

# Prise en charge des patients sous analgésie péridurale en réanimation

## Mise en place au bloc opératoire et SSPI :

### Au bloc :

Ponction de niveau T10-T11, sous anesthésie locale +/- sédation IV, en position assise, jambes sur le côté de la table, pieds en appui sur une marchette.

En cas d'échec de pose de la péridurale, rachianalgésie Morphine 100 à 200 µg.

En cas d'échec de péridurale et rachianalgésie : analgésie systémique multimodale +/- TAP Block bilatéral ou cathéter d'infiltration pariétale.

O2 aux lunettes et Atropine à disposition car malaise vagal fréquent au cours de la procédure de pose d'APD.

### En fin de chirurgie :

Analgésie systémique par paliers OMS

Analgésie péridurale : induction par Ropivacaïne 2 mg/ml (environ 20 ml à injecter lentement)

### En SSPI :

Mise en route de la PCEA : mélange Ropivacaïne 2 mg/ml + Sufentanil 0,25 µg/ml (50 µg de Sufentanil à ajouter à la poche de 200 ml de Ropivacaïne 2 mg/ml). Réglages : débit continu = 3 à 7 ml/h, bolus = 3 à 5 ml, période réfractaire = 20 minutes, pas de dose maximale.

Evaluation de l'efficacité : objectif de niveau sensitif supérieur T4

Vérification de l'absence de complication immédiate : inefficacité, latéralisation, bloc moteur, déficit neurologique.

## Prise en charge postopératoire en réanimation :

### Analgésie péridurale :

Poursuite de l'analgésie péridurale continue + bolus administrés par le patient uniquement de J0 à J3-5 :

- Anesthésique local : Ropivacaïne 0,2% (soit 2 mg/ml) + Morphinique : Sufentanil 0,25 µg/ml

- Réglages : débit continu : 3 à 7 ml/h, bolus : 3 à 5 ml, période réfractaire : 20 min

Evaluation de l'efficacité de l'APD : objectif niveau sensitif supérieur T4

NB : Sondage urinaire maintenu tant que la péridurale est en place.

**Co-analgésie systémique** (innervation du péritoine viscéral non couverte par l'analgésie péridurale) :

Paracétamol

Néfopam 80 à 120 mg/j IVSE

Pas d'indication en première intention à des opioïdes de palier II ou III en raison de la présence de la présence de morphiniques administrés en péri médullaire.

Kétamine : 0,15 mg/kg/h IVSE si besoin

Après J3-5 et l'ablation du cathéter de péridurale, l'analgésie est systématiquement relayée par des antalgiques de paliers I et II, voire de palier III et PCA MORPHINE IV si nécessaire.

### **Anticoagulation :**

Anticoagulation préventive : **Calciparine 0,2 ou 0,3 ml x 2 / j** (plus maniable que les HBPM pour la gestion du cathéter péridural). Reprise à H4 après l'ablation ou la mobilisation du cathéter de péridurale.

### **Gestion et surveillance d'un patient sous analgésie péridurale thoracique :**

#### **Bloc sensitif :**

Il est testé par un test au froid (flacon en verre au congélateur). On recherche le niveau sensitif supérieur de manière bilatérale. L'objectif est un niveau supérieur T4 (mamelon)  
**IL NE DOIT PAS Y AVOIR DE BLOC SENSITIF AUX MEMBRES INFÉRIEURS**  
En cas de bloc sensitif étendu aux membres inférieurs, il faut éliminer un passage sous arachnoïdien par un test d'aspiration dans le cathéter. Si celui-ci ramène du LCR, il s'agit d'une rachianesthésie. Il faut arrêter l'analgésie péridurale immédiatement et surveiller la survenue d'une hypotension et d'une dépression respiratoire.

#### **Bloc moteur :**

**IL NE DOIT PAS Y AVOIR DE BLOC MOTEUR AUX MEMBRES INFÉRIEURS**

Le bloc moteur se surveille par le score de BROMAGE qui doit être à 0.

0- absence de bloc moteur (flexion de hanches, genoux et pieds)

1- incapacité de surélever les jambes étendues (flexion des genoux et des pieds possible)

2- incapacité de fléchir les genoux (flexion des pieds possible)

3- incapacité de fléchir les pieds

En cas de bloc moteur, il faut évoquer un hématome péridural compressif (cf. procédure)

#### **Effets secondaires :**

Hypotension : éliminer une cause médico chirurgicale avant d'imputer l'analgésie péridurale. Traitement par remplissage, catécholamines, diminution des débits et bolus et / ou arrêt de l'analgésie péridurale.

Sédation : le patient doit rester éveillé ou réveillable à la stimulation verbale. En cas de somnolence plus importante, il faut diminuer le débit d'analgésie péridurale et / ou retirer le morphinique.

Dépression respiratoire : Arrêt temporaire, oxygénothérapie et Naloxone. Reprise de l'analgésie à débit inférieur et / ou sans morphinique.

Nausées et vomissement : Métoprolol, Droperidol, Ondansétron. La Naloxone peut être utilisée. Changement d'analgésie péridurale sans morphinique.

Constipation : laxatifs.

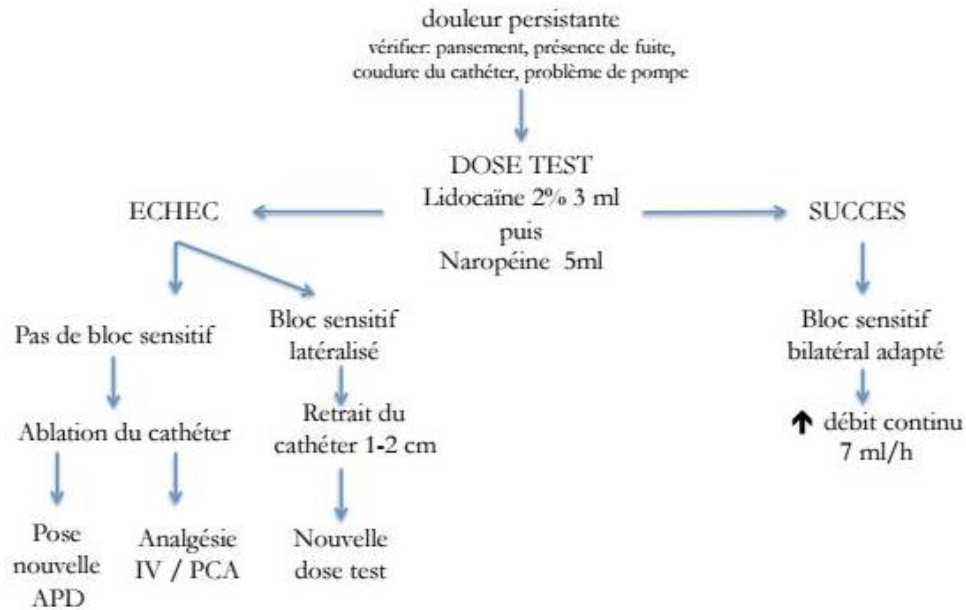
Prurit : Hydroxyzine ou Naloxone. Analgésie sans morphinique.

Signes de toxicité des anesthésiques locaux :

Cardiovasculaires : troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, troubles du rythme ventriculaire (tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire voire arrêt cardiaque en asystolie), hypotension artérielle.

Neurologiques : picotements péri-buccaux, céphalées, distorsions visuelles ou auditives, trémulations des extrémités, coma, convulsions, arrêt respiratoire. Le traitement consiste en plus des manœuvres de réanimation en l'injection d'INTRALIPIDE 20% 3 ml/kg (dans le chariot d'urgence de la réanimation)

## Annexe 1 : Conduite à tenir en cas d'analgésie insuffisante



## Annexe 2 : Gestion des anticoagulants et du cathéter de péridurale

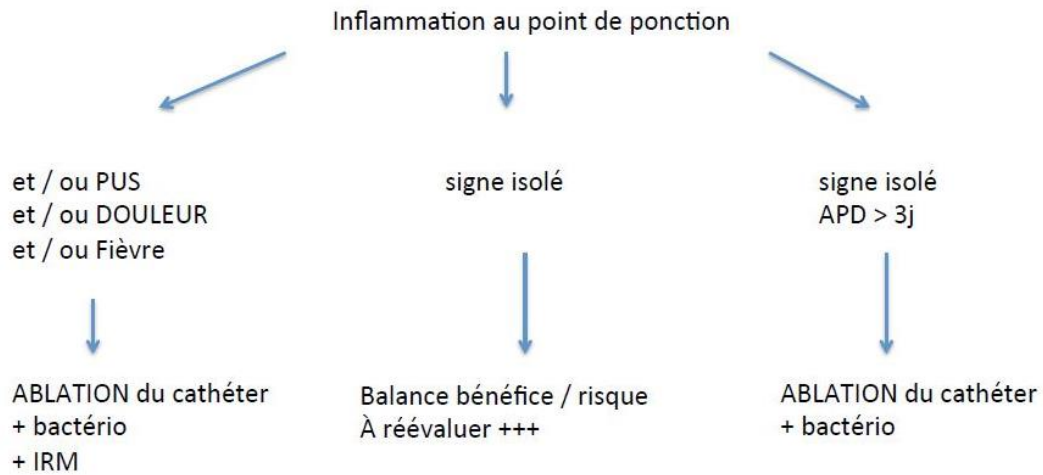
Arrêt de la CALCIPARINE 12h avant toute mobilisation / ablation du cathéter de péridurale.

Le contrôle de l'Anti-Xa n'est pas nécessaire, le contrôle des plaquettes doit être fait 2 fois par semaines dans le cadre d'une surveillance d'un traitement par héparine.

La prise d'ASPIRINE ou KARDEGIC n'est pas une contre-indication à la mobilisation / retrait du cathéter.

La prise de PLAVIX, EPIENT, Ticagrélor... ou une anticoagulation efficace par héparine, AVK ou anticoagulants oraux sont une contre-indication à la mobilisation / retrait du cathéter.

### Annexe 3 : Conduite à tenir en cas d'inflammation au point de ponction



NB: ne pas retirer le cathéter si fébricule isolé sans hyperleucocytose

### Annexe 4 : Conduite à tenir en cas d'anomalies de l'examen neurologique et/ou douleurs dorsales (suspicion d'hématome péri-dural)

- Arrêt immédiat de la péri-durale (laisser le cathéter en place)
- En cas d'anomalie neurologique (déficit sensitif ne régressant pas à l'arrêt de la péri-durale ou déficit moteur, Bromage 1 à 3) >> évoquer un hématome péri-dural compressif.
- IRM médullaire en urgence pour suspicion de compression médullaire en précisant sur la demande le niveau du cathéter et le niveau des échecs éventuels de ponction.

**Annexe 5** : Toxicité systémique aiguë des anesthésiques locaux  
(<http://www.sfar.org/article/340/toxicite-systemique-aigue-des-anesthesiques-locaux>)

### **Circonstances**

Injection accidentelle intravasculaire : signes immédiats

Résorption importante après injection extravasculaire : signes retardés

### **Signes Cliniques**

#### **Cardiovasculaires :**

Troubles de la conduction auriculo-ventriculaire

Troubles du rythme, surtout ventriculaire : tachycardie ventriculaire, fibrillation ventriculaire voire arrêt cardiaque en asystolie

Hypotension artérielle, collapsus

#### **Neurologiques :**

Signes subjectifs : picotements péribuccaux, céphalées, distorsions visuelles ou auditives, trémulations des extrémités

Signes objectifs : perte de connaissance, coma, convulsions, arrêt respiratoire

**Les signes subjectifs peuvent ne pas être rapportés avant la survenue des signes objectifs avec les solutions ne contenant que les isomères lévogyres d'anesthésiques locaux**

## **CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURVENUE DE TROUBLES NEUROLOGIQUES SUBJECTIFS OU D'UN TROUBLES DU RYTHME, UN TROUBLE VENTRICULAIRE OU UN ARRET CARDIAQUE PAR TOXICITE DES ANESTHESIQUES LOCAUX**

### **Actions immédiates**

Appel à l'aide. Le pronostic vital est en jeu

Arrêt immédiat de l'injection des anesthésiques locaux si le troubles de conduction ou du rythme survient en cours d'injection

Vérifier la présence d'un pouls carotidien

### **Réanimation**

#### **DEBUTER SANS TARDER LA REANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**

Maintien de la perméabilité des voies aériennes, ventilation en O<sub>2</sub> pur

Intubation trachéale dès que possible EN CAS D'ARRÊT CARDIAQUE ou EN CAS DE CONVULSIONS GENERALISEES

Débuter le Massage Cardiaque Externe

Utilisation de vasoconstricteurs pour assurer une pression de perfusion d'organes

o NE PAS ADMINISTRER de DOSES IMPORTANTES D'ADRENALINE (risque de renforcer le bloc induit par l'anesthésique local)

o NE PAS ADMINISTRER D'AMIODARONE (effet additif avec celui des anesthésiques locaux)

Cardioversion en cas de fibrillation ventriculaire

## **ADMINISTRATION D'UNE EMULSION LIPIDIQUES A 20%**

La solution la plus utilisée dans les cas cliniques rapportés dans la littérature est l'INTRALIPIDES® 20%. La solution MEDIALIPIDES® 20% a également été rapportée efficace. L'efficacité d'autres solutions lipidiques n'a pas été rapportée.

DOSE INITIALE :

- o **La dose d'INTRALIPIDES® 20% : 3 ml.kg-1 en bolus**
- o La dose de MEDIALIPIDES® 20% doit être supérieure (6 à 9 ml.kg-1)

DOSES D'ENTRETIEN

- o Une perfusion continue d'entretien n'est pas indispensable
- o Dans quelques cas cliniques, le reste de la poche d'émulsion lipidique était perfusé

## **SURVEILLANCE DU PATIENT**

Il est possible de prélever du sang périphérique pour le dosage sanguin de(s) l'anesthésique(s) local(ux).

Une **SURVEILLANCE DU RYTHME CARDIAQUE ET DE L'HEMODYNAMIQUE** du patient est **IMPERATIVE** (risque de récurrence du trouble du rythme cardiaque important): la durée de surveillance dépend de l'anesthésique local responsable de la toxicité. Un minimum de 6 HEURES DE SURVEILLANCE rythmique est recommandé.

**IL EST FORTEMENT RECOMMANDE DE DISPOSER D'AU MOINS UNE POCHE DE 500 ML D'UNE EMULSION LIPIDIQUE DANS LE BLOC OPERATOIRE OU SONT PRATIQUEES LES TECHNIQUES D'ANESTHESIE LOCOREGIONALE.**