

L'enfant enrhumé : je récuse ? J'endors ?

Souhayl Dahmani

Disponible sur internet le :

Hôpital Robert-Debré, faculté de médecine Denis-Diderot-Paris-VII, département d'anesthésie-réanimation, 75019 Paris, France

souhayl.dahmani@aphp.fr

Mots clés

Infections des voies
aériennes supérieures
Pédiatrie
Complications respiratoires
périopératoires

■ Résumé

L'enfant enrhumé est probablement l'un des plus grands « *challenge* » en anesthésie pédiatrique. En effet, la fréquence de cet événement avant la chirurgie, la diversité des symptômes, les risques de complications périopératoires et les enjeux organisationnels et humains conséquents à la décision d'annuler l'intervention rendent le management de ces patients très difficiles en associant un aspect médical à des considérations émotionnelles. Bien que la question de la réalisation ou non de l'anesthésie dans un contexte d'infection des voies aériennes supérieure reste non tranchée, il semble que les pratiques dans ce domaine soient relativement homogènes en France. En cas de décision de réaliser l'anesthésie, il est important de connaître les éléments à mettre en place pendant la période périopératoire afin de diminuer ou d'atténuer les complications respiratoires, quand l'anesthésie est décidée.

Keywords

Upper respiratory tract
infections
Paediatrics
Perioperative respiratory
complications

■ Summary

Children with the flu: Should I stay or should I go?

A child with a cold is probably one of the biggest challenges in paediatric anaesthesia. Indeed, the frequency of this event before the surgery, the diversity of symptoms, the risk of perioperative complications and the organisational and human issues resulting from the decision to cancel the intervention make the management of these patients very delicate because of the association of a medical decision and emotional considerations. Although the question of whether to perform anaesthesia or not in a context of upper airway infection remains unresolved, it seems that this practice is homogeneous in France. If the decision to perform anaesthesia is taken, the knowledge of the appropriate perioperative management is very important.

Introduction

L'enfant enrhumé est à risque de complications respiratoires. En effet si on estime le risque de ces complications de 3 à 12 % dans une population générale pédiatrique en période périopératoire [1,2], cette proportion passe à environ 30 % chez des

enfants présentant ou ayant présenté une infection des voies aériennes supérieures [1,3-6]. Ces complications sont représentées par le laryngospasme, le bronchospasme, la toux (intense), le stridor et la désaturation artérielle en oxygène [1,7].

L'enfant enrhumé est donc un challenge pour le médecin anesthésiste réanimateur. De plus, on estime qu'un enfant aura entre cinq et sept épisodes d'infections des voies aériennes supérieures par an [7]. Si on considère que ces infections se répartissent majoritairement sur six mois de l'année et que la période d'hyperréactivité bronchique dure quatre semaines, on ne devrait en toute logique ne jamais anesthésier des enfants entre novembre et avril ! Cette formulation très provocatrice donne la mesure du problème que posent les enfants enrhumés et permet de s'interroger sur nos pratiques surtout au vu des données récentes obtenues en France concernant ce sujet.

Un enfant enrhumé, cela veut dire quoi ?

Un enfant enrhumé est défini par la présence d'une infection des voies aériennes supérieures. Si on en juge par la récente étude que nous avons réalisée au niveau national, la fréquence des signes observée est la suivante : toux grasse (37,7 %), rhinorrhée claire (28,5 %), toux sèche (20,8 %), fièvre (10,8 %), rhinorrhée purulente (8,4 %), sibilants (1,8 %) et abattement (2,7 %) [6]. Ces signes sont rarement isolés et s'associent fréquemment. Il faut également ajouter la voix rauque qui témoigne de la présence d'une laryngite et qui sera exclue du champ de cette revue car, sauf urgence extrême, l'enfant doit être récusé dans ce cas particulier. Il faut noter que ces résultats sont similaires aux données d'autres études s'étant intéressées au même sujet [7]. La meilleure façon de faire le diagnostic est l'interrogatoire de la famille qui est la plus à même de retracer le profil évolutif de leur enfant car comme nous allons le voir, la présence de ces signes actuellement ou au cours des semaines précédentes peut avoir un impact sur la prise en charge des patients [3-5,7].

Il est également commun de s'intéresser dans le même ordre d'idée à la présence d'un asthme, d'une atopie et de facteurs de risques de complications respiratoires tels que le tabagisme parental ou d'autres pathologies respiratoires constitutionnelles ou acquises [1]. Enfin, comme pour toute consultation d'anesthésie, on doit s'enquérir de l'état d'ensemble du patient et surtout prévenir la famille du risque d'annulation en cas d'infection des voies aérienne supérieures et en expliquer les raisons à l'enfant et aux parents. En effet, l'incompréhension est souvent source de tensions entre les équipes soignantes et la famille.

Combien de temps le risque respiratoire est-il présent ?

La réponse à cette question n'est pas tranchée. Certaines études trouvaient une augmentation du risque de complications respiratoires qui pouvait aller jusqu'à 4 semaines après l'épisode d'infection considéré [5,8]. Toutefois, cette notion a été nuancée par une grande cohorte Australienne qui ne retrouvait de risques de complications que quand l'infection était signalée dans les 2 semaines précédant l'anesthésie [1]. En revanche, comme on

pourrait s'y attendre, la présence d'une infection actuelle semble être associée à un risque plus grand que quand l'infection est décrite comme étant survenue dans les 2 à 4 semaines avant l'anesthésie. En se basant sur l'étude de Von Ungern-Sternberg et al. réalisée en Australie [1], le risque de complications respiratoires chez les enfants présentant une infection des voies aériennes actuelle ou datant d'il y a moins de 2 semaines était de 25 et 29 %, respectivement. Cette proportion tombait à 12 et 8 % si on considérait ceux avec une infection des voies aériennes entre 2 et 4 semaines ou ceux qui n'en ont pas. Ainsi, il faudrait probablement reconsidérer les délais appliqués aujourd'hui (4 semaines) en faveur de délais plus courts (2 semaines) afin de parler de sur-risque respiratoire.

Quand récusé (ou ne pas récusé) le patient ?

Si comme le veut la curiosité humaine, vous en êtes venu à lire directement cette partie, autant dire les choses clairement : il n'y a aucun consensus concernant l'attitude à adopter face à un enfant porteur d'une infection des voies aériennes supérieures. En effet, cette attitude va dépendre de plusieurs facteurs : l'urgence de la chirurgie ou de l'acte motivant l'anesthésie, l'état général du patient et ses antécédents, l'intensité des signes, la chirurgie pratiquée (voies aériennes), l'expérience de l'anesthésiste, les possibilités de reprogrammation rapide, l'éloignement géographique et les conditions socio-économiques du patient (possibilité d'absence etc.) [1,4]. Ceci est de nature à induire une grande variabilité dans la décision d'annuler ou non l'intervention. Pourtant, l'étude nationale Rhubarbe, que nous avons réalisée sur 16 centres hospitaliers avec activité pédiatrique dédiée, a montré la relative stabilité dans les facteurs entraînant la décision d'annuler les interventions : expérience de l'anesthésiste < 8 ans, absence d'urgence et présence d'un des signes suivants : fièvre, abattement, toux productive et anomalies auscultatoires [9]. Sur l'ensemble de cette cohorte, 20 % des patients étaient annulés, donnée que nous retrouvons localement sur une autre étude [10]. Toutefois, ces données semblent très élevées en comparaison avec les pratiques anglo-saxonnes [7]. Plus intéressant était le nombre de patients présentant une complication respiratoire qui était de 33,5 % chez ceux qui étaient anesthésiés ce qui n'est pas très différent des 25 % à 30 % de ceux retrouvés dans les séries anglo-saxonnes sans ou avec peu d'annulations [1]. Ce qui revient à dire qu'en se basant sur ces résultats, l'annulation n'a aucun effet sur le taux de complications respiratoires ! Bien que les résultats des différentes études soient difficilement comparables, ce résultat interpelle tout de même et interroge sur nos pratiques. Cette interrogation prend toute sa valeur si on sait que même en situation de complication respiratoire, aucune conséquence à long terme n'était à déplorer dans notre étude (ni dans d'autres d'ailleurs). Les arrêts cardiaques d'origine respiratoires avec handicap neurologique secondaire dans le contexte

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8610333>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8610333>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)