

34

Faisabilité du bloc paravertébral dans la chirurgie des cancers du sein : vers un nouveau gold standard ?

A. Alaux¹, M. Kapella², A. Menzli³, D. Bakeland⁴ et P. Feiss¹

Introduction

L'émergence des techniques d'anesthésie locorégionale a révolutionné la prise en charge des patients en pré-, per- et post-chirurgical. Le bloc paravertébral (BPV) apporterait des avantages sur le contrôle de l'anesthésie, sur la gestion de la douleur postopératoire, ainsi qu'au niveau carcinologique sur l'extension locorégionale et métastatique de la maladie.

Objectif

Montrer la faisabilité du BPV et son impact dans la prise en charge des patients opérés d'un cancer du sein.

Méthode

Étude prospective monocentrique. Au centre hospitalier de Guéret, de janvier 2012 à mars 2013, 52 patients ont été pris en charge pour chirurgie carcinologique mammaire, à qui nous avons proposé un BPV lors de la consultation pré-anesthésique. Son impact au cours de l'intervention et la quantification de la douleur postopératoire immédiate et à distance (à 1 mois par EVA) ont été évalués, ainsi que l'évolutivité de la maladie cancéreuse en termes de récives locorégionales et métastatiques.

1 Service d'anesthésie réanimation

2 Service de gynécologie obstétrique

3 Service d'imagerie médicale

4 Service d'anatomopathologie, hôpital de Guéret, 23000 Guéret

Résultats

L'âge moyen était de 66 ans (49-86). 23 patients ont été inclus : 22 femmes et 1 homme lors de 13 tumorectomies et biopsies du ganglion sentinelle, 5 mastectomies et curages, 4 mastectomies pour récidives locales. Le BPV a été réalisé par le même opérateur, de 10 à 45 minutes avant l'installation du patient. La réalisation du BPV était la même pour chaque patient, aux repères anatomiques T3-T4 à l'aide d'une aiguille de Tuohy 80 mm, avec injection de 15-20 cc de Naropéine® 7,5 mg, le cathéter était laissé en place 48 heures branché à un pousse-seringue électrique de Naropéine® 2 mg au débit de 6-8 mL/h selon l'évaluation de la douleur. Trois patientes ont été exclues : 1 suite à une crise convulsive lors de la réalisation du BPV, et 2 pour douleur lors de la première injection (avant cathéter). Le BPV n'a pas modifié les interventions chirurgicales prévues. La douleur postopératoire en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) était de 0,7/10 (0-5), la morphine a été utilisée dans 2 cas (10 mg sous-cutanée et 3 mg intraveineux). À 1 mois, 2 patientes ont présenté des douleurs résiduelles au niveau axillaire motivant la prescription de Versatis®. La réalisation du BPV n'a pas retardé la sortie du service [1-4].

Conclusion

Le BPV est une technique faisable dans la pratique quotidienne, son intérêt dans la gestion de la douleur postopératoire est certain. La réduction de l'utilisation de morphine semble, d'après la littérature, avoir un impact sur l'apparition des douleurs neurologiques postopératoires et sur l'évolution locorégionale et métastatique de la maladie cancéreuse ; notre étude se poursuit actuellement.

Références

1. Barreveld A, Witte J, Chahal H *et al.* (2012) Preventive analgesia by local anesthetics: the reduction of postoperative pain by peripheral nerve blocks and intravenous drugs. *Anesth Analg* 116: 1141-61
2. Greengrass R, O'Brien F, Lysterly K *et al.* (1996) Paravertebral block for breast cancer surgery. *Can J Anesth* 43: 858-61
3. Exadaktylos A, Buggy D, Moriarty D *et al.* (2006) Can anesthetic technique for primary breast cancer surgery affect recurrence or metastasis? *Anesthesiology* 105: 660-4
4. Sessler D (2008) Does regional analgesia reduce the risk of cancer recurrence? A hypothesis. *Eur J Cancer Prev* 17: 269-72