

EIAS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »

Mémorisation per opératoire

ANAMNÈSE

Mr X est pris en charge pour une colectomie droite. Il est âgé de 85 ans et présente plusieurs comorbidités (HTA et coronaropathie avec stents). Son bilan pré-opératoire est complet et rassurant, son traitement est correctement géré, la stratégie anesthésique a été définie: péridurale thoracique analgésique et anesthésie générale légère et titrée, pour préserver une hémodynamique satisfaisante. Au bloc opératoire, le programme

est particulièrement chargé ce matin là. Le patient est pris en charge par MAR1 et tout se déroule comme prévu: pose de la péridurale, dose test, début de la seringue électrique d'anesthésique local, anesthésie générale par propofol, remifentanil SE, cisatracurium et desflurane (hypnotique - morphinique - curare), avec intubation sans difficulté. L'intervention se déroule correctement, l'atmosphère se détend, chacun raconte sa petite anecdote du week-end et parle de ses dernières occupations. En particulier CHIR vante la prestation de son fils, saxophoniste, lors de la dernière fête de l'école. Un génie, sans aucun doute, tout son père !

QUE S'EST IL PASSÉ ?

Il est 12h30 et l'IADE qui court de salle en salle se propose pour relayer MAR1 afin de lui permettre de se restaurer 30 mn. Une transmission rapide est faite, la situation est stable et sous contrôle. « Tu n'as rien à faire ». Cela tombe bien, IADE décide de débuter son remplissage de salle, toujours ça de moins à faire ce soir. Il fait donc le tour des tiroir, examine son environnement et réalise que la cuve d'halogéné (Desflurane) est presque vide. Il décide fort logiquement de la remplir, coupe les gaz, rempli la cuve et... répond à ce foutu téléphone qui n'arrête pas de sonner. « Pourquoi as-tu relayé MAR1?» lui lance MAR2, « j'ai un programme de dingue qui s'enchaîne et j'ai pas mangé, alors que son intervention va encore durer une heure! ». Pas facile d'être IADE! « Je te relaie dès que possible, désolé. » Agacé l'IADE retourne à sa liste de plein... MAR1 revient du self. « tout va bien, je me sauve relayer MAR2 qui fait son hypoglycémie... ». MAR1 remarque quelques minutes plus tard une tachycardie et une augmentation progressive de la tension artérielle. Il interroge le chirurgien, observe le patient, analyse les courbes de monitorage et découvre une fraction expirée de Desflurane basse (MAC 0,1). Il constate rapidement que la cuve de Desflurane est fermée, la réouvre et re-sature le circuit, interroge son IADE (encore ce téléphone!) qui s'excuse platement. Au réveil, Mr X va très bien, il n'a pas mal et reprend vite ses esprits. Il s'interroge et relate un rêve, non, une expérience, bref un truc bizarre: il ne pouvait pas bouger, n'avait pas mal, mais entendait distinctement son chirurgien. Si, si, je vous jure, d'ailleurs il parlait de saxophone et d'une fête d'école où son fils tenait la vedette... Pendant environ dix minutes.



ANALYSE DU DÉCLARANT AVEC L'EXPERT DU CFAR

Conséquences : MAR1 rattache rapidement ce rêve trop explicite à une mémorisation per-opératoire, d'autant qu'il connaît la cause: l'arrêt de l'hypnotique halogéné. Le patient s'est réveillé durant l'intervention, ne pouvait pas se manifester (curarisé), n'avait pas mal (grâce à la péridurale efficace). Le patient est rapidement informé des faits et le sera à plusieurs reprises durant son séjour, il ne présente aucune séquelle psychologique et n'en veut pas à l'équipe (« vous êtes certain? c'était un rêve... »).

EIAS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »



Mémorisation per opératoire

ANALYSE DU DÉCLARANT AVEC L'EXPERT DU CFAR

- **Cause Principale** : Erreur médicamenteuse: arrêt de délivrance de l'hypnotique halogéné
- **Causes accessoires ou latentes** : Le patient et ses comorbidités orientent vers une anesthésie multimodale légère, davantage à risque de mémorisation per opératoire, non repérable du fait de la curarisation.
 - Tâches à accomplir: interruption de tâche lors de la préparation d'un médicament (appel téléphonique).
 - Environnement: charge de travail et pression de production
 - Organisation / Management: période de vulnérabilité (repas, changement d'équipe)
- **Barrière de récupération non efficace** : le midazolam non utilisé
- **Barrière d'atténuation efficace** : information patient
- **Barrière inefficace ou non réalisée** : La présence permanente d'un professionnel de l'anesthésie n'a pas été suffisante pour prévenir ce risque, du fait de la période de vulnérabilité avec changement d'équipe. Absence de monitorage de la profondeur d'anesthésie (BIS, Entropie,...) qui aurait pu alerter plus tôt l'équipe. Absence de recours per-opératoire à une benzodiazépine, lors de la découverte de l'arrêt de la cuve d'halogéné, qui aurait pu limiter la mémorisation.
- **Barrière efficace** : Surveillance clinique et monitorage alertant l'anesthésiste et permettant de trouver une réponse rapide pour limiter la durée de mémorisation et donc le risque de séquelle psychologique. Information claire et répétée auprès du patient pour dépister une séquelle psychologique et limiter le risque de conflit.
- **Axe d'amélioration** : Le monitorage de la profondeur d'anesthésie, même, s'il a davantage fait la preuve de son efficacité pour les anesthésies totales intra-veineuses, est un outil peu coûteux et simple d'utilisation.
- **Causes et facteurs favorisants** : Elle est liée à un problème d'administration des agents d'anesthésie (donc fréquemment évitable), favorisée par le recours à la curarisation qui ne permet pas de détecter des mouvements, se rencontre davantage chez le polytraumatisé, en cas de césarienne en urgence ou en cas de défaillance cardio-vasculaire (toute situation où la précarité hémodynamique incite à un allègement de l'anesthésie), en cas d'intubation difficile prévue, en cas d'anesthésie totale intra-veineuse (sans monitorage de la profondeur d'anesthésie). On la retrouve davantage en cas d'antécédent de réveil per-opératoire (risque multiplié par 5, existence d'une composante génétique évoquée non prouvée), de toxicomanie, de consommation chronique d'opioïdes, d'anti-épileptiques ou de benzodiazépines. Ce risque justifie une information particulière en cas d'Anesthésie Loco Régionale seule ou de sédation.
- **Conséquence potentielles** :
 - troubles du sommeil et cauchemars : 40%
 - irritabilité diurne : 17%
 - peurs d'anesthésies ultérieures : 20%

L'évolution vers un syndrome de stress post traumatique est possible (incapacité de bouger, sentiment de détresse et sentiment de panique sont les facteurs favorisants).

- **Diagnostic** : Le questionnaire de Brice permet d'affiner le diagnostic.
- **Information** : L'information du patient, impérative, doit lui apporter toutes les réponses à ses questions et vise à la rassurer. Une prise en charge psychologique précoce doit être systématiquement proposée pour limiter les conséquences à long-terme.
- **Prévention** : Le monitorage de la profondeur d'anesthésie est le moyen le plus efficace de prévenir le risque de mémorisation per-opératoire (mais il n'élimine pas complètement ce risque), en complément du monitorage de la curarisation et de la fraction expirée des halogénés. Le monitorage hémodynamique, indispensable, est malheureusement peu sensible et peu spécifique du réveil per-opératoire.

SYNTHÈSE DE L'EXPERT

La mémorisation per-opératoire est une complication sous estimée qui n'arrive pas qu'aux autres (1-2 pour 1000 anesthésies), alliant perceptions auditives et/ou tactiles, paralysie et/ou douleur (échelle de Michigan).