

Plaquette Patients Polio et Chirurgie

26/04/2013

Ce document s'adresse aux chirurgiens et anesthésistes. L'AP-HP y présente les particularités à prendre en compte en pré-opératoire, per-opératoire et post opératoire lors d'une intervention chirurgicale chez les patients atteint de poliomyélite.

Résumé :

La poliomyélite antérieure aiguë est une maladie virale touchant les neurones de la corne antérieure de la moelle, responsable d'atteintes motrices de gravité variable pouvant toucher les muscles des membres, du tronc et les nerfs crâniens. Une atteinte du système nerveux autonome est fréquemment associée.

Après la phase aiguë on note une récupération plus ou moins complète des muscles atteints, cependant, il faut noter que du fait de la multiplication des terminaisons nerveuses des neurones indemnes, l'atteinte peut être beaucoup plus importante que ne le laissent supposer l'examen clinique et le testing (certains muscles apparemment sains peuvent s'avérer pathologiques).

En fonction des atteintes musculaires, les patients vont développer des compensations fonctionnelles qu'il est indispensable d'évaluer pour chaque patient de façon à ne pas perturber leur équilibre. La chirurgie doit viser à maintenir voire aider ces compensations et non à redonner une anatomie théorique.

PATIENTS POLIO & CHIRURGIE

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

www.aphp.fr/handicap

www.espace-evenementiel.com

PATIENTS POLIO & CHIRURGIE

La poliomyélite antérieure aiguë est une maladie virale touchant les neurones de la corne antérieure de la moelle, responsable d'atteintes motrices de gravité variable pouvant toucher les muscles des membres, du tronc et les nerfs crâniens. Une atteinte du système nerveux autonome est fréquemment associée. Après la phase aiguë, on note une récupération plus ou moins complète des muscles atteints, cependant, il faut noter que du fait de la multiplication des terminaisons nerveuses des neurones indemnes, l'atteinte peut être beaucoup plus importante que ne le laissent supposer l'examen clinique et le testing (certains muscles apparemment sains peuvent s'avérer pathologiques). En fonction des atteintes musculaires, les patients vont développer des compensations fonctionnelles qu'il est indispensable d'évaluer pour chaque patient de façon à ne pas perturber leur équilibre. La chirurgie doit viser à maintenir voire aider ces compensations et non à redonner une anatomie théorique.

En collaboration avec le



et le Réseau Polio Île-de-France

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Mission Handicap

Points pour le chirurgien

En préopératoire

Analyse précise des capacités fonctionnelles du patient des compensations mises en place et de son autonomie autant que possible avec l'équipe de Médecine Physique et de Réadaptation référente.

- Mécanisme de la marche : axes et muscles utiles (ex : récurvatum de genou, équin utile, muscles permettant le verrouillage actif du genou...)
- Possibilités de compensation en post opératoire (risque de surmenage du membre controlatéral ou impossibilité de compensation par ce membre, possibilité de béquillage, possibilités de manipulation de fauteuil roulant...)
- Douleurs possiblement exacerbées par la sur-utilisation temporaire.

Dialogue avec le patient pour découvrir tout problème lié au maintien de la position requise durant l'opération.

- Installation sur la table d'opération, attitude vicieuse (hanches, genoux), déformation du thorax, du rachis.

Prévenir le patient des suites et prévoir une rééducation adaptée.

- Rééducation précoce et par une équipe connaissant la pathologie.
- Nécessité de respect des axes en cas d'immobilisation plâtrée.
- Récupération à prévoir beaucoup plus longue du fait de l'état musculaire et des difficultés de compensation. Lutte contre le déconditionnement.

Choix de la voie d'abord respectant au maximum les muscles (ex : voie antérieure pour la hanche).

En per opératoire

Précautions dues à l'ostéoporose fréquente : risque de fractures lors de la mise en place du matériel, risque de mauvaise tenue du matériel.

Risque de lésions tronculaires du fait de l'amyotrophie et de l'hypermobilité fréquente.

- Possibilité de compressions directes.
- Possibilités de lésions par étirement.

En post opératoire

Traitement multimodal de la douleur.

En cas d'intervention hémorragique, restauration de la volémie à un taux moindre par rapport à un patient non polio (volume sanguin possiblement plus faible ou dysfonctionnement de la régulation vasomotrice).

Risque de rétention urinaire et d'iléus paralytique.

Entretien musculaire précoce.

Nécessité absolue de respecter les axes mécaniques utiles en cas d'immobilisation plâtrée.

Bras de levier court en cas de mobilisation du fait de la fragilité osseuse.

Anticoagulation préventive.

Points pour l'anesthésiste

En préopératoire

Historique complet de toutes les atteintes initiales, en particulier respiratoire et bulbaire.

- En cas d'atteinte respiratoire initiale et/ou de déformation thoracique, prévoir une exploration fonctionnelle respiratoire et recherche d'hypercapnie.
- En cas de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, prévoir d'utiliser la machine du patient en salle de réveil.
- Bilan laryngoscopique préopératoire en cas de suspicion d'atteinte récurrentielle.

Évaluation de la difficulté d'intubation, en particulier de la courbure cervicale pour déterminer la nécessité d'utiliser un fibroscope en cas d'intubation.

Dialogue avec le patient pour découvrir tout problème lié au maintien de la position requise durant l'opération.

Dosage moindre de la prémédication.

En per opératoire

Dosage moindre des anesthésiques par rapport aux doses habituellement utilisées, d'autant plus que les lésions nerveuses sont étendues, et utilisation de curares non dépolarisants et à durée d'action rapide.

En cas d'atteinte bulbaire et/ou respiratoire : vigilance concernant la saturation en oxygène.

Réchauffement per opératoire.

En post opératoire

Surveillance rapprochée en salle de réveil.

- Possibilité de temps de réveil allongé.
- Utilisation d'une ventilation non invasive en cas d'atteinte respiratoire et/ou de syndrome d'apnées du sommeil sévère.
- En cas d'atteinte bulbaire, risque d'inhalation bronchique.
- Risque de rétention aiguë d'urine et d'iléus paralytique.

Réchauffement post opératoire.

Anesthésie régionale

Une scoliose ou une arthrodèse étendue peut rendre la voie d'abord difficile. Les doses d'anesthésiques locaux devront être adaptées.

Anesthésie locale

Les anesthésies locales et blocs neurologiques peuvent être pratiqués normalement en dehors du bloc interscalénique qui entraîne une paralysie diaphragmatique, déconseillés chez les patients ayant une atteinte respiratoire.