

Les indications de l'anesthésie locorégionale vues au Service de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU d'Antananarivo.

Auteurs : TY RASOLONJATOVO¹, FVA RAKOTOARIMANANA²,
AE RAKOTOARIVONY³, H RAOTOSON⁴, JAB RAZAFINDRABE⁵.

¹ Chef de Clinique, Anesthésie-Réanimation, Centre de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Madagascar.

² Chirurgien, Chirurgie Générale, Centre de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Madagascar.

³ Odontologie Chirurgicale, Département de Chirurgie, IOSTM, CHU de Mahajanga.

⁴ Interne, Chirurgie maxillo-faciale, Centre de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Madagascar.

⁵ Professeur Agrégé, Chirurgien Maxillo-facial, Centre de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Madagascar.

Auteur correspondant

Tsiorintsoa Yvonne RASOLONJATOVO,
Service d'Anesthésiologie, Centre de Stomatologie de Befelatanana,
CHU Antananarivo.
E mail : rtsioryfara3@yahoo.fr

Glossaire

ALAT : Alanine aminotransférase
ALR : Anesthésie locorégionale
ASA : *American Society of Anaesthesiology*
ASAT : Aspartate aminotransférase
CPA : Consultation pré-anesthésique
DMCT : Distance thyro-crico-mentonnier
IMC : Indice de masse corporelle
VEMS : Volume expiratoire maximal par seconde

Résumé

Introduction : L'anesthésie locorégionale de la face connaît actuellement un intérêt croissant. Elle permet, en l'absence de contre-indications, de contourner les risques de l'anesthésie générale. Son indication est multiple. Nous rapportons dans cet article ses principales indications en chirurgie maxillo-faciale. **Observations :** Trois patients ont bénéficié de cette technique anesthésique au Service de Chirurgie Maxillo-faciale de Befelatanana en 2011. Deux patients de classe ASA 3 ont présenté des pathologies respiratoires graves à type de tumeur pulmonaire évolutive (patient 1) et de syndrome obstructif et restrictif sévère, VEMS à 30% (patient 3). Ils sont opérés respectivement de biopsie-exérèse d'une tumeur gingivale et de reconstruction faciale, à trois reprises, due à une blessure par balle. Un patient classé ASA 1, a été réopéré en semi-urgence (patient 2) pour fermeture cutanée de fistule salivaire drainée 4 jours auparavant. Les patients 1 et 2 étaient opérés en ambulatoire. **Commentaires :** Nos cas ont relaté deux groupes d'indications de cette technique anesthésique. Ce sont les indications liées au terrain (pathologies respiratoires graves : patients 1 et 3) et celles liées au type de chirurgie (semi-urgence et ambulatoire). La littérature rapporte que les principales indications de cette technique sont représentées par le terrain. Elle est indiquée d'emblée quand le pronostic vital péri-opératoire immédiat ou à distance est compromis. **Conclusion :** Cette technique anesthésique a de multiples indications en chirurgie maxillo-faciale. Elle évite la morbi-mortalité liée à l'anesthésie-générale quand le terrain ou le type de chirurgie l'expose.

Mots clés : Anesthésie locorégionale faciale – Terrain – Chirurgie.

Abstract

Introduction : *The locoregional anesthesia of the face knows actually a growing interest. In absence of contra-indications, it could avoid the risks of the general anesthesia. Its indication is multiple. We report in this article their main indications in maxillo-facial surgery.* **Observations :** *Three patients benefitted this anesthetic technique in the "Service de Chirurgie Maxillo-faciale de Befelatanana" on 2011. Two patients classified as ASA 3, presented serious respiratory pathologies of a type of progressive pulmonary tumor (patient 1) and a severe obstructive and restrictive syndrome, VEMS at 30% (patient 3). They are operated respectively of biopsy extraction of gingival tumorous and of facial reconstruction, for three times, due to bullet injury. A patient classified as ASA 1, was operated again in semi-emergency (patient 2) for cutaneous closing of salivary fistula drained 4 days before. The patients 1 and 2 were operated in ambulatory.* **Comments :** *Our cases related two groups of indications of this anesthetic technique. These are the indications bound to the patient state (severe respiratory pathologies : patients 1 and 3) and those according to the type of surgery (semi-emergency and ambulatory). The literature reports that the main indications of this technique are represented by the land. It is immediately indicated when immediate or remote peri-operative vital prognosis is compromised.* **Conclusion :** *Facial locoregional anesthesia has multiple indications in maxillo-facial surgery. It avoids the morbi-mortality linked to general anesthesia when the land or the type of surgery exposes it.*

Key words : *Facial locoregional anesthesia – Patient fields – Surgery.*

Introduction

L'anesthésie locorégionale (ALR) connaît actuellement un intérêt croissant. Elle permet, en l'absence de contre-indications, de contourner les risques de l'anesthésie générale [1]. La face est innervée essentiellement par la cinquième paire des nerfs crâniens ou nerf trigéminal. Ce dernier donne naissance aux nerfs ophtalmique, maxillaire et mandibulaire et possède une fonction mixte motrice et sensitive [2]. La technique consiste à anesthésier le tronc ou l'un de ses branches

[1, 3]. Elle offre plusieurs avantages tels que la réduction de la quantité d'anesthésique local injectée, la réduction de la douleur lors de sa réalisation et l'absence de déformation des structures anatomiques. Cette dernière facilite les gestes chirurgicaux [3]. Son indication est multiple [4, 5, 6]. Nous rapportons cinq cas d'ALR du nerf trigéminal. L'objectif principal est de relater les indications de cette technique en chirurgie maxillo-faciale.

Observations

Trois patients ont bénéficié d'une anesthésie locorégionale du nerf trigéminal en 2011.

➤ Patient n° 1

Le premier cas concerne un homme de 68 ans, retraité, indice de masse corporelle ou IMC à 16,18 (45kg pour 1m67). Il a été adressé en consultation pré-anesthésique (CPA) le 28 décembre 2011 pour une biopsie exérèse de tumeur gingivale droite en regard des dents 12 et 13. Ce patient se plaignait de douleurs chroniques au niveau de la tuméfaction et du tiers supérieur du thorax droit à chaque inspiration. Les douleurs étaient à type de piquûre,

d'intensité modérée, irradiant vers les régions temporale et scapulaire droites, dans un contexte apyrétique. De ce fait, il prenait quotidiennement un antalgique de palier 1 de type paracétamol. La dose était de 1g toutes les 6 heures. Ses antécédents médicaux ont révélés une pneumopathie aiguë sévère d'origine streptococcique un mois auparavant ; un éthylo-tabagisme avéré depuis 20 ans (2 paquets année) ; une perforation gastrique traitée par taylorisation ; une pancréatite chronique ; une extraction dentaire compliquée d'hémorragie ; des crises convulsives secondaires à une neurocysticercose évoluant favorablement

après traitement étiologique. Ses antécédents chirurgicaux ont été neurochirurgical, orthopédique et digestif. En 1982, Il a subi un traumatisme crânio-encéphalique grave compliqué d'hématome extra-dural compressif. Par ailleurs, en 1987, il a subi une ostéosynthèse du péroné droit suite à un accident de circulation. En 1996, il a été opéré de péritonite généralisée secondaire à une perforation appendiculaire. Ces interventions se sont déroulées sous anesthésie générale, sans incidents particuliers. Le patient est allergique à la pénicilline et aux poissons. Il présentait des tares cardiovasculaires. L'examen clinique a montré un état général altéré avec asthénie et anorexie. Les paramètres vitaux étaient normaux (tension artérielle systolique à 120mm Hg et 80mm Hg de diastolique, fréquence cardiaque à 70 battements par minute, fréquence respiratoires à 20 cycles par minute, température à 37°C). Les critères d'intubation étaient normaux (ouverture buccale > 3cm, Mallampati de classe I, distance thyro-crico-mentonnier ou DMCT > 6,5cm). La tumeur était visible en endobuccal, en regard des dents 12 et 13 ; de 10cm de diamètre et s'étendant vers la voile du palais. Elle était de couleur rouge violacée, dure au toucher, douloureuse et hémorragique au moindre contact. L'examen des appareils cardiovasculaire,

respiratoire, digestif et ganglionnaire étaient cliniquement normaux. Les examens hématologiques étaient normaux (tableau I). La biochimie a révélé une élévation de l'ASAT et une hypocalcémie modérée (tableau II). La radiographie pulmonaire à incidence de face et de profil a montré une opacité circonscrite au niveau de l'apex pulmonaire droit faisant suspecter une tumeur parenchymateuse évolutive. Au terme de la CPA, le patient était classé ASA 3 selon la classification ASA. Après concertation multidisciplinaire, une ALR du nerf trigéminal a été proposée et acceptée par le patient. L'acte opératoire a duré deux heures. En postopératoire, le patient a été mis en observation durant 8 heures.

➤ Patient n° 2

Il s'agit d'un homme de 42 ans, chauffeur. Il a été adressé en CPA le 30 décembre 2011 pour cure chirurgicale de fistule salivaire jugale droite. Il s'agit d'un patient sans antécédents médico-chirurgicaux. Les critères d'intubation évoquaient une intubation difficile (ouverture buccale limitée et inférieure à 2cm, le Mallampati était non visible, la DMCT était supérieure à 6,5cm). Les examens préopératoires ont été normaux (tableaux I et II). Le patient a été classé ASA 1 avec des risques d'intubation difficile. Cependant compte

tenu des gestes opératoires à effectuer, une anesthésie générale a été indiquée. L'intervention s'est déroulée le 12 janvier 2012. Aucun incident per- et postopératoire immédiat n'a été observé. L'intervention consistait en une mise à plat, une fistulectomie et fermeture de son orifice cutané et un néo-drainage endobuccal de la salive. Au 4^{ème} jour postopératoire, une mauvaise cicatrisation de l'orifice cutané du trajet fistulaire a été constatée. Ce qui a motivé une ré-intervention immédiate afin d'éviter la surinfection. Une ALR a été effectuée. Aucun incident n'a été détecté. Le patient est rentré chez lui au bout de 6 heures.

➤ Patient n° 3

Il s'agit d'un homme de 52ans, 55kg pour 1m60 (IMC=21,5). Sa première CPA remonte au 24 août 2011 pour reconstruction labiale supérieure suite à une blessure par arme à feu. La face a été délabrée avec des pertes de substance labiale supérieure, commissurale droite et gauche et au niveau de l'aile du

nez droite. Il existe également une fracture maxillaire (figure n°1). Ses antécédents médicaux ont révélé un terrain atopique et asthmatique, ancien tuberculeux (tuberculose pulmonaire en 1992) et hypertendu sans suivi médical. La radiographie pulmonaire à incidence de face a montré un syndrome interstitiel avec petite cavitation du sommet droit, témoin de lésion parenchymateuse ancienne (figure n°2). L'exploration fonctionnelle respiratoire a montré un syndrome obstructif et restrictif sévère (volume expiratoire maximal seconde ou VEMS à 30%). Les examens hématologiques et biochimiques préopératoires ont été normaux (tableaux I et II). Le patient a été classé ASA 3. L'anesthésie générale n'a pas été envisageable. Une préparation respiratoire a été effectuée (séances de kinésithérapie respiratoire associée à 3 à 4 bouffées de salbutamol spray par jour). L'ALR a été réalisée à trois reprises. A chaque intervention, le patient a été mis en observation durant 24 heures. Aucune complication n'a été apparue.

Discussion

Ces cinq cas d'ALR du nerf trigéminal vus au Service de Chirurgie Maxillo-faciale de Befelatanana soulèvent trois principales indications.

D'abord, les indications liées au terrain observées chez les patients 1 et 3. Les problèmes respiratoires potentiellement gravissimes en per- et postopératoire

prédominant. Puis l'indication selon le type de chirurgie. Ce qui est observé chez le patient 2. Dans ce cas, les natures semi-urgente et ambulatoire de la chirurgie justifient l'indication de l'ALR. En chirurgie maxillo-faciale, oto-rhino-laryngologie et chirurgie plastique, les classes ASA 3 et 4 ainsi que les chirurgies en ambulatoires représentent les principales indications de l'ALR [6, 7, 8]. Les pathologies respiratoires, potentiellement graves, telles que les syndromes obstructifs et les broncho-pneumopathies chroniques obstructifs, retrouvées dans notre série, prédominent. En effet, le pronostic vital de ces patients est menacé en per-, postopératoire immédiat ou à distance [8]. Dans le premier cas d'ALR du nerf trigéminal, le patient présente une suspicion de tumeur pulmonaire probablement ostéophyle (douleur inspiratoire, image

radiographique pulmonaire suspecte, tumeur gingivale d'évolution rapide et hémorragique). En outre, le patient 3 présente un syndrome obstructif et restrictif sévère. Son VEMS inférieur à 30% expose à un risque de décès péri-opératoire dans plus de 60% des cas [9]. Par conséquent, l'ALR est la seule alternative. Par ailleurs, l'ALR de la face permet d'éviter les risques de vomissement lié à l'anesthésie générale quand l'intervention est urgente ou semi-urgente [10] ; c'est le cas du patient 2. Enfin, cette technique anesthésique peut être réalisée dans le cadre des chirurgies en ambulatoire car le risque de passage systémique des produits anesthésiques est faible [6]. Deux de nos patients sont opérés en ambulatoire. Aucun n'a présenté de trouble hémodynamique, respiratoire ou neurologique durant leurs périodes de mise en observation.

Conclusion

Nous avons rapporté à travers 5 pratiques d'ALR de la face la place de ce type d'anesthésie en chirurgie maxillo-faciale. Il a été évoqué qu'elle est principalement indiquée chez le patient présentant une

pathologie respiratoire grave. Par ailleurs, cette anesthésie peut se pratiquer en ambulatoire et devant des actes semi-urgents.

Références

1. Pascal J, Navez M, Molliex S. Blocs des nerfs de la face. *Praticien Anesth Réanim* 2000 ; 4 : 94-9.
2. Leston JM. Anatomie fonctionnelle du nerf trijumeau ; *Neurochirurgie* 2009 ; 55(2) : 99-120.
3. Martin C, Navez M, Prades JM. Anesthésie locale et régionale en otorhino-laryngologie. *Encycl Med Chir ORL*. Paris: Editions scientifiques et médicales Elsevier 2001 ; 20-890-A-10 :15.
4. Guérin T, Cannamela A, Maakel A, Fritsch E, Poirson R. Les plaies de la face par blocs tronculaires aux urgences : modalités de mise en place. *Urgence Prat* 2003;60:5-9.
5. Hanke CW. The tumescent facial block: tumescent local anaesthesia and nerve block anaesthesia for full-face laser resurfacing. *Dermatol Surg* 2001; 27 : 1003-5.
6. Deleuze A, Gentili ME, Vial G. Loco-regional anesthesia in otorhinolaryngology: facial blocks. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2004 Nov;23(11):1110-3.
7. Lefort H, Lacroix G, Cordier A, Bey E, Duhamel P. Facial locoregional anesthetics: Principles and precautions. *Ann Chir Plast Esthet* 2009 ; 54 : 577-81.
8. Charier D, Pascal J, Navez M. Regional blocking techniques for facial soft-tissue surgery. *Anesthesiology* 2002; 96 : A923.
9. Dureuil B. Anesthésie du patient souffrant de pathologie respiratoire sévère. *Traité d'Anesthésie Générale*. Bernard Dalens, Arnette 2004;Chap 12.
10. Boulay G, Hamza J. Anesthésie et estomac plein. *Conférences d'actualisation* 2002 : 217-26.