

Premier numéro d'une longue série.
Le but est de résumer des articles en quelques lignes afin de les rendre accessible au plus grand nombre d'entre nous.
Si l'aventure vous tente, envoyez moi un mail à eleopowis@hotmail.com

Serious adverse events attributed to remifentanyl patient-controlled analgesia during labour in The Netherlands:

L'analgésie péridurale est la méthode de choix pour l'analgésie du travail et de l'accouchement.

Le rémifentanyl est un opioïde synthétique d'action rapide et courte demi-vie, il est métabolisé et redistribué rapidement chez le fœtus. Ces propriétés en font une alternative pour l'analgésie obstétricale quand la péridurale n'est pas disponible ou contre-indiquée. Néanmoins, cet usage est considéré comme off-label au Pays bas.

Une PCA de rémifentanyl est associée à des risques d'hypoventilation et de dépression respiratoire. Le rémifentanyl passe également le placenta ce qui pourrait théoriquement provoquer une dépression respiratoire chez le fœtus également.

Le but de cette étude est d'estimer le nombre de complications maternelles et fœtales sévères associées à une PCA de rémifentanyl pour l'analgésie obstétricale.

Les auteurs ont envoyé des questionnaires aux obstétriciens, anesthésistes et sages-femmes de 61 hôpitaux aux Pays-Bas.

Parmi les 36 événements attribuables à la PCA rémifentanyl, 27 cas de complication maternelle et 2 néonatales étaient analysables.

Sur ces 27 cas, 23 concernant une désaturation en oxygène qui a pu être traitée par encouragement à respirer et/ou arrêt de la PCA et/ou supplémentation en oxygène. Dans 5 cas, la désaturation est survenue à cause d'une apnée. Chez ces 5 patientes, un débit continu de rémifentanyl était associé à des bolus à la demande. Chez 2 de ces 5 cas, l'arrêt de la pompe et la supplémentation en oxygène ont été suffisants. Une patiente a dû être ventilée manuellement et a reçu du Naloxone. Cette femme recevait en parallèle de la pompe PCA d'autres médicaments comme le magnésium sulfate, l'oxycytine, le méthylodopa et la nifédipine. Une femme a été intubée à cause d'un échec de ventilation au masque. Dans un cas, la patiente a présenté une apnée avec désaturation et un arrêt cardiaque. Une réanimation cardio-pulmonaire a été réalisée pendant 3 minutes.

Rétrospectivement il semblerait que 10ml manquait dans la seringue. L'événement serait dû à une mauvaise manipulation de la seringue ou une défaillance de la pompe.

Toutes les femmes ayant présenté des effets secondaires dus à l'utilisation de la PCA rémifentanyl ont récupéré complètement sans déficit.

Chez les nouveau-nés une rigidité thoracique a été attribuée à l'usage de la pompe PCA rémifentanyl et a nécessité une intubation. Le deuxième cas est une dépression respiratoire nécessitant 5 ventilations non invasives. La naissance avait eu lieu dans les 3 minutes suivant le dernier bolus.

Aucun de ces événements néonataux n'est survenu chez une mère ayant elle-même eu des effets secondaires suite à l'usage de la pompe PCA rémifentanil.

Les effets secondaires de la pompe PCA rémifentanil sont sévères et nécessitent une prise en charge immédiate. Le monitoring de la patiente est donc primordial. Afin de détecter les apnées de manière précoce, la capnographie est plus sensible que la mesure de la saturation en oxygène transcutané. Si le monitoring de la patiente ne peut être réalisé ou si les équipes ne sont pas habituées à ce type d'analgésie, la PCA rémifentanil ne devrait pas être utilisée.

La pompe PCA rémifentanil ne devrait jamais être programmée avec un débit continu + bolus. L'administration de sulfate de Magnésium est également une contre-indication à l'usage de la pompe PCA rémifentanil car elle augmente le risque de dépression respiratoire et de bradycardie même si le dosage de la pompe est adéquat.

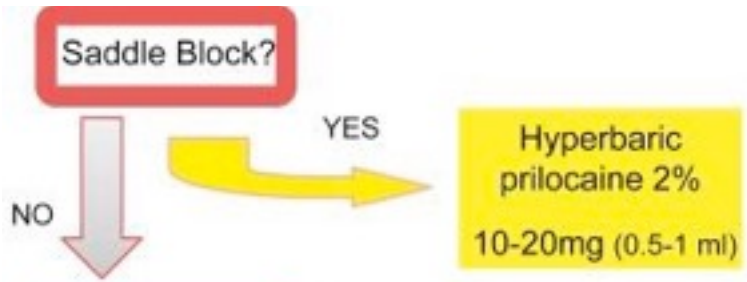
Les auteurs concluent que le nombre d'événements sévères décrits dans le cadre de l'utilisation d'une pompe PCA rémifentanil pour l'analgésie obstétricale reste faible.

Néanmoins, le monitoring strict de la patiente ainsi que la présence de personnel formé et habitué à cette méthode restent les points clés pour assurer un usage sûr de la pompe PCA rémifentanil pour l'analgésie obstétricale. (Rédigé par Dr. E. Powis)

Spinal anaesthesia for ambulatory surgery W. Rattenberry, A. Hertling and R. Erskine

La chirurgie ambulatoire connaît une croissance importante depuis ces dernières années. Vu le risque de bloc résiduel et de rétention urinaire lié à la rachianesthésie, l'anesthésie générale associant des drogues de courtes durées peut lui être préférée.

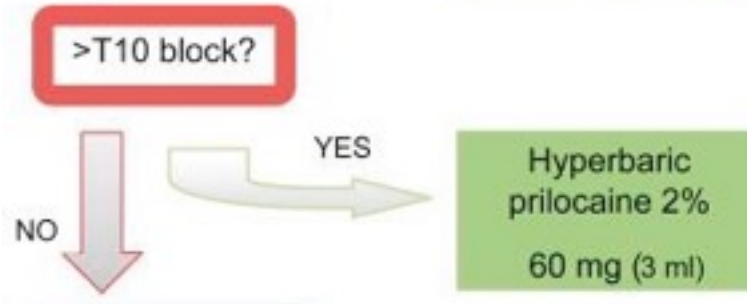
Dans une revue publiée dans le BJA Education, Rattenberry & associés présentent les différents anesthésiques locaux, notamment ceux de courtes durées d'action, et remettent en avant l'intérêt de la rachianesthésie pour les interventions en chirurgie ambulatoire. L'arrivée (ou le retour sur le marché) de la chloroprocaine (Ampres) et de la prilocaïne (Tachipri) a permis la réalisation d'anesthésie rachidienne de courte durée, sans adjuvant, avec une disparition du bloc moteur plus rapide, compatible avec un retour précoce au domicile. La formulation hyperbare de la prilocaïne permet d'obtenir, selon le volume injecté, une anesthésie en selle ou des membres inférieurs suffisants pour diverses chirurgies de courtes durées. De plus, cette technique anesthésique permet une diminution des nausées et vomissements postopératoires ainsi qu'une reprise plus précoce de l'alimentation et de l'antalgie per os. Elle offre également une alternative intéressante pour certains patients souffrant de comorbidités (Obésité, SAOS, ...). Si la rachianesthésie n'est pas non plus exempte de complications (post-dural puncture headache, rétention urinaire ...), elle est une option intéressante et l'utilisation de la prilocaïne ou de la chloroprocaine devrait être préférée chez le patient ambulatoire. (Rédigé par Dr. F. Mestdagh)



GENERAL Haemorrhoids, perianal fistula, abscess, examination under anaesthesia of rectum

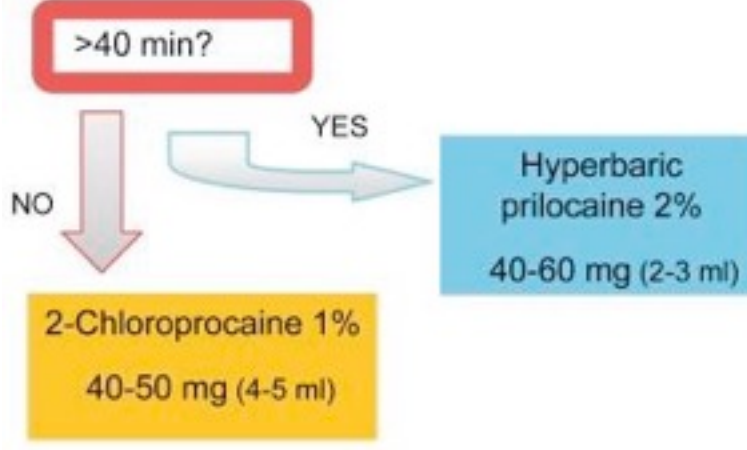
GYNAECOLOGY Vulval surgery

UROLOGY Circumcision, meatoplasty



GENERAL Epigastric/umbilical hernia

UROLOGY Ureteroscopy +/- stent and laser



ORTHOPAEDICS Anterior cruciate ligament, medial patellofemoral ligament repair

GENERAL Inguinal/femoral hernia, bilateral herniae, bilateral varicose veins

GYNAECOLOGY Vaginal repair, colposuspension, colpocleisis +/- vaginal hysterectomy

UROLOGY Transurethral resection of prostate

GENERAL Varicose veins, inguinal hernia, lumps and bumps

ORTHOPAEDICS Knee arthroscopy (including bilateral), anterior cruciate ligament, medial patellofemoral ligament repair, foot and ankle surgery

GYNAECOLOGY Hysteroscopy, transvaginal tape, minor repair

UROLOGY Cystoscopy, bladder neck incision

Alternatives to Opioids in the Pharmacologic Management of Chronic Pain Syndromes: A Narrative Review of Randomized, Controlled, and Blinded Clinical Trials

Andrea L. Nicol & Robert W. Hurley, *Anesth Analg.* 2017 November ; 125(5): 1682-1703.

Cet article nous propose une revue de la littérature sur l'usage probant de traitement pharmacologique non opioïde pour les douleurs chroniques. Au total, 9566 études ont été analysées et 271 études ont été retenues.

Les traitements retenus sont ceux qui répondent aux guidelines de l'IMMPACT qui définissent une amélioration "significative" de la douleur avec un changement de 30 % ou plus dans l'évaluation numérique de la douleur.

On peut voir dans le tableau ci-contre que des inhibiteurs de capture des amines et de stabilisateur de membrane ont un effet dans la plupart des douleurs chroniques.

Le Tramadol et le Tapentadol montrent également une efficacité sur les douleurs chroniques présentées dans l'étude sauf le syndrome myofascial.

Les relaxants musculaires ont une efficacité faible et surtout de courte durée.

Les traitements locaux par patches, les injections d'anesthésique local ou de toxine botulinique ont révélé une efficacité dans le syndrome myofascial, la douleur post-herpétique et la douleur neuropathique diabétique.

L'utilisation de Nabilone est effective pour la fibromyalgie et la douleur neuropathique diabétique.

On notera que pour le syndrome régional douloureux complexe les traitements les plus connus qui ont révélé une efficacité sont la gabapentine et la Kétamine intraveineuse ainsi que l'usage du biphosphonate. (Rédigé par Dr El Founas)

Traitement non opioïde effectif (>30% de diminution sur l'échelle numérique de la douleur)									
Douleurs Chroniques	AINS	Inhibiteur recapture	Stabilisateur de membrane	Relaxant musculaire	Opioïde-like	Anesthésique local	Toxine Botulinique	Antagoniste NMDA	Antagoniste
Lombalgies chronique	Naproxène Diclofénac Piroxicam Indométacine Cox-2	Doxépin Désipramine Nortriptyline Duloxétine Maprotiline.	Topiramate	Carisoprodol Cyclobenzaprine Diazepam	Tramadol Tramadol / Acétaminophène Tapentadol				
Syndrome myofascial	Diclofenac injecté sur le trigger point Diclofenac en topique			Methocarbamol		Patch lidocaïne Bupivacaïne sur le trigger point	Trigger point		
Fibromyalgie		Fluoxétine Paroxétine Amitriptyline Milnacarpine Duloxétine	Pregabaline Gabapentine levetiracetam	Cyclobenzaprine	Tramadol /Acétaminophène			Mementine	Naltrexone low-dose
Douleur neuropathique post-herpétique		Nortriptyline Desipramine Amitriptyline Fluoxétine	Pregabaline Gabapentine levetiracetam		Tramadol	Capsaïcine local Patch lidocaïne	Trigger point		
Douleur neuropathique diabétique		Duloxétine Venlafaxine Desipramine Imipramine Amitriptyline Paroxétine	Pregabaline Gabapentine Topiramate Lamotrigine Oxcarbazépine Zonisamide		Tapentadol Retard Tramadol	Capsaïcine local Patch Mexilétine	Trigger point	Dextrométhorphan	
Radiculopathie	Indométhacine	Duloxétine Amitriptyline Nortriptyline							
Syndrome régional douloureux complexe			Gabapentine	Autres: Ketamine IV, Biphosphonates, Immunoglobuline immunitaire intra-veineux, Diméthylsulfoxyde					

Le coin de L'IADE

Rappel concernant le Buscopan®

La N-butylhyoscine est un anticholinergique antimuscarinique exerçant un effet spasmolytique sur la musculature lisse du tractus gastro-intestinal, des voies biliaires et des voies uro-génitales.

Son indication principale est le traitement symptomatique des spasmes du système digestif et uro-génital, mais son utilisation lors des endoscopies permet de faciliter le geste chirurgical. Il est également employé lors de la réalisation des colonoscopies virtuelles.

En routine chez l'adulte, sa posologie est de 20 mg IV à administrer lors de l'installation du patient dans la salle d'examen. La posologie pédiatrique est de 1,5 mg/Kg/24H.

De par son action anticholinergique, il ne peut être administré chez les patients souffrant d'hypertrophie ou d'adénome de la prostate, de glaucome, de sténose pyloro-bulbaire, d'atonie intestinale, de tachycardie, d'obstruction gastro-intestinale, d'iléus paralytique ou obstructif, de mégacôlon, et de myasthénie grave.

De manière théorique, en raison de son influence sur la motilité gastro-intestinale, le Buscopan® pourrait interférer avec l'absorption de certains médicaments. En pratique, aucune interaction significative n'a été mise en évidence.

En cas de surdosage, ou d'utilisation inappropriée, en plus du traitement symptomatique, les effets parasymphaticolytiques du Buscopan® peuvent être antagonisés par la Néostigmine®. (Rédigé par K. Ferrandi)