



SFAR2015/ABS-1650

**Etude comparative prospective et multicentrique des performances de aScope 3 d'Ambu® en réanimation : une analyse intermédiaire**

Gilles Dhonneur<sup>1</sup>, Jean-Etienne Bazin<sup>2</sup>, Hakim Haouache<sup>1</sup>, Pierre Diemunsch<sup>3</sup>, Catherine Koffel<sup>4</sup>, Claude Meistelman<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Anesthésie et Réanimations Chirurgicales, CHU(APHP) Henri Mondor, Créteil, <sup>2</sup>Anesthésie et Réanimation, CHU, Clermont-Ferrand, <sup>3</sup>Anesthésie et Réanimation, CHU, Strasbourg, <sup>4</sup>Anesthésie et Réanimation, CHU, Lyon, <sup>5</sup>Anesthésie et Réanimation, CHU, Nancy, France

**Introduction:** La disponibilité immédiate et permanente d'un fibroscope bronchique stérile en réanimation est primordiale pour réaliser le plus rapidement possible des gestes thérapeutiques sous endoscopie des voies aériennes supérieures (EVAS). Notre analyse a pour but de comparer en réanimation les performances du fibroscope classique réutilisable (F-RU) à celle de l'usage unique l'aScope™ 3 d'Ambu® (aS3-UU, cf Image).

**Matériel et Méthodes:** Après avoir reçu l'aval de la CNIL (via le CRC de notre CHU) pour créer un registre, nous avons mené une étude prospective observationnelle multicentrique réalisée dans 5 services d'anesthésie et réanimation. Tous les patients nécessitant une EVAS pour réaliser un lavage alvéolaire, une toilette bronchique, ou une trachéotomie percutanée, ont été inclus. Le choix du fibroscope (F-RU ou aS3-UU) et les modalités d'usage se faisaient de manière pragmatique, selon les procédures de service. Les critères principaux d'étude portaient sur la performance des fibroscopes, mesurée par une échelle visuelle analogue (EVA de 0=absence à 100 =maximale) sur les critères suivants: la maniabilité (MAN), la qualité de l'aspiration (QASP), qualité de l'image endoscopique (QIM) ; la possibilité de réaliser l'enseignement (ENS), la rapidité de mise en œuvre (RMOE), et la satisfaction globale du praticien réalisant le geste (SAT). Le délai de réalisation de l'EVAS, mesuré comme le temps séparant la décision de réaliser le geste et le début de réalisation du traitement endoscopique (DRTE) était aussi calculé.

**Résultats:** Sur une période de 2 mois, 98 fiches d'évaluation d'EVAS ont été analysées dont 36 avec F-RU et 62 avec aS3-UU. Le DRTE moyen est 5 fois plus court avec aS3-UU qu'avec F-RU (17 versus 57 min). Le DRTE était  $\leq 3$ min dans 52% des cas d'utilisation d'aS3-UU versus 11% avec F-RU. Alors que les performances d'ENS, la QIM et la RMOE étaient plus importantes avec aS3-UU (89(17) versus 47(26);82(14) versus 69(22); 94(7) versus 73(21), respectivement), QASP semblait plus favorable avec F-RU (86(18) versus 78(15)). La satisfaction des cliniciens était comparable entre les fibroscopes.

**Tableau:**

**Image:**



**Discussion:** Notre travail d'analyse intermédiaire démontre sur un nombre d'exams limités que les performances des fibroscopes F-RU et aS3-UU sont sensiblement comparables et donnent un niveau de satisfaction similaire des praticiens. Le fait qu'aS3-UU soit le plus souvent immédiatement disponible pourrait être un avantage clinique déterminant pour les patients. Si les études de coûts en cours dans les 5 centres confirment l'intérêt économique (1) à utiliser aS3-UU, alors le fibroscope jetable pourrait supplanter en réanimation l'outil réutilisable.

**Références:** 1- Ann Fr Anesth Reanim. 2013;32:291-5

**Conflits d'intérêts:** G. Dhonneur , consultant pour: Ambu, J.-E. Bazin: Aucun conflit à déclarer, H. Haouache: Aucun conflit à déclarer, P. Diemunsch , consultant pour: Ambu, C. Koffel: Aucun conflit à déclarer, C. Meistelman: Aucun conflit à déclarer