

Sédation en endoscopie digestive : Le point de vue de l'anesthésiste

Karnran Samii - CHU de Toulouse

Chaque année les anesthésistes en France réalisent plus de 2 millions d'anesthésie pour endoscopie digestive. Les indications de ces anesthésies ont augmenté, d'abord touchant les CPRE, elle a commencé à concerner quelques colonoscopies puis s'est pratiquement généralisée dans cette indication et à tendance à s'étendre pour certaines gastroscopies. Dans la réalité, la pratique de ces anesthésies pour endoscopie digestive pose deux problèmes:

1. celui de la consultation d'anesthésie qui doit être conforme au décret de 1994, c'est à dire, un examen pré-anesthésique fait plus de 24 heures avant l'acte et une visite préanesthésique plus de 1 heure avant l'acte
2. celui de la prise en charge anesthésique avec, une présence médicale conforme aux recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation.

Alors que dans certaines structures, les anesthésistes ont pris à bras le corps cette activité comme étant une activité importante à laquelle ils se sont consacrés, dans de nombreuses structures publiques et mêmes privées, il existe des difficultés pour les gastroentérologues de pouvoir avoir la présence d'un anesthésiste-réanimateur.. Deux solutions peuvent être proposées

1-transfert de compétence aux gastro-entérologues

L'enseignement aux gastro-entérologues de techniques de sédation simple et sûre avec un monitoring adapté et des gestes de réanimation protocolisés est facile à mettre en place. Des produits tels que les benzodiazépines et les morphiniques sont tous deux antagonisables. L'oxygénothérapie est l'essentiel de la réanimation au cours (le l'anesthésie et l'apprentissage à des médecins non anesthésistes de l'accès aux voies aériennes supérieures par l'intubation est parfaitement possible. Un tel transfert de compétence a été mis en place pour les urgentistes dans les situations pré-hospitalières. Une récente conférence d'expert de la SFAR a admis la nécessité de ce transfert de compétence et donc la nécessité d'apprendre aux urgentistes les techniques d'induction à séquence rapide, c'est à dire l'injection d'un anesthésique intraveineux, d'un curare, pour permettre une intubation. Rien ne permet d'éliminer cette piste parce que la sédation est de plus en plus sûre, le monitoring de plus en plus simple et que les besoins en geste de réanimation sont rares. Ceci nécessiterait un accord des deux sociétés nationales d'anesthésie-réanimation et de gastro-entérologie et la mise en place d'une formation sous forme de DU ou de séminaires avec en particulier, un stage au niveau du bloc opératoire (ceci a été mis en place à Toulouse pour les urgentistes).

Un obstacle possible à ce transfert de compétence dans les établissements privés est que l'anesthésie pour endoscopie digestive est une activité importante pour l'équilibre financier des anesthésistes-réanimateurs, et que même si elle pose problème il serait suicidaire pour eux de l'abandonner. L'autre obstacle est que ce transfert de compétence sur une activité réglée, non urgente et ne mettant pas en cause le pronostic vital sera plus difficile à valider que le transfert de compétence aux urgentistes pour la réanimation préhospitalière.

2- Une implication plus importante des infirmiers anesthésistes.

En effet contrairement à l'activité chirurgicale qui nécessite une prise en charge périopératoire complexe et adaptée à chaque patient, l'anesthésie pour endoscopie digestive, dans la grande majorité des cas, est un acte anesthésique isolé où les prescriptions post-opératoires sont assez stéréotypées. Une fois que l'évaluation du risque a été faite dans une consultation d'anesthésie par un médecin, sa réalisation peut aisément être déléguée à un infirmier

anesthésiste. En principe, cet infirmier anesthésiste doit être sous la responsabilité de l'anesthésiste et non du gastroentérologue. Ici encore dans le cadre des SMUR, les infirmiers anesthésistes travaillent avec des urgentistes sans la présence d'un médecin anesthésiste, mais il s'agit d'activités mettant en jeu le pronostic vital.

Dans tous les cas

Quelque soit le mode qui sera adopté, transfert de compétence vers les gastroentérologues ou rôle plus important joué par les infirmiers anesthésistes, l'élément essentiel qui permettra une augmentation de l'activité d'anesthésie pour l'endoscopie digestive est la localisation du plateau technique d'endoscopie à proximité des salles d'opération et de la salle de réveil. En effet, la pénurie des anesthésistes les amènent de plus en plus à encadrer plusieurs sites d'anesthésie. Le médecin étant devenu le N +1 capable d'être présent à l'induction et d'intervenir à tout moment, en cas de difficulté. Une telle possibilité d'organisation n'est possible que si les activités non chirurgicales, radiologie interventionnelle et endoscopiques, sont localisées près des salles d'opération, permettant ainsi au même médecin anesthésiste de superviser l'infirmier anesthésiste. Cette localisation est aussi une condition qui facilitera le transfert de compétence aux gastroentérologues, car en cas de difficulté majeure, le recours à l'anesthésiste sera facilité par la proximité. Cette proximité permet par ailleurs en mutualisant la salle de réveil avec le bloc opératoire d'améliorer la sécurité avec un coût quasi nul.

En conclusion l'anesthésie pour endoscopie digestive est un plus et sa prise en charge par les anesthésistes génère sécurité et confort. Ayant en France le monopole de cette activité, les anesthésistes ne doivent pas traiter leurs collègues gastro-entérologues comme "des clients captifs". Le transfert de compétence des techniques d'anesthésie et de réanimation est simple si il est protocolisé. L'utilisation plus importante des infirmiers anesthésistes est aussi une bonne piste. La proximité des locaux d'endoscopie par rapport au bloc opératoire est de toute façon une condition facilitatrice pour la mise en place de ces deux solutions