

A lateral Radiograph of lumbar spine showed a bony fusion of the adjacent lumbar vertebrae (figure 3).

Figure 3: Lateral Radiograph of lumbar spine



The clinical and radiological images suggested a difficult intubation and a high risk of neuraxial anesthesia failure. Biological parameters were normal. After obtaining oral patient consentment, it was decided to attempt a regional anaesthesia with an awake fiberoptic tracheal intubation followed by an intravenous narcosis with propofol. Standard cardiovascular and respiratory monitoring was used. Blocks of lumbar plexus and sciatic nerve were performed in awake patient. The Patient was positioned in Sims' position. Supplemental oxygen was provided. Posterior approach was used for lumbar plexus and parasacral approach for the sciatic nerve block. The lumbar plexus and sciatic nerve were localised using a nerve stimulator (plexygon*-Aryon-Vygon Italia) connected to an 21 G, 100mm insulated needle (Vygon*- France). Successful needle placement near lumbar plexus was indicated by the quadriceps muscle contraction and knee extension and near the sciatic nerve by plantar flexion, with a current intensity lower than 0.5 mA. Mixture of isobaric bupivacaine 0.5% (12 ml) and lidocaine 2% (12 ml) were injected in single shot for either nerve block. 15 min after the second nerve block and to have made sure of the motor and sensitive block installation, the regional anaesthesia was followed by the intravenous (iv) 0.5 mg atropine bolus administration and a light sedation fiberoptic nasotracheal intubation under 70 mg propofol iv sedation. After check of the good place of the probe, induction was performed with intravenous propofol (2 mg.kg⁻¹). Anaesthesia was maintained with continuous propofol (3 mg.kg⁻¹.h⁻¹). The patient did not receive any opiates drug during operative period. Mechanical ventilation (VT: 7 ml.kg⁻¹, RF: 12c.min⁻¹ - N20/2 with FiO2: 0.5) was performed. The narcosis end has been at 30 min before extubation and the last atracium injection was done 60 min before extubation. The intervention and anaesthesia duration were of 105 and 150 min, respectively. Surgery, anaesthesia and extubation were uneventful. The motor and sensory block durations were of 375 min and 510

min, respectively. The patient didn't need morphine as postoperative analgesia. The postoperative analgesia was assured by combined lumbar and sciatic block and intravenous Peralgan (3g/24h) during the first postoperative day then relieved the following days by the oral form. Visual analogue scale (VAS) was all along the postoperative stay lower to 30 mm. The patient was discharged after five days without any complications.

Conclusion

The combined lumbar plexus and sciatic nerve blocks may be a reasonable option for anaesthesia and postoperative analgesia for lower leg surgery in patients with AS. This anaesthetic procedure was used to avoid the potential risk of neuraxial anaesthesia complications as epidural haematoma and respiratory depression of opioids.

References

1. Wittmann F W, Ring P A. Anaesthesia for hip replacement in ankylosing spondylitis. J R Soc Med. 1986;79 : 457-9

Mehdi Boussofara¹, Mehdi Hamdi¹, Mohamed H Mtaallah², Moez Dridi³

Service d'anesthésie-réanimation, Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous, Tunisie

Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie

Service d'orthopédie et de traumatologie, Centre de traumatologie et des grands brûlés, Ben Arous, Tunisie

Tunis Medical School, Tunis El Manar University

Anévrisme de la crosse de la grande veine saphène simulant une hernie crurale

Les anévrismes veineux (AV) sont des lésions rares, comme en témoignent des cas isolés rapportés dans la littérature. Ils peuvent survenir à tout âge et toucher tout le système veineux. Les membres inférieurs constituent la localisation la plus fréquente. Les AV se présentent généralement sous forme d'une masse des tissus mous posant ainsi un problème de diagnostic différentiel [1, 2].

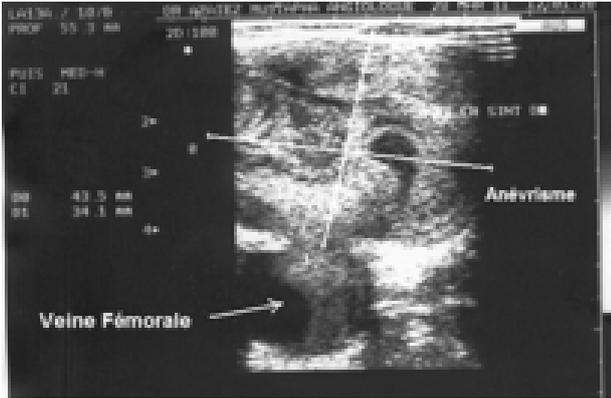
Le but de cette étude est de souligner l'importance à connaître cette pathologie qui a été source de confusion avec une hernie crurale.

Observation

Madame S.T. âgée de 52 ans, hypothyroïdienne sous traitement substitutif, a consulté pour une masse crurale droite évoluant depuis 4 ans, augmentant progressivement de volume et devenue douloureuse. L'examen a mis en évidence une masse crurale droite de 5 cm de diamètre molle, compressible, non battante et non soufflante. Elle augmentait de volume en position debout et s'affaissait en décubitus dorsal, et elle était expansive à la toux. Il existait par ailleurs des varices réticulaires de la face postérieure de la cuisse. La patiente a été admise au service de chirurgie viscérale avec le diagnostic

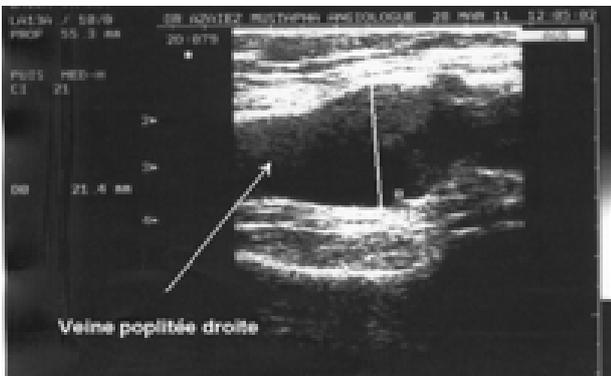
d'une hernie crurale. Cependant l'examen sous anesthésie générale a mis en doute le diagnostic initial et a amené à pratiquer un echo-Doppler veineux qui a montré une dilatation anévrismale de la crosse de la grande veine saphène (GVS) droite mesurant 43 mm sans incontinence de celle-ci (Figure 1).

Figure 1 : Echographie vasculaire. Coupe transversale de la région crurale droite montrant la dilatation anévrismale de la crosse de la GVS se jetant dans la veine fémorale.



Par ailleurs nous avons découvert fortuitement un anévrisme de la crosse de la GVS controlatérale de 23 mm, ainsi que des anévrismes des deux veines poplitées de 18mm à gauche et de 21 mm à droite (Figure 2) libres de thrombus et sans incontinence du réseau profond.

Figure 2 : Echographie vasculaire. Coupe longitudinale de la région poplitée droite qui met en évidence une dilatation anévrismale de la veine poplitée.



La patiente a été alors adressée au service de chirurgie cardio-vasculaire pour une prise en charge spécialisée. L'intervention a été menée sous anesthésie locale et a consisté en une résection de l'anévrisme avec crossectomie de la GVS droite et veinorrhaphie fémorale latérale (Figures 3 et 4). Les autres localisations anévrismales ont été respectées. La patiente a été mise sortante sous anticoagulants à dose préventive durant une semaine avec des contrôles échographiques réguliers à titre externe.

Figure 3 : Vue per-opératoire d'un anévrisme sacciforme de la crosse de la GVS.

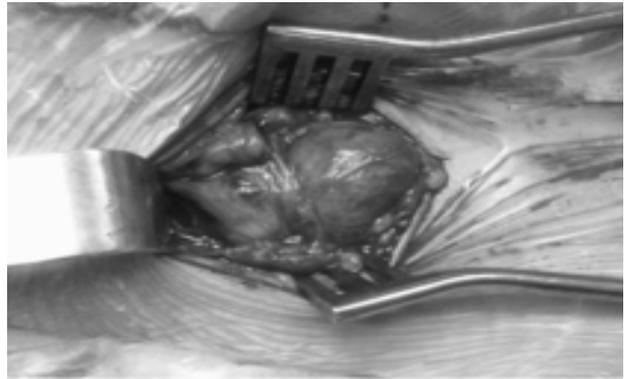
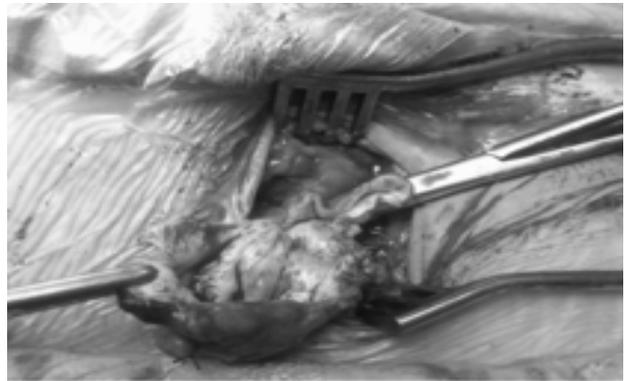


Figure 4 : Ouverture du sac anévrismal qui ne contient pas de thrombus sous clampage latéral de la veine fémorale.



Conclusion

Les anévrismes veineux représentent une pathologie rare décrite dans tout le système veineux, mais la localisation poplitée est la plus fréquente. Ces lésions posent souvent un problème de diagnostic différentiel, et dans ce cas l'apport de l'échographie est considérable. Leur prise en charge n'est pas bien établie mais le traitement chirurgical est le plus souvent préférable en raison du risque de survenue de complications thromboemboliques.

Références

1. G.A. Ranero-Juarez, R. H. Sanchez-Gomez, S.E. Loza-Jalil et al. Venous Aneurisms of the extremities: report of 4 cases and review of literature. *Angiology*. 2005; 56: 475.
2. H. Akoudad, S. Chaouki, M. Cherti et al. Anévrisme de la crosse de la veine saphène interne: à propos d'un cas. *Ann Cardiol Angéiol*. 2001; 50: 142-5.

Raouf Denguir, Sana Chatti, Bilel Derbel, Faker Ghedira, Jallel Ziadi, Karim Kaouel, Faouzi Chebbi, Zoubeir Ben Safta*, Adel Khayati*

Service de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

** Service de Chirurgie Générale A, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie*

Département de Chirurgie

Faculté de Médecine de Tunis, Université de Tunis El Manar, Tunisie