

Anesthésie pédiatrique - Divers

ID: 471

Enquête nationale dans un pays en transition sur les pratiques anesthésiques face à un enfant enrhumé

M. Mejri*(1), H.Blaiti(1), M.Garrouch(1), S.Aouadi(1), A.Driss(1), A.Kalai(1), O.Bettaieb(1), S.Hadji(2), M.Trifa(2)

(1) Anesthésie réanimation, hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis, Ben arous, Tunisia ,

(2) Anesthésie réanimation, hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur présenté comme orateur*

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

L'infection des voies aériennes supérieures (VAS) est associée à un risque accru de complications respiratoires. Les sociétés savantes ont émis des recommandations en faveur la ventilation au masque (G1+) et la nébulisation de salbutamol en préopératoire (G2+) [1]. Toutefois, il n'existe pas de consensus concernant les conditions de report de la chirurgie. L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques anesthésiques face à un enfant enrhumé devant subir une anesthésie générale (AG).

Matériel et méthodes:

étude descriptive sous forme d'un questionnaire anonyme GoogleForm® diffusé par e-mail auprès de 400 anesthésistes réanimateurs des secteurs public et privé (du 23-02-2023 au 12-03-2023). Le questionnaire comportait deux parties. La première concernait les données liées aux participants (secteur d'activité, ancienneté et nombre hebdomadaire de cas d'anesthésie pédiatrique). Dans la seconde partie, le participant précisait sa conduite devant un enfant enrhumé devant subir une AG par des questions à choix multiples : critères d'annulation, préparation à l'intervention si acceptation, drogues anesthésiques à éviter, méthode de gestion des voies aériennes et conditions d'extubation. Une dernière question ouverte a été posée à la fin et concernait la conduite de l'anesthésiste face à un laryngospasme sévère au réveil. Nous avons utilisé les tests de Chi-2 et de Mann-Whitney pour l'analyse statistique, et avons considéré une valeur de $p < 0,05$ comme significative.

Résultats & Discussion:

Sur les 414 médecins interrogés, 97 ont répondu au questionnaire (23%) : 48,5% exerçaient dans un CHU, 44,3% dans le secteur privé et 6,2% dans un hôpital régional. L'ancienneté dans la spécialité était de $11,7 \pm 8,8$ ans. Parmi les participants, 24,7% ont déclaré reporter systématiquement une chirurgie non urgente. Ce report était plus fréquent parmi les médecins exerçant dans un CHU ($p=0,04$) et ceux dont la pratique de l'anesthésie pédiatrique était <5 cas/semaine ($p=0,04$). Les nébulisations de salbutamol en pré opératoire étaient plus fréquemment prescrites par ceux exerçant dans un CHU ($p=0,008$) tandis que celles de corticoïdes étaient surtout prescrites par ceux exerçant dans le privé ($p=0,02$). La méthode privilégiée pour la gestion des VAS était les dispositifs supra-glottiques. L'éviction du desflurane était plus fréquente parmi ceux exerçant dans un CHU ($p=0,01$).

Conclusion:

Notre étude a montré une grande hétérogénéité dans les pratiques anesthésiques face à un enfant présentant une infection des VAS. Elle a également montré une discordance par rapport aux recommandations des sociétés savantes, notamment en terme de préparation à l'intervention. Le renforcement de la formation continue des anesthésistes réanimateurs sur le sujet et l'élaboration de recommandations nationales adaptées à notre pratique et à nos ressources, permettraient d'améliorer la prise en charge anesthésique d'un enfant enrhumé se présentant pour une AG.

Références bibliographiques:

Anaesth Crit Care Pain Med ; 2019, 38(6), 681-693.

TABLEAU 1 : PRATIQUES FACE A UN ENFANT PRESENTANT UNE INFECTION DES VAS					
Conditions de report d'une chirurgie non urgente					
Si âge < 2 ans	26 (26,8%)	Si éruption cutanée	27 (27,8%)		
Si cardiopathie	40 (41,2%)	Si toux grasse	49 (50,6%)		
Si asthme	40 (41,2%)	Si sécrétions purulentes	59 (60,8%)		
Si fièvre	69 (71,1%)	Si râles ronflants	51 (52,6%)		
Si altération de l'état général	53 (54,6%)	Si râles sibilants	69 (71,1%)		
Si chirurgie des voies aériennes	31 (32%)	Si tabagisme passif	5 (5,2%)		
Systématiquement	24 (24,7%)				
Préparation préopératoire					
Kinésithérapie	40 (41,2%)	Corticoïdes IV à l'induction	35(36,1%)		
Nébulisations salbutamol	68 (70,1%)	Lidocaïne en spray	3(3,1%)		
Nébulisations corticoïdes	20 (20,6%)	Nébulisations lidocaïne	11 (11,3%)		
Pas de préparation	12 (12,4%)				
Drogues anesthésiques proscrites					
Isoflurane	27 (27,8%)	Desflurane	36 (37,1%)		
Gestion des voies aériennes					
Masque facial	27 (27,8%)	Dispositif supraglottique	32 (33%)	Intubation	27 (27,8%)
Critères d'extubation					
Complètement réveillé	59 (60,8%)	Complètement endormi	15 (15,5%)	Tousse sur la sonde	19 (19,6%)
Conduite face à un laryngospasme sévère à l'extubation					
Réintubation			38 (39,2%)		
Ventilation en pression positive Fio2 100%			31 (32%)		

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.