

Interfascial block at the serratus muscle plane versus conventional analgesia in breast surgery: a randomized controlled trial.

Guido Mazzinari, Lucas Rovira, Alma Casasempere, Juan Ortega, Luis Cort, José-Miguel Esparza-Minana, Moncef Belaouchi.

Le traitement du cancer du sein repose sur la chirurgie dans de nombreux cas. Le développement d'un syndrome chronique douloureux est présent chez 20 à 60% des femmes. Malgré le manque d'évidence, l'anesthésie locorégionale pourrait jouer un rôle clé dans une tactique d'épargne morphinique peropératoire.

Le gold standard pour cette chirurgie reste le bloc paravertébral thoracique. Cependant malgré l'échographie, certaines complications graves surviennent encore (bloc spinal total ou pneumothorax).

Le bloc du plan serratus infiltre de l'anesthésique local dans un plan entre le muscle serratus antérieur sur la ligne axillaire moyenne et le muscle intercostal externe au niveau de la 4<sup>e</sup> côte, provoquant un bloc des fibres sensibles de la zone axillomammaire. Ce bloc est simple et a peu de complications.

Le but de cette étude en double aveugle est de démontrer qu'une anesthésie locorégionale par un bloc du plan du muscle serratus diminue la consommation de morphinique post opératoire par rapport à une analgésie conventionnelle.

Lors de l'étude, toutes les participantes ( 60 au total 30 par groupe ) ont bénéficié d'une anesthésie générale comprenant du midazolam 0,01 à 0,03 mg/kg, fentanyl 1mcg/kg et du propofol 2mg/kg. Un masque laryngé est alors inséré après administration de rocuronium 0,6mg/kg. Ensuite, les patientes ont été randomisées dans deux groupes. Celle qui bénéficie d'un bloc du plan serratus ( 30 ml de 0,25% levobupivacaïne ) et ceux qui n'en bénéficient pas.

Durant l'opération, un bolus de fentanyl 1mcg/kg est administré si la tension artérielle et/ou la fréquence cardiaque augmente de minimum 20% par rapport à la première mesure en salle d'opération.

30 minutes avant la fin de la chirurgie, 1g de paracétamol est administré. Quand l'opération se termine du granisetron 40 µg/kg IV et 4 mg de dexaméthasone sont administrés.

Dès la sortie de salle, les patientes ont reçu des opioïdes à la demande via une pompe PCA. ( Pas de débit continu, bolus de 1mg, lock-out de 10 minutes et un maximum de 6mg/h). Les patientes avaient comme instructions de pousser sur la pompe dès que le VAS était supérieur à 4. En parallèle elles recevaient du paracétamol 1g/8h et du dexketoprofen 50mg/8h.

Les résultats de l'étude montrent une diminution des VAS de douleurs et de consommation de morphiniques durant la chirurgie et durant les premières 24heures postopératoires. Les VAS de douleurs au repos et aux mouvements sont significativement plus faibles dans le groupe bloc que sans bloc. Il semble que plus la chirurgie est agressive, plus le bénéfice du bloc est grand en terme de douleurs peropératoires et postopératoires. Durant l'étude aucune complication n'a été rapportée en lien avec le bloc du plan du muscle serratus. Il n'y avait pas de différences en terme de nausée et vomissement entre les deux groupes.

En conclusion, le bloc du muscle interfascial serratus réduit les besoins en opioïdes et est associé à de meilleurs VAS de douleurs postopératoires comparées à une technique d'analgésie conventionnelle. Le rôle de ce bloc et des techniques interfascial thoracique reste encore à déterminer.