

Spécificités des Carotides sous AL(R) (Dr Di Centa)

1) Consultation :

- Les AAP (agents anti plaquettaires) sont maintenus comme pour une AG (en cas d'association Plavix®-aspirine, un des deux AAP est suspendu).
- Habituellement, les patients sont déjà informés que l'intervention se déroule sous AL. Si ce n'est pas le cas, expliquer que ce n'est pas une « option » qui leur est offerte mais une nécessité liée à la chirurgie : dans ces conditions, il n'y a jamais de refus.
- Expliquer le déroulement de l'intervention et ce que l'on attend d'eux durant le clampage carotidien.
- Contre indications chirurgicales à l'AL : bifurcation carotidienne très haute, chirurgie carotidienne récente. Si un shunt est prévu d'emblée, l'intervention se déroule quand même sous AL.
- Contre indications anesthésiques à l'AL :
 - patient avec une forte perturbation des fonctions supérieures et/ou dont on prévoit qu'ils ne sera pas capable de rester immobile durant deux heures.
 - Intubation prévue difficile. (rares cas de crises convulsives pendant le clampage avec nécessité d'intubation post sédation)

2) Prémédication :

- Hydroxyzine (Atarax®)
- Paracétamol
- Pour les patients sous héparine IV, l'héparine doit être continuée jusqu'au bloc

3) Anesthésie:

- Une VVP avec « pieuvre » controlatérale à la chirurgie.
- Kt radial sous AL, de préférence controlatéral à la chirurgie.
- Remifentanil en mode AIVOC cible 1 à 2 ng/ml.
- O2 par lunettes.
- Matériel pour l'AL
 - Xylocaïne 1% non adrénalinée : 20 ml
 - Chirocaïne 5mg/ml : 20 ml
 - Une aiguille intradermique (orange)
 - une aiguille verte ou :
 - une aiguille pour stimulation 10 cm
- AL : après bouton intradermique du point de ponction à mi hauteur du muscle : 30 à 40 ml du mélange des deux anesthésiques locaux sur le bord postéro-externe du SCM. L'aiguille de 10 cm permet de faire la totalité de l'AL par une seule ponction (une trace vers le haut, une trace vers le bas). Attention à la jugulaire externe qui croise le trajet.
- Un complément peut être associé avec 1 à 2 ml injectés à l'aide de l'aiguille intradermique en avant du tragus, au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire : (1 cm de profondeur : rameau du trijumeau)
- Nb 1 : Il s'agit donc d'un bloc superficiel sensitif sans atteinte du phrénique.
- Nb 2 : On peut utiliser l'échographie pour repérer le SCM, le scalène antérieur, la veine jugulaire externe et le peaucier. La peau est ponctionnée aiguille dans le plan de

façon à ce que le biseau de l'aiguille se trouve entre le peaucier et le SCM. On injecte 30 ml entre ces deux muscles au niveau du croisement de la veine jugulaire externe et du bord postérieur du SCM (niveau émergence des fibres du plexus cervical superficiel). L'image recherchée en échographie est un décollement entre le peaucier et le SCM. On complète systématiquement par une infiltration sous mandibulaire (cette région est innervée par la troisième branche du trijumeau et les fibres de l'anse cervicale qui sont issues directement du plexus cervical profond). *Iconographie en pièces associées à ce document.*

4) Installation :

- En présence et avec le chirurgien.
- Vérifier que le patient n'a pas envie d'uriner.
- Un billot sous les creux poplités.
- Un rond de tête.
- Un arceau souple permettant de dégager un accès à la tête pour l'anesthésiste sans gêner l'exposition chirurgicale.
- Membre supérieur controlatéral sur appui-bras à 90 degrés et accessible.
- Membre supérieur homolatéral le long du corps fixé par alèse.
- Sangle sur le haut des membres inférieurs.
- A la fin de l'installation, s'enquérir auprès du patient d'une gêne éventuelle.
- Le soin apporté à l'installation est garant d'une bonne tolérance du patient à l'immobilisation.

5) Chirurgie :

- Une seringue de 20 ml de Xylocaïne 1% non adrénalinée avec aiguille verte sur la table à instruments (pour complément éventuel lors de la dissection et systématiquement pour « arroser » la carotide)
- Pas de sédation surajoutée au rémifentanyl
- Héparinothérapie avant clamage et sa surveillance par ACT : pas de spécificité (respect du protocole) .
- Ne pas traiter les hypertensions, même de haut niveau, jusqu'au déclamage. (Un Willis peut être fonctionnel à 200 mmHg de PA systolique et non fonctionnel à 170 mmHg)

6) Surveillance durant le clamage :

- Compter 3 à 4 minutes à partir du clamage total (CE+ CI +CP)
- Durant ces 3-4 minutes, on est en situation d'observation et le chirurgien n'incise pas la carotide : demander toutes les 15 sec au patient de serrer la main controlatérale.
- a) Au terme de la période d'observation, si aucune modification n'est observée, la carotide peut être incisée. Répéter à intervalles réguliers le test durant toute la période de clamage.
- b) Toute modification dans l'exécution de cet ordre par le patient signe une mauvaise suppléance (s'accompagne le plus souvent d'une altération de la

conscience) : les clamps sont alors retirés et un shunt va être préparé et posé. Durant la pose du shunt , la symptomatologie déficitaire va réapparaître mais on doit avoir rapidement une restitution ad integrum lorsque le shunt est fonctionnel. Répéter à intervalles réguliers le test durant toute la période de clampage (le shunt peut se couder) . A l'ablation du shunt et avant le déclampage, la symptomatologie déficitaire va de nouveau réapparaître transitoirement.

7) Après le déclampage:

- Vérification de l'absence de déficit neurologique
- Traitement de l'hypertension
- Analgésie post-opératoire.
- Pas de protamine systématique
- AAP à poursuivre
- HBPM préventif faible dose H+6 après avis chirurgical
- Nuit en SSPI.

8) Reprises pour hématome:

- Se font sous AG

Mai 2010 : JY Marandon , S Schlumberger, I di Centa S. Suria

Etude GALA : http://www.webneurologie.com/e-docs/00/04/51/DD/document_article.phtml