

ALR EN PREHOSPITALIER

INTRODUCTION

Analgésie **efficace, sélective**, sans retentissement
systémique

En pratique : **délicate** à mettre en œuvre dans les situations
préhospitalières

MODE D'ACTION DES AL

Blocage de la propagation de l'influx :
bloc par **non dépolarisation, temporaire** et **réversible**



Bloc sympathique

Bloc sensitif

Bloc moteur

Régressent en sens inverse

BLOC ILIOFASCIAL de DALENS

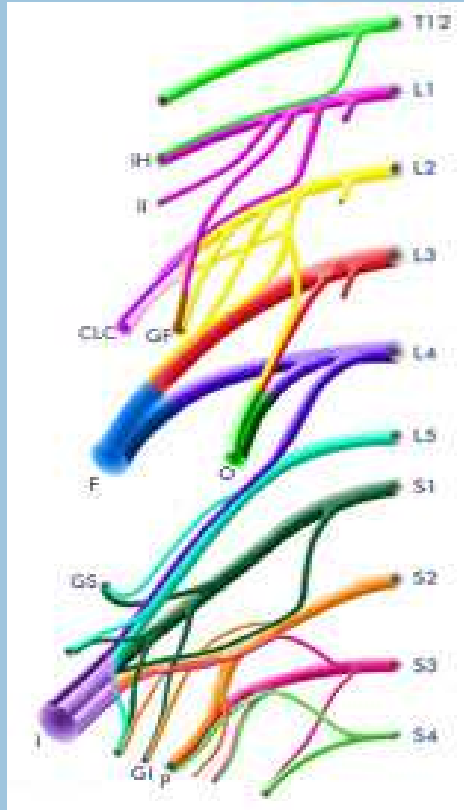
Nerf FÉMORAL :

Rameaux **moteurs** : Psoas, Sartorius, Quadriceps

Rameaux **sensitifs** : région antéro-interne de la cuisse,
du genou et de la jambe

INDICATIONS :

- ❖ Fractures de diaphyse fémorale
- ❖ Plaies du genou



LIDOCAÏNE

AL de **classe II** : puissance et durée d'action **intermédiaire**

64% de liaison protéique

Délai d'action court ; analgésie rapide (bloc sensitif en 6mn)

Durée d'action : 1h30 à 2h00

Effets toxiques

Neurotoxiques : convulsions précédées de prodromes

Cardiotoxiques : tachycardie, dim. R. vasc. periph, chute TA,
tr. conduction, tr. excitabilité

CONTRE-INDICATIONS A L'ARL EN PREHOSPITALIER

1. Liées au patient

- ❖ Patient comateux
- ❖ État de choc, détresse vitale, respiratoire
- ❖ Polyblessé
- ❖ Allergie aux anesthésiques locaux
- ❖ Patients sous anticoagulants
- ❖ Épileptiques avec traitement non contrôlé
- ❖ Tr. de la conduction AV nécessitant un EES permanent non encore réalisé
- ❖ Position du patient avec mobilisation impossible

CONTRE-INDICATIONS A L'ARL EN PREHOSPITALIER

2. Liées à la technique

- ❖ Point de ponction infecté
- ❖ Point de ponction avec souillures importantes
- ❖ Délabrements tissulaires au point de ponction

TECHNIQUE :

Avant la réalisation du bloc

- ❖ Évaluer le traumatisme :
 - Éliminer détresse vitale, poly fracturé
 - Examen clinique du membre fracturé

- ❖ Interrogatoire : atcd, AVK, allergie
- ❖ VVP
- ❖ Monitoring
- ❖ Source d'O₂, matériel d'IOT et de VA prêt
- ❖ Drogues prêtes: midazolam, éphédrine, adrénaline, dobutamine

TECHNIQUE :

Position du patient

Si possible : décubitus dorsal, abduction-rot.ext 10 à 20°

Sinon: toute position permettant de repérer le lgt inguinal et l'artère fémorale

Repères de ponction

EIAS et épine du pubis

Artère fémorale



TECHNIQUE DE PONCTION

Aiguille 22G à biseau court, 5cm de long
Xylocaïne 1% adrénalinée, 20ml (max 40ml)
Asepsie

- ❖ Inclinaison céphalique de 30°
- ❖ Pointe du biseau en premier pour franchir la peau
- ❖ Aiguille tournée de 180°, biseau à plat
- ❖ Perception de 2 ressauts : fascia lata puis fascia iliaca
- ❖ Injection dans l'espace ilio-fascial

RECOMMANDATIONS

- ❖ Avant injection puis tous les 5ml : test d'aspiration à la recherche d'un passage intravasculaire
- ❖ Injection lente et fractionnée, 5ml toutes les 30s
- ❖ Ne pas injecter contre résistance
- ❖ L'injection doit être indolore
- ❖ Rechercher des paresthésies (injection intraneurale)
- ❖ Maintenir le contact verbal et rechercher les signes de prodromes d'une toxicité neurologique



Interrompre l'ALR au moindre signe anormal

CONCLUSION

ALR en préhospitalier : **BIF** de Dalens

Connaissances anatomiques, pharmacologiques et **pratiques**

Examen initial du blessé : capital, consigné par écrit

Nécessité de rédiger des **protocoles** pour formaliser la technique
d'ALR en urgence en préhospitalier