

Ⓢ VIIIème journée normande d'anesthésie-réanimation

Gestion pratique des complications d'Anesthésie loco-régionale

Y AUROY, L BARGUES, D BENHAMOU, H BOUAZIZ, C ECOFFEY, F MERCIER, K SAMII

Groupe SOS ALR

La première complication majeure des anesthésies loco-régionales est l'arrêt circulatoire

Il se voit avant tout au cours des anesthésies périmédullaires, surtout lorsque les patients sont à haut risque et qu'il s'agit d'une rachianesthésie. De récentes observations ont été également rapportées dans les blocs du plexus lombaire par voie postérieure avec une extension péri-durale imprévue. Ces arrêts cardiaques peuvent être retardés survenant plus de 40 minutes après le bloc à un moment où probablement la surveillance peut être diminuée.

Le symptôme inaugural majeur de ces arrêts circulatoire est la **baisse de la fréquence cardiaque**. C'est un signe inaugural constant qui impose la mesure immédiate de la pression artérielle et l'administration de **vasopresseurs** (éphédrine et en cas d'inefficacité, adrénaline) en cas d'hypotension. La dose de vasopresseurs ne doit pas être limitée. Il faut administrer la quantité nécessaire pour maintenir la pression artérielle à un niveau acceptable. La surexpansion volémique et l'atropine n'ont naturellement pas leur place dans ces hypotensions majeures confinant à l'arrêt circulatoire.

Toxicité systémique

La mépivacaïne et la ropivacaïne ont représenté incontestablement des progrès pharmacologiques pour les anesthésiques locaux. La mépivacaïne de par son délai d'installation court et la qualité de son bloc moteur et la ropivacaïne, comme alternative à la bupivacaïne, mais avec une moindre toxicité cardiaque. Ces progrès ne doivent néanmoins pas amener à se mettre dans des situations de surdosage, car ces anesthésiques locaux comportent quand même un risque de toxicité. La prévention de l'injection intravasculaire repose classiquement sur l'aspiration, l'injection lente avec contact verbal avec le patient et dans la mesure du possible, une dose test adrénaliné.

La brèche duremérienne

Est une complication importante par sa fréquence et la difficulté de sa prise en charge. La sémiologie peut être trompeuse avec non seulement des céphalées orthostatiques mais des acouphènes, des vertiges, une diplopie, des cervicalgies pouvant amener à des erreurs de diagnostic. L'ensemble de ces symptômes orthostatiques survenant après une ponction lombaire ou une brèche avec aiguille de Tuohy doit faire suspecter une brèche duremérienne.

L'information du patient est essentielle dans la prise en charge de la brèche duremérienne. En effet, c'est au moment où l'on fait une rachianesthésie ou une brèche duremérienne au cours d'une péri-durale qu'il faut en avertir le patient. Par ailleurs, dès que le patient présente un début de symptomatologie de ce type, il faut l'avertir d'une prise en charge pouvant comporter un blood patch. En effet le blood patch peut être

prescrit assez rapidement. Il peut même être préventif dans l'analgésie péridurale obstétricale. A l'inverse dans certains cas il peut être pratiqué à distance devant une sémiologie de fuite de LCR qui se prolonge. L'exploration de la brèche duremérienne dans ces cas atypiques peut reposer sur un scanner pour éliminer un hématome intracérébral, une IRM pour détecter une fuite de LCR à minima et enfin un audiogramme lorsque les troubles cochléo-vestibulaires sont en premier plan.

Les complications neurologiques

Constituent à l'évidence la préoccupation la plus importante pour les anesthésistes. Une des complications est la lésion neurologique post-traumatique due à l'aiguille. La neurostimulation était classiquement considérée comme un moyen de prévention de ces traumatismes. Néanmoins, l'expérience prouve que cette neurostimulation, même si elle est pratiquée dans les règles de l'art, peut être associée à une complication neurologique post ALR. C'est pourquoi, le maximalisme pour le seuil de stimulation est à éviter et l'acceptation d'un risque d'échec au cours des blocs périphériques est probablement un garant de sécurité neurologique.

L'électromyographie est un examen essentiel au cours des troubles neurologiques. Précoce elle permet de chercher une neuropathie antérieure. Vers J20, elle permet de détecter des signes de dégénérescence éventuels induits par l'anesthésie locorégionale.

L'IRM est également un examen de choix pour rechercher un hématome périmédullaire mais également pour détecter une ischémie médullaire seulement visible sur cet examen. Enfin, un certain nombre de cas d'hématomes compressifs de blocs de nerfs périphériques ont pu être découverts par cet examen amenant à une intervention chirurgicale de décompression.

Malgré les progrès que nous avons faits dans les complications neurologiques après locorégionale il faut bien admettre qu'il existe des situations de complications neurologiques non identifiées où il existe une chronologie entre la complication neurologique et l'ALR, sans faute, sans traumatisme, sans surdosage et que la relation de cause à effet existe sans explication. La possibilité d'une toxicité nerveuse des anesthésiques locaux ne peut être éliminée dans ce cas.

En conclusion

L'anesthésie locorégionale impose plus que jamais de motiver ses choix, d'informer les patients sur le risque d'échec possible et de complications et enfin de suivre son patient.

Le groupe SOS ALR essaie, en fournissant un service hotline 7j/7J H24 d'aider les praticiens dans cette démarche.

Gestion pratique des complications d'Anesthésie locorégionale

Y AUROY, L BARGUES, D BENHAMOU, H BOUAZIZ, C ECOFFEY, F MERCIER, K SAMII

Groupe SOS ALR

La première complication majeure des anesthésies locorégionales est l'arrêt circulatoire

Il se voit avant tout au cours des anesthésies périmédullaires, surtout lorsque les patients sont à haut risque et qu'il s'agit d'une rachianesthésie. De récentes observations ont été également rapportées dans les blocs du plexus lombaire par voie postérieure avec une extension péridurale imprévue. Ces arrêts cardiaques peuvent être retardés survenant plus de 40 minutes après le bloc à un moment où probablement la surveillance peut être diminuée.

Le symptôme inaugural majeur de ces arrêts circulatoire est la **baisse de la fréquence cardiaque**. C'est un signe inaugural constant qui impose la mesure immédiate de la pression artérielle et l'administration de **vasopresseurs** (éphédrine et en cas d'inefficacité, adrénaline) en cas d'hypotension. La dose de vasopresseurs ne doit pas être limitée. Il faut administrer la quantité nécessaire pour maintenir la pression artérielle à un niveau acceptable. La surexpansion volémique et l'atropine n'ont naturellement pas leur place dans ces hypotensions majeures confinant à l'arrêt circulatoire.

Toxicité systémique

La mépivacaïne et la ropivacaïne ont représenté incontestablement des progrès pharmacologiques pour les anesthésiques locaux. La mépivacaïne de par son délai d'installation court et la qualité de son bloc moteur et la ropivacaïne, comme alternative à la bupivacaïne, mais avec une moindre toxicité cardiaque. Ces progrès ne doivent néanmoins pas amener à se mettre dans des situations de surdosage, car ces anesthésiques locaux comportent quand même un risque de toxicité. La prévention de l'injection intravasculaire repose classiquement sur l'aspiration, l'injection lente avec contact verbal avec le patient et dans la mesure du possible, une dose test adrénaliné.

La brèche duremérienne

Est une complication importante par sa fréquence et la difficulté de sa prise en charge. La sémiologie peut être trompeuse avec non seulement des céphalées orthostatiques mais des acouphènes, des vertiges, une diplopie, des cervicalgies pouvant amener à des erreurs de diagnostic. L'ensemble de ces symptômes orthostatiques survenant après une ponction lombaire ou une brèche avec aiguille de Tuohy doit faire suspecter une brèche duremérienne.

L'information du patient est essentielle dans la prise en charge de la brèche duremérienne. En effet, c'est au moment où l'on fait une rachianesthésie ou une brèche duremérienne au cours d'une péridurale qu'il faut en avertir le patient. Par ailleurs, dès que le patient présente un début de symptomatologie de ce type, il faut l'avertir d'une prise en charge pouvant comporter un blood patch. En effet le blood patch peut être prescrit assez rapidement. Il peut même être préventif dans l'analgésie péridurale obstétricale. A l'inverse dans certains cas il peut être pratiqué à distance devant une sémiologie de fuite de LCR qui se prolonge. L'exploration de la brèche duremérienne dans ces cas atypiques peut reposer sur un scanner pour éliminer un hématome intracérébral, une IRM pour détecter une fuite de LCR à minima et enfin un audiogramme lorsque les troubles cochléo-vestibulaires sont en premier plan.

Les complications neurologiques

Constituent à l'évidence la préoccupation la plus importante pour les anesthésistes. Une des complications est la lésion neurologique post-traumatique due à l'aiguille. La neurostimulation était classiquement considérée comme un moyen de prévention de ces traumatismes. Néanmoins, l'expérience prouve que cette neurostimulation, même si elle est pratiquée dans les règles de l'art, peut être associée à une complication neurologique post ALR. C'est pourquoi, le maximalisme pour le seuil de stimulation est à éviter et l'acceptation d'un risque d'échec au cours des blocs périphériques est probablement un garant de sécurité neurologique.

L'électromyographie est un examen essentiel au cours des troubles neurologiques. Précoce elle permet de chercher une neuropathie antérieure. Vers J20, elle permet de détecter des signes de dégénérescence éventuels induits par l'anesthésie locorégionale.

L'IRM est également un examen de choix pour rechercher un hématome périmédullaire mais également pour détecter une ischémie médullaire seulement visible sur cet examen. Enfin, un certain nombre de cas d'hématomes compressifs de blocs de nerfs périphériques ont pu être découverts par cet examen amenant à une intervention chirurgicale de décompression.

Malgré les progrès que nous avons faits dans les complications neurologiques après locorégionale il faut bien admettre qu'il existe des situations de complications neurologiques non identifiées où il existe une chronologie entre la complication neurologique et l'ALR, sans faute, sans traumatisme, sans surdosage et que la relation de cause à effet existe sans explication. La possibilité d'une toxicité nerveuse des anesthésiques locaux ne peut être éliminée dans ce cas.

En conclusion

L'anesthésie locorégionale impose plus que jamais de motiver ses choix, d'informer les patients sur le risque d'échec possible et de complications et enfin de suivre son patient.

Le groupe SOS ALR essaie, en fournissant un service hotline 7j/7J H24 d'aider les praticiens dans cette démarche.