

Recommandations formalisées d'experts
Gestion de la douleur postopératoire par l'anesthésie
loco-régionale chez l'enfant[☆]

Postoperative pain management using regional
anaesthesia in child

C. Dadure

Département d'anesthésie-réanimation, CHU Lapeyronie, 375, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

Disponible sur Internet le 30 janvier 2009

Mots clés : Douleur postopératoire ; Anesthésie loco-régionale ; Enfant

Keywords : Postoperative pain; Regional anaesthesia; Child

1. Introduction

L'anesthésiste, désireux d'apporter un confort optimal à ses jeunes patients, a vu depuis longtemps l'avantage que pouvait apporter l'anesthésie loco-régionale (ALR) chez l'enfant. Progressivement, une place plus importante est faite aux blocs tronculaires, moins invasifs, qui sont aussi efficaces pour assurer l'analgésie per- et postopératoire dans bon nombre de chirurgies couramment pratiquées chez l'enfant. Pour éviter toute redite inutile avec le chapitre concernant l'ALR chez l'adulte, nous avons principalement limité notre propos aux particularités pédiatriques. En tout premier point, il est utile de rappeler que l'ALR peut être pratiquée chez l'enfant sous anesthésie générale ou une légère sédation [1].

2. Blocs centraux

L'anesthésie caudale a été longtemps la technique d'ALR la plus pratiquée en pédiatrie. Cependant, les blocs centraux s'accompagnent fréquemment d'effets indésirables (bloc moteur, rétention urinaire, nausées, vomissements) et ne sont pas indemnes de morbidité [2].

2.1. Analgésie péridurale ou intrathécale

Les indications de l'analgésie péridurale continue avec mise en place d'un cathéter sont les chirurgies sous-ombilicales majeures ou scoliotiques. Elles peuvent être réalisées dès la période néonatale, chez des enfants de petits poids, pouvant présenter une prématurité [3]. Le nombre de complications rapportées après cette technique est de l'ordre de 5/1000, dont la moitié sont des complications d'origine infectieuse [4]. L'analgésie autocontrôlée par voie péridurale, décrite dans une série prospective de 128 enfants, est utilisable selon les auteurs dès cinq ans [5]. Par voie péridurale continue, chez l'enfant de deux à six ans, ropivacaïne, bupivacaïne et lévobupivacaïne 0,125 % (12 mg/kg par jour) entraînent une qualité d'analgésie comparable pendant les 48 heures suivant la cure d'hypospade, mais l'intensité du bloc moteur est plus importante avec la bupivacaïne [6]. En chirurgie orthopédique, une étude randomisée chez l'enfant de sept à 12 ans montre que les doses totales de ropivacaïne (0,2 %) sont plus faibles lorsque l'administration est autocontrôlée [7].

Pour la chirurgie scoliotique, l'administration intrathécale de morphine préopératoire entraîne une réduction de la consommation de morphine postopératoire, améliore la qualité de l'analgésie postopératoire et diminue les pertes sanguines postopératoires en fonction des posologies utilisées [8]. L'analgésie par cathéter péridural semble avoir également un intérêt dans la prise en charge postopératoire de ce type de chirurgie chez l'enfant. Récemment, Blumenthal et al. [9] ont comparé l'analgésie systémique par morphine en continu et un

[☆] Recommandations formalisées d'experts. « Prise en charge de la douleur postopératoire ». Texte long 2008.

Adresse e-mail : c-dadure@chu-montpellier.fr.

double cathétérisme péridural avec perfusion continue de ropivacaïne pour chirurgie correctrice de scoliose par voie postérieure. Les auteurs ont noté une diminution significative des scores de douleur au repos et à la mobilisation dans le groupe « péridurale » ; ainsi qu'une diminution des effets indésirables (nausées-vomissements et prurit) et une reprise de la fonction digestive plus précoce.

2.2. Anesthésie caudale

L'anesthésie caudale est une technique fréquemment utilisée chez l'enfant. Elle permet de réaliser une analgésie pour la chirurgie sous-ombilicale, principalement quand elle est réalisée de manière bilatérale. La morbidité rapportée des blocs centraux, injection caudale unique ou anesthésie péridurale est de 1,5/1000 [2].

3. Blocs nerveux périphériques

Les blocs périphériques, associés à un meilleur rapport bénéfice/risque, doivent être préférés dès que possible aux blocs centraux.

3.1. Blocs du tronc

Pour la chirurgie du canal péritonéo-vaginal, ils permettent d'améliorer la qualité de l'analgésie, de réduire la consommation d'antalgique systémique et de favoriser une sortie précoce [10]. La pratique d'une ALR est associée à une incidence plus faible de nausées et vomissements postopératoires (NVPO) que l'analgésie systémique utilisant du tramadol [11]. Les techniques les moins invasives, comme les blocs ilio-inguinaux et ilio-hypogastriques [12] ou l'infiltration [13,14] doivent être privilégiées. L'analgésie postopératoire obtenue par une infiltration du site opératoire est de qualité équivalente à celle d'une analgésie caudale [13].

Plusieurs techniques d'ALR ont été proposées pour assurer la prise en charge de la douleur après circoncision. Peu d'études comparent l'efficacité de ces différentes techniques entre elles ou avec une analgésie systémique. La puissance des essais est habituellement faible. Une méta-analyse de sept essais incluant 374 patients conclut que la pratique d'une anesthésie caudale réduit l'incidence des NVPO et les besoins antalgiques pendant la période postopératoire immédiate par rapport à une analgésie systémique [15].

Le bloc paraombilical est proposé pour assurer l'analgésie per- et postopératoire de la cure de sténose de pylore et de hernie ombilicale [16,17]. Mais aucune étude comparative de cette technique versus une analgésie systémique n'a été réalisée à ce jour.

3.2. Blocs des membres

L'utilisation de blocs périphériques chez l'enfant connaît un large développement, pour assurer notamment l'analgésie après la chirurgie orthopédique, avec la possibilité d'injection unique ou de perfusion continue à l'aide de cathéter.

Au membre supérieur, les abords sous-claviculaires du plexus brachial (principalement axillaire) sont le plus souvent utilisés en raison de la faible morbidité [18]. Au niveau axillaire, une seule stimulation suffit pour bloquer les nerfs médian, radial et cubital [19]. Cependant, la voie infraclaviculaire est préférable quand les territoires des nerfs axillaires et musculocutanés sont intéressés par la chirurgie [20]. Elle facilite la réalisation du bloc quand un traumatisme rend impossible l'abduction du bras et la fixation sur la peau. Le cathétérisme périnerveux au niveau axillaire a été évalué dans la littérature avec d'excellents résultats sur les douleurs postopératoires [21–23].

Au niveau du membre inférieur, la chirurgie majeure de la hanche ou de la tête fémorale (triple ostéotomie de bassin, butée de repositionnement avec ostéotomie de varisation du fémur, traumatisme du bassin) est très algogène. Ce type de chirurgie nécessite une analgésie prolongée des trois principaux nerfs de l'articulation coxofémorale (fémoral, cutané latéral, obturateur). Cela peut être obtenu par la mise en place d'un cathéter au niveau du plexus lombaire par voie postérieure [24,25]. Un abord plus distal du plexus lombaire peut être utilisé pour la traumatologie ou la chirurgie du fémur ou du genou. Il s'agit de l'abord paravascularaire dit « 3-en-1 » ou de l'abord iliofascial. La technique iliofasciale a montré sa supériorité en termes d'analgésie post-traumatique comparé à l'analgésie systémique par morphine intraveineuse. [26]. De même, dans la chirurgie ligamentaire du genou chez l'enfant, l'association d'un bloc fémoral et d'un bloc sciatique réalisée avec de la bupivacaïne et clonidine assure une meilleure analgésie que l'infiltration intra-articulaire associant bupivacaïne, clonidine et morphine [27].

L'analgésie postopératoire de la chirurgie de la cheville et du pied peut être assurée par un bloc du nerf sciatique en injection unique ou continue [22,28,29]. Dans la chirurgie majeure du pied ou de la cheville, l'injection continue d'anesthésique local par cathéter péridural ou par cathéter au niveau du nerf sciatique poplité apportent une qualité d'analgésie équivalente mais avec une incidence d'effets indésirables plus faible avec le bloc périphérique (NVPO, rétention urinaire) [28].

4. Choix de l'anesthésique local et modes d'administration

En raison d'une toxicité cardiaque plus élevée de la bupivacaïne, il est recommandé d'utiliser en première intention la ropivacaïne et la lévobupivacaïne dans le cadre de leur autorisation de mise sur le marché (Autorisation de mise sur le marché [AMM]) respective chez l'enfant.

Par voie péridurale continue, chez l'enfant de deux à six ans, ropivacaïne, bupivacaïne et lévobupivacaïne 0,125 % (12 mg/kg par jour) entraînent une qualité d'analgésie comparable pendant les 48 heures suivant la cure d'hypospade, mais l'intensité du bloc moteur est plus importante avec la bupivacaïne [6]. L'analgésie autocontrôlée par voie péridurale, décrite dans une série prospective de 128 enfants, est utilisable selon les auteurs dès cinq ans [5]. Elle permet d'obtenir des doses totales d'anesthésiques locaux injectés plus faibles qu'avec une administration en perfusion continue seule [7].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2747274>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2747274>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)