

Bloc des érecteurs du rachis - bloc paravertébral

ID: 165

Effet antalgique du bloc bilatéral des érecteurs du rachis à la Ropivacaïne après sternotomie pour chirurgie cardiaque

R. Aubert*(1), V.Eljezi(2), W.Samson(3), T.Fernandez(4), B.Pereira(5)

(1) réanimation CCV, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France , (2) Anesthésie réanimation CCV, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France , (3) Anesthésie orthopédie, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France , (4) Anesthésie-Réa CCV, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France , (5) DRCI, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

La douleur en post opératoire de chirurgie avec sternotomie est fréquente et sévère.

L'objectif était d'évaluer l'efficacité du bloc érecteur du rachis réalisé en injection unique au niveau de T5, en bilatéral, sur la douleur à la toux en postopératoire de chirurgie cardiaque par sternotomie

Matériel et méthodes:

Nous avons réalisé une étude interventionnelle, monocentrique, en double aveugle, randomisé d'octobre 2021 à octobre 2022 au CHU de Clermont Ferrand. 84 patients au total ont été inclus dans étude, 42 patients dans le groupe interventionnel, qui ont bénéficié de bloc érecteur du rachis en bilatéral et 41 patients dans le groupe simulacre. Nous avons inclus dans l'étude tous les patients de 18 à 78 ans éligible à une chirurgie cardiaque programmé par sternotomie (chirurgie valvulaire, coronarienne ou autre) avec un IMC entre 18,5 et 33 kg/m² et capables des donner leur consentement de participation à l'étude.

Résultats & Discussion:

Les deux groupes avaient des caractéristiques globalement similaires. L'échelle verbale numérique (EVN) à la toux durant les 48 premières heures post extubation n'était pas différente dans le groupe érecteur du rachis en comparaison au groupe n'ayant pas reçu le bloc (AUC = 123,4 +/- 74,1 (SD) et 126,9 +/- 74,9 (SD) respectivement, P=0,72). Les autres EVN mesurées (sternotomie, douleurs dorsales, à la prise de PVC, lors des nursings, liées aux drains) étaient similaires au cours des 48 premières heures. La consommation moyenne de morphine sur les 48 premières heures était de 26,3 mg dans le groupe érecteur du rachis contre 29,8 mg (p=0,35). La proportion de patients très satisfaits concernant la prise en charge antalgique réalisée dans les 48 premières post opératoire, évaluée par le score de Lickert était de 48% chez les patients ayant reçu le bloc contre 25,6% chez les patients du groupe contrôle (p=0,033).

Conclusion:

Le bloc érecteur du rachis réalisé en injection unique après la chirurgie ne réduit pas la douleur à la toux ou la consommation morphinique. La satisfaction était meilleure chez les patients ayant reçu le bloc érecteur du rachis.

Références bibliographiques:

Mauricio Forero et al., « The Erector Spinae Plane Block: A Novel Analgesic Technique in Thoracic Neuropathic Pain », *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 41, no 5 (2016): 621-27, <https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000451>; Philippe Macaire et al., « Ultrasound-Guided Continuous Thoracic Erector Spinae Plane Block Within an Enhanced Recovery Program Is Associated with Decreased Opioid Consumption and Improved Patient Postoperative Rehabilitation After Open Cardiac Surgery-A Patient-Matched, Controlled Before-and-After Study », *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 33, no 6 (juin 2019): 1659-67, <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.11.021>

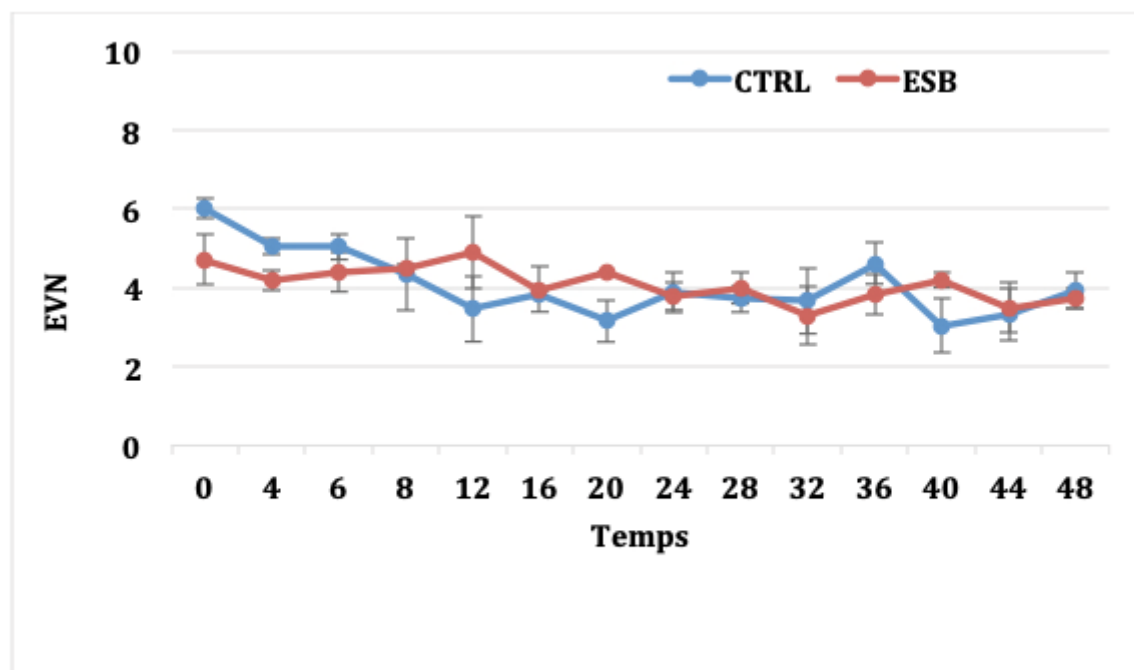


Figure 1 : Evolution d'EVN à la toux pendant 48 h postopératoires

	Groupe ESB	Groupe contrôle	P-Value
Consommation moyenne de morphine sur les 48 premières heures post opératoires - milligrammes	26,3	29,8	0,35
Nombres de patients ayant souffert d'effets secondaires liés à la morphine (%)	5/42 (11,9)	10/41 (24,4)	0,11
Nombre de prise de <u>Kétoprofène</u> 50mg	9	14	0,18
Proportion de patient avec un score de <u>Lickert</u> >3 ("antalgie très satisfaisante") (%)	18/37 (48,6)	10/39 (25,6)	0,033
Temps jusqu'à <u>extubation</u> - médiane en minutes (+/- déviation standard)	210 +/- 92	210 +/- 106	0,94
Temps jusqu'à mobilisation au fauteuil - médiane en heures (+/- déviation standard)	19,5 +/- 114	20,25 +/- 1385	0,75
Temps jusqu'au <u>dédrainage</u> - médiane en jours (+/- déviation standard)	2,83 +/- 0,95	2,88 +/- 2,37	0,85
Temps jusqu'au sevrage de l'oxygénothérapie - médiane en jours (+/- déviation standard)	2,90 +/- 1,56	2,67 +/- 1,94	0,19
Durée de séjour en réanimation - médiane en jours (+/- déviation standard)	1,83 +/- 0,99	1,92 +/- 1,57	0,32
Durée de séjour hospitalier - médiane en jours (+/- déviation standard)	6,97 +/- 3,89	7,96 +/- 57,73	0,22
Nombres de patients ayant repris un transit gazeux à H48 (%)	22/42 (52,4)	25/41 (61,0)	0,34
Nombres de patients ayant repris un transit solide à H48 (%)	5/42 (11,9)	2/41 (4,9)	0,25
Temps jusqu'à reprise des médicaments per os - médiane en heures (+/- déviation standard)	12 +/- 3,95	16 +/- 3,31	0,28
Temps jusqu'à reprise d'une alimentation solide - médiane en heures (+/- déviation standard)	20 +/- 5,80	20 +/- 4,56	0,76

Tableau : Evolution postopératoire et réhabilitation

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.