

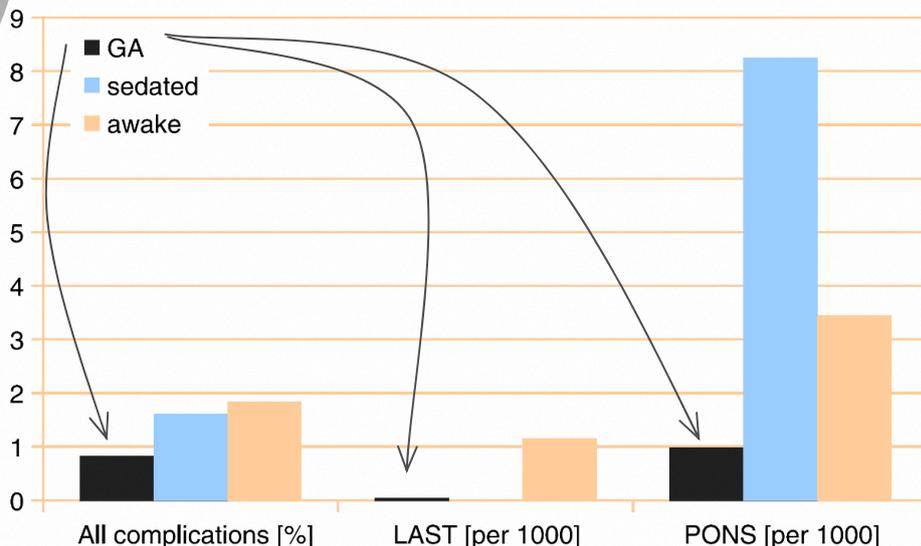
Asleep Versus Awake: Does It Matter?

Pediatric Regional Block Complications by Patient State: A Report From the

Pediatric Regional Anesthesia Network

Enfin ! pourrait-on dire ! Enfin des données sérieuses qui vont permettre de sortir du flou existant depuis des années. En effet, la plupart des guidelines pour l'anesthésie locorégionale continuent de recommander de faire les blocs 'patient éveillé' alors que depuis des années, ce type d'anesthésie est réalisé, en pédiatrie, sur 'patient endormi'. En 2010, lors du 52^{ème} Congrès de la SFAR, Choquet, Paqueron et Capdevila avaient répondu 'OUI' à la question: "Peut-on réaliser une ALR échoguidée chez un patient sous anesthésie ?" Dans le numéro de Regional Anesthesia and Pain Medicine de juillet, Andreas Taenzer et al. publient les résultats d'une étude multicentrique (18 centres) portant sur 50-000 blocs locorégionaux réalisés soit sous A.G. (avec ou sans myorelaxants), sédation ou éveillés. Cette étude est prospective et observationnelle, dans des centres académiques avec programme de formation. Dans le groupe des 50-000 patients, ± 22-000 ont moins de 3 ans, ± 11-000 ont entre 3 et 10 ans et ± 17-000 entre 10 et 18 ans, soit quasi des adultes. Les points analysés sont les symptômes neurologiques postop (PONS's) et les épisodes de toxicité systémique aux anesthésiques locaux.

.... SUMMARIZING BLOCKS IN BROAD CATEGORIES AND PATIENT STATES IN 4 CATEGORIES, WE FOUND COMPLICATION RATES THAT DO NOT INDICATE THAT BLOCKS PLACED UNDER ANESTHESIA WITH OR WITHOUT NMB CARRY MORE RISK THAN BLOCKS PLACED IN CHILDREN AWAKE OR SEDATED - ON THE CONTRARY, THE RATE OF PONS'S IN AWAKE AND SEDATED PATIENTS WAS MORE THAN 7 TIMES HIGHER THAN THAT IN PATIENTS UNDER GA. OUR DATA COULD BE INTERPRETED AS SHOWING THAT PLACING REGIONAL BLOCKS UNDER GA IS IN FACT SAFER, BECAUSE EVERY PRIMARY ADVERSE OUTCOME HAD A LOWER INCIDENCE RATE WITH PATIENTS UNDER GA THAN IF SEDATED OR AWAKE.



PRÉOXYGÉNATION

L'INTUBATION RESTE UN MOMENT DÉLICAT ET AUCUN DE NOUS NE 'CRACHERAIT' SUR QUELQUES MINUTES DE PLUS LORSQUE LES CONDITIONS SE RÉVÈLENT PLUS DIFFICILES QUE PRÉVU. UN DES MEILLEURS MOYENS DE PROTÉGER

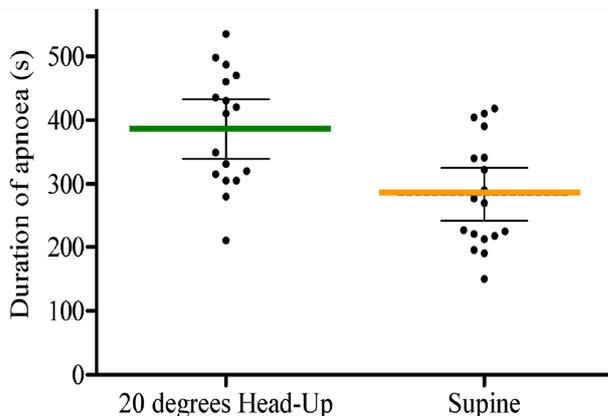
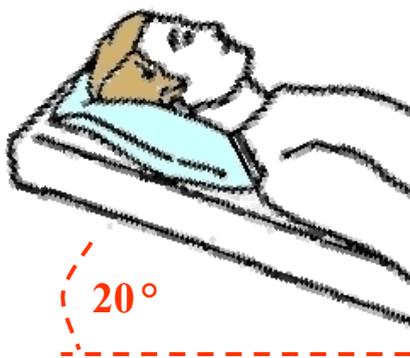
SES PROPRES CORONAIRES À DÉFAUT DE CELLES DU PATIENT RESTE LA PRÉOXYGÉNATION.

MAIS DANS QUELLES CONDITIONS LA RÉALISER ? JE VOUDRAIS ICI RAPPELER DEUX POINTS PRATIQUES QUI CONCERNENT LA POSITION DU PATIENT ET LA DURÉE DE LA PRÉOXYGÉNATION, QUI NE DOIT ÊTRE, NI TROP COURTE NI TROP LONGUE.

POSITION DU PATIENT

A

A prospective, randomised controlled trial comparing the efficacy of pre-oxygenation in the 20° head-up vs supine position S. Lane, D. Saunders, A. Schofield, R. Padmanabhan, A. Hildreth and D. Laws

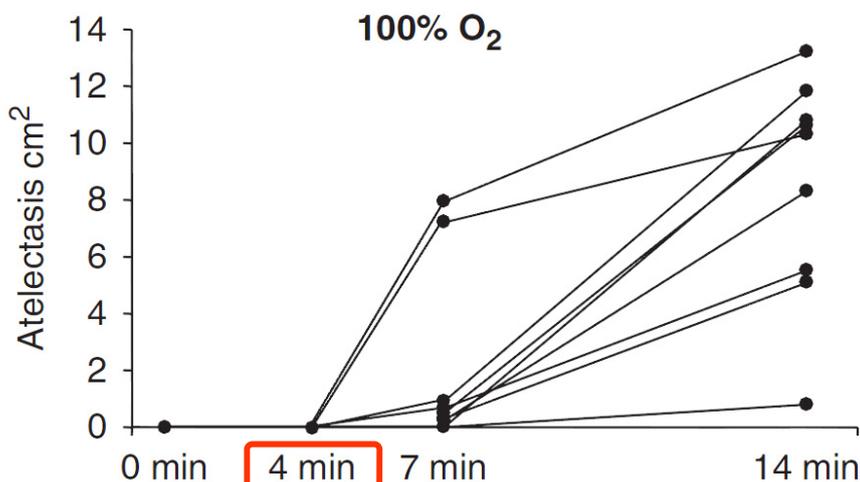


LES PATIENTS RELEVÉS DE 20° AVAIENT UN TEMPS D'APNÉE SIGNIFICATIVEMENT PLUS LONG AVANT D'ATTEINDRE UNE SPO² DE 95 % (386 SECONDES) QUE LES PATIENTS GARDÉS EN POSITION COUCHÉE STRICTE (283 SECONDES), SOIT PLUS D'UNE MINUTE ET DEMIE. LA POSITION À 20° EST EN OUTRE PLUS CONFORTABLE POUR LES PATIENTS ET PRÉFÉRABLE ÉGALEMENT POUR PRÉVENIR LES RÉGURGITATIONS. CELA PEUT DONC ÊTRE UN CHOIX SYSTÉMATIQUE.

DURÉE DE LA PRÉOXYGÉNATION

B

Oxygen concentration and characteristics of progressive atelectasis formation during anaesthesia L. EDMARK, U. AUNER, M. ENLUND, E. ÖSTBERG and G. HEDENSTIERNA



EN 2010, L'ÉQUIPE DES ANESTHÉSISTES - RÉANIMATEURS ET RADIOLOGISTES DE L'HÔPITAL D'UPPSALA (SUÈDE) ONT ÉTUDIÉ DE FAÇON TRÈS PRÉCISE, LA FORMATION DES ATÉLECTASIES LORS DE LA PRÉOXYGÉNATION AVANT L'INDUCTION, ET CE, AVEC DES CONCENTRATIONS D'OXYGÈNE DE 60, 80 ET 100%.

VOUS POUVEZ LIRE TOUT L'ARTICLE SI LE SUJET VOUS INTÉRESSE SPÉCIFIQUEMENT. JE VOUS AI SÉLECTIONNÉ LE GRAPHE AVEC UNE CONCENTRATION DE 100%. ON CONSTATE QUE LES ATÉLECTASIES NE COMMENCENT PAS AVANT 4 MINUTES. DEUX PATIENTS SUR LES 8 PRÉSENTENT DES ATÉLECTASIES À 7 MINUTES APRÈS LE DÉBUT DE LA PRÉOXYGÉNATION.

ON PEUT EN DÉDUIRE QU'IL NE FAUT PAS LAISSER LES PATIENTS RESPIRER TROP LONGTEMPS 100 % D'O₂ MAIS LIMITER CETTE PÉRIODE À MOINS DE 5 MINUTES.

ANAESTHESIA 2005; 60: 1064-1067
ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCAND 2011; 55: 75-81

Death row inmate Clayton Lockett died after writhing in agony for 40 minutes in botched execution that lawyer described as 'torture'

Le 30 avril dernier, vous avez sans doute lu dans vos quotidiens le récit de l'agonie (qu'on dit avoir duré plus de 40 minutes) d'un condamné à mort dans l'état du Texas.

Mais qu'en est-il de la position de nos collègues anesthésistes américains ?

L'American Board of Anesthesiology a publié, en mai 2014, une version upgradée d'une déclaration dans laquelle elle se positionne clairement contre l'implication des anesthésistes dans ces actes, même s'ils sont considérés comme 'légaux'.



THE AMERICAN BOARD OF ANESTHESIOLOGY, INC.

A Member Board of the American Board of Medical Specialties

Advancing the Highest Standards of the Practice of Anesthesiology

Commentary (May 2014)

Anesthesiologists and Capital Punishment

The majority of states in the United States authorize capital punishment, and nearly all states utilize lethal injection as the means of execution. However, this method of execution is not always straightforward (1), and, therefore, some states have sought the assistance of anesthesiologists (2).

For decades the American Medical Association (AMA) has been opposed to physician involvement in capital punishment on the grounds that physicians are members of a profession dedicated to preserving life when there is hope of doing so (3). Effective February 15, 2010, the American Board of Anesthesiology (ABA) has incorporated the AMA Code of Medical Ethics, Opinion E-2.06 (June 2000), regarding physician participation in capital punishment into its own professional standing policy. Specifically, it is the ABA's position that an anesthesiologist should not participate in an execution by lethal injection and that violation of this policy is inconsistent with the Professional Standing criteria required for ABA Certification and Maintenance of Certification in Anesthesiology or any of its subspecialties. As a consequence, ABA certificates may be revoked if the ABA determines that a diplomate participates in an execution by lethal injection (4). What constitutes participation is clearly defined by the AMA's policy.

The ABA has not taken this action because of any position regarding the appropriateness of the death penalty. Anesthesiologists, like all physicians and all citizens, have different personal opinions about capital punishment. Nonetheless, the ABA, like the AMA, believes strongly that physicians should not be involved in capital punishment. The American Society of Anesthesiologists has also supported the AMA's position in this regard (5), as have others including the American Nurses Association (ANA) and National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). (6,7,8).

Patients should never confuse the death chamber with the operating room, lethal doses of execution drugs with anesthetic drugs, or the executioner with the anesthesiologist. Physicians should not be expected to act in ways that violate the ethics of medical practice, even if these acts are legal. Anesthesiologists are healers, not executioners.

In conclusion, the ABA's policy on capital punishment is intended to uphold the highest standards of medical practice and encourage anesthesiologists and other physicians to honor their professional obligations to patients and society.

Sincerely,

J. Jeffrey Andrews, M.D.
Secretary



Mais où va-t-il donc chercher tout ça ?

Board of Directors

President
David L. Brown, M.D.
Cleveland, OH

Vice President
Cynthia A. Lien, M.D.
New York, NY

Secretary
J. Jeffrey Andrews, M.D.
San Antonio, TX

Treasurer
James P. Rathmell, M.D.
Boston, MA

Daniel J. Cole, M.D.
Los Angeles, CA

Deborah J. Culley, M.D.
Boston, MA

Brenda G. Fahy, M.D.
Gainesville, FL

Robert R. Gaiser, M.D.
Philadelphia, PA

William W. Hesson, J.D.
Iowa City, IA

Thomas M. McLoughlin, Jr., M.D.
Allentown, PA

Andrew J. Patterson, M.D., Ph.D.
Stanford, CA

Santhanam Suresh, M.D.
Chicago, IL

David O. Warner, M.D.
Rochester, MN

Executive Staff

Mary E. Post, M.B.A., C.A.E.
Executive Director,
Administrative Affairs

Daniel J. Cole, M.D.
Executive Director,
Professional Affairs

4208 Six Forks Road, Suite 1500
Raleigh, NC 27609-5705

Phone: (866) 999-7501
Fax: (866) 999-7503
Website: www.theABA.org

... the ABA, like the AMA, believes strongly that physicians should not be involved in capital punishment. The American Society of Anesthesiologists has also supported the AMA's position in this regard, as have others including the American Nurses Association (ANA) and National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT).

Patients should never confuse the death chamber with the operating room, lethal doses of execution drugs with anesthetic drugs, or the executioner with the anesthesiologist.

Physicians should not be expected to act in ways that violate the ethics of medical practice, even if these acts are legal. Anesthesiologists are healers, not executioners.

Si on remonte dans le temps, on trouve, dès 1848, sous la plume GW Peck, un article intitulé: 'On the use of chloroform in hanging' dans lequel il propose d'endormir le condamné pour diminuer ses souffrances ... Ces articles sont assez macabres. Un autre auteur, Bigelow, faisant remarquer que la suffocation est "painless", suggère que le sac qu'on mettait sur la tête du futur pendu soit fait en caoutchouc de façon à étouffer le condamné, et ce, d'autant mieux qu'on aurait ajouté du chloroforme dans le sac ... Nonobstant ces différents articles, deux historiens, Robert Strickland et Raymond Roy, tout deux anesthésistes, n'ont retrouvé aucun article de presse dans lesquels on ferait explicitement mention de l'utilisation d'un anesthésique général avant la pendaison.