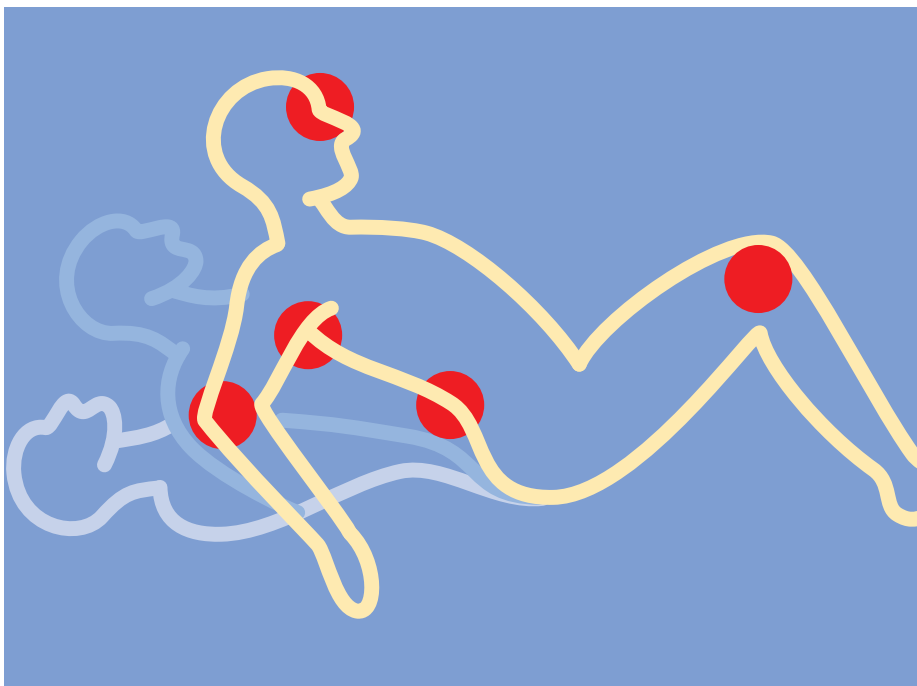




Lésions dues au positionnement du patient en période périopératoire

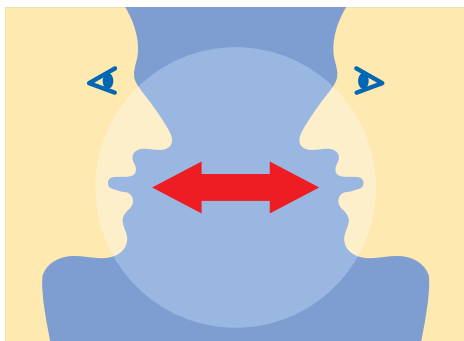
Causes – prévention – responsabilité



- Le positionnement correct d'un patient lors d'une intervention chirurgicale est une tâche importante et lourde de responsabilité car elle représente la condition préalable indispensable à la réussite de l'intervention. Alors que les lésions dues au positionnement représentent la deuxième cause des cas de responsabilité civile selon l'ASA Closed Claims Analysis, il est difficile de trouver des références dans la littérature et les données exactes concernant leur fréquence sont pratiquement inexistantes.
- Le chirurgien décide de la position du patient sur la table d'opération et en porte l'entière responsabilité. Il peut cependant déléguer cette tâche à une tierce personne comme par exemple un/une infirmier/ère formé/e à cet égard. Dans ce cas les responsabilités concernant la formation de cette tierce personne ainsi que la supervision de son travail doivent être clairement établies. Le médecin anesthésiste doit rendre ces personnes attentives aux possibles erreurs de positionnement et il doit surtout s'assurer du respect de ses besoins professionnels propres, concernant essentiellement le maintien des fonctions vitales du patient. Le chirurgien, au vu de ces considérations, décide du positionnement final et en porte l'entière responsabilité.
- Le médecin anesthésiste est responsable principalement du positionnement pendant la période d'induction et pendant la période de réveil. Il est aussi responsable du positionnement des extrémités et de la tête dans la mesure où il a besoin d'y avoir accès (application de médicaments, perfusion, entre autres) et il doit veiller à éviter les conflits d'intérêts selon les nécessités de l'intervention.

Référence:

Cheney FW et al. *Anesthesiology* 1999; 90: 1062-9
Weissauer W. *Anaesthesist* 2002; 51: 166-74; *Unfallchirurg* 2002; 38: 404-12
Biermann E. *AINS* 2003; 38: 491-5



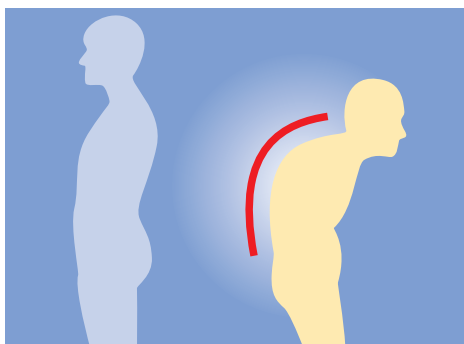
- **Le patient doit être informé de la possibilité d'une lésion nerveuse due au positionnement.**

Référence:

Ullrich W et al. AINS 1997; 32: 4-20

Kienzle F et al. AINS 1997; 32: 72-86

Cheney FW et al. Anesthesiology 1999; 90: 1062-9



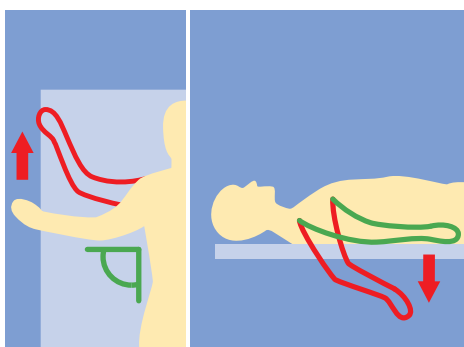
- **Planification et réalisation minutieuse du positionnement en fonction des facteurs de risque individuels.**

Référence:

Ullrich W et al. AINS 1997; 32: 4-20

Kienzle F et al. AINS 1997; 32: 72-86

ASA Task Force. Anesthesiology 2000; 92: 1168-82



- **Eviter les lésions de plexus nerveux. Ne pas placer le bras plus haut que la ligne de l'épaule ou plus bas que le niveau de la table d'opération. Si possible n'écartez qu'un bras.**

Référence:

Swenson JD et al. Anesth Analg 1998; 87: 677-80

Cheney FW et al. Anesthesiology 1999; 90: 1062-9

Warner MA et al. Anesthesiology 1999; 90: 54-9



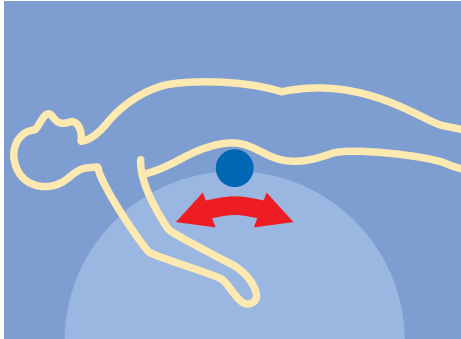
- **Même dans les cas de positionnement correct on peut observer parfois des lésions nerveuses : le plus fréquemment la lésion se situe au niveau du nerf ulnaire. Facteurs de prédisposition : lésion préexistante peu symptomatique, hypotension, usage de substances vasoactives, hypothermie etc.**

Référence:

Warner MA et al. Anesthesiology 1999; 90: 54-9

Stewart JD, Shantz SH. Can J Neurol Sci 2003; 30: 15-9

Nardin R et al. Arch Neurol 2005; 62: 271-5



- Dans le cas de positionnements extrêmes évaluer avec soin le pour et le contre d'une anesthésie régionale (par exemple prostatectomie radicale, hystérectomie, néphrectomie).

Référence:

Price DT et al. J Urol 1998; 160: 1376-8

Warner MA et al. Anesthesiology 2000; 93: 938-42

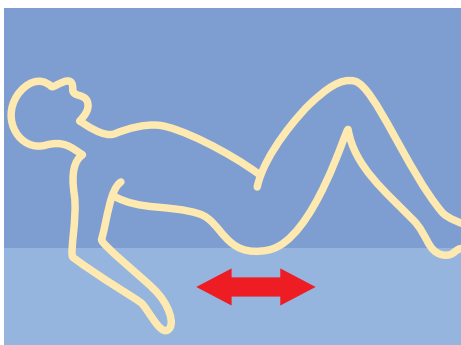


- Si la durée de l'opération dépasse environ six heures (statistiquement plus de problèmes) faire une pause et bouger les extrémités concernées.

Référence:

Warner MA et al. Anesthesiology 1994; 81: 6-12

Swenson JD et al. Anesth Analg 1998; 87: 677-80



- Suite à un glissement pendant l'opération la position du patient peut changer. C'est la raison pour laquelle il faut contrôler le positionnement du patient après chaque mouvement de la table d'opération.

Référence:

Price DT et al. J Urol 1998; 160: 1376-8



- Considérer la possibilité de brûlures dues à un matelas chauffant surtout dans les situations d'ischémie et de troubles de la circulation.

Référence:

Bräuer A et al. Anesth Analg 2004; 99: 1742-6

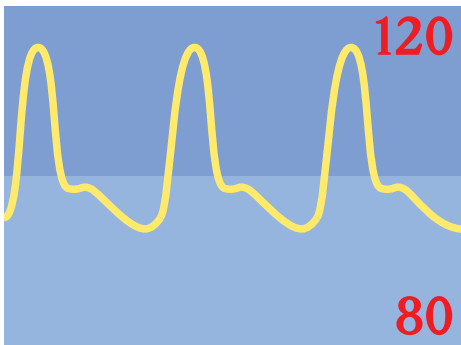
Neu J et al. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 2004; 98: 567-74

www.schlichtungsstelle.de/daten/fallbsp12.htm



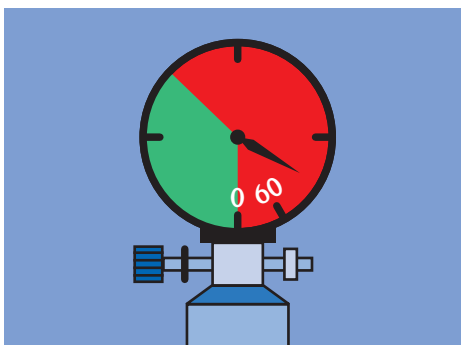
- **Ne pas laisser le patient sur une surface mouillée (Lésions cutanées dues aux désinfectants, matières fécales, urine etc).**

Référence:
SGAR Haftpflichtfälle Fall Nr. 30



- **Lors d'interventions de longue durée prendre en considération l'éventualité de mesurer la pression de façon invasive (Attention la manchette de mesure de la pression peut bouger. De trop fréquentes mesures de pression non invasive peuvent augmenter les dangers).**

Référence:
Lin CC et al. J Clin Anesth 2001; 13: 306-8
Salleh S et al. J Obstet Gynaecol 2005; 25: 814-5
SGAR Haftpflichtfälle Fall Nr. 87



- **En cas de fortes douleurs au niveau des extrémités penser au syndrome de loges ! (En cas de doute mesurer la pression dans la loge musculaire).**

Référence:
Wassenaar EB et al. Dis Colon Rectum 2006; 49: 1449-53
Beraldo S, Dodds SR. Dis Colon Rectum 2006; 49: 1772-80
Chow CE et al. Am Surg 2007; 73: 19-21

Soutiens à la Fondation et Sponsors



Editeurs

Fondation pour la sécurité des patients en anesthésie, c/o SGAR, Postfach, CH-3000 BERN 25, <http://www.sgar-ssar.ch/patientensicherheit/>
L'édition actuelle a été proposée par la commission des analyses des cas de responsabilité civile, elle a été réalisée par le **Dr. Thomas Lippuner**, Lucerne et le **Prof. Helmut Gerber**, Lucerne et elle a été adoptée (agrée) par la commission. La commission est composée des membres suivants : Dr. Beat Meister, Berne, Prof. Th. Pasch, Zurich, Prof. Karl Skarvan, Bâle, Prof. Hansjürg Schaer, Männedorf. Traduction : Dr. Corine Robert, Berne.
Graphisme : Lorenz Jaggi, www.consign.ch