Anesthésie

Anesth Weekly

Nr 364 - 03 décembre 2014

Anaphylaxie

NEWS

*Les réactions anaphylactiques, qu'elles soient allergiques (via IgE) ou non-allergiques restent une des menaces omniprésentes au quartier opératoire. A.W. en parle régulièrement. J'ai épinglé deux articles (le 2ème est un éditorial d'Anaesthesia) qui apportent quelque chose pour les cliniciens que nous sommes. Je profite de l'occasion pour signaler aux 'saint luciens' que Caroline Prégardien est la nouvelle référente pour le domaine de la réaction anaphylactique en ce qui concerne le "**chariot de crise**" au quartier opératoire.*

1 Anaphylaxis is more common with Rocuronium and Succinylcholine than with Atracurium

ANESTHESIOLOGY The Journal of the American Society of Anesthesiologists, Inc.

Jeffrey I. REDDY et al. online Jan 2015

Les myorelaxants occupent la 1ère place parmi les drogues responsables de réactions anaphylactiques en périopératoire. Ils représentent entre 38 et 48 % des cas répertoriés dans différentes régions du monde (Australie, France, Norvège, Espagne). Les auteurs de ce papier qui travaillent à Auckland (Nouvelle-Zélande) ont voulu vérifier les rapports antérieurs qui détectaient une fréquence de chocs allergiques supérieure pour le rocuronium (Esméron) et la succinylcholine en comparaison de l'atracurium. Il s'agit d'une cohorte observationnelle rétrospective, sur une période de 7 années. C'est une série intéressante parce que le dénominateur est connu précisément (92.858 interventions)

	succinylcholine	rocuronium	atracurium
N DE PATIENTS EXPOSÉS	24.960	14.995	67.354
N DE CAS RAPPORTÉS	12	6	3
FRÉQUENCE	1 : 2.079	1 : 2.498	1 : 22.450
FOURCHETTE	1 : 1.190 - 4.030	1 : 1.150 - 6.810	1 : 7.680 - 109.000

2 Laboratory investigation of anaphylaxis not as easy as it seems

Anaesthesia Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

J. Sheldon et B. Philips (St Georges's Hospital, London) publient online un éditorial fort intéressant qui reparle de l'anaphylaxie mais surtout des dosages recommandés après un épisode anaphylactique, que le patient s'en sorte ou non, ce qui survient dans 1,4 à 9 % des cas selon les études. Une étude publiée en juillet 2014 dans Allergy par des collègues de Nancy et recensant 2.022 cas de chocs anaphylactiques sur agents myorelaxants, rapporte une mortalité de 4,1 % !

Pour aider au diagnostic lors d'un tel événement, il faut songer, ainsi que le recommandent les guidelines, à prélever du sang pour un dosage des TRYPTASES sériques.

La tryptase est une enzyme, une peptidase de la sérine. Elle est fabriquée et stockée dans les mastocytes et les basophiles. Il y a deux formes de tryptases: α et β. On peut trouver de hautes valeurs de tryptases dans des situations comme la mastocytose par exemple, ou des syndromes myélodysplasiques ou des leucémies.

Dans un choc anaphylactique, il faut doser les tryptases entre 1 et 2 heures après le choc et si possible à 3, 6, 12 et 24 heures. Cette série d'échantillons permet d'affiner le diagnostic (*) En général, un taux > 50 µg/L signe une réaction par interaction des IgE. Les réactions ne passant pas par les IgE donnent des taux moins élevés entre 20 et 50 µg/L

(*) un remplissage massif pour traiter le choc peut donner des taux bas au 1er prélèvement.

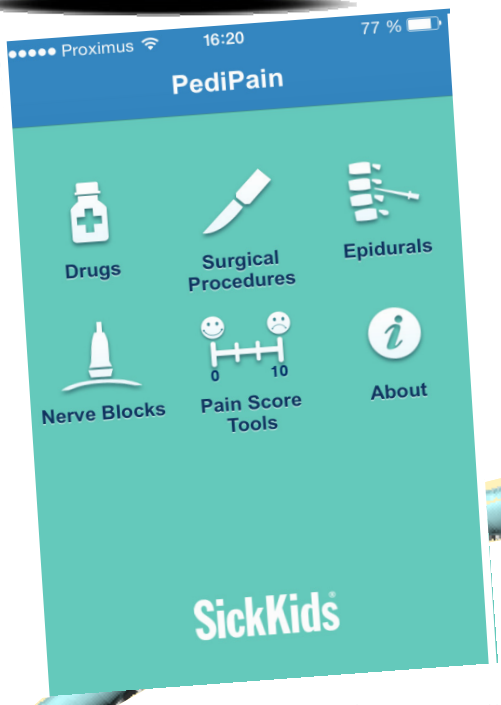
PEDIPAIN

Si vous faites un peu d'anesthésie pédiatrique, vous avez déjà sans doute entendu parler du SickKids. Le Sick Children Hospital de Toronto est un hôpital pédiatrique qui admet plus de 15.000 petits patients par an et réalise plus de 12.000 interventions.
L'équipe du SickKids a sorti plusieurs handbooks dont un sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant.

Début novembre, ils ont sorti une application pour Ipad et Iphone qui permet de calculer très facilement les doses de médicaments conseillés dans leur handbook. Ce n'est bien sûr qu'une aide mais qui peut se révéler très utile comme 'double check' au moment de prescrire pour un jeune enfant.

Il suffit d'encoder le poids en kg et l'âge, pour accéder à la posologie de toutes les olécules principales et adjuvantes tilisées dans le cadre de l'analgésie aiguë mais aussi chronique. Huit outils de 'Pain scoring' sont détaillés. Les doses pour les péridurales er les différents blocs (membres supérieur et inférieur, paroi abdominale, bloc paravertébral) sont aussi conseillées.

L'Hospital for Sick Children surnommé "SickKids" est très actif dans le domaine de la prise en charge de la douleur chez l'enfant.
Vue de l'entrée prise avec google streetview (Toronto)
Au-dessus du porche, on peut lire une grande affiche: "Every child deserves to be healthy and happy"



CET ENFANT EST-IL ASA 1 ?

A moins de ne travailler que dans un hôpital gériatrique, on a toutes et tous des enfants à anesthésier, ne fût-ce que durant les périodes de garde.

Les statistiques ne s'appliquant qu'aux groupes et non aux individus, on peut se retrouver confronté à des enfants porteurs de pathologies difficiles: cardiopathies, syndromes rares, combinaison de problèmes, ...

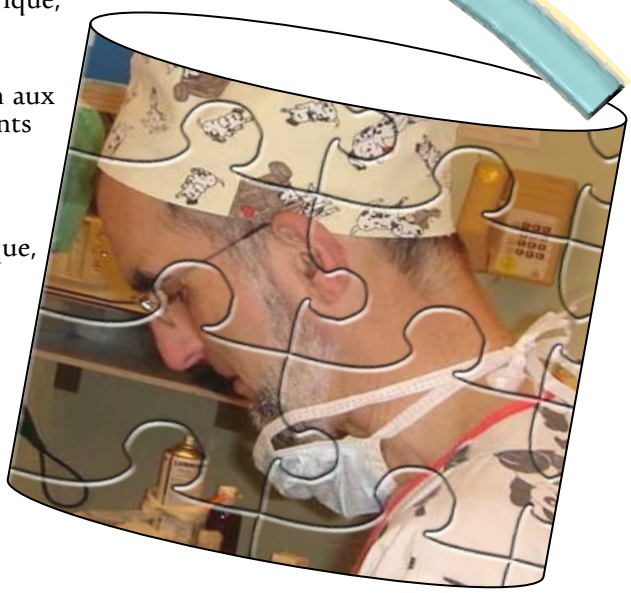
Comment aborder le problème et se faire une opinion solide ?
Francis Veyckemans nous a récemment fait une synthèse très clinique, très concrète et complète. Je vous la mets en attache pour que vous la gardiez dans vos documents *'collector'*.

Francis y aborde plusieurs situations:

- ✓ la consultation programmée
- ✓ la réévaluation au jour 0 ou jour – 1
- ✓ l'urgence
- ✓ quand et pourquoi récuser un enfant pour une A.G. ?

C'est l'occasion de vous redonner l'adresse du site où vous pouvez trouver la 'bible' d'anesthésie pédiatrique du service:

HTTP://TINYURL.COM/PED-S10



J.L.S.

AnesthWeekly est une newsletter du service d'Anesthésie des Cliniques Universitaires Saint Luc. *Ed. Resp.*: J.L. Scholtes

Topics in
PAIN MANAGEMENT
CME ARTICLE
Vol. 30, No. 3 | Current Concepts and Treatment Strategies | October 2014

Complex Regional Pain Syndrome: An Update and Review of The Mechanisms

Naum Shaparin, Mikiko Murakami, Boleslav Kosharskyy and Karina Gritsenko

CRPS don't have a clear "reflex" that can be described, and it has been shown that the "sympathetic" changes may not be constant or even a causative pain component, although the sympathetic nervous could have a contributory role in the early-stage of CRPS.

The most recent means to evaluate CRPS are the Budapest Criteria.

CRPS affects women more often than men, and the upper extremities, twice as often as the lower extremities.

There is no distinct correlation between the severity of trauma and the degree of CRPS.

In one study, 47 % of all CRPS sufferers had an history of medically imposed limb immobilization.

Changes in CNS structure and function, and cortical activation changes can contribute to the pathophysiologic process, as CRPS affects both the peripheral and central nervous system

In the early stage of CRPS, the affected limb is warm, red, swollen. Vasoconstrictor reflexes are impaired.

The chronicity of the disease can lead to cold skin.

L'actuel "Syndrome Douloureux Régional Complexe" (SDRC) peut se targuer d'avoir changé le plus souvent de nom ! Décrit par Sudeck dès le XIXème, il prit le nom de 'syndrome de Sudeck-Leriche', Leriche ayant proposé une approche chirurgicale de sympathectomie. Les neurologues parlaient de causalgies à la suite de Mitchell qui avait décrit cette complication dès 1872. Ensuite, on a parlé, de d'algoneurodsytrophie, de syndrome épaule-main, d'ostéoporose douloureuse post-traumatique, etc ...
Dans le numéro d'octobre du 'Topics in Pain Management", une équipe de l'Albert Einstein et du Mont Sinaî Hospital de New-York publie une très belle synthèse du problème.
Avant de sélectionner cet article, j'ai pris l'avis du professeur Léon Plaghki (consultation de douleur chronique Saint Luc) qui l'a trouvé 'excellent.'
Les causes du SDRC sont multifactorielles, une interaction complexe entre des éléments somatosensoriels, moteurs, autonomiques et inflammatoires, auxquels s'associent des facteurs génétiques, l'immobilisation, la sensibilisation centrale et périphérique, la neurplasticité du cortex somatosensoriel et des interactions autoimmunologiques.