

Recommandations et standards pour l'analgo-sédation administrée par un non-anesthésiste

1. Mini-révision Avril 2018

Prof. Dr méd. Marco Zalunardo, Dr méd. Sebastian Krayer, Dr méd. Thomas Brunner, Prof. Dr méd. Bernhard Walder (SSAR); Prof. Dr méd. Peter Bauerfeind, Dr méd. Stefan Hartmeier, Dr méd. Tobias Ehmann (SSG); Prof. Dr méd. Peter Ammann, Dr méd. Daniel Weilenmann (SSC); Prof. Dr méd. A. Ludwig Jacob (SSVIR); PD Dr méd. Daniel Franzen, Prof. Dr méd. Christophe von Garnier (SSP)

Cette première mini-révision est basée sur la version originale du papier de consensus publié en 2016 dans le Swiss Medical Forum (Swiss Medical Forum 16: 969-972). La mini-révision a été développée en coopération entre la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR), la Société suisse de gastro-entérologie (SSG), la Société suisse de cardiologie (SSC), la Société suisse de radiologie vasculaire et interventionnelle (SSVIR) et la Société suisse de pneumologie (SGP).

Afin de faciliter la lecture, la forme masculine est utilisée. Il va de soi que la forme au féminin en fait partie. En cas de divergence: le texte allemand est la version de référence.

Introduction

De nombreuses interventions diagnostiques et thérapeutiques mini-invasives se pratiquent sous sédation ou analgésie pour alléger la douleur et le stress du patient, afin de le placer dans de bonnes dispositions et de permettre à l'intervenant de travailler dans les meilleures conditions possibles. Toutes les analgo-sédations ne pouvant être prises en charge par un spécialiste en anesthésiologie, la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation a élaboré conjointement avec des représentants légitimés des sociétés de discipline précitées un consensus établissant des recommandations et standards contraignants pour l'administration de l'analgo-sédation par un non-anesthésiste.

Au-delà du respect des exigences médicales et structurelles qui sont nécessaires, il est fondamental d'opérer une bonne sélection des patients. Le risque d'incident est avant tout lié à la méconnaissance des facteurs de risque propres au patient et seulement secondairement à une analgo-sédation trop profonde. La vie du patient pouvant cependant être mise en danger à tout moment, il faut prendre dans tous les cas des mesures suffisantes pour identifier une atteinte cardiopulmonaire ou une sédation trop profonde ainsi que pour répondre à la survenue d'une complication.

Les mêmes standards et recommandations s'appliquent en principe à l'utilisation pratique de l'analgo-sédation par des non-anesthésistes en cabinet et à l'hôpital, le milieu hospitalier permettant pour sa part de s'accorder avec le service d'anesthésie interne.

Conditions requises

- L'analgo-sédation administrée par un non-anesthésiste chez le patient ambulatoire au cabinet se limite à une profondeur de sédation programmée légère à modérée (= stade I - II, voir ci-dessous).
- Les procédures d'analgosédation en milieu hospitalier doivent être discutées et en accord avec les responsables du service d'anesthésie
- L'équipe intervenante est capable d'identifier et de traiter de manière adéquate des complications telles qu'une sédation trop profonde, une hypercapnie, une hypoxie ou une dépression de la fonction cardiaque chez le patient.
- En pratique clinique, les exigences de qualité structurelles et médicales doivent être pondérées en fonction de leur priorité et de leurs conséquences. Nous utilisons les termes ci-après dans le texte qui suit:

doit = standard exigé (= exigence minimale)

devrait = recommandé et vivement conseillé, en fonction des comorbidités du patient et du genre d'intervention

à disposition = à proximité de la place de travail, accessible et fonctionnel dans un délai raisonnable

Stades de sédation

La profondeur de la sédation correspond à un continuum allant de la sédation modérée chez un patient encore réveillable (stade II) à la sédation profonde avec perte de conscience du patient (stade III) et absence du réflexe de protection, et au passage à l'anesthésie générale (stade IV) avec absence de respiration spontanée.

Stade ^a		Etat de conscience	Réaction à la stimulation	respiration spontanée	Réflexe de protection	Circulation	Intervention
I	sédation minimale	réveillé	réaction normale à l'appel	non altérée	non altéré	non altérée	généralement aucune
II	sédation modérée	somnolent	réveillable, phase de réveil avec réactions normales à l'appel et stimulation tactile	suffisante, adéquate	non altéré	Généralement non altérée	généralement aucune
III	sédation profonde	stuporeux	non réveillable, réaction dirigée à la stimulation douloureuse	altérations escomptées	des altérations sont escomptées	généralement non altérée	contrôle de voies aériennes/ ventilation peut être nécessaire
IV	anesthésie générale	inconscient	absent ou non dirigé	insuffisante ou absente	aboli	généralement altérée	protection des voies aériennes

Tab1 (6)

Evaluation du risque

Les risques d'une analgo-sédation dépendent du degré de sédation et des comorbidités pertinentes du patient. Il est donc essentiel d'identifier les facteurs de risque favorisant la survenue d'un incident durant l'analgo-sédation. Une évaluation préalable du risque propre au patient s'appuyant sur l'étude du dossier, le recueil de l'anamnèse et un examen physique ciblé (paramètres vitaux) doit être réalisée et documentée.

Facteurs de risque

L'analgo-sédation est associée à un risque accru d'incidents chez les patients ayant les comorbidités suivantes:

- autres maladies ayant nécessité une hospitalisation
- maladie coronarienne avec angor
- pneumopathie significative, oxygène longue durée ou saturation O₂ <90% à l'air ambiant
- insuffisance cardiaque avec orthopnée
- obésité (IMC > 35)
- contre-indications à l'administration des sédatifs ou analgésiques correspondants

Un questionnaire à remplir par le patient peut renseigner sur la présence de tels facteurs de risque (voir annexe).

L'examen préalable doit de plus intégrer les facteurs de risque suivants en fonction de l'intervention programmée et de la méthode d'analgo-sédation:

- âge avancé (réduction des réserves organiques)
- déficits neuro-psychiatriques (coopération et communication)
- affections neuromusculaires
- anomalie ou pathologie crânio-faciale (voies aériennes difficiles)
- risque d'aspiration élevé (p.ex. iléus)
- syndrome d'apnée du sommeil sévère
- grossesse

Les risques de l'analgo-sédation doivent être pondérés différemment selon le type d'intervention et la compétence du médecin traitant. Condition préalable pour la sécurité des patients sont l'expérience et la routine suffisantes en analgo-sédation du clinicien, un suivi suffisant ainsi que l'infrastructure disponible permettant de détecter et d'éliminer en temps opportuns des problèmes du patient. En particulier pour les patients présentant un risque accru, ces exigences doivent être satisfaites, sinon l'analgo-sédation doit être effectuée par un anesthésiste.

Jeûne

Tous les patients devant subir une intervention avec analgo-sédation doivent être à jeun pour prévenir le risque d'aspiration (6 heures pour les solides et 2 heures pour les liquides clairs).

Qualité de structure

Locaux

L'agencement et l'équipement de la place de travail doivent être adaptés aux nécessités du patient et du médecin intervenant (éclairage, monitoring, matériel, moyens de communication pour solliciter une aide) et permettre également d'effectuer une réanimation. Un plan d'évacuation vers une institution médicale doit être prévu pour assurer la suite de la prise en charge des situations d'urgence.

Exigence en matériel d'anesthésie et équipement technique

doit = pulsoxymètre
 accès veineux
 apport d'oxygène (centralisé ou au moyen d'une bouteille d'oxygène)
 système de ventilation manuel avec raccord et réservoir d'oxygène
 système d'aspiration
 matériel d'intubation pression non invasive

devrait = ECG
 capnométrie
 mesure inductive de la fréquence respiratoire

à disposition = défibrillateur
 médicaments de réanimation

Un monitoring complémentaire tel que la capnographie peut faciliter la détection d'une dépression ventilatoire ou d'une apnée. et être utile au cas par cas. Tous les appareils doivent faire l'objet d'une maintenance régulière et leur fonctionnement contrôlé. Le stock de médicaments doit être contrôlé régulièrement quant à son intégralité et aux dates de péremption.

Personnel et compétence

- L'analgosédation tout comme la surveillance postinterventionnelle et le retour du contrôle des fonctions vitales est de la responsabilité du médecin prescripteur.
- Le médecin intervenant ne peut maîtriser simultanément l'intervention et l'analgo-sédation.
- Une personne spécialisée et qualifiée doit être dédiée à l'administration des sédatifs et analgésiques ainsi qu'à la surveillance du patient.
- Une autre personne qui connaît bien les lieux et la procédure doit pouvoir être jointe immédiatement et disponible rapidement pour apporter son assistance en cas de problèmes cardiopulmonaires du patient ou lorsque l'intervention présente des difficultés.
- Un membre de l'équipe chargée du traitement doit être en mesure de contrôler les voies aériennes et si besoin de ventiler.

Qualité de processus

- Une analgo-sédation devrait se dérouler selon un objectif déterminé de stade de sédation.
- Seuls les médicaments et procédures connus du personnel intervenant devraient être utilisés pour la pratique de l'algo-sédation au sein de l'institution.
- Une information doit être donnée sur l'algo-sédation.
- Le contrôle des voies aériennes et la restauration des fonctions vitales doivent être assurés à tout moment. Un algorithme d'urgence est disponible et connu.
- Tous les patients reçoivent un apport d'oxygène supplémentaire.
- Documentation des médicaments administrés (heure et dose), début et fin des actes et tenue d'un protocole des constantes vitales mesurées à intervalle de dix minutes au moins.
- Possibilité d'une surveillance après une analgo-sédation, ainsi que d'une prise en charge antalgique.
- Définition de critères de décharge chez le patient ambulatoire.

Information et consentement du patient

- Une information sur les mesures prévues y compris l'algo-sédation ainsi que les risques associés doit être documentée par écrit sur papier ou sous forme électronique.
- Les patients ambulatoires devraient être invités à respecter certaines règles de conduite pendant un délai raisonnable et s'abstenir par exemple d'utiliser des machines, de prendre une part active à la circulation ou de conclure un contrat.

Médicaments

- Le choix des médicaments est sous la compétence et la responsabilité du médecin intervenant.
- Des médicaments si possible de courte durée d'action et facilement maniables devraient être utilisés.

Surveillance post-intervention

La phase de récupération du patient doit se faire dans une salle appropriée avec monitoring (au minimum pulsoxymétrie).

Critères de décharge

- Le patient ne peut sortir que si ses fonctions vitales sont stables et qu'il se sent bien.
- Le médecin intervenant décide du moment de la sortie.
- Le patient devrait être raccompagné lors de son retour à domicile.
- Information du patient sur les complications susceptibles de survenir, en lui indiquant des coordonnées de contact. Ces informations doivent être remises par écrit.

Formation

- Les sociétés de discipline définissent un concept de formation pour la réalisation de l'analgo-sédation à l'intention des médecins et du personnel d'assistance de leur domaine.
- Les conditions cadres et les objectifs de la formation sont définis en collaboration avec la SSAR.
- La SSAR apporte son soutien aux sociétés de discipline pour la formation du personnel.
- Les médecins et le personnel d'assistance doivent suivre un entraînement périodique aux mesures d'analgo-sédation et de réanimation.

Littérature

1. Analgo-sédation: recommandations et standards de la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation, 2012. www.sgar-ssar.ch
2. Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Massnahmen bei Erwachsenen. Entschliessung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. *Anästh Intensivmed* 2010; 51: S598-S602
3. Riphaut A, Bitter H. S3 - Leitlinie Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie: Kurzfassung apparativer, personeller und struktureller Voraussetzungen und juristische Implikationen bei der Umsetzung. *Z Gastroenterol* 2012; 50: 407-410
4. Dumonceau J-M et al. European Curriculum for Sedation Training in Gastrointestinal Endoscopy: Position Statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA). *Endoscopy* 2013; 45: 496-504
5. Dumonceau JM, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, and the European Society of Anesthesiology guideline: non-anesthesiologist administration of propofol for GI endoscopy. *Endoscopy* 2010; 42: 960-974
6. Continuum of depth of sedation: Definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. Committee of Origin: Quality Management and Departmental Administration (Approved by the ASA House of Delegates on October 27, 2004, and amended on October 21, 2009)

Annexe: exemple de questionnaire à remplir par le patient

Questionnaire de santé avant un examen interventionnel sousanalgo-sédation

1. En dehors du problème actuel, souffrez-vous d'une maladie ayant nécessité un séjour à l'hôpital? Si oui laquelle? Oui Non
2. Lors d'un effort, êtes-vous plus essoufflé que les personnes de votre âge? Oui Non
3. Souffrez-vous d'une douleur à la poitrine lors d'un effort? Oui Non
4. Vous est-il difficile de rester complètement allongé pendant 30 minutes pour cause de douleurs ou de gêne respiratoire par exemple? Oui Non
5. Souffrez-vous d'allergies? (en particulier aux œufs ou au soja?) Si oui lesquelles? Oui Non
6. Prenez-vous des médicaments pour fluidifier le sang (anticoagulants)? Oui Non
7. Quel est votre poids? = Votre taille? =

Date

Signature