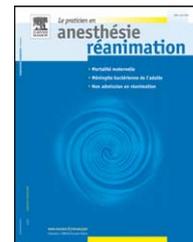




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## ÉDITORIAL

# Peut-on laisser les patients rentrer à domicile avec un bloc résiduel ?

Can we let patients go back home with residual anaesthetic block?



### MOTS CLÉS

Bloc anesthésique  
périphérique ;  
Anesthésie  
ambulatoire ;  
Bloc résiduel

### KEYWORDS

Peripheral  
anaesthetic block;  
Residual block;  
Ambulatory  
anaesthesia

La prise en charge de la douleur est essentielle lors de la chirurgie ambulatoire [1]. La persistance de la douleur est en effet l'une des causes d'échec de la procédure [2]. La mise en place de blocs périphériques continus assure une analgésie de grande qualité en chirurgie orthopédique [3]. La crainte d'autoriser la sortie des patients ambulatoires présentant un bloc moteur et sensitif résiduels après une chirurgie réalisée sous bloc nerveux périphérique reste assez présente chez les médecins anesthésistes [4]. Cette réticence est davantage exprimée lorsqu'il s'agit d'un bloc résiduel au niveau du membre inférieur en raison du risque de chute à domicile ou lors du transport. Il faut reconnaître que ce souci de la sécurité, certes louable, est en contradiction d'une part avec les résultats de multiples enquêtes et, d'autre part, avec le développement croissant des cathéters périmerveux ambulatoires pour la chirurgie orthopédique plus complexe, où la perfusion continue d'anesthésiques locaux (48–72 heures) s'accompagne souvent d'un certain degré de bloc moteur.

## Risque de traumatisme et de chute après la sortie du patient

Laisser un patient repartir à domicile avec un bloc moteur résiduel au niveau du membre (supérieur ou inférieur), après chirurgie ambulatoire, reste controversé selon les équipes et notamment en France. La perte de la proprioception du membre, ainsi que la perte du réflexe de protection à la douleur laissent les médecins anesthésistes très réticents à accepter la sortie de ces patients soit en raison du risque de traumatisme du membre insensible soit en raison du risque de chute lorsqu'il s'agit d'un bloc résiduel au niveau du membre inférieur (l'incidence de chute n'était que de 0,08 % après blocs nerveux du membre inférieur utilisant la bupivacaïne dans l'enquête de Klein en 2002) [5]. Cela mène les médecins anesthésistes à préférer les anesthésiques locaux de durée courte ou intermédiaire (lidocaïne, mépivacaïne) lors de la réalisation de blocs périmerveux sur des patients ambulatoires surtout lors de la chirurgie du membre inférieur.

Toutefois, ces complications exceptionnelles peuvent être évitées grâce surtout à une sélection rigoureuse des patients notamment, sur les critères psychosociaux pour éliminer ceux ou celles qui semblent incapables de se prendre en charge à domicile. Cette sélection se fait en deux étapes, d'abord lors de la consultation chirurgicale et ensuite lors de la consultation d'anesthésie.

## Risque de neuropathie liée à la ponction

La nécessité de vérifier la récupération complète de la fonction du membre après la chirurgie est souvent avancée pour éliminer toute complication liée à un neurotraumatisme lors de la ponction. L'étude de Klein en 2002 montre que l'incidence de ces complications accidentelles après la sortie précoce reste très faible. Par ailleurs, l'incidence de paresthésies persistantes au-delà de sept jours était de 0,29% et toutes ces paresthésies avaient disparu avant le troisième mois postopératoire [6].

Le risque de survenue d'une paresthésie lors de la réalisation d'un bloc nerveux est exceptionnel surtout chez les médecins anesthésistes expérimentés qui travaillent en chirurgie ambulatoire. Il me semble donc excessif et même injuste d'exiger de garder tous les patients hospitalisés jusqu'au retour complet de la mobilité du membre alors que nous pouvons réserver cette attitude très conservatrice uniquement aux patients ayant mentionné des paresthésies ou lorsque des difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation du bloc. Par ailleurs, tous les patients quittant un établissement à j0, dans le cadre d'une procédure ambulatoire, sont systématiquement appelés à j1 par l'infirmière du service qui vérifiera donc la récupération sensitivo-motrice 24 heures après l'intervention, et qui avertira l'équipe d'anesthésie en cas de bloc persistant au-delà des 24 heures.

## Réapparition de la douleur après la levée du bloc sensitif

La douleur postopératoire reste un des problèmes qu'il faut résoudre pour promouvoir davantage encore la chirurgie ambulatoire, notamment en chirurgie orthopédique. En effet, 16% des patients signalent des douleurs sévères après chirurgie orthopédique ambulatoire. De plus, 17 à 22% de ces patients continuent à utiliser des opiacés par voie orale jusqu'au septième jour postopératoire. Ainsi, le relais antalgique démarré bien avant la levée complète du bloc périmerveux, doit être strictement appliqué en se basant sur une analgésie multimodale incluant paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, voire dans certains cas la possibilité d'utiliser des opiacés par voie orale.

## Cathéters périmerveux en chirurgie orthopédique ambulatoire

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une réalité incontournable et la France rattrape progressivement son retard historique sur les autres pays européens en rai-

son notamment de la pression très récente de nos tutelles. En orthopédie, un grand nombre d'interventions pourront être réalisées en ambulatoire à condition que la maîtrise de l'analgésie postopératoire soit assurée : chirurgie du pied, ligamentoplasties du genou, coiffe des rotateurs, trapèzectomie du poignet. Aux États-Unis, plusieurs équipes enthousiastes ont publié récemment des séries de patients opérés en ambulatoire de prothèse de hanche, de genou, d'épaule et du coude, l'analgésie étant assurée par des perfusions d'anesthésique local sur des cathéters périmerveux. Pour adopter cette attitude, il est nécessaire de disposer d'un réseau bien structuré de prise en charge à domicile de ces patients. Il est évident que les patients bénéficiant d'une analgésie locorégionale continue durant 48 heures présentent, dans leur grande majorité, des signes d'insensibilité ou un certain degré de bloc moteur lié aux anesthésiques locaux. D'ailleurs, l'étude de Williams montre que le taux de chute induit par un cathéter fémoral à domicile après ligamentoplastie du genou était certes de 2% dans le groupe ropivacaine, mais qu'il était également de 1% dans le groupe sérum physiologique [7]!

## Conclusion

La sortie des patients présentant un bloc moteur résiduel en chirurgie ambulatoire est possible à condition que les critères de sélection des patients aient été scrupuleusement respectés lors de la consultation et que les recommandations postopératoires aient été bien expliquées au patient et son entourage. Le développement récent des cathéters périmerveux en ambulatoire pour la chirurgie orthopédique confirme bien qu'il est grand temps pour que cette réticence théorique soit dépassée [8–11].

## Déclaration d'intérêts

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

## Références

- [1] Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997;85:808–16.
- [2] Chung F, Mezei G. Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. *Can J Anaesth* 1999;46:R18–26.
- [3] Davis WJ, Lennon RL, Wedel DJ. Brachial plexus anesthesia for outpatient surgical procedures on an upper extremity. *Mayo Clin Proc* 1991;66:470–3.
- [4] Cooper K, Kelley H, Carrithers J. Perception of side effects following axillary block used for outpatient surgery. *Reg Anesth* 1995;20:212–6.
- [5] Klein SM, Nielsen KC, Greengrass RA, Warner DS, Martin A, Steele SM. Ambulatory discharge after long-acting peripheral nerve blockade: 2382 blocks with ropivacaine. *Anesth Analg* 2002;94:65–70.
- [6] Klein SM, Greengrass RA, Gleason DH, Nunley JA, Steele SM. Major ambulatory surgery with continuous regional anesthesia and a disposable infusion pump. *Anesthesiology* 1999;91:563–5.
- [7] Williams BA, Kentor ML, Bottegall MT. The incidence of falls at home in patients with perineural femoral catheters: a retros-

- pective summary of a randomized clinical trial. *Anesth Analg* 2007;104(4):1002.
- [8] Swenson JD, Bay N, Loose E, Bankhead B, Davis J, Beals TC, et al. Outpatient management of continuous peripheral nerve catheters placed using ultrasound guidance: an experience in 620 patients. *Anesth Analg* 2006;103(6):1436–43.
- [9] Ilfeld BM, Mariano ER, Williams BA, Woodard JN, Macario A. Hospitalization costs of total knee arthroplasty with a continuous femoral nerve block provided only in the hospital versus on an ambulatory basis: a retrospective, case-control, cost-minimization analysis. *Reg Anesth Pain Med* 2007;32(1):46–54.
- [10] Ilfeld BM, Le LT, Meyer RS, Mariano ER, Vandenberg K, Duncan PW, et al. Ambulatory continuous femoral nerve blocks decrease time to discharge readiness after
- tricompartiment total knee arthroplasty: a randomized, triple-masked, placebo-controlled study. *Anesthesiology* 2008;108:703–13.
- [11] Ilfeld BM, Ball ST, Gearen PF, Le LT, Mariano ER, Vandenberg K, et al. Ambulatory continuous posterior lumbar plexus nerve blocks after hip arthroplasty. A dual-center, randomized, triple-masked, placebo-controlled trial. *Anesthesiology* 2008;109:491–501.

Patrick Narchi

*Anesthésie-réanimation, centre clinique, 2,  
chemin de Frégeneuil, 16800 Soyaux, France*

Adresse e-mail : [pnarchi@hotmail.com](mailto:pnarchi@hotmail.com)