

LE 22 ÉME CONGRÉS NATIONAL DE LA SAARSIU

Management anesthésique de l'enfant enrhumé

Dr SOUICI Karima

Anesthésie-Réanimation

CHU ANNABA

Introduction

- Le « rhume » est l'une des maladies infectieuses les plus fréquentes dans la petite enfance.
- La gestion anesthésique d'un enfant enrhumé est une procédure courante, elle représente également un grand défi de gestion de voies respiratoires.
- Le risque d'évènements respiratoires est augmenté d'un facteur 2 à 10 selon les auteurs, en cas de rhume.
- Les événements indésirables respiratoires périopératoires restent la principale cause de morbidité et de mortalité dans la population pédiatrique.

Problématique

- Le management anesthésique pour l'extraction endoscopique d'un corps étranger bronchique chez un nourrisson ou un enfant est une situation très délicate, cela est encore plus problématique si le patient présente des signes d'infection des voies respiratoires supérieures.
- Diverses avancées dans la gestion des voies respiratoires ont été faites pour réduire les événements respiratoires indésirables en péri opératoires.
- Dans l'optique d'éventuelles modifications dans notre protocole anesthésique chez l'enfant enrhumé admis pour extraction d'un corps étranger bronchique, une étude a été menée.
- L'objectif principal été d'évaluer l'impact de la prémédication au salbutamol sur le risque de survenue d'évènements respiratoires indésirables, chez les enfants identifiés comme étant à haut risque.

Méthode

- Étude prospective
- Comparant 104 patients répartis de manière aléatoire en deux groupes:
 - Le groupe 1: prémédication au salbutamol.
 - Le groupe 2: pas de prémédication au salbutamol.

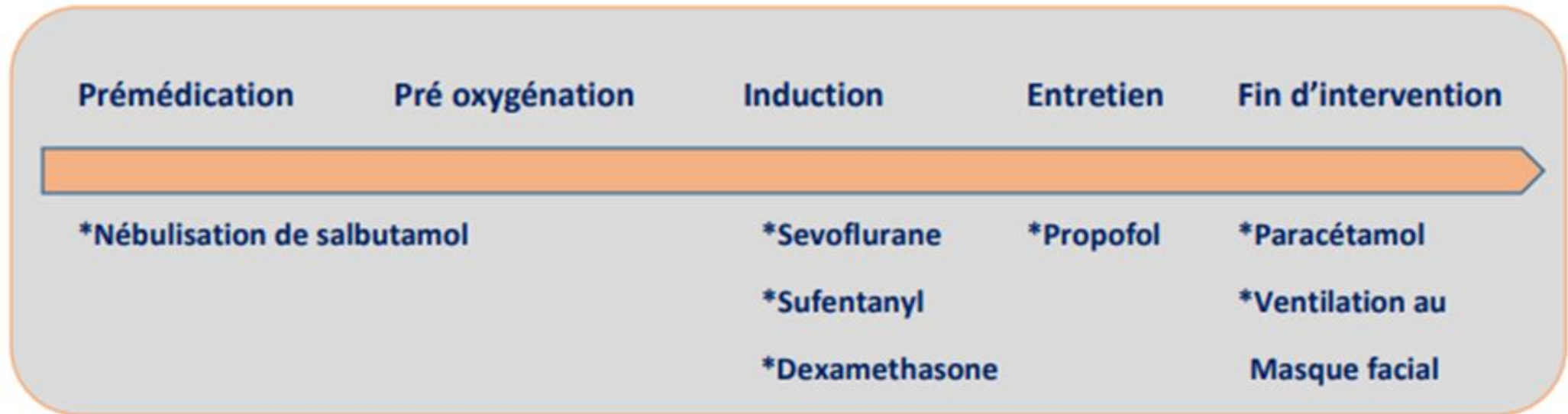
Critères d'inclusion

- Age entre 1 et 5 ans
- Extraction d'un corps étranger bronchique
- La présence d'au moins deux des symptômes suivants :
 - hyperthermie inférieure à 38.5°C
 - asthénie
 - maux de gorge (pharyngite)
 - rhinorrhée antérieure ou postérieure
 - éternuements, toux non productive et laryngite

Critères d'exclusion

- Patient avec risque d'inhalation.
- Patient avec sensibilité accrue à l'hypoxie.
- Contre-indication à l'une des drogues anesthésiques utilisées dans le protocole d'étude.

Le protocole de l'étude



Paramètres de jugement

- Les évènements respiratoires (laryngospasme, bronchospasme, toux, désaturation, stridor) ont été enregistrés en peri-interventionnel.
- Les résultats sont exprimés en moyenne et pourcentage.
- Une valeur $P < 0,05$ était considérée comme significative.

Les résultats

	Groupe 1 Salbutamol (N=52)	Groupe 2 No salbutamol (N=52)	P value
Age (année)	3.9 +/- 2.06	3,23 +/- 2,5	0,066
Poids (Kg)	16.46 +/- 6.0	16.23 +/- 5.8	0,945
Complications respiratoires			
Peropératoires :			
Toux sévère	5.5%	11.5%	0.0314
Laryngospasme	2.5%	4.5%	0.0423
Bronchospasme	3.5%	9%	0.0240
Désaturation < 90%	6%	13%	0.0326
Dyspnée laryngée ou stridor	3%	5%	0.0470
Post opératoires :			
Oxygénothérapie + nébulisation	3%	17%	0.0190
Ventilation post opératoire	1.5%	5%	0.0482

Discussion :

- Dans notre étude, la prémédication avec du salbutamol pour les enfants enrhumés subissant une bronchoscopie, a montré plusieurs avantages, en ce qui concerne les complications respiratoires per et post opératoires.
- Une évaluation préopératoire minutieuse est très importante dans la gestion des voies respiratoires de l'enfant enrhumé.

Risques liés à L'enfant

- A** < 6 ans, surtout si < 1 an
- B** Signe de IVAS
 - i congestion nasale, nez qui coule vert
 - ii sécrétions purrulententes, toux grasse
 - iii lésions pré-existante (Otite)
- C** pathologie pré-existante: VRS, asthme, Prématurité, DBP, HTAP, mucoviscidose
- D** Syndrome infectieux avec une altération de l'état général (malaise, fièvre à 38° 5C, surinfection bactérienne)
- E**: Confirmation par les parents
- F**: tabagisme passif

Risques liés à l'anesthésie

- A** Manipulation instrumentale des Voies aériennes (intubation, bronchoscopie)
- B** Prise en charge des VAS: intubation > LMA > Masque facial
- C** Agents anesthésiques (desflurane > sevoflurane > Propofol)
- D** Expérience de l'anesthésiste en pédiatrie

Risques liés à la chirurgie

- A** chirurgie des voies aériennes supérieurs, ORL, Ophtalmologie
- B** Chirurgie abdominale haute, cardiaque

Discussion :

- La préoxygénation retarde la désaturation en cas d'apnée.
- Le propofol et le sévoflurane ont des propriétés complémentaires, ce qui pourrait suggérer l'intérêt de leur association chez l'enfant enrhumé.
- Toutes les études, s'accordent sur l'effet protecteur du masque facial contre les complications respiratoires comme dispositif de contrôle des voies aériennes chez l'enfant enrhumé.
- L'expérience de l'anesthésiste est cruciale pour prévenir et traiter les complications périopératoires.

Conclusion :

L'expérience n'étant le plus souvent que la somme de nos erreurs, la principale recommandation:

« jamais la première fois sur le patient »

Doit nous inciter à nous entraîner de façon itérative sur simulateur, notamment pour la gestion des complications.

Bibliographie

1. Berlie, C.W.; Yaregal, M.D. Incidence and associated factors of laryngospasm among pediatric patients who underwent surgery under general anesthesia, in university of Gondar compressive specialized hospital, Northwest Ethiopia, 2019: A Cross-sectional study. *Anesthesiol. Res. Pract.* 2020, 2020, 3706106.
2. Li, C.Q.; Wang, D.X.; Cheng, T.; Zheng, X.Y. Effects of recent upper respiratory-tract infections on incidence of the perioperative respiratory adverse events in children: A prospective cohort study. *Beijing Da Xue Bao* 2017, 49, 814–818
3. Regli, A.; Becke, K.; von Ungern-Sternberg, B.S. An update on the perioperative management of children with upper respiratory tract infections. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2017, 30, 362–367.
4. Tait AR. Upper airway infection and pediatric anesthesia: how is the evidence based? *Curr Opin Anaesthesiol.* 2002;15:317-22.
5. Tait AR, Malviya S. Anesthesia for the child with an upper respiratory tract infection: still a dilemma? *Anesth Analg.* 2005;100:59-65.
6. Xue FS, Tong SY, Wang XL, Deng XM, An G. Study of the optimal duration of preoxygenation in children. *J Clin Anesth* 1995;7:93—6

Merci