

Compte Rendu Anesthésique Mission « Noëlla » Orthopédie Pédiatrique Antsirabé avril 2019

L'équipe :

- *Dalinda Ait Aissa* Médecin Anesthésiste Réanimateur CHU Toulouse
- *Sarah Meffre* Médecin Anesthésiste Réanimateur CHU Saint Etienne
- *Amélie Lafitte* IADE CHU Toulouse
- *Samuel Laudic* IADE CHU Toulouse



La Consultation :

110 enfants vus en consultation le premier jour

40 enfants retenus pour la chirurgie, 35 opérés (5 enfants ont du être annulés en fin de mission suite à une urgence vitale d'une enfant)

53 interventions au total

A ces interventions s'ajoutent 14 enfants auxquels nous avons réalisé des plâtres pour pieds bot selon la technique de Ponseti, ces plâtres ont été effectués 3 fois au total lors de la mission (avec souvent des indications bilatérales)

1 adulte récusée par anesthésistes pour exèrèse de masse de la cheville, présentant une grossesse en cours d'environ 6 mois.

1 enfant récusé par anesthésistes pour pied bot avec petit poids (4 kg environ) et reporté aux prochaines missions

1 autre enfant recusé pour syndome polymalformatif avec hydrocéphalie.

Feuille de consultation d'anesthésie du CHU de Toulouse, explications et consentement avec fiche traduite en malagache.

Beaucoup d'enfants sont pris en charge par des sœurs dans 2 orphelinats, il est difficile d'avoir les antécédents à l'interrogatoire lors de la consultation d'anesthésie.

Plus de 60% des enfants ont moins de 10 ans (23% ont moins de 3 ans, 17% entre 3 et 6 ans, 20% entre 6 et 10 ans)

26% ont entre 10 et 18 ans

14 % sont des adultes (soit 5 adultes opérés dans notre mission)

Il n'est pas réalisé de prémédication des enfants en préopératoire



Types d'anesthésie :

- 3 AG avec anesthésie intraveineuse
- 31 Rachianesthésies (bupivacaine hyperbare) avec sédation
- 1 bloc axillaire chez un adulte
- 2 ALR à visée analgésique post opératoire (bloc sciatique et fémoral)

Types d'interventions chirurgicales :

- PBVE+++
- Duplication orteil
- Epiphysiodese fémorale genu valgum
- Osteotomie tibiale
- Séquelle de fracture coude
- Amputation orteil

- Séquelle de brûlure (libération de bride)
- Syndactylie/hexadactylie
- Une amputation trans fémorale

SSPI :

1 lit en SSPI ; présence d'un scope et d'une saturation portable et d'un débitmètre à oxygène

Imprévus :

- Le poupinel de stérilisation a pris feu un matin (les boites avec les champs opératoires avaient été oubliée la nuit dans le poupinel qui est resté allumé...)Beby a été la première a s'en rendre compte à son arrivée a 7h, et a pu éteindre le feu ;certains champs opératoires ont brûlé totalement mais il n'y a pas eu d'autres conséquences heureusement.
- Un enfant de 10 ans a présenté un syndrome fébrile à 39° avec syndrome méningé franc et douleurs abdominales à J1 postopératoire d'une chirurgie de libération bride dorsale du pied sur séquelle de brûlure. La crainte de l'équipe était la méningite nosocomiale sur la ponction de la rachianesthésie. Nous avons réalisé une ponction lombaire (analysée dans le laboratoire situé à côté de la clinique du Dr Tahiri) et mis l'enfant sous biantibiothérapie en attendant les résultats (Rocéphine, Gentamicine) . Les résultats de la PL se sont avérés négatifs (cellularité à 3 éléments, pas d'hyperprotéinorachie ni d'hypoglycorrhachie) . Nous avons arrêté l'antibiothérapie à 48h. L'enfant est resté febrile pendant 72h au total en post opératoire puis le syndrome inflammatoire s'est amendé.

Nous avons finalement conclu à un méningisme sur probable gastroentérite virale.

- Un enfant de 7 ans opéré d'une chirurgie de ténotomie des ischiojambiers et du tendon d'Achille a présenté des troubles de l'hémostase en post opératoire (hématome important en racine de cuisse à l'endroit du garrot ainsi que hématome sur le point de ponction de la rachianesthésie). Il n'a pas présenté de déficit neurologique des membres inférieurs ou de dysurie qui élimine un hématome intraméduillaire. Lors de la consultation d'anesthésie la question de trouble clinique de l'hémostase avait été posée mais antécédent non connu par les sœurs de l'orphelinat. Un bilan d'hémostase a été réalisé en postopératoire qui s'avère perturbé en faveur de trouble de l'hémostase primaire : thrombopénie à 116000 plaquettes, allongement du temps de thrombine à 21 secondes (pour une norme < 17sec), TP à 16 secondes et TCA à 37 secondes dans les limites supérieures de la normale. Par ailleurs cet enfant a présenté secondairement (quelques jours après l'intervention et en phase de regression de l'hématome dorsale et de racine de cuisse) , une déglobulisation à 3 g d'hémoglobine. Au vu de la tolérance clinique et de l'absence de majoration des hématomes cliniques, nous avons suspecté une anémie aiguë (hématomes modérés) sur anémie chronique. Il a été transfusé à la clinique de 450 ml de sang total. Nous avons réalisé un bilan sanguin à la recherche de stigmates d'hémolyse (beaucoup d'exams sont non disponible à la clinique, nous avons réalisé une partie du bilan dans le laboratoire du Dr Tahiri et une partie a été envoyé à Tananarive), d'autres examens ne sont pas disponible comme le test de Coombs ou la recherche de schizocytes ou le dosage de l'haptoglobine. Nous avons éliminé le paludisme chez cet enfant par test de diagnostic rapide, ainsi que la drépanocytose par test d'Emmel.
- Une enfant de 5 ans opérée d'un pied bot unilatéral sous rachianesthésie s'est représentée à la clinique une semaine après l'intervention (le retour à domicile s'était fait à J1 sans problèmes particuliers). Elle présente un tableau de fièvre à 39° avec

vomissements la veille et un foyer pulmonaire auscultatoire. Nous la mettons sous Augmentin et la gardons à la clinique pour surveillance. Elle se dégrade rapidement dans la journée avec apparition d'un syndrome occlusif majeur (distension abdominale majeure avec arrêt du transit , tympanisme abdominal important) avec détresse respiratoire. Nous l'intubons rapidement (saturation à 80% en air ambiant, 90% sous 15L/min) , le chirurgien de la clinique le Dr Pierrot réalise une laparotomie exploratrice avec le Dr Fabruce (lundi 5 avril vers 17h) il est retrouvé une distension majeure du colon avec quelques signes d'ischémie de la paroi grêlique mais pas d'obstacle mécanique retrouvé (pas de volvulus, pas d'invagination) . Nous annulons l'ensemble des interventions du dernier jour pour s'occuper de cet enfant. Nous maintenons cet enfant intubé ventilé. Une extubation est tentée dans la nuit vers 2h mais l'enfant s'épuise en quelques heures et nécessite une réintubation à 6h du matin (l'équipe est restée veiller sur l'enfant toute la nuit). Une discussion d'équipe est effectuée le mardi matin en tenant compte des avis des médecins d'Antsirabé ainsi que des médecins de l'association EDN (Dr Allary, Dr Bellity, Dr Benateau) nous décidons de ne pas transférer l'enfant sur la capitale Tananarive (absence de place dans les services de réanimation , ni de présence de respirateur, transport à haut risque) et de garder l'enfant sur place malgré l'absence de bilan biologique (gazométrie) possible ou de scanner réalisable. Malheureusement l'enfant présente brutalement vers 12 h un arrêt cardiaque sur asystolie. Nous réalisons 45 minutes de réanimation cardiopulmonaire avec une reprise de rythme durant la RCP puis de nouveau ACR sur fibrillation puis asystolie. La mère de l'enfant a fait preuve de beaucoup de courage et de résilience. L'association a pris en charge l'ensemble des formalités liées à ce décès (notamment l'achat du zébu dans les traditions malgaches).

Nous ne t'oublions pas Princesse, repose en paix.



Formation sur place :

Une infirmière (Aïna) que nous connaissions déjà des précédentes missions nous a suivi tout au long de la mission et a poursuivi son apprentissage des techniques d'anesthésie générale et rachidienne. Elle a présenté beaucoup de bonne volonté et de rigueur à nos côtés.

Points négatifs :

- Certaines sollicitations de médecin de la clinique pour réaliser des sédatons pour des enfants qui ne relèvent pas de la mission (par exemple abcès qu'un médecin veut ponctionner sur place et nous demande une sédation, devant un doute sur le diagnostic d'abcès nous demandons l'avis de chirurgien maxillo faciale français qui nous préconise l'abstention de ponction devant un kyste du deuxième arc

branchial à opérer secondairement, malgré nos conseils le médecin de nous a pas écouté et a ponctionné le kyste...

- Absence de bilan biologique possible sur place ou d'examen d'imagerie avancé (tomodensitométrie) si complication

Points positifs :

- Certains enfants opérés l'année dernière ont été revus voir même réopérés pour la poursuite de la prise en charge
- Aide du personnel de la clinique notamment de Beby, Eron, Aina
- Poursuite du travail en chirurgie avec Fabruce (depuis 3 ans)



- Enfants bien préparés le matin avant l'intervention
- Recrutement en amont par les sœurs qui recueillent les enfants présentant des pathologies orthopédiques, très bonne prise en charge pré et post opératoire des sœurs.

