



**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS DES VOIES AERIENNE
EN PERIOPERATOIRE : ETUDE NATIONALE RHUBARBE
(RHUME ET ANESTHESIE-REANIMATION EN BEDIATRIE) :.**

Pr Souhayl DAHMANI

Service d'Anesthésie & Réanimation. Hôpital Robert Debré, Paris.

RESUME

Titre	PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS DES VOIES AERIENNE EN PERIOPERATOIRE : ETUDE NATIONALE RHUBARBE
Justification	<ul style="list-style-type: none">▪ Les infections des voies aériennes (IVA) chez l'enfant augmentent la fréquence des complications respiratoires périopératoires▪ La morbidité réelle de l'anesthésie au cours des IVA reste très peu connue
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">▪ Déterminer l'incidence des complications respiratoire au cours des anesthésies pour IVA
Méthodologie	Etude observationnelle prospective.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none">▪ Age \geq 1 mois▪ ASA I à IV▪ Toute chirurgie.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none">▪ Age $<$ 1 mois▪ ASA : V▪
Durée de l'étude	6 mois
Critère d'évaluation principal	Déterminer l'incidence des complications respiratoire au cours des anesthésies pour IVA
Critères d'évaluation secondaires	<ul style="list-style-type: none">• Déterminer les facteurs entrainant l'annulation ou non de la chirurgie• Déterminer les pratiques anesthésiques périopératoires au cours de l'anesthésie des patients présentant une IVA
Bénéfices attendus	Le bénéfice pour les patients est de déterminer les conséquences de l'anesthésie des enfants présentant une IVA et de la pertinence réelle de les annuler.

I) FONDEMENTS THEORIQUES :

Les infections des voies aériennes (IVA) chez l'enfant sont un facteur de risque reconnu d'augmentation des complications respiratoires périopératoires (bronchospasme, laryngospasme, toux, réintubation)¹⁻³.

Toutefois, la prise en charge de ces patients reste très hétérogène entre les centres (et même au sein d'un même centre).

Parmi les questions qui sont fréquemment soulevées nous pouvons citer la nécessité ou non de récuser les patients en fonction de la symptomatologie, la survenue d'effets indésirables graves (nécessitant une hospitalisation en réanimation par exemple), la prise en charge anesthésique quand ces enfants sont anesthésiés.

Ainsi, face à ces questions, nous nous proposons de réaliser une étude nationale permettant de mettre en lumière les conséquences réelles de l'anesthésie de ces enfants, les facteurs entraînant l'annulation ou non des patients présentant une IVA et les techniques anesthésiques utilisées quand la décision de l'anesthésier est prise.

II) OBJECTIFS DE L'ETUDE :

II.1) Hypothèse

Etude des pratiques nationale de prise en charge périopératoire des IVA

II.2) Objectif principal

Déterminer l'incidence des complications respiratoire au cours des anesthésies pour IVA

II.3) Objectifs secondaires

Déterminer les facteurs entrainant l'annulation ou non de la chirurgie

Déterminer les pratiques anesthésiques périopératoires au cours de l'anesthésie des patients présentant une IVA

III) PLAN EXPERIMENTAL DE L'ETUDE:

III.1) Choix du plan expérimental:

Il s'agit d'une étude multicentrique nationale, prospective observationnelle. Les centres investigateurs sont : Paris (Hôpitaux : Robert Debré, Bicêtre, Trousseau, Necker), CHU de La Timone, CHU de Montpellier, CHU de Rennes, CHRU de Lille, CHU de Nantes, Hospices Publics de Lyons.

Aucune modification des pratiques courantes ne sera faite compte tenu du caractère observationnel de cette étude. Les données concernant les patients sont celles obtenue pour toute consultation préopératoire et pendant la période périopératoire. Nous demandons donc au vu de cette méthodologie une dispense de feuille d'information écrite.

III.2) Critères d'inclusion

Age \geq 1 mois

ASA I à IV

Toutes chirurgies confondues.

III.3) Critères d'exclusion

Age $<$ 1 mois

ASA V

III.4) Nombre de sujets à inclure

Il s'agit d'une étude prospective de pratiques. Aucun calcul d'effectif ne peut être envisagé.

III.4) Evaluation du bénéfice/risque pour les patients

Le bénéfice pour les patients est de déterminer les conséquences de l'anesthésie des enfants présentant une IVA et de la pertinence réelle de les annuler

IV) SCHEMA DE L'ETUDE

IV.1) Sélection des patients

Les patients seront vus comme le veut notre pratique habituelle en visite de consultation de pré-anesthésie. Pour toute suspicion d'IVA, les données seront complétées.

IV.2) Prise en charge thérapeutique

Aucune modification de la prise en charge anesthésique et chirurgicale des patients ne sera réalisée pendant cette étude. L'anesthésie et la réanimation périopératoire se feront selon les indications du médecin anesthésiste-réanimateur en charge de l'intervention et sans aucune modification de la prise en charge habituelle. La prise en charge postopératoire se fera selon les standards en vigueur dans le service.

IV.3) Durée de l'étude

La durée de l'étude sera de 6 mois à partir de Janvier 2017.

IV.4) Règles d'arrêt de l'étude :

Il n'y pas de règles d'arrêt de cette étude en dehors de la période de l'étude.

V) CRITERES D'EVALUATION :

V.1) Critère d'évaluation principal :

Déterminer l'incidence des complications respiratoire au cours des anesthésies pour IVA

V.2) Données :

Aucune donnée ne sera obtenue spécifiquement pour l'étude lors de la consultation d'anesthésie ou de l'anesthésie elle-même : ces données sont figurées dans l'annexe 1 (feuille de données).

V) ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse descriptive se fera par pourcentages pour les données discrètes et par médiane [minimum, maximum] ou moyenne et écart-type pour les données continues.

L'analyse des facteurs aboutissant ou non à l'annulation des patients se fera par une régression logistique.

Ces analyses statistiques se feront sur le logiciel SPSS 22.0 (IBM , USA).

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. Shemesh S, Tamir S, Goldfarb A, Ezri T, Roth Y. To proceed or not to proceed: ENT surgery in paediatric patients with acute upper respiratory tract infection. *J Laryngol Otol* 2016; **130**: 800-4
2. Von Ungern-Sternberg BS, Boda K, Chambers NA, et al. Risk assessment for respiratory complications in paediatric anaesthesia: a prospective cohort study. *Lancet* 2010; **376**: 773-83
3. Von Ungern-Sternberg BS. Respiratory complications in the pediatric postanesthesia care unit. *Anesthesiol Clin* 2014; **32**: 45-61

Fiche de recueil anesthésie & infection des voies aériennes supérieures

Centre :

Date : .../.../20....

Chirurgie urgente : oui non . Si oui urgence immédiate : oui non .

Estomac plein : oui non

Agemois ans Poidsgrammes Kg taille.....cm

Anesthésiste : junior senior avec expérience deannées (depuis le diplôme)

Données préopératoires

Indication chirurgicale :

Indépendamment des risques liés à l'IVAS quelle stratégie adopteriez-vous pour la ventilation ,

- Masque Facial
- Masque laryngé
- Intubation trachéale

Principaux antécédents :

- Prématuré
- Asthme
- Atopie en dehors de l'asthme
- Autres pathologies pulmonaire :
- Cardiopathies Cyanogène
- Insuffisance cardiaque
- HTAP
- Parent(s) fumeurs ?

ASA : 1 2 3 4 5

Autres antécédents notables

.....
.....

Signes de l'infection des voies aériennes supérieures

- Température :°C
- Enfant hypotonique
- Enfant tain gris
- Toux sèche
- Toux productive
- Ecoulement nasal clair
- Ecoulement nasal purulent
- Crépitants
- Sibilants

➤ Ronchis

Si Patient récusé quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) :

Age de l'enfant: oui non

Condition(s) médicale(s) de l'enfant (autres que l'infection des voies aériennes): oui non

Chirurgie: oui non

Eloignement géographique: oui non

Période de garde et/ou absence d'aide : oui non

Signes cliniques d'infection des voies aériennes : oui non : lesquels ?

.....
.....

Si patient anesthésié quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) :

Nécessité(s) chirurgicale(s) : oui non

si oui préciser :

Raison(s) familiale(s): oui non

Intervention annulée plusieurs fois: oui non

Préparation de l'enfant

Prémédication : oui non .

Aérosols de salbutamol avant : oui non .

Nubilisation de corticoïdes avant : oui non .

Kinésithérapie respiratoire avant : oui non .

Données intraopératoires

Induction: inhalatoire sevoflurane Propofol Morphinique Curare

Ventilation : Spontanée Contrôlée (*en cas d'anesthésie pour IRM*)

Interface : Oxygène/Air Oxygène/N20 masque facial masque laryngé intubation

PEP pendant l'intervention : oui non

Entretien : balancé halogénés Sevoflurane Desflurane Propofol

Morphinique intraopératoire : oui non

ALR intraopératoire : oui non

Antalgiques non morphiniques intraopératoire : oui non

Prévention des NVPO : oui non Drogue(s) utilisée(s) :

Curarisation :

Pour accès voies aériennes oui non

Pour la chirurgie (injection après accès voies aériennes) oui non

Antagonisation curare oui non

Durée de la chirurgiemn durée de l'anesthésie.....h.....mn

Extubation ou retrait du ML : Endormi Réveillé

Complications respiratoires

Complication : oui non

Chronologie de la complication respiratoire : Induction entretien réveil SSPI

Type de complication :

- Bronchospasme
- Laryngospasme
- Désaturation : (SaO₂ < 90 %) Saturation la plus basse observée %
- Toux
- Stridor post-opératoire
- Bradycardie nécessitant traitement associée à une complication respiratoire
- Arrêt cardio-respiratoire

Autres complications périopératoires :

Conséquences pour l'enfant :

- Mise en place d'un traitement pharmacologique spécifique (inhalatoire ou systémique) en dehors d'un approfondissement de l'anesthésie (type nébulisation de salbutamol)
- Mise en place d'un traitement ventilatoire spécifique pour traiter la complication (ventilation non-invasive ou invasive : inclus l'intubation)
- Séjours en SSPI prolongé
- Séjour en USC (ou SSPI si absence de place)
- Séjour en réanimation (ou SSPI si absence de place)