

Anesthésie

Cette information succincte décrit les différentes options possibles de l'anesthésie dans la chirurgie orthopédique, pour la période opératoire et pour la prise en charge des douleurs post-opératoires. L'anesthésiste, médecin spécialiste en Anesthésie Réanimation, sera bien entendu disponible lors de la consultation d'anesthésie, passage obligatoire avant toute intervention (décret n°94-1054 du 5 décembre 1994 du Code de la Santé) pour répondre à toutes vos questions après que vous aurez pris connaissance de ce document.

La stratégie anesthésique sera choisie avec vous à la fin de l'entretien et dépendra bien sûr de l'acte opératoire (chirurgie de l'épaule, de la hanche, du genou, de la cheville ou du coude), de votre condition physique, de vos antécédents médicaux et de vos traitements éventuels.

La douleur induite par la chirurgie, issue de la zone opératoire, chemine depuis la périphérie par les nerfs sensitifs, fait relai dans la moelle épinière et arrive au cerveau. Le but de ces différentes techniques d'anesthésie est de bloquer le cheminement du message douloureux à différents niveaux. La mise en place d'une voie veineuse associée à une surveillance cardiovasculaire et respiratoire sont obligatoires quel que soit le type d'anesthésie.

Anesthésie générale

La cible est le cerveau, elle consiste à injecter des médicaments par voie intraveineuse et ou par inhalation de gaz anesthésiques. Le sommeil provoqué, très profond, impose souvent une assistance respiratoire mécanique, empêche la mémorisation de l'acte chirurgical, et bloque l'intégration des messages douloureux par le cerveau. Les effets indésirables, les plus fréquents peuvent associer : nausées, vomissements, bouche sèche, frissons et somnolence. Rarement seule, l'anesthésie générale est souvent utilisée à titre de confort, en complément des anesthésies loco régionales dans la chirurgie orthopédique des membres. Il s'agira donc plus d'une sédation profonde que d'une anesthésie générale.

L'anesthésie locorégionale

Elle est plus souvent utilisée que l'anesthésie générale en chirurgie orthopédique. Elle est réalisée en injectant un anesthésique local au contact du nerf ou de groupe de nerfs (plexus nerveux), bloquant temporairement les messages arrivant et partant du territoire chirurgical vers le cerveau, avec pour but une absence de douleurs.

La rachianesthésie : Très utilisée pour la chirurgie des membres inférieurs, allant de la hanche jusqu'au pied. Le patient en position assise, la rachianesthésie est réalisée en salle d'anesthésie, après une ponction entre deux vertèbres lombaires, le médecin anesthésiste injecte un anesthésique local au contact des racines nerveuses rachidiennes. Des effets indésirables (maux de tête, nausées, vomissements) peuvent apparaître. Grâce à l'utilisation d'aiguilles spéciales, non traumatiques, leur survenue est devenue beaucoup plus rare.

Le bloc fémoral : Il est réalisé au niveau de l'aîne, le patient étant allongé sur le dos. Le nerf fémoral innerve une grande partie du devant de la cuisse jusqu'au genou et un peu au-dessous. Repéré à l'aide d'un stimulateur, l'anesthésiste injecte à son contact, un anesthésique local.

Le bloc sciatique : Associé au bloc fémoral, il permet la chirurgie allant du genou au pied. Le nerf sciatique innerve l'arrière de la cuisse et une grande partie de la jambe, ainsi que le pied. La ponction peut être réalisée soit dans l'aîne avec le patient allongé sur le dos, soit dans la fesse avec le patient allongé sur le coté. Repéré à l'aide d'un stimulateur, le médecin anesthésiste injecte à son contact un anesthésique local. Le bloc sciatique associé au bloc fémoral permet la chirurgie dans un territoire allant du genou au pied.

Le bloc interscalénique : Il est réalisé avec le patient allongé sur le dos, entre les deux muscles du cou, les scalènes. Le plexus brachial (ensemble des nerfs du membre supérieur) repéré à l'aide d'un stimulateur, l'anesthésiste injecte à son contact, un anesthésique local. Associé à une sédation profonde, il permet la chirurgie de l'épaule et du membre supérieur.

Les complications du bloc interscalénique, du bloc fémoral et du bloc sciatique sont extrêmement rares grâce à l'utilisation d'aiguilles spéciales, non traumatiques. Il peut s'agir de douleur au point d'injection, de lésion nerveuse le plus souvent temporaire, voire d'infection.

Gestion de la douleur post-opératoire

Pour gérer la douleur post opératoire dans la chirurgie orthopédique des membres, en plus des anti-inflammatoires

et d'antalgiques administrés par voie intraveineuse les premiers jours post opératoires, puis par voie orale les jours suivants, deux options sont possibles :

L'utilisation d'anesthésiques locaux après chirurgie de l'épaule et du genou. Ceci se fait par un cathéter laissé en place lors de la réalisation d'un bloc interscalénique (chirurgie de l'épaule) ou fémoral (chirurgie du genou). Une micro pompe, pré-réglée par le médecin anesthésiste, permet l'injection continue au contact des nerfs d'un anesthésique local et assure donc l'analgésie post opératoire. Il est bien entendu imprudent d'essayer de marcher ou de sortir du lit sans demander de l'aide car le risque de chute est fréquent lors d'une analgésie post-opératoire réalisée par bloc fémoral et sciatique.

L'utilisation de morphine par PCA (Analgésie contrôlée par le patient) surtout dans la chirurgie de la hanche. Lors de l'analgésie postopératoire par PCA c'est le patient, lorsqu'il a mal, qui déclenche lui même l'injection intraveineuse de morphine. Afin d'éviter tout danger de surdosage la quantité de morphine, la fréquence et le délai entre les injections sont bien sûr préprogrammés par le médecin anesthésiste. Des effets secondaires liés à l'administration de morphine, à type de nausées, de vomissements, de démangeaison et de somnolence peuvent survenir.