

Recommandations Organisationnelles



**Recommandations pour la pratique
des blocs moteurs périphériques en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)
2018**

Document court sans argumentaire, références ni annexes

Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation SOFMER

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR

Auteurs :

Organisateur et coordonnateur d'experts SOFMER: Pr Alain Yelnik

Organisateur et coordonnateur d'experts SFAR : Pr Eric Viel

Comité d'organisation :

Alain Yelnik, Isabelle Laffont, Eric Viel, Philippe Cuvillon, Dominique Fletcher et Lionel Velly

Groupe d'experts de la SOFMER (ordre alphabétique) :

Etienne Allart (Lille), Isabelle Bonan (Rennes), François Constant Boyer (Reims), Flavia Coroian Montpellier), François Genet (Garches), Claire Hentzen (Paris), Thibaud Honore (Rennes), Marylène Jousse (Paris), Isabelle Laffont (Montpellier), Alain Yelnik (Paris).

Groupe d'experts de la SFAR (ordre alphabétique) :

Olivier Choquet (Montpellier), Philippe Cuvillon (Nimes) Dominique Fletcher (Paris), Valeria Martinez (Paris), Lionel Velly (Marseille)

Groupes de travail :

SOFMER : Coordinateur Alain Yelnik, Etienne Allart, Isabelle Bonan, François Constant Boyer, Flavia Coroian, François Genet, Claire Hentzen, Thibaud Honoré, Marylène Jousse, Isabelle Laffont.

SFAR : Coordinateur Eric Viel, Olivier Choquet (Montpellier), Valeria Martinez (Poincaré), Philippe Cuvillon (représentant du CRC), Lionel Velly (Pdt CRC), Hervé Quintar, Marc Garnier, (secrétaire CRC, Paris).

Groupe de Lecture :

Comité scientifique de la SOFMER :

I. Bonan, FC. Boyer, P.A Joseph, R. Klotz, I. Laffont (présidente), J. Paysant, D. Pérennou, F. Rannou, O. Rémy-Néris, P.Ribinik,

Conseil d'Administration de la SOFMER :

G. Amarenco, B. Barrois, D. Ben Smail, I. Bonan, FC. Boyer, E Chaleat-Valayer, X. De Boissezon, A. Delarque, J.P. Devailly, C. Diard, M. Genty, M.E. Isner, P.A Joseph (président), R. Klotz, I. Laffont, A. Laurent-Vannier, F. Le Breton, J. Paysant, D. Pérennou, F. Rannou, O. Rémy-Néris, P.Ribinik, G. Robain, G. Rode, V. Salvator-Witvoet, J. Sengler, A.Thevenon, P. Thoumie, N. Winisdoerffer, A. Yelnik.

Comité des Référentiels clinique de la SFAR : Dominique Fletcher (président), Lionel Velly (secrétaire), Julien Amour, Gérald Chanques, Vincent Compere, Philippe Cuvillon, Fabien Espitalier, Marc Garnier, Etienne Gayat, Hervé Quintard, Bertrand Rozec, Emmanuel Weiss.

Conseil d'Administration de la SFAR : Francis Bonnet (Président), Bassam Al Nasser, Pierre Albaladejo, Christian-Michel Arnaud, Marc Beaussier, Hervé Bouaziz, Julien Cabaton, Xavier Capdevila, Marie-Paule Chariot, Marie-Laure Cittanova Pansard, Jean-Michel Constantin, Laurent Delaunay, Alain Delbos, Claude Ecoffey, Jean-Pierre Estebe, Marc Gentili, Olivier Langeron, Pierre Lanot, Marc Leone, Luc Mercadal, Jean-Christian Sleth, Benoit Tavernier, Eric Viel, Paul Zetlaoui.

Texte validé par le Conseil d'Administration de la SOFMER (13/06/2018)

Texte validé par le Conseil d'Administration de la SFAR (26/09/2018)

1. Introduction

Les blocs moteurs périphériques avec agents anesthésiques sont utilisés dans les services de médecine physique et de réadaptation depuis de nombreuses années. Basés sur les principes de l'anesthésie loco régionale, ils consistent en l'injection ciblée d'un agent anesthésique pour supprimer momentanément l'action d'un groupe musculaire donné. Le but du geste est diagnostique et pronostique, permettant d'obtenir de façon transitoire et réversible l'effet du blocage de la conduction musculo-nerveuse sur un ou plusieurs muscle(s) cible(s). Ils renseignent ainsi sur l'intérêt d'un traitement focal d'une hyperactivité musculaire indésirable, le plus souvent liée à la spasticité, ou sur les conséquences de celle-ci sur l'appareil musculaire et/ou ostéo-articulaire. Ils sont très utiles chez le patient présentant une spasticité complexe puisque le thérapeute pourra (après s'être assuré de l'efficacité du bloc) évaluer l'impact fonctionnel en :

Différenciant une composante d'hypertonie musculaire d'une rétraction.

Vérifiant l'existence d'une commande motrice des muscles antagonistes, dont l'expression peut être masquée par la spasticité.

Dépistant d'éventuels effets indésirables du geste thérapeutique envisagé (trop grande hypotonie, réveil de motricité antagoniste gênante...).

A ce jour, l'absence de recommandations et la crainte d'accident aux agents anesthésiques pourraient freiner la pratique, malgré une législation favorable, permettant au médecin quel qu'il soit, de réaliser les gestes auxquels il a été formé. L'objet de ce travail encore jamais réalisé, est de définir une utilisation maîtrisée des agents anesthésiques selon des modalités sécuritaires et qualitatives, pour et dans des unités de médecine physique et de réadaptation. La Société Française Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) propose d'établir des recommandations organisationnelles en collaboration avec la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).

2. Objectifs

Ces recommandations formalisées sont le résultat du travail d'un groupe d'experts réunis par la Société Française Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) et la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) dont l'objectif principal concerne les conditions de réalisation des blocs (Recommandations organisationnelles).

Les recommandations traitent:

1. Les blocs concernés et les indications
2. Les produits et contre-indications
3. La présence médicale / infirmier et surveillance du patient après bloc et conduite à tenir en cas d'incident
4. Le matériel d'injection et de repérage
5. La préparation du patient et antalgie éventuelle
6. Le contrôle d'efficacité
7. L'information du patient (forme et contenu)
8. La formation du médecin MPR pratiquant

3. Méthodologie

3.1. Recherche bibliographique et critères de sélection.

Les données de la littérature ont été sélectionnées à partir d'une recherche sur les 10 dernières années suivant CE/ID 2006. Pour chaque question retenue, si une méta analyse au moins était disponible, la recherche bibliographique était effectuée, à partir de celle-ci et sur les publications postérieures à celle-ci.

3.2. Critère de jugement

Le critère de jugement principal de cette recommandation est le couple « complication du geste » et « sécurité ».

3.3. Rédaction en 3 temps :

Première analyse de littérature et élaboration de projet de recommandations par 3 ou 4 experts pour chaque question.

Discussion, analyse de toutes les questions par l'ensemble du groupe de travail ; rédaction des recommandations (version longue avec argumentaire et version courte limitée aux recommandations). Validation par vote des membres du groupe.

Validation par les conseils scientifiques des deux sociétés.

RECOMMANDATIONS

1. QUELS SONT LES BLOCS CONCERNES ET LES INDICATIONS :

1.1 Les blocs moteurs peuvent être utilisés chez les patients porteurs d'une déficience d'origine neurologique, présentant une spasticité ou hyperactivité musculaire involontaire pour préciser la stratégie thérapeutique.

1.2 Il n'existe pas de liste exhaustive de cibles pour les blocs moteurs.

1.3 Il n'existe pas d'argument dans la littérature pour déconseiller la réalisation de certains blocs moteurs (tous les nerfs moteurs ou mixtes peuvent en théorie faire l'objet d'un bloc moteur).

1.4 Les blocs sélectifs (branche motrice distale) doivent être priorisés, permettant une analyse clinique plus fine, une dose moindre d'anesthésique local et un résultat plus proche de celui obtenu avec une thérapeutique durable (phénolisation, neurotomie, injection de toxine botulique).

2. PRODUITS ET CONTRE-INDICATIONS

2.1 Choix et posologie de l'agent anesthésique

2.1.1 Il est recommandé d'utiliser pour la réalisation des blocs moteurs en MPR, la lidocaïne en raison de sa toxicité moindre (locale ou générale). Si un effet prolongé est recherché, il est possible d'utiliser la ropivacaïne.

2.1.2. Les formes adrénalinées n'ont pas d'indications dans la pratique des blocs moteurs en MPR.

2.1.3 L'utilisation d'autre agent anesthésique n'est pas recommandée.

2.1.4 Doses recommandées: Il est recommandé d'utiliser les doses les plus faibles possible (voir 1.4). Par accord professionnel, les précautions suivantes peuvent être recommandées:

Précautions de niveau 1 :

- pour des doses de lidocaïne (jusqu'à 2 mg/kg) : vérification des contre-indications, chariot d'urgence à proximité (contenu en annexe 1), pas de consultation pré-anesthésique, pas de nécessité d'anesthésiste.

- pour des doses de ropivacaïne (jusqu'à 1,5 mg/kg, avec un maximum de 100 mg) : idem mais avec pose d'une voie d'abord veineuse périphérique préalable.

Précautions de niveau 2 pour des doses plus importantes (>2 mg/kg Lidocaïne ; > 1,5 mg/kg ou > 100mg de ropivacaïne), il est recommandé de prendre les précautions édictées par la SFAR (en particulier : abord vasculaire périphérique, monitoring, chariot d'urgence, disponibilité immédiate d'un médecin anesthésiste réanimateur).

2.2 Temps à respecter entre 2 blocs : L'intervalle de temps entre deux injections successives (atteignant la dose maximale) ne doit pas être inférieur à la demi-vie de l'agent considéré, soit 60 minutes pour la lidocaïne, et 180 minutes pour la ropivacaïne.

2.3 Conduite à tenir en cas de traitement anticoagulant et antiagrégant :

2.3.1 La poursuite des agents antiagrégants lors de la réalisation d'un bloc n'est pas contre indiquée mais doit être évaluée au cas par cas selon l'agent (aspirine vs autres agents), le terrain, le type de bloc.

2.3.2 Pour les patients sous traitements anticoagulant, il est recommandé :

- de ne pas prendre le risque d'arrêter un traitement anticoagulant efficace (AVK, AOD, Héparines) pour un geste qui n'est pas vital.
- de prendre en compte le risque de survenue d'un hématome et celui de complications potentielles à cet hématome notamment la survenue d'un syndrome des loges.
de distinguer les blocs à faible risque (ponction unique, superficiel...) des blocs à haut risque (profond, injections multiples...), pour ne pas réaliser ces derniers en cas d'anticoagulation efficace.
- concernant les blocs à faible risque réalisés sous AVK : la réalisation du bloc est possible lorsque l'INR est <3, en privilégiant les techniques de repérage échographique.

3. PRESENCE MEDICALE / INFIRMIERE ET SURVEILLANCE DU PATIENT PENDANT ET APRES BLOC ; CONDUITE A TENIR EN CAS D'INCIDENT

3.1 Dans tous les cas, les précautions générales sont :

- Présence du médecin pendant le bloc et d'un infirmier pour la surveillance post-bloc, le médecin restant à proximité ;
- Une procédure de conduite à tenir en cas d'effet de toxicité est directement accessible ;
- Injection lente avec contrôle régulier d'absence de reflux sanguin à l'aspiration ;
- Maintien du contact verbal avec le patient ;
- Surveillance des signes précoces de neurotoxicité et de cardiotoxicité ;
- Durée de la surveillance : 30 minutes après injection de lidocaïne, 60 minutes après injection de ropivacaïne ;
- Aucune contre-indication au lever et aux tests fonctionnels ;
- L'apparition d'une complication (en particulier : hématome) devra être recherchée au décours du geste.

3.2 Selon les niveaux de précautions (cf Chapitre 2) :

- Niveau 1 : vérification des contre-indications ; le geste est effectué dans une salle adaptée avec la possibilité d'administration d'oxygène au masque ; pas de consultation pré-anesthésique, pas de nécessité d'anesthésiste ; pas de voie d'abord ni monitoring ; chariot d'urgence à proximité. Intralipid® 20% disponible dans le réfrigérateur du poste de soins.
- Niveau 2 : application des recommandations éditées par la SFAR, quel que soit l'opérateur.

4. MATERIEL D'INJECTION ET DE REPERAGE

4.1 Il est nécessaire d'utiliser une technique de repérage en complément du repérage anatomique qui ne peut être utilisé seul.

4.2 Le repérage peut être effectué par électrostimulation ou/et échographie ; il n'y a pas de supériorité démontrée de l'une par rapport à l'autre mais des avantages et inconvénients différents qui les rendent parfois complémentaires. La technique doit être choisie en fonction de l'expérience de l'opérateur.

4.3 Les recommandations pour le mode de repérage pour les blocs peuvent être extrapolées pour la neurolyse chimique.

5. PREPARATION DU PATIENT ET ANTALGIE EVENTUELLE

5.1 Le patient doit recevoir une information sur le geste et le possible caractère douloureux.

5.2 La participation du patient au choix de prémédication doit être effective dans la mesure du possible.

5.3 La prémédication par anxiolytique peut être utile. Dans ce cas la surveillance de prodromes de toxicité sera renforcée.

5.4 Toutes les techniques non médicamenteuses (hypnose conversationnelle, musicothérapie, « Résonance Energétique par Stimulation Cutanée »...) peuvent être des techniques complémentaires utiles.

5.5 Il est possible de proposer une prévention antalgique avant la réalisation d'un bloc moteur. Plusieurs options sont possibles et recommandées :

- Application d'un agent anesthésique local cutané (type EMLA).
- Mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA / Entonox / Kalinox).

6. CONTROLE D'EFFICACITE

6.1 Le bloc moteur doit être réalisé en déterminant au préalable des hypothèses sur les facteurs concourant à la gêne, et doit donc répondre à des questions précises.

6.2 Il est important de tenir compte du délai d'installation du bloc moteur (variable selon le produit utilisé) et de vérifier, quand cela est possible, le caractère effectif du blocage nerveux (abolition de la spasticité, présence de troubles sensitifs si nerf mixte...).

6.3 L'évaluation comporte plusieurs aspects :

L'évaluation analytique pour analyser les mécanismes des troubles neuromoteurs impliqués dans les difficultés observées.

- L'évaluation en situation pour mesurer l'effet du bloc moteur dans la/les situation(s) à l'origine de la gêne rapportée par le patient, son entourage ou le thérapeute.
- L'évaluation du ressenti subjectif du patient ou de l'aidant.

6.4 L'évaluation doit reposer de préférence sur des outils validés et adaptés aux problématiques présentées par les patients.

6.5 Les données d'évaluation doivent être consignées dans le dossier médical, et des conclusions doivent être formulées, comportant autant que possible des propositions thérapeutiques.

7. INFORMATION DU PATIENT (FORME ET CONTENU)

7.1 L'information du patient est une obligation avant la réalisation d'un bloc moteur à visée diagnostique. Elle doit obligatoirement se faire à l'oral, mais il est recommandé d'y associer un support écrit. Le recueil d'un consentement oral est nécessaire et suffisant.

Si le patient est mineur, le consentement d'au moins un de ses représentants légaux est obligatoire. Si le patient est un majeur protégé, le consentement du représentant légal n'est pas systématiquement exigé. Le principe d'autonomie de la personne s'applique sauf notification spécifique du juge des tutelles. Cependant, le représentant légal doit toujours recevoir l'information pour lui permettre d'aider la personne protégée dans sa réflexion.

7.3 Les traces de la délivrance de l'information (et éventuelles difficultés rencontrées lors de celle-ci) et du recueil du consentement doivent figurer dans le dossier médical.

7.4 Les objectifs du bloc doivent être définis en amont, avec le patient.

8. FORMATION DU MEDECIN MPR PRATIQUANT

8.1 La pratique des blocs moteurs nécessite une formation à leurs indications, leurs risques potentiels et la connaissance des présentes recommandations.

8.2 Les techniques de repérage nécessitent un enseignement avec courbe d'apprentissage et pré requis de connaissances anatomiques.

8.3 Cette formation doit être assurée par la formation initiale et continue en MPR.