

Thomas GUERIN - Alain CANNAMELA - F.X. AGERON - S. MESSAI - J. EMPTOZ - P. BEAKA

Prise en charge des plaies de la face par blocs tronculaires aux urgences

Etude prospective

L'anesthésie locorégionale de la face permet - par 3 blocs tronculaires de réalisation simple - la prise en charge de la grande majorité des plaies. Elle semble avoir toute sa place au sein des services d'urgence et pouvoir être pratiquée par les médecins urgentistes. La supériorité théorique de cette technique, ainsi que sa simplicité apparente notamment au niveau de la face, a poussé à la réalisation de cette étude. Nous avons évalué sa difficulté réelle et son efficacité lorsqu'elle est pratiquée au sein d'un service d'urgence par des médecins non anesthésistes, sans habitude de l'Analgésie loco-régionale de la face.



Thomas GUERIN

Mots clés

A.L.R. Plaie de la face. Bloc tronculaire.
Local/regional anaesthesia. Facial injuries.
Truncular block.

Résumés

Les nombreux avantages de l'ALR sur l'AL, sa simplicité et son efficacité font d'elle la technique de choix. Son utilisation a remporté la faveur de l'ensemble des opérateurs de l'étude présentée ici, entraînant un changement dans leurs habitudes. Les indications de l'ALR de la face aux urgences sont larges et peuvent s'étendre à toute plaie de topographie adaptée à l'ALR, nécessitant et autorisant une anesthésie par infiltration, sans critères d'âge ni de nombre de points estimé. La pratique de techniques d'anesthésie locorégionale de la face par des médecins non anesthésistes réanimateurs, dans le contexte spécifique de la médecine d'urgence apparaît donc tout à fait licite et insuffisamment utilisée actuellement.

Les techniques d'analgésie loco-régionale (ALR), bloquant de manière efficace les influx nociceptifs, ont une place privilégiée dans l'arsenal thérapeutique antalgique. Un certain nombre de ces techniques semble particulièrement bien adapté aux services d'accueil des urgences (SAU), et ne plus être limité aux seuls médecins anesthésistes, sous réserve d'acquiescer les connaissances théoriques et pratiques nécessaires. La participation du médecin urgentiste dans ces techniques d'ALR s'est déjà beaucoup développée, se limitant dans un premier temps aux blocs fémoraux et à des blocs tronculaires au-dessous du coude ou du genou, permettant de faciliter certains gestes de petite chirurgie ambulatoire ou de préparer au mieux, par une bonne analgésie, un patient hospitalisé pour chirurgie retardée. Mais certaines autres régions jusque là moins pratiquées peuvent également bénéficier d'une ALR au SAU comme les blocs péniens, ou encore les blocs de la face^[1,2]. La fréquence des plaies de la face dans les SAU, nous a poussé à évaluer ces nouvelles techniques, leurs difficultés de réalisation, leurs avantages, leur efficacité, et à tenter d'en définir les indications.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude prospective réalisée du 01/11/2002 au 30/04/2003 au service d'accueil des urgences, correspondant à un semestre d'interne, permettant aux opérateurs (*médecins seniors et internes*) de débiter leurs acquisitions en même temps. La formation préliminaire a été uniquement théorique, sur la base de protocoles de prise en charge^[3], iconographie à l'appui, dans le but d'évaluer le taux d'échec initial, et l'évolution de ce taux au cours de la pratique de ces techniques. 17 opérateurs différents ont participé à l'étude, dont 4 internes et 13 médecins seniors. Parmi eux, 1 médecin anesthé-



Photo 1.

siste-réanimateur de formation avait déjà pratiqué l'ALR de la face, mais n'en avait pas une habitude régulière, et un médecin urgentiste l'avait déjà pratiqué une fois. Les 15 autres intervenants n'avaient aucune connaissance de ces techniques.

Les protocoles ont détaillé^[3] : les territoires innervés avec rappels anatomiques^[4], les indications, contre-indications spécifiques (*auxquelles s'ajoutent les contre-indications générales de l'ALR*), l'aspect technique de la ponction, les incidents et complications possibles^[4,9]. Les blocs tronculaires protocolisés se sont limités au nerf frontal, infra-orbitaire, mentonnier, et à l'analgésie loco-régionale de l'oreille. Les blocs des nerfs profonds : maxillaire, mandibulaire et nasal, demandant une certaine pratique, avec un taux d'échec décrit comme plus impor-

« une place privilégiée dans l'arsenal thérapeutique antalgique »

tant et des incidents plus fréquents, parfois graves, n'ont de principe pas été pratiqués. Tous les patients se présentant avec une plaie de la face au SAU ont été inclus, à la condition que cette plaie implique un geste thérapeutique, quel qu'il soit. Seules les plaies ne nécessitant aucune prise en charge thérapeutique ont été exclues. Le choix du type de prise en charge a été laissé au médecin responsable du patient, à savoir : suture sous anesthé-



Photo 3.



Photo 4.



Photo 4bis.



Photo 5.



Photo 2.

sie locale (AL), suture sans AL, bloc tronculaire (ALR), colle biologique (Dermabond®), steri-strip; avec une sensibilisation et une motivation de toute l'équipe soignante en faveur de la réalisation de l'ALR et de son évaluation. L'anesthésique utilisé s'est limité à la Lidocaïne 1% [5,6,7,8]. Les anesthésiques locaux en topiques type Xylocaïne gel® ont été considérée comme des techniques sans anesthésie, seules les techniques avec infiltration ont été considérées comme anesthésiques. En cas de réalisation d'une ALR, nous avons étudié le type de bloc réalisé, la quantité d'anesthésique, la durée de réalisation du bloc lui même, les associations éventuelles pendant le bloc (mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote : kalinox®, antalgiques ou autres), les effets secondaires, les complications observées, et l'efficacité. En cas de bloc jugé inefficace, le médecin opérateur indiquait la nécessité éventuelle d'un autre mode anesthésique, notamment une reprise en anesthésie locale des berges, une association antalgique secondaire... ; et réalisait une auto-évaluation sur la cause possible de cet échec : bloc non adapté à la topographie de la plaie, opérateur non entraîné, effet indésirable imposant l'arrêt du bloc, patient non coopérant (agité, anxieux), ou autre. La topographie de la plaie était systématiquement dessinée sur une représentation de visage de face et de profil, permettant de vérifier l'adéquation du bloc a posteriori.

RÉSULTATS

312 patients présentant une plaie de la face ont été pris en charge sur les 6 mois, avec une forte prédominance masculine : 215 patients soit 69%. L'âge s'étale entre 9 mois et 94 ans, avec une moyenne à 32,1 ans et une médiane à 26 ans. Un tiers des

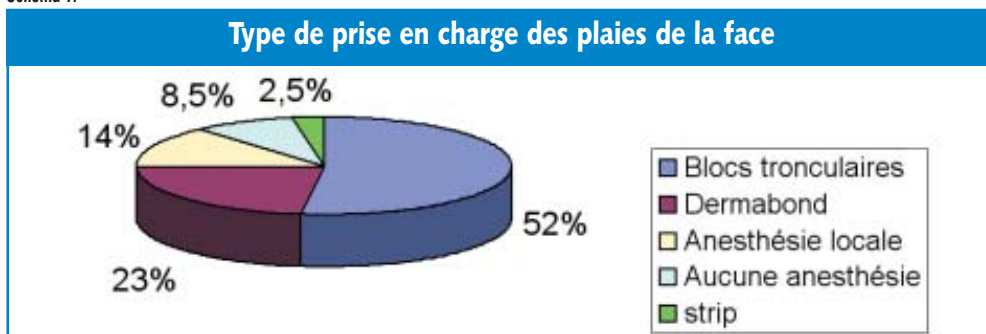
patients ont moins de 15 ans. Sur ces 312 patients, 301 ont été pris en charge par les médecins urgentistes, soit plus de 96% ; 4 patients l'ont été au SAU par un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale en raison d'une plaie complexe, très étendue, contuse ou avec préjudice esthétique important ; et 7 patients ont été pris en charge au bloc opératoire, pour des raisons identiques, des lésions associées (polytraumatisés) ou une agitation difficilement contrôlable pharmacologiquement. Parmi les 301 plaies traitées par les urgentistes, 156 (soit 52%) l'ont été par analgésie loco-régionale par bloc tronculaire, 68 (soit 23%) par colle biologique, 43 (soit 14%) par anesthésie locale, 26 (soit 8,5%) ont été suturées sans aucune anesthésie, 8 (soit 2,5%) ont bénéficiées de simples steri-strip : cf schéma 1. 199 plaies (soit 66%) ont donc bénéficiées d'une anesthésie, en ALR ou en AL. Parmi les 43 plaies prises en charge en AL, 23 avaient une topographie



Photo 6.

non adaptée à l'ALR, les 20 restantes n'ayant pas de raison particulière de ne pas bénéficier d'ALR. Parmi ces 20 plaies, 9 ont bénéficiées de 1 ou 2 points de suture seulement, et 11 de plus de 2 points de suture. Parmi les 156 blocs réalisés, 95 (soit 61%) ont été des supra-orbitaires, 34 (soit 22%) des mentonniers, 25 (soit 16%) des infra-orbitaires, et 2 (soit 1%) des ALR de l'oreille : cf schéma 2. Le nombre de points de suture réalisés dans la série des ALR a été en moyenne de 6,4 avec une médiane à 5 ; contre 4,5 de moyenne et 4 de médiane dans la série sous AL ; 2,9 de moyenne et 2 de médiane dans la série sans anesthésie. Le pourcentage d'ALR réalisées pendant l'évolution de l'étude a été de : 39% le premier mois, 47% le deuxième, 46% le troisième, 52% le quatrième, 53% le cinquième et 60% le sixième mois : Cf schéma 3. La quantité de Lidocaïne 1% injectée est fonction du

Schéma 1.



Types d'ALR réalisés

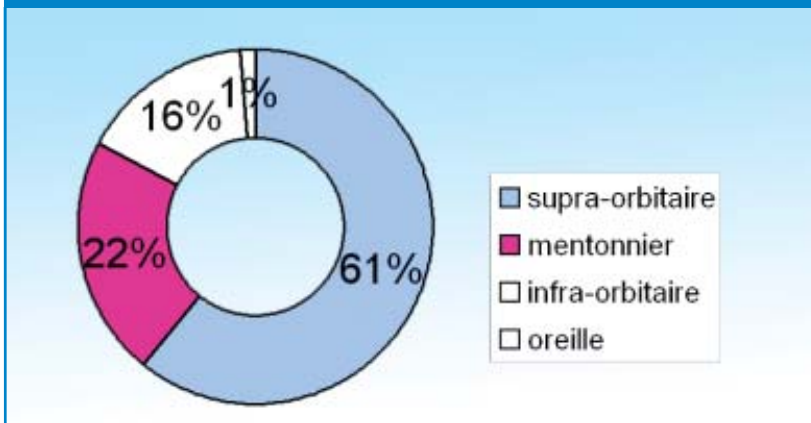


Schéma 2.

Proportion d'ALR réalisées pendant l'évolution de l'étude

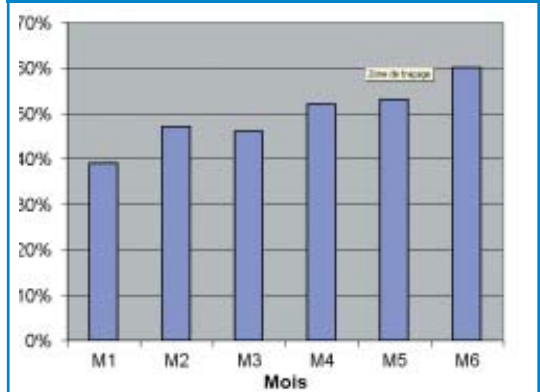


Schéma 3.

type de bloc réalisé, et prédéfinie dans les protocoles, à savoir : 1 à 2 ml sur chacun des 4 à 5 points de ponction pour l'ALR de l'oreille ; 2ml au niveau du foramen supra-orbitaire et 1 ml au niveau du nerf supra-trochléaire pour l'ALR du nerf frontal ; 2 à 3 ml au niveau du foramen infra-orbitaire pour l'ALR du nerf infra-orbitaire ; 2 à 3 ml au niveau du foramen mentonnier. Ces quantités ont été rigoureusement respectées. La durée moyenne de réalisation d'un bloc a été d'environ 1 minute. Pendant la réalisation du bloc, 42 patients ont reçu du Kalinox®, dont 33 chez les moins de 15 ans ; 4 ont reçu du paracétamol per os.

Nous avons également étudié le type de prise en charge plus spécifiquement chez les enfants de 0 à 15 ans, représentant 102 patients, soit 33% de l'ensemble des plaies traitées. La répartition des techniques montre une nette prédominance de l'utilisation des colles biologiques avec 51 cas (soit 50%) ; l'ALR venant en deuxième position avec 22 cas (soit 21,5%) ; puis la suture sous AL : 12 cas (soit 11,5%) ; et la suture sans anesthésie : 10 cas (soit 10%) pour des sutures ne dépassant pas 2 points. 6 de ces enfants ont été pris en charge au bloc opératoire, et 1 a bénéficié de stéri-strip. Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (Kalinox®) a été utilisé dans 90% des sutures sans et avec AL de ces enfants, contre seulement 60% dans les sutures par ALR.

Parmi les 156 ALR réalisées au total, un seul patient a présenté un des effets secondaires classiques, décrit dans les protocoles, à type de ptose transitoire de la paupière supérieure lors d'un bloc supra-orbitaire. Celle-ci a totalement et spontanément régressé sans aucune séquelle. Les 155 autres patients n'ont présenté aucun effet secondaire ou complication.

145 (soit 93%) blocs tronculaires ont été efficaces. 11 ALR ont donc été jugées inefficaces, imposant une reprise en anesthésie locale des berges dans seulement 2 cas. L'auto-analyse de l'opérateur sur le motif de cet échec, ainsi que l'analyse a posteriori de l'adéquation du bloc réalisé en fonction de la topographie de la plaie a mis en évidence : 4 cas sur les 11 où l'opérateur s'est estimé non suffisam-

ment entraîné ; 3 cas de blocs non adaptés à la topographie de la plaie ; et 4 cas en rapport avec un patient non coopérant gênant l'analyse de l'efficacité (agitation, anxiété majeure, intoxication éthylique...). Les 4 situations où l'échec a été rapporté à un opérateur non entraîné se sont produites dans le premier mois de l'étude.

DISCUSSION

LES LIMITES DE L'ÉTUDE :

Le nombre d'intervenant apparaît trop grand : 17, ne permettant sans doute pas à tous de se familiariser suffisamment avec cette nouvelle technique. 70% des opérateurs interrogés ont réalisés plus de 10 ALR durant l'étude, 18% entre 5 et 10, et 12% moins de 5. 90% d'entre eux estiment à 5 le nombre de blocs nécessaires à l'acquisition de la technique, ce qui nous paraît un chiffre raisonnable. Nous pouvons tout de même constater que malgré cette pratique insuffisante pour 12% des médecins, les chiffres d'efficacité sont excellents.

Par ailleurs, le choix de la prise en charge laissé à l'opérateur, s'il a l'avantage d'étudier les motivations de ce choix, est source de disparités, certains médecins paraissant manifestement plus disposés à s'adapter à des techniques nouvelles. Ceci rend difficile l'interprétation de la répartition du type de prise en charge, le nombre d'ALR ayant probablement pu être plus important du fait de la « timidité » de certains des opérateurs. Cependant, seules 11 des 43 plaies traitées en AL auraient pu bénéficier d'ALR de manière indiscutable, les 9 plaies égales ou inférieures à 2 points amenant à discuter ce critère dans le choix préalable de la technique.

Enfin, un critère « efficacité » qui est basé essentiellement sur la présence ou l'absence de douleur, critère pouvant donc être considéré comme subjectif sur le plan individuel et interindividuel. On peut ainsi s'étonner que sur 11 ALR inefficaces, 2 seulement aient bénéficiées d'une reprise en AL des berges pour permettre la fin de la suture. S'agissait-il d'une réelle inefficacité, d'une simple sensation désagréable du territoire anesthésié ?

«certains médecins paraissent plus disposés à s'adapter à des techniques nouvelles »



Photo 7.



Photo 8.

Résumés (suite)

Local/regional anaesthesia versus AL has become a choice technique on account of its numerous benefits, simplicity and efficiency. It is now a favourite practice according to all operators in the study presented here which has brought about a change in their habitual techniques. Indications of facial local/regional anaesthesia in emergency departments are multiple and can be applied to any injuries requiring and allowing infiltration anaesthesia providing that local/regional anaesthesia is adapted to topography. There are no criteria such as age or estimated number of points. In the specific context of emergency medicine, the use of facial local/regional anaesthesia techniques by doctors who are not anaesthetists appears to be a completely licit practise yet insufficiently used at the present moment in time.



Photo 10.



Photo 11.



Photo 9.

L'ALR DE LA FACE DOIT-ELLE ÊTRE LA TECHNIQUE DE CHOIX AUX URGENCES :

Les plaies de la face sont un motif courant d'admission dans les SAU, avec une fréquence de 1,7 par jour en moyenne dans notre étude. La topographie et le préjudice esthétique secondaire particulier de ce type de plaie, survenant souvent chez des sujets jeunes, doit faire rechercher la meilleure technique de prise en charge. L'« explosion » actuelle des techniques d'ALR dans les blocs opératoires par les médecins anesthésistes et notamment en chirurgie d'urgence s'explique par ses nombreux avantages. Tout d'abord une simplicité apparente : on observe seulement 11 échecs dont 7 sont effectivement à rattacher à l'opérateur lui-même, et ce, sans aucune formation préalable. Par ailleurs, l'acquisition des techniques se fait très rapidement comme en témoigne le faible taux d'échec en rapport avec le manque de pratique (4 cas), tous durant le premier mois. Il s'agit d'une technique rapide : une minute en moyenne pour un bloc, avec une innocuité intéressante : effets secondaires très limités et aucune complication observée ; une efficacité maximale sous réserve que le territoire bloqué corresponde au territoire algique, comme en témoigne le taux élevé d'efficacité (93%) ; une interférence limitée avec les fonctions vitales. La supériorité de l'ALR sur l'AL se retrouve dans : le confort pour le patient par la limitation du nombre de points d'injection ; la quantité moindre d'anesthésique particulièrement dans les plaies importantes, diminuant le risque de toxicité souvent sous-évalué ; l'absence de déformation des berges des tissus qui rend la réparation difficile et le résultat esthétique aléatoire^[10] ; la limitation du risque de dissémination par absence d'injection au niveau de la plaie souillée ; l'utilisation plus modérée des associations antalgiques-anxiolytiques et notamment du mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote chez l'enfant avec 60% d'utilisation dans la série des ALR, contre 90% dans la série des sutures sans ou avec AL.

Il existe cependant certains inconvénients comme : la nécessité d'une bonne connaissance

de l'anatomie de la région ; l'apprentissage de techniques nouvelles ; la connaissance des contre-indications générales de l'ALR, ainsi que des contre-indications spécifiques éventuelles en fonction du type de bloc ; la connaissance des effets secondaires et complications possibles. L'ensemble de ces inconvénients semble pouvoir être évité par des rappels anatomiques simples mais suffisamment complet de cette région, l'utilisation exclusive de la Lidocaïne 1%, anesthésique efficace et suffisant au niveau de la face et molécule bien connue des médecins urgentistes, ainsi que des protocoles de prise en charge précis^[3].

La Mépivacaine (*Carbocaine®*) peut toutefois également être utilisée au niveau de la face, intéressante notamment par son grand coefficient de diffusion tissulaire.

Afin d'évaluer la satisfaction des différents opérateurs concernant cette technique nouvelle, chacun d'entre eux a été interrogé en fin d'étude. A la question : avez-vous trouvé cette technique : très facile, facile, difficile ou très difficile, 7 (soit 41%) ont répondu très facile, et 10 (soit 59%) facile ; aucun n'a répondu difficile ou très difficile. A la question : êtes-vous convaincu de l'efficacité de cette technique : 100% ont répondu oui. A la question : êtes-vous convaincu de ses avantages par rapport à l'anesthésie locale : 100% ont répondu oui. A la question : comptez-vous changer vos habitudes et continuer à pratiquer l'ALR de la face : 100% ont répondu oui. En quelques mois il semble donc que la technique ait remporté la faveur de l'ensemble des médecins l'ayant pratiquée, comme en témoigne la proportion croissante des ALR pendant l'évolution de l'étude. Cf schéma 3.

Il apparaît donc que lorsqu'elle est possible, l'ALR par blocs tronculaires de la face doit être considérée comme la technique anesthésique de choix, et préférée à l'anesthésie locale par ses nombreux avantages. La parution très récente de la conférence d'expert de la société française d'anesthésie et de réanimation^[11] confirme nos conclusions, en précisant que : « Les blocs de la face devraient supplanter au service d'accueil des urgences les traditionnelles anesthésies locales de la face où l'on finit par infiltrer des volumes excessifs d'anesthésique local pour suturer des plaies aux berges devenues succulentes ».

« L'ALR par blocs tronculaires doit être considérée comme la technique anesthésique de choix »

« Les blocs de la face devraient supplanter au service d'accueil des urgences les traditionnelles anesthésies locales de la face où l'on finit par infiltrer des volumes excessifs d'anesthésique local pour suturer des plaies aux berges devenues succulentes ».

QUELLES SONT LES INDICATIONS DE L'ALR DE LA FACE AUX URGENCES :

Dans notre étude, la majorité des plaies (52%) a été prise en charge par ALR. Seules 43 plaies (14%) ont été traitées en AL. Il semble pourtant important de discuter les différents facteurs pouvant influencer ses indications.

L'âge est un premier facteur à considérer. Celui-ci ne semble pas être un facteur limitatif, bien au contraire. Comme nous l'avons vu, les doses moins importantes d'anesthésique injecté entraînent un risque de complication et de toxicité directe du produit moindre qu'avec l'anesthésie locale. Cette notion prend toute son importance aux âges extrê-

mes de la vie : chez l'enfant ou le poids autorise des doses plus faibles d'anesthésique, et chez le vieillard chez qui les fonctions d'élimination du produit souvent amoindries sont à prendre en considération. La pharmacologie des anesthésiques locaux diffère fondamentalement, chez l'enfant de moins d'un an, de celle de l'adulte, du fait de l'immaturité du métabolisme hépatique et rénal, ainsi que de la diminution du taux de certaines protéines plasmatiques. Ces différences pharmacologiques majorent le risque d'accumulation et de toxicité. Il est reconnu que les facteurs diminuant la fixation protéique des anesthésiques locaux comme l'acidose, l'hypoventilation et l'âge inférieur à un an ou au contraire très avancé augmentent la toxicité systémique des anesthésiques locaux^[11]. De plus, l'importance d'une cicatrice de qualité sur le visage d'un enfant fait privilégier l'ALR par l'absence de déformation des berges, facilitant une suture bords à bords sans tension. Il s'agit là d'une discussion concernant la technique anesthésique de choix, étant reconnu l'indication privilégiée notamment chez l'enfant des colles biologiques lorsqu'elles sont possibles. Notre étude semble aller dans ce sens puisque la majorité des plaies chez les enfants de 0 à 15 ans à été

« une cicatrice sur le visage fait privilégier l'ALR par l'absence de déformation des berges »

prise en charge par ces colles biologiques, et le recours aux techniques anesthésiques privilégie l'ALR avec environ 2 fois plus de cas que pour l'AL. 14 des 17 opérateurs interrogés (soit 82%) n'ont émis aucun caractère limitatif à ce critère d'âge, 2 (12%) ont évoqués la réalisation plus difficile chez les très jeunes enfants du fait d'une anxiété et de l'agitation. Il s'agit d'une réelle difficulté dans la prise en charge, mais se retrouvant à notre opinion à l'identique dans l'anesthésie locale, et ne nous paraissant donc pas devoir être considéré comme critère limitatif. Enfin 1 opérateur a suggéré une anxiété plus importante dans l'ALR du fait de la proximité de l'aiguille du globe oculaire pendant la réalisation des blocs supra et infra-orbitaires. Cela nous paraît un argument intéressant et à prendre en compte, cette anxiété pouvant être évitée ou diminuée par une explication précise du geste, en particulier de l'injection unique chez les enfants en âge de comprendre ; complété par l'administration concomitante notamment chez les plus petits du mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote. A la faveur de l'AL, rappelons qu'il s'agit d'une technique de routine, bien connue et maîtrisée des médecins urgentistes pour en avoir une pratique régulière. Ceci ne nous paraît cependant pas une raison suffisante pour la poursuivre de manière systématique.

Le critère d'âge n'apparaît donc pas limitatif, certaines précautions pouvant être prises chez les jeunes enfants (*installation au calme, parents présents si besoin, explications claires, Kalinox®...*), et il nous semble au contraire que les critères d'injection unique et de faibles doses d'anesthésiques en fosse, lorsque l'anesthésie est nécessaire, la technique de choix aux âges extrêmes de la vie. Le deuxième facteur à considérer est le nombre de

points estimés de la suture. Il est plus important dans la série des ALR que dans la série des AL (*moyenne à 6,4 et médiane à 5 dans l'ALR ; moyenne à 4,5 et médiane à 4 dans l'AL*). De plus, 9 des 20 plaies n'ayant pas bénéficiées d'ALR sans raisons apparentes n'ont été suturées que par 1 ou 2 points. Il paraît donc licite de se demander si le nombre de points estimé n'est pas un facteur influençant le choix de la technique par l'opérateur. 12 des 17 médecins interrogés (soit 70%) ont estimé que le nombre de points avait effectivement influencé leur décision, et estiment en moyenne que 3 points semble le chiffre à partir duquel ils s'orientent plus vers l'ALR. Il est vrai que plus la plaie est importante, plus le nombre de points d'injection d'AL sera important, et donc plus l'ALR aura d'intérêt. Cependant, il ne nous semble pas que l'AL puisse avoir un avantage sur l'ALR (*plus de points d'injection, déformation des berges, risque de contamination, toxicité...*), et que donc si l'ALR trouve son indication « royale » dans les plaies importantes, elle conserve une indication prioritaire dès l'instant où l'infiltration est indiquée, et ce quel que soit le nombre estimé de points.

Le troisième facteur à considérer est l'absence de contre-indications à l'ALR. Il s'agit bien sûr de toutes les éliminer avant la pratique de ce geste, en particulier : refus ferme et motivé d'un patient informé ; souillure ou délabrement au point de ponction ; atteinte neurologi-



Photo 13.

que patente dans le territoire du bloc ; anomalie de la coagulation à risque hémorragique élevé ; contre-indication à l'anesthésique local.

Enfin, le quatrième facteur est la topographie précise de la plaie. Si la très grande majorité des plaies de la face peut être prise en charge par ces 3 blocs simples (*supra-orbitaire, infra-orbitaire, mentonnier*), certaines zones, que nous avons appelés « zones d'ombres », ne permettent pas une suture dans de bonnes conditions d'analgésie. Ces zones d'ombre sont essentiellement représentées par les plaies du nez, racine et ailes y compris, les régions temporales, ainsi que les plaies en regard du maxillaire inférieur (*condyles mandibulaires, branches montantes, angles et la moitié des branches horizontales*). L'ALR de ces régions est bien sûr possible, mais fait appel à des blocs plus profonds et de réalisation plus délicate aux urgences.



Photo 12.

Bibliographie

1. - <http://www.alrf.asso.fr/> - *L'analgésie loco-régionale aux urgences*. Dr Michel Olivier CHU Purpan-Toulouse-France.
2. - Documentation Laboratoire Astra France. Compte-rendu d'après la table ronde « *Anesthésie Loco-Régionale en urgence* » - Paris les 26 et 27 juin 1998.
3. - T. Guerin, A. Cannamela, A. Maakel, E. Fritsch, R. Poirson - *Les plaies de la face par blocs tronculaires aux urgences: modalités de mise en place*. - Urgence pratique. Sept 2003, 60 :5-9.
4. - ML Navez. *Anesthésie régionale. Anesthésie tronculaire et plexique de l'adulte*. Edition Arnette. Blocs de la face, 27-39.
5. - <http://www.alrf.asso.fr/> - *Branche du nerf ophtalmique. Les solutions anesthésiques*. Dr Malou Navez, Dr Serge Molliex, Pr Christian Auboyer. CHU Bellevue-St Etienne-France.
6. - *Techniques illustrées d'anesthésie loco-régionale*. D. Bruce Scott. Edition Arnette.
7. - *Anesthésie loco-régionale*. Abregés. F. D'ATHIS. Edition Masson.
8. - Martin C, Navez M, Prades JM. *Anesthésie locale et régionale en ORL*. In : EMC ORL, Paris: Masson, 1992: 20890 A10.
9. - Guide d'Anesthésie régionale. *Anesthésie régionale de la tête et du cou*, Tome 3. Astra Zeneca. 2001.
10. - Kays CR. *Local infiltration versus regional anaesthesia of the face : case report and review*. The Journal of the South Carolina Medical Association 1988 ; 84 : 494-496.



Photo 14.

Bibliographie (suite)

11. - Société française d'anesthésie et de réanimation. Conférence d'experts. *Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie réanimation, dans le cadre des urgences*. Texte court - 2002.
12. - Ministère des Affaires Sociales, de la santé et de la Ville. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.
13. - Code de déontologie (décret n° 95100 du 6 septembre 1995).
14. - Modalités d'utilisation et de contrôle du matériel d'anesthésie (arrêté du 3 octobre 1995).
15. - Matérovigilance exercée sur les dispositifs médicaux (décret n° 96-32 du 15 janvier 1996).
16. - Société française d'anesthésie et de réanimation. Conférence d'experts. *Anesthésie locorégionale chez l'enfant*. Ann Fr Anesth Réanim 1997 ; 16 : fi2-7.

Cet article a été soumis au comité de lecture d'Urgence Pratique et validé.



Photo 15.

Ces « zones d'ombres » correspondent aux 3 cas de blocs échoués par non adéquation à la topographie de la plaie. Précisons par ailleurs la nécessité de blocs bilatéraux dans les zones frontières pour permettre une analgésie complète de la plaie.

En somme il nous semble que les indications de l'ALR de la face aux urgences puisse se résumer par : **toute plaie de la face, de topographie adaptée à l'ALR, nécessitant et autorisant une anesthésie par infiltration, sans critères d'âge ni de nombre de points estimé.**

Les photos 1 à 7 illustrent des exemples de plaies pouvant bénéficier d'une ALR par bloc tronculaire supra-orbitaire, avec une probable zone d'ombre temporale sur la photographie N°7, et un complément d'ALR de l'oreille nécessaire.

Par les photos 8, 12 et 13 nous illustrons des exemples de plaies pouvant bénéficier d'une ALR par bloc tronculaire infra-orbitaire.

Par les photos 9 et 11 nous illustrons des exemples de plaies pouvant bénéficier d'une ALR par bloc tronculaire mentonnier.

Sur la photo 10, les trois territoires : supra-orbitaire, infra-orbitaire et mentonnier sont concernés, nécessitant donc la réalisation des trois blocs tronculaires. L'ALR trouve ici tout son intérêt, les doses d'anesthésique pouvant rapidement dépasser la dose toxique si l'on utilisait la technique d'AL. De même, sur la photographie 15, les deux territoires supra et infra-orbitaires sont concernés.

La photographie 14, illustre un exemple de contre-indication au bloc du fait de la souillure au point de ponction et la perte complète des reliefs osseux.

CONCLUSION

L'émergence actuelle des techniques d'ALR nous a poussé à en évaluer l'intérêt au niveau de la face et au sein même des services d'urgence. Nous avons réalisé une étude prospective sur 6 mois, permettant un aperçu des différentes modalités de prise en charge des plaies de la face, pathologie fréquemment rencontrée dans les SAU, avec 312 inclusions, soit une fréquence moyenne de 1,7 plaie par jour. L'immense majorité de ces plaies ayant été prise en charge par les médecins urgentistes (96%), la maîtrise des techniques de pointe dans les SAU apparaît donc indispensable. Les nombreux avantages de l'ALR sur l'AL, sa simplicité et son efficacité font d'elle la technique de choix. Son utilisation a remporté la faveur de l'ensemble des opérateurs de l'étude, entraînant un changement dans leurs habitudes. Les indications de l'ALR de la face aux urgences sont larges, pouvant s'étendre à toute plaie, de topographie adaptée à l'ALR, nécessitant et autorisant une anesthésie par infiltration, sans critères d'âge ni de nombre de points estimé. La pratique de techniques d'anesthésie locorégionale de la face par des médecins non anesthésistes réanimateurs, dans le contexte spécifique de la médecine d'urgence apparaît donc tout à fait licite et insuffisamment utilisée actuellement. Elle nécessite toutefois le respect de la réglementation [12,13-15], des recommandations de la Sfar [11,16], une formation théorique et pratique minimum, ainsi que des protocoles de prise en charge écrits et précis.

Une étude prospective randomisée comparant ALR versus AL pour des plaies de taille et de topographie similaires pourrait permettre d'en confirmer les avantages et de comparer l'efficacité des deux techniques.



Nous remercions l'ensemble de l'équipe du SAU/SAMU/SMUR de Roanne pour leur participation et leur motivation durant cette étude.

Dr Thomas GUERIN

Service des urgences (SAMU 42B), Centre Hospitalier de Roanne
28 rue de Charlieu, 42328 Roanne cedex, France

E-mail : d.tguerin@infonie.fr

Revue de presse

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES CRÂNIENS SÉVÈRES

Supplément au numéro de juin 2003 de *Journal of Trauma*.

Ce numéro propose des protocoles à travers une large revue de la littérature. Ce principe de travail est excellent, à condition qu'il soit exhaustif. Et, là, malheureusement, les auteurs n'ont basé leurs conclusions qu'au travers d'arti-

cles écrits par des équipes anglo-saxonnes, ce qui occulte le point de vue des équipes ayant fait le choix de médicaliser les secours. Il est même écrit, dans l'éditorial que « *déplacer en pré-hospitalier des techniques médicales hospitalières serait utile, mais est techniquement inenvisageable* » !

Ce parti-pris de non reconnaissance de la réalité opérationnelle de la médicalisation du secours telle qu'elle est pratiquée en France est curieux pour des confrères qui consacrent une large part de leur temps à analyser la littérature. Il est vrai que certains d'entre nous leur rendent bien la pareille.

Quoi qu'il en soit, au vu des études intra-hospitalières rapportées, les auteurs dégagent des points qu'il faut souligner. L'évolution défavorable d'un traumatisme crânien sévère dépend de la survenue de lésions secondaires. Ceci implique que les médecins doivent, **en priorité**, assurer une oxygénation et une pression de perfusion cérébrale suffisante. L'intubation trachéale reste le « *gold standard* », ce geste peut être techniquement difficile dans certaines situations (*enfant*). Que l'opérateur soit alors un médecin expérimenté semble à tout le moins souhaitable. Avec l'hy-

poxie, l'hypotension artérielle est un facteur majeur d'apparition de lésions cérébrales secondaires. Elle ne peut être corrigée que par la mise en place d'une VVP et l'apport de solutés adaptés. Les solutions salées hypertoniques semblent intéressantes. Pour les auteurs, les voies de recherche portant sur les techniques d'hyperventilation ou d'utilisation de « *protecteurs cérébraux* » ne permettent pas d'apporter de conclusions définitives. Leur intérêt reste secondaire par rapport aux techniques de base assurant une bonne oxygénation et une normotension artérielle. ■