

Anesthésie pédiatrique : Respiratoire

ID: 448

Enquête de pratique sur le retrait du masque laryngé en anesthésie pédiatrique : étude déclarative SFAR-ADARPEF

L.Barrot*(1), A.Jurine(1), N.Salvi(2), M.De Queiroz(3)

(1) Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Besançon 25030 Besançon, (2) Service d'Anesthésie Pédiatrique, Hôpital Necker – Enfants Malades, 75015 Paris, (3) Hôpital Femme Mère Enfant, Département D'Anesthésie Réanimation Pédiatrique, Bron/Lyon, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Les complications respiratoires sont la première cause de complications périopératoires en anesthésie pédiatrique (1). Il est recommandé de contrôler les voies aériennes par un masque laryngé (ML) chez l'enfant au cours d'une anesthésie générale lorsque cela est possible (2). La technique de retrait de ce dispositif peut être délicate. Il peut être retiré profondément endormi ou éveillé (3). Nous avons mené une enquête de pratiques sur la technique du retrait du ML en anesthésie pédiatrique.

Matériel et méthodes:

Un questionnaire de 17 questions a été conçu via le logiciel Google Forms à destination du personnel médical. Ce questionnaire a été rédigé en collaboration avec l'ADARPEF. Il a été diffusé via la liste des inscrits à l'ADARPEF et à la SFAR entre mai 2022 et mars 2023. Les résultats sont exprimés en pourcentage, moyenne et écart-type.

Résultats & Discussion:

312 réponses ont été colligées. La population est décrite figures 1 et 2. Le ML est retiré majoritairement enfant éveillé et en salle d'intervention. L'enfant éveillé est défini par ouverture des yeux: 61,9 %, mouvements spontanés et orientés 61,6%, contact lors de l'appel 45,5 %.

Les conditions de retrait du ML sont très hétérogènes pour un retrait enfant éveillé ou pour un enfant endormi : MAC d'halogénés, arrêt des anesthésiques, définition de l'enfant endormi, présence d'une ventilation spontanée ou non, volume courant, pupilles. Un protocole de service était présent dans 23 % des cas. La position est le DD (88 %) puis le DL après retrait (81 %).

L'asthme, l'infection récente des VAS, l'expérience propre du praticien, et la présence de personnel expérimenté en salle d'intervention orientent plutôt vers un retrait enfant endormi.

La distance de la SSPI, la chirurgie céphalique, le SAOS, la survenue de complications respiratoires périopératoires orientent vers un retrait enfant éveillé.

Conclusion:

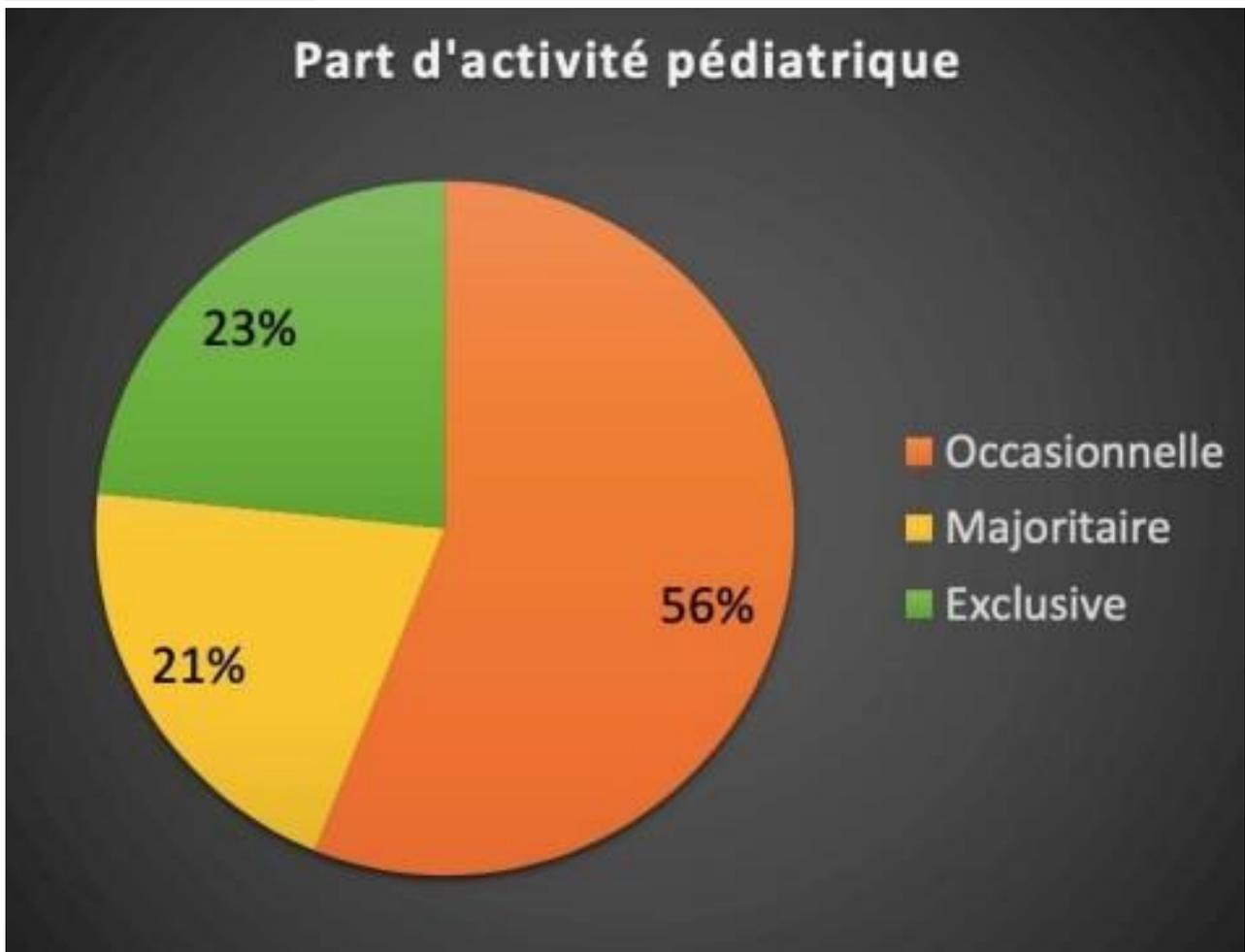
Dans notre enquête, la technique de retrait du masque laryngé est majoritaire enfant éveillé, bien que les 2 techniques soient décrites. Les critères de retrait semblent très hétérogènes au sein de la population médicale d'anesthésie pédiatrique. Une meilleure définition des critères et une homogénéisation des pratiques pourraient être nécessaires.

Références bibliographiques:

1. Habre W, Disma N, Virag K, Becke K, Hansen TG, Jöhr M, et al. Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. *Lancet Respir Med.* mai 2017;5(5):412-25. 2. Dadure C, Sabourdin N, Veyckemans F, Babre F, Bourdaud N, Dahmani S, et al. Management of the child's airways. *Anesth-Réanimation.* 2019;5:408-26. 3. Koo CH, Lee S, Chung S, Ryu JH. Deep vs. Awake Extubation and LMA Removal in Terms of Airway Complications in Pediatric Patients Undergoing Anesthesia: A Systemic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 14 oct 2018;7(10):353.

Remerciements:

N=312	Expérience anesthésie (ans)	Expérience anesthésie pédiatrique (ans)	Activité
	13,5 +/- 8,5	11,2 +/- 7,8	Clinique 20,8 %
			CHG 29,8 %
			CHU 44,6 %
			Mixte 4,8 %



Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.