



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

Marwa Mejri, Hajer Blaiti, Med Amine Garrouch, Salma Aouadi, Asma Driss, Abir Kalai, Oussema Bettaieb, Sabine Hadji, Mehdi Trifa, Hôpital d'enfants Bechir Hamza de Tunis, Tunisie

Introduction : L'infection des voies aériennes supérieures (VAS) est une situation fréquente en anesthésie pédiatrique, et associée à un risque accru de complications respiratoires. Les sociétés savantes ont émis certaines recommandations face à cette situation comme privilégier la ventilation au masque (Grade 1+) et prescrire des nébulisations de salbutamol en préopératoire (Grade 2+) [1]. Toutefois, il n'existe pas de consensus concernant les conditions de report d'une chirurgie non urgente, les drogues anesthésiques à proscrire ou à privilégier et les conditions d'extubation. 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 :

- Etude 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, drogues anesthésiques à éviter, méthode de gestion des VAS et conditions d'extubation.

- Une question ouverte a été posée à la fin concernant 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 : - Sur les 414 médecins interrogés, 97 ont répondu à notre questionnaire (23,4%) : 48,5% exerçaient dans un CHU, 44,3% dans le secteur privé et 6,2% dans un hôpital régional. Leur ancienneté dans la spécialité était de $11,7 \pm 8,8$ ans.

- Les pratiques anesthésiques face à un enfant enrhumé sont résumées dans le tableau 1.

- 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 ($p=0,04$).

- Concernant la préparation d'un enfant enrhumé qui devait subir une AG, les nébulisations de salbutamol étaient plus fréquemment prescrites par ceux exerçant dans un CHU ($p=0,008$) tandis que celles de corticoïdes étaient plus fréquemment prescrites par ceux exerçant dans le privé ($p=0,02$).

TABLEAU 1 : PRATIQUES FACE A UN ENFANT PRESENTANT UNE INFECTION DES VAS			
Conditions de report d'une chirurgie non urgente			
Age < 2 ans	26 (26,8%)	Eruption cutanée	27 (27,8%)
Pathologie cardio-respiratoire	40 (41,2%)	Toux grasse	49 (50,6%)
Fièvre	69 (71,1%)	Râles ronflants	51 (52,6%)
Toute chirurgie non urgente	24 (24,7%)	Râles sibilants	69 (71,1%)
Préparation préopératoire			
Pas de préparation	12 (12,4%)	Corticoïdes IV à l'induction	35(36,1%)
Nébulisations salbutamol	68 (70,1%)	Nébulisations corticoïdes	20 (20,6%)
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			
Réveillé	59 (60,8%)	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%)

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 termes 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.

1.Dadure C, Sabourdin N, Veyckemans F, Babre F, Bourdaud N, Dahmani S, et al. Management of the child's airway under anaesthesia: The French guidelines. Anaesth Crit Care Pain Med. déc 2019;38(6):681-93.