

Colette MERCIER (
CHU Tours)

L'enfant est un candidat idéal à l'hospitalisation de courte durée, limitée à quelques heures durant la journée, avec retour au domicile avant 18 h (le plus souvent). En effet c'est dans la majorité des cas un patient indemne de pathologie associée ; de plus un grand nombre d'examen et d'interventions le concernant, sont réalisés sous anesthésie générale , associée ou non à une anesthésie locorégionale, et répondent aux critères de sécurité exigés par l'ambulatoire . Une réflexion doit donc être régulièrement entreprise, en équipe, chirurgien , Anesthésiste, personnel infirmier afin d'établir et de faire évoluer les règles de fonctionnement qui peuvent être propres à un service ou une unité, et développer ce mode d'organisation ; des enquêtes de satisfaction auprès des familles sont indispensables pour permettre une évolution dans la prise en charge et un **accroissement des indications de l'ambulatoire** . Ainsi certaines interventions comme l'amygdalectomie, réalisée en mode ambulatoire, souvent discutée (particulièrement dans le secteur public) du fait du risque hémorragique, et/ou de l'analgésie insuffisante au retour à domicile, ont été cadrées par de récentes recommandations d'experts, en 2006.(1)

Car au-delà de l'enjeu économique, rappelé par l'assurance maladie, et l'incitation des tutelles un réel avantage de la réinsertion très rapide au domicile est constaté et un élargissement des indications est nécessaire . Peu de données épidémiologiques françaises sont pourtant disponibles, en dehors de celles de l'enquête nationale SFAR de 1996 .(2)

Mais envisager **le patient de pédiatrie** , c'est aborder un éventail très large d'âges allant de la naissance à l'adolescence (15 à 18 ans) , c'est donc tenir compte des

particularités du nourrisson, du petit enfant avant 4 ans, du grand enfant et de l'adolescent, tant sur le plan des actes que du comportement .Or l'anesthésie générale est presque toujours nécessaire pour des actes chirurgicaux ou médicaux chez l'enfant avant 10 ans.

Dans tous les cas c'est **un mineur qui est sous la responsabilité parentale** ce qui nécessite l'autorisation écrite des parents ; par contre le problème de l'isolement, qui pourrait être un frein au retour très rapide à domicile, ne se pose pas comme pour certains adultes.

Pourtant des **restrictions** sont toujours évoquées pour les **enfants de moins d'un an** et les **recommandations de la SFAR** en 1990 et 1994 (3) sont restées peu précises, sans doute du fait du risque, longtemps invoqué mais non démontré après anesthésie, **de mort subite du nourrisson** que certaines équipes d'anesthésie ont considéré comme une réserve voire une raison de contre indication (4,5) . De plus 8% des naissances sont associées à **la prématurité** (terme au dessous de 37 semaines de gestation) qui expose fréquemment l'enfant à la prise en charge d'une hernie inguinale, nécessitant alors une intervention chirurgicale dès les premiers mois. (6-9)

Ainsi il faut se demander **jusqu'où vont les limites de l'ambulatoire** pour la population des seuls **nourrissons**, certes réduite, mais pour laquelle demeure des à priori, parfois non documentés alors que les avantages de ce mode d'organisation des soins sont indéniables pour les plus petits et les plus vulnérables, quand les conditions maternelles favorables sont réunies .Après avoir envisagé les hypothèses que continue de susciter la mort subite du nourrisson dont la fréquence a considérablement diminué en 20 ans tant en France qu'aux USA, reprecisé certaines particularités du prématuré et discuté des techniques anesthésiques préconisées, il peut être conclu qu'**avant 6 mois** il faut **raisonner** et décider au cas par cas tout en respectant certaines règles incontournables chez l'enfant né avant terme.

Celui-ci doit avoir atteint

-46 semaines d'âge post conceptionnel lorsqu'il n'a aucun autre facteur de risque

- **58 à 60 semaines**, en cas de pathologie associée ou d'anémie
Et pour conclure :

**l'anesthésie en mode ambulatoire doit être un objectif d'amélioration des soins
pour une majorité d'enfants plus grands ,
et doit donc être développée davantage en France.**

Quelques références :

- 1- Conférence d'experts Amygdalectomie (texte court octobre 2006)
SFAR, ADARPEF, CARORL
Site éditeur SFAR
- 2- MC Laxenaire , Y Auroy , F.Clergue ...A.Lienhart
Anesthésie des patients ambulatoires
Ann.Fr Anesth Réanim : 1998 ; 17 : 1363-73
- 3- Recommandations SFAR sur l'ambulatoire (1990 et 94)
www.sfar.org/recomamb.html
- 4- Sahni , Myers
Mort subite du nourrisson
Current Opinion Pediatr : Avril 2007
- 5- Opdal SH
The sudden infant death syndrome gene : does it exist ?
Pediatrics :2004;114:506-12
- 6- Hoppenbrouwers and al :
Sleep architecture in term and preterm infants beyond the neonatal period
Sleep . 2005 ;28 : 1428-36
- 7- Craven PD and al:
Regional versus general anaesthesia in preterm infants undergoing inguinal herniorrhaphy in
early infancy
Cochrane Database Syst Rev . 2003 : CD003669
- 8- Coté CJ and al :
Postoperative apnea in former preterm infants after inguinal herniorrhaphy .A combined
analysis
Anesthesiology , 1995 ; 82 : 809-22
- 9- Walter-Larsen S , Rasmussen LS

The former preterm infant and risk of post-operative apnoea : recommendations for management
Acta Anaesthesiol Scand 2006 ; 50:888-93