

SYNDROME DE KARTAGENER AU COURS DE L'ANESTHESIE POUR CHOLECYSTECTOMIE : A PROPOS D'UN CAS

KARTAGENER SYNDROME DURING ANESTHESIA FOR CHOLECYSTECTOMY : A CASE REPORT

I. ZOUCHE ^{1,3,*} ; S. ELLEUCH ^{1,3} ; H. HARBI ^{2,3} ; A. TLILI ^{2,3} ; F. GRATI ^{1,3} ET Z. TRIKI ^{1,3}.

1 : Service d'anesthésie, Hôpital Habib Bourguiba Sfax- TUNISIE

2 : Service de chirurgie générale, Hôpital Habib Bourguiba Sfax-TUNISIE

3: Faculté de médecine, Université de Sfax-TUNISIE

*e-mail de l'auteur correspondant : imen.zouche@yahoo.fr

Résumé

Le syndrome de Kartagener est une maladie rare caractérisée par une triade associant un situs inversus, y compris une dextrocardie, une bronchectasie et une sinusite. Nous rapportons les particularités anesthésiques d'une patiente atteinte du syndrome de Kartagener, proposée pour cholécystectomie.

Mots clés: Syndrome de Kartagener ; Anesthésie; Cholécystectomie .

Abstract

Kartagener's syndrome is a rare disorder characterized by the triad of situs inversus, including dextrocardia, bronchiectasis and paranasal sinusitis. We report the unaesthetic management of a patient with Kartagener's syndrome, scheduled for cholecystectomy.

Key words: Kartagener's syndrome; Anesthesia; Cholecystectomy.

ملخص:

متلازمة كارتاجينير هي مرض نادر يتصف بانقلاب مواقع اعضاء الجسم بما في ذلك موقع القلب حيث يكون على اليمين, كما يتميز بتوسع القصبات الرئوية والتهاب الجيوب الأنفية. نحن ننقل خصائص تخدير مريض حامل لمتلازمة كارتاجينير لعملية استئصال المرارة.

الكلمات المفتاحية: استئصال المرارة ;متلازمة كارتاجينير ; التخدير.

I. INTRODUCTION

Le syndrome de Kartagener (situs inversus) est une triade clinique rare, touchant 2/10 000 naissances et associant une polypose nasale, une dextrocardie, et une dilatation des bronches. Certaines considérations doivent être prises en compte si une anesthésie générale est envisagée, vu les particularités cardiaques et respiratoires. Cette lettre à la rédaction vise à livrer une expérience personnelle à propos de la prise en charge anesthésique d'une patiente atteinte de syndrome de Kartagener proposée pour cure de lithiase vésiculaire.

II. CAS CLINIQUE

Il s'agissait d'une femme de 51 ans, atteinte de syndrome de kartagener et ayant subi à l'âge de 12 ans une amygdalectomie, est proposée pour cure de lithiase vésiculaire. Lors de la consultation préanesthésique, l'interrogatoire a révélé une dyspnée d'effort stade II (NYHA). Les bruits du cœur sont déviés à droite. La radiographie thoracique de face a montré une image de pointe du cœur à droite, de même que le bouton aortique. L'échographie cardiaque a été réalisée montrant une bonne fonction ventriculaire gauche et l'absence de valvulopathies. Une kinésithérapie a été prescrite vu l'hypersécrétion bronchique et l'encombrement pulmonaire pouvant exposer la patiente à un bronchospasme à l'induction anesthésique. Au bloc opératoire le monitoring anesthésique était habituel : électrocardioscope (les électrodes sont bronchées en miroir par rapport au bronchement habituel) oxymètre de pouls, pression artérielle non invasive et monitoring des gaz inspiratoires/expiratoires et de la FETCO₂. Une anesthésie générale a été réalisée à base de propofol-fentanyl-cisatracurium. L'entretien a été réalisé par du sévoflurane/N₂O. nous avons réalisé une anesthésie profonde et un réveil doux pour éviter le bronchospasme. L'intervention a duré 110 minutes vu les modifications anatomiques, la seule particularité chirurgicale est l'introduction des trocarts de coelioscopie en miroir par rapport à l'introduction habituelle. (Figure 1).



Figure 1 : Introduction des trocarts lors d'une coelioscopie pour cure de vésicules biliaires chez un patient ayant un syndrome de kartagener

Aucun incident n'a été noté sur le plan chirurgical. L'extubation s'est faite après aspiration soigneuse pharyngée et trachéale et après récupération du réflexe de déglutition. La patiente a bénéficié en postopératoire d'une kinésithérapie respiratoire. L'évolution a été favorable.

III. DISCUSSION

Le syndrome de Kartagener est une maladie héréditaire transmise sous le mode autosomique récessif, caractérisée par une dysfonction partielle ou totale des cils vibratiles.

Le syndrome de Kartagener est retrouvé dans à peu près 50 % des cas de dyskinésie ciliaire primitive (DCP). La DCP entraîne une altération du transport muco-ciliaire dans le tractus respiratoire. Il peut également y avoir un dysfonctionnement des flagelles des spermatozoïdes, responsable d'une stérilité chez l'homme. Diverses anomalies structurales comme l'absence de bras de dynéine entraînant des anomalies de l'axonème, l'absence de fibres radiaires, ou la transposition de microtubules périphériques ont été décrites [1].

L'anomalie de la fonction ciliaire est présente dès la naissance, mais sa sévérité est variable, ce qui explique que l'âge au moment du diagnostic varie de quelques mois à 50-60 ans. Chez le nouveau-né, la maladie se manifeste le plus souvent par des difficultés respiratoires inexplicables, une infection pulmonaire ou la découverte fortuite d'un cœur situé à droite sur une radiographie du thorax (dextrocardie). Chez les enfants plus âgés et les adultes, la maladie se présente par des infections respiratoires à répétition: rhinites, sinusites, otite chronique, diminution de l'audition, bronchite chronique et bronchiectasies [2].

Les malformations cardiaques, telles qu'une communication interauriculaire ou une transposition des gros vaisseaux, peuvent être observées dans 3 % des cas. Le foie se trouve à gauche et l'estomac prend une position droite dans la cavité abdominale [2].

Les implications anesthésiques de ces variations anatomiques sont le placement des électrodes de l'ECG et du défibrillateur qui doivent être placées en miroir par rapport à la normale et la mise en place du cathéter veineux central est plus facile à gauche [2, 3].

Dans cette observation, la dextrocardie n'a pas été associée à d'autres malformations cardiaques, ce qui a été rassurant pour nous, médecins anesthésistes.

Le transport mucociliaire défectueux dans les voies respiratoires entraîne la rétention de mucus et l'incapacité à éliminer les organismes pathogènes, conduisant à des infections respiratoires répétées et à la dilatation des bronches.

La bronchiectasie doit être contrôlée par des bronchodilatateurs et par une kinésithérapie en pré et en post opératoire permettant de réduire la quantité des sécrétions et donc le risque de bronchospasme [2,4].

En raison de l'inversion pulmonaire, l'intubation et l'aspiration pulmonaire se produisent de préférence dans le poumon gauche, qui est plus grand chez les patients atteints de syndrome de Kartagener [2,3].

L'intubation nasotrachéale ou tout dispositif nasopharyngé doivent être évité vu le risque de sinusite [4].

L'anesthésiste doit prévenir toute infection respiratoire en postopératoire et ceci en utilisant un équipement des voies aériennes à usage unique et en veillant à une manipulation douce et non traumatique des voies respiratoires [3].

Une anesthésie profonde et un réveil doux sont primordiaux pour éviter tout bronchospasme.

Compte tenu des risques de l'anesthésie générale, l'anesthésie loco régionale est à privilégier. Le principal avantage de cette technique est l'absence d'interférence avec la fonction des muscles respiratoires en peropératoire et postopératoire, permettant ainsi au patient de dégager efficacement les sécrétions des voies respiratoires. Une excellente analgésie par voie péridurale permet une déambulation précoce qui contribue également à prévenir l'accumulation du mucus dans les voies respiratoires [3,4].

Dans la littérature, il existe de rares cas s'intéressant à l'anesthésie du syndrome de Kartagener. L'anesthésie locorégionale a été utilisée par Kapoor *et al.* pour la cholécystectomie [5].

IV. CONCLUSION

L'anesthésie du syndrome de Kartagener est caractérisée par des problèmes cardiaques et respiratoires. La recherche de malformations cardiaques est primordiale pour guider le protocole d'anesthésie. Une bonne préparation respiratoire et une anesthésie locorégionale permettraient d'éviter les complications anesthésiques.

V. LES REFERENCES

- [1] Ceccaldi PF1, Carré-Pigeon F, Youinou Y, Delépine B, Bryckaert PE, Harika G, Quéreux C, Gaillard D. Kartagener's syndrome and infertility: observation, diagnosis and treatment. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004 May;33(3):192-194
- [2] Anthony M, Friedland M J. Kartagener's Syndrome: Anaesthetic Considerations. *Anesthesiology* 1992;77:386-388
- [3] Mathew PJ, Sadara GS, Sharafuddin S *et al.* Anesthetic considerations in Kartagener's syndrome – a case report. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004; 48: 518-520.
- [4] Dylan Bould M, Gothard JW. Sudden hypoxia during anesthesia in a patient with Kartagener's syndrome. *Paediatr Anaesth*. 2006 Sep;16(9):977-980.
- [5] Kapoor R, Dhanoa J, Afzal L, Verghese M, Jacob S. Cholecystectomy under regional anesthesia in a patient with total Kartagener's syndrome. *Indian J Gastroenterol* 1997; 16: 64 - 65.