

Prévention du risque anesthésique lors des amygdalectomies et adénoïdectomies chez l'enfant

Point de vue de l'anesthésiste

Pr. Marie Claire LAXENAIRE

La contribution de l'anesthésie dans la mortalité et la morbidité des amygdalectomies et adénoïdectomies chez l'enfant est loin d'être négligeable, correspondant à 11 dossiers sur les 34 sinistres (30 %) déclarés au Sou Médical - Groupe MACSF entre 1997 et 2006, avec une mortalité de 60%. Il s'agit donc de complications graves, d'autant plus intolérables que la pathologie motivant l'acte anesthésique est bénigne et qu'elles sont survenues chez de jeunes enfants entre 2 et 4 ans, dont le risque anesthésique est très faible (classé ASA 1).

Parmi ces 11 dossiers, 6 concernaient des amygdalectomies (4 décès), et 5 des adénoïdectomies (3 décès et un coma végétatif chronique) ; Ces complications sont directement liées à des fautes dans la conduite de l'anesthésie générale et/ou dans la prise en charge post-opératoire en salle de surveillance post-interventionnelle. Elles n'ont pas de rapport avec le type de chirurgie pratiqué, la protection des voies aériennes (intubation naso-trachéale) ayant été systématique dans les 6 dossiers d'amygdalectomies. Il n'a par ailleurs pas été déclaré de complication respiratoire lors d'amygdalectomie au Sluder en ventilation au masque.

Concernant les 6 dossiers d'amygdalectomie, la complication a été rapportée pour 5 d'entre eux exclusivement à l'anesthésie : erreur dans la conduite de l'anesthésie (1 cas mortel rapporté à un surdosage anesthésique) et erreur de réanimation post-opératoire immédiate (4 cas de surcharge en sérum glucosé sans électrolyte induisant une hyponatrémie sévère avec intoxication par l'eau et oedème cérébral : 2 enfants sur les 4 cas sont décédés). Dans le 6ème dossier, l'anesthésie a une responsabilité partielle dans le décès : lors de la reprise chirurgicale pour hémorragie grave, l'induction de l'anesthésie n'a pas été adaptée à la circonstance d'urgence et s'est compliquée d'une régurgitation et inhalation bronchique de caillots sanguins déglutis, produisant une détresse respiratoire et surinfection bronchique sévère au delà de toute ressource thérapeutique.

Concernant les 5 dossiers d'adénoïdectomie, l'anesthésie est exclusivement impliquée dans la responsabilité de la complication : 2 cas de surdosage anesthésique (entraînant le décès dans un cas et un coma végétatif chronique dans l'autre cas), un cas de détresse respiratoire irréductible à l'induction (décès), un cas de spasme laryngé au réveil compliqué d'arrêt cardiaque à répétition (guérison), et un cas d'hémorragie chez un hémophile non diagnostiqué (erreur de dossier - guérison).

En analysant les causes de ces accidents anesthésiques, on s'aperçoit qu'elles sont toujours multifactorielles, à la fois erreur humaine et causes matérielles, touchant l'organisation, les procédures, la formation, les connaissances... Sont particulièrement à remarquer le rôle délétère joué par l'insuffisance de formation des équipes anesthésiques à la prise en charge pédiatrique, à l'origine de prescriptions non adaptées au petit enfant et à la méconnaissance de certaines pathologies induites retardant le traitement (ex. intoxication par l'eau). Parmi les autres causes on relève : absence ou insuffisance de surveillance per et post-anesthésique, médecin anesthésiste absent de la salle d'intervention, sous-estimation de la gravité des symptômes par le personnel de surveillance en salle de réveil et retard dans l'application du traitement, conditionnement anesthésique inadéquat en cas de reprise chirurgicale pour hémorragie, mauvaise prise en charge d'une détresse respiratoire et/ou cardiaque, dossier mal tenu, écriture illisible du médecin responsable d'une prescription dangereuse (mortelle) par l'infirmière... Chaque dossier analysé est riche d'enseignement et permet de proposer des mesures préventives.

Avant tout, lorsqu'on opère des petits enfants dans des services d'adultes comme cela est courant en chirurgie ORL, l'équipe anesthésique doit être formée à la pratique pédiatrique et doit entretenir régulièrement ses connaissances dans ce domaine . Des procédures de prise en charge de l'enfant sont nécessaires, le matériel et les structures pour l'anesthésie pédiatrique ayant été bien définies

par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (**Recommandations** faites en 2000 www.sfar.org). Un certain nombre de règlements et recommandations sur la sécurité anesthésique existent déjà. S'ils avaient été suivis, ils auraient évité certaines complications anesthésiques : décret sur l'organisation de l'anesthésie dans les établissements de santé (1994), décret de compétence des infirmier(e)s (2004), Recommandations de la Société d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) sur le rôle des infirmier(e)s d'anesthésie (1995). Récemment, la SFAR a réalisé une conférence d'experts sur l'anesthésie pour amygdalectomie (2006) dont le contenu devrait aider au mieux les anesthésistes pour une meilleure prise en charge des enfants en ORL.

La prévention des accidents devrait passer par une analyse régulière des dossiers de sinistres avec les professionnels concernés (Sociétés Savantes) pour qu'ils puissent réagir face à l'émergence de certains types graves d'accidents.

Cela revient à faire une gestion du risque à partir d'événements passés (a posteriori). En anesthésie, cette approche de la gestion du risque existe depuis très longtemps aux USA entre la Société Américaine d'Anesthésie (ASA) et les Compagnies d'Assurance. En France, l'analyse de certains dossiers d'accidents graves de l'anesthésie (dossiers clos), avec les instances représentatives de la spécialité, vient d'être instituée en début d'année 2007 par la Prévention Médicale et la Rédaction des Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation (AFAR). Les dossiers analysés et commentés sont publiés dans une nouvelle rubrique des AFAR intitulée "Cela n'arrive pas qu'aux autres", touchant ainsi un grand nombre de lecteurs anesthésistes qui alimentent par leurs commentaires la rubrique "lettre à la rédaction". L'objectif pédagogique est de faire réfléchir chacun à sa pratique, à la lumière de cas concrets, et la modifier en conséquence.