

Résumé des problèmes d'anesthésie pour les patients

Par **Selma H. Calmes MD**, (shcmd@ucla.edu)

Directrice et professeur, (retired)
section d'anesthésie, Centre Médical Olive View de
l'Université de Sylmar, Californie

(Article actualisé par son auteur au 13.06.01)

©Copyright 2002 Post-Polio Health International (PHI).
Mise à jour 2005 par Selma H. Calmes, MD

La Polio aboutit à des changements neurologiques variés, pas seulement à la destruction des cellules de la corne antérieure de la moelle épinière, et ces changements s'aggravent avec l'âge du patient. Ces changements anatomiques influencent maints aspects du soin anesthésique. On n'a fait aucune étude sur des patients atteints de polio ayant subi une anesthésie. Ces recommandations sont fondées sur un compte-rendu exhaustif de la littérature courante et de l'expérience clinique concernant ces patients. Ces recommandations doivent s'ajuster à chaque patient en particulier.

1. Les patients post-polio sont presque toujours très sensibles aux médicaments sédatifs dont on peut prolonger l'effet. Cela est probablement dû à des modifications des neurones centraux, particulièrement dans le système réticulé activateur, au moment de la maladie d'origine.
2. Les myorelaxants non dépolarisants provoquent un blocage plus important sur une période plus longue sur les patients post-polio. Il est couramment recommandé de commencer à mi-dose de la posologie usuelle, quel que soit le produit utilisé, et d'en rajouter si besoin est. C'est parce que le virus de la polio était réellement présent aux jonctions neuromusculaires pendant le début de la maladie; on observe des changements anatomiques considérables même sur des muscles apparemment normaux; ces derniers présentent une plus grande sensibilité aux relaxants. Chez de nombreux patients, on observe également une perte significative de la masse musculaire totale. La surveillance neuromusculaire pendant l'opération contribue à éviter un surdosage de décontractants musculaires. Le surdosage a souvent été un problème.
3. La succinylcholine cause souvent des douleurs post-opératoires graves et généralisées. Il est souhaitable d'éviter cela, si possible.
4. La douleur postopératoire est souvent un problème important. Les changements anatomiques à partir de la maladie première peuvent affecter les circuits de la douleur en raison d'un débordement de la réaction inflammatoire. Un relâchement des signaux douloureux de la moelle épinière semble se produire. Le contrôle proactif de la douleur post-opératoire, selon plusieurs modalités, est un facteur aidant (anesthésie locale à l'incision plus PCA-terme en anglais-, etc.).

5. Le système nerveux autonome est souvent dysfonctionnel, encore une fois à cause de changements anatomiques dus à la maladie d'origine (l'inflammation et la cicatrisation dans la corne antérieure débordent sur la colonne intermédiolatérale où passent les nerfs sympathiques). Cela peut causer un reflux gastroesophagien des tachyarythmies et parfois une difficulté à maintenir la pression artérielle quand on administre des anesthésiants.

6. Les patients qui sont sous ventilation subissent souvent une aggravation de la fonction de ventilation post-opératoire et certains patients qui n'étaient pas sous ventilation en pré-opératoire, ont dû recourir à celle-ci en post-opératoire (y compris pour un usage à long terme). Le marqueur d'une réelle difficulté est estimé être une C.V. à 60; 1.0 litre. Le patient a besoin d'une bonne préparation pulmonaire pré-opératoire et un plan d'action en vu d'un support de ventilation en post opératoire. Un autre risque de la ventilation est lié à l'apnée du sommeil obstructive. Beaucoup de patients atteints de polio s'avèrent présenter une apnée significative du sommeil en raison d'une nouvelle aggravation de l'asthénie de leurs muscles respiratoires augmentée avec l'âge.

7. On retrouve plus souvent des problèmes au larynx et des difficultés à avaler, dus à la faiblesse musculaire. Plusieurs patients ont au moins une corde vocale paralysée et dans plusieurs cas, il se produit une paralysie de la corde vocale bilatérale, en post-opératoire, après intubation ou du à un "bloc" des extrémités supérieures. Une évaluation "ENT" des voies respiratoires supérieures serait nécessaire, chez les patients douteux.

8. Le positionnement peut être difficile en raison de l'asymétrie du corps. Les membres affectés sont ostéopéniques et peuvent se casser facilement au cours du positionnement pour une chirurgie. Il semble que le risque d'une lésion du nerf périphérique (y compris du plexus brachial) soit accru durant les situations de longue durée, probablement parce que les nerfs ne sont pas normaux et parce qu'il se peut aussi que les nerfs périphériques ne soient pas protégés par la masse musculaire habituelle ou par les tendons.

Aux Nouvelles du réseau Polio, L'autorisation de reproduire doit être obtenue auprès de l'éditrice (info@post-polio.org).

Remerciements: à *Joan Headley, responsable de PHI, pour l'autorisation de diffusion de la version traduite de l'article ainsi qu'à Pascale Drivon, professeur d'anglais retraitée, assistée de Laurence Bard, docteur en médecine, pour la traduction.*

For more info: Review "Postpolio Syndrome and Anesthesia" by David A. Lambert, MD; Elenis Giannouli, MD; & Brian J. Schmidt, MD, The University of Manitoba, Winnipeg, Canada, in the September 2005 issue of *Anesthesiology* (Vol. 103, No. 3, pp 638-644). This article reviews polio, postpolio syndrome and anesthetic considerations for this patient population.