

Bloc des érecteurs du rachis - bloc paravertébral

ID: 276

Non-efficacité du bloc des muscles érecteurs du rachis dans la chirurgie de hernie et de recalibrage : essai contrôlé randomisé.

A. Bonnal*(1), R.Aubertin(2), N.Bouic(3), T.Pillant(3), G.Lonjon(4)

(1) Anesthésie saint jean, Clinique Saint Jean sud de France, Saint jean de védas, France , (2) Anesthésie Saint Jean, Clinique Saint Jean Sud de France, Saint jean de vedas, France , (3) Anesthésie Saint Jean, Clinique Saint-Jean Sud de France, Saint jean de vedas, France , (4) Orthosud, Clinique Saint-Jean Sud de France, Saint jean de vedas, France

**Auteur présenté comme orateur*

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

La gestion de la douleur post-opératoire après la chirurgie du rachis est une priorité. Les blocs des muscles érecteurs du rachis (MER) semblent être efficaces. Cependant peu d'études portent sur la chirurgie de hernie discale ou de recalibrage lombaire associée à un protocole d'analgésie multimodale et une réhabilitation améliorée après chirurgie. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité du bloc des MER en analysant la consommation de morphine dans les 72h suivant la chirurgie

Matériel et méthodes:

Après acceptation du CPP, nous avons mené un essai contrôlé, randomisé contre placebo en double aveugle (patient et soignant). Les patients opérés pour une chirurgie de hernie ou de libération du canal sur 1 ou 2 niveaux ont été inclus. Les patients ayant déjà eu une chirurgie du rachis lombaire par voie postérieure, les patients ayant des contre-indications à un des traitements du protocole d'analgésie (paracétamol, ketoprofène, morphine) et ceux traités par morphine en pré-opératoire étaient exclus. Le bloc des MER était réalisé avant incision par injection écho-guidée bilatérale de 2x20 ml de solution (Levobupivacaine 2,5 mg/mL ou sérum physiologique). Tous les patients bénéficiaient d'une prise en charge standardisée d'analgésie multimodale péri-opératoire avec PCA orale de morphine post-opératoire (Oxynormoro) et d'un protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie. Le critère de jugement principal était la consommation de morphine pendant les 72 heures post-opératoires.

Résultats & Discussion:

60 patients par groupe ont été inclus. Les groupes étaient identiques sur l'ensemble des critères pré opératoires, sauf pour le sexe, les femmes étaient plus représentées dans le groupe MER (58% groupe MER vs 41% groupe placebo, $p=0,044$) (Tableau 1). La consommation de Sufentanil per opératoire, le nombre de patients titrés et la quantité de morphine administrée en SSPI n'étaient pas différents entre les deux groupes. En post opératoire la douleur était bien soulagée quelque soit le groupe, il n'y avait pas de différence entre les scores EN sur les 72 heures post-opératoires. Il n'y avait pas de différence significative de consommation de morphine per os dans les 72 heures post-opératoires entre le groupe MER et le groupe placebo ($12,9 \pm 25,2$ mg groupe MER vs $5,2 \pm 14$ mg groupe placebo, $p=0,07$).

Conclusion:

L'analgésie multimodale et la réhabilitation améliorée après la chirurgie semblent être les clés d'une prise en charge efficace de la douleur en chirurgie de hernie discale ou de recalibrage du rachis lombaire. Dans notre étude, l'association d'un bloc des MER à cette prise en charge ne diminue pas la consommation de morphine et n'améliore pas l'analgésie post-opératoire pendant les 72 heures suivant la chirurgie, L'intérêt du bloc MER en post-opératoire de chirurgie rachidienne reste à préciser pour certains patients à risque de douleur post-opératoire ou pour des chirurgies plus douloureuses, ainsi nous menons actuellement dans notre centre une étude sur le bloc des MER dans la chirurgie d'arthrodèse lombaire postérieure.

Caractéristiques des patients, consommation de morphine et scores de douleur

	Bloc MER	Placebo	Valeur p
	n=60	n=60	
Sexe (H)	25 (42)	37 (61)	0,04
Age	61 (±14)	61 (±13)	0,80
BMI	28,3 (±5,9)	26,6 (±4,7)	0,12
ASA (1/2/3) n	16/27/16	20/21/17	0,54
Score EN pré op (0-10)	5,4 (±2,1)	4,9 (± 2,4)	0,33
Type de chirurgie n(%)			0,28
Hernie	21 (35)	29 (48)	
Laminectomie	3 (5)	1 (7)	
Recalibrage bilatéral	23 (38)	23 (38)	
Recalibrage unilatéral	13 (22)	7 (12)	
Durée chirurgie (min)	52 (±18)	55 (±19)	0,56
Durée de séjour (j)	1,1 (±0,4)	1 (±0,2)	0,44
Sufentanil per op (µg)	16,4 (±5,8)	17,9 (±8)	0,33
Patients titrés en SSPI n (%)	7(12)	11(18)	0,44
Morphine SSPI (mg)	1	1,5	0,33
Morphine per os J0 (mg)	1,7 (±4,6)	0,7 (±2,34)	0,22
Morphine per os J1 (mg)	4,3 (±1,6)	4,7 (±0,9)	0,07
Morphine per os J2 (mg)	4,4 (±9,9)	1,8 (±6,0)	0,05
Morphine per os J3 (mg)	4,9 (±11)	2,1 (±6,3)	0,13
EN J0 (0-10)	2,6 (±2,6)	2,5 (±2,42)	0,99
EN J1 (0-10)	2,6 (±2,1)	2,3 (±1,8)	0,45
EN J2 (0-10)	2,6 (±2,3)	2,4 (±1,8)	0,9
EN J3 (0-10)	2,4 (±2,2)	2,35 (±2,1)	0,9

Résultats en moyenne (écart type)

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.