



ANESTHESIE-REANIMATION POUR CESARIENNE ITERATIVE CHEZ UNE DEFICIENTE PSYCHOMOTRICE CONGENTALE AVEC NANISME DYSMORPHIQUE AU CNHU DE COTONOU : PROBLEMES POSES

HOUNKPE P-C,¹ AGOSSOU V K,² TONATO-BAGNAN J A,³ DOSSOU F M,⁴ ATCHADE D,¹ DE SOUZA J,² BAGNAN K O.⁴

1 Service polyvalent d'Anesthésie-réanimation (SPAR) CNHU-HKM Cotonou

2 Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) CNHU-KHM

3 Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) Cotonou

4 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale « B » CNHU-HKM Cotonou

Auteur correspondant : pierclav@yahoo.fr

RESUME

Le but de ce travail était de rapporter une expérience exceptionnelle. Une jeune fille, déficiente psychomotrice et porteuse d'une polymalformation intéressant entre autres la tête et le cou, a bénéficié deux fois avec succès d'une anesthésie générale avec intubation pour césarienne.

Mots-clés : déficience psychomotrice, anesthésie générale, césarienne

ABSTRACT

The purpose of this study was to report an exceptional experience. A girl, carrying psychomotor impairment and deformity including head and neck, has twice successfully received general anesthesia with intubation for caesarean section.

Key words : psychomotor impairment, general anesthesia, cesarean section

INTRODUCTION

L'anesthésiste est souvent confronté à des enjeux devant les syndromes malformatifs et en particulier ceux qui intéressent la tête et le cou [1, 2] car ces derniers ont de véritables implications sur la conduite de l'anesthésie générale notamment sur l'intubation trachéale. Les auteurs rapportent dans la présente observation les problèmes posés par la prise en charge anesthésiologique d'une jeune femme déficiente psychomotrice qui présente une malformation globale congénitale et qui a bénéficié d'une césarienne itérative.

OBSERVATION

En 2006, nous avons été appelé à recevoir en consultation préanesthésique, une gestante particulière. Il s'agissait d'une fille alors âgée de 18 ans globalement malformée de la tête aux extrémités.

Sur le plan physique avec un déficit psychomoteur, la tête est grossièrement conique, la voûte crânienne est peu remarquable, la face est large avec une bouche très élargie ainsi que le menton. Le cou est court, palmé et ne laisse pas apparaître en arrière la lordose cervicale. Le tronc est visiblement peu développé malgré l'augmentation du volume de l'abdomen en rapport avec la taille de l'utérus alors gravide.

Aucun repère normal n'était envisageable notamment au niveau de la colonne vertébrale. Tous les membres sont atrophiés et déformés. Sur le plan comportemental, le déficit mental et psychomoteur est évident, les gestes réduits à quelques mouvements d'agitation de la tête et des membres et le langage à la répétition incessante d'un même son. Poids : 25 kg, Taille : 1m10. Aucun antécédent particulier pathologique n'a été signalé ; la jeune femme avait été régulièrement vue en consultation prénatale par un gynéco-obstétricien.

A l'examen clinique préanesthésique, l'évaluation des critères de ventilation et/ou d'intubation facile ou difficile a permis d'entrevoir rapidement la luette à l'abaisse-langue. Par ailleurs, le capital veineux était peu accessible lors des prélèvements pour le bilan préopératoire qui ont été réalisés à la fin de la consultation.

Nous avons identifié la jeune femme dans la classe III de l'« American Society of Anesthesiologists » (ASA). Le choix de l'anesthésie générale s'est imposé et nous avons informé les parents des modalités et des risques. Les résultats du bilan préopératoire étaient normaux en particulier taux d'hémoglobine, Hématocrite, plaquettes. Les tests sérologiques effectués étaient négatifs en particulier HIV, toxoplasmose et rubéole.

Le scanner cérébral (figure 3) a montré l'existence d'une cavité paraventriculaire frontale gauche et une calcification de la paroi du ventricule latéral droit. Il n'y a pas de parenchyme cérébral occipital [3]. Un caryotype a été demandé.

A l'admission au bloc opératoire en Mai 2007, on injecte 200 mg de Thiopental et 2 mg de

pancuronium. A la première tentative de laryngoscopie, on note une glotte peu visible mais qui paraît très aplatie d'avant en arrière ; on demande à un aide d'introduire dans une sonde trachéale N°6, un guide métallique à laquelle on a donné une courbure convenable ; on intube à la deuxième tentative et on gonfle immédiatement le ballonnet et on autorise l'incision. On extrait un enfant de sexe féminin ayant crié dur le champ, score d'APGAR 10

sur 10. L'entretien de l'anesthésie fut assuré à l'halotane et au fentanyl. L'intervention fut achevée au bout de 40 minutes. La patiente fut extubée 20 minutes après la fin de l'intervention à l'ouverture des yeux.

L'analgésie post opératoire fut assurée au paracétamol. En Mai 2009, soit deux ans plus tard, un scénario similaire a abouti à la naissance d'une deuxième fille.



Figure 1 : Face de la patiente



Figure 2 : Corps couvert et membres

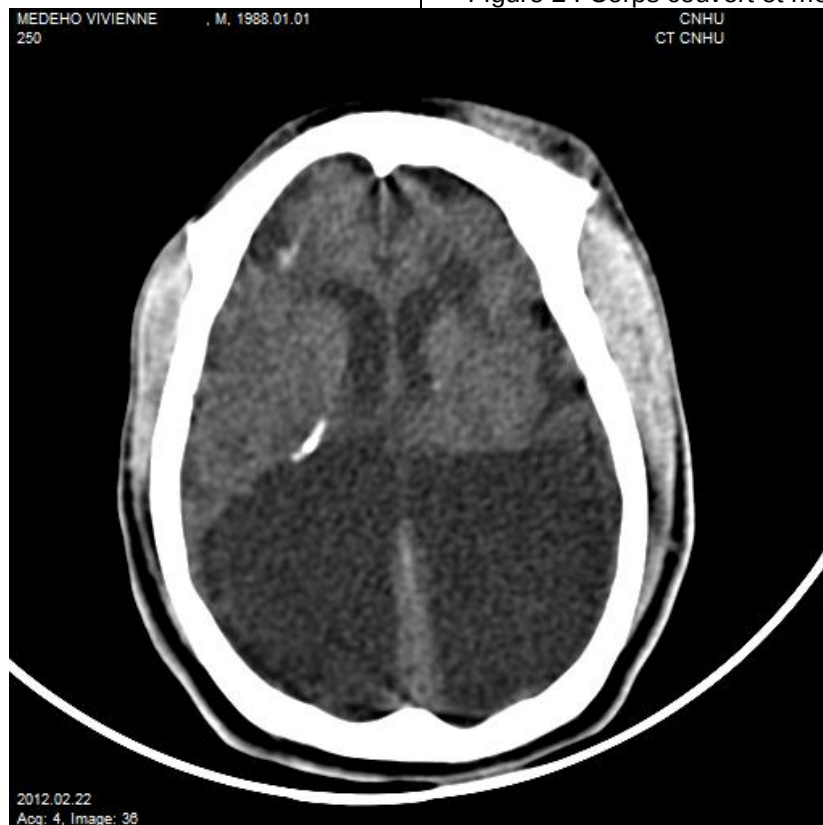


Figure 3 : Calcification de la paroi du ventricule latéral droit et absence de parenchyme cérébral occipital.

DISCUSSION

La malformation céphalique elle-même : comme l'ont rapporté Raphaël et al. [4], identifier une malformation crâniofaciale n'est jamais facile pour le clinicien. A cette incertitude venait s'ajouter l'impossibilité de bénéficier d'une coopération de la parturiente pour évaluer les critères d'une ventilation ou intubation difficile. Il est à signaler par ailleurs qu'aucun fibroscope n'est disponible sur notre plateau technique.

Le capital veineux périphérique était peu accessible.

Le choix de la technique anesthésique : face à ce syndrome dysmorphique où les repères anatomiques n'étaient pas identifiables surtout au niveau de la colonne vertébrale, l'anesthésie générale était la seule technique anesthésique qui s'était imposée à nous [5].

CONCLUSION

L'anesthésiste-réanimateur exerçant sur un plateau technique limité est souvent confronté à des défis qui ne peuvent être relevés que par un engagement réel et une maîtrise parfaite des gestes techniques notamment l'intubation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Czorny A (2005). Les déformations crâniennes. Archives de pédiatrie; 12 (6) :794-796.
- 2 Couly G (1992) Malformations de la face et du cou. EMC Stomatologie; 22-066-A-50
- 3 Ares Soto G, Caron S, Jissendi P (2007). Malformations du cerveau et du cervelet. Radiologie et imagerie médicale : Musculosquelettique- Neurologique Maxillofaciale ; 31-622-A-10
- 4 Raphaël B, Morand B, Duroure F, Lebeau J (2004). Altérations de la croissance crâniofaciale. Classification des malformations de l'extrémité céphalique et leur pronostic. EMC Stomatologie ; 22-051-A-03
- 5 Cros A-M. Contrôle des voies aériennes en anesthésiologie. Encycl. Med. Chir., Paris. Anesthésie-Réanimation, 36-190-A-10-2009.