

# **AIDE COGNITIVE - PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE D'UN PATIENT MYASTHENIQUE**

SEULE LA VERSION ELECTRONIQUE EST OPPOSABLE

## **1 CONSULTATION PREANESTHESIQUE**

### **1.1 Évaluation de l'état général du patient**

#### **Score d'Osserman**

Stade 1 : atteinte localisée (oculaire le plus souvent)

Stade 2 : faiblesse généralisée

2a : sans atteinte bulbaire

2b : avec atteinte bulbaire (trouble de la déglutition)

Stade 3 : début aigu et/ou trouble respiratoire

Stade 4 : évolué grave, trouble de la déglutition et/ou de la respiration sévère

**Gravité = score  $\geq$  2b**

- Sur le plan neurologique :
  - maladie stable / évolution récente ?
  - compte-rendu de la dernière consultation neurologique (pas de neurologue référent pour la myasthénie au GHRMSA)
- Sur le plan respiratoire : réaliser des EFR. Syndrome restrictif avec capacité vitale < 15 ml/kg → avis pneumologique préopératoire nécessaire

#### **Signe de gravité préopératoire si score d'Osserman $\geq$ 2b :**

- trouble de la déglutition
- capacité vitale < 15 ml/kg

### **1.2 Prémédication**

- Gestion du traitement anticholinestérasique (Pyridostigmine = Mestinon®) :
  - arrêt si curare nécessaire (pour la chirurgie et/ou l'intubation) et score d'Osserman < 3 : pas de prise le matin à J0
  - maintien systématique pour tout patient avec score d'Ossermann  $\geq$  3 et/ou pathologie instable (crise récente)
- Kinésithérapie respiratoire : indiqué pour les patients avec un score d'Osserman  $\geq$  3
- Anxiolyse par benzodiazépine contre-indiquée

## **2 CONDUITE DE L'ANESTHESIE**

### **2.1 Anesthésie locorégionale à privilégier autant que possible**

Anesthésie péridurale : choisir la Ropivacaïne faiblement concentrée à 1 mg/ml

### **2.2 Si l'anesthésie générale est nécessaire**

#### **Anesthésie**

1<sup>ère</sup> intention : Propofol + Rémifentanil en AIVOC. Éviter les halogénés

#### **Curare : éviter si possible, sinon :**

- Réaliser un TOF pré-curare (une fois le patient endormi) :
  - < 90 % → 1/10<sup>e</sup> de la dose
  - ≥ 90 % → dose habituelle
- Induction séquence rapide : utiliser le Rocuronium en première intention à dose habituelle. Sinon la Succinylcholine est possible à la dose de 1,5 – 2 mg/kg
- Monitoring rigoureux
- Antagonisation :
  - Suggammadex si utilisation de Rocuronium
  - Prostigmine moins efficace mais possible par titration

### **2.3 Antalgie**

- Privilégier l'anesthésie locorégionale antalgique en essayant de diminuer les posologies / concentrations
- Pas de Lidocaïne IV
- Diminuer la posologie de Kétamine
- Utilisation du Néfopam possible

### **2.4 Médicaments contre-indiqués**

#### ***De façon absolue***

- Aminosides
- Magnésium
- Bêta-bloquants
- Dantrolène

#### ***De façon relative***

- Licodaine IV
- Clindamycine
- Furosémide
- Inhibiteurs calciques (nicardipine)
- Benzodiazépines
- Patch de Nicotine

### **3 PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE**

#### **3.1 Ventilation**

- Si score d'Osserman  $\geq 3$  : transfert en réanimation, intubé
- Sinon, extubation normale en fin d'intervention
  - Conditions :
    - CV > 25 ml/kg
    - toux et déglutition efficace
    - PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 200
    - PEP  $\leq$  5
  - VNI post-extubation possible mais attention si patient avec trouble de la déglutition

#### **3.2 Traitements de la myasthénie**

Reprise du traitement anticholinestérasique à la posologie habituelle, sauf si syndrome cholinergique

Si crise myasthénique post opératoire : Prostigmine IV titrée en commençant par 0,5 – 1 mg + Atropine 0,25 mg

### **4 REFERENCES**

- Version web de cette fiche : <https://ghrmsa-anesthesie.fr/spip.php?article149>
- Exposé du 17/02/21 : <https://anesthesie-ghrmsa.fr/spip.php?article146>

Imprimé le 24/04/2021