

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la recherche scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques
Et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie de Bamako

Année Universitaire : 2019- 2020

N°...../

MEMOIRE

APPORT DU TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE BLOCK ECHOGUIDE SUR LA DOULEUR POST OPERATOIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE BASSE

Présenté et soutenu le 18 / 03 /2021 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie par :

Dr DOUMBIA Boubacar

**Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées
d'Anesthésie-Réanimation**

JURY

Président : **Pr. DIANI Nouhoum**
Membres : **Pr. COULIBALY Youssouf**
Pr. DOUMBIA Dieneba
Pr. KEITA Mohamed
Pr. DEMBELE AladjiSeidou
Pr. SAMAKE Broulaye
Co-directeur : **Dr. ALMEIMOUNE Abdoul Hamidou**
Directeur : **Pr. DIANGO Mahamane Djibo**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS :

Je dédie affectueusement ce travail

Au Tout Puissant : ALLAH qui m'a inspiré qui m'a guidé dans le bon chemin.

A notre prophète Mohamed : salut et paix sur lui, sa famille, et à tous ses compagnons.

A la mémoire de : mon père, ma mère : J'aurai tellement aimé que vous soyez là aujourd'hui, mais le destin en a décidé autrement. Je me souviendrai toujours de vos sages conseils. Qu'ALLAH vous 'accorde son jardin béni. Amen

A mon cher Tonton : Tonton Sory Sanogo vous avez toujours joué le rôle de père. Recevez l'expression de mes sentiments profonds.

A Hawa L Coulibaly : Je te remercie pour ta patience, ton aide, ton soutien et tes encouragements.

A Abdalah Siby : tu es plus qu'un ami !!! Un frère ! Merci pour toutes ces fois où j'ai pu compter sur toi ; je te souhaite beaucoup de réussite et plein de bonheur dans votre foyer.

A mes tantes et oncles ainsi qu'à mes sœurs et frères : Vous avez toujours répondu présente aux moments difficiles. Recevez l'expression de mes sentiments profonds.

Tous les résidents anesthésie-réanimation : Merci et courage.

A tous mes maîtres : Recevez l'expression de ma profonde gratitude

A tout le **personnel** du service d'anesthésie-réanimation et des urgences des **CHU Gabriel TOURE, du Point G, de Kati, de l'hôpital du Mali, du Luxembourg** et à tous **ceux** qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce travail.

COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE LA FILIERE ANESTHESIE-REANIMATION

Professeurs :

- Docteur Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Col. Abdoulaye DIALLO (Retraité)
- Docteur Youssouf COULIBALY
- Docteur DjiboMahamane DIANGO
- Docteur BroulayeMassaoulé SAMAKE
- Docteur r Mohamed KEITA

Maitres de Conférences Agrégé

- Docteur AladjiSeidou DEMBELE

Maitres de Conférences

- Docteur DOUMBIA Diénéba
- Docteur Nouhoum DIANI

Maitres-Assistants

- Docteur Fadima Koureissi TALL
- Docteur Seydina Alioune BEYE
- Docteur Hammadoun DICKO
- Docteur Moustapha MANGANE
- Docteur Mamadou Karim TOURE
- Docteur Thiérno Madani DIOP
- Docteur Mahamadoun COULIBALY
- Docteur Mamadou Chiad CISSE
- Docteur Daouda DIALLO
- Docteur Siriman Abdoulaye KOÏTA
- Docteur Abdoulaye TRAORE
- Docteur Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE

Enseignants Associés

- Neurologie : Pr Youssoufa MAIGA :
- Gastro-entérologie : Pr Moussa DIARRA T - Pr Anselme KONATE
- Infectiologie : Pr Daouda K MINTA: Titulaire
- Physiologie : Dr Bamodi SIMAGA

- Cardiologie : Pr DIALL Ilo B - Pr MENTA Ichaka - Dr Ibrahima SANGARE
- Interniste / Endocrinologue : Pr Kaya Assetou SOUKHO
- Anatomiste / Chirurgien : Pr YENA Sadio : Titulaire
- Otorhinolaryngologie : Pr KEITA Mohamed A : Titulaire

Enseignants non permanents

- Professeur Hawa Meyer KEITA Paris (France)

LISTE DES ABREVIATIONS :

AL	: Anesthésique local
ALR	: Anesthésie loco-régionale
ASA	: American Society of Anesthesiologist
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CPA	: Consultation Pré Anesthésique
Cm	: Centimètre
cm2	: Centimètre carré
DARMU	: Département Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence
DES.	: Diplôme d'étude spécialisé
DPC	: Duodéno pancréatectomie céphalique
EVA	: Echelle visuelle analogique
h	: Heure
H	: Heure post opératoire
HTA	: Hypertension artérielle
IMC	: Indice de masse corporelle
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
KHz	: Kilohertz
L1	: Première racine lombaire
MAR.	: Médecin anesthésiste réanimateur
mg	: Milligramme
MHz	: Mégahertz
mm	: millimètre
NVPO	: Nausée vomissement post opératoire
RAU	: Rétention aigue d'urine
RFE	: Recommandation formalisée des experts
SAMU	: Service d'aide médicale urgente
TAP	: Transversusabdominis plane
US	: Ultrason
SRA	: Score de réveil d'aldrett

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Type d'analgésie

Tableau II : Médecin réalisateur

Tableau III : Sexe

Tableau IV : Tranche d'âge

Tableau V : IMC

Tableau VI : Profession

Tableau VII : Diagnostic préopératoire

Tableau VIII: Antécédents

Tableau IX : Technique chirurgicale

Tableau X : Spécialité

Tableau XI : Altemeier

Tableau XII : ASA

Tableau XIII : Technique d'anesthésie

Tableau XIV : Durée d'intervention

Tableau XV : EVA a H1

Tableau XVI : EVA a H6

Tableau XVII : EVA a H12

Tableau XVIII : EVA a H24

Tableau XIX : EVA a H48

Tableau XX : Paracétamol utilisé à J0

Tableau XXI : Paracétamol utilisé à J1

Tableau XXII : Paracétamol utilisé à J2

Tableau XXIII : Utilisation du Nefopam

Tableau XXIV : Utilisation du Tramadol

Tableau XXV : Utilisation de la Morphine

Tableau XXVI : Evolution

LISTE DES FIGURES

Figure I : Le Sexe

Figure II : Spécialité chirurgicale

Figure III : l'Altemeier

Figure IV : l'ASA

Figure V : Technique d'anesthésie

Figure VI : Utilisation du nefopam

Figure VII : Utilisation du Tramadol

Figure VIII : Utilisation de la morphine

SOMMAIRE

- INTRODUCTION
- OBJECTIFS :
 - OBJECTIF GENERAL
 - OBJECTIFS SPECIFIQUES
- METHODOLOGIE
- RESULTATS ATTENDUS
- COMMENTAIRES ET DISCUSSION
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAPHIE

- INTRODUCTION :

Depuis le début du 3ème millénaire, l'infiltration de la paroi abdominale antérieure par des produits anesthésiques locaux, a révolutionné la gestion de la douleur post-opératoire en chirurgie viscérale. [1]

Le Tap block, décrit pour la première fois par Rafi en 2001 a pour but l'analgésie de la paroi abdominale. Initialement réalisé par repérage anatomique seul, à travers le triangle de Jean Louis Petit est une technique en plein essor, qui parallèlement avec l'utilisation de l'échographie est devenu un « must incontournable » en ALR de la paroi abdominale. [2, 12,13]

Il occupe à ce jour une place prépondérante dans l'analgésie post-opératoire en chirurgie digestive, gynéco-obstétrique et urologique, du fait de sa simplicité de réalisation, de son efficacité et de sa relative innocuité. [1]

La prise en charge analgésique per et postopératoire mérite de retenir notre attention, notamment dans l'approche de la réhabilitation précoce de ces patients qui peuvent avoir des répercussions microéconomiques.

Sous le nom de TAP bloc peuvent être regroupées plusieurs techniques dont l'objectif est l'infiltration et la diffusion des produits anesthésiques locaux au plan du muscle transverse de l'abdomen. Des connaissances anatomiques sont requises pour le choix et la réalisation de ces techniques. [1]

Ainsi, le TAP bloc a retrouvé des indications dans la prise en charge de l'analgésie multimodale, notamment au cours de la chirurgie digestive, urologique et gynéco-obstétrique. Ailleurs de nombreuses études ont été effectuées dans le cadre des laparotomies sous ombilicales montrant des résultats prometteurs, en terme de consommation d'analgésiques et de niveau de douleur post opératoire. [3,9]

Elles concluaient à une efficacité en termes de réduction de la douleur postopératoire.

En Afrique subsaharienne, en particulier au Mali, peu d'étude ont été réalisées sur l'analgésie par Tap bloc en chirurgie laparoscopique.

Nous avons ainsi mené cette étude afin d'évaluer l'apport du Tap bloc analgésique dans la gestion de la douleur post opératoire après une chirurgie abdominale.

Ainsi nous nous sommes posé

Laquestion :

Le Tap bloc permet-il une épargne de consommation des produits analgésiques en post opératoire ?

Afin de répondre à notre question de recherche nous avons émis l'**hypothèse** suivante :

Le Tap block analgésique permet d'épargner la consommation de produits analgésiques en post opératoire comparativement à l'utilisation d'analgésiques standard IV.

- OBJECTIFS :

- OBJECTIF GENERAL

Evaluer l'apport du Tap block analgésique échoguidé en chirurgie sous ombilicale.

- OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer le niveau de l'analgésie post opératoire après un TAP Block (EVA).
- Evaluer la consommation d'analgésique en post opératoire après un TAP block.
- Identifier les Indications électives du Tap block en chirurgie laparoscopique.
- Identifier les Complications liées à la technique TAP Block.
- Déterminer la durée d'analgésie après Tap block.

- METHODOLOGIE

1. Type, période et cadre d'étude :

Il s'agit d'une Etude de cohorte prospective en simple aveugle dont le facteur d'exposition est la chirurgie abdominale basse avec incision sous ombilicale en chirurgie digestive, urologique et gynécologique. L'étude a été réalisée sur une période de 3 mois du 1er septembre au 30 novembre 2020 dans le Département d'Anesthésie-Réanimation polyvalente et de Médecine d'Urgence (DARMU) du CHU Gabriel Toure.

2. Population d'étude :

Tous les patients programmés pour chirurgie laparoscopique ASA 1 à 3 chez qui une chirurgie abdominale basse avec incision sous ombilicale était réalisée.

2.1. Critères d'inclusion :

- Les patients programmés pour chirurgie Sous Ombilicale (digestive, urologique ou gynéco-obstétrique) avec ASA inférieur ou égal a 3.

2.2 .Critères de non inclusion :

- Âge < 18ans.
- Chirurgie Ambulatoire.
- ASA \geq 4
- Patient déficient mental.
- Coagulopathies.
- Patient sous anticoagulant.
- Allergie.
- Organomégalie (hépatomégalie, splénomégalie)
- Obésité morbide (IMC \geq 35)
- Infection de la paroi ou de la peau du site d'introduction de l'aiguille.
- Anomalie du site d'introduction de l'aiguille
- Désapprobation du patient.

2.3. Critères d'exclusion :

- Altération de la conscience pré et post opératoire.
- Accidents per opératoires empêchant l'évaluation postopératoire de la douleur.
- Décès du patient dans les 48h post opératoires.

3. Matériels et méthode :

3.1. Matériels :

3.1.1. Cadre matériel :

Actuellement on dispose d'un appareil échographe au bloc opératoire dédié à la pratique d'ALR écho guidée. L'aiguille utilisée pour la réalisation du TAP bloc est de 80-100mm à biseau 30° 21 gauge. Le produit anesthésique utilisé est la bupivacaine dilution à 0,125 % = 1,25 mg/cc et le volume utilisé pour chaque côté est de 15ml. L'échelle utilisée pour évaluer la douleur est EVA.

Le Tap block était réalisé au bloc opératoire après induction sous Anesthésie générale et en fin de chirurgie pour les Anesthésies locorégionales.

La technique de randomisation en simple aveugle qui consistait à la mise en cohorte par la constitution de deux cohortes analogues pondérées sur l'Age, l'ASA et la technique chirurgicale.

- Une cohorte analgésie IV standard : (paracétamol, tramadol, nefopam, morphine). Ont été sélectionnés dans cette cohorte les patients opérés les lundis et mercredis.

- Une cohorte Tap block : bupivacaine 0,125 mg et 15 ml de chaque côté. Ont été sélectionnés dans cette cohorte les patients opérés les mardis et jeudis.

3.1.2 Description de la technique :

- Technique de Ponction :

La réalisation du Tap block sous écho guidage permet de repérer aisément l'espace entre le muscle oblique interne et le muscle transverse après un minimum de pratique (70 % d'identification correcte après 15 échographies) [3]. L'écho guidage permet de vérifier la bonne position de l'aiguille qui dans plus de la moitié des cas est erronée, comme cela a été montré pour la réalisation du bloc ilio inguinal, ilio-hypogastrique à l'aveugle [4].

Enfin, l'écho guidage objective, contrôle, réajuste en temps réel le lieu d'injection du volume d'anesthésique et garantit le succès du bloc [5].

La technique du TAP block réalisée sous écho guidage nécessite une sonde plane haute Fréquence de 7,5 à 12 Mhz (on peut utiliser une sonde courbe abdominale basse fréquence mais la plus faible résolution et la courbure des images augmentent la difficulté du geste). Nous avons utilisés des aiguilles de 80-100mm à biseau 30degré 22gauge.

Le choix du site de ponction est déterminé après repérage et mesure de la distance peau-TAP. [2]

Les conditions d'asepsie d'usage respectées, la sonde haute fréquence est placée au niveau de la ligne axillaire moyenne entre l'aument costal et la crête Iliaque, perpendiculaire à la peau et dans le plan axial. L'image obtenue montre de la superficie à la profondeur la Peau, la graisse sous cutanée hypo-échogène, les

muscles oblique Externe, oblique Interne et Transverse apparaissent hétérogène et une faible modification d'angulation de la sonde semble les faire se glisser l'un sur l'autre (traduction échographique du sens différent de leurs fibres musculaires), enfin sous le transverse apparaît le Péritoine pariétale hyper-échogène et les viscères mobiles avec la respiration. Les muscles sont séparés par leurs fascias qui apparaissent hyper-échogènes. L'accolement du fascia profond de l'oblique interne et du fascia superficiel du transverse réalise un plan hyper-échogène, qui n'est autre que le TAP ; il est même possible d'y observer parfois des éléments ronds hypo-échogènes qui sont les éléments vasculo-nerveux recherchés. [2]



Figure : à gauche : positionnement de l'aiguille et de la sonde échographique, la ligne pointillée est la ligne axillaire antérieure, la ponction se fait dans un sens Antéro postérieur.

A droite : traduction anatomique et échographique du TAP qui se trouve entre les muscles oblique interne (OI) et le transverse (T), l'oblique externe (OE) étant le plus superficiel.

3.1.3 Technique de collecte des données :

- Collecte des données :

Les données ont été recueillies tous les jours de bloc par randomisation en simple aveugle. La collecte sera effectuée tous les jours de bloc programmé. Nous utiliserons des fiches d'enquêtes individuelles pour enregistrer les données. La fiche sera prétestée avant son utilisation.

- Support des données :

Les données seront recensées sur la fiche d'enquête à partir :

- Du dossier médical et anesthésique du patient.
- De L'interrogatoire du patient et / ou de l'accompagnant.

- Variables étudiées :

Qualitative : Sexe, classe ASA, taux de succès, type de chirurgie, effets secondaires, indications et les complications.

Quantitative : Âge, poids, IMC, volume d'AL, délai d'installation du bloc, durée du bloc, complément d'analgésie (paracétamol, nefopam, tramadol, morphine), durée de la chirurgie, score de douleur post opératoire.

3.1.4 Analyse des données :

Les données ont été saisies et analyser sur le logiciel SPSS. Les textes et les graphiques seront réalisés à partir du logiciel Microsoft office Word et Microsoft office Word Excel 2016.

La technique de Vancouver était utilisée pour les références bibliographiques et le logiciel Zotero sera utilisé pour la classification des références.

- RESULTATS :

Sur une période de 3 mois de septembre 2020 à novembre 2020, sur un total de 350 chirurgies laparoscopiques 50 patients opérés ont été inclus dans notre étude. Les caractéristiques sociodémographiques à savoir l'Age, l'Asa et l'Imc étaient homogènes, de même que le type de chirurgie et les durées d'anesthésie.

Difficultés rencontrées :

- **Matériels :** Problèmes d'acquisition d'aiguilles, d'anesthésique local, d'appareil échographique performant, de gel.
- **Organisationnelles :** disponibilité de place en SPPI, l'accès de l'appareil d'échographie dans certain bloc.

Tableau I : répartition selon le type d'analgésie :

	Effectif	Total (%)
Analgésie Tap block (%)	25	50,0
Analgésie standard IV(%)	25	50,0
Total	50	100,0

Un groupe de 25 patients avaient bénéficiés d'un Tap block et 25 autres patients ayant bénéficiés d'une analgésie standard IV.

Profil du médecin réalisateur

Tableau II : répartition selon le médecin réalisateur :

	Effectif	Total (%)
Médecin junior = DES (%)	20	80,0
Médecin senior = MAR (%)	05	20,0
Total	25	100,0

La majorité des blocs ont été réalisé par le médecin junior 20 cas soit 80% avec quelques cas assisté par un senior et les 05 premiers cas soit 20% étaient réalisés par le médecin senior.

Tableau III : répartition selon le sexe :

Sexe	Effectif		Total (%)
	Groupe Tapblock (%)	Groupe analgesie iv (%)	
Masculin	8 (32)	8 (32)	16 (32)
Féminin	17 (68)	17 (68)	34 (68)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Nous avons observé une égalité de sexe dans les deux groupes. Le sexe ratio est de 1 avec un pourcentage 50% pour le sexe masculin (8/8) et 50% pour le sexe féminin (17/17).

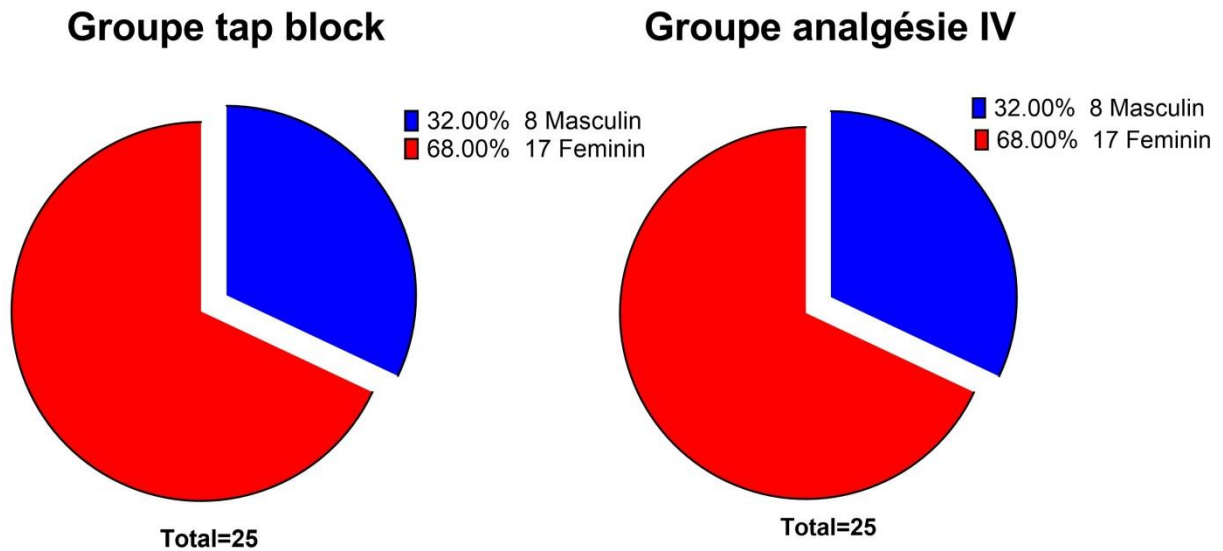


Figure I : le sexe

Tableau IV : répartition des selon la tranche d'âge

Intervalle d'âge	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe anal gésie IV (%)	
18 – 30	6 (24)	5 (20)	11 (22)
31 – 40	9 (36)	7 (28)	16 (32)
41 – 50	3 (12)	5 (20)	8 (16)
51 – 60	1 (4)	7 (28)	8 (16)
61 – 70	5 (20)	1 (4)	6 (12)
71 – 80	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

La moyenne d'âge de nos patients était de 48 ± 30 ans avec des extrêmes de 18 et 79 ans.

Tableau V : répartition selon l'intervalle d'IMC

Intervalle d'IMC	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe anal gésie IV (%)	
18,5 – 24	15 (60)	13 (52)	28 (56)
25 – 34	10 (40)	12 (48)	22 (44)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

56% de nos patients avaient un IMC normal; 44% étaient en dessus du poids normal et il n'y avait pas de patient obèse.

Tableau VI : répartition selon la profession

Profession	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe anal gésie IV (%)	
Femmes aux foyers	11 (44)	10 (40)	21 (42)
Fonctionnaire	5 (20)	2 (8)	7 (14)
Commerçant	3 (12)	9 (36)	12 (24)
Ouvrier	4 (16)	1 (4)	5 (10)
Etudiant	1 (4)	1 (4)	2 (4)
Cultivateur	1 (4)	2 (8)	3 (6)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Les femmes aux foyers étaient la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée avec 21 soit 42%, suivi des commerçants 12 soit 24%, et les étudiants étaient les moins représentés avec 2 soit 4%.

Tableau VII : répartition selon le diagnostic préopératoire

Motif d'admission	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe anaalgésie IV (%)	
Adénome de la prostate	3 (12)	2 (8)	5 (10)
Hernie inguinale	2 (8)	4 (16)	6 (12)
Prééclampsie sévère	1 (4)	1 (4)	2 (8)
Présentation de siège	1 (4)	1 (4)	2 (8)
Souffrance fœtale	2 (8)	1 (4)	3 (6)
Tumeur de l'endomètre	2 (8)	0 (0)	2 (4)
Tumeur de l'ovaire	2 (8)	3 (12)	5 (10)
Myome utérin	3 (12)	3 (12)	6 (12)
Tumeur du rectum	1 (4)	1 (4)	2 (4)
Prééclampsie sévère	1 (4)	1 (4)	2 (4)
Utérus cicatriciel	3 (12)	3 (12)	6 (12)
Autre*	4 (16)	5 (20)	9 (18)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Autres : varicocèle (2), sclérose du col vésicale (1), présentation de l'épaule + procidence du cordon (1), macrosomie fœtale (2), hypertrophie de la prostate (1), grossesse gémellaire (1), calcul méat vésical (1).

Tableau :

-En obstétrique : les utérus cicatriciels étaient majoritaire avec 7 soit 14%, il avait un cas de grossesse gémellaire.

-En urologie : les adénomes de la prostate prédominaient avec 5/9cas soit (10%).

-Enfin en chirurgie générale : les tumeurs prédominaient avec 9 soit 18% et quelque cas d'hernies 6 (12%).

Tableau VIII : répartition selon les antécédents médicaux

Type d'atcd médicaux	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe ana lgesie IV (%)	
Diabète	1 (4)	3 (12)	4 (8)
HTA	7 (28)	1 (4)	8 (16)
Drépanocytose	1 (4)	0 (0)	1 (2)

75% des patients ne présentaient aucune comorbidité, les 25% restants présentaient soit une HTA, un diabète ou une drépanocytose.

Tableau IX : répartition selon la technique opératoire

Indication opératoire	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe anal gésie IV (%)	
Césarienne	10 (40)	9 (36)	19 (38)
Adénomectomie	3 (12)	3 (12)	6 (12)
Hystérectomie	2 (8)	4 (16)	6 (12)
Cure hernie	1 (4)	4 (16)	5 (10)
Myomectomie	2 (8)	2 (8)	4 (8)
Cure varicocèle	1 (4)	1 (4)	2 (4)
Cure hernies	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Colporraphie	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Amputation abdominopéritonéale	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Extraction calcul vésical	0 (0)	1 (4)	1 (2)
Hystérectomie + Recto sigmoïdectomie	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Hystérectomie totale	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Amputation AP	0 (0)	1 (4)	1 (2)
Poly myomectomie	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Les indications étaient particulièrement des césariennes avec un total de 19 soit 38% (10 Tap block et 9 analgésies IV), suivi des hystérectomies avec 8 soit 16%. Les myomectomies représentaient 5 soit 10% et 6 hernies soit 12%. Quant à l'urologie la majorité était les adénectomies avec 6 soit 12%. Nous avons enregistré trois (3) cas soit 6% de chirurgies majeures.

Tableau X : répartition selon la spécialité chirurgicale

Type de chirurgie selon la spécialité	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe anal gésie IV (%)	
Générale	11 (44)	11 (44)	22 (44)
Gynécologique	10 (40)	9 (36)	19 (38)
Urologique	4 (16)	5 (20)	9 (18)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Les patients opérés en chirurgie générale représentaient la majorité avec 22 soit 44% suivi de la gynécologie obstétrique avec 19 soit 38%. Seulement 9 soit 18% ont été opérés par le service d’urologie.

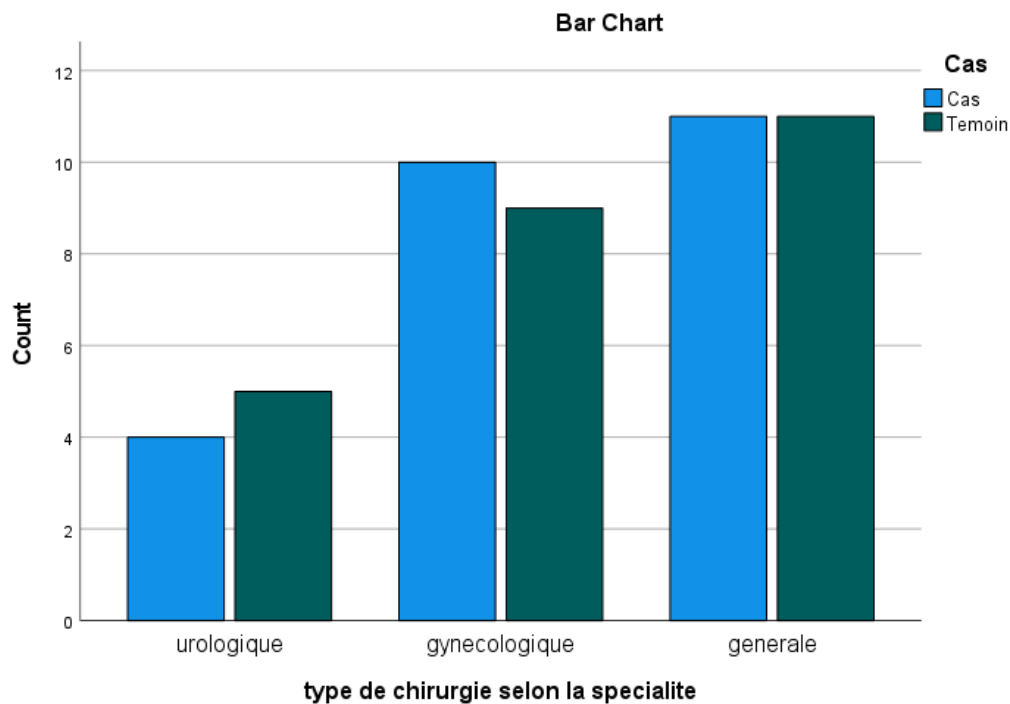


Figure II : la spécialité chirurgicale

Tableau XI : répartition selon la classification d’Altémeier

Type de chirurgie selon la classification d’Altémeier	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe an algésie IV (%)	
1	2 (8)	6 (24)	8 (16)
2	23 (92)	19 (76)	42 (84)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

Les 84% de nos patients avaient un altémeier 2 et les 16% restant avaient un altémeier 1.

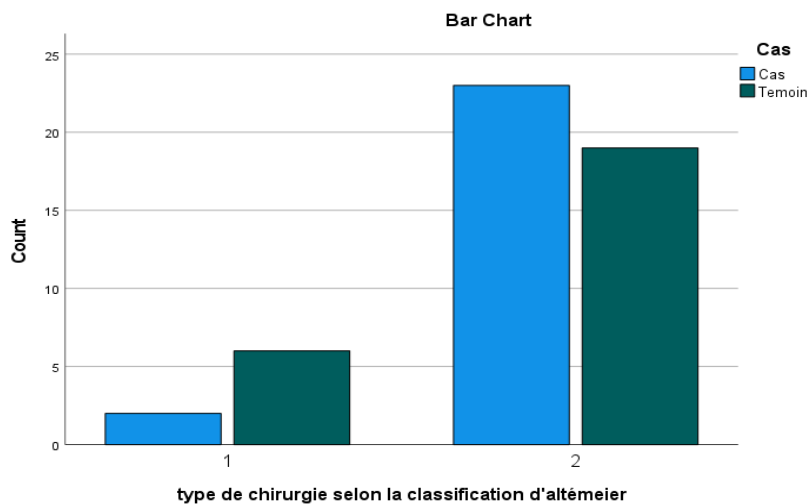


Figure III : classification d’Altémeier

Tableau XII : répartition la classification ASA

Classification asa	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgesie IV (%)	
Asa 1	3 (12)	4 (16)	7 (14)
Asa 2	18 (72)	18 (72)	36 (72)
Asa 3	4 (16)	3 (12)	7 (14)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Tous les patients avaient un Asa inférieur ou = 3.

La majorité avaient un Asa 2 = 36 soit 72%, suivi des Asa 1 et 3 qui comptait chacun 7 soit 14% chacun.

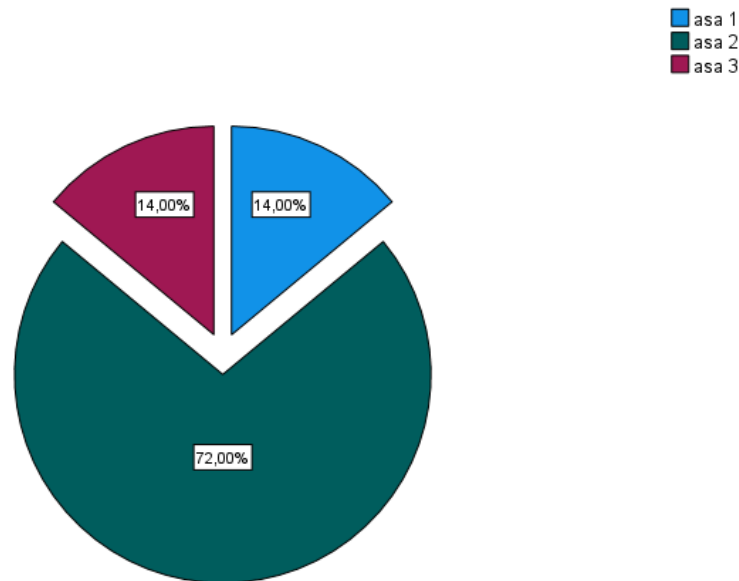


Figure IV : classification ASA

Tableau XIII : répartition selon la technique d’anesthésie

Technique d’anesthésie	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
AG	7 (28)	4 (16)	11 (22)
ALR	18 (72)	21 (84)	39 (78)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

L’Alr était la technique d’anesthésie la plus utiliser avec 39 soit 78% contre 11 soit 22% en Ag.

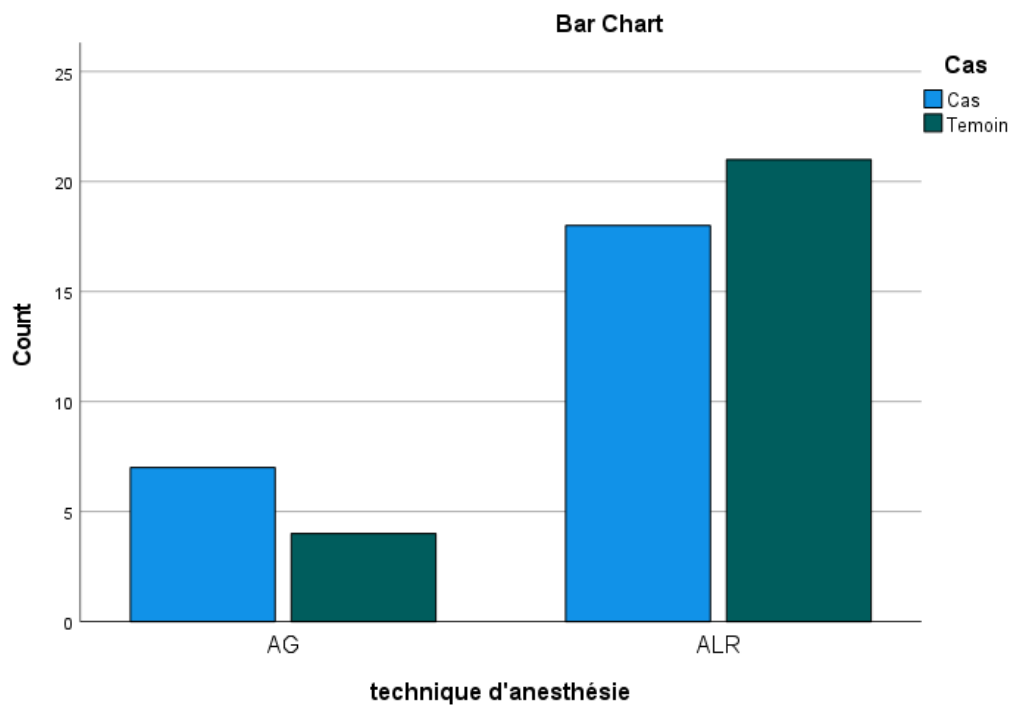


Figure v : Technique d’anesthésie

Tableau XIV : répartition selon la durée de l'intervention

Durée de l'intervention	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgesie IV (%)	
Inférieur à 1 heure	13 (52)	14 (56)	27 (54)
1 à 2 heures	10 (40)	10 (40)	20 (40)
Supérieur à 2 heures	2 (8)	1 (4)	3 (6)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

La majorité des interventions réalisées 27 soit 54% avaient une durée inférieure à 01 h et seulement 3 interventions ont dépassées 2h de temps.

Tableau XV : répartition selon EVA a H1

Eva H1	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgesie IV (%)	
Eva1	10 (40)	0 (0)	10 (20)
Eva2	13 (52)	18 (72)	31 (62)
Eva3	2 (8)	7 (28)	9 (18)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Tableau : Eva H1

Tous les patients à la première heure H1 avaient un score d'Eva postopératoire inférieur ou égal à 3. Tous les patients du groupe analgésie standard IV avaient un Eva supérieur ou = 1. Seulement deux patients du groupe Tap block avaient atteint un Eva 3.

Tableau XVI : répartition selon EVA a H6

Eva H6	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Eva1	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Eva2	19 (76)	3 (12)	22 (44)
Eva3	5 (20)	18 (72)	23 (46)
Eva4	0 (0)	4 (16)	4 (8)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

A la sixième heure H6 tous les patients du groupe Tap block avaient un score Eva inférieur ou égale a 3 et seulement 5 avaient un Eva =3. Tandis que pour le groupe analgésie standard IV la majorité 18(78,3%) avait un Eva = 3 et 4 ayant un EVA = 4, il n'avait d'Eva inférieur à 2.

Tableau XVII : répartition selon EVA a H12

Eva 12	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Eva2	3 (12)	0 (0)	3 (6)
Eva3	14 (32)	1 (2)	15 (30)
Eva4	8 (32)	17 (68)	25 (50)
Eva5	0 (0)	7 (28)	7 (14)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

Tableau : A H12, tous les patients avaient un Eva supérieur ou égal à 2. Pour le groupe Tap block aucun patient n'avaient atteint un Eva5 et seulement 8 avaient un Eva 4.

Par contre pour le groupe analgésie standard IV, la majorité 17 avaient un Eva4 et 7 avaient atteint un Eva 5.

Tableau XVIII : répartition selon Eva H24

Eva H24	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Eva3	5 (20)	0 (0)	5 (10)
Eva4	19 (76)	13 (52)	32 (64)
Eva5	1 (4)	12 (48)	13 (26)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

Dans le groupe Tap block un 1 seul patient avait atteint un Eva 5. Mais dans le groupe analgésie standard IV tous les patients avaient un Eva supérieur à 3 avec 13 Eva4 et 12 Eva5.

Tableau XIX : répartition selon EVA a H48

Eva h48	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Eva2	1 (4)	0 (0)	1 (2)
Eva3	21 (84)	17 (68)	38 (76)
Eva4	3 (12)	8 (32)	11 (22)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Tous les patients avaient des Eva presque identique dans les deux groupes comprises entre 2 et 4.

Tableau XX : répartition selon la dose utilisée de paracétamol à j0

Dose utilisée de paracétamol	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
1g	0 (0)	1 (2)	1 (2)
2g	16 (32)	2 (4)	18 (36)
3g	9 (18)	13 (26)	22 (44)
4g	0 (0)	9 (36)	9 (18)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

Les patients du groupe Tap block ont reçu 2 doses (2g au total) en majorité a j0 avec 16 soit 64% et aucun d'eux n'a reçu 4g.

Par contre la majorité des patients du groupe analgésie standard IV ont reçu 3 doses (3g au total) avec 13 soit 52% et 9 soit 36% ont reçu 4g de paracétamol.

Nb : le paracétamol était toujours associé à un autre antalgique (Nefopam ou Tramadol).

Tableau XXI : répartition des selon la dose utilisée de paracétamol à J1

Dose utilisée de paracétamol à j1	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
3g	10 (20)	1 (2)	11 (22)
4g	15 (30)	24 (48)	39 (78)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Tous les patients ont reçu au moins 3g de paracétamol a j1, pour le groupe tap block 10 soit 40% ont reçu 3g et 15 soit 60% ont reçu 4g de paracétamol. Tandis pour le groupe analgésie standard IV seulement 1 soit 4% a reçu 3g et tous les autres 24 soit 96% ont reçu 4g de paracétamol.

Tableau XXII : répartition des selon la dose utilisée de paracétamol à J2

Dose utilisée de paracétamol à j2	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
3g	1 (4)	0 (0)	1 (2)
4g	24 (96)	25 (100)	49 (98)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Les doses utilisées étaient presque identique dans les 2 groupes. Seulement 1 seul patient a reçu 3g de paracétamol.

Tableau XXIII : répartition selon l'utilisation du Néfopam

Néfopam	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Oui	14 (56)	16 (64)	30 (60)
Non	11 (44)	9 (36)	20 (40)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

Dans le groupe tap block 14 soit 56% ont reçu le nefopam.
 Dans le groupe analgésie standard IV 16 soit 64% ont reçu.

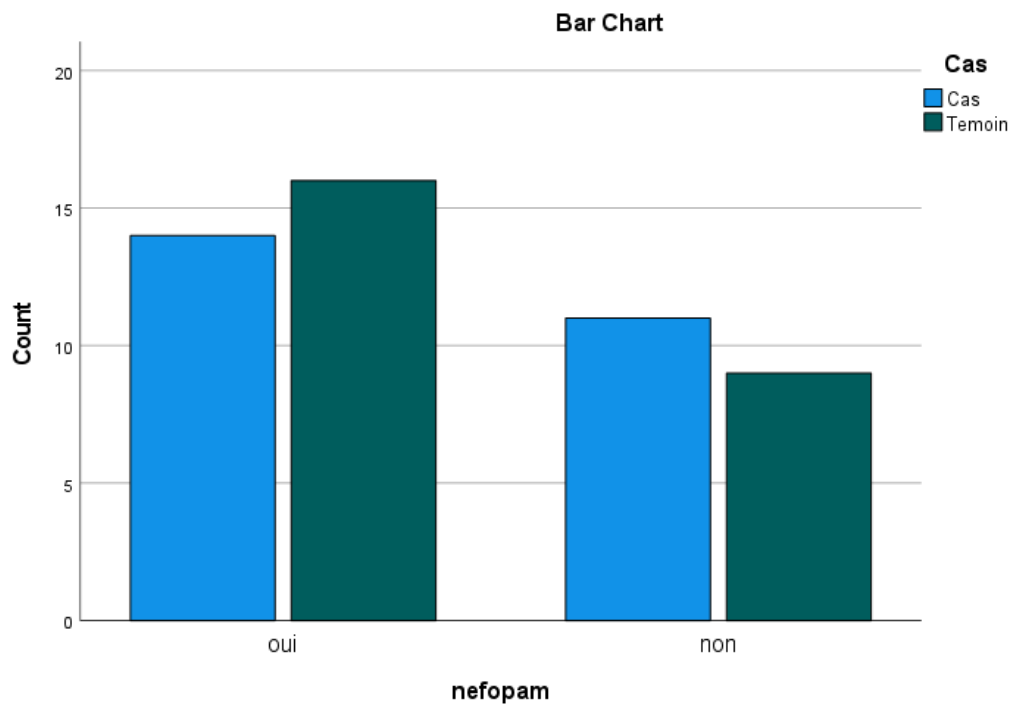


Figure VI : L'utilisation du Néfopam

Tableau XXIV : répartition selon l'utilisation du tramadol

Tramadol	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Oui	10 (40)	8 (32)	18 (36)
Non	15 (60)	17 (68)	32 (64)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

Dans le groupe tap block 10 soit 40% ont reçu le tramadol , contre 8 soit 32% pour le groupe analgésie standard IV.

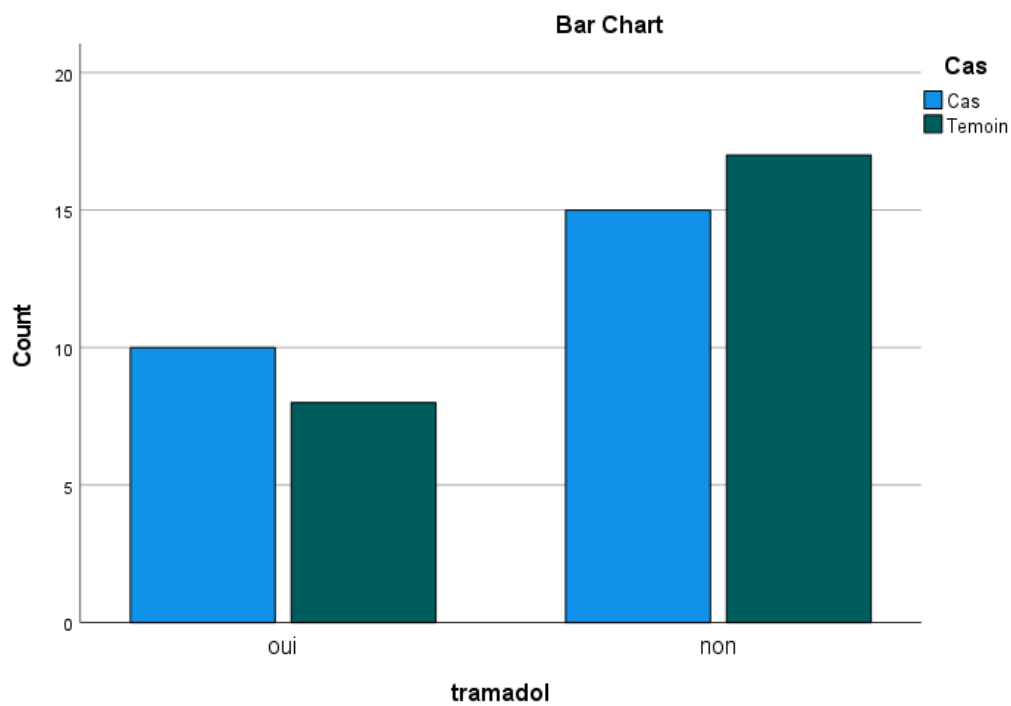


Figure VII : L'utilisation du tramadol

Tableau XXV : répartition selon l'utilisation de la morphine

Morphine	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Oui	2 (4)	1 (2)	3 (6)
Non	23 (46)	24 (48)	47 (94)
Total	25 (50)	25 (50)	50 (100,0)

La morphine a été utilisée seulement chez 3 patients soit 6% tous transférés en réanimation en post opératoire : 2 soit 4% du groupe tap block et 1 soit 2% du groupe analgésie standard IV.

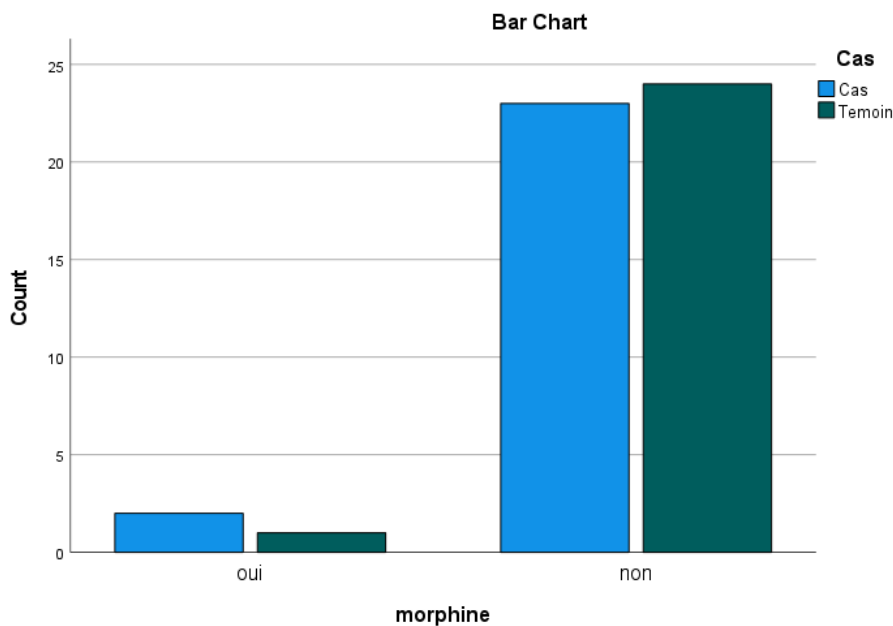


Figure VIII : L'utilisation de la morphine

Tableau XXVI : répartition selon l'évolution.

Evolution	Effectif		Total (%)
	Groupe tap block (%)	Groupe analgésie IV (%)	
Favorable	24 (48)	25 (50)	49 (98)
Défavorable	1 (2)	0 (0)	1 (2)
Total	25 (50)	25 (50)	50(100,0)

L'évolution était favorable chez 49 soit 98% des patients et défavorable dans un seul cas soit 2%.

– COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Les patients inclus étaient exclusivement des patients classés ASA I, II ou III Opérés de la chirurgie générale, urologique et gynéco obstétrique. Car ces chirurgies sont considérées à niveau de douleur équivalent et sont les chirurgies répondant à nos critères d'inclusions. Notre étude montre des résultats comparable à ceux de Charlton S, Griffiths JD et collaborateurs qui montrent que le Tap block a un réel impact positif sur l'analgésie post opératoire dans les chirurgies abdominales basses avec incision sous ombilicales [6, 7]. Concernant les niveaux de douleur, le groupe TAP block a des niveaux de douleurs moins importants que le groupe analgésie standard IV.

En effet chez les patients avec Tap block les scores d'EVA étaient constamment inférieurs ou égale à 3 jusqu'à la 12^{ème} H postopératoire chez 17 /25 soit 44 / 50%.

Une heure après l'intervention les niveaux d'Eva à tous les temps montrent une Tendance franche en faveur du groupe Tap block mais cette tendance n'était pas significative. Au vu de nos résultats et de la tendance globale, nous avons montré que le Tap block a un impact sur le contrôle de la douleur précoce avec diminution des doses d'antalgiques. Une diminution des niveaux de douleurs et une diminution de la consommation de Paracétamol, tramadol, et nefopam .

Pendant les 24 premières heures les quantités moyennes de paracétamole administrés chez les patients avec Tap block étaient de 2 g chez 64% et 3g chez 36% .Chez les patients analgésie standard IV une dose de 3g chez 52% et 4g chez 36%. Il faut savoir que chaque dose de paracétamol (1g) était accompagnée soit d'une dose de nefopam(20mg) ou de tramadol(100mg).

Après la 24^e heure tous les patients ont reçu au moins 3g de paracétamol. Parmi les patients du groupe Tap block 10 soit 40% ont reçu 3g et 15 soit 60% ont reçu 4g de paracétamol.

A partir de la 48^e heure les doses utilisées étaient presque identique dans les 2 groupes. L'épargne en morphinique n'a pas pu être appréciée dans notre étude du fait des conditions d'utilisation très règlementé et les risques encourus dans les hospitalisations en dehors de la réanimation et les urgences. Seulement 3 patients ont reçus la morphine.

Dans notre étude le recours aux antalgiques en post opératoire variait entre 6 et 12 heures ce qui est comparable au résultat de Tobias [7] qui trouvait des résultats entre 7 et 11heures.

Le Tap block apparait dès lors comme une technique efficace sur la douleur post opératoire pour la chirurgie abdominale basse [9, 23,24].

Nos résultats sont semblable à ceux de Boelen van der loo WJC, **McDonnell JG et al.** La consommation d'antalgique en post opératoire après Tap bloc est significativement réduite [5, 8, 10, 12].

Aucun effet secondaire du Tap block ni du produit anesthésiant local n'a été retrouvé chez nos patients ni aucune complication. Comme le montre la littérature cette technique semble avoir peu d'effets secondaires et sure [8,17].

Enfin quelques éléments sur la réalisation de cette ALR sont à noter :

La durée moyenne de réalisation du bloc était de 10 mns (extrêmes : 5 et 15 mn). Le volume moyen d'anesthésique local était de 13 ml (extrêmes : 12ml et 15 ml) cela serait dû au fait que nous n'avions pas effectué d'hydro localisation. Le délai d'installation du bloc était en moyenne de 10 mn (extrêmes : 5 et 15mn). Nous n'avions pas enregistré de cas échec. Dans 3 cas de Tap block écho guidé les images étaient passable ils n'ont pas été bien visualisé, et les résultats auraient été meilleurs avec un appareil plus performant.

Nous avons utilisé la voie sous costale pour nos Tap block car s'était des chirurgies sous ombilicales comme dise la littérature, les Tap block dans les chirurgies sous ombilicales sont plus efficaces par voie subcostale afin d'optimiser l'extension de l'analgésie vers les dermatoses concernés [20, 21,22].

CONCLUSION :

Notre étude mono centrique avait pour objectif d'évaluer l'apport du Tap block analgésique écho guidé en chirurgie abdominale basse avec incision sous ombilicale. La douleur post opératoire étant un réel problème de la prise en charge.

Au terme de notre étude il ressort que le Tap block entraîne une diminution de la douleur post opératoire, ainsi qu'une diminution en terme de consommation d'analgésiques. La dose moyenne utilisée d'analgésiques a J0 : était de 2 doses (Tap block) contre 3 doses (analgésie standard IV) et a J1 : 3 doses (Tap block) contre 4 doses (analgésie standard IV).

– RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous retenons que : la douleur post opératoire reste un problème crucial de la prise en charge post opératoire mais pourra être mieux géré avec la réalisation d'un Tap bloc analgésique échoguidé, d'où les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et sanitaires :

- La formation et accompagnement du personnel (anesthésistes, réanimateurs...)
- La disponibilité permanente d'un plateau technique adéquat conforme pour la réalisation du Tap block (appareil échographie performant, aiguilles, produits anesthésiques locaux, gel)
- L'accès facile à l'appareil d'échographie dans tous les blocs.
- Le respect strict des mesures d'asepsie et d'antisepsie au bloc.
- Le rapport fidèle de la fiche d'anesthésie marquant tous les événements indésirables.
- La fonctionnalité effective de la salle de surveillance post interventionnelle
- En post opératoire : surveillance rigoureuse et une prise en charge adaptée suivant un protocole analgésique.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1]. McDonnell JG, O'Donnell B, Curley G, Heffernan A, Power C, Laffey JG. The analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after abdominal surgery: a prospective randomized controlled trial. *AnesthAnalg* 2007; 104:193-7
- [2]. Rafi AN. Abdominal field block: a new approach via the lumbar triangle. *Anaesthesia*. 2001; 56:1024-6
- [3] Ford S. Defining the reliability of sonography by novices in ultrasound-guided Iliioinguinaliliohypogastric nerve blockade. *PaediatrAnaesth* 2009; 109(6):1793-8
- [4]. Weintraud M, Marhofer P, Bosenberg A, Kapral S, Willschke H, Felfernig M, Kettner S: Iliioinguinal/ iliohypogastric blocks in children: where do we administer the local anesthetic without direct visualization? *AnesthAnalg* 2008; 106:89-93.
- [5]. Tran TM, Ivanusic JJ, Hebbard P, Barrington MJ: Determination of spread of injectate after ultrasound-guided transversus abdominis plane block: a cadaveric study. *Br J Anaesth* 2009; 102:123-7.
- [6]. Charlton S, Cyna AM, Middleton P, Griffiths JD. Perioperative transversus abdominis plane (TAP) blocks for analgesia after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 ;(12):CD007705.-14.
- [7]. Griffiths JD, Middle JV, Barron FA, Grant SJ, Popham PA, Royse CF. Transversus abdominis plane block does not provide additional benefit to multimodal analgesia in gynecological cancer surgery. *Anesth.Analg*. 2010 sept; 111(3):797-801.
- [8]. McGrath PJ, Johnson G, Goodman JT et al. The Cheops: a behavioral scale for rating postoperative pain in children. *Adv Pain Res Ther* 1985; 9: 395-402).
- [9]. Boelen van der loo WJC, Scheffer E, De Haan RJ et al. Clinimetric evaluation of the pain observation scale for young children in children aged

between 1 and 4 years after Ear, Nose and Throat surgery (POCIS). Develop BehavPediatr1999 ; 20 : 222-7.)

[10]. Hardy CA. Transverse abdominis plane block in neonates: is it a good alternative to caudal anesthesia for postoperative analgesia following abdominal surgery ?PaediatrAnaesth. 2009; 19: 56.)

[11]. Norden J, Hannallah RS, Getson P, et al. Reliability of an objective pain scale in children. AnesthAnalg 1991; 72: S199)

[12].El-Dawlatly AA, Turkistani A, Kettner SC, Machata AM, Delvi MB et al.Ultrasound-guided transversusabdominis plane block: Description of a new technique and comparison with conventional systemic analgesia during laparoscopic cholecystectomy. Br J Anaesth 2009; 102:763-67.

[13].Hebbard P. Subcostal transversusabdominis plane block under ultrasound guidance. AnesthAnalg 2008;106:674-5; author reply 675

[14].Jankovic Z, Ahmad N, Ravishankar N, Archer F. TransversusAbdominis Plane Block: How Safe is it? AnesthAnalg. 2008 janv 11; 107(5):1758-9.

[15]. McDonnell JG, O'Donnell B, Curley G, Heffernan A, Power C, Laffey JG. The analgesic efficacy of transversusabdominis plane block after abdominal surgery: a prospective randomized controlled trial. Anesth.Analg. 2007 janv; 104(1):193-7

[16].Hebbard P. Subcostal transversusabdominis plane block under ultrasound Guidance.Anesth.Analg. 2008 févr;106(2):674-675; author reply 675.

[17]. Barrington MJ, Ivanusic JJ, Rozen WM, Hebbard P. Spread of injectate after Ultrasound-guided subcostal transversusabdominis plane block: a cadaveric study.

Anaesthesia. 2009 juill;64(7):745-50.

[18].Siddiqui MRS, Sajid MS, Uncles DR, Cheek L, Baig MK. A meta-analysis on the clinical effectiveness of transversusabdominis plane block.JClinAnesth. 2011 févr;23(1):7

- [19]. Sandeman DJ, Bennett M, Dilley AV, Perczuk A, Lim S, Kelly KJ. Ultrasound-guided transversus abdominis plane blocks for laparoscopic appendectomy in children: a prospective randomized trial. *Br J Anaesth.* 2011 juin; 106(6):882-6.
- [20]. Kato N, Fujiwara Y, Harato M, Kurokawa S, Shibata Y, Harada J, et al. Serum Concentration of lidocaine after transversus abdominis plane block. *J Anesth.* 2009;23(2):298-300.
- [21]. Hardy CA. Transverse abdominis plane block in neonates: is it a good alternative to caudal anesthesia for postoperative analgesia following abdominal Surgery? *Paediatr Anaesth.* 2009 janv; 19(1):56.
- [22]. Bisgaard T, Schulze S, Christian Hjortsø N, Rosenberg J, Bjerregaard Kristiansen V. Randomized clinical trial comparing oral prednisone (50 mg) with placebo before laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2008 févr;22(2):566-72.
- [23]. McDonnell JG et al. The analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2008; 106:186-91
- [24]. McDonnell JG, O'Donnell B, Curley G, Heffernan A, Power C, Laffey JG. The analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after abdominal surgery: a prospective randomized controlled trial. *Anesth Analg* 2007; 104:193-97
- [25]. EL Dawlatly AA et al. Ultrasound-guided transversus abdominis plane block: description of a new technique and comparison with conventional systemic analgesia during laparoscopic cholecystectomy. *Br J Anesth* 2009; 102: 763-67
- [26]. Sethna NF, Berde CB. Pediatric regional anesthesia. *Pediatric anesthesia.* New-York, Churchill-Livingstone 1994: 281-318

FICHE DE RECUEIL DE DONNEES :

N° fiche : |__|__|__|

I. DONNEES SOCIO DÉMOGRAPHIQUE :

Nom :

Prénom:

Age : |__|__| (ans) Sexe :|__| (1=M, 2=F) Poids : |__|__|__| (Kg)

Profession :..... Résidence :.....

Date d'entrée : |__|__|__| Date de sortie : |__|__|__|

Motif d'admission

:

Antécédents personnels : |__| (1=oui, 2=non)

· Médicaux : |__| (1=oui, 2=non)

Asthme|__| Diabète|__| HTA |__| Drépanocytose|__| Autres :

· Chirurgicaux : |__| (1=oui, 2=non)

Si oui

:

..

· Anesthésiques : |__| (1=oui, 2=non)

AG|__| ALR |__| AL|__| ALR /AG|__|

· Transfusionnels 1__1 (1= oui ,2 = non)

II. CHIRURGIE ANESTHÉSIE :

Indication opératoire

:

Date de l'intervention : /_____/_____/_____/

Type de chirurgie selon la spécialité : |__| (1=urologique, 2=gynécologique, 3=digestive.

Type de chirurgie selon le contexte : |__| (1=programmée), Autres :

Type de chirurgie selon la classification d'Altémeir : |____|

(1=propre, 2=propre contaminée, 3= contaminée, 4=sale)

Consultation d'anesthésie : |___| (1= oui, 2= non) Classe ASA : |___|

Technique d'anesthésie : |___| (1= AG, 2=ALR, 3=AL, 4=ALR/AG)

Si AG (Ketamine____ , Propofol____ , Thiopental ____).

Durée de l'intervention chirurgicale :.....h.....min

Geste chirurgical réalisé

:.....

Anesthésique local utilisé pour le Tap : Bupivacaine

Dose utiliser / coté :

_____/ mg

_____/ ml.

Délai d'installation du Tape : _____/ mns

Durée d'analgésie du Tap :H

EVA : H1 ____ H6 ____ H12 ____ H24 ____ H48 ____

Réussite du bloc : |___| 1= oui, 2= non

Produits Analgésiques standard associés :

Paracétamol ____ ,Nefopam ____ , Tramadol ____ , Morphine ____

Dose utiliser : _____/ J0 , _____/ J1 , _____/ J2

Durée d'utilisation : _____/ jr , _____/ h

Durée chirurgie : _____/ h _____/ mns

Durée anesthésie : _____/ h _____/ mns

Service de transfert après intervention chirurgicale :

- Chirurgie générale ___/ Salle : _____ Lit : _____/

- Urologie ___/ Salle : _____ Lit : _____/

- Gynécologie ___/ Salle : _____ Lit : _____/

- Réanimation ___/ Salle : _____ Lit : _____/

Evènements indésirables en per opératoire : |___| (1=oui, 2=non)

Si oui : |___| (1=HTA, 2=hypotension, 3=bradycardie, 4=tachycardie,

5=frissons 6= détresse respiratoire, 7= collapsus, 8=ACR, 9= vomissements,

10=autres.....

III- EVALUATION CLINIQUE EN POST OPERATOIRE :

Etat général : |___| (1= bon, 2= altéré)

S R A :..... /10

Conjonctives et muqueuses : |___| (1=colorées , 2= pâles, 3=ictériques)

TA :...../.....mm hg FC :.....bat/min SPO2 :.....%

T° :..... °c FR :.....cycles/min DH :.....ml/h

Examen cardio-circulatoire : Normal |___|oui, |___|non

Si non : |_____| (1=troubles du rythme, 2=bruits surajoutés, 3=tachycardie, 4=bradycardie, 6=cyanose, 7=extrémités froides, 8=autres.....)

Examen respiratoire : Normal |_____|oui, |_____|non

Si non : |_____| (1=polypnée, 2=sibilants ,3=râles crépitant ,4=ronchis, 5=autres.....)

Bilans réalisés : |_____| (1=oui, 2=non)

IV- TYPES DE COMPLICATIONS PROPRE AU TAP BLOC :

· Complications digestives : |_____| (1=oui, 2=non)

Perforations d'organes : |_____| (1= foie, 2= péritoine, 3= rate , 4= rein)

3= autres.....

· Complications nerveuses : |_____| (1=oui, 2=non)

Paralysie transitoire du nerf fémoral : |_____| (1= oui , 2= non)

3= autres.....

· Complications toxiques : |_____| (1=oui, 2=non)

Volume important injecter : |_____| (1= oui, 2 = non)

Injection IVD : |_____| (1= oui, 2 = non)

- Complications immuno allergique : |_____| (1=oui , 2=non)

Choc anaphylactique |_____| (1= oui, 2= non)

3= autres.....

· Autres complications :,.....

V.EFFETS SECONDAIRES : |_____| (1=oui, 2=non)

.....

V- EVOLUTION : |_____| (1= favorable, 2= défavorable)

Durée d'hospitalisation :jours

Devenir du patient : |_____| (1=transfert, 2=exéat)

Résumé

Introduction : Le Transversusabdominis plane block échoguidé est une technique utilisée pour l'infiltration d'anesthésique local afin de réduire la douleur post opératoire pour une chirurgie abdominale basse.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'apport du Tap block sur la douleur chez les patients après laparotomie sous ombilicale.

Méthode : Nous avons mené une étude de cohorte prospective en simple aveugle sur une période de 3 mois du 1er septembre 2020 au 30 novembre 2020 chez des patients opérés pour chirurgie sous ombilicale. Nous avons composé deux cohortes pondérées sur l'âge, l'asa et la technique chirurgicale. Un premier de 25 patients ayant bénéficiés d'un Tap block échoguidé et 25 autres patients bénéficiant de l'analgésie standard IV. Les blocs étaient réalisés après induction pour l'anesthésie générale et en fin d'opération pour l'anesthésie locorégionale. 15 ml de bupivacaine était injecté de chaque côté de la paroi abdominale. L'analgésie standard IV postopératoire était faite essentiellement du paracétamol associé au nefopam ou du tramadol.

Résultats : Ont été inclus 50 patients sur un total de 350 patients opérés pour chirurgie sous ombilicale. Il n'y a pas de différence significative des scores de douleur jusqu'à la 6^e heure post opératoire. Par contre les scores de douleurs étaient plus diminués de la 6^e heure à la 12^e heure post opératoire chez les patients qui avaient bénéficiés du Tapblock. La consommation moyenne d'antalgiques était diminuée chez les patients avec block. Elle était de 2 doses à J0 et 3 doses à J1 contre 3 doses à j0 et 4 doses a j1 chez les patients sous analgésie standard IV.

Conclusion : Les scores de douleurs en post opératoire immédiate étaient comparables selon le type d'analgésie utilisé. Le Tap block échoguidé permet une diminution de la douleur post opératoire pendant les 12 premières heures.

Mots-clés : Tap block ; douleur postopératoire ; échoguidé ; abdominale basse.