

EXTENSION DU BLOC SENSITIF ET EFFICACITÉ DU “PEC BLOCK 2” DANS L’ANALGÉSIE APRÈS CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN

Arnaud BOUZINAC, Jean-Jacques TOURNIER, Mehdi MEROUANI, Alain DELBOS.
Service d’anesthésie, Clinique Médipôle Garonne, Toulouse

INTRODUCTION

La chirurgie du cancer du sein est fréquemment responsable de douleurs intenses en post-opératoire. Blanco R. et al ont récemment décrit le “pec block 2” (1). Cette technique d’anesthésie loco-régionale écho-guidée permet de bloquer les branches latérales des 3ème, 4ème et 5ème nerfs intercostaux ainsi que le nerf intercosto-brachial à leur passage entre les muscles petit pectoral et dentelé antérieur (2).



Fig 1: Trajet et division du nerf intercostal (2).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

16 patientes, opérées sous anesthésie générale d’une tumeur localisée dans les quadrans latéraux du sein, avec exérèse du ganglion sentinelle, ont été incluses dans cette étude prospective.

Le “pec block 2” était réalisé en pré-opératoire. L’extension du bloc sensitif était mesurée par un test au froid étagé sur les différents dermatomes thoraciques (T). La qualité de l’analgésie était évaluée par les scores de douleur en post-opératoire (Echelle Numérique de 0 à 10), et la consommation d’antalgiques.

RÉALISATION DU « PEC BLOCK 2 »

Une sonde d’échographie de 12 MHz était appliquée sous la clavicule, en regard du bord latéral du muscle petit pectoral, à hauteur des 3ème et 4ème côtes. Le muscle dentelé antérieur était alors identifié sous le muscle petit pectoral. Une aiguille de 80mm était alors introduite dans le plan ultrasonore, dans une direction postéro-inférieure, jusqu’à un positionnement entre les muscles petit pectoral et dentelé antérieur (fig 2). 20ml de ropivacaïne à 0.375% étaient alors injectés dans cet espace inter-musculaire (fig 3).

Fig 2: Introduction de l’aiguille dans le plan ultrasonore.

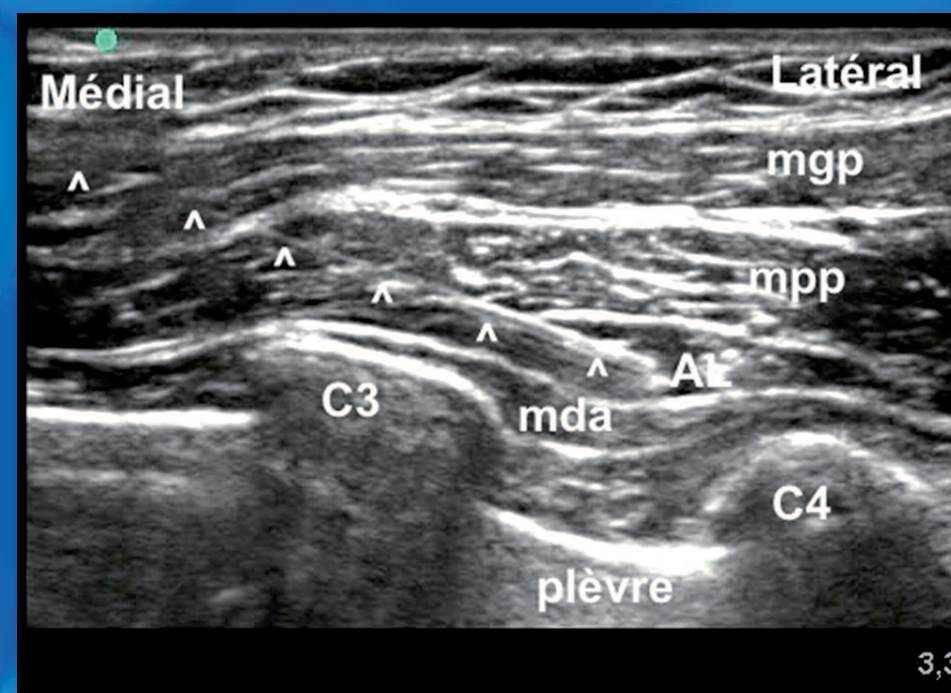


Fig 3: Introduction de l’aiguille (^^) et injection de l’anesthésique local (AL) dans l’espace intermusculaire.

mgp: muscle grand pectoral.
mpp: muscle petit pectoral.
mda: muscle dentelé antérieur.
C3: troisième côte.

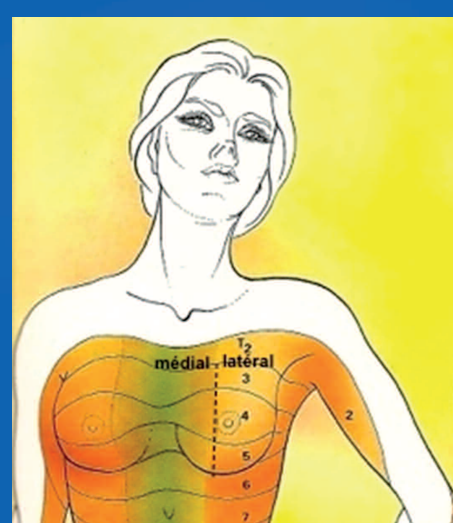


Fig 4: territoire sensitif du nerf intercostal et de ses branches terminales (2).

RÉSULTATS

Dans 100% des cas (n=16), le test au froid retrouvait une hypoesthésie du creux axillaire (T2). La limite inférieure du bloc sensitif était le quadrans supéro-latéral (T3) dans 19% des cas (n=3), la région péri-aréolaire (T4) dans 68.5% des cas (n=11), et le quadrans inféro-latéral (T5) dans 12.5% des cas (n=2). Aucune extension du bloc sensitif aux quadrans médiaux n’était retrouvée (fig4).

La consommation moyenne de morphine en titration en SSPI était de 1.8 mg (+/- 2.7). Dans 87.5 % des cas (n=14), aucune EN supérieure à 2 n’était retrouvée au cours des 24 premières heures post-opératoires, sans autre antalgique que le paracétamol et le kétoprofène. Pour deux patientes, une prise de 50mg de tramadol était nécessaire pour une EN égale à 3, respectivement à la 4ème et 12ème heure post-opératoire.

CONCLUSION

Le pec block 2 est une technique simple et efficace dans l’analgésie post-opératoire après exérèse d’une tumeur latérale du sein associée à un abord de la chaîne ganglionnaire axillaire.

Bibliographie: (1) Blanco R, Fajardo M, Parras Maldonado Ultrasound description of Pecs II (modified Pecs I): a novel approach to breast surgery. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2012;59(9):470-5. (2) Gauthier-Lafaye P. Anesthésie loco-régionale et traitement de la douleur. 2ème éd. Paris. Elsevier-Masson. 2009.