

Anesthésie pédiatrique: Douleurs

ID: 224

Intérêt de l'échographie pour l'apprentissage du bloc pénien en secteur universitaire

M. Bour*(1), H.Ludot(2), C.Martin(1), D.Michelet(1), C.Dopff(1), C.Amory(1),
F.Henry(1), C.Cosson(1)

(1) anesthésie pédiatrique, CHU de Reims, Reims, France , (2) aneshésie pediatrique, CHU reims, France, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

Le bloc sous pubien des nerfs dorsaux de la verge et de la branche périnéale pénienne est la technique d'anesthésie locorégionale de référence pour la circoncision. Des travaux montrent que l'échographie n'en améliore pas l'efficacité entre des mains expertes.

La formation des novices DESARMPO, nécessite plus de 20 blocs péniers pour atteindre une efficacité per-opérateur peu satisfaisante proche de 50%. L'objectif était de rechercher si l'échographie améliorerait les scores de nos étudiants.

Matériel et méthodes:

Cette étude observationnelle, rétrospective analyse les dossiers informatisés des patients ayant bénéficié d'une circoncision en ambulatoire. Le protocole d'anesthésie standardisé associe une narcose par Sévoflurane inhalé, l'administration de Dexaméthasone à visée anti-NVPO et un bloc pénien réalisé par des internes d'anesthésie-réanimation n'ayant jamais effectués ce bloc auparavant. L'anesthésie pénienne est réalisée avec une aiguille à biseau court permettant de sentir le franchissement des fascias en perte de résistance aveugle ou en perte de résistance écho-guidée. On injecte 0,1 à 0,2 ml/kg de Lévocabupivacaine 2,5 mg/ml de chaque côté et 1 ml en pénoscrotal. Une augmentation per-opérateur de plus 10% de la fréquence cardiaque est considérée comme un défaut d'analgésie, soit un échec de bloc pénien et motive l'injection d'Alfentanil. Les patients reçoivent systématiquement en fin d'intervention du paracétamol et la douleur en SSPI est contrôlée par Nalbuphine si besoin.

Résultats & Discussion:

Nous avons inclus dans notre étude, au cours de 4 mois consécutifs, 103 patients dont 59 dans le groupe bloc pénien perte de résistance aveugle et 44 dans le groupe bloc pénien perte de résistance écho-guidée. Les blocs ont été réalisés par 8 internes différents répartis sur 2 périodes de stage. Nous avons considéré les patients ayant reçu en per-opérateur de l'Alfentanil comme un échec du bloc pénien. Ainsi, nous avons constaté un nombre d'échec statistiquement moins fréquent dans le groupe bloc pénien écho-guidé ($p=0.012$).

On remarque également une dose moyenne de Lévocabupivacaine moins importante dans le groupe bloc écho-guidé ($p=0.026$). Quant à la nécessité de nalbuphine en SSPI, la survenue de NVPO, le délai de réalimentation ou l'aptitude à la rue, il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes.

Cependant la douleur post-opérateur reste difficile à évaluer chez l'enfant. La durée moyenne de séjour en ambulatoire était de 8 heures sans aucune hospitalisation.

Conclusion:

L'échographie améliore formellement l'efficacité du bloc pénien réalisé par les étudiants. Cependant, le temps de réalisation lié à cet apprentissage supplémentaire est augmenté. Et la supériorité du bloc pénien écho-guidé sur la douleur post-opérateur reste encore à démontrer.

Références bibliographiques:

Paediatr Anaesth; 2010;20(10):931-6 Paediatr Anaesth;2011;21(12):1214-8 Paediatr Anaesth;2018;28(8):703-709

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.