

## ANESTHÉSIE LOCO-REGIONALE (ALR) DE LA FACE \*

### RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon

\* Sous la responsabilité des rédacteurs

### GÉNÉRALITÉS

#### DOULEUR

- Douleur (pariétale) liée à une plaie de la face.

#### PATIENT

- Champ majeur d'application : sutures et/ou soins de plaies étendues ou multiples de la face (permet d'éviter l'administration de doses trop importantes d'anesthésiques locaux (AL) en infiltration et l'anesthésie générale chez un patient à l'estomac plein).

### TECHNIQUES DE RÉALISATION

#### BLOC DU NERF FRONTAL (SUPRA-ORBITAIRE)

- Réalisé au niveau du foramen supra-orbitaire, sur le rebord orbitaire supérieur, à l'aplomb de la pupille centrée.
- L'aiguille vient en regard de l'orifice sans le pénétrer.
- Lidocaïne 1 % non adrénalinée injection lente de 1,5 à 2 ml après test aspiratif.

#### BLOC SUPRA-TROCHLEAIRE

- Bloc du rameau supra-trochléaire au contact de l'os, au niveau de l'angle du bord supérieur de l'orbite et l'os nasal.
- Lidocaïne 1 % non adrénalinée injection lente de 1,5 à 2 ml après test aspiratif.

- Pratiqués de manière bilatérale, ces deux blocs entraînent une anesthésie de tout le front (jusqu'à la suture coronale) et des paupières supérieures.
- Techniques de réalisation simple, elles provoquent très peu d'incidents.
- Le pourcentage de succès augmente avec le volume injecté.

### TECHNIQUES DE RÉALISATION

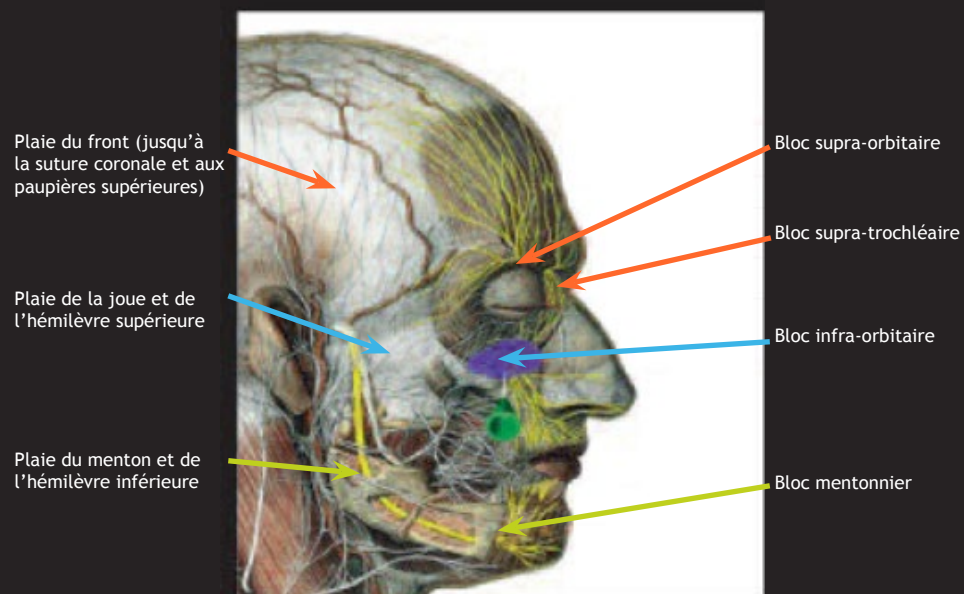
#### BLOC DU NERF INFRA-ORBITAIRE

- Réalisé au niveau du foramen infra-orbitaire ou trou sous-orbitaire, à l'aplomb de la pupille centrée à 2 cm de l'aile du nez et à 1 cm sous le rebord orbitaire, par voie orale ou transcutanée.
- Le doigt externe repère l'orifice et l'aiguille, introduite au niveau de l'aile du nez ou à l'apex de la fosse canine par voie orale, vient au contact du foramen sans le pénétrer. La pointe de l'aiguille prend la direction de l'angle externe de l'œil.
- Par voie buccale, le nerf dentaire antérieur est également anesthésié.
- Lidocaïne 1 % non adrénalinée injection lente de 1,5 à 2 ml après test aspiratif.
- La joue et l'hémilèvre supérieure sont anesthésiées.
- Technique de réalisation simple et aucune complication sévère et durable n'est décrite.

#### BLOC DU NERF MAXILLAIRE INFÉRIEUR

- Anesthésie
- Lèvre inférieure et menton
- Lidocaïne 1 % non adrénalinée injection lente de 1,5 à 2 ml après test aspiratif.
- Technique : le bloc mentonnier est réalisé par voie buccale ou transcutanée au niveau du foramen mentonnier (sans pénétrer dans le canal), à l'apex de la première molaire. Voie transcutanée : le point de ponction est situé à environ 0,5 cm en arrière et au-dessus du trou mentonnier. L'aiguille est introduite perpendiculairement puis dirigée en dedans, en bas et en avant jusqu'au contact osseux. Voie endo-buccale : ponction à l'apex de la première prémolaire, en dirigeant la pointe de l'aiguille vers le foramen. Volume injecté : 2 à 3 ml de lidocaïne non adrénalinée.
- Principaux risques : une lésion neuronale par injection canalaire peut entraîner des paresthésies.

## STRATÉGIE D'ANALGÉSIE



- Analgésie première par paracétamol et/ou MEOPA et/ou morphine titrée intraveineuse (cf. fiches MEOPA ou titration morphinique)

## SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

### PRÉCAUTIONS À PRENDRE

- Les complications à surveiller et à prévenir, surtout dans les blocs multiples, sont les risques de surdosage et de toxicité.
- Il convient donc :
  - d'utiliser de la lidocaïne 1 % non adrénalinée,
  - d'effectuer un test aspiratif régulier pendant l'administration de la lidocaïne (la face étant une région richement vascularisée, le risque d'injection intra-vasculaire accidentelle est réel),
  - de respecter les doses maximales de lidocaïne (300 mg chez l'adulte - 5 mg/kg chez l'enfant),
  - d'administrer de manière lente et fractionnée la lidocaïne, l'absence de reflux au test aspiratif n'excluant pas la position intravasculaire (en particulier dans une veine) de l'aiguille,
  - pendant et après l'administration locale de lidocaïne, de rechercher des prodromes de toxicité neurologique.

### PRODROMES DE TOXICITÉ NEUROLOGIQUE ET CONDUITE À TENIR

#### SIGNES SUBJECTIFS

- Paresthésies
- Fourmillements dans les extrémités
- Céphalées en casque ou frontales
- Goût métallique dans la bouche
- Malaise général avec angoisse, étourdissement, sensation ébrieuse, vertiges
- Logorrhée
- Hallucinations visuelles ou auditives, bourdonnements d'oreille

#### SIGNES OBJECTIFS

- Pâleur, tachycardie
- Irrégularité respiratoire
- Nausées, vomissements
- Confusion voire absence
- Empâtement de la parole
- Nystagmus
- Fasciculations au niveau des lèvres ou de la langue

#### CONDUITE À TENIR

- Arrêter immédiatement l'injection
- Placer le patient en décubitus dorsal
- Administrer de l'oxygène
- Poser une voie d'abord veineuse (si non préalablement réalisé)
- Mettre le patient sous électrocardioscope (si non préalablement réalisé)
- Effectuer les gestes de survie si nécessaire
- Appeler à l'aide une équipe d'anesthésie-réanimation
- Injecter précocement des intralipides à 20 % à la dose de 3 mL/kg en bolus

## CONDUITE À TENIR DE L'INFIRMIÈR(E) DES URGENCES

### PRÉPARATION DU PATIENT

- Choisir et appliquer une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN).
- Prévenir le patient de la nature de l'acte, obtenir sa coopération.
- Disposer de l'autorisation de soins aux mineurs.
- Expliquer qu'il s'agit d'une anesthésie qui disparaîtra totalement en quelques heures.
- Surveiller les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO<sub>2</sub>, température, sensibilité et motricité du membre.
- Noter ces éléments sur le dossier patient.

### PRÉPARATION DU MATÉRIEL

#### KIT SPÉCIFIQUE ALR :

- Champ opératoire stérile
- Antiseptique
- Seringues 5 ml
- Aiguille (23-25 Gauges) à biseau court
- Lunettes de protection
- Masque chirurgical
- Container à aiguilles
- Gants

#### ANESTHÉSIE LOCAL :

lidocaïne 1 % non adrénalinée à température ambiante

*Prévoir échographe.*

*S'assurer de la disponibilité du matériel de réanimation (chariot d'urgence, intralipides à 20 %, défibrillateur, oxygène, scope).*

### DÉROULEMENT

- Installer le patient en décubitus dorsal.
- Poser une voie veineuse périphérique avant l'acte.
- Aseptiser la peau.
- Servir l'opérateur.
- Vérifier la nature du produit proposé au médecin.
- Maintenir le contact verbal tout au long de la procédure afin de rechercher les prodromes ou tous signes de réaction systémique.
- Distraire l'attention, surtout chez l'enfant.
- Détecter les signes de toxicité aux anesthésiques locaux.
- Signaler au médecin le moindre signe anormal.

## DEVENIR DU PATIENT

### CRITÈRES D'ORIENTATION

- Plaies multiples : après le geste, surveillance d'environ une heure pour s'assurer de l'absence de survenue de signes de toxicité.
- Habituellement, renvoi au domicile, sauf si intoxication associée.
- Le risque de résorption retardé est pratiquement nul si des concentrations faibles et des volumes limités sont utilisés.
- Prévoir l'ablation des fils.

### TRAITEMENT ANTALGIQUE

- Fonction des lésions associées.
- Prévoir une prescription d'antalgiques (paracétamol) ou association paracétamol + codéine ou tramadol en cas de plaie importante isolée.

#### Références bibliographiques :

- SFAR, SAMU de France et SFMU. Conférence d'experts. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences. La collection de la SFAR. Paris, Elsevier 2004. ([www.sfar.org](http://www.sfar.org))
- Navez M, Mollieux S, Auboyer C. Les blocs de la face. Conférences d'actualisation. 35<sup>e</sup> Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation. SFAR, Paris Elsevier, 1997 : 237-49.
- Maillot MC, Freysz M. Nouvelles pratiques aux urgences. Anesthésie locale et locorégionale. Anesthésie par mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote et décret de compétence des Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État. In : 7<sup>e</sup> journée des infirmier(e)s d'urgence 2004. Les journées thématiques de la SFAR, 2004 : 45-54.
- Viel E, Freysz M, Delbos A. Analgésie locorégionale. In : JL Ducasse, Dequad Urgences - Douleurs aiguës en situations d'urgence : des techniques à la démarche qualité. Ed Arnette, 2004 : 32-43.
- Lacroix G et al. Appréciation de la place de l'anesthésie locorégionale pour la prise en charge des plaies de la face aux urgences, Ann Fr Anesth reanim, 2010, 29:3