

Quelle place et quelles évolutions pour la check-list opératoire en ORL ?

La check-list prônée par la HAS « pour la sécurité du patient au bloc opératoire » (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/presentation_check-list_securite_du_patient_au_bloc_operatoire.pdf) a montré l'importance et l'efficacité qu'elle avait désormais pour une meilleure sécurité des actes chirurgicaux, particulièrement ceux réalisés sous anesthésie générale. Elle est un outil puissant pour limiter le risque d'erreur humaine dans un contexte où le patient n'est pas en mesure d'en limiter la portée.

Cette check-list générique est déployée et opposable dans tous les blocs opératoires, quelle que soit la spécialité chirurgicale.

Elle peut apparaître insuffisante dans plusieurs domaines pour répondre à la grande spécificité de certains actes chirurgicaux dans notre spécialité comme dans d'autres, soit parce qu'ils sont à risque de détresse respiratoire (geste sur le larynx et la trachée, intubation difficile en carcinologie pouvant nécessiter une trachéotomie, risque de désaturation), soit parce qu'ils mettent à contribution plusieurs équipes chirurgicales et anesthésiques, soit enfin parce qu'ils nécessitent le déploiement de matériels biomédicaux complexes, lourds et fragiles, susceptibles de pannes et dont la vérification du bon fonctionnement s'impose en préopératoire (navigation, robot, lasers).

La SFORL, très investie dans la gestion des risques, fera en sorte d'encourager son enrichissement spécifique sur l'initiative des équipes, par surspécialités (sur la recommandation des associations de surspécialité) et même par typologie d'instrumentation utilisée, en soulignant les contributions récentes de certaines écoles dans ce domaine, contributions présentées au récent congrès de la SFORL dans une session dédiée à la gestion des risques au bloc opératoire.

Adapter et implémenter la check-list serait ainsi particulièrement utile pour renforcer la sécurité pour certains actes répondant à ces critères de risques et de complexité. Il est ainsi de :

- la chirurgie pédiatrique laryngo-trachéale par voie externe ou endoscopique
- l'usage des lasers en otologie ou laryngologie,
- la chirurgie endoscopique otologique ou rhinologique
- la chirurgie robot-assistée
- les techniques de chirurgie sous navigation informatique
- la chirurgie en équipe multidisciplinaire (lambeaux microanastomosés, otoneurochirurgie et chirurgie de la base du crâne à méninge ouverte)

D'autres exemples sont à venir et le travail est en cours

La SFORL encourage par ailleurs tout travail en amont sur des protocoles de simulation ORL permettant de mieux anticiper et partant, de mieux gérer les complications de certaines chirurgies telles que les abords rhino-endoscopiques de la base du crâne antérieure ou les endoscopies laryngo-trachéales.

En revanche, il apparaît clairement inutile et sans aucune pertinence scientifique de déployer une check-list sur des actes de diagnostic clinique ou des actes thérapeutiques simples, peu invasifs, soit parce qu'ils sont brefs, d'usage courant et indispensables dans une démarche diagnostique, soit parce ils sont conduits au cabinet, avec ou sans anesthésie locale, dans le cours d'une consultation externe, et ceci même si les outils biomédicaux mis en jeu peuvent à l'occasion être utilisés dans le cadre d'une intervention chirurgicale sous anesthésie.

Il en est ainsi :

- Des tests électrophysiologiques de l'audition (potentiels évoqués auditifs ou vestibulaires), otoémissions acoustiques, recherche des réflexes stapédiens
- De l'électrocautérisation d'une tache vasculaire au bistouri électrique
- Du méchage d'épistaxis
- De la nasofibroscopie, effectuée avec un fibroscope dénué de canal opérateur, qui ne demande ni mise à jeun, ni anesthésie, ni préparation et ne présente aucune contre-indication de terrain même en cas de prise médicamenteuse modifiant la coagulation (à la différence des endoscopies digestives et bronchiques)
- De la laryngostroboscopie, qui répond aux mêmes critères
- D'une paracentèse après anesthésie de contact du tympan à la lidocaïne
- De la mise en place d'un aérateur transtympanique sous anesthésie locale
- D'une injection transtympanique de stéroïdes ou de gentamicine

Dans ces gestes du quotidien pour l'ORL, effectués chez un patient éveillé, l'utilisation d'une check-list n'apporterait aucun niveau de sécurité supplémentaire ni aucune exhaustivité complémentaire dans l'information délivrée au patient. En revanche, elle alourdirait à l'excès pour l'ORL ces actes routiniers. La HAS dans sa sagesse n'a d'ailleurs pas prévu de tel déploiement comme elle l'a fait à juste titre dans d'autres situations (fibroscopie digestive, fibroscope bronchique, actes neuro-interventionnels).

La SFORL et ses différentes composantes sont au travail pour améliorer en toutes situations la sécurité des patients au bloc opératoire ou en consultation et vous fera part des évolutions des recommandations de sa commissions scientifique dans ce domaine.