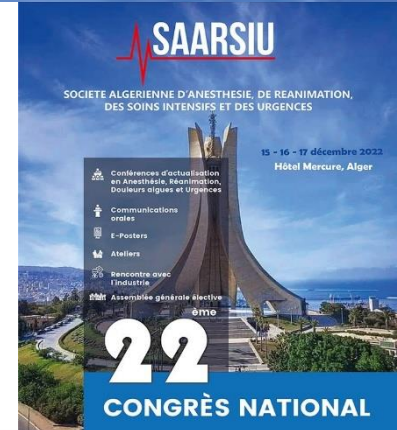




SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'ANESTHÉSIE, DE RÉANIMATION,
DES SOINS INTENSIFS ET DES URGENCES

22^e Congrès National de la SAARSIU
Alger, les 15,16, 17 Décembre 2022



la douleur périopératoire en chirurgie des fentes labiales et labio-palatines chez l'enfant

LEKHAL. A, BELKHIR. A , HAKIKI .C.A
Anesthésie réanimation CHU A.Hassani – Sidi Bel Abbès.



Introduction

- Malformation **congénitale** la plus **fréquente** des malformations maxillo-faciales.
- Unilatérale droite ou gauche, ou bilatérale et peut alors être symétrique ou asymétrique.
- Selon le type de fente, l'enfant et les parents devront faire face à des **problèmes alimentaires** (inefficacité de succion et d'occlusion labiale) et parfois **respiratoire** (séquence de Pierre Robin).

Introduction

- L'anesthésie pour fente labiale ou labiopalatine possède **des particularités** et méritent d'être détaillés et bien étudiés surtout dans la prise en charge de la douleur péri et post opératoire .
- L'**information** aux parents est primordiale pour leur implication dans cette **prise en charge** parfois **complexe**.

Introduction

- La douleur **périopératoire** après chirurgie curative de fentes palatines ou labio-palatines est importante et se prolonge jusqu'à **24 - 48 heures** après l'intervention chirurgicale.
- La gestion de cette douleur nécessite des antalgiques morphiniques dans la majorité des cas.
- Cependant, l'anesthésie locorégionale montre son intérêt en termes de qualité d'analgésie et d'économie morphinique périopératoire.

Objectifs

- Évaluer **les blocs de la face** pour la gestion de la douleur en périopératoire.
- Montrer l'impact de l'ALR dans **l'épargne morphinique.**

Rappel anatomique et chirurgicale

- Les fentes labiales et labio-maxillaires constituent des anomalies précoces du développement céphalique.

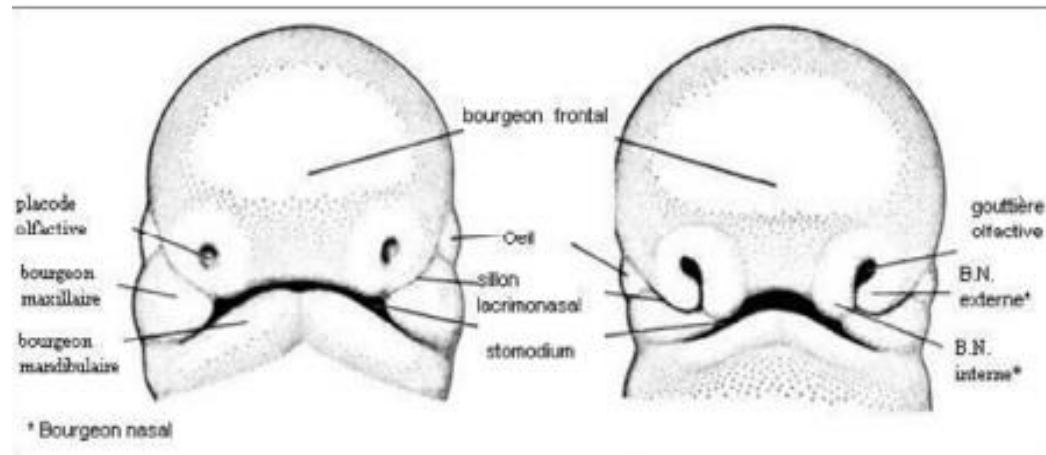


Figure 1 : 5-6^{ème} semaine: formation des bourgeons de la face [3]

Rappel anatomique et chirurgicale

- La défaillance du processus de mort cellulaire embryonnaire est responsable de la constitution de fente.
- Défaut de fusion des bourgeons nasaux :

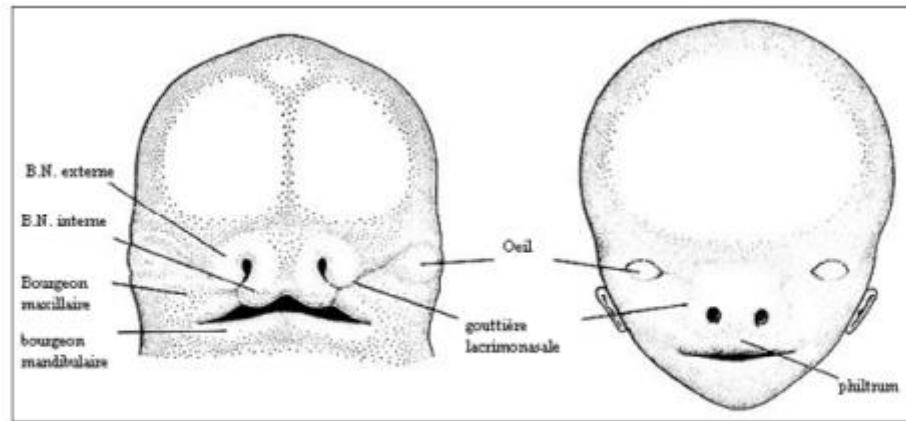


Figure 2 : 7-10^{ème} semaine : fusion des bourgeons nasaux internes et nasaux externes [4]

Rappel anatomique et chirurgicale

Classification internationale

- Classification de Kernahan et Stark La confédération internationale de chirurgie plastique a adopté depuis 1967, la classification suivante :
- Fente intéressant le palais primaire :
On subdivise ces fentes en :

- Fente unilatérale incomplète du palais primaire (1/3, 2/3, 3/3 de la lèvre).
- Fente unilatérale complète du palais primaire (1/3, 2/3 alvéolaire).
- Fente bilatérale complète du palais primaire (3/3 alvéolaire).

- Association palais primaire et palais secondaire :

On distingue:

- Fente unilatérale complète du palais primaire et secondaire.
- Fente bilatérale complète du palais primaire et secondaire.
- Fente unilatérale incomplète du palais primaire et secondaire.



Les différents types de fentes

Fente du palais secondaire

Fente du palais et du voile
Fente vélo-palatine



Fente du palais secondaire

Fente vélaire
Fente vélo-palatine
sans atteinte de la lèvre

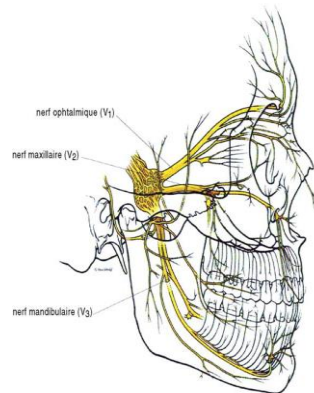


Fente du palais primaire

Fente labiale simple, Fente labio-alvéolaire
Unilatérale ou bilatérale
Associée ou non à une fente vélo-palatine

Anesthésie

- **Chirurgie douloureuse , réflexogène et émétisante sur un terrain polymalformatif**



Matériels et méthodes

- Etude monocentrique prospective, réalisée sur une période de 06 mois, de décembre à Mai 2021, en chirurgie pédiatrique du CHU de Sidi Bel Abbès.
- Un bloc de la face a été réalisé par voie infra orbitaire (fente labiale) ou supra zygomatique (fente labio-palatine ou palatine) après induction anesthésique et intubation trachéale chez 20 enfants âgé de 09 mois à 03 ans.
- L'efficacité du bloc a été évalué par cotation de la douleur selon l'échelle d'hétéro-évaluation (EVENDOL).

Anesthésie

Consultation pré anesthésique :

- âge et période néonatal
 - ✓ Alimentation et développement
 - ✓ **Syndrome polymalformatif à chercher**
 - ✓ Examen clinique minutieux
 - ✓ Evaluer le risque d'évènement respiratoire : **CLODS**
 - ✓ Prescription de la **prémédication**
 - ✓ Demande de bilan biologique ainsi la demande de sang (fentes labio-palatines)

Anesthésie

préparation de la salle et prémédication

- ✓ **Impératifs obligatoire :**
 - Visite pré anesthésique
 - **Monitoring complet** y compris température
 - Salle préchauffée
 - Matériel **d'intubation difficile** pré vérifiée
 - **Prémédication**
 - Prévoir un check list des drogues d'urgences et d'antidotes .
 - **Sondes armée**
 - Table **d'ALR** si protocole adopté

Anesthésie

Induction

✓ AG combinée à un bloc de la face :

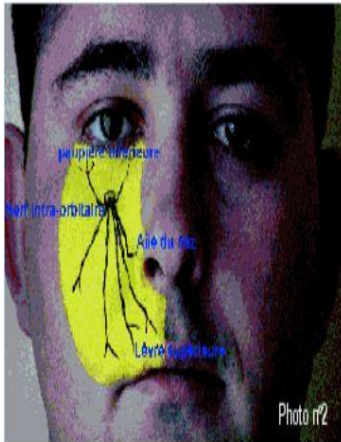
- Hypnotique iv ou halogénée
- Le choix de drogues en fonction:
 - Terrain : pathologies associés
 - Maitrise par l'équipe d'anesthésie
 - Dans le respect des contres indications .
- **Intubation douce par un expérimentée (traumatisme signifie un report chirurgical ou un dégat esthétique)** avec une fixation en pré sélective pour lutter contre la sortie de la sonde dès l'hyperluxation est relaissée au position chirurgicale.

Anesthésie

Induction

- ✓ **Réalisation du bloc** de la face réalisé par voie:
 - Infra orbitaire (fente labiale)
 - Supra zygomatique (fente labio-palatines ou palatine)
 - Après un test d'aspiration, **0,15 a` 0,2 mL/kg (maxi 5 mL)** d'AL est injecté de manière lente sans aucune résistance.
 - Bloc bilatérale.

Bloc nerf infra-orbitaire



Indications:

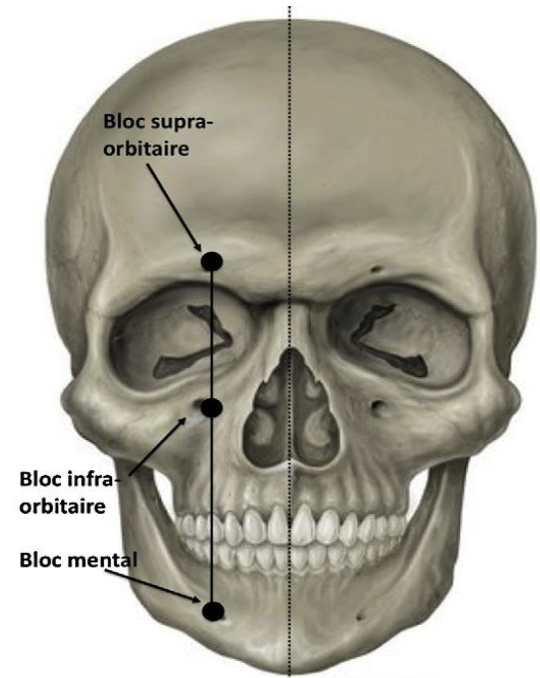
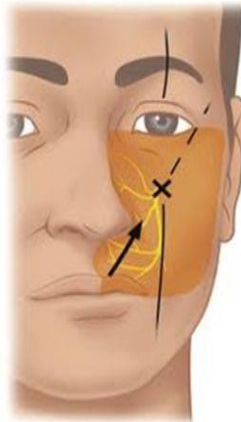
lèvre supérieure, aile du nez, joue, paupière inférieure.

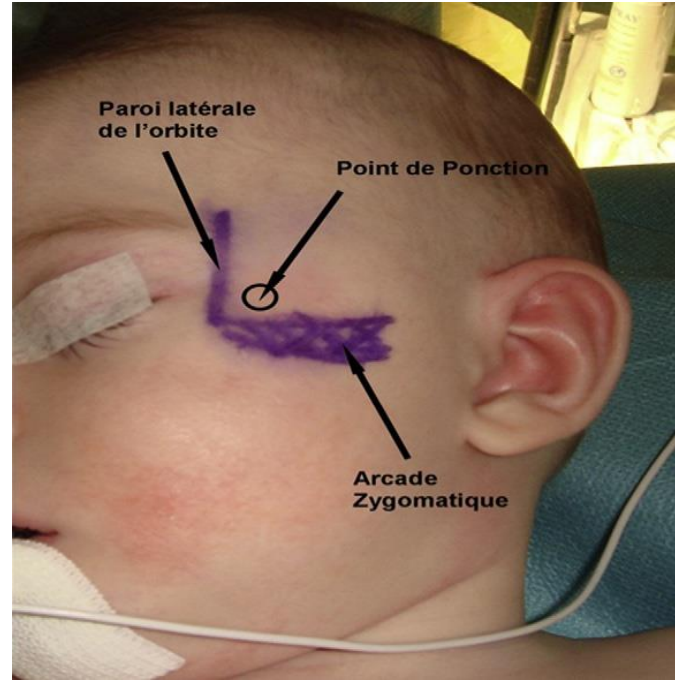
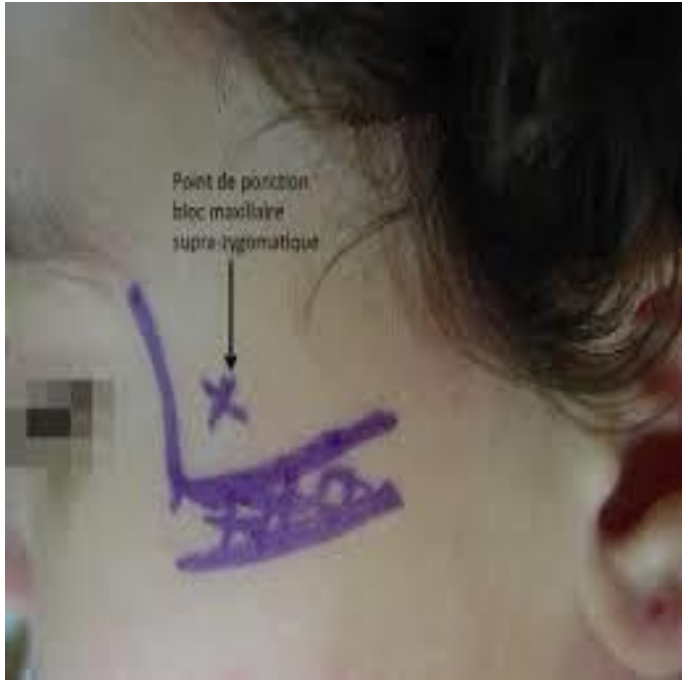
Technique:

foramen infra orbitaire a 1 cm sous rebord orbitaire inférieur et a 2 cm de l'aile du nez, ponction a 1 cm de l'aile du nez, en haut et en dehors, pointe aiguille regardant l'angle externe de l'œil, en direction du foramen,

Aiguille s'enfonçant de 1,5 a 2 cm.

2 a 3 ml de xylo





Anesthésie

Entretien

- Halogénée à objectif MAC , Fe et Fi en fonction de l'âge.
- AIVOC si propofol utilisée
- BZD à la SAP
 - Avec un mélange AIR /O2 ou AIR /N2O si pas de contre indication .

Anesthésie

Réveil Et Extubation

- Événement important
- Fréquence des incidents respiratoires
- Extubation en fin d'inspiration
- Au GUEDEL 1 ou GUEDEL 3 .
- Sans aspiration forcée
- Après avoir enlevée le packing chirurgicale .
- En normothermie

Anesthésie

Réveil Et Extubation

- **Les critères de sortie de la salle de réveil :**
 - Score d'Aldrete $>$ à 8
 - Absence de complication chirurgicale
 - Vérification du pansement
 - **Absence de douleur EVA $<$ 30 ou FLACC $<$ 3 pour les moins de 6 ans**
 - Absence de **nausées vomissement**
 - Absence de globe vésical
 - Autorisation de sortie signée par le MAR
 - Regrouper le dossier médical
 - Prévenir le service et donner les consignes postopératoires.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes Evaluations après antalgique ³						
					au repos ¹ au calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	Antalgique		R		M		
							R	M	R	M	R	M	
Expression vocale ou verbale <i>pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal</i>	0	1	2	3									
Mimique <i>a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée</i>	0	1	2	3									
Mouvements <i>s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe</i>	0	1	2	3									
Positions <i>a une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile</i>	0	1	2	3									
Relation avec l'environnement <i>peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage</i>	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3									
Remarques	Score total /15												
	Date et heure												
	Initiales évaluateur												

¹ Au repos au calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...

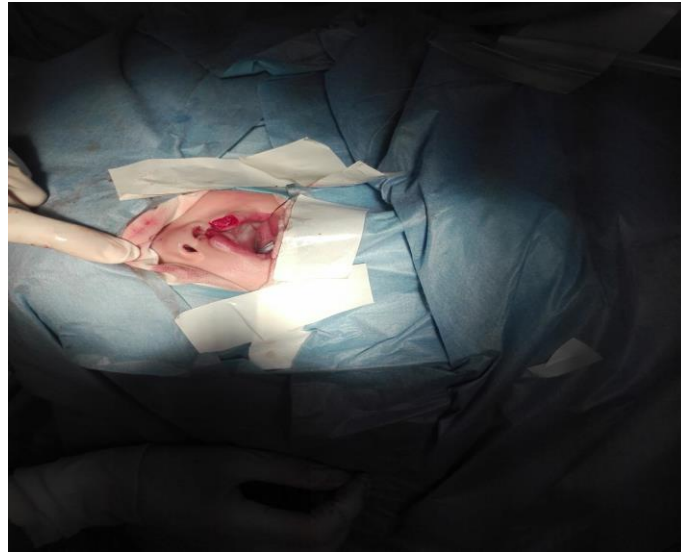
² A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.

³ Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).

Echelle validée pour mesurer la douleur (aiguë ou prolongée avec atonie), de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, au SAMU, en salle de réveil, en post-opératoire - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129-130. Archives de Pédiatrie 2012, 19, 922, P42-44. Journées Paris Pédiatrie 2009 : 265-276. Pain 2012, 153 : 1573-1582. Contact : elisabeth.fournier-charriere@bct.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDOL

Résultats

- L'efficacité du bloc a été montrée lors de la cotation de la douleur par l'échelle d'hétéroévaluation (EVENDOL).
- En effet, la douleur était cotée entre 1 et 3.
- Cette technique d'ALR a permis une plus grande stabilité hémodynamique, une épargne morphinique certaine en peropératoire et par conséquent, une absence de nausées vomissements post opératoires.
- Le réveil était calme, sans agitation.



Discussion:

- Beaucoup de nos équipes méconnaissent les particularités de la chirurgie ORL.
- IGNORENT l'intérêt des blocs de la face.
- Banalise l'utilisation des morphiniques et des AINS en per et post opératoire.
- Prise en charge inadéquate ou standardisé de la douleur post-op.

Conclusion

- Les fentes labio-maxillo-palatines occupent une place importante au sein des malformations faciales, en raison de leur fréquence, et des problèmes thérapeutiques multiples qui justifient une prise en charge multidisciplinaire précoce.
- La prise en charge anesthésique des nourrissons porteurs de fentes est délicate car elle comporte un risque de complications respiratoires non négligeable, risque accru par les particularités anatomiques et physiologiques du nourrisson, par la chirurgie elle-même qui empêche l'accès aux voies aériennes, et accru encore par les malformations parfois associées.

Conclusion

- Le choix de la bonne technique anesthésique et d'un bon protocole anesthésique réduit le risque des complications post opératoire.
- L'efficacité des blocs de la face permet une analgésie de qualité et une économie morphinique péri-opératoire chez l'enfant, ce qui suggère la réalisation systématique de ces blocs pour une meilleure gestion de toute la période péri-opératoire.

Bibliographie

1. COULY. G : Crêtes neurales, morts cellulaires et fentes labio-maxillaires. Chirurgie Pédiatrique. Vol. 24, n° 4-5, 1983, p 225-227.
 2. Daou B. Complications des anesthésies rachidiennes à l'HNPG. Thèse de médecine, Bamako 2002 ; 105-M-02
 3. Diawara F. Accidents et incidents au cours de l'anesthésie en chirurgie programmée à l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse de médecine, Bamako 2005 ; 114-M-05
 4. Dicko M. Le risque anesthésique en chirurgie programmée à l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse de médecine, Bamako 1999 ; n°46
 5. Diop Thierno Madane. Accidents et incidents au cours de l'anesthésie en chirurgie non programmée à l'hôpital Gabriel TOURE. Th : Med : Bamako, 2007-105P. ; 1
 6. Drave Seydou. Problématique de la prise en charge anesthésique des enfants dans le CHU Gabriel TOURE. Th : Med : Bamako, FMPOS: 2008; n°351
 7. Duvaldestin P. et Feisse P. Pratique de l'anesthésie réanimation en France en 1996. AFAR 2000 ; vol 11 : 1299-387
 8. HSIEH F, LEEC, WUC, KOT, KAO M, WONG A et al Anténatal ultrasonique findings of cranio-facial malformations J. FORMOSAN .Med Assoc. 1991, 90, 551-4
 9. HOUZE DE L'AULNOIT, ELLART. D, FURBY. F Diagnostic échographique anténatal des fentes labiales et labio-palatines à propos de 10 observations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol. 20, n°3, 1991, p : 325-331.
 10. PELLERIN. D, BERTIN. P Techniques de chirurgie Pédiatrique. MASSON. Paris. 1978.
 11. RAPOSIO. E. PANARESE. P SANTI. P Fetal unilateral cleft lip and palate: detection of enzymic in the amniotic fluid Plastic and reconstructive surgery 103(2): 391-4, 1999 Feb
 12. T. MERESSE, J-P. CHAVOIN, J-L. GROLLEAU Chirurgie réparatrice des lèvres Elsevier Masson SAS. 2010, 45-555.
- Christophe Dadure, Chrystelle Sola, Isabelle Gaudet-Ferrand Chirurgie de fentes labio-palatines chez l'enfant : modalités de prise en charge anesthésique 30 octobre 2015 www.em-consulte.com/revue/anrea www.sciencedirect.com