

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021

I - OBJET DU DOCUMENT :

Ce protocole a pour objet de formaliser et d'uniformiser la réalisation de Bloc Ilio Fascial.

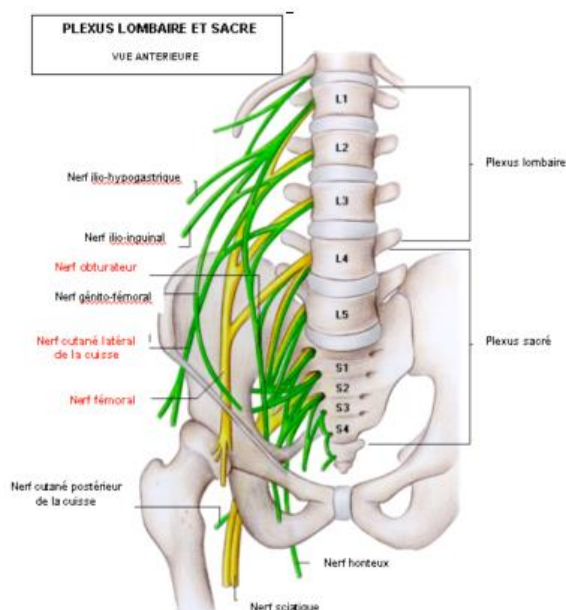
DESCRIPTION

INDICATION

Analgésie des patients présentant une fracture de la diaphyse fémorale, une plaie délabrante dans le territoire du nerf fémoral (quadriceps), ou une fracture du col fémoral. En outre très bien toléré par comparaison aux autres modes d'analgésies systémiques chez les sujets habituellement fragiles.

Le BIF est une technique d'anesthésie loco-régionale périphérique des membres inférieurs. Il s'agit d'un bloc du plexus lombaire par voie antérieure.

Les nerfs concernés par la technique du BIF sont les **nerfs fémoral, cutané latéral de la cuisse et obturateur**.

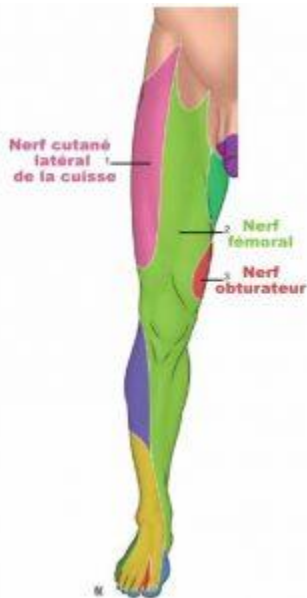


Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL

Vérifié par : Dr M. BECHU

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021



CONTRE INDICATION

Pontage aorto-fémoral
 Présence de plaque vicryl de réparation herniaire ilio-inguinale
 Ostéosynthèse de hanche
 Infection locale
 Allergie connues aux AL
 Trouble de la coagulation (AVK, AOD, hémophilie, insuffisance hépatique sévère)
 Réalisation d'un BIF avant l'arrivée aux urgences

TECHNIQUE DE RÉALISATION

Repérage

☐ technique du bloc ilio-fascial

- Ligament inguinal: Une ligne est tracée entre le tubercule pubien et l'épine iliaque antéro-supérieure correspondant à la représentation du ligament inguinal.
- Artère fémorale : Un repérage de l'artère fémorale est effectué en regard du pli inguinal. La ligne tracée est ensuite divisée en 3 segments identiques.
- Point de ponction située 2 cm au-dessous de la jonction tiers externe-tiers moyen de cette dernière.

☐ technique du Bloc 3 en 1

Point de ponction repéré à 1 cm sous l'arcade crural et à 1 à 2 cm en dehors de l'artère fémorale

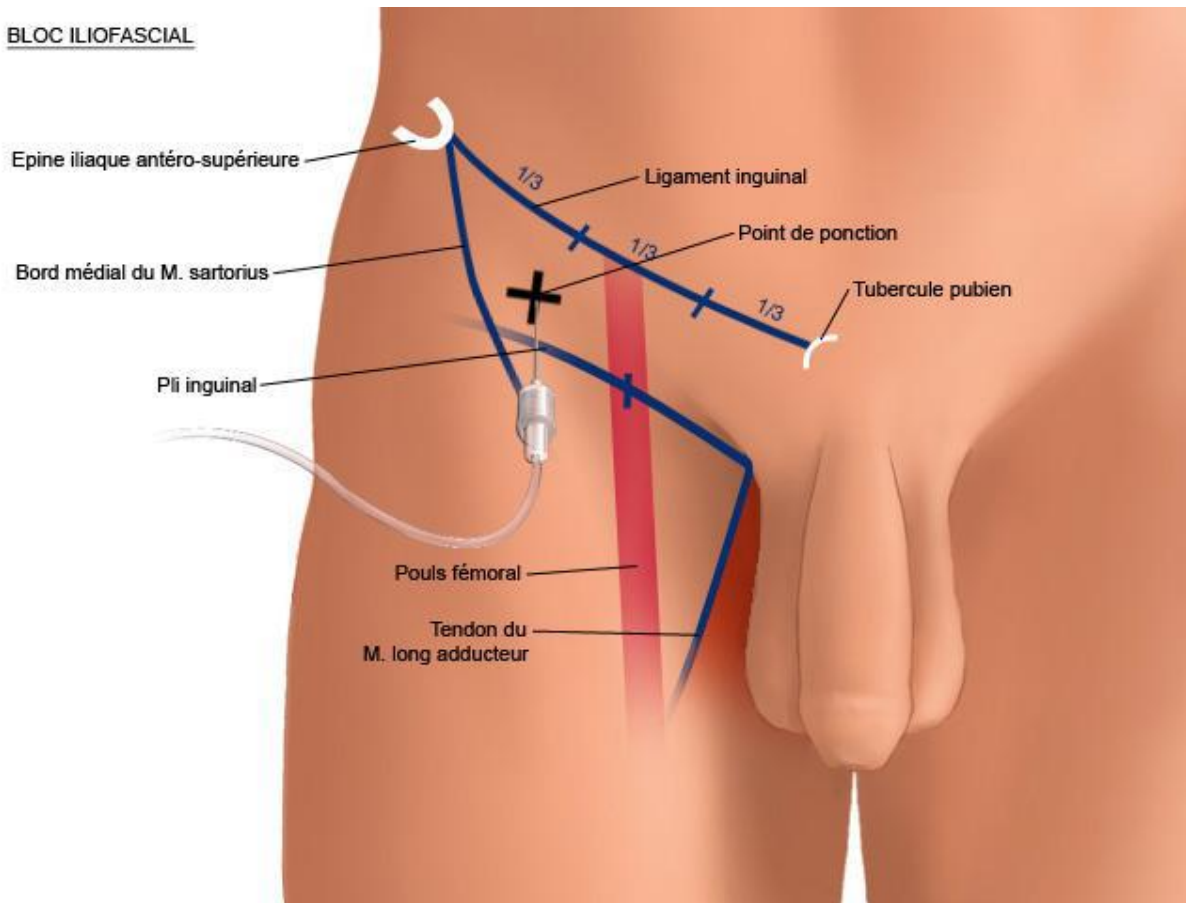
Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL

Vérifié par : Dr M. BECHU

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021

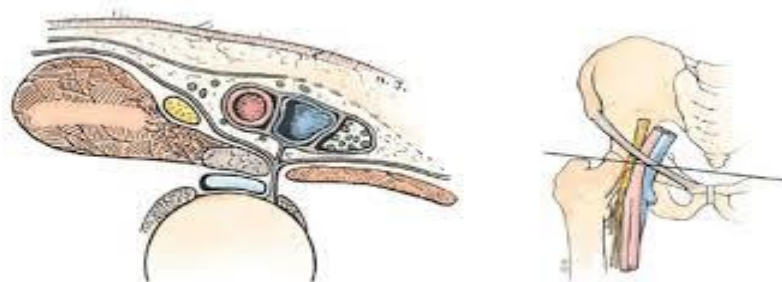
BLOC ILIOFASCIAL



Injection

Incision infra-millimétrique au bistouri au niveau du point de ponction repéré préalablement (facultatif)

Ponction réalisée perpendiculairement à la peau. Une fois l'épaisseur cutanée passée, la perception de deux ressauts successifs correspondant au passage des fascia lata et iliaca, permet l'arrivée dans l'espace ilio-fascial où sera injectée la solution anesthésique.



Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL

Vérifié par : Dr M. BECHU

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021

Avant tout injection, réalisation d'un test aspiratif puis injection de 5 ml par 5 ml en réalisant un test aspiratif avant chaque injection

POSOLOGIE

Préparation une seringue de 20 ml = Lidocaïne 2% 10 ml+ Ropivacaine 10mg/ml 10 ml

Posologie 0,3 ml/kg, maximum 20 ml

Injection lente 5ml/5ml en vérifiant l'absence de reflux

L'analgésie débute entre la 5 et la 15ème minute

Durée de l'analgésie : 2H-4H

Si échec ne pas recommencer

En cas d'indication de gestes rapide (réduction de luxation de rotule ou de plaie la jambe) = pas d'indication à la Ropivacaine, Lidocaïne seule suffit

A savoir : dose toxique de Lidocaïne sup à 500 mg, dose toxique de Ropivacaine 225 à 300 mg

MIS EN CONDITION

1. KIT BIF

Disponible dans le SAS de SAUV à Purpan (armoire traumato) et à Rangueil

- seringues 50cc
- une ampoule de lidocaïne 2%, ampoule de Ropivacaine 10mg/ml
- aiguille stimuplex avec prolongateur
- un trocart
- lame de bistouri (facultatif)
- gants

Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL

Vérifié par : Dr M. BECHU

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021



2. RÔLE DE L' IDE ET AS (HUB/CMCT/AMCT)

- ☐ Evaluation de la douleur avec une méthode compatible avec le patient
- ☐ installation du patient en décubitus dorsal
- ☐ scope cardio-respiratoire
- ☐ VVP avec garde de veine de 250cc de NaCL
- ☐ co analgesie : Meopa/Morphine en titration après avis médical
- ☐ désinfection en 4 temps
- ☐ aide à la réalisation du geste
- ☐ maintien d'un contact verbal
- ☐ recherche les signes de toxicité aux anesthésies locaux

3. RÔLE DU MÉDECIN

- ☐ Explication au patient de la réalisation du geste
- ☐ examen neurologique
- ☐ désinfection 4 temps
- ☐ préparation du matériel
- ☐ pas de nécessité d'être habillé en stérile
- ☐ seringue de 20cc= une ampoule de lidocaïne 2% 10ml + une ampoule de Ropivacaine 10mg/ml
- ☐ repérage selon la technique du bloc ilio-fascial
- ☐ Ponction réalisée perpendiculairement à la peau, deux ressauts successifs perçus
- ☐ ce geste peut également être réalisé sous contrôle échographique (aiguilles écho visibles)
- ☐ réalisation d'un test aspiratif

Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL

Vérifié par : Dr M. BECHU

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021

- ☐ injection de 5 ml par 5 ml en réalisant un test aspiratif avant chaque injection à la posologie de 0,3 ml/kg, maximum 20ml
- ☐ noter dans le dossier médical:
 - début de la procédure
 - examen neuro avant la procédure
 - type d'AL utilisé
- ☐ si échec ne pas recommencer
- ☐ recherche les signes de toxicité aux anesthésies locaux

4. SURVEILLANCE

- ☐ surveillance scopée pendant 30min au HUB ou en ZONE ORANGE ou SAUV
- ☐ rechercher les signes de toxicité aux anesthésiques locaux (cf annexe), tout événement doit être noté dans le dossier
- ☐ au bout de 30' si analgésie suffisante et pas de complication détectée, amener à la radio
- ☐ réévaluation régulière de la douleur
- ☐ attente en zone non scopée (ZONE VERTE)
- ☐ poursuite de la prise en charge avec avis ortho et +/- traction collée (3-4 Kg)
- ☐ surveillance jusqu'à la récupération complète de la motricité et de la sensibilité

ACCIDENTS LIÉS AUX ANESTHÉSIIQUES LOCAUX

La toxicité aux anesthésiques locaux est le plus souvent liée à une résorption tissulaire retardée d'une dose importante injectée (allant jusqu'à 30 minutes) ou d'une injection intravasculaire accidentelle, l'effet est alors immédiat.

Les différents types d'atteinte

L'atteinte du système nerveux central est le plus fréquent et peut évoluer de la perte de conscience brutale avec ou sans crise comitiale jusqu'à un état de coma pouvant dans le pire des cas entraîner un arrêt cardio-respiratoire. Les symptômes évocateurs à rechercher sont: goût métallique, dysesthésies

Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL
 Vérifié par : Dr M. BECHU
 Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021

bucco-linguales, dysarthrie, vertige, nausées, céphalées, paresthésie, distorsions cognitives, vertiges, convulsions, coma

L'atteinte cardiaque peut se manifester par un malaise, une tachycardie, une hypertension et une arythmie ventriculaire TV, FV).

Un collapsus cardio-vasculaire peut apparaître dès lors que les concentrations plasmatiques d'anesthésique deviennent importantes, avec un tableau plutôt de bradycardie, d'hypotension, de diminution de la contractilité jusqu'à l'asystolie.

On retrouve cependant 40% de formes atypiques.

Prise en charge immédiate

- ★ Arrêt de l'administration des anesthésiques locaux
- ★ appel à l'aide
- ★ Libération des voies aériennes
- ★ Oxygénation FiO2 100% et lutte contre l'hypoxémie
- ★ Prise en charge des troubles neurologiques graves :
 - les benzodiazépines en premier lieu
 - ne pas injecter de Propofol
- ★ Eviter la vasopressine, les inhibiteurs calciques, les bêta-bloquants, ou d'autres anesthésiques locaux
- ★ En cas d'arrêt cardio-respiratoire:
 - pas de dose importante d'Adrénaline (augmente la durée du bloc)
 - Attention à l'utilisation la Cordarone qui respectivement prolongent la durée de l'anesthésique et apporte un effet synergique au produit.
 - RCP prolongée

Prise en charge spécifique

- ★ Repose sur l'**administration d'intralipide 20%** dans le **SAS de la SAUV**, armoire traumato, tiroir Kit BIF (délai d'action 5-10 minutes)
- ★ **3mL/Kg en bolus** ; à répéter si symptomatologie persistante (recommandation de la SFAR)
- ★ Un minimum de 6 heures de surveillance scopée est recommandé (Zone Orange)

Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL

Vérifié par : Dr M. BECHU

Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021

SUSPECTER (et donc traiter)

- ☐ Goût métallique
- ☐ Dysarthrie
- ☐ Vertiges, nausées, acouphènes
- ☐ Secousses musculaires
- ☐ Malaise
- ☐ Dysesthésies buco-linguales

CONFIRMER

- ☐ Injection d'AL
 - Intra-vasculaire : signes immédiats
 - Résorption : signes retardés
- ☐ Neurologique
 - Céphalées, paresthésies
 - Convulsions, Coma
- ☐ Cardiaque
 - BAV, TDR ventriculaire
 - Hypotension, collapsus
 - ACR

Appel à l'aide
STOP Chirurgie

TRAITER

- ☐ Arrêt injection Anesthésiques locaux
- ☐ Oxygénothérapie ou FiO₂=1 (Intubation si ACR)
- ☐ Réanimation cardio-respiratoire: cf ACR
 - Pas de dose importante d'adrénaline : augmente la durée du bloc
 - Pas d'amiodarone (effet additif avec les AL)
- ☐ Emulsion Lipidique à 20% : Intralipide 20% : 3ml/kg en bolus ou Medialipide 20% : 6 à 9 ml/kg en bolus à répéter si symptomatologie persistante
- ☐ Benzodiazépines si convulsions prolongées
- ☐ Surveillance monitorée pendant minimum 6 heures
- ☐ Dosage du toxique (prélèvement tube sec)



SFAR

Réalisée en 2016 par le CAMR

Références: www.lipidrescue.org
www.alrt3.com/media/files/intoxication-aux-anesthésiques-locaux-sfar-2010-1.pdf

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Bloc ilio fascial aux urgences	Version : 1 Date d'application : Avril 2021

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Purpan et Rangueil, SAMU

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin **OU A entreprendre** ☐ IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

- SFMU. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation dans le cadre des urgences. Conférence d'experts. 2002
- SFAR. Aide Cognitive Intoxication aux anesthésiques locaux. 2016
- Lipides et intoxications par des anesthésistes locaux. Où en est-on? Karine Nouette-Gaulain, Florian Robin. MAPAR 2016

V-DOCUMENTS ASSOCIES :

VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N° version	Date	Nature des modifications
1	04/2021	Création

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2022

Rédigé par : Dr X. MOLINIER, Dr J. ROTIVAL
Vérifié par : Dr M. BECHU
Approuvé par : Dr S. FERNANDEZ