

	<b>Analgésie par cathéter intercostal au cours des Vidéothoracoscopies en chirurgie thoracique</b>	<u>Référence</u> : Soins/Protocole/074 <u>Version</u> : v1 <u>Date de création</u> : 04/06/2018 <u>Date d'application</u> : 04/06/2018 Page 1 sur 2
		<i>Analgésie Cathéter intracostal</i>

	Nom	Fonction	Date et Signature
Rédaction	SZEKELY Barbara BRACONNIER Aurélie	Médecin Anesthésiste, Infirmière Coordinatrice	
Validation de l'expert	SZEKELY Barbara	Médecin Anesthésiste, Responsable CLUD	
Approbation	SAINT MARC Thierry DUMANS Virginie	Cadre Supérieur Médecin Anesthésiste	

## **1. OBJET**

L'analgésie par bloc intercostal est une technique d'analgésie locorégionale sélective

## **2. DOMAINE D'APPLICATION**

Patients bénéficiant d'une intervention chirurgicale thoracique.

Services : chirurgie thoracique, SSPI et USIR.

Une prise en charge efficace de la douleur aiguë postopératoire permet de diminuer l'incidence des douleurs chroniques et favorise une réhabilitation précoce.

PATIENTS ELIGIBLES :

\*VATS avec bonne fonction pulmonaire sous-jacentes (bloc des nerfs intercostaux + cathéter intercostal et infiltration des orifices de drainage)

\*Thoracoscopie, talcage et biopsie pleurale (cathéter intercostal et infiltration des orifices de drainage)

Inscrire le patient sur la base de suivi Voozano pour le suivi par l'équipe infirmière douleur

## **3. DOCUMENTS DE REFERENCE**

1) Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

2) Circulaire DHOS /E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

3) Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.

## **4. PROCEDURE**

### **4.1 AU BLOC OPERATOIRE**

**En début d'intervention, réalisation par le chirurgien d'un bloc des nerfs intercostaux intra-thoracique étagé**

**Matériel nécessaire :** (Kit déjà préparé en réserve d'anesthésie)

- \* 1 aiguille sous-cutanée (orange)
- \* 1 prolongateur fin (« tubulure AIVOC »)
- \* 1 aiguille pompeuse (rose)
- \* 2 seringues de 20 mL
- \* tubulure de périurale
- \* aiguille de thuoy

Donner à l'IBODE 5 ampoules de lévobupivacaïne Chirocaïne à 2,5%, soit un volume total de 50 ml d'anesthésiques locaux. **La dose maximale recommandée en injection unique de lévobupivacaïne est de 150 mg et ne doit pas être dépassée.** La dose habituelle est de 2 mg/kg de lévobupivacaïne.

Il faut donc adapter la dose en cas de poids inférieur à 45 Kg. Chez ces patients il faut adapter la dose totale en conservant le volume de 50 ml (*ex : 100 mg de Chirocaïne soit 4 ampoules de 2.5% (40 ml) + 10 ml de sérum physiologique*).

Le bloc intercostal étagé dans chaque espace intéressé par l'intervention est réalisé en début d'intervention.

Injection IVD de **8 mg de Célestène** ou Dexaméthasone dès le début de l'intervention pour prolonger la durée du bloc.

### **En fin d'intervention, mise en place par le chirurgien du cathéter intercostal**

#### **Matériel nécessaire dans le kit :**

INJECTION de 30 ml de Chirocaïne 2,5 % (3 ml par étage, soit 75 mg de Chirocaïne).

Dilatation de l'espace avec 20 ml de Chirocaïne 2,5% (soit 50 mg de Chirocaïne).

Infiltration des orifices de drainage. Il n'est pas nécessaire d'ajouter un filtre car il est sur la tubulure de la pompe Ambit.

## **4.2 EN POST OPERATOIRE**

### **4.2.1 Analgésie par le cathéter intercostal**

Vérification de l'absence de reflux sanguin par le cathéter

Branchement des poches de CHIROCAINE 1,25MG/ML INJ (Poche de 100ML) via le cathéter intercostal par la pompe AMBIT dédiée, à la vitesse de 6 ml/h.

### **4.2.2 Surveillances**

La surveillance IDE se fait sur les feuilles de prescriptions prévues à cet effet « surveillance cathéter intercostal »

Surveillance du score de respiration et score de sédation

Surveillance de la douleur au repos, à la toux et à la mobilisation

Surveillance standard des paramètres hémodynamiques

### **4.2.3 Analgésie de complément en systématique en dehors des contre-indications :**

\* Paracétamol 1 g lors de la prémédication puis 1g x 4/j en postopératoire.

\* Kétoprofène 50 mg peropératoire puis 50 mg x 4/j en postopératoire, associé à un protecteur gastrique

\* Néfopam 20 mg peropératoire puis 20 mg x 4/j PO en postopératoire.

**Pas de PCA** systématique en postopératoire.

La thromboprophylaxie est prescrite selon les modalités habituelles (Lovenox)

### **4.2.4 Analgésie de complément en cas de douleur persistante.**

En première intention : Topalgin 50 mg x4/j PO.

En deuxième intention : titration morphine en sspi puis relais par morphine per os SEVREDOL 10 mg toutes les 4 heures ou OXYNORM 5 mg toutes les 4 heures dans les services

### **4.2.5 Changement des poches**

Les poches de CHIROCAINE 1,25MG/ML INJ (100ML) seront changées par les IDE du service de chirurgie thoracique.

### **4.2.6 Ablation du cathéter et restitution des pompes**

L'ablation du cathéter se fait par les IDE du service. Il n'est pas nécessaire d'arrêter la thromboprophylaxie

Un relais analgésique est mis en place si besoin après l'ablation du cathéter.

Les pompes sont à redescendre rapidement en SSPI.