

La position de la SBAR à l'égard de la prémédication

L. HERREGODS, L. BARVAIS, J.F. BRICHANT, F. CAMU, S. DE HERT M. DE KOCK, Ph. DUBOIS, P. EWALENKO, M. LAMY, E. MORTIER, E. VANDERMEERSCH, K. VERMEYEN, P. WOUTERS

La Société Belge d'Anesthésie et de Réanimation encourage et soutient la démarche faite par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé pour rationaliser les demandes d'examen complémentaires en préopératoire.

Il est évident qu'à un moment où les coûts des soins de santé s'accroissent et où les moyens sont limités, un praticien responsable ne peut qu'adhérer à cette politique.

A cette occasion cependant, la Société Belge d'Anesthésie et de Réanimation souhaite réaffirmer la spécificité de la visite préopératoire faite par un médecin spécialiste en anesthésie réanimation.

En effet, celle-ci consiste en :

1. Une évaluation du risque et l'élaboration du plan de narcose

Sur base de l'anamnèse, de l'examen clinique et des éléments constitutifs du dossier, le médecin anesthésiste-réanimateur évalue le risque que peut encourir le patient dans les circonstances particulières de son intervention. Ceci aboutira à l'élaboration de la prise en charge par l'anesthésiste, le choix du type d'anesthésie qui sera la mieux adaptée au patient et à l'intervention projetée, des moyens de surveillance ou de monitoring prérequis (conventionnel, écho transoesophagien, ... monitoring de la saturation en oxygène cérébral), et de toutes autres dispositions nécessaires au maintien de l'homéostasie du patient (commande de dérivés sanguins, utilisation de récupérateurs de sang, moyens servant à éviter les déperditions thermiques, etc).

Si seul un praticien spécialiste en anesthésie réanimation est compétent pour établir le plan de narcose (un prérequis indispensable à la bonne pratique de l'anesthésie-réanimation suivant *safety first*), il n'est absolument pas exclu qu'un confrère, spécialiste en médecine générale, interne, cardiologie ou pneumologie veille, au préalable, à rassembler des éléments constitutifs du dossier médical. Il ne peut cependant en aucun cas se substituer à l'anesthésiste dans l'évaluation du risque spécifique et l'élaboration de la stratégie. De même, ce

dernier, devant un patient inscrit pour une intervention sous anesthésie mais présentant une symptomatologie évoquant un problème de santé non ou insuffisamment mis au point, ne se substituera pas au confrère spécialiste en médecine générale, interne, cardiologie, pneumologie ou autres pour poursuivre la démarche diagnostique.

2. Une information

Le deuxième but de la visite préopératoire est d'informer le patient et/ou son entourage s'il échet, sur les techniques d'anesthésie qui seront mises en œuvre dans son cas particulier ainsi que leurs motivations.

En accord avec l'esprit de la loi sur le droit des patients et attendu la complexité des matières qui touchent à l'anesthésie réanimation, il n'est pas idéal de donner cette information la veille au soir précédant l'intervention chirurgicale (chap. 3 - art. 8 - § 3). A fortiori si l'intervention se passe en ambulatoire : il est hors de question de donner cette information à peine quelques minutes avant l'anesthésie. C'est pourquoi, nombre de services d'anesthésie en Belgique ont organisé une consultation d'anesthésie à distance du jour de l'anesthésie où patients et anesthésistes ont l'occasion de se rencontrer dans un contexte serein. Ce qui de plus permet au futur opéré de prendre un second avis, si nécessaire, en ce qui concerne son anesthésie. En effet, dans le livre de Nijs H., Vinck I. «Nieuwe wetgeving inzake patiëntenrechten» (Kluwer, 2003) ceci est clairement expliqué.

D'autre part, il n'est un secret pour personne que l'anesthésie reste dans la population un des principaux motifs de crainte et de stress dans la période préopératoire. Seule une information ciblée donnée par un professionnel de la spécialité pourra amener le patient à une relative quiétude susceptible de l'aider à mieux supporter la chirurgie et ses suites.

3. Une prévention

L'évolution actuelle de la spécialisation en anesthésie-réanimation indique clairement que le

métier d'anesthésiste ne se limite pas à "faire dormir" les patients mais consiste en une prise en charge globale du patient dans toute la période périopératoire. Si, à cet égard, la prise en charge de la période postopératoire (perfusions, traitement de la douleur) par l'anesthésiste est la plus connue et fortement établie, la prise en charge préopératoire est appelée à évoluer encore significativement. En effet les stratégies de la prise en charge du patient par l'anesthésiste dans le but de le faire parcourir en toute sécurité la période périopératoire commencent déjà dans le période préopératoire et même à distance. Le but est de conditionner l'état de santé pour le préparer au mieux à l'anesthésie. Les conséquences bénéfiques de nos patients de cette prise en charge sur l'état de santé se manifesteront bien au delà de la période périopératoire.

En effet, si l'on considère les données récentes de littérature, il apparaît que des médicaments cardiotropes et même hypolipémiantes, débutées dans les jours précédents une intervention chirurgicale évitent les nécroses myocardiques même limi-

tées et diminuent significativement la mortalité cardio-vasculaire immédiate et à long terme après une intervention chirurgicale.

De même, lorsque l'on considère la chronicisation de la douleur aiguë postopératoire (de 8 à 11% de toutes les interventions chirurgicales), il y a déjà des indications que l'administration de certaines médications (antihyperalgésiques) ou de certaines stratégies de lutte contre la douleur en périopératoire pourraient limiter cette évolution particulièrement néfaste pour le patient et la société.

Il est évident que le médecin anesthésiste-réanimateur est le mieux habilité à déterminer les patients les plus susceptibles de bénéficier de ces approches préventives.

En conclusion, c'est l'anesthésiste-réanimateur et ce n'est que lui qui peut être chargé de la responsabilité d'évaluation du risque et de la mise en condition préanesthésique. Il s'en chargera en offrant au malade une attention et des soins de qualité sans toutefois perdre de vue ses responsabilités budgétaires envers la santé.