



N° 10

02.10.2009

Quick-Alert

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

CIRRNET

«Anesthésie chez les patients porteurs d'un anneau gastrique»

Cas signalé à CIRRNET:

«Un patient obèse de 41 ans porteur d'un anneau gastrique implanté par laparoscopie devait se soumettre à une opération laparoscopique de hernie. L'anneau gastrique lui avait permis de perdre 18 kg en trois ans. Poids 104 kg, taille 168 cm. Initiation de l'anesthésie par morphine, propofol, Ultiva et Norcuron. Au cours de la ventilation sans problème par masque, on remarque la présence de liquide dans la bouche.»



Fig.1: Radiographie de l'estomac avec agent de contraste

Commentaire d'experts/discussion du problème:

L'œsophage peut fortement se dilater au-dessus d'un anneau gastrique, et former ainsi un réservoir de liquide régurgitable. Normalement, ce n'est pas associé à des symptômes. Si l'opération de mise en place de l'anneau gastrique remonte à plusieurs années, le patient oublie généralement d'en parler à l'anamnèse. Entre-temps, plusieurs cas d'aspirations en partie sérieuses sous anesthésie chez des patients avec anneau gastrique en place ont été signalés à la commission de la SSAR pour l'appréciation des incidents anesthésiques. Le problème semble gagner en importance avec la fréquence croissante des opérations bariatriques.

Ceci implique qu'il faut tenir compte de ce problème chez les patients porteurs d'un anneau gastrique, même pour les interventions périphériques sous anesthésie régionale.

Des pneumonies par aspiration sans anesthésie ont été décrites chez des patients porteurs d'un anneau gastrique.⁽¹⁾ Elles étaient dues à des complications tardives telles que déplacement de l'anneau gastrique, dilatation de la poche et dilatation de l'œsophage.

Une anesthésie par masque facial ou laryngé est fondamentalement inappropriée chez ces patients en raison du risque existant de régurgitations. À côté du risque d'aspiration, une ventilation par masque peut rencontrer des difficultés pour des raisons anatomiques chez les patients obèses.

Le procédé paraissant logique que l'on trouve décrit dans la littérature – consistant à décharger l'anneau gastrique de 1 à 2 ml et d'administrer une nourriture liquide avant l'opération – n'est malheureusement pas objectivé dans des études cliniques correspondantes. Les rapports de cas non plus ne sont pas utiles.⁽²⁾ Nous avons trouvé une seule étude comparative (Mittermair et.al., avec 68 patients).⁽³⁾ Chez la moitié des patients environ, l'anneau a été déchargé en préopératoire, avec remplissage en plusieurs séances sur une période de jusqu'à 3 mois après l'opération. On n'a observé aucune complication périopératoire pouvant être mise en rapport avec l'anneau gastrique. Par contre, la prise de poids a été significativement accrue dans le groupe avec déchargement préopératoire de l'anneau gastrique (15 kg vs 2 kg). Il a fallu jusqu'à trois mois pour le rétablissement complet du remplissage de l'anneau et jusqu'à six mois pour

Recommandations:

- Lors de l'initiation de l'anesthésie, procéder toujours comme s'il s'agissait d'un patient avec sténose œsophagienne distale. Les patients porteurs d'un anneau gastrique présentent des altérations du péristaltisme œsophago-gastrique et de la relaxation (dysfonction). Il faut donc fondamentalement s'attendre à une rétention œsophagienne de résidus alimentaires/liquides.⁽⁴⁾ On considérera une aspiration du liquide éventuellement présent au moyen d'une sonde gastrique pour l'évacuer des voies GI supérieures (accessibles).
- Chez les patients porteurs d'un anneau gastrique, mais aussi chez tous les patients à la suite d'une opération de l'estomac telle que gastrectomie ou déviation gastrique, on considérera toujours intubation en séquence rapide (ISR) ou guidée par fibroscopie.



N° 10

02.10.2009

Quick-Alert

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

CIRNET

Recommandations:

- Veiller particulièrement à une pré-oxygénation suffisante (5 à 6 min). Le travail de Berthoud MC et al. recommande d'atteindre au moins cinq minutes.⁽⁵⁾ La pré-oxygénation a pour but d'atteindre une concentration d'oxygène de fin d'expiration (Fet O₂) supérieure à 80 %.
- Initiation rapide : initiation profonde/suffisamment profonde. La dose doit être calculée en fonction du poids corporel total (TBW, total body weight) pour certaines substances d'induction, mais en fonction du poids idéal (IBW, ideal body weight) pour d'autres. (Voir le tableau ci-dessous)
- Relaxation suffisante rapide : pour les relaxants également, on distingue ceux dont la dose est calculée d'après le TBW et ceux dont la dose dépend de l'IBW. (Voir le tableau ci-dessous)
- Après l'intubation, gonflement immédiat du ballonnet du tube endotrachéal et vérification du positionnement du tube (capnographie).
- En cas d'aspiration : positionnement incliné de la tête → intubation → aspiration trachéo-bronchique si possible avant la ventilation assistée si l'oxygénation le permet → ventilation assistée, éventuellement bronchoscopie/prélèvement d'un échantillon de sécrétions bronchiques → vidange de l'estomac → éventuellement interruption de l'opération et transfert du patient à l'USI. Ne pas administrer des corticostéroïdes ou des antibiotiques préventifs.

Posologie en mg/kg Total Body Weight (TBW)	Posologie en mg/kg Ideal Body Weight (IBW)
Thiopental, induction	Propofol, induction
Propofol, entretien	Vécuronium
Midazolam	Rocuronium
Succinylcholine	Sufentanil, entretien
Atracurium, cisatracurium	Rémifentanil
Fentanyl, sufentanil	

Source: Tantawy H. Nutritional diseases and inborn error of metabolism.

In: Heinz RL, Marschall KE (eds) Stoelting's anesthesia and co-existing disease, 5^e éd., Saunders, Philadelphia 2008:297-322.

Références:

1. Hofer M, Stollberger C, Finsterer J et al. Recurrent aspiration pneumonia after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2007;17(4):565-567.
2. Kocian R, Spahn DR. Bronchial aspiration in patients after weight loss due to gastric banding. *Anesth Analg* 2005;100(6):1856-1857.
3. Mittermair RP, Weiss H, Aigner F et al. Is it necessary to deflate the adjustable gastric band for subsequent operations? *Am J Surg* 2003;185(1):50-53.
4. Weiss HG, Nehoda H, Labeck B et al. Treatment of morbid obesity with laparoscopic adjustable gastric banding affects esophageal motility. *Am J Surg* 2000; 180:479-482.
5. Berthoud MC, Peacock JE, Reilly CS. Effectiveness of preoxygenation in morbidly obese patients. *Br J Anaesth* 1991;67:464-466.
6. Jean J, Compère V, Fourdrinier V et al. The risk of pulmonary aspiration in patients after weight loss due to bariatric surgery. *Anesth Analg* 2008;107(4):1257-1259.
7. Presutti RJ, Gorman RS, Swain JM. Primary care perspective on bariatric surgery. *Mayo Clin Proc* 2004;79:1158-1166.
8. Weiss HG, Nehoda H, Labeck B et al. Adjustable gastric and esophagogastric banding: a randomized clinical trial. *Obes Surg* 2002;12:573-578.
9. Dixon JB, O'Brien PE. Gastroesophageal reflux in obesity: the effect of lap-band placement. *Obes Surg* 1999;9:527-531.
10. Tantawy H. Nutritional diseases and inborn errors of metabolism. In: Heinz RL, Marschall KE (eds) Stoelting's anesthesia and co-existing disease, 5th ed. Saunders, Philadelphia 2008:297-322.

Remarque importante:

Ce cas joue un rôle plus que régional. Veuillez considérer sa signification pour votre centre et veiller – éventuellement après concertation avec les entités compétentes – à ce qu'il soit communiqué judicieusement, au besoin à grande échelle.

Ces recommandations ont été élaborées par la Fondation pour la Sécurité des Patients, Fondation pour la Sécurité des Patients en anesthésie et par le groupe de pilotage de CIRNET (Prof. Dieter Conen, Dr Peter Wiederkehr, Dr Beat Meister, Dr Sven Staender, Dr Marc-Anton Hochreutener, Dr Olga Frank) ainsi que par des experts consultés spécialement pour ce cas particulier (Dr Peter Christen, Dr Reto Paganoni, Prof. Rudolf Steffen, Dr Philippe Schumacher). Elles ont été approuvées par la Commission pour l'analyse d'incidents anesthésiques (président: Dr Sven Staender, assesseurs: Prof. Francois Clergue, Prof. Helmut Gerber, Prof. Thomas Pasch, Prof. Karl Skarvan, Prof. Hansjürg Schaer, Dr Beat Meister).

Les présentes recommandations doivent sensibiliser et soutenir les institutions de santé et les professionnels actifs dans le domaine de la santé dans leurs efforts pour l'élaboration de directives internes au sein de leur entreprise. C'est aux prestataires d'examiner les recommandations dans le contexte local et de décider si elles doivent être intégrées strictement, modifiées ou rejetées. La mise au point spécifique et l'application selon les obligations de diligence applicables – en fonction des conditions locales sur le plan technique, entrepreneurial, légal, individuel et situationnel – relèvent exclusivement de l'auto-responsabilité des prestataires compétents.

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION



Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie