

Cas clinique

Blood patch, il n'est jamais trop tard

Epidural blood patch, never too late

L. Raffin *, C. Batiste, D. Noël, A. Serbouh

Clinique « Les Martinets », 97, avenue Albert-1^{er}, 92500 Rueil-Malmaison, France

Reçu le 17 janvier 2005 ; accepté le 7 août 2005

Disponible sur internet le 28 novembre 2005

Résumé

La survenue de céphalées posturales durables après effraction dure-méno-arachnoïdienne (EDA) lors d'une anesthésie péridurale (APD) ou après ponction lombaire est une complication dont l'incidence est devenue faible. En cas d'effraction volontaire, l'usage généralisé, y compris en radiologie, d'aiguilles de faible calibre à pointe non tranchante et la ponction en plaçant sagittalement le biseau de l'aiguille de Tuohy en cas d'APD en ont diminué l'incidence et la gravité. Par ailleurs, en absence de contre-indication, le traitement curatif par *blood patch* dont l'efficacité est avérée, est maintenant assez systématiquement proposé aux personnes qui souffrent de ce type de complication. Les auteurs rapportent l'observation originale d'une patiente pusillanime dont la symptomatologie très invalidante consécutive à une EDA réalisée à l'âge de 31 ans lors d'une APD pour césarienne, a pu être définitivement soulagée par un *blood patch* qu'elle a fini par accepter presque huit ans plus tard. À l'occasion d'une brève revue de littérature, la physiopathologie et la prise en charge sont discutées.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Long lasting postural puncture headache secondary to an unintentional dural puncture (UDP) during epidural anaesthesia (EA) or following deliberate dural puncture for spinal anaesthesia, and neurological or neuroradiological examination, is becoming unusual. Placing the bevel of Tuohy needle parallel to the longitudinal axis of the dural cylinder when searching for epidural space, and in the later cases, widespread use of small diameter, atraumatic needles, have decreased both its incidence and severity. Furthermore, in the absence of any contraindication, patients suffering from such troubles are now quite systematically offered a curative epidural blood patch (EBP) whose effectiveness is documented. Authors report an original case of a fainthearted patient who underwent caesarean section under EA when she was 31-year-old, and whose disabling painful symptoms related to a UDP were successfully relieved by one EBP that she ended to accept more than seven years later. On the occasion of a short literature review, physiopathology and management are debated.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Céphalées posturales ; Effraction dure-méno-arachnoïdienne ; *Blood patch*

Keywords: Postural puncture headache; Epidural blood patch

1. Introduction

La survenue de céphalées posturales durables après effraction dure-méno-arachnoïdienne (EDA) à l'occasion d'une anes-

thésie péridurale ou après rachianesthésie, est une complication dont l'incidence est devenue faible. Lorsque les symptômes ne régressent pas spontanément dans les jours ou les mois qui suivent, le traitement par *blood patch* qui consiste à réinjecter dans l'espace péridural du sang autologue prélevé stérilement de façon extemporanée, est généralement proposé aux personnes affectées et couronné de succès dans la grande majorité des cas [1]. En dehors de tout traitement, les signes peuvent persis-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lionel.raffin@wanadoo.fr (L. Raffin).

ter plusieurs années comme le suggère une étude rétrospective dotée d'un recul de neuf ans [2]. Parallèlement, certains cas ont pu être traités avec succès plusieurs mois voire plusieurs années après la ponction responsable des symptômes [3,4]. Les auteurs rapportent un cas singulier de traitement par *blood patch* réalisé avec succès plus de sept ans après le début des troubles.

2. Observation

Une femme de 31 ans sans antécédents médicochirurgicaux notables, avait subi une césarienne pour souffrance fœtale à 32 semaines d'aménorrhée. Après plusieurs laborieuses tentatives de recherche de l'espace péridural, l'aiguille de Tuohy 14G ayant déclenché des paresthésies dans le membre inférieur gauche puis provoqué une EDA, et bien que l'injection de la solution anesthésique eût été suivie d'une rachianesthésie, l'intervention s'était déroulée sans anomalie, donnant naissance à un enfant vivant.

Dans les suites immédiates de l'intervention, la patiente s'était plainte dès sa mise en position orthostatique, de violentes céphalées frontotemporales droites, accompagnées de flou visuel et de nucaigies. Après un traitement par alitement, hyperhydratation et administration d'antalgiques, les symptômes avaient persisté et la patiente était sortie à j15 toujours handicapée sans qu'aucun traitement alternatif ne lui ait été proposé dans l'intervalle. Alors qu'au troisième mois les maux de têtes s'étaient atténués sans toutefois s'amender et que l'évolution précoce avait semblé favorable, les céphalées étaient réapparues au huitième mois avec des caractéristiques superposables au tableau initial. Malgré un traitement de fond permanent, des paroxysmes au cours desquels les douleurs persistaient même après l'alitement, avaient amené la patiente à consulter aux urgences et être hospitalisée pour réaliser des perfusions intraveineuses d'antalgiques.

Deux ans plus tard, en raison de l'apparition d'une paralysie faciale périphérique (PFP) gauche, la patiente était opérée d'un cholestéatome dont le bilan ORL, ophtalmologique et un scanner encéphalique n'avaient mis en évidence aucune autre pathologie cérébroméningée.

Dans le courant de la quatrième année postopératoire, un nouveau paroxysme douloureux avait fait suspecter l'existence d'un processus pathologique intracrânien dont le bilan pratiqué s'était avéré négatif. Les symptômes avaient été rapportés à l'hypotension intracrânienne secondaire à la brèche duremérienne et la patiente avait à nouveau refusé la proposition de traitement par *blood patch*.

Alors que plus de sept ans s'étaient écoulés depuis sa césarienne, la patiente qui faisait une fausse couche spontanée, était reçue en consultation préanesthésique dans un autre établissement en vue d'un curetage évacuateur planifié le surlendemain. À cette occasion, elle notifiait au médecin le problème de céphalées chroniques qu'elle se refusait jusque là de traiter en raison de sa mauvaise expérience initiale et de son caractère particulièrement pusillanime. L'interrogatoire révélait des céphalées en barre dans la région frontale dont le caractère pos-

tural était toujours présent en dehors des paroxysmes, et un état dépressif. L'examen clinique ne révélait aucune anomalie en dehors de séquelles mineures de sa PFP gauche. À l'issue de la consultation et après lui avoir exposé les avantages et les risques potentiels de la méthode dont celui d'échec ou de récurrence des céphalées, le médecin anesthésiste proposait à la patiente de mettre à profit cette hospitalisation pour effectuer sous prémédication le *blood patch* susceptible de la soulager.

Le jour de l'intervention, aucune infection n'était cliniquement détectée et le bilan préopératoire (NFS, Plaquettes, TP, TCA) était normal. Deux heures après avoir effectué sans incident le curetage évacuateur accompagné d'une antibioprophylaxie par 1,5 g de céfuroxime, le *blood patch* était réalisé en position assise. Après une anesthésie locale avec 2 ml de lidocaïne à 1 % au niveau L3–L4, l'espace péridural était recherché par la technique du mandrin liquide avec du sérum physiologique, à l'aide d'une aiguille de Tuohy 18G dont le biseau était placé sagittalement. Une fois l'espace trouvé, l'orifice de l'aiguille était orienté de façon céphalique et 18 ml de sang prélevés stérilement par un collègue sur une veine antécubitale, étaient lentement réinjectés jusqu'à l'apparition d'une tension lombaire douloureuse. Puis, la patiente était invitée à rester allongée deux heures avant de reprendre progressivement une activité normale.

À son premier lever, la patiente soulagée de ses maux de tête habituels ne se plaignait que de lombalgies tout à fait supportables. Elle sortait de l'établissement le jour même avec pour consigne de contacter sans délai l'anesthésiste de garde en cas de troubles inhabituels tels que des douleurs dans les membres inférieurs, des troubles à la miction ou la défécation, ou en cas de résurgence des céphalées.

Aucun trouble neurologique ni récurrence des céphalées n'étaient détectés à l'occasion du suivi téléphonique (quotidien dans les premiers jours, puis hebdomadaire dans le premier mois) ni de la consultation à un mois. Depuis la réalisation du *blood patch*, la patiente s'était totalement sevrée du traitement antalgique qu'elle avait pris sans discontinuer depuis plus de sept ans, alors que les lombalgies initiales s'amendaient progressivement en cinq jours et aucune rechute n'était signalée à six mois.

3. Discussion

La présence de céphalées posturales est un signe d'appel qui doit faire évoquer la présence d'une hypotension intracrânienne. Cette hypotension résulte d'une fuite de liquide céphalorachidien (LCR) le plus souvent secondaire à une effraction dure-méno-arachnoïdienne (EDA) induite par une ponction lombaire diagnostique, pour myélographie, pour rachianesthésie ou à l'occasion d'une brèche accidentelle lors de la réalisation d'une anesthésie péridurale, et plus rarement spontanée [5]. Un ensemble varié de symptômes en rapport avec la mise en tension de structures nerveuses intracrâniennes et la vasodilatation concomitante peuvent accompagner ces céphalées orthostatiques. Des nausées, des vomissements, une phonophobie, une photophobie, des acouphènes ou des sensations verti-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2748294>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2748294>

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