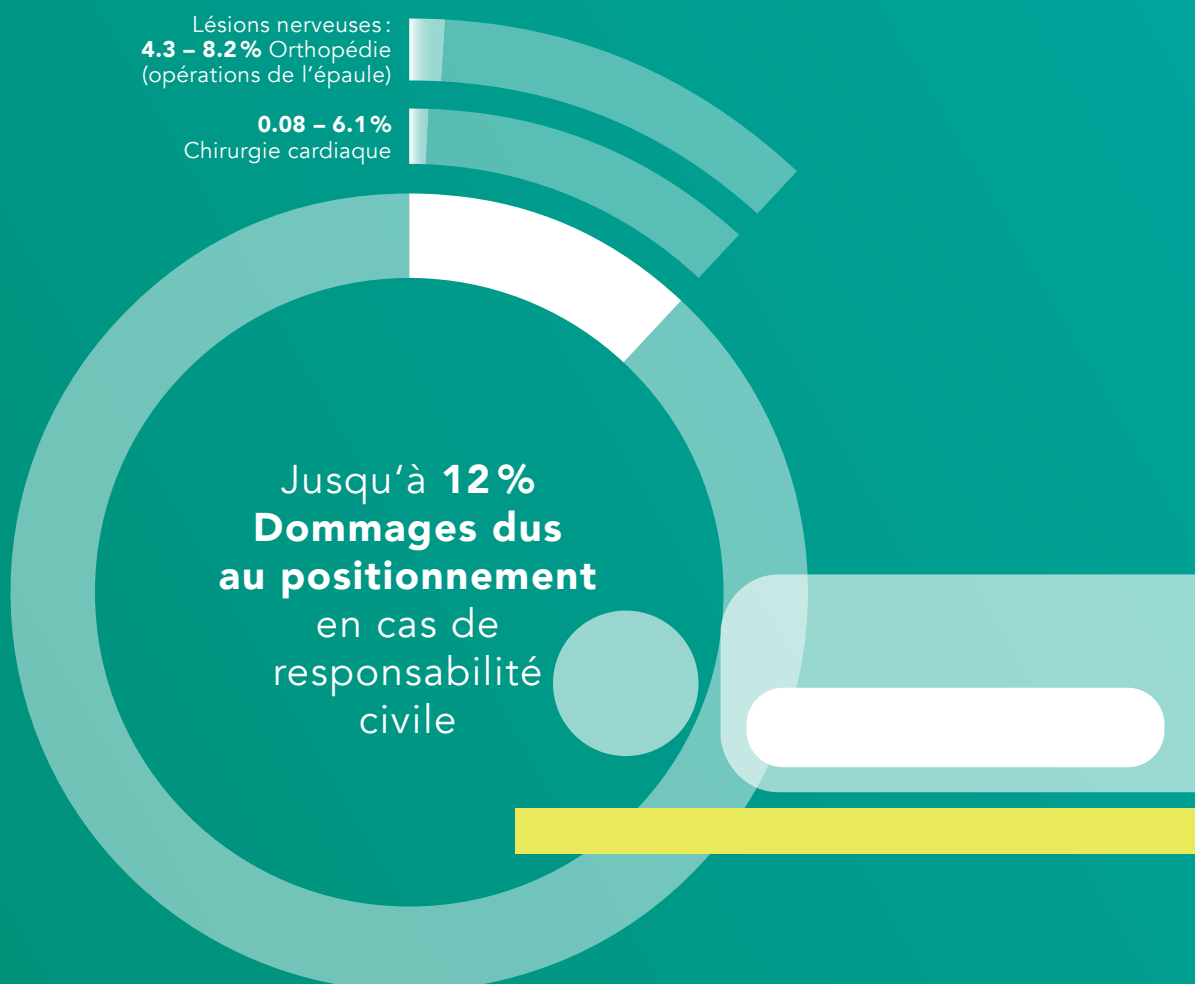


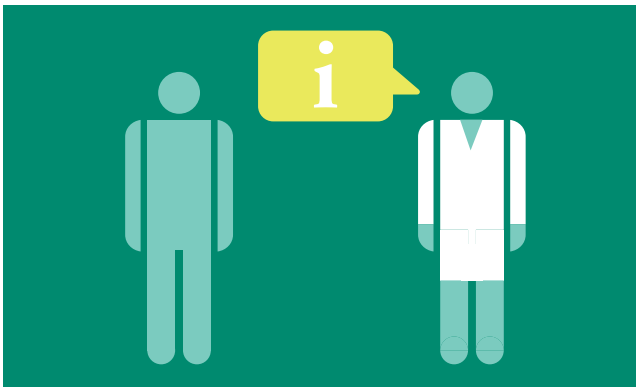
## CONSIGNES DE SÉCURITÉ POUR LA PRÉVENTION DES DOMMAGES LIÉS AU POSITIONNEMENT

Bien que les lésions dues au positionnement entraînent souvent des cas de responsabilité civile, on ne trouve que peu de données dans la littérature. Ceux-ci concernent principalement des lésions nerveuses, qui surviennent surtout lors d'interventions de chirurgie cardiaque et orthopédique. Afin d'éviter les lésions dues à la position, une position correcte pour l'opération et le/la patient(e) est impérative à tout moment dans le quotidien de la clinique.<sup>1-7</sup>



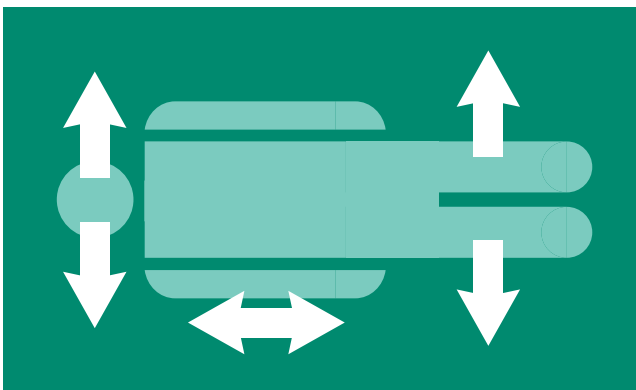
Auteurs : Prof. Dr. C. Hofer, Prof. Dr. C. Czarnetzki, Prof. Dr. B. Rehberg-Klug, Dr. Ph. Schumacher

Support de la fondation



## 1. INFORMATION SUR LES DOMMAGES LIÉS AU POSITIONNEMENT

Le/la patient(e) doit être informé(e) en conséquence, en particulier lors d'interventions majeures présentant un risque accru de lésions liées à la position, par exemple en chirurgie viscérale, orthopédique et cardiaque.<sup>8-10</sup>



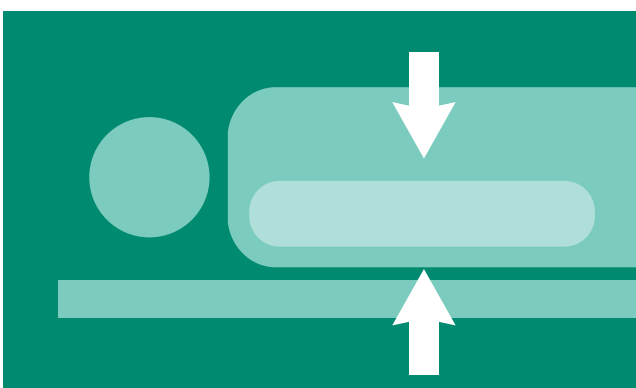
## 2. PLANIFICATION ET RÉALISATION D'UN POSITIONNEMENT EN ÉQUIPE

Le positionnement correct est une tâche d'équipe : le chirurgien est responsable du positionnement sur la table d'opération, qui peut être délégué à un personnel formé. L'anesthésiste vérifie, corrige et est responsable du positionnement correct de la tête et des membres pendant l'anesthésie.<sup>1</sup>



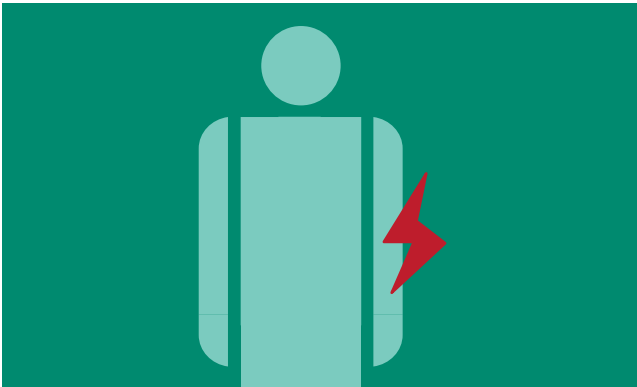
## 3. STANDARDISER ET PERSONNALISER LES SUPPORTS

Des instructions de travail standardisées («Standard Operating Procedures» - SOP) sont nécessaires pour tous les paliers. Ceux-ci doivent être adaptés à chaque patient lors de la planification de l'opération. En cas de position extrême (ex. prostatectomie/néphrectomie), les avantages et les inconvénients d'une anesthésie régionale doivent également être évalués et un monitoring invasif doit être indiqué.<sup>1,2,11</sup>



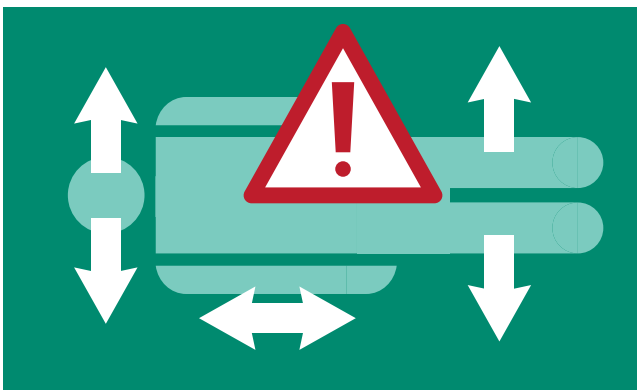
## 4. ÉVITER LES LÉSIONS DU PLEXUS

Un bras ne doit pas être positionné plus haut que la ligne de l'épaule et plus bas que le plan de la table d'opération. Un positionnement correct permet de réduire la traction sur le plexus pendant l'anesthésie.<sup>5,6,12</sup>



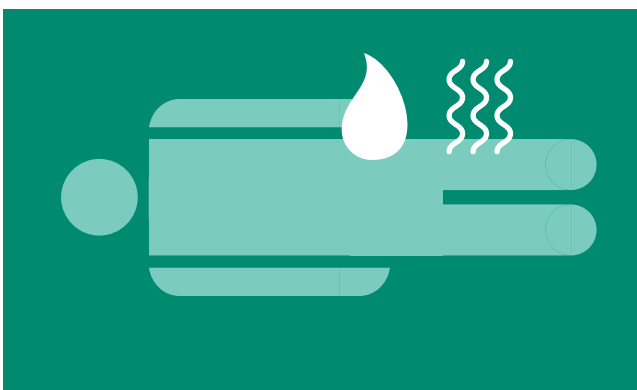
## 5. DOMMAGE DE POSITIONNEMENT MALGRÉ UN POSITIONNEMENT CORRECT

Même si le positionnement est correct, une lésion nerveuse peut survenir, surtout au niveau du nerf ulnaire. Les facteurs favorisants sont : une lésion nerveuse subclinique potentiellement préexistante, une hypotension peropératoire, l'utilisation de vasoactifs, une hypothermie ou une intervention de longue durée.<sup>13</sup>



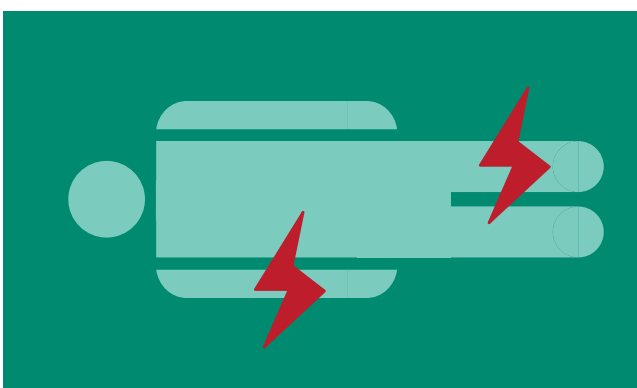
## 6. VÉRIFIER LA POSITION PEROPÉRATOIRE

D'éventuels glissements en peropératoire modifient la position du/de la patient(e). Il faut donc vérifier régulièrement le positionnement après chaque changement de position de la table d'opération. En cas d'intervention longue, il est parfois nécessaire d'interrompre les opérations et de soulager les extrémités.<sup>4,13</sup>



## 7. ÉVITER LES DOMMAGES CUTANÉS

Des brûlures peuvent être causées par des couvertures chauffantes, en particulier en cas d'ischémie. L'humidité au contact de la peau peut également entraîner des dommages. C'est pourquoi il faut contrôler la peau à chaque étape opératoire.<sup>1-4</sup>



## 8. PENSER AU SYNDROME DES LOGES

Les positions extrêmes (Trendelenburg, Antitrendelenburg, Beach-Chair) comportent un risque de perfusion réduite et d'ischémie. Éviter absolument les hypotensions ! En cas de fortes douleurs aux extrémités après une opération, il faut penser à un syndrome des loges potentiel et mesurer rapidement une pression des loges.<sup>15-16</sup>

## Références

1. Healy TE, Wilkins RG. Patient posture and the anaesthetist. *Ann R Coll Surg Engl* 1984; 66: 56-8
2. Kent CD, Stephens LS, Posner KL, Domino KB. What Adverse Events and Injuries Are Cited in Anesthesia Malpractice Claims for Nonspine Orthopaedic Surgery? *Clin Orthop Relat Res* 2017; 475: 2941-2951
3. Zengerink I, Reijman M, Mathijssen NM, Eikens-Jansen MP, Bos PK. Hip Arthroplasty Malpractice Claims in the Netherlands: Closed Claim Study 2000-2012. *J Arthroplast* 2016; 31: 1890-1893
4. Matsen FA 3rd, Stephens L, Jette JL, Warme WJ, Posner KL. Lessons regarding the safety of orthopaedic patient care: an analysis of four hundred and sixty-four closed malpractice claims. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: e201-8
5. Tuncali BE, Tuncali B, Kuvaki B, Cinar O, Doğan A, Elar Z. Radial nerve injury after general anaesthesia in the lateral decubitus position. *Anaesthesia*. 2005; 60: 602-4
6. Chui J, Murkin JM, Posner KL, Domino KB. Perioperative Peripheral Nerve Injury After General Anesthesia: A Qualitative Systematic Review. *Anesth Analg*. 2018; 127: 134-143
7. Fritzlen T, Kremer M, Biddle C. The AANA Foundation Closed Malpractice Claims Study on nerve injuries during anesthesia care. *AANA J* 2003; 71: 347-52
8. Biermann E. [Neurological complications caused by positioning from the legal viewpoint]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2003; 38: 491-5
9. Breen DT, Mahar PD, Batty LM, Rosenfeld JV. Implications for Australian anaesthetists and proceduralists of a recent court decision regarding informed consent and patient positioning. *Anaesth Intensive Care* 2014; 42: 11-4
10. Heimbach D, Weissauer W. [Legal aspects of injuries due to positioning of the patient in urology]. *Urologe A*. 2004; 43: 469-77
11. Bonnaig N, Dailey S, Archdeacon M. Proper Patient Positioning and Complication Prevention in Orthopaedic Surgery. *J Bone Joint Surg Am* 2014; 96: 1135-1140
12. Akhavan A, Gainsburg DM, Stock JA. Complications associated with patient positioning in urologic surgery. *Urology* 2010; 76: 1309-1
13. Ullrich W, Biermann E, Kienzle F, Krier C. [Damage due to patient positioning in anesthesia and surgical medicine (1)]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 1997;32: 4-20
14. Winfree CJ, Kline DG. Intraoperative positioning nerve injuries. *Surg Neurol* 2005; 63: 5-18
15. Zappa L, Sugarbaker PH. Compartment syndrome of the leg associated with lithotomy position for cytoreductive surgery. *J Surg Oncol* 2007; 96: 619-23
16. Mumtaz FH, Chew H, Gelister JS. Lower limb compartment syndrome associated with the lithotomy position: concepts and perspectives for the urologist. *BJU Int* 2002; 90: 792-9

# FSPA

Fondation pour la  
sécurité des patients  
en anesthésie

---

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