



ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ET RÉHABILITATION POST OPÉRATOIRE

Gilbert Fabrice OTIOBANDA, MCA

Faculté des Sciences de la Santé, UMNG

Service de réanimation polyvalente, CHU de Brazzaville

SARAF 2019

Bamako, Mali

PLAN

- INTRODUCTION
- PLACE DE L'ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE (ALR)
- TECHNIQUES UTILISÉES
- CONCLUSION

Introduction (1)

- « Stress chirurgical » → modifications hormonales, métaboliques et physiologiques
- Morbi-mortalité non négligeable
- Complications post-opératoires
 - CxV, respiratoires, thromboemboliques, infectieuses, neurologiques, digestives
- Retard de récupération → ↑ durée/ coût d'hospitalisation

Introduction (2)

Facteurs favorables/accélérant la convalescence	Facteurs défavorables ralentissant la convalescence
<ul style="list-style-type: none">▶ Préparation psychologique▶ Information▶ Optimisation des fonctions vitales▶ Réduction du stress métabolique▶ Normo thermie▶ Réduction de la chaine inflammatoire▶ Renutrition postopératoire rapide▶ Analgésie optimale▶ Diminution des morphiniques▶ Blocs péri médullaires▶ Prévention NVPO*	<ul style="list-style-type: none">▶ Anxiété, peur▶ Score ASA* >2▶ Stress métabolique▶ Hypothermie▶ NVPO▶ Iléus prolongé▶ Perturbation du sommeil▶ Drains sondes, cathéters

Introduction (3)

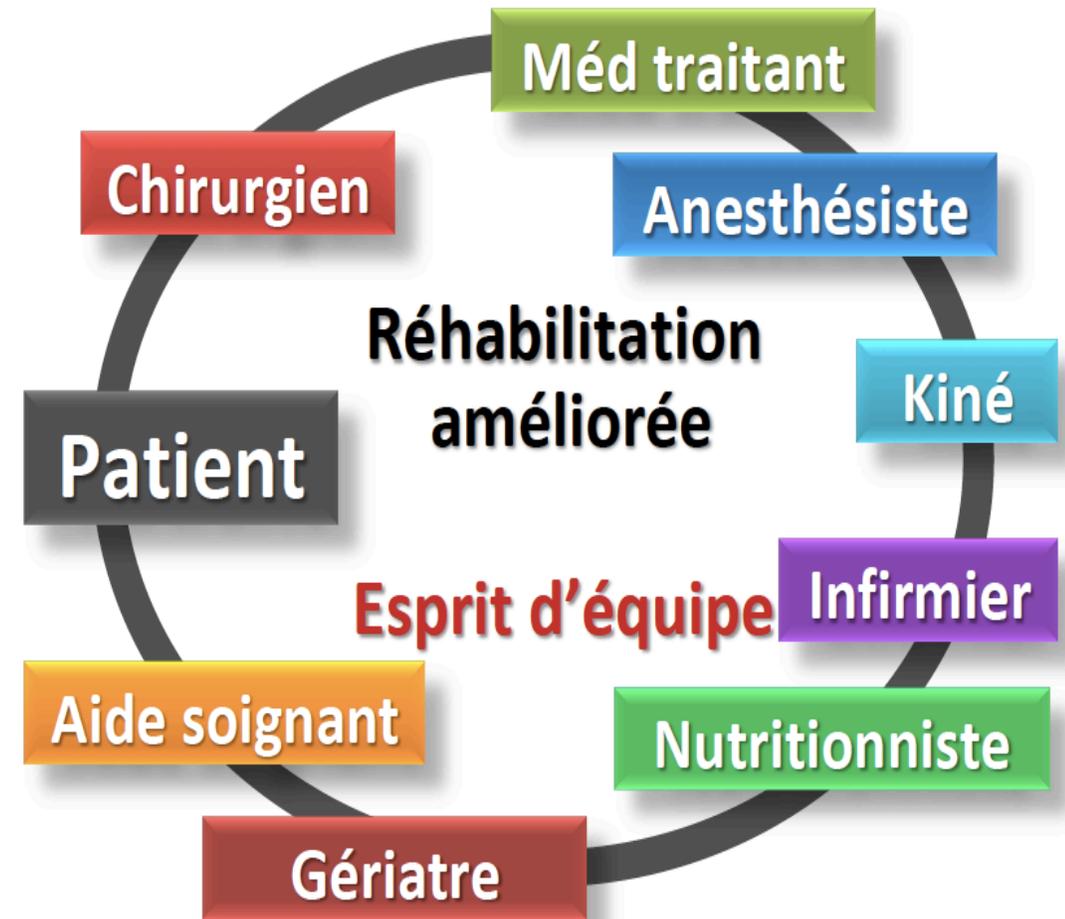
- Réhabilitation postopératoire améliorée, « *Enhanced Recovery After Surgery* »
- Henry Kehlet (1997)
- PEC globale du patient → rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques antérieures
- Diminuer complications post-opératoires et améliorer la convalescence

Introduction (4)

- « Patient acteur de ses soins »

Information pré-op et son adhésion indispensables

- Pratique multidisciplinaire
- Véritable « challenge »
- Élaboration de protocoles



Introduction (5)

- Extension à plusieurs spécialités
- Ensembles de mesures spécifiques
- 3 périodes (pré- per- et post-opératoires)
- Certains principes communs

Introduction (6)

- Information et éducation pré-opératoire
- Équilibre hydrique per-opératoire
- Pratiques et habitudes chirurgicales: chirurgie mini-incision, coelioscopie, retrait sondes/drains
- Réalimentation précoce
- Mobilisation précoce
- Kinésithérapie
- *Analgésie optimale => ALR +++*

Place de l'ALR (1)

- Anesthésie locorégionale → stratégie multimodale
 - Meilleure qualité analgésique (repos/mobilisation)
 - Bénéfices > risques techniques → optimisation de la PEC postopératoire
 - Réduction de la morbi-mortalité
 - Satisfaction des patients +++

Place de l'ALR (2)

- Anesthésiques locaux (AL): propriétés locales et systémiques bénéfiques (effets doses et concentration dépendantes)
 - Effet analgésique → analgésie postopératoire périphérique/centrale et ↓ zones d'allodyne dans les douleurs neuropathiques
 - Effet anti-inflammatoire → inhibition protéine G des leucocytes
 - → ↓ durée de l'iléus
 - Effet anti-thrombotique (altération agrégation plaquettaire): vasodilatation
 - Neuro- et myotoxicité

Place de l'ALR (3)

- Avantages de l'ALR
 - Mobilisation précoce
 - ↓ durée de l'iléus et des nausées-vomissements postopératoires (NVPO)
 - Limitation de la réponse au « stress chirurgical »
 - Préservation des fonctions vitales
 - Épargne morphinique
 - Réduction des complications pulmonaires et thromboemboliques
 - ↓ durée de séjour et du risque de réhospitalisation

Place de l'ALR (4)

- Mobilisation précoce :
 - Réduction de la fonte musculaire
 - ↓ complications thromboemboliques et respiratoires
 - Ablation des sondes / urinaire, prévention des complications des cathétérismes prolongés

Place de l'ALR (5)

- Reprise précoce de l'alimentation → réhabilitation digestive
 - Réduction du catabolisme et de la morbidité
 - Nutrition orale +++
 - Premières heures post-op
 - Liquide : hydrate de carbone et de protéines → bilan azoté équilibré
 - Moindre fatigue postopératoire et meilleure tolérance à l'effort

Place de l'ALR (6)

- Diminution de la réponse au « stress chirurgical »
 - Stress → réponse hormonale → hyper catabolisme
 - Blocage de la transmission de l'influx nociceptif (ALR)
 - Limitation de décompensations (diabétiques, obèse)
- Réduction de l'iléus postopératoire
 - Retard de l'alimentation et de la mobilisation
 - Allongé durée d'hospitalisation, risques de complications
 - Epargne morphinique ++

Place de l'ALR (7)

- NVPO:
 - Effets indésirables pénibles, fréquents
 - Durée de l'anesthésie, durée et type chirurgie
 - Complications : pneumopathie d'inhalation, troubles hydro électrolytiques, désunion des sutures, retard à la mobilisation → durée d'hospitalisation
 - ALR → épargne morphinique

Place de l'ALR (8)

- Préservation des fonctions vitales
 - Meilleure protection cardiovasculaire péri opératoire
 - ↓ stress péri opératoire → ↓ risque d'ischémie myocardique
 - Complications respiratoires moindres : ALR / AL
 - dysfonction diaphragmatique, infection, atélectasies, capacité vitale réduite
- Surveillance neurologique: patient éveillé

Techniques utilisées (1)

- ALR :
 - Anesthésie péri médullaire
 - Analgésie péridurale (APD)
 - Rachianalgésie
 - Blocs péri nerveux périphériques
 - Blocs tronculaires
 - Blocs périphériques

Techniques utilisées (2)

- Analgésie par blocs péri nerveux périphériques
 - Douleur modérée à sévère > 24H
 - Chirurgie des membres supérieur et inférieur
 - Mode continu + analgésie autocontrôlée par le patient (ACP)
 - Surveillance : syndrome de Loges
 - Pas de cathéter si immobilisation plâtrée postopératoire

Techniques utilisées (3)

- Chirurgie du membre supérieur
 - Epaule : bloc interscalénique +++
 - Alternatives : bloc supra claviculaire et infiltrations intra articulaires
 - Bras et coude : blocs supra claviculaire ou infra claviculaire
 - Avant bras, poignet et main : bloc axillaire ou canal huméral
 - Doigts : blocs tronculaires distaux pour rééducation active

Techniques utilisées (4)

- Chirurgie du membre inférieur : blocs périphériques +++
 - Prévérés à APD car + efficaces avec moins d'effets indésirables
 - Hanche et diaphyse fémorale: bloc fémoral
 - Genou : cathéter (KT) fémoral, bibloc sciatique + fémoral, infiltration AL +/- adjuvant
- => mobilisation et rééducation précoce



Techniques utilisées (5)

- Chirurgie thoracique, abdominale et urologique : APD
 - AL faible concentration + morphinique
 - Insertion du KT : milieu des dermatomes
- Indications :
 - Chirurgie cardiaque et thoracique, thoracoabdominale
 - Chirurgie abdominale sus et sous mésocolique, de l'aorte
 - Membres inférieurs

Techniques utilisées (6)

- Chirurgie thoracique et mammaire : bloc paravertébral
 - Alternative intéressante à l'APD
 - Injection unique ou KT → ↓ douleur et NVPO
 - Choix de la technique :
 - Expertise de l'équipe, contre-indications, moyens de surveillance et analgésie puissante

Techniques utilisées (7)

- ALR et chirurgie pédiatrique : sous sédation ou anesthésie générale
 - Blocs périphériques et infiltrations +++ → blocs centraux
 - Bloc pénien : circoncision
 - Bloc ilio-inguinal : cure herniaire inguinale
 - Analgésie caudale : chirurgie urologique sous ombilicale

Techniques utilisées (8)

- ALR et chirurgie ambulatoire :
 - Infiltrations et blocs périphériques : injection unique
 - Sortie (absence de levée du bloc) : si prévisions
- KT périnerveux ou périphériques → DPO à domicile

Conclusion

- ALR : quelque soit le type chirurgie
 - Technique analgésie péri-opératoire efficace
 - Participation active du patient → réhabilitation active et efficiente
 - Amélioration du pronostic chirurgical
 - Diminution des complications, amélioration de la fonction, diminution de la durée d'hospitalisation
 - Satisfaction du patient

Merci pour votre attention