

Chirurgie des varices

L'anesthésie loco-régionale pour réduire la douleur

D. Creton - Nancy (1)

Résumé

L'anesthésie loco régionale par bloc crural avec recherche neurologique par électrostimulations est l'anesthésie idéale pour la chirurgie des varices. Elle permet de réduire le saignement peropératoire et les hématomes, elle permet d'éviter toute blessure neurologique du nerf saphène jambier pendant le stripping. Cette diminution concomitante de la douleur postopératoire est responsable du développement de la chirurgie ambulatoire des varices 90 %, du confort de la reprise d'activité domestique 74 % ? 24 heures (1340 patients) et du peu de problème douloureux soulevé en post opératoire 3,5 % (450 patients).

INTRODUCTION

Depuis 1953 [1] la réduction de la douleur dans la chirurgie des varices a évolué parallèlement au développement de l'anesthésie loco régionale [2] [3]. Dans notre expérience l'anesthésie loco régionale régulièrement utilisée depuis 1986 semble avoir participé à l'amélioration des résultats de la chirurgie des varices et, surtout au développement de la chirurgie ambulatoire.

Afin d'apprécier la douleur post opératoire, nous avons revu le suivi des 480 derniers patients consécutifs opérés et nous avons effectué une enquête sur la reprise d'activité d'un autre groupe de 1340 patients, opérés entre 1994 et 1995.

1. L'ANESTHÉSIE LOCO RÉGIONALE

1/ La technique

L'anesthésie loco régionale fait partie de l'intervention. La prémédication par Hydroxyzine (Atarax) est facultative.

Le bloc crural avec recherche par électrostimulations est réalisé avec de la Lidocaïne Hcl (Xylocaïne) 1 %, avec ou sans Adrénaline en fonction de la durée souhaitée de l'anesthésie. L'électro stimulation permet non seulement de repérer la branche motrice du nerf crural, nerf du quadriceps (par les contractions rythmées du muscle quadriceps) mais aussi les branches sensitives, musculo cutané interne, musculo cutané externe, et saphène interne, par les sensations de paresthésies ressenties par le patient et par les fascicula-

tions sous cutanées correspondant aux zones d'innervation sensitive des 3 branches sensitives du nerf crural.

Le volume d'injection est de 5 à 10 ml. Le repérage par électro stimulations permet toujours d'avoir un bloc complet et précis qui recouvre tout le territoire saphène interne jusque la malléole.

Des injections locales complémentaires sont nécessaires pour élargir l'anesthésie locale, sur la zone de crossectomie, à la partie proximale et interne de la cuisse et sur l'ensemble des territoires devant être opérés (pied, saphène externe, cuisse). On utilise de la Lidocaïne (Xylocaïne) 1 % diluée à 0,5 avec du bicarbonate de sodium à 8,4 % pour réduire la douleur des injections.

Le volume moyen injecté est de 440 mg par intervention avec un maximum de 600 mg.

- Des anxyolitiques, Midasolan (Hypnovel) ou des antalgiques, chlorhydrate d'Alfintanyl (Rapifen) sont injectés à la demande du patient pendant l'intervention dans 70 % des cas (en moyenne : 2 mg d'Hypnovel et 0,25 mg de Rapifen).

- L'anesthésie est préparée 30 minutes à 1 heure avant l'intervention, elle dure environ 3 à 6 heures.

- Le contact par le dialogue est maintenu durant l'intervention ; c'est un élément essentiel au bon déroulement de l'intervention. La surveillance porte surtout sur l'oxymétrie et la tension artérielle.

2/ Réduction de la douleur de l'anesthésie loco régionale

Si l'anesthésie générale permet par définition de supprimer la douleur per opératoire et son souvenir, certains détails de l'anes-

thésie loco régionale permettent de réduire cette douleur per opératoire.

- L'utilisation de la Mèpivacaïne (Carbocaïne) offre une anesthésie locale plus puissante, plus rapide. Elle peut être utilisée aussi efficacement que la Lidocaïne (Xylocaïne) avec une dilution à 0,25. Le bloc crural à la Mèpivacaïne donne une anesthésie proprioceptive plus profonde et plus confortable pour le patient. La durée du bloc est identique à celle d'un bloc réalisé à la Lidocaïne.

- Le stockage au froid des produits d'anesthésie et la dilution des produits acides (Lidocaïne Hcl) avec du bicarbonate de sodium rend les injections moins douloureuses.

- Le ressenti douloureux est limité essentiellement par le contact entre le patient et l'anesthésiste, éventuellement avec l'aide d'un appareil de synchronisation d'onde théta cérébrale par stimulation visuelle et auditive, enfin par les anxyolitiques qui au delà d'une certaine dose ont un effet d'amnésie rétrograde.

2. RESULTATS

Sur un total de 2848 blocs cruraux réalisés de 87 à 94 nous n'avons jamais eu de complications traumatiques par l'aiguille d'injection sur le nerf crural.

Quelques patients décrivent les sensations de ruisselement froid sur la face interne de la cuisse, sensations qui disparaissent après plusieurs mois. Malgré l'absence de contact théorique entre l'aiguille d'injection et le nerf crural pendant le bloc avec repérage par électro stimulation, nous avons eu deux patients présentant plusieurs années après, des douleurs fugaces épisodiques

lors de certains mouvements de flexion de la hanche, pouvant correspondre à l'existence d'un névrome post traumatique : l'électromyogramme était normal mais la Carbamazépine (Tegretol) était efficace.

- La réalisation de cette intervention en ambulatoire dans 90 % des cas [4] est le témoin de la réduction importante de la douleur par l'anesthésie loco régionale et par certains artifices techniques. Depuis 1987 l'augmentation régulière de 60 à 90 % de la chirurgie ambulatoire dans la chirurgie des varices traduit une amélioration régulière de confort postopératoire.

- Le confort postopératoire a été apprécié par une enquête réalisée en post opératoire au 30ème jour chez 1340 patients opérés. 74,5 % d'entre eux disent avoir repris leurs activités domestiques normalement le lendemain de l'intervention. 15 % au 5ème jour, et 10,5 % plus d'une semaine après.

- Sur les 450 derniers patients opérés de varices en ambulatoire, 2 patients ont vu leur médecin traitant en consultation pour un problème douloureux post opératoire au 8ème jour, 14 patients (3 %) ont appelé au téléphone le chirurgien pour un problème de douleur postopératoire entre le 2ème et le 15ème jour (moyenne 8 jours) : aucun appel n'a justifié de consultation chirurgicale en postopératoire avant le 30ème jour. Au 30ème jour l'aspect clinique du membre a été jugé normal sans complication neurologique. Deux hématomes et une séquelle d'hypodermite expliquaient rétrospectivement la douleur post opératoire. Sur cette même série de patients, 46 autres patients soit 10 % ont appelé le chirurgien pour des problèmes, essentiellement, de pansements et de compression post opératoires, 8 patients (1,7 %) sont venus en consultation avant le 30ème jour pour un autre motif que la douleur (problème de compression, collants, bandes, problème de cicatrisation, d'œdème post opératoire). 45 patients (10%) ont vu leur médecin traitant pour des problèmes administratifs, de prescription médicamenteuse ou de conseil postopératoire ne concernant pas la douleur.

3. DISCUSSION

- L'habitude de l'anesthésie loco régionale oblige une adaptation de l'intervention dans le sens de traumatisme minimum,

avec une incision inguinale limitée, excentrée en haut et en dedans, avec l'utilisation de la phlébectomie de Muller et l'usage systématique de l'invagination pour le stripping, en décrochant à l'aiguille les branches saphènes crurales postérieures qui sortent de la zone d'anesthésie.

- L'importance des hématomes douloureux en post opératoire dépend du drainage et de la compression post opératoire, mais elle est fortement conditionnée par le saignement per opératoire. La chirurgie sous anesthésie locale pure ne s'accompagne d'aucune vasoplégie habituelle de l'anesthésie générale ou de la péridurale. Pareillement, le bloc crural s'accompagne rarement d'une vasoplégie par bloc sympathique. Ce rare bloc sympathique peut ne concerner qu'une branche du nerf crural entraînant alors dans le territoire de cette branche une rougeur cutanée et une sensation de chaleur. L'absence habituelle de vasoplégie pendant le bloc crural minimise le saignement, les hématomes et la douleur postopératoire. Contrairement au bloc crural, le bloc sciatique s'accompagne toujours d'un bloc sympathique et d'une vasoplégie dans son territoire, c'est pour cette raison que nous ne l'utilisons pas pour l'anesthésie postérieure de jambe.

- Les complications douloureuses et séquelles douloureuses dans la chirurgie des varices sont essentiellement dues aux complications neurologiques [5], anesthésie douloureuse, névrome. Elles sont rapportées avec une fréquence non négligeable dans la chirurgie des varices sous anesthésie générale [6,7,8,9]. L'anesthésie par le bloc crural ne supprime pas la sensation particulière déclenchée par la mise en tension du nerf saphène pendant le stripping. Nous avons montré que dans 2 % des cas [10] pendant l'invagination, il se produit un étirement du nerf saphène à l'union 1/3 moyen 1/3 supérieur de la jambe. La sensation, ou la douleur décrite comme une crampe par le patient est le signe de la mise en tension du nerf saphène au niveau de la boucle de retournement du stripping. Cette « crampe signal » permet d'éviter l'arrachement du nerf en reprenant l'invagination dans l'autre sens, et en décrochant la branche collatérale responsable à l'aide du crochet de Muller. Au début de notre expérience [10] le forçage de cette « crampe signal » avec l'aide d'antalgiques puissants a toujours été suivi d'une anesthésie doulou-

reuse postopératoire de la face interne du tiers inférieur de jambe traduisant l'arrachement de nerf saphène. Cette prévention du risque de complication neurologique saphène ne peut se faire que sous anesthésie loco régionale.

CONCLUSION

- La douleur post opératoire précoce dans la chirurgie des varices vient d'abord de la sensibilité cutanée, elle est limitée en évitant la mise en place d'agrafes ou de fil transcutané, elle est réduite par la compression homogène réalisée en post opératoire par les collants élastiques.
- La douleur post opératoire durable vient essentiellement des hématomes sous cutanés.
- La douleur post opératoire définitive, ou "douleur séquelle" est toujours le fait d'une blessure neurologique par le stripping ou le crochet de Muller. Elle devrait pouvoir être évitée par un geste chirurgical attentif guidé par la vigilance proprioceptive concervée chez le patient opéré sous anesthésie loco régionale.

Bibliographie

1. Nabatoff RA. A complete stripping of varicose veins under local anesthesia : N Y State J Med 1953 ; 53 : 1445-8.
2. Taylor E W, Fielding JW, Keighley MR, Alexander-Williams J. Long saphenous vein stripping under local anesthesia. Ann R Coll Surg Engl 1981;63 : 206-207.
3. Goren G, Yellin A.E. Invaginated axial stripping and stab avulsion (hook) Phlebectomy : a definitive out patient procedure for primary varicose veins. Ambulatory surgery 1994 ; 2 : 27-35.
4. Creton D. Study of the limits of local anaesthesia in one-day surgery in the case of 1500 stripping of the great saphenous vein. Ambulatory Surgery 1993 ; 1 : 132-135.
5. Staelens I, Van der Stricht J. Complication rate of long stripping of the greater saphenous vein. Phlebologie 1992 ; 7 : 67-70.
6. Holme J B, Home K, Sorensen L.S. -The anatomic relationship between the long saphenous vein and the saphenous nerve. Acta chir Scand. 1988 ; 154 : 631-633.
7. Garnjobst W. - Injuries of the saphenous nerve following operations for varicose veins Surg. Gynecol. Obstet. 1964 ; 119 : 359-361.
8. Ramasastry S.S, Dick G.O., Futrell J.W. -Anatomy of the saphenous nerve : relevance to saphenous vein stripping. Am Surgeon. 1987 ; 53 : 274-277.
9. Cox S J, Welwood J.M, Martin A. - Saphenous nerve injury caused by stripping of the long saphenous vein. Br Med J. 1974 ; 1 : 415-417.
10. Creton D. Résultats des strippings saphène interne sous anesthésie locale ambulatoire (700 cas). Phlebologie 1991 ; 44 : 303-311