

Anesthésie et chirurgie : ce que toute personne porteuse de séquelles de poliomyélite doit savoir

Un guide de sensibilisation pour rester vigilante et informer votre équipe médicale

Vous vivez avec des séquelles de poliomyélite. Des décennies après la maladie initiale, une intervention chirurgicale ou un acte anesthésique peut susciter des inquiétudes légitimes. Cet article a pour but de vous informer clairement, sans vous effrayer, pour que vous puissiez aborder toute intervention en toute connaissance de cause et protéger votre santé.

Pourquoi la vigilance est-elle nécessaire ?

Près de 20 millions de personnes dans le monde vivent encore avec des séquelles de poliomyélite. Entre 25% et 85% d'entre elles pourraient développer un syndrome post-poliomyélitique (SPP), des décennies après l'infection initiale¹. Ce syndrome se manifeste par une nouvelle faiblesse musculaire, une fatigue accrue, des douleurs et parfois des troubles respiratoires.

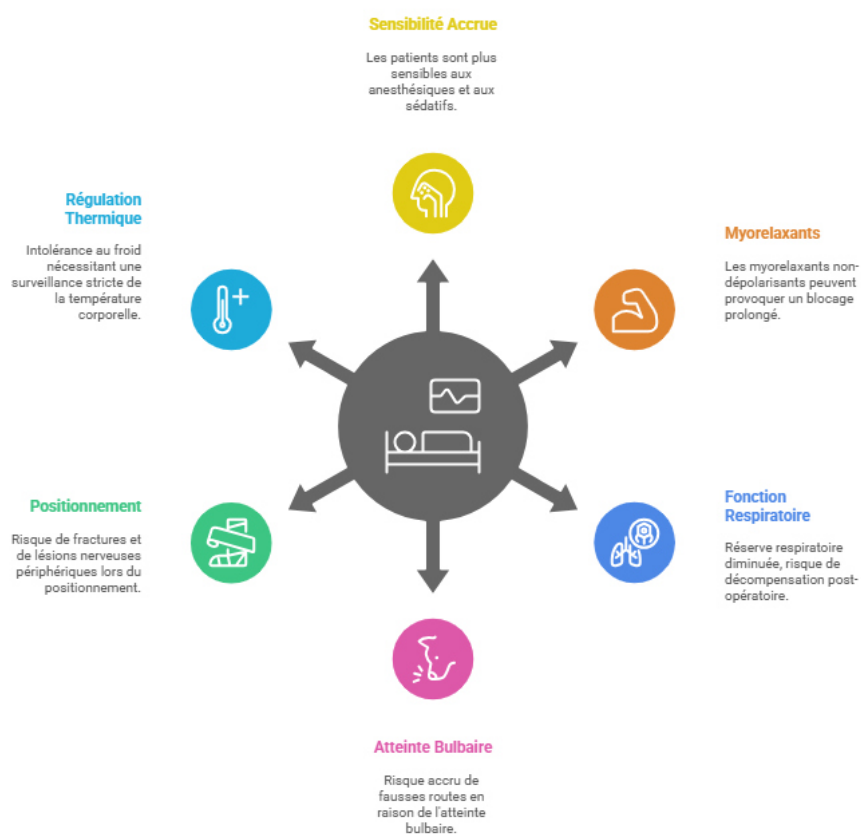
Les recommandations françaises récentes (Revue Neurologique, 2026) sont formelles : une période d'immobilisation, une chirurgie ou une affection intercurrente peuvent précipiter l'apparition du SPP². Cela ne signifie pas qu'il faut éviter toute chirurgie, mais qu'il faut s'y préparer avec soin et en informer votre équipe soignante.

Les six points de vigilance à connaître

Votre corps réagit différemment à l'anesthésie et à la chirurgie. Voici les six domaines où une attention particulière est nécessaire. L'infographie ci-dessous les résume en un mémo visuel que vous pouvez conserver et présenter à votre anesthésiste.

Mémo : les six risques anesthésiques à surveiller

Risques Anesthésiques chez les Patients Polio



Made with Napkin

Source : infographie adaptée des recommandations publiées dans le British Journal of Anaesthesia (2025)¹ et la Revue Neurologique (2026)².

Comprendre chaque risque en détail

1. Sensibilité accrue aux anesthésiques

Votre système nerveux a déjà été endommagé par la poliomyélite. Les neurones moteurs survivants ont développé des connexions de compensation qui les rendent plus fragiles. Résultat : vous pouvez être plus sensible que la moyenne aux anesthésiques et aux sédatifs. Une dose standard peut avoir un effet plus prononcé ou plus prolongé. Votre anesthésiste doit en être informé pour adapter les doses.

2. Prudence avec les curares (myorelaxants)

Les curares sont des médicaments utilisés pour relâcher les muscles pendant l'opération. Chez les personnes atteintes de séquelles de polio, leur effet peut être prolongé, c'est-à-dire que la paralysie musculaire dure plus longtemps que prévu. Des cas de prolongation significative du rocuronium ont été rapportés³. Le sugammadex semble préférable à la néostigmine pour inverser l'effet des curares⁴. Un monitoring du bloc neuromusculaire (appelé TOF) est indispensable.

3. Fonction respiratoire : le risque numéro un

La poliomyélite peut avoir affaibli les muscles respiratoires, même si vous n'en êtes pas conscient(e) au quotidien. Une anesthésie générale aggrave temporairement cette faiblesse. Le risque de pneumonie postopératoire est multiplié par près de 5 chez les patients présentant un syndrome post-poliomyélique⁵. Une évaluation respiratoire préalable (explorations fonctionnelles respiratoires, recherche d'apnées du sommeil) est essentielle. La kinésithérapie respiratoire doit débuter dès le lendemain de l'opération.

4. Atteinte bulbaire et fausses routes

Si la poliomyélite a touché les muscles de la gorge et du palais, vous pouvez présenter des troubles de la déglutition (dysphagie), parfois discrets. Pendant l'anesthésie, ce risque augmente : les sécrétions ou le contenu de l'estomac peuvent passer dans les voies respiratoires (fausse route). C'est pourquoi il est important de signaler toute difficulté à avaler, toute toux en buvant ou en mangeant, même occasionnelle.

5. Positionnement : protéger vos os et vos nerfs

Les séquelles de polio s'accompagnent souvent d'ostéoporose et de déformations orthopédiques. Le positionnement sur la table d'opération doit être particulièrement prudent pour éviter les fractures, les compressions nerveuses ou les lésions cutanées. N'hésitez pas à parler de vos zones de faiblesse musculaire ou de vos déformations à l'équipe soignante avant l'intervention.

6. Régulation thermique : ne pas avoir froid

De nombreuses personnes porteuses de séquelles de polio souffrent d'intolérance au froid. En salle d'opération, la baisse de température corporelle (hypothermie) peut aggraver certains symptômes et prolonger l'effet des anesthésiques. Le maintien d'une température corporelle normale (normothermie) est donc crucial : couvertures chauffantes, réchauffement des perfusions, surveillance continue.

Vos 6 réflexes avant une intervention

- Parlez-en systématiquement. Mentionnez votre antécédent de poliomyélite à votre chirurgien et votre anesthésiste, même si l'intervention semble mineure. Il n'y a pas de chirurgie « de routine » quand on a des séquelles de polio.
- Faites un bilan respiratoire. Demandez une évaluation de votre fonction respiratoire avant l'opération, surtout si vous n'en n'avez pas eu depuis longtemps.
- Signalez vos difficultés de déglutition. Même une gêne légère doit être rapportée : elle influence le choix de la technique d'anesthésie.
- Préparez la kinésithérapie. Organisez à l'avance un suivi kinésithérapique postopératoire : rééducation respiratoire précoce, mobilisation progressive adaptée à votre fatigabilité.
- Apportez votre dossier. Rassemblez vos comptes-rendus neurologiques, électromyogrammes, et tout document sur vos séquelles. L'infographie ci-dessus peut servir de support de discussion.
- Prévoyez un suivi prolongé. La récupération peut être plus lente. Planifiez un suivi rapproché avec votre médecin de rééducation et votre neurologue dans les semaines qui suivent.

La kinésithérapie postopératoire : votre alliée

La rééducation est peut-être le maillon le plus important de votre récupération. Elle poursuit plusieurs objectifs simultanés :

- Prévenir l'aggravation des déficits : toute immobilisation prolongée risque de déclencher ou d'aggraver un syndrome post-poliomyélique. La mobilisation précoce et progressive est essentielle.
- Rééduquer votre respiration : la kinésithérapie respiratoire (spirométrie incitative, techniques de désencombrement) réduit le risque de pneumonie, multiplié par 5 dans cette population.
- Adapter l'effort à votre fatigabilité : les exercices doivent être sous-maximaux, le renforcement à intensité modérée, avec des stratégies d'économie d'énergie.
- Soulager la douleur : la balnéothérapie a démontré un bénéfice sur la douleur et la fonction musculaire. Les massages et la physiothérapie complètent l'arsenal.
- Protéger vos os : prévention des raideurs articulaires, des rétractions, et des fractures sur os ostéoporotique par un positionnement et des mobilisations adaptés.

En résumé : avoir des séquelles de poliomyélite ne signifie pas que la chirurgie est interdite. Mais elle demande une préparation et une vigilance particulières. Votre meilleure protection, c'est l'information : parlez de votre histoire, posez des questions, et assurez-vous que votre équipe soignante connaît vos spécificités. Vous êtes le ou la premier(e) acteur(rice) de votre sécurité.

Sources et références

1. Henry O. et al., « Review of anesthetic management of patients with post-polio syndrome », British Journal of Anaesthesia, 2025 ;134(5):1385-1391. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2025.02.017>
2. Verschueren A. et al., « French guidelines for post-polio syndrome and management of effects of aging in people with sequelae of acute anterior poliomyelitis », Revue Neurologique, 2026. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2026.05.007>
3. Shibuya M. et al., « Prolongation of rocuronium effect in a post-polio syndrome patient under desflurane anesthesia », J Dent Anesth Pain Med, 2022 ;22(3):233-237. <https://doi.org/10.17245/jdamp.2022.22.3.233>
4. « Postpoliomyelitis Syndrome and Reversal With Sugammadex », PubMed, 2020. PMID: 32990207 — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32990207/>
5. Riggs K. et al., « Impact of post-polio syndrome on outcomes after lumbar fusion », Spine, 2025. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000003>