

ANESTHESIE EN SOINS PALLIATIFS

Étienne de Médicis
M.Sc., M.D., FRCP(C)



OBJECTIF

- Avoir une idée générale des possibilités thérapeutiques invasives offertes par l'anesthésiologie (peut être centre dépendant)

PLAN

- Blocs neurolytiques de l'axe sympathique
- Technique continue:
 - épidurale
 - bloc plexique
- Techniques invasives non palliatives:
 - Bloc radiculaire
 - Bloc facettaire (...)
 - Bloc sacro-iliaque
- Autres:
 - Neurolyse radiculaire
 - Bloc interpleural

POURQUOI DES BLOCS ?

- Douleurs mal soulagées par approche pharmaceutique
- Effets secondaires importants de la médication orale ou parentérale (nausée et vomissement, constipation, somnolence...)

POURQUOI DES BLOCS?

- Approche basée sur l'anatomie des structures nociceptives
- Corrélation avec la symptomatologie du patient

POURQUOI DES BLOCS?

- Il n'y a pas de bons ou mauvais blocs...
- IL Y A DE BONNES OU MAUVAISES INDICATIONS DE FAIRE LE BLOC!

POURQUOI DES BLOCS?

- Comme toute procédure, il y a:
 - Des indications et contrindications
 - Des pourcentage de réussite et d'échec
 - Des effets secondaires et des complications
 - Les réussites sont corrélées avec la cible anatomique.

POURQUOI DES BLOCS?

- Règle générale: en raison de la régénération périphérique des nerfs, la neurolyse chimique (sauf exception) est réservée dans les cas avec une survie estimée courte (moins de 3 mois). Sinon, on fera de la cryothérapie ou de la neurolyse par thermocoagulation via radio-fréquence .



BLOCS NEUROLYTIQUES DE L'AXE SYMPATHIQUE

- Plexus céliaque
- Plexus hypogastrique
- Ganglion impar
- Autres (Stellaire, thoracique, sympathique lombaire...)

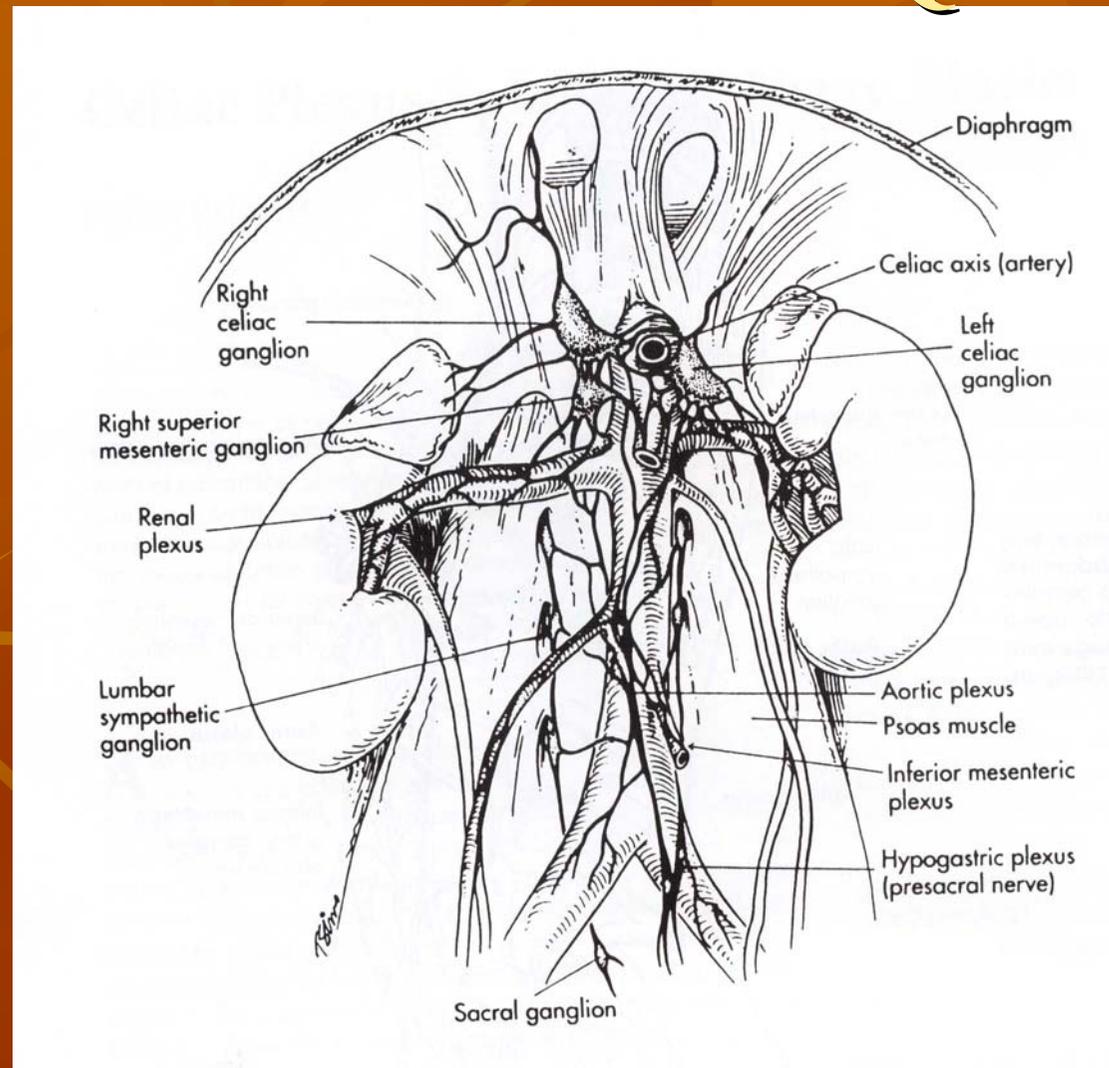
BLOC NEUROLYTIQUE DU BLOC CELIAQUE

- Jeune patient avec cancer des voies biliaires inopérables
- Douleurs épigastriques avec irradiation dorsale
- Méditation:
 - Duragesic 300 mcg/hre
 - Dilaudid-contin 54 mg BID
 - Dilaudid 8 mg SC PRN

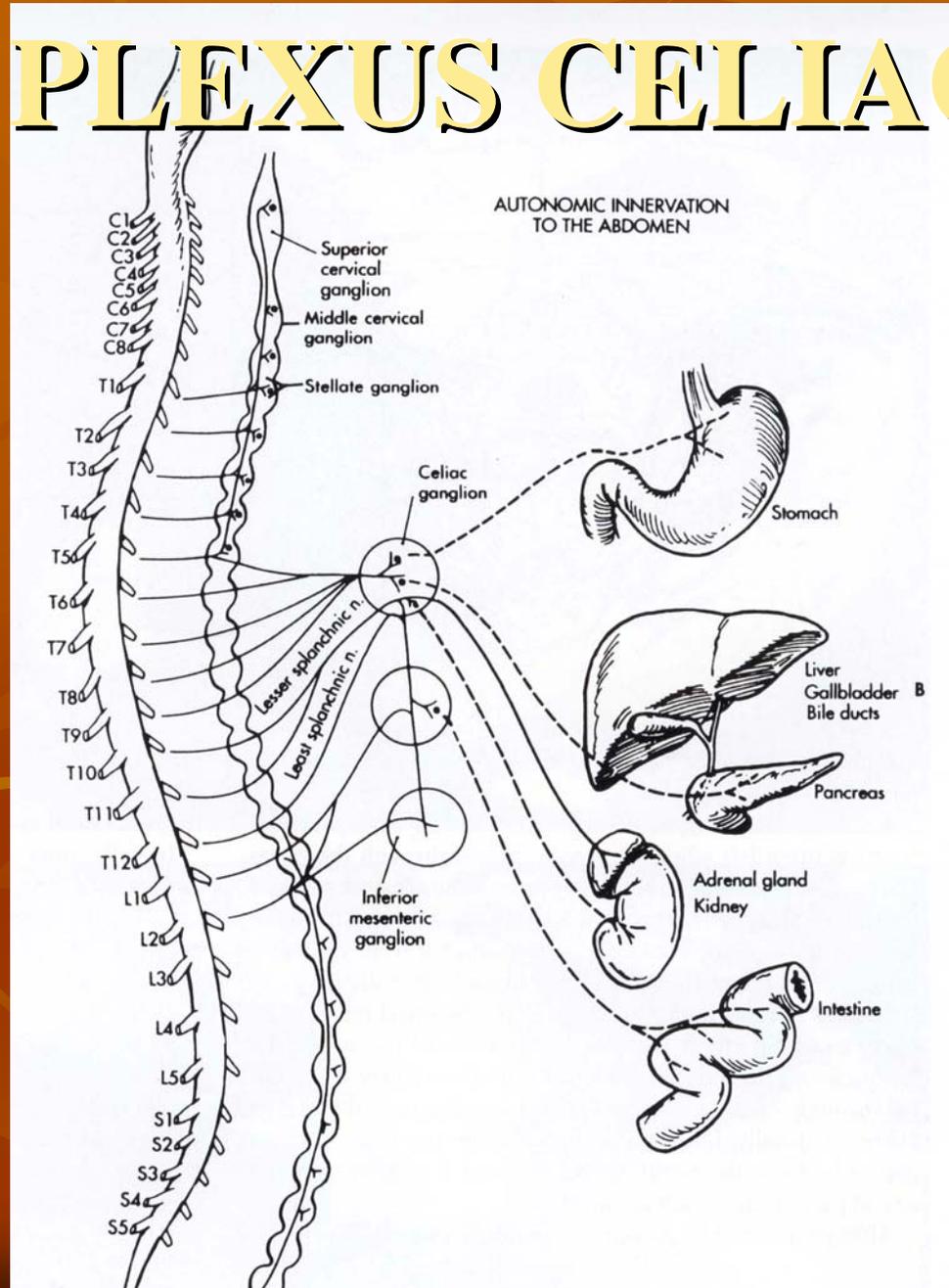
BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE (NERFS SPLANCHNIQUES)

- anatomie
- indications
- effets secondaires

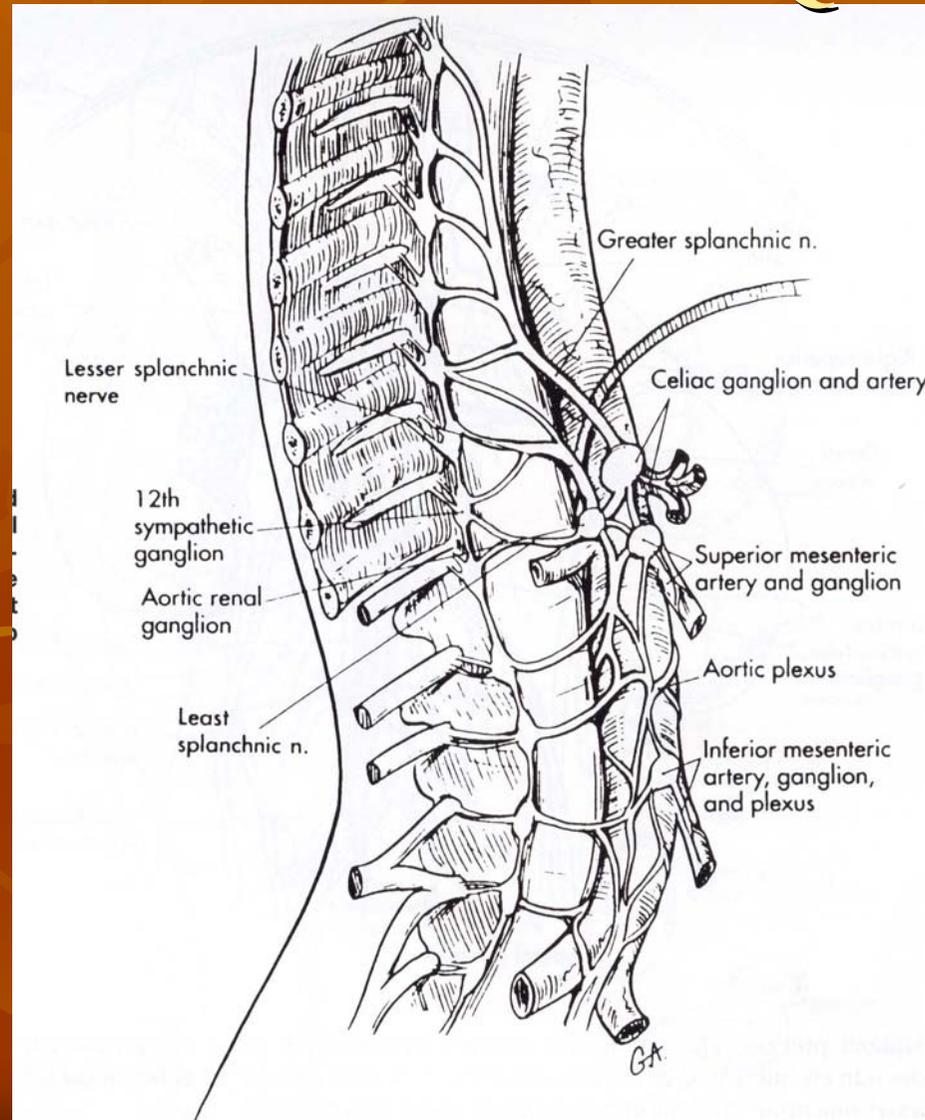
BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE



BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE



BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE



INDICATION DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

**DOULEUR VISCERALE
ABDOMINALE (NON-PARIETALE)**

INDICATIONS DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

- (Eisenberg, 1995) 1145 patients
 - 63% pancréatique
 - 70-90 % efficace à long terme (>12 semaines)
(pancréatique et autres)
 - 2% complications
- (Mercadante, 1998) efficacités à long terme:
 - 85% pancréatique
 - 73% autres cancers intra-abdominal
 - doit être considéré comme un ADJUVANT

INDICATIONS (PANCRÉAS) DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

- (Rykowski, 2000) 50 patients
technique antérieure pré-aortique
succès: VAS < 3/10,
durée: 0 opiacé
 - tête (33/36) 92% succès pour 119 jours
 - reste (4/14) 29% succès pour 65 jours
 - échec (13/13) 100% invasion de l'axe
céliaque

INDICATIONS (PANCRÉAS) DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

- (De Cicco,2001) 105 patients, technique pré-aortique antérieure (CT), résultat selon diffusion du contraste autour de l'axe céliaque (VAS<5, >30j)
 - 4/4 quadrants: 9/9 (100%)
 - 3/4 quadrants: 10/21 (48%)
 - 1 ou 2/4quadrants: 0/75 (0%)

INDICATIONS (PANCREAS) DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

- Donc utile, avant l'invasion cancéreuse du plexus (?sauf l'approche splanchnique?)
- (Plutôt tôt que tard dans l'évolution de la maladie)

BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

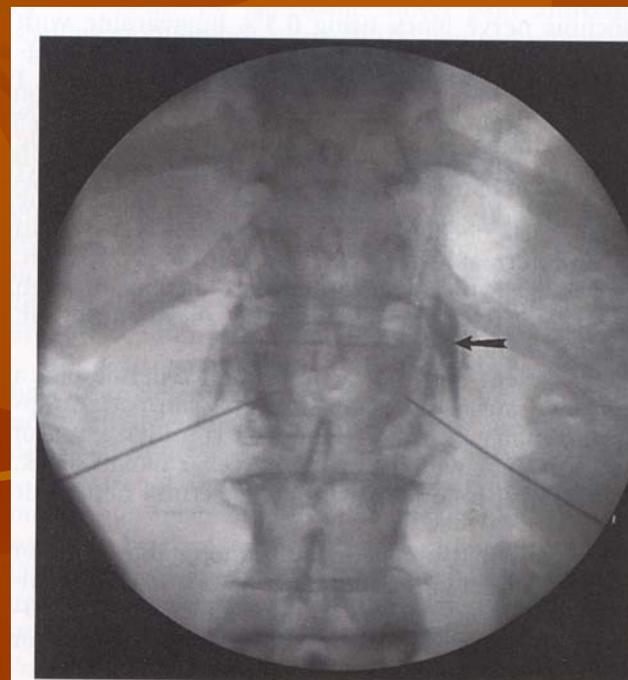


Figure 20-23 Splanchnic nerve block. The needle on the right side of the photograph is too superficial, and a 1-mL injection of contrast material can be seen outlining the psoas muscle (arrow).

EFFETS SECONDAIRES DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

- mineurs
 - douleur au site d 'injection
 - hypotension (axe sympathique)
 - diarrhée
- modérés
 - trauma <péri-célique>
 - blessure nerveuse somatique
- majeur
 - Paraplégie (1/1 000)

EN RÉSUMÉ...

- si adéquatement choisi, 90 % de succès initial, (1/3 sans narcotiques)
- (Mercadante, 1993) 20 patients (10 blocs)
 - diminution des narcotiques jusqu' à 1 jour avant leur décès (bloc versus traditionnel, moyenne de 51 jours de survie)
 - VAS équivalent
 - moins d'effets secondaires dans le groupe bloc

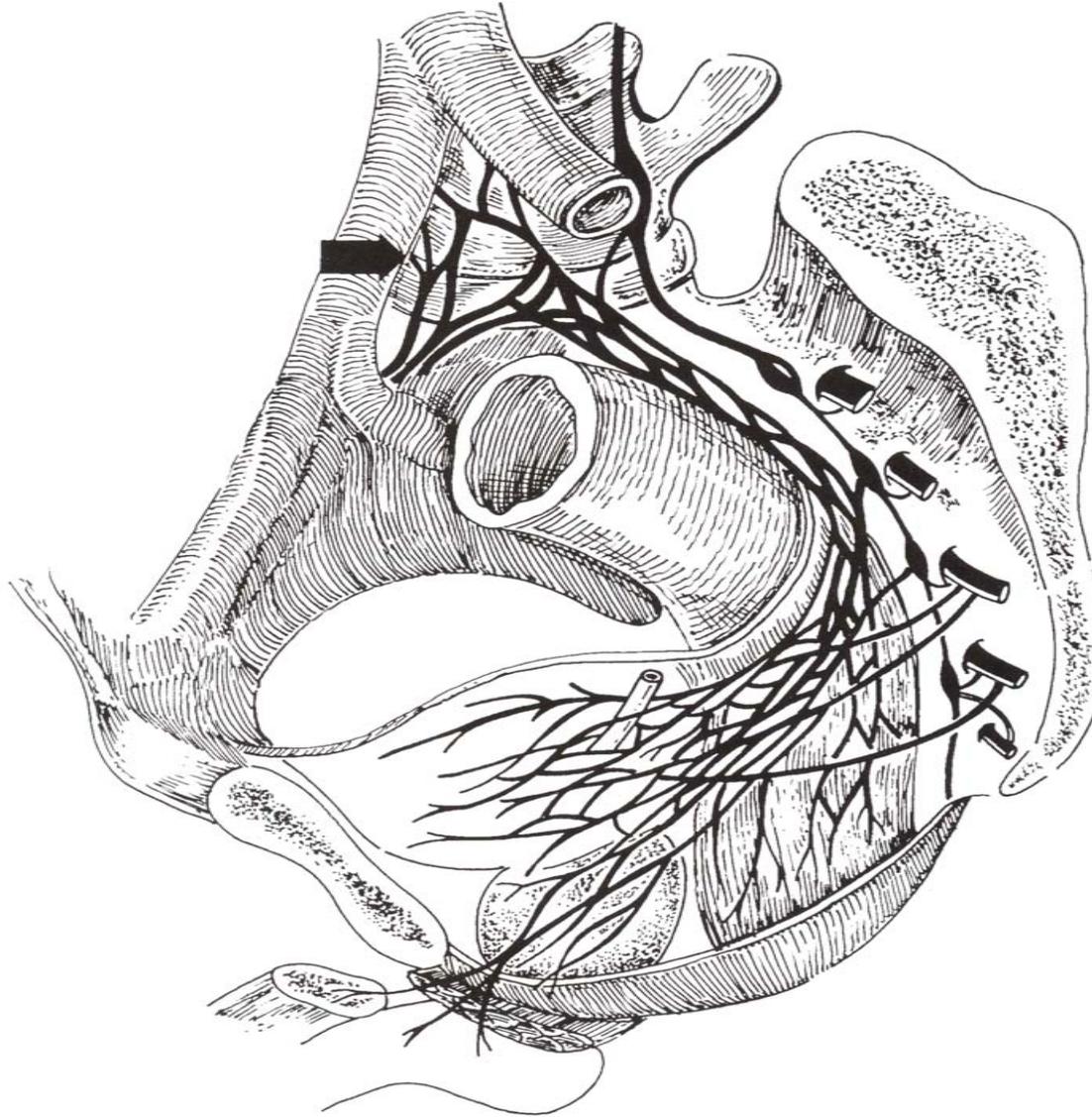
BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS CELIAQUE

- Le jeune patient a pu diminuer ses narcotiques:
 - Duragesic 100 mcg/hre
 - Dilaudid 2 mg SC PRN

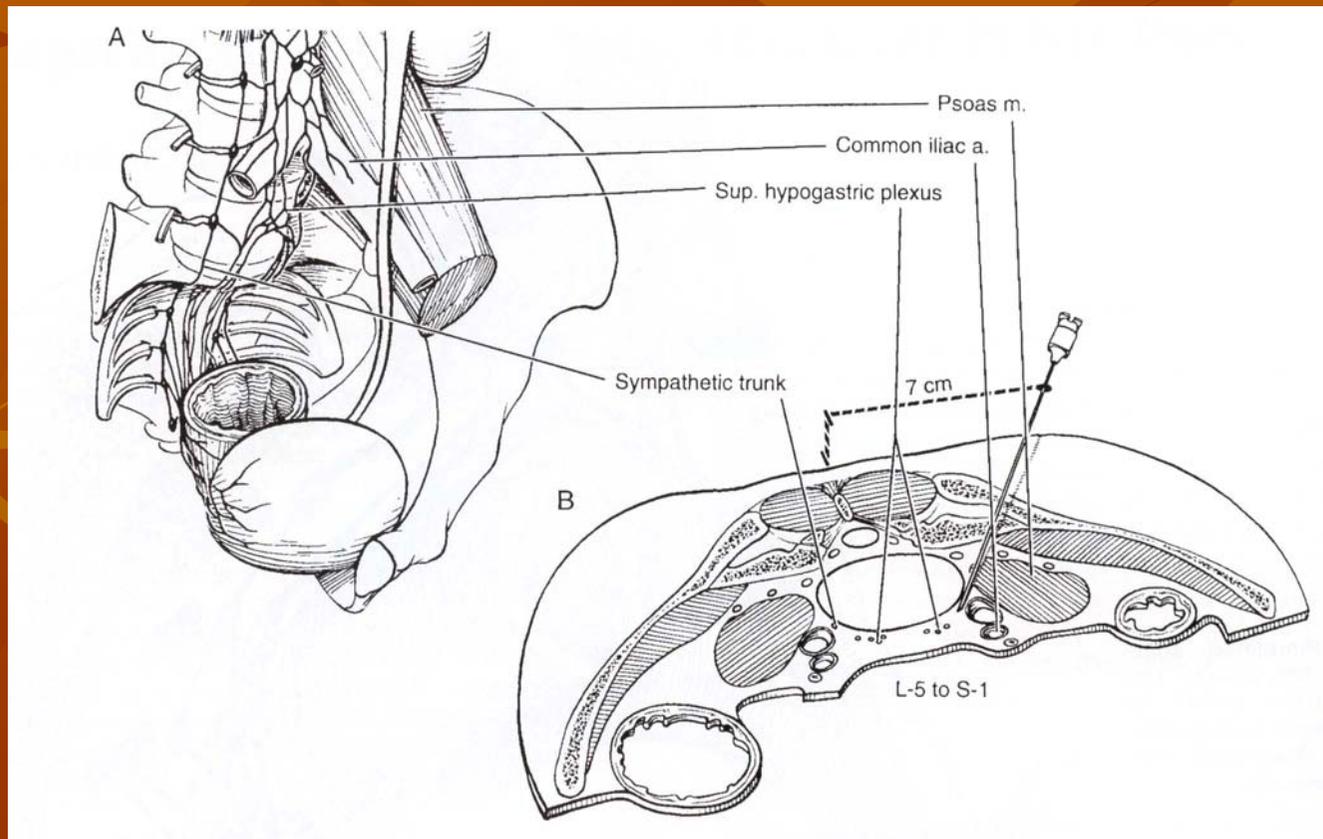
BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE SUPÉRIEUR

- anatomie
- indications
- effets secondaires

BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE



BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE



INDICATIONS DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE

- douleur cancéreuse pelvienne d'origine viscérale
- Dans une étude de 227 patientes avec un cancer pelvien avancé, 159 (79%) ont eu une réponse au bloc diagnostique du plexus hypogastrique supérieur.

INDICATIONS DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE

- Plancarte (1990) 28 patientes, diminution de 70% du VAS; 2 patientes ont eu besoin d'un deuxième bloc
- de Leon (1993) 26 patientes, 18 (69%) ont une réponse positive (VAS 10 à <4) et diminution de morphine de 67 %.
- Plancarte et al (1997) 227 patientes, 159 avec un bloc diagnostique positif, 115 (72% ou 51%) ont eu VAS réduit de >50% et diminution de morphine de >40% pour 3 semaines

INDICATIONS DU BLOC NEUROLYTIQUE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE

- Plancarte (1990) 2 avec 2e bloc avaient invasion rétro péritonéale extensive
- de Leon (1993) 8 échec VAS de 10 à 4-7/10 avec diminution de morphine de 45%; 11 patientes avec 2e block avaient invasion rétro péritonéale extensive.
- Plancarte (1997) 44 échec, VAS 4-7/10 et diminution de morphine de 27%. Le manque de contraste au centre de L5-S1 est prédictif d'échec (32/44, 72%)

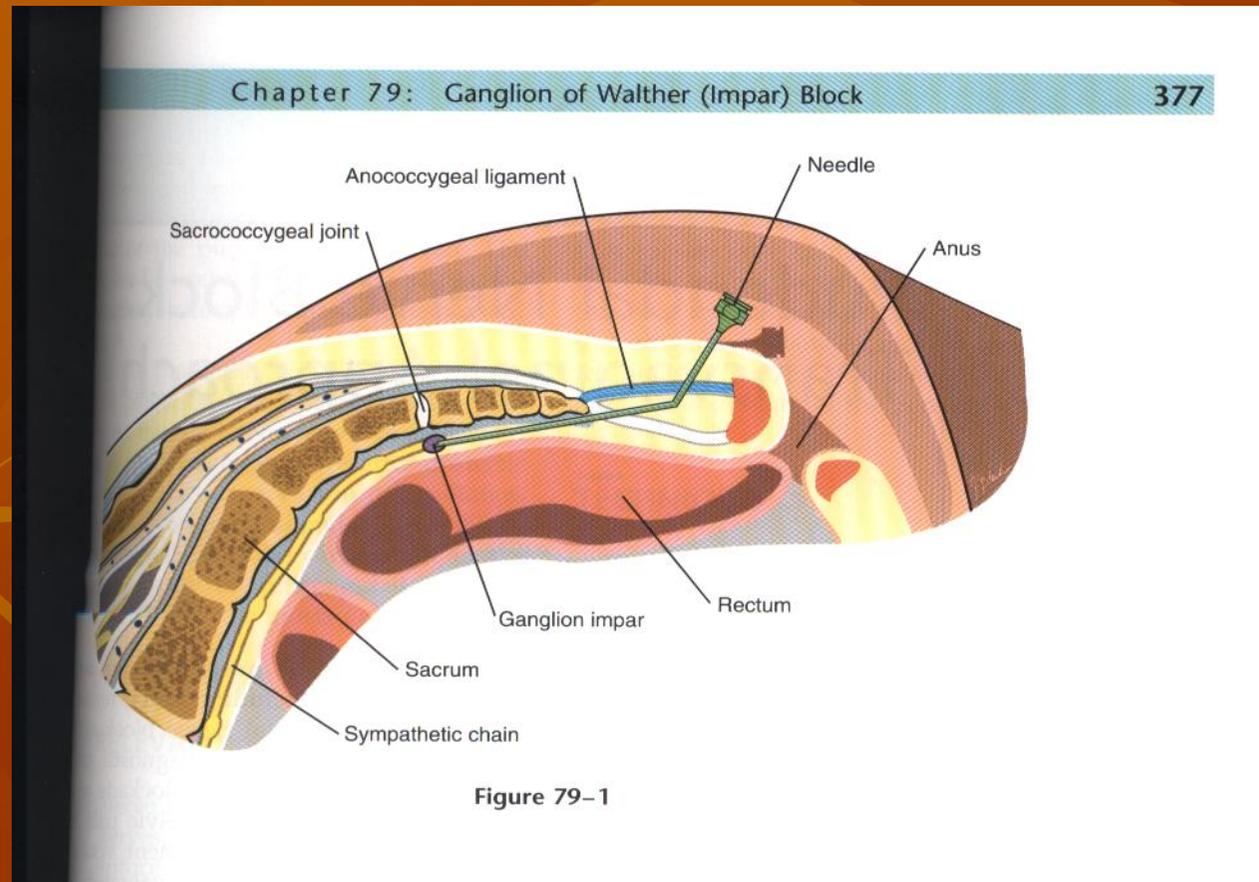
EFFETS SECONDAIRES

- dans les 3 études mentionnées (~300 cas):
aucunes complications rapportées.

BLOC NEUROLYTIQUE DU GANGLION IMPAR

- Patient âgé se plaignant de brûlures rectales basses et périnéale après une résection abdomino-périnéale et radiothérapie.

BLOC NEUROLYTIQUE DU GANGLION IMPAR



BLOC NEUROLYTIQUE DU GANGLION IMPAR

- Douleur viscérale des régions suivantes:
 - Région périnéale
 - Rectum (bas)
 - Région génitale (?)

AUTRES BLOCS DE L'AXE SYMPATHIQUE

- Bloc stellaire
 - Rare en palliatif; pour les douleurs transmises par l'axe sympathique du membre supérieur (CRPS)
- Bloc sympathique lombaire
 - Rare; occasionnellement pour les douleurs transmises par l'axe sympathique du membre inférieur (CRPS)
- Bloc de la chaîne sympathique thoracique
 - Excessivement rare.

TECHNIQUE CONTINUE

- Épidurale
- Bloc plexique:
 - Membre supérieur
 - Membre inférieur

EPIDURALE CONTINUE

- Patiente âgée avec invasion métastatique de la région du rectum post résection abdomino-périnéal.

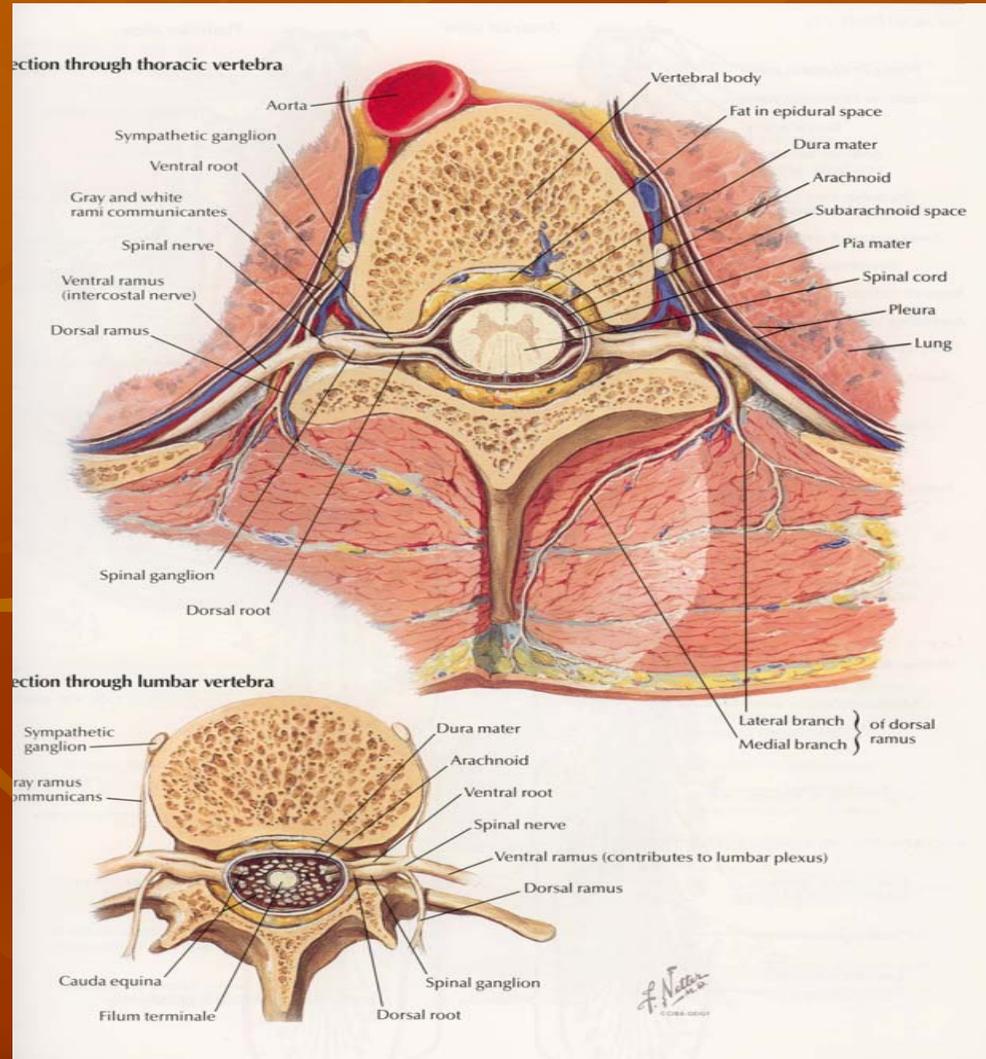
Intolérance médicamenteuse.

Douleur avec composante dynamique (quand elle s'assoit).

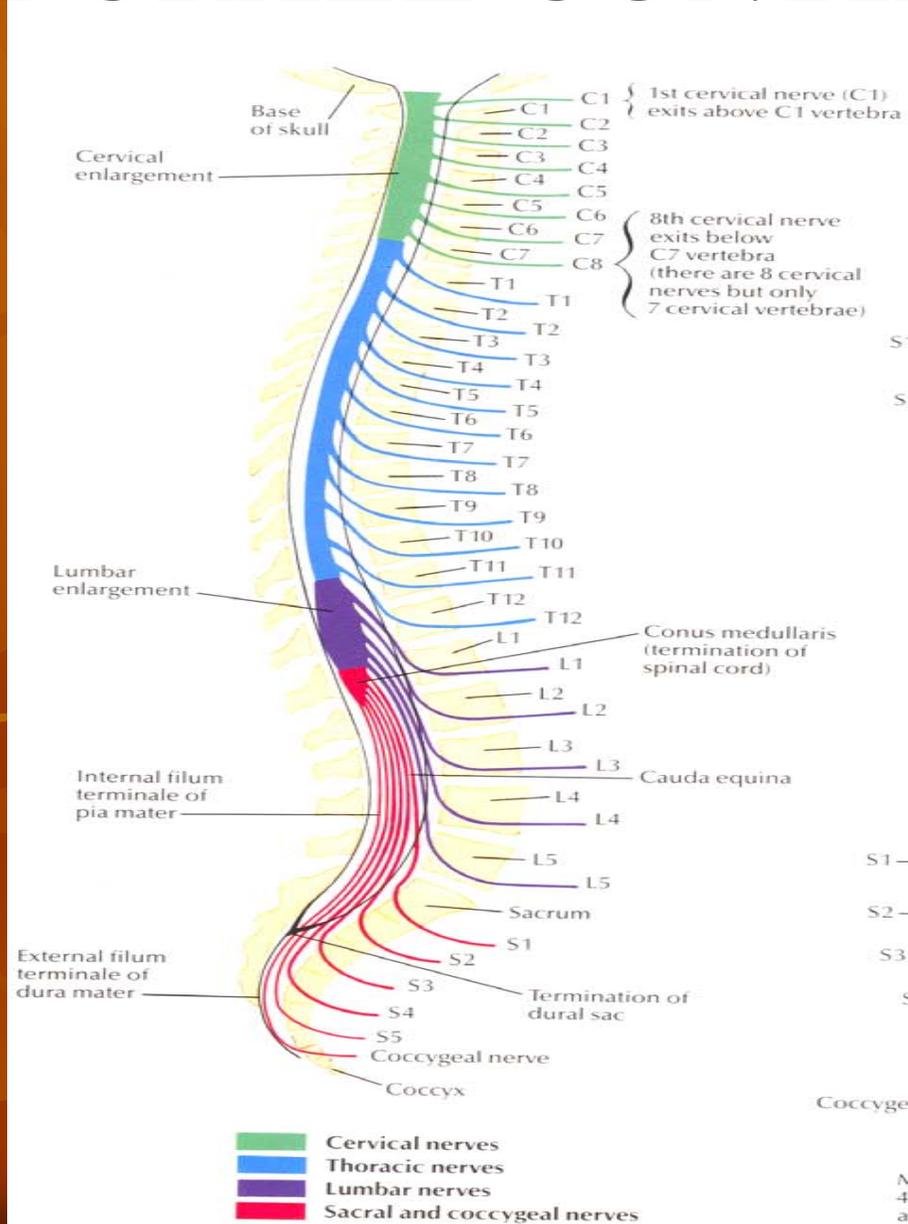
EPIDURALES CONTINUES

- Anatomie
- Pharmacologie
- Problèmes à long terme

EPIDURALES CONTINUES



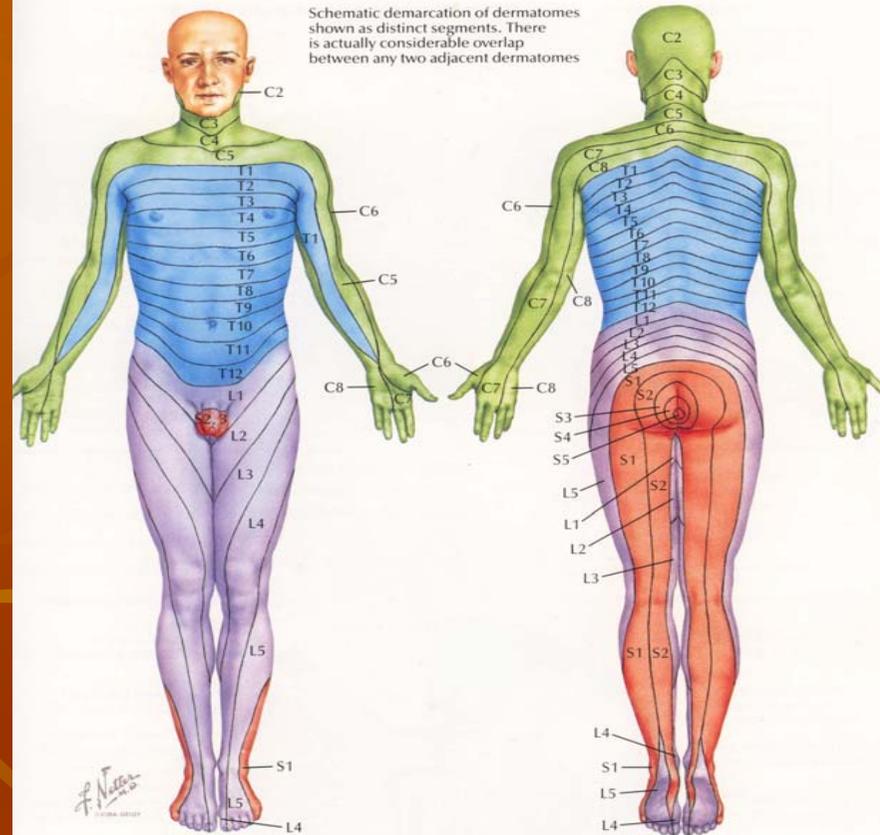
EPIDURALE CONTINUE



EPIDURALE CONTINUE

Dermatomes

SEE ALSO PLATES 455, 511; FOR MAPS OF CUTANEOUS NERVES SEE PLATES 18, 445, 447, 448, 449, 451, 454, 506-510



Levels of principal dermatomes

- C5 Clavicles
- C5, 6, 7 Lateral parts of upper limbs
- C8, T1 Medial sides of upper limbs
- C6 Thumb
- C6, 7, 8 Hand
- C8 Ring and little fingers
- T4 Level of nipples

- T10 Level of umbilicus
- T12 Inguinal or groin regions
- L1, 2, 3, 4 Anterior and inner surfaces of lower limbs
- L4, 5, S1 Foot
- L4 Medial side of great toe
- S1, 2, L5 Posterior and outer surfaces of lower limbs
- S1 Lateral margin of foot and little toe
- S2, 3, 4 Perineum

PHARMACOLOGIE DES EPIDURALES CONTINUES

- Opiacés seuls = autres voies parentérales (voie plus efficace?)
- Supériorité des anesthésiques locaux introduits de façon segmentaire (douleur somatique):
 - Obstétrique
 - (Kessler, 2002) 17/20 (85%) ont toléré chirurgie cardiaque sous sédation légère!

PHARMACOLOGIE DES EPIDURALES CONTINUES

- Idéalement combinaison:
 - Anesthésique local
 - Bupivacaïne ou ropivacaïne
 - +/- opiacés
 - morphine ou hydromorphone
 - ? synthétique (fentanyl/sufentanil)
 - +/- alpha-2 adrénergique
 - Clonidine (médicament d'exception)
 - ? épinéphrine

EPIDURALES CONTINUES

- Dépendant du centre:
 - Épidural ou intra-thecal
 - Système continu percutané
ou sous-cutané (Porth-a-cath)

PROBLEMES A LONG TERME EPIDURALE CONTINUE

- fibrose épidurale
 - (Crul, 1991) 110 patients,
 - Suivi jusqu 'à 1 an,
 - 50%
 - Incidence augmentée à partir de 40 jours

PROBLÈMES À LONG TERME EPIDURALE CONTINUE

- (de Jong, 1993) 250 cathéters
 - 21% de délogement si pas de ports SQ (pas de différence si tunnalisé)
 - 13.6 % infection:
 - percutané 5.97/1000j, ~20% à 14 semaines
 - avec port 2.86/1000j, aucun avant 70 jours
 - Méningites/abcès:
 - 1 méningite en percutanée, quand ?
 - 2 abcès en port SC, 70 et 133 jours

PROBLÈMES À LONG TERME

- (Du Pen, 1990) 350 patients/ 32, 354 j
[CATHÉTER DU PEN, percutané]

- Maximum 1,460 jours
- 19 infection profondes/épidurales soit:

1/1,702 jours

BLOC PLEXIQUE CONTINU

- En général, bloc périphérique (anesthésiques locaux) plus puissant que bloc neuraxial.
- Il existe des évidences anecdotiques qu'un bloc périphérique peut renverser (transitoirement) le phénomène central relié aux douleurs fantômes.

BLOCS PLEXIQUES CONTINUS

- Membre supérieur/ inférieur
 - Anatomie
 - Exemple

BLOC PLEXIQUE CONTINU MEMBRE SUPERIEUR

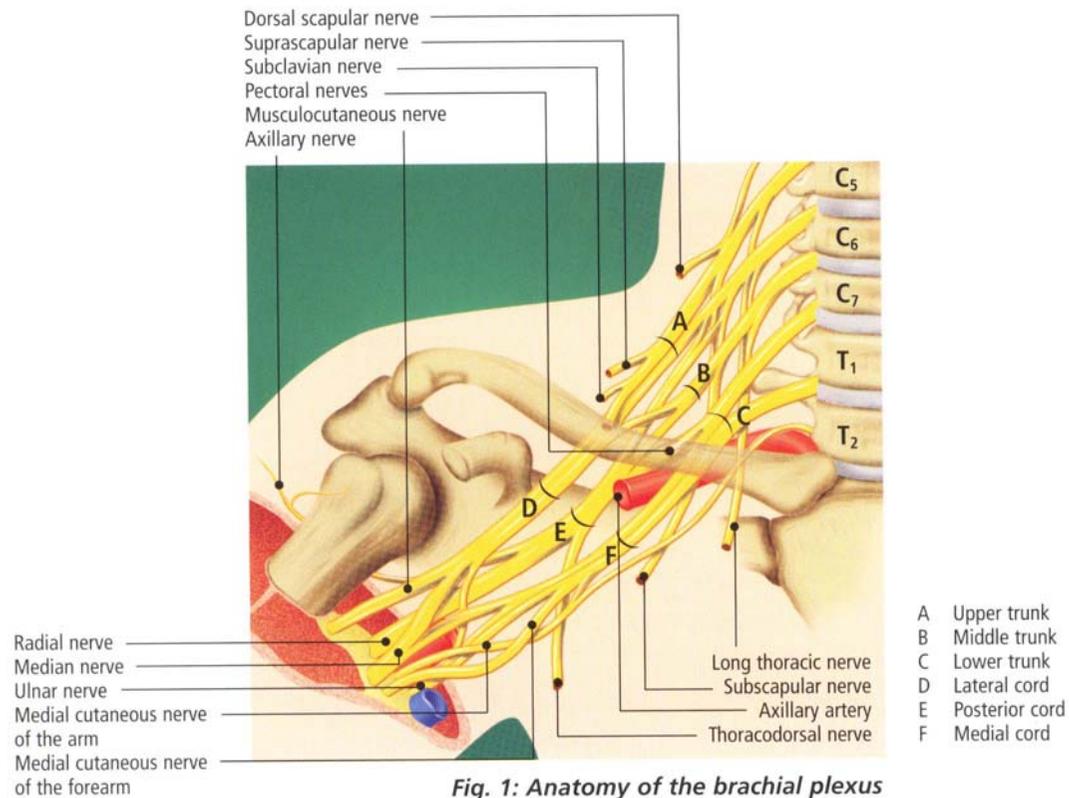
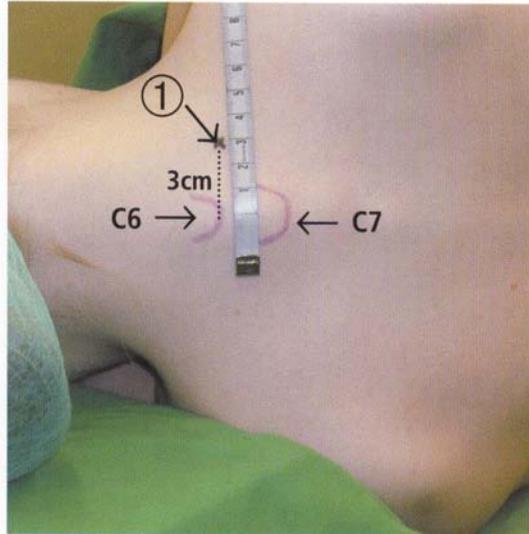


Fig. 1: Anatomy of the brachial plexus

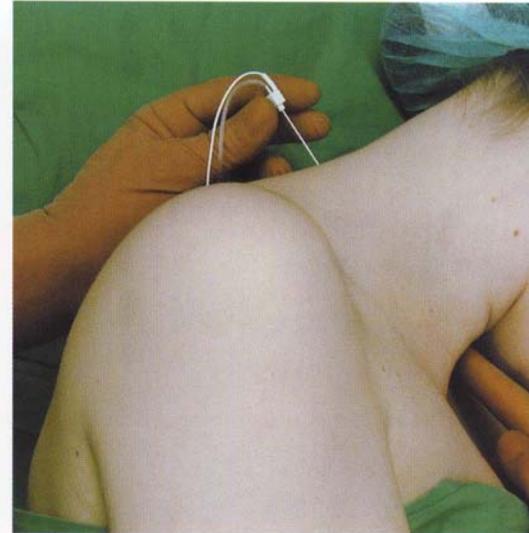
APPLICATION (PANCOAST)

- (Vranken, 2000) 6 patients avec Pancoast ne répondant pas à la médication orale
 - Bloc durée médiane de 13.5 sem. (4-31)
 - VAS 7-10/10 réduit à < 4/10
 - Narcotiques cumulatifs:
 - fentanyl 675 mcg/hre (pré) à 0 (post)
 - morphine 480 mg (pré) à 100 mg (post)
 - tramadol 800 mg (pré) à 1000 mg (post)

BLOC PLEXIQUE CONTINU MEMBRE SUPERIEUR



*Fig. 11: Posterior access –
Anatomical landmarks and positioning*



*Fig. 12: Posterior access –
Puncture technique*

① Puncture point

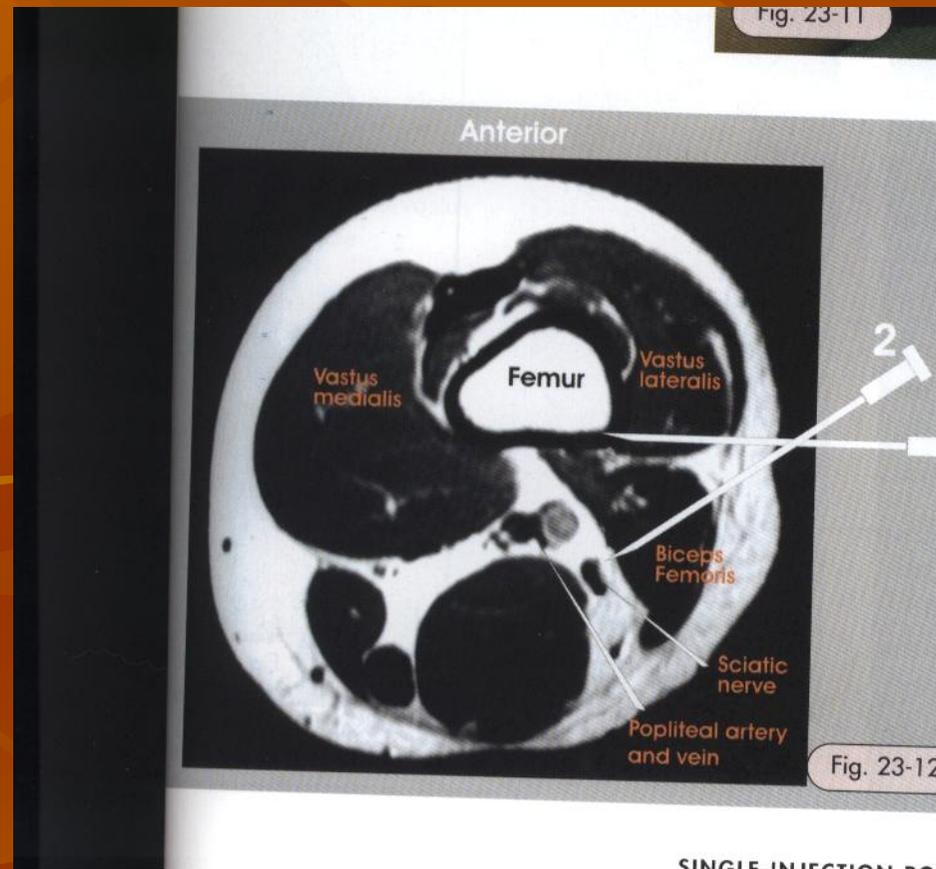
BLOX PLEXIQUE CONTINU MEMBRE INFÉRIEUR

- Plexus sciatique
- Plexus fémoral

BLOC PLEXIQUE CONTINU MEMBRE INFÉRIEUR PLEXUS SCIATIQUE

- Patiente âgée, vasculopathe, insuffisante rénale terminale.
- Amputation BK unilatérale avec douleur fantôme importante.

BLOC PLEXIQUE CONTINU MEMBRE INFÉRIEUR PLEXUS SCIATIQUE



BLOC PLEXIQUE CONTINU

MEMBRE INFÉRIEUR

PLEXUS SCIATIQUE

- Le bloc sciatique couvre tout le territoire sous le genou sauf la région saphène (partie médiale de la jambe).

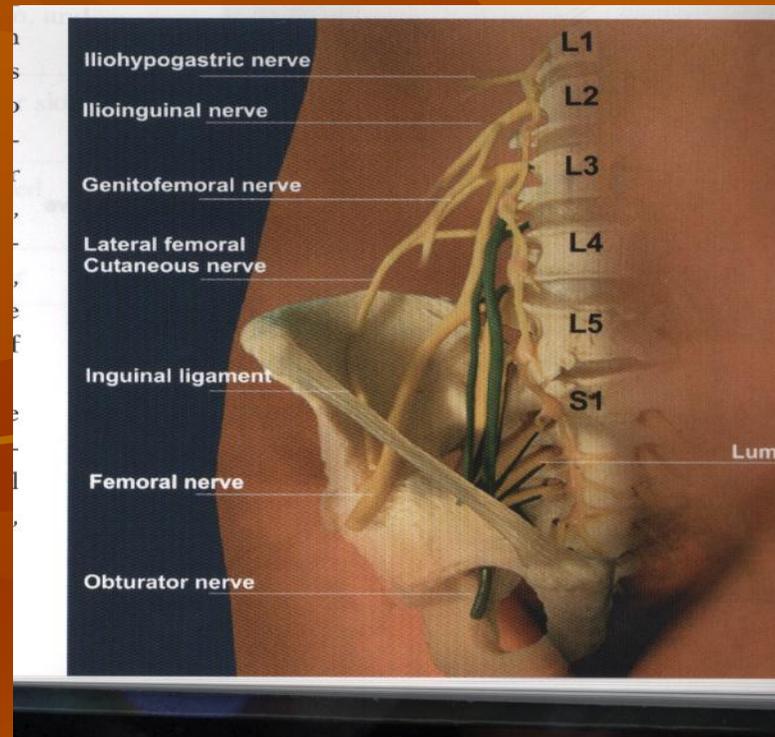
BLOC PLEXIQUE CONTINU MEMBRE INFÉRIEUR PLEXUS FÉMORAL

- Patient âgé avec cancer du poumon et métastase à la hanche (fémoral) avec douleur au repos et composante dynamique importante.

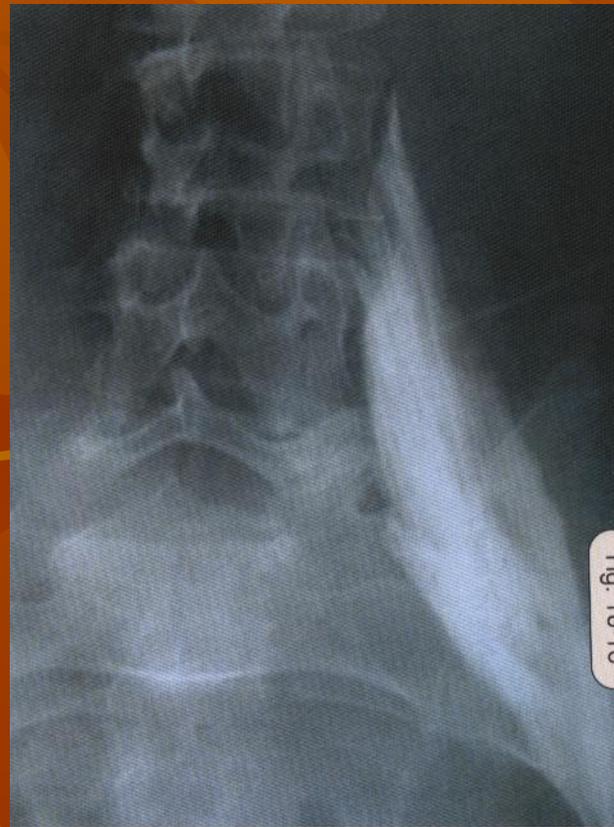
BLOC PLEXIQUE CONTINUE

MEMBRE INFÉRIEUR

PLEXUS FEMORAL



BLOC PLEXIQUE CONTINUE MEMBRE INFÉRIEUR PLEXUS FÉMORAL



BLOC PLEXIQUE CONTINU

MEMBRE INFÉRIEUR

PLEXUS FÉMORAL

- Le plexus fémoral couvre grossièrement la hanche jusqu'au genou sauf la partie postérieure de la cuisse.

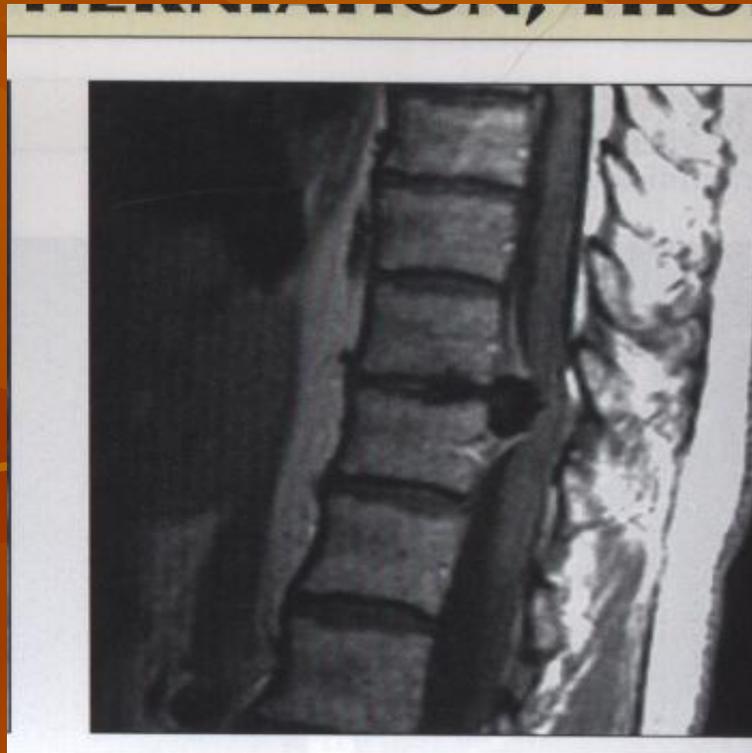
TECHNIQUES INVASIVES NON-PALLIATIVES

- Épidurale
 - Translaminaire
 - transforaminale
- Bloc facettaire
 - Neurolyse de la branche médiale
- Bloc sacro-iliaque

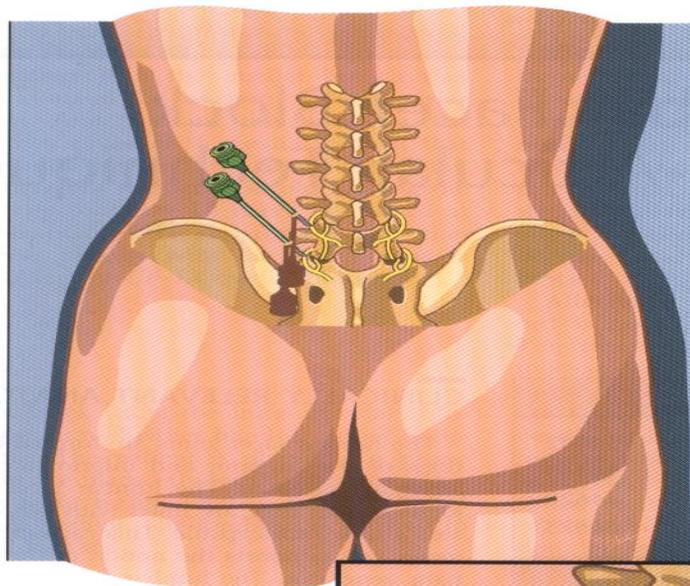
TECHNIQUES INVASIVES NON-PALLIATIVES

ATTENTION: Un patient en palliatif avec un diagnostic de tumeur oncologique peut très bien avoir des douleurs dites « bénignes » (d'étiologie non oncologique) surimposées.

TECHNIQUES INVASIVES NON-PALLIATIVES



TECHNIQUES INVASIVES NON-PALLIATIVES



Med. branch of dorsal ramus

Articular branches

L5 dorsal ramus

Sacrum

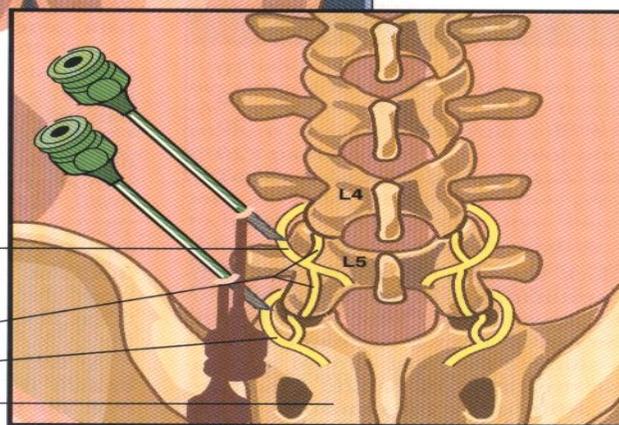
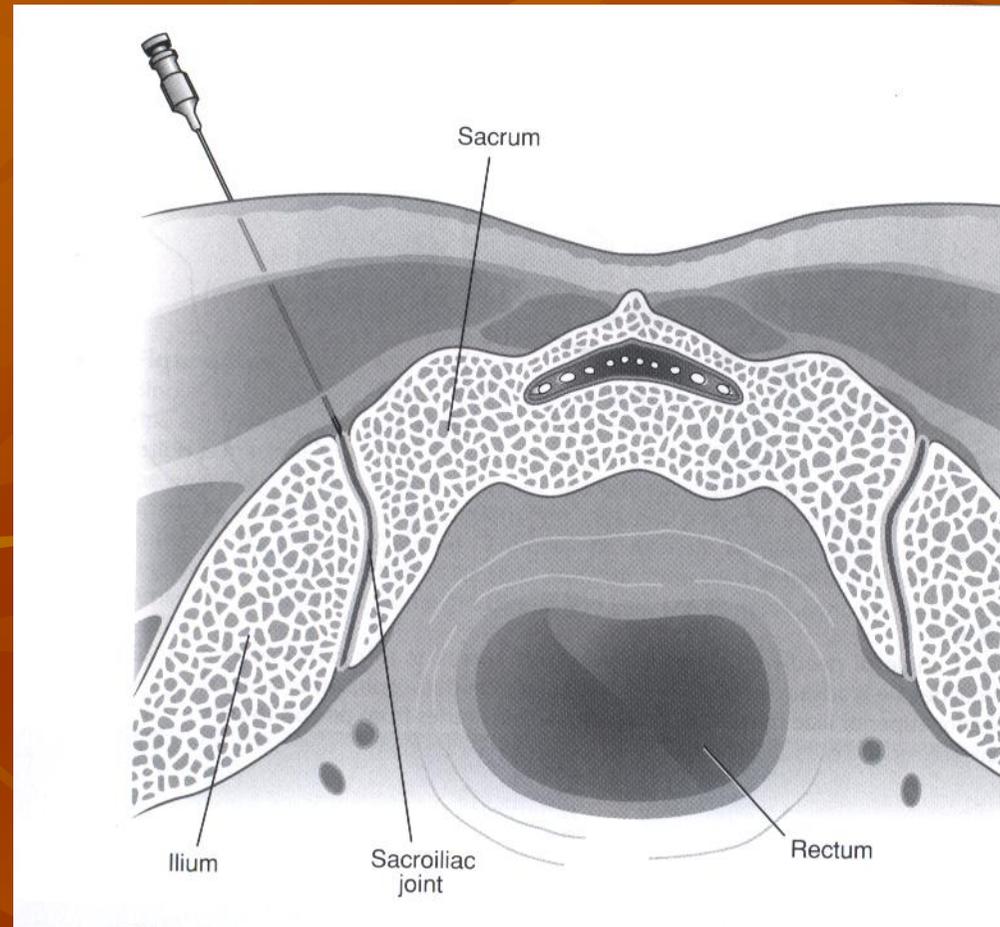


Figure 67-1

TECHNIQUES INVASIVES NON-PALLIATIVES



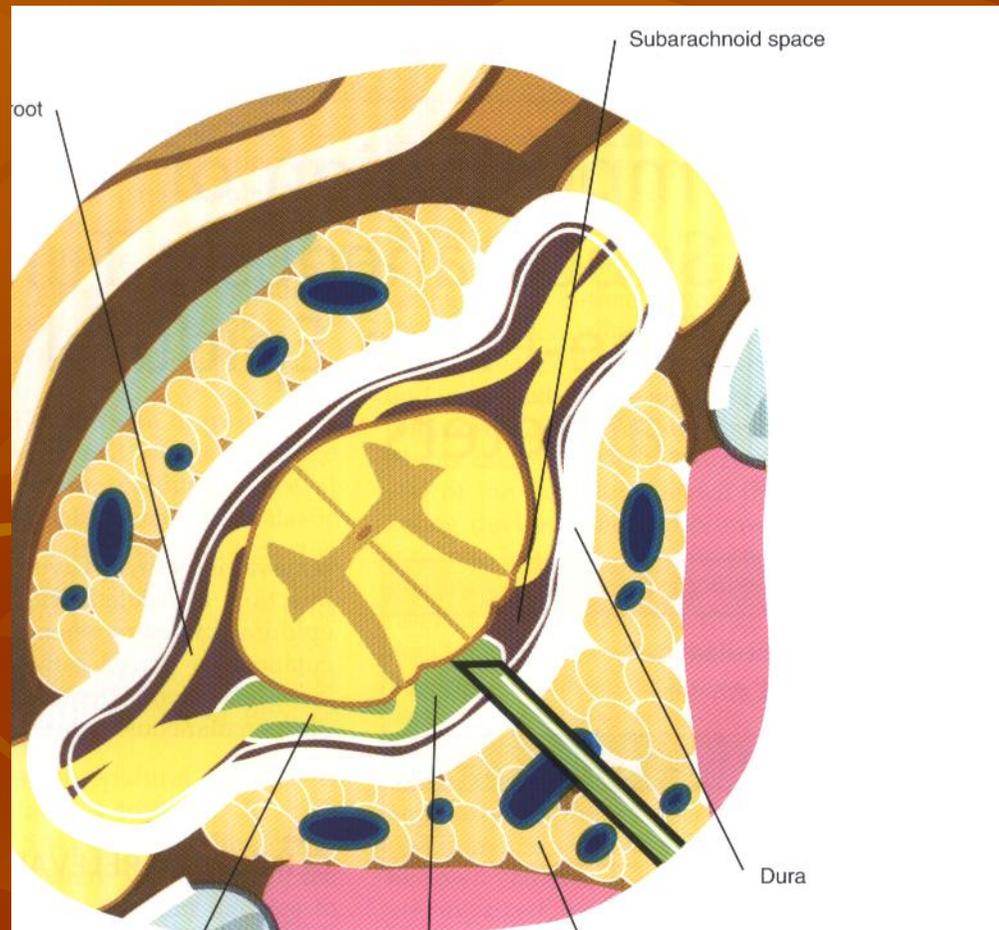
AUTRES

- Neurolyse radiculaire
- Bloc interpleural

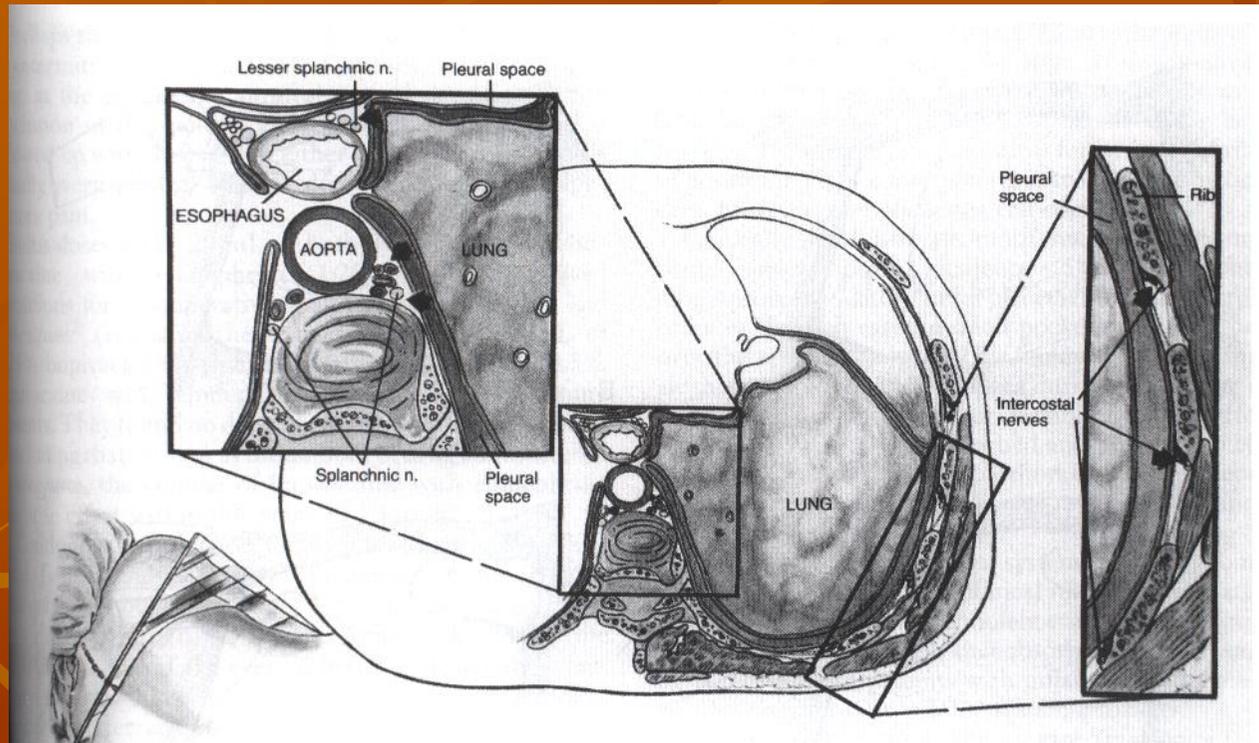
AUTRES: NEUROLYSE RADICULAIRE

- Pour douleur dans un territoire radiculaire, ne répondant pas aux traitements conventionnels (Québec).

AUTRES: NEUROLYSE RADICULAIRE



AUTRES: CATHETER OU NEUROLYSE INTERPLEURALE



MERCI



QUESTIONS ?

