Journal Européen des Urgences et de Réanimation (2017) **29**, 16—30

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

MISE AU POINT

Analgésie locorégionale en urgence chez l'adulte☆,☆☆

S. Mirek (Assistant hospitalo-universitaire)[a], M. Freysz (Professeur des Universités, praticien hospitalier)[b,*]

[a] *Service d'anesthésie-réanimation, Bocage central, CHU de Dijon, 14, rue Gaffarel, 21033 Dijon cedex, France*
[b] *Département de médecine d'urgence SAMU-SMUR-SRAU, CHU de Dijon, 14, rue Gaffarel, 21033 Dijon cedex, France*

Disponible sur Internet le 22 mars 2017

MOTS CLÉS
Analgésie locorégionale ;
Anesthésique local ;
Urgence préhospitalière ;
Accueil des urgences ;
Échographie

Résumé L'intérêt majeur des blocs nerveux périphériques en situation d'urgence réside en l'absence de retentissement général (neurologique central, hémodynamique, ventilatoire). Les deux situations les plus propices à la mise en œuvre d'une analgésie locorégionale en urgence sont les traumatismes des membres et de la face. Une fiche de surveillance indiquant les données de l'examen neurologique initial, les produits utilisés, les paramètres de surveillance et la recherche de signes de toxicité systémique doivent figurer dans le dossier médical. La lidocaïne, adrénalinée ou non selon le bloc analgésique envisagé, offre le meilleur ratio efficacité/sécurité. En cas de plaie étendue, les blocs analgésiques de la face doivent supplanter au service d'urgence les anesthésies locales de la face qui peuvent déboucher sur l'infiltration de volumes et de doses excessifs d'anesthésique local. Le bloc de la gaine des fléchisseurs doit remplacer l'anesthésie « en bague » des nerfs collatéraux des doigts. Le bloc du nerf fémoral fait appel à la technique du compartiment iliofascial, sans neurostimulateur. Un développement très important de l'échographie dans le domaine de l'anesthésie locorégionale a eu lieu ces dernières années. Une formation théorique et un apprentissage pratique doivent être délivrés par des médecins anesthésistes réanimateurs, notamment au bloc opératoire. L'élaboration de protocoles d'analgésie locorégionale doit être intégrée dans une approche globale de la prise en charge du patient en urgence, intégrant les contraintes des périodes préhospitalières, d'accueil des urgences et, le cas échéant, du bloc opératoire.
© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence de cet article mais la référence de sa première parution : Mirek S, Freysz M. Analgésie locorégionale en urgence chez l'adulte. EMC - Médecine d'urgence 2014;9(4):1—12 [Article 25-010-G-20]. http://dx.doi.org/10.1016/S1959-5182(14)59018-6.

☆☆ Cet article appartient à la série « Urgences/Traumatologie ».

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : marc.freysz@chu-dijon.fr (M. Freysz).

http://dx.doi.org/10.1016/j.jeurea.2017.02.010
2211-4238/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Ce chapitre traite des techniques locorégionales appliquées à l'analgésie dans le contexte des urgences, excluant l'utilisation des blocs locorégionaux dans le cadre de l'anesthésie pour intervention chirurgicale d'urgence.

L'intérêt majeur des blocs nerveux périphériques en situation d'urgence réside en son efficacité analgésique et en l'absence de retentissement général. Les données de l'examen neurologique initial, les produits utilisés, les paramètres de surveillance et la recherche de signes de toxicité systémique doivent figurer au dossier médical. Généralement sous-utilisées au profit des voies d'administration systémique, un certain nombre de techniques d'analgésie locorégionale sont en effet adaptées à l'urgence, tout particulièrement à la gestion des urgences traumatiques des membres et de la face. Les analgésies locorégionales sont assez fréquemment pratiquées par les médecins urgentistes, qu'ils soient ou non anesthésistes réanimateurs.

Cette pratique avait fait l'objet d'une conférence d'experts préalablement [1]. Celle-ci doit reposer sur un apprentissage théorique et technique encadré, et non sur un apprentissage « sur le tas », au gré des circonstances et de l'encadrement local. L'actualité sur les techniques d'analgésie locorégionale est essentiellement portée par l'essor de l'échographie, aussi bien en anesthésie-réanimation qu'en médecine d'urgence. Les ultrasons occupent une place grandissante et vont devenir incontournables dans les années à venir. Il est probable que l'échoguidage améliore la sécurité des patients, réel apport de l'échographie dans la pratique de l'anesthésie locorégionale [2]. Cela tient largement au développement d'appareils d'échographie simples d'emploi et compacts et utilisant des sondes avec des fréquences et des formes adaptées au besoin. La pratique de l'analgésie locorégionale sous échographie nécessite des prérequis avec une évaluation de son apprentissage (courbes d'apprentissage). Ces points sont d'ailleurs intégrés dans la formation initiale du médecin urgentiste. Cela souligne également la nécessité d'une réflexion pluridisciplinaire, dans le contexte de l'urgence, sur le choix des techniques réellement utiles, réellement utilisables dans des conditions normales de sécurité pour le patient, réellement et suffisamment utilisées pour garantir le nécessaire maintien des compétences, alors que certains blocs analgésiques ne relèvent pas d'une pratique quotidienne. Ce chapitre s'appuie largement sur les recommandations et conclusions, publiées en 2004, d'une conférence d'experts [1] organisée par la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Cela a été étayé par la création en 2012 d'un référentiel métiers compétences pour la spécialité de médecine d'urgence [3], permettant de compléter la conférence d'experts de 2004. D'autres pays avaient fait œuvres pionnières en ce domaine en développant un enseignement pratique et théorique de l'analgésie locorégionale pour l'urgence. C'est le cas du collège nord-américain des médecins de l'urgence (American College of Emergency Physicians [ACEP]) qui propose un cursus pédagogique très détaillé en matière de blocs locorégionaux périphériques (consultable sur le site Internet : www.acep.org), ainsi que de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) (www.amuq.qc.ca).

Choix des techniques et particularités de l'analgésie locorégionale en urgence

Choix des techniques

Les techniques d'analgésie locorégionale appliquées à l'analgésie en urgence ont pour principaux atouts les gains de temps et d'efficacité analgésique par comparaison avec l'administration systémique d'analgésiques. Un certain nombre de techniques paraît tout à fait adapté à l'urgence [4—6]. Ce n'est pas le cas des analgésies locorégionales périmédullaires (rachianesthésie, analgésie péridurale) qui n'ont aucune place dans l'urgence hospitalière, ni a fortiori préhospitalière pour des raisons évidentes de contraintes d'asepsie, de positionnement du patient et de conséquences hémodynamiques potentiellement délétères. Les anesthésies locorégionales intraveineuses n'ont à l'évidence aucune place non plus dans ce contexte pour des raisons aussi évidentes (nécessité de disposer de garrots pneumatiques, durée d'utilisation limitée, absence d'analgésie résiduelle, risque neuro- et/ou cardiotoxique sévère en cas de lâchage accidentel du garrot). La place des blocs périphériques, plexiques et tronculaires, qui se caractérisent par leur absence de retentissement sur les plans hémodynamique, respiratoire et neurologique central, doit, en revanche, être précisée dans ce contexte tout à fait spécifique. Leur utilisation rationnelle repose sur des impératifs d'efficacité aussi bien que sur des impératifs de sécurité, en tenant compte d'une part du contexte spécifique de l'urgence, mais aussi de la réalisation de ces blocs par des médecins non anesthésistes qui ne sont pas forcément familiers des techniques locorégionales. Le choix des techniques retenues par les experts de la conférence précédemment citée [1] a été fondé sur deux principes fondamentaux :

- le rapport bénéfice/risque de la technique envisagée dans le contexte de l'urgence ;
- la nécessité de minimiser le risque d'interférence avec une technique d'anesthésie locorégionale ultérieure, toujours possible pour la réalisation d'un éventuel geste chirurgical.

De manière schématique, deux situations se prêtent à la mise en œuvre de l'analgésie locorégionale en urgence : les traumatismes des membres et les traumatismes de la face. Dans le premier cas, un certain nombre de techniques paraissent bien connues, tout particulièrement la technique du bloc fémoral. Les blocs de la face, très intéressants dans ce contexte, sont largement moins connus et ces techniques méritent sans conteste une plus large diffusion. Les blocs du tronc, intercostaux, paravertébraux, pleuraux ne sont pas inclus dans ces recommandations en raison, d'une part, de leur efficacité variable et peu prévisible et, d'autre part, de leur iatrogénie potentielle. Les techniques décrites ici relèvent pour l'essentiel de la pratique intrahospitalière, au service des urgences. Pour l'urgence extrahospitalière, le seul bloc retenu de manière consensuelle est le bloc du nerf fémoral, chez l'adulte comme chez l'enfant [1].

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8720001

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8720001

Daneshyari.com