

Anesthésie générale

Médicaments anesthésiques

Le propofol, l'étomidate et le thiopental sont présumés sûrs. En raison de son action sympathomimétique, la kétamine doit être évitée (elle peut renforcer les réactions hypertensives). Le propofol peut aussi bien aggraver les symptômes du Parkinson que les réduire ; pour cette raison il est contre-indiqué pour la sédation en cas de mise en place d'une DBS.

Anesthésiques par inhalation

L'isoflurane et le sévoflurane sont considérés comme sûrs, les données relatives au desflurane sont incertaines. Les anesthésiques par inhalation inhibent la réabsorption de dopamine et renforcent donc les effets secondaires de Madopar®. Une augmentation de la raideur a été observée. **Attention :** hypotension excessive en raison d'une hypovolémie préexistante.

Opiacés

Une rigidité musculaire a été observée après administration de fentanyl et de morphine ; l'alfentanil provoque des réactions dystoniques. La péthidine et le tramadol sont contre-indiqués chez les patients traités par sélégiline et rasagiline.

Tranquillisants

Les tranquillisants non dépolarisants peuvent être utilisés (relaxométrie). La succinylcholine, susceptible de provoquer une hyperkaliémie, est relativement contre-indiquée. L'atracurium et le cisatracurium semblent très avantageux en matière de cognition.

Anesthésie locale

L'anesthésie locale présente l'avantage de perturber le moins possible la prise de médicaments pendant l'opération. En raison de leur sensibilité accrue aux catécholamines, les anesthésiques locaux doivent être utilisés sans adjonction d'adrénaline.

Les blocages nerveux périphériques présentent un risque moindre pour le système vasculaire que les techniques proches de la moelle épinière (anesthésies spinales ou périurales), ce qui réduit la nécessité des substances vasomotrices.

Autres médicaments

Il convient de renoncer à l'atropine dans la mesure du possible (sécheresse buccale sous Madopar®). Les antagonistes de l'histamine H1 (antihistaminiques tels que la diphenhydramine) conviennent en tant que sédatifs. Si des vasopresseurs sont utilisés, les substances directement actives telles que la phényléphrine, la noradrénaline ou l'adrénaline par exemple, doivent être préférées à d'autres dont l'action est indirecte (éphédrine).

Attention : sensibilité accrue.

Les neuroleptiques, antagonistes de la dopamine, sont contre-indiqués (par ex. antiémétiques : déhydrobenzépéridol, métoclopramide, mais pas dompéridone (Motilium®), qui ne traverse pas la barrière hématoencéphalique). Les antagonistes de la sérotonine peuvent être utilisés comme antiémétiques. Ils peuvent même réduire les effets psychiatriques secondaires du traitement chronique par L-Dopa. Le rémifentanil et le midazolam conviennent pour la sédation au cours des différentes phases de la mise en place de la DBS.

Parkinson Suisse

Bureau romand
Avenue de Sévelin 28
1004 Lausanne
021 729 99 20

info.romandie@parkinson.ch
parkinson.ch
CCP 80-7856-2

Conception graphique
screenunddesign.ch

Auteurs

Ces recommandations ont été élaborées par le PD Dr méd. Martin Luginbühl et mises à jour en 2021 par le Prof. Dr méd. Stephan Bohlhalter



Guide Parkinson pour anesthésistes

Anesthésie en cas de Parkinson

Problèmes spécifiques

La maladie de Parkinson peut provoquer des troubles du système nerveux autonome au niveau de différents organes. Le tractus gastro-intestinal est le plus fréquemment affecté, avec une dysphagie et des troubles de la contractilité des muscles du pharynx et de l'oesophage. Une « hypersialorrhée » résulte de la perturbation de la déglutition automatique.

Par ailleurs, la vidange gastrique est ralentie, ce qui peut entraîner des troubles de l'absorption. La constipation est fréquente. De nombreux antiparkinsoniens sont à l'origine de nausées et de vomissements, accrus après l'opération et donc susceptibles de compliquer la reprise postopératoire du traitement peroral contre le Parkinson. Les muscles du larynx et des voies respiratoires supérieures sont souvent affectés par des dyskinésies.

Ces dernières entraînent des troubles de la déglutition et des troubles respiratoires tels que l'obstruction des voies respiratoires supérieures et en définitive les aspirations récidivantes, les pneumonies récidivantes et les atélectasies.

→ Risque de spasme laryngé et d'insuffisance respiratoire postopératoire

Les patients traités par lévodopa présentent en général un taux de dopamine plus élevé dans la circulation systémique. Il accroît la réactivité du myocarde aux stimuli adrénergiques, provoque une hypovolémie relative avec une tendance à l'hypotension orthostatique et à une déplétion des réserves de noradrénaline et réduit l'activité du système rénine-angiotensine. L'hypotension, en particulier orthostatique, est le plus fréquent des problèmes cardiovasculaires. Inhérente à la maladie, elle est également accentuée par les préparations de lévodopa, les agonistes de la dopamine ou les tricycliques.

→ Risque accru d'instabilité circulatoire avec hypo- ou hypertension

→ Les sympathomimétiques directs doivent être préférés aux indirects, tels que l'éphédrine

Pendant l'opération, la prise des antiparkinsoniens doit être modifiée le moins possible (la demi-vie de la lévodopa est comprise entre 1 et 3 heures seulement).

Substitution pendant l'opération : le cas échéant, l'administration des antiparkinsoniens doit être poursuivie à l'aide d'une sonde gastrique (par ex. Madopar LIQ® ; application duodénale laborieuse par GPE, Duodopa®). Si aucun traitement entéral permanent n'est assuré à l'approche du jour de l'opération, un traitement parentéral alternatif, intraveineux (par ex. PK-Merz®, perfusions), sous-cutané (par ex. injection ou perfusion d'apomorphine) ou transdermique (patch Neupro®) doit être entrepris, le cas échéant après consultation d'un neurologue. Il convient de prendre garde à l'apparition d'un « syndrome de sevrage malin après arrêt de la L-Dopa » ou d'un « syndrome anticholinergique central ». En règle générale, les Parkinsoniens sont souvent sujets à la confusion mentale et aux hallucinations après l'opération.

Les patients auxquels la thérapie contre les fluctuations d'efficacité ne montre pas d'effet sont entre autres traités par la Stimulation Cérébrale Profonde (Deep Brain Stimulation, DBS). Cette méthode consiste à implanter des électrodes de stimulation dans le noyau sous-thalamique ou le globus pallidus (souvent des deux côtés) et à les relier à l'aide d'un générateur d'impulsions (la plupart du temps par voie sous-cutanée, dans la région du muscle pectoral). Les électrodes de DBS doivent être désactivées lors des interventions chirurgicales.

En règle générale, l'utilisation d'un électrocautère monopolaire est absolument contre-indiquée (transmission de courants de coagulation). En revanche, l'utilisation de cautères bipolaires ne pose aucun problème.

La diathermie non chirurgicale (diathermie à ondes courtes, à micro-ondes et à ultrasons thérapeutiques), **la tomographie à spin nucléaire (IRM) et la défibrillation externe sont contre-indiquées chez les patients traités par DBS.**

Méthodes d'anesthésie

Il n'existe fondamentalement aucune étude contrôlée randomisée attribuant une supériorité à un procédé sur un autre. Par conséquent, les recommandations sont avant tout fondées sur les observations. Les procédés locaux doivent avoir la priorité (lorsque cela est possible). En effet, ils provoquent moins de nausées et de vomissements et n'occasionnent aucune perturbation de la prise alimentaire (prise de médicaments) après l'opération.

Les principaux médicaments antiparkinsoniens relatifs à la maladie de Parkinson

Médicament

L-Dopa plus

Bensérazide, Madopar®
Carbidopa, Sinemet®, Stalevo®

Agonistes de la dopamine

Pramipexol, Sifrol®
Ropinirol, Requip®
Rotigotine, Neupro®

Inhibiteurs de la MAO-B

Sélégiline, Jumexal®
Rasagiline, Azilect®
Safinamide, Xadago®

Anticholinergiques

Bipériden, Akineton®

Amantadine

PK-Merz®
Symmetrel®

Effets indésirables

Nausées, vomissements, dysrégulation orthostatique, arythmies cardiaques, dyskinésies, troubles psychiatriques

Nausées, vomissements, hypotonies, confusion mentale, hallucinations

Nausées, vomissements, dysrégulation orthostatique, bradycardie, arythmies, hypertonie artérielle, dyskinésie

Sécheresse buccale, constipation, tachycardie, rétention urinaire, confusion mentale

Vertiges

Interactions (I.)

I. avec les antihypertenseurs
I. avec les catécholamines
Opioïdes > I. de la lévodopa

I. avec les antihypertenseurs

Attention : I. avec les opioïdes imprévisible
Attention : I. avec les catécholamines imprévisible. Pas d'administration simultanée de péthidine, tramadol, inhibiteurs de réabsorption de la sérotonine tricycliques, sympathomimétiques

Attention : administration de neuroleptiques et d'amantadine: risque de syndrome neuroleptique malin