

## CONSULTATION D'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE



Imprimer



Télécharger

Anne Hébrard  
Département d'anesthésie  
Hôpital Jeanne de Flandres - Lille

## INTRODUCTION

Le but de la consultation d'anesthésie tel qu'il est défini par la SFAR est multiple:

- Déterminer le risque anesthésique du patient
- Définir la stratégie périopératoire
- Etablir une relation entre la patient et l'anesthésiste (notion de contrat)

Elle doit déboucher sur un dossier anesthésique reprenant :

- Les antécédents personnels et familiaux du patients, les traitements en cours, l'examen physique réalisé, les éventuels examens complémentaires prescrits
- Les techniques anesthésiques et postopératoires proposées
- Les explications fournies au patient
- Les consignes pour la période préopératoire immédiate



Cette conférence a été organisée le 19 Septembre 2002 à Paris et coordonnée par Olivier Paut et Annie Lando.

La consultation d'anesthésie a été rendue obligatoire par le décret de loi du 5 Décembre 1994. Auparavant, dans la plupart des établissements, les patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou loco-régionale étaient vus le jour de leur hospitalisation, c'est à dire la veille ou le jour même de leur intervention.

Lors de cette visiste préanesthésique, le praticien devait prendre connaissance du patient, de ses antécédents, de ses traitements et l'informer de la technique anesthésique choisie, de ses avantages et de ses inconvénients. Certains patients étiquetés "patients à risque" par les chirurgiens ou les médecins demandeurs de l'anesthésie étaient vus en consultation à distance du jour opératoire.

En anesthésie pédiatrique, l'intérêt de cette consultation pour des enfants ne présentant aucun problème de santé particulier reste encore, 10 ans après, parfois mal comprise par les parents. L'anecdote mettant en scène des parents venant en consultation d'anesthésie sans leur enfant ("mais Docteur, il faisait la sieste") reste d'actualité. Cet intérêt reste parfois même étranger à nos collègues pédiatres (parents non prévenus de la venue de l'anesthésiste, dossiers de pédiatrie inaccessibles lors de consultations de patients "chroniques", enfants ne communiquant pas du fait de leur âge ou de leur état neurologique conduits en consultation par une auxiliaire de puériculture).

Les buts, moyens et particularités de la consultation d'anesthésie pédiatrique ne sont pas clairement individualisées. Il n'existe aucun caractère "obligatoire" en ce qui concerne son déroulement, mais uniquement des recommandations concernant des locaux de consultation "adaptés à l'enfant", le caractère "souhaitable" de la lecture du carnet de santé et la présence des parents lors de l'examen [1].

L'aspect relativement peu directif des textes existants doit donc être interprété au vu de critères de bonne pratique clinique ou plus simplement du plus élémentaire bon sens.

L'élément pédiatrique va intervenir sur les particularités physiques (développement de l'enfant, pathologies spécifiques) et sur la nature de la relation anesthésiste/patient (inclusion des parents dans le contrat médecin malade). La consultation d'anesthésie pédiatrique est donc une consultation d'anesthésie associée, intriquée même, à une consultation de pédiatrie.

Dès lors, même en l'absence de cadre défini, il devient plus aisé de définir les principes régissant le déroulement de cette consultation. Les buts sont ceux de toute consultation d'anesthésie, les modalités pratiques devant répondre à celle préconisées par la charte de l'enfant hospitalisé [2] :

- Devoir de compétence du médecin
- Milieu et personnel adaptés aux différents groupes d'âge
- Attitude invasive limitée au strict nécessaire
- Respect de l'intimité

## PARTICULARITÉS MÉDICALES DE LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE

La situation peut, *a priori*, se résumer à 2 cas de figures :

- L'enfant sain
- L'enfant présentant une pathologie chronique et/ou évolutive

### ■ L'enfant sain

C'est le cas le plus fréquent. Il s'agit d'un nourrisson ou d'un enfant sans antécédent notable et présentant une pathologie intercurrente le plus souvent bénigne (ORL, viscérale, urologique ou traumatologique légère). La situation est simple. Notre rôle semble essentiellement un rôle d'information et de "réconfort". De petits livrets explicatifs et imagés soit de fabrication locale soit commercialisés (association Sparadrap) donnés pendant la consultation peuvent réduire l'anxiété des parents et des enfants [3]. Cependant cette apparente banalité doit s'accompagner d'une vigilance accrue.

#### *Interrogatoire*

Le questionnaire concernant les antécédents doit être minutieux. On recherchera notamment les renseignements concernant les maladies infectieuses infantiles, les infections ORL (otites et rhinopharyngites, bronchiolites). Le nombre d'hospitalisation pour des motifs dits "légers" (gastroentérite par exemple) peuvent renseigner sur les possibilités familiales de prise en charge d'un enfant dans le cadre d'une anesthésie ambulatoire.

Devant l'absence fréquente d'antécédents personnels notables ("il n'a jamais été opéré" ni "jamais été malade") les antécédents familiaux (parents, fratrie) aussi bien médicaux qu'anesthésiques prennent une grande importance à la recherche essentiellement de troubles de la coagulation ou de maladie musculaires.

#### *Examen clinique*

Il doit être systématique et répondre simultanément à 3 objectifs :

- Recherche d'une pathologie méconnue :

Il est rare que la consultation d'anesthésie soit l'occasion de découvrir une pathologie méconnue chez des enfants suivis régulièrement par un médecin généraliste ou par un pédiatre. Même chez les familles les plus "négligentes", l'obligation en France d'un suivi médical régulier sanctionné par des mesures financières (pour les examens des 1<sup>er</sup>, 12<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> mois) font que l'anesthésiste est exceptionnellement le premier médecin rencontré par l'enfant. Il n'existe pas, comme chez l'adulte, de pathologies isolées liées à l'âge ou à l'existence de conduites addictives. Toute altération de l'état de santé rentre donc dans un cadre pathologique connu ou méconnu. La rapidité d'évolution des processus pathologiques chez l'enfant impose un examen clinique systématique, notamment biométrique, comparatif au dernier relevé réalisé et consigné dans le carnet de santé. Le but en est le dépistage de toutes anomalies susceptibles de révéler une pathologie évolutive méconnue (augmentation du périmètre crânien pouvant traduire un processus expansif intracrânien ...).

- Recherche d'un élément susceptible modifier la prise en charge anesthésique :

L'évaluation du réseau veineux périphérique doit être faite en consultation. Elle permet d'une part d'anticiper d'éventuelles difficultés périopératoires (nécessitant la pose donc l'explication d'un cathéter central) et d'autre part de montrer aux parents où placer l'EMLA si des bilans biologiques à distance de la consultation et/ou une hospitalisation ambulatoire sont prévus. L'examen clinique régionale.

- Recherche d'un élément susceptible d'interférer avec la planification de l'anesthésie :

Chez l'enfant sain, deux situations peuvent modifier le déroulement prévu de l'intervention.

#### *Découverte d'un souffle cardiaque à l'examen clinique*

Le souffle cardiaque est une traduction stéthacoustique de turbulences du flux sanguin. Les souffles fonctionnels chez l'enfant représentent environ 30% des souffles entendus lors d'un examen clinique. Il peuvent être dus à des situations diverses (tachycardie, fièvre, anémie, trop bonne contractilité ventriculaire ...). Ils sont brefs, proto ou mésosystoliques, d'intensité faible à modérée (< 3/6), variables dans le temps et diminuant en position debout. On ne retrouve à l'interrogatoire aucun symptôme cardiovasculaire, les bruits du cœur sont normaux, les pouls fémoraux bien perçus et la tension artérielle normale.

Il faut cependant connaître quelques particularités de l'examen du nouveau-né et du

nourrisson. La présence d'un souffle systolique au foyer pulmonaire peut traduire la persistance d'un canal artériel ou l'existence d'un foramen ovale. Un souffle haut situé irradiant dans l'aisselle peut témoigner d'une accélération du flux au niveau de l'origine des artères pulmonaires. Enfin, de petites CIV trabéculées sont fréquentes entraînant un souffle bas situé, très aigu. L'auscultation du nouveau né ou du nourrisson étant difficile, une échographie cardiaque sera demandée au moindre doute.

#### *L'enfant enrhumé*

C'est une situation fréquente en anesthésie pédiatrique due à la taille du tractus respiratoire et à l'acquisition de l'immunité particulière à la tranche d'âge 3 mois-4 ans. L'obstruction des voies aériennes supérieures peut se faire à différents étages (nasal, pharyngé, laryngé et trachéal). L'arhinopharyngite se définit par un écoulement nasal clair à purulent, associé à une fièvre modérée pouvant se compliquer d'une otite ou d'une trachéobronchite. La gravité potentielle des incidents et accidents peranesthésiques respiratoires peut s'expliquer par la constatation d'une hyperréactivité bronchique persistant 6 à 8 semaines [4].

Les complications rencontrées ont été abondamment étudiées probablement de part l'importance de l'enjeu médical socio-économique que représente la décision de retarder ou non l'intervention de ces patients [5]. Des hypoxémies péri-opératoires, une augmentation de la fréquence des laryngospasmes [5], des bronchospasmes [10], la survenue d'atélectasies, de surinfections broncho-pulmonaires, d'oedèmes glottiques ont été décrites [6,7,8]. Les risques semblent identiques quelque soit la gravité des signes cliniques et est majoré par l'intubation, le jeune âge de l'enfant, le type de chirurgie (ORL) et l'inexpérience du praticien [9,10]. Plus récemment de nombreux auteurs aussi bien en pneumo-pédiatrie qu'en anesthésie se sont penchés sur les risques entraînés par le tabagisme passif chez l'enfant.

Il est important d'élaborer au sein de l'équipe anesthésique un protocole de prise en charge de ces enfants enrhumés et de l'expliquer aux parents en consultation. L'attitude la plus couramment admise sans qu'il existe vraiment de consensus consiste à reporter de 2 à 6 semaines l'intervention non urgente si l'âge est inférieur à 1 an et/ou s'il existe des pathologies associées et/ou s'il existe des signes cliniques marqués (fièvre, toux grasse par exemple) et/ou si une intubation est nécessaire.

En conclusion, la consultation d'anesthésie de l'enfant sans pathologie autre que son problème chirurgical s'apparente à une consultation de pédiatrie orientée par la pathologie chirurgicale (ORL, urologique..). L'anesthésiste devra rester systématique en ce qui concerne l'interrogatoire et l'examen clinique afin de ne pas ignorer une pathologie intercurrente.

L'aspect pédagogique est impératif tout au long de la consultation. Elle devra déboucher sur un "contrat" passé entre les parents, l'enfant et le médecin, basé sur une connaissance éclairée de la stratégie périopératoire (rapport risque/bénéfice optimal).

#### ■ **L'enfant présentant une pathologie chronique et/ou évolutive**

Différentes pathologies pédiatriques peuvent interférer avec la prise en charge anesthésique de l'enfant. Elles peuvent être soit isolées, soit incluse dans un cadre pathologique bien précis.

Ce deuxième cas, moins fréquent, est caractéristique des services spécialisés. Il s'agit d'enfants d'âge variable, suivis pour une pathologie donnée et adressé en consultation d'anesthésie pour bilan invasif, prise en charge chirurgicale dans le cadre de l'affection initiale ou pathologie intercurrente. Il est impossible d'être exhaustif quant à la nature des situations rencontrées et de leurs éventuelles implications anesthésiques tant la diversité des situations est grande. Il peut s'agir tout aussi bien d'un jeune nourrisson ancien prématuré que d'un adolescent multiopéré du fait d'un syndrome polymalformatif complexe.

Les étapes de la consultation tels que nous les avons envisagés précédemment restent bien entendu valables, mais doivent être interprétées en fonction de la pathologie sous-jacente. Hors, si les bases de la pédiatrie sont connues par tous les praticiens il en est plus rarement de même des pathologies rencontrées chez ces patients. Il sera donc indispensable d'avoir accès au dossier du patient (dossier personnel et hospitalier) et d'être capable d'en retirer et d'interpréter les données importantes pour l'anesthésie. Il sera également important d'avoir une demande clairement formulée et justifiée sur le geste envisagé et son bénéfice escompté.

#### *Interrogatoire*

L'interrogatoire sera là encore l'étape initiale. La recherche des ATCD devra établir l'histoire précise de la maladie: ses circonstances de découverte, son évolution, les traitements successifs entrepris, les hospitalisations, leur fréquence et leur motif. L'établissement de la liste des correspondants médicaux prenant en charge l'enfant est également utile voire nécessaire.

L'importance de ces éléments est capitale pour situer le patient par rapport à sa pathologie. En effet, le plus souvent, la présentation d'un enfant atteint d'une pathologie chronique ou évolutive est assez univoque, les traitements entrepris étant quasi-identiques pour tous les patients quelque soit le stade de leur maladie. L'interrogatoire minutieux est le seul moyen dont l'anesthésiste dispose pour préciser le stade réel de l'affection ainsi que les critères de stabilité éventuels. Il suppose cependant une connaissance minimale de l'affection en cause. Celle-ci DOIT être acquise (de préférence au préalable) que ce soit au contact des équipes médicales assurant la prise en charge ou par l'examen de la littérature existante. La lecture des volumineux dossiers médicaux donnent un reflet de la maladie et de son évolution mais sous un certain angle, négligeant parfois des éléments mineurs pour le suivi au long cours mais essentiels à la prise en charge anesthésique.

#### *Examen clinique*

Si l'examen clinique doit répondre globalement aux mêmes objectifs chez ces patients (systématique, recherches de facteurs interférant dans la planification ou le déroulement de l'anesthésie) il est bien évident qu'il existe dans ce cas un ou plusieurs points d'appel liés à la pathologie sous jacente. Le ou les appareils atteints doivent bénéficier d'une attention particulière et l'examen doit être comparé avec ceux, présents dans le dossier du patient, réalisés dans le cadre du suivi de la maladie par les équipes spécialisées. Il s'agit là d'une source indéniable de renseignements qui facilite grandement la réalisation de l'examen mais qui finalement n'est que peu contributive à son interprétation. En effet bon nombre de pathologies, même parmi les plus sévères s'accompagnent d'une symptomatologie pauvre; c'est par exemple la cas de l'auscultation pulmonaire dans la mucoviscidose ou de l'examen cardiaque dans la myopathie. Une fois de plus c'est l'expérience, la connaissance de la maladie, les éléments concernant son évolutivité qui permettent d'apprécier la portée réelle des signes cliniques observés.

#### *Prescription d'examens complémentaires*

Les examens paracliniques jouent chez l'enfant présentant une pathologie chronique ou évolutive un rôle plus important que chez le sujet sain. Leur but n'est pas axé exclusivement sur le dépistage d'un trouble méconnu de la coagulation ou sur la recherche d'une atteinte potentiel d'un appareil. Que ce soit un bilan systématique réalisé par l'équipe prenant en charge la maladie de l'enfant ou un bilan demandé spécifiquement en vue de l'intervention, deux questions se posent :

- Pendant combien de temps un bilan réalisé dans le cadre d'une maladie évolutive est il valable?
- Quelle est la valeur de ce bilan ?

Ces questions essentielles sont bien entendu sans réponse précise.

Le délai de validité d'un bilan au cours d'une maladie dépend de son évolutivité. Ainsi au cours des processus néoplasiques il faudra, selon la nature du geste envisagé, exiger un bilan ne datant pas de plus de quelques jours ; au contraire chez un enfant porteur d'une myopathie on pourra, en dehors de signe d'évolutivité récente, accepter un bilan datant de quelques mois.

Le deuxième problème évoqué est la valeur du bilan réalisé. La qualité de l'interprétation dépend autant de sa réalisation technique que de l'expérience de l'opérateur dans le domaine pathologique considéré et de son habitude d'interprétation des examens dans le cadre d'un bilan préopératoire. Ainsi par exemple l'évaluation de la fonction cardiaque d'un enfant atteint de myopathie doit prendre en compte les caractéristiques de la cardiomyopathie, l'hypoéchogénéicité de ces patients et l'évaluation des possibilités d'adaptation à l'agression prévue. Il n'est pas rare, dans ce domaine, d'être confronté à des correspondants, fournissant une interprétation erronée faute d'une expérience suffisante (nous avons ainsi vu un enfant qui a été étiqueté comme coronarien face à des troubles de la repolarisation due à sa cardiomyopathie). A l'inverse le contenu de notre demande peut être mal à apprécié par des correspondants spécialisés mais peu enclin à s'attarder sur nos impératifs.

Au total il ne s'agit pas de demander une série d'examens paracliniques en fonction des organes atteints ou susceptibles de l'être; Il faut savoir pourquoi on les demande, ce que l'on en attend et communiquer avec le praticien qui les réalisera. Ceci ne peut se faire qu'en ayant une connaissance de la pathologie et de ces implications anesthésiques.

La synthèse de tous ces éléments doit permettre d'établir un état des lieux précis de l'état du patient afin de pouvoir envisager en toute connaissance de cause les possibilités de réalisation du geste. Ces conclusions doivent être consignées dans le dossier d'anesthésie. Elles seront la base du contrat établi avec l'enfant et ses parents.

## ■ L'enfant prématuré

Les problèmes spécifiques posés par la prématurité sont autant médicaux que psychologiques. La connaissance de leur physiologie particulière est essentielle pour définir une prise en charge périopératoire adaptée. Diverses pathologies chirurgicales sont rencontrées chez le prématuré. Certaines extrêmement spécialisées (chirurgie du canal artériel, entérocolite) s'intègrent dans leur prise en charge globale et la collaboration avec les néonatalogistes est essentielle. La classique cure de hernie inguinale du prématuré le plus souvent réalisée en dehors de la phase réanimatoire reste le motif de consultation le plus fréquent.

Le risque d'apnée post-opératoire (origine périphérique et centrale) est important chez ces bébés prématurés [11]. Il peut être diminué sans être totalement écarté par l'administration péri-opératoire de caféine, le choix d'une anesthésie loco-régionale pure ou le report de la chirurgie après 60 SA [12]. Il faut prendre en compte, dans l'évaluation du risque anesthésique, non seulement l'âge postconceptionnel mais également l'âge gestationnel et l'existence éventuelle d'une anémie [13]. Classiquement entre 44 et 60 SA, le choix d'une anesthésie loco-régionale pure et d'une surveillance postopératoire spécialisée doit être expliqué aux parents.

## CONCLUSION

La morbidité peranesthésique est dans toutes les études (européennes ou américaines, anciennes ou plus récentes) supérieure chez les nourrissons et les petits enfants [14,15]. Particulièrement chez l'enfant, la consultation d'anesthésie est une opportunité unique d'évaluer la situation clinique dans sa globalité. Elle est la base du contrat indispensable qui sera passé entre le médecin, la famille et l'enfant.

## RÉFÉRENCES

[1] SFAR

Recommandations concernant la période préanesthésique 2<sup>ème</sup> édition – Septembre 1991-1994

[2] UNESCO 2000

Charte de l'enfant hospitalisé

[3] Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C, Gardner H, Stark H, Pfluegler A, Topf R.

Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* Jan;67(1):35-41, 2003.

[4] Empey DW.

Effect of airway infections on bronchial reactivity. *Eur J Resp Dis,* 128 :366-8, 1983

[5] Schreiner MS, O'Hara I, Markakis DA, Politis GD.

Do children who experience laryngospasm have an increased risk of upper respiratory tract infection? *Anesthesiology.* Sep;85(3):475-80, 1996.

[6] Rolf N, Cote CJ.

Frequency and severity of desaturation events during general anesthesia in children with and without upper respiratory infections. *J Clin Anesth.* May-Jun;4(3):200-3, 1992.

[7] Olsson GL.

Bronchospasm during anaesthesia. A computer-aided incidence study of 136,929 patients. *Acta Anaesthesiol Scand.* Apr;31(3):244-52, 1987.

[8] Olsson GL, Hallen B.

Laryngospasm during anaesthesia. A computer-aided incidence study in 136,929 patients. *Acta Anaesthesiol Scand.* Oct;28(5):567-75, 1984.

[9] Cote CJ.

The upper respiratory tract infection (URI) dilemma: fear of a complication or litigation? *Anesthesiology.* Aug;95(2):283-5, 2001.

[10] Tait AR, Malviya S, Voepel-Lewis T, Munro HM, Seiwert M, Pandit UA.

Risk factors for perioperative adverse respiratory events in children with upper respiratory tract infections. *Anesthesiology.* Aug;95(2):299-306, 2001.

- [11] Welborn LG, Greenspun JC.  
Anesthesia and apnea: perioperative considerations in the former preterm infant. *Pediatr Clin North Am.*;41 (1):181-198, 1994.
- [12] Welborn LG, Rice LJ, Hannallah RS, Broadman LM, Ruttimann UE, Fink R.  
Postoperative apnea in former preterm infants: prospective comparison of spinal and general anesthesia. *Anesthesiology.* 72(5):838-842, 1990.
- [13] Cote CJ, Zaslavsky A, Downes JJ, Kurth CD, Welborn LG, Warner LO, et al.  
Postoperative apnea in former preterm infants after inguinal herniorrhaphy. A combined analysis. *Anesthesiology.* 82(4):809-822, 1995
- [14] Tiret L, Nivoche Y, Hatton F, Desmonts JM, Vourc'h G.  
Complications related to anaesthesia in infants and children: a prospective survey of 40,240 anaesthetics. *Br J Anaesth.* 61(3): 263-269, 1988.
- [15] Keenan RL, Boyan CP.  
Cardiac arrest due to anesthesia: a study of incidence and causes. *JAMA.* 253(16):2373-2377, 1985.

Mise à jour le 25 mai, 2009