

Anesthésie du Lapin

Du nouveau pour limiter les risques ?

À l'occasion du congrès AFVAC 2014, le laboratoire Axience a organisé son 4^e symposium sur l'anesthésie, dédié cette année au lapin. Les Drs Mandoline Chesnel, Charly Pignon et Minh Huynh ont fait part de leur expérience dans l'anesthésie des lagomorphes.



Conférencière
Maud-line Chesnel
Docteur Vétérinaire
Dipl. ECVAA
Chef du service anesthésie
réanimation du CHV Atlantia
NANTES (44)



Conférencier
Charly Pignon
Docteur Vétérinaire
Dipl. ECZM (small mammals)
Chef du service NAC à l'ENVA
MAISON-ALFORT (94)



Conférencier
Minh Huynh
Docteur Vétérinaire
Dipl. ECVAA
Chef du service anesthésie
réanimation du CHV Atlantia
NANTES (44)



Le lapin est une espèce de plus en plus fréquente en pratique courante et les soins sont désormais aussi poussés qu'en médecine canine et féline. Les anesthésies sont dès lors fréquentes, qu'il s'agisse d'interventions de convenance (la stérilisation des mâles et des femelles est recommandée) ou de soins d'urgence. Or, la mortalité du lapin lors d'une anesthésie est plus élevée que celle d'un chien ou d'un chat : le risque anesthésique est de 1/72 lorsque l'animal est sain et de 1/14 lorsque 'il est malade.

1. Risques anesthésiques chez les animaux fréquemment rencontrés en clientèle courante (Vet Anaesth Analg 2008, 35(5), 365-373)

Chien	0,17 %
Chat	0,24 %
Lapin	1,39 %
Furet	0,33 %
Cobaye	3,80 %
Perruche	16,00%

Sécuriser l'anesthésie : intérêts du V-Gel®

Pour limiter les accidents lors de l'anesthésie, il convient de la sécuriser :

- 1) En optimisant l'état de santé du lapin avant l'anesthésie
- 2) En usant de bonnes pratiques anesthésiques
- 3) En surveillant étroitement le lapin anesthésié

Afin d'optimiser l'état de santé du lapin avant de l'anesthésier, il convient de réaliser un examen clinique complet et soigné, à la recherche notamment d'affections respiratoires occultes, fréquentes dans cette espèce. Si besoin, il est préférable de retarder l'intervention et de prendre le temps nécessaire à la réanimation du patient : réhydratation, oxygénation, gavage. Enfin, limiter le stress est essentiel dans cette espèce: hospitalisation dans une pièce calme, si possible sans chat et chien, manipulation douce et adaptée à l'espèce, analgésie précoce.

Les bonnes pratiques anesthésiques du lapin prévoient d'avoir un accès intraveineux, de sécuriser les voies aériennes et d'apporter de l'oxygène. L'accès intraveineux est assuré par la pose d'un cathéter à la veine céphalique, la veine saphène ou la veine marginale de l'oreille, ce qui ne pose pas de problème particulier avec un peu d'entraînement et un cathéter de taille adaptée. L'apport

d'oxygène et de gaz anesthésique est possible par masque mais il n'assure pas la perméabilité des voies respiratoires supérieures. On préfère donc utiliser une sonde endotrachéale ou un masque laryngé. Positionner une sonde endotrachéale chez le lapin est plus difficile que chez les carnivores car la bouche s'ouvre peu, le larynx est profond et étroit donc peu visible et les spasmes laryngés sont importants. L'intubation à l'aveugle est aléatoire et traumatisante et il est plus souhaitable d'intuber le lapin après avoir visualiser l'entrée du larynx grâce à un laryngoscope, un otoscope ou un endoscope. Quelle que soit la technique utilisée, un minimum d'expérience s'avère nécessaire.



Dispositif V-Gel® commercialisé par le laboratoire Axience.

Le masque laryngé V-Gel® (photo1) est un dispositif supraglottique innovant conçu pour s'adapter à l'oropharynx du lapin. Il se positionne facilement et assure la perméabilité des voies respiratoires supérieures tout en diminuant l'espace mort et l'exposition au gaz des ASV (par rapport au masque), en augmentant la ventilation et l'oxygénation du lapin. Son positionnement est plus rapide et moins traumatisant que celui d'une sonde endotrachéale mais il requiert également un peu d'expérience pour le mettre correctement (voir à ce sujet, par exemple, <http://www.youtube.com/watch?v=7fBhePDy4UM>).

Lors de toute anesthésie, il est important de respecter et surveiller les différentes étapes : prémédication, induction, maintien, réveil, car chacune a son utilité. La prémédication est particulièrement importante chez le lapin pour limiter son stress et fournir une analgésie précoce. L'induction se fait par voie intraveineuse (alfaxalone, propofol) si un relais gazeux est prévu, ou directement par voie gazeuse (isoflurane ou sévoflurane) pour les anesthésies de courtes durées ou lors de soins dentaires. L'entretien est de préférence gazeux mais il est possible d'apporter du propofol en perfusion continue. Le réveil s'effectue sous surveillance, au chaud et au calme.

La surveillance est essentielle à chaque étape mais les appareils sont encore peu adaptés au format du lapin. Il faut ainsi minimiser les espaces morts et utiliser des capnographe microflux (50 ml/minute). La mesure de la pression artérielle se fait par méthode invasive à l'artère centrale de l'oreille, facilement accessible.

Gérer la douleur

Le lapin cache longtemps sa douleur, les signes évocateurs sont frustes et peu spécifiques. Or, la douleur provoque une forte augmentation de la morbidité et de la mortalité dans cette espèce. Il faut savoir reconnaître, évaluer et anticiper la douleur dans le cadre d'une intervention chirurgicale programmée.

Lorsqu'un lapin n'a pas mal, il s'agit d'un animal prudent (c'est une proie !) mais il explore volontiers son environnement, sursaute en cas de bruit, se dresse sur les postérieurs, fait fréquemment sa toilette, mange la plupart du temps et émet des crottes régulièrement. En cas de douleur, les activités, l'appétit et les comportements exploratoires diminuent ou cessent, les selles sont de plus en plus petites et sèches, le lapin garde ses membres regroupés sous lui, ne bouge pas et sa fréquence respiratoire augmente. Un comportement agressif peut également être observé. Il existe quelques signes spécifiques à connaître : des grincements de dents accompagnés de ptyalisme et d'arrêt d'ingestion de foin doivent inciter à rechercher des problèmes dentaires. De l'anorexie et un abdomen tendu et douloureux évoquent un iléus paralytique ou mécanique. Un amaigrissement, un arrière train souillé et un arrêt des comportements de toilettage doivent faire penser à un problème urinaire : lithiase, cristallurie, IRC (photos 2 et 3).

Les signes cliniques présents en cas de choc sont les suivants : décubitus latéral, position regroupée avec tête basse ou au contraire membres écartés, poussé au mur, respiration abdominale, vocalises.

Ces dernières années, l'arsenal thérapeutique s'est enrichi de nombreuses molécules utilisables chez le lapin. On choisit l'analgésique adapté à l'intensité de la douleur (voir classification OMS de la douleur). Parmi les AINS, le meloxicam et le carprofène sont bien tolérés à long terme, ont un pic d'activité long (donc une seule administration quotidienne) et peu d'effets secondaires. L'administration d'un AINS peut être précoce, plusieurs heures avant la chirurgie. Parmi les opioïdes, certains ont une durée d'action courte : fentanyl (20 minutes), butorphanol (2 heures), morphine (3-4 heures), donc seront plutôt utilisés pendant la chirurgie et la période postopératoire immédiate. La buprénorphine a une durée



Les pathologies génitales (anévrisme utérin photo 2) et urinaires (calcul vésical photo 3) représentent une cause importante de chirurgie chez le lapin.

d'action plus longue (6-8 heures) et peu d'effets secondaires ainsi que le tramadol (12-24 heures). La buprénorphine apporte donc une analgésie pendant et après la chirurgie lorsqu'elle est administrée 1 à 2 heures avant l'induction. La médétomidine en perfusion continue a un effet analgésique à faible dose et a l'avantage d'avoir un antagoniste (atipémazole). L'isoflurane et le sévoflurane n'ont aucun effet analgésique.

L'anesthésie locale reste la meilleure de toutes les analgésies et il ne faut pas hésiter à l'utiliser chez le lapin également : lidocaïne ou bupivacaïne en injection traçante sur la ligne blanche, en blocs nerveux, en infiltration locale. Les épidurales sont mal tolérées car sources de stress chez le lapin lorsqu'il ne sent plus ses membres postérieurs.

Complications fréquentes

Au cours d'une anesthésie de lapin, même menée dans les règles de l'art, il n'est pas rare de devoir faire face à des apnées ou un réveil peropératoire inopiné.

Lors d'apnée, le premier geste est de ventiler manuellement l'animal puis de rechercher parmi les trois causes possibles : suroxygénation (on diminue le débit), surdosage anesthésique (on diminue la quantité d'iso/sévoflurane et on initie la chirurgie rapidement afin de stimuler l'animal), problème concernant le circuit anesthésique.

Les réveils peropératoires peuvent être consécutifs à une surstimulation douloureuse, un défaut d'anesthésie ou une réaction individuelle. Il convient alors de suspendre immédiatement le geste chirurgical afin de diminuer le seuil de stimulation. Pour obtenir une anesthésie rapide, il est préférable d'administrer une nouvelle dose anesthésique (propofol, kétamine, médétomidine) par voie IV puis d'améliorer la ventilation et d'augmenter le débit de gaz anesthésique.

Enfin, le réveil est une période critique au cours de laquelle les décès sont nombreux par chute de satura-

tion en oxygène si l'on coupe l'apport d'O₂ brutalement, avant que le lapin ne soit capable de respirer correctement.

L'anesthésie du lapin est donc une préoccupation quotidienne qui ne doit plus être un frein à une médicalisation correcte de celui-ci ni une source de stress pour le praticien. Pour ce faire, il convient de respecter les bonnes pratiques et d'utiliser un matériel et des médicaments adaptés à cette espèce, ce qui dorénavant est à la portée de tous. ■

*Caroline Siméon
Docteur vétérinaire*

2. Analgésiques utilisables chez le lapin (d'après C. Pignon)

Molécule	Dose	Voie d'administration	Durée d'action
Buprénorphine	0,03-0,05 mg/kg	IM, IV, SC	4-6 heures
Butorphanol	0,1-0,5 mg/kg	IM, SC	2 heures
Morphine	1-5 mg/kg	IM, SC	3-4 heures
Fentanyl	2,5 µg/kg 0,5 µg/kg/h	IM, IV, SC IV	20 minutes
Tramadol	10 mg/kg	PO	12-24 heures
Méloxicam	0,5-1,5 mg/kg	PO, SC	12-24 heures
Carprofène	2-4 mg/kg	PO, SC	12-24 heures
Flunixin méglumine	0,5-2 mg/kg	PO, SC	12-24 heures
Kétoprofène	1-«2 mg/kg	PO, IM	24 heures
Kétamine	0,3-0,4 mg/kg/h (+ fentanyl)	CRI	
Médétomidine	0,001-0,002 mg/kg	IM, IV	4-6 heures