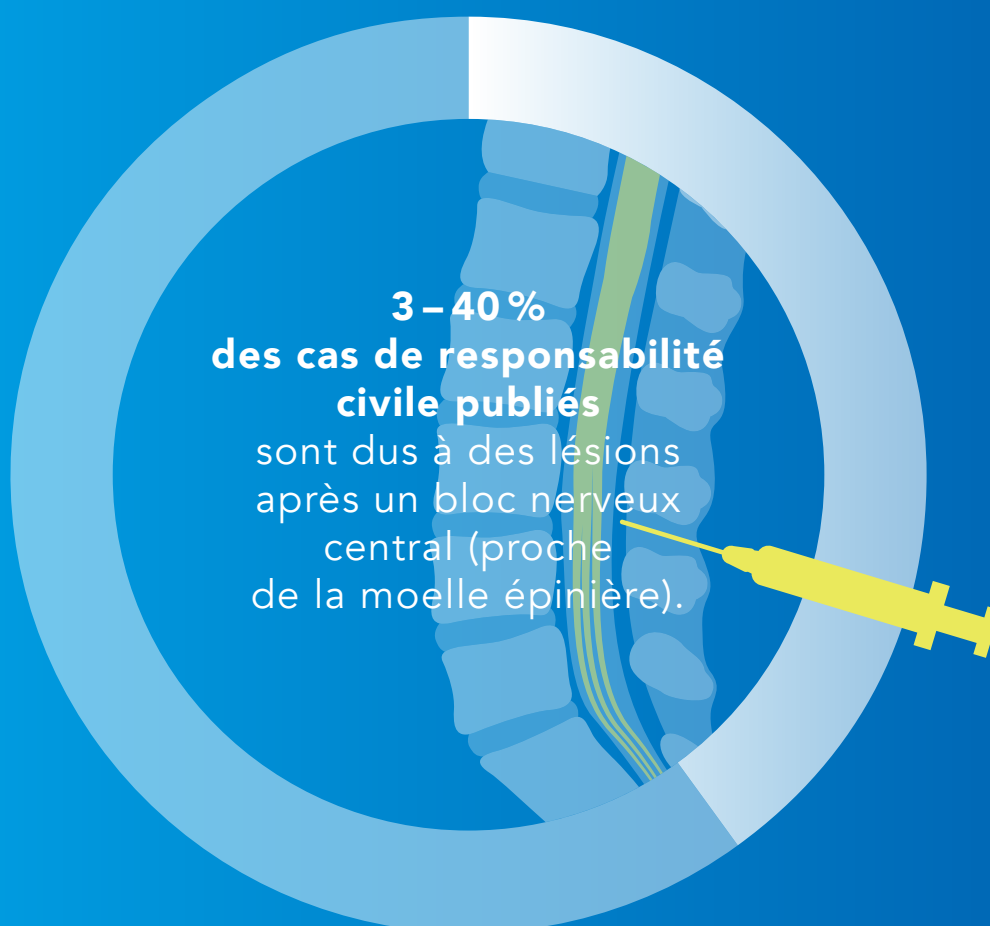


## CONSIGNES DE SÉCURITÉ POUR LES BLOCS NERVEUX CENTRAUX

Les techniques d'anesthésie locorégionale proches de la moelle épinière (blocs nerveux centraux) peuvent être utilisées seules ou en combinaison avec une anesthésie générale, cette dernière possibilité étant de plus en plus utilisée. Le taux de complication de la rachianesthésie est de 1:25000, celui de la péridurale de 1:20000. Les complications graves avec séquelles permanentes sont certes rares, mais ces complications après bloc nerveux centraux occupent une place importante dans les données publiées sur les closed claims,<sup>1-7</sup> d'où l'importance capitale des consignes de sécurité pour ces procédures.



Auteurs : Prof. Dr. C. Hofer, Prof. Dr. C. Czarnetzki, Prof. Dr. B. Rehberg-Klug, Dr. Ph. Schumacher

Support de la fondation



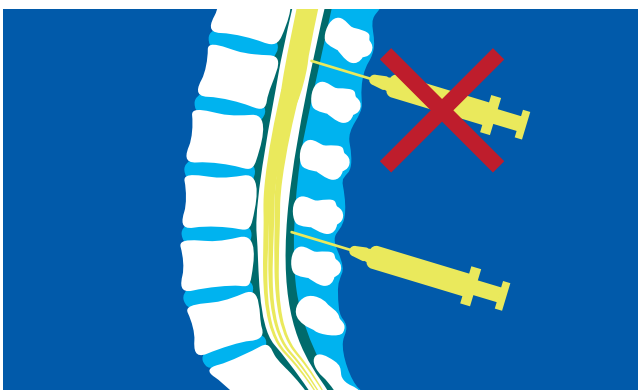
## 1. ÉDUCATION PRÉCOCE

L'anesthésie locorégionale péri-médullaire doit être expliquée au patient lors de la visite pré-anesthésique car il existe un risque de complications neurologiques graves.<sup>8-10</sup> L'échec éventuel d'une anesthésie péri-médullaire ainsi que les procédures alternatives doivent également être expliquées.



## 2. ÉVITER LES HÉMORRAGIES LORS DE LA PRISE DE MÉDICAMENTS ANTI-COAGULANTS OU ANTIAGREGANTS

Les patients qui prennent des médicaments anticoagulants ou antiagrégants, en particulier en combinaison, présentent un risque accru d'hémorragie. Il est donc impératif de respecter les intervalles de temps publiés dans les guidelines avant la ponction et avant de retirer un cathéter péri-dural.<sup>11,12</sup>



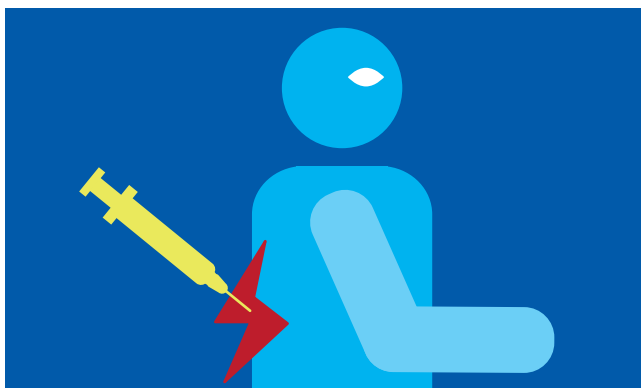
## 3. NE PAS PONCTIONNER AU-DESSUS DE L3/4 POUR UNE RACHIANESTHÉSIE

Les rachianesthésies sont effectuées le plus bas possible. La hauteur L2/3 ne peut être utilisée qu'en dernier recours car le cône médullaire peut atteindre la hauteur L3.<sup>13,14</sup> Même les anesthésistes peuvent se tromper de plusieurs niveaux!



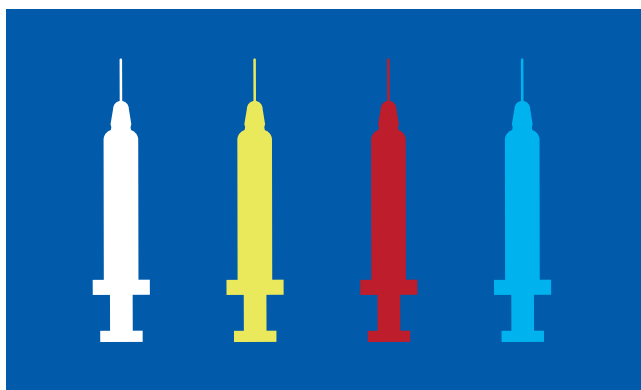
## 4. NE PAS FORCER L'ANESTHÉSIE PÉRIMÉDULLAIRE

L'anesthésie locorégionale à proximité de la moelle épinière ne doit jamais être forcée. Les ponctions difficiles ont un taux de complications accru en cas de maladies préexistantes de la colonne vertébrale<sup>10,15</sup> en particulier en cas de canal rachidien étroit.



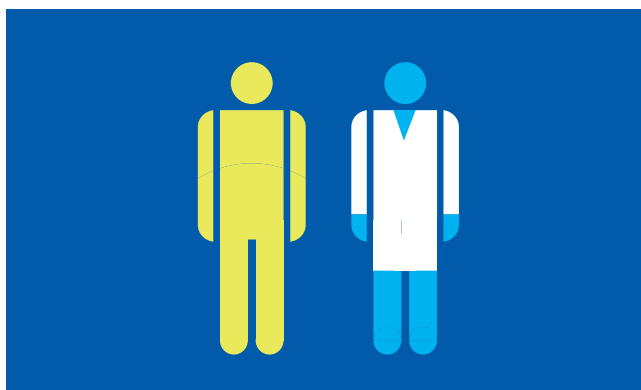
## 5. PAS D'INJECTION EN CAS DE DOULEURS OU DE PARESTHÉSIES LIÉES À L'INJECTION

L'injection doit être interrompue immédiatement en cas de douleur ou de paresthésie afin d'éviter une complication neurologique. C'est pourquoi, dans la mesure du possible, une anesthésie locorégionale proche de la moelle épinière doit être pratiquée sur un patient éveillé.<sup>7,10</sup>



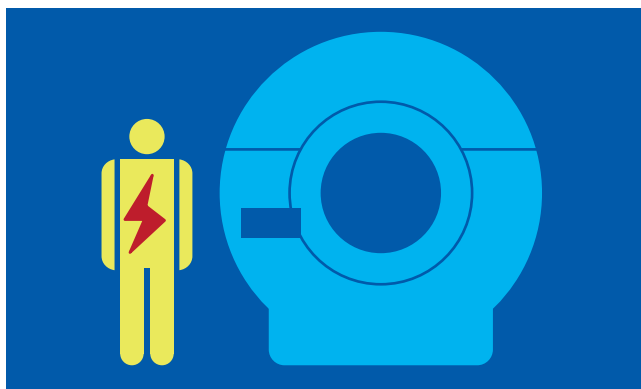
## 6. PAS D'EXPÉRIENCES !

Il faut éviter les expériences et donc s'abstenir d'administrer de nouveaux médicaments, en particulier en combinaison, car les données sur la neurotoxicité et l'efficacité intrathécale des nouveaux médicaments mis sur le marché font souvent défaut.<sup>16</sup>



## 7. SURVEILLER CORRECTEMENT LA RACHIANESTHÉSIE

Une rachianesthésie doit toujours être surveillée par un personnel qualifié («Never turn away from a spinal»). Des asystolies peuvent se produire sans signes préalables, même en cas d'évolution stable et chez les jeunes patients en bonne santé.<sup>17</sup>



## 8. AGIR RAPIDEMENT EN CAS D'ÉTAT NEUROLOGIQUE POST-INTERVENTIONNEL INCERTAIN

En cas de symptômes neurologiques peu clairs, en particulier des douleurs dorsales et des para-parésies inattendues, il faut immédiatement chercher à établir un diagnostic par scanner / IRM. Un hématome épidual doit être traité chirurgicalement le plus rapidement possible. Outre la formation d'un hématome, il faut toujours penser à la formation d'un abcès.<sup>2,3,6</sup>

## Références

1. Dahlgren N, Törnebrandt K. Neurological complications after anaesthesia. A follow-up of 18,000 spinal and epidural anaesthetics performed over three years. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995; 39:872-80
2. Peng PW, Smedstad KG. Litigation in Canada against anesthesiologists practicing regional anesthesia. A review of closed claims. *Can J Anaesth* 2000; 47:105-12
3. Szyplula K, Ashpole KJ, Bogod D, Yentis SM, Mihai R, Scott S, Cook TM. Litigation related to regional anaesthesia: an analysis of claims against the NHS in England 1995-2007. *Anaesthesia* 2010; 65: 443-52
4. Staender S, Schaer H, Clergue F, Gerber H, Pasch T, Skarvan K, Meister B. A Swiss anaesthesiology closed claims analysis: report of events in the years 1987-2008. *Eur J Anaesthesiol* 2010; 28: 85-91
5. Hindman BJ, Palecek JP, Posner KL, Traynelis VC, Lee LA, Sawin PD, Tredway TL, Todd MM, Domino KB. Cervical spinal cord, root, and bony spine injuries: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2011; 114: 782-95
6. Pitkänen MT, Aromaa U, Cozaniis DA, Förster JG. Serious complications associated with spinal and epidural anaesthesia in Finland from 2000 to 2009. *Acta Anaesthesiol Scand* 2013; 57:553-64
7. Kessler P, Schaffartzik W, Neu J. Ausgewählte Haftpflichtfälle bei Regionalanästhesie. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2016; 51:344-51
8. Ben-David B. Complications of regional anesthesia: an overview. *Anesthesiol Clin North America* 2002; 20: 665-667
9. Stegers CM. Risikoauflklärung bei einer Periduralanästhesie. *Anaesthesist* 2011; 60: 257-8
10. Cheney FW, Domino KB, Caplan RA, Posner KL. Nerve injury associated with anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 1999; 90:1062-9
11. Horlocker TT, Wedel DJ, Rowlingson JC et al. Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines. *Reg Anesth Pain Med* 2010; 35: 64-101
12. Gogarten W, Vandermeulen E, Van Aken H et al. Regional anaesthesia and antithrombotic agents: Recommendations of the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2010; 27: 999-1015
13. De Tommaso O, Caporuscio A, Tagariello V. Neurological complications following central neuraxial blocks: are there predictive factors? *Eur J Anaesthesiol* 2002; 19: 705-16
14. Furness G, Reilly MP, Kuchi S. An evaluation of ultrasound imaging for identification of lumbar intervertebral level. *Anaesthesia* 2002; 57: 277-80
15. Hebl JR, Horlocker TT, Schroeder DR. Neuraxial anesthesia and analgesia in patients with preexisting central nervous system disorders. *Anesth Analg* 2006; 103: 223-8
16. Aldrete JA Neurologic deficits and arachnoiditis following neuroaxial anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 3-12
17. Caplan RA, Ward RJ, Posner K, Cheney FW. Unexpected cardiac arrest during spinal anesthesia: a closed claims analysis of predisposing factors. *Anesthesiology* 1988; 68: 5-11

# FSPA

Fondation pour la  
sécurité des patients  
en anesthésie

---

SPSA / FSPA  
info@spsa-fspa.ch  
www.spsa-fspa.ch