



VERS UNE PRISE EN CHARGE PERSONNALISEE DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE (DPO)

Pr F.AUBRUN (LYON)

Vers une prise en charge personnalisée de la douleur postopératoire (DPO)

Pr Frédéric AUBRUN
Département d'anesthésie réanimation douleur
Groupe Hospitalier Nord – hôpital Croix Rousse
Hospices Civils de Lyon
Université Claude Bernard Lyon 1
EA7425 HESPER
103 Grande Rue de la Croix Rousse
69004 Lyon
frederic.aubrun@chu-lyon.fr

Vers la fin des années 1990, la première conférence de consensus sur la prise en charge de la DPO a jeté les bases d'une gestion moderne et ambitieuse de l'analgésie postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Les résultats des audits étaient jusqu'alors préoccupants. Les notions de protocoles, d'analgésie multimodale, d'analgésie autocontrôlée et d'évaluation obligatoire de l'intensité douloureuse sont apparues et des référentiels ont permis d'accompagner les acteurs de soins dans l'amélioration de leur exercice professionnel. En dix ans, la prise en charge de la douleur s'est sensiblement améliorée avec la rédaction de recommandations fondées pour la plupart d'entre elles, sur les preuves. Une individualisation de la prise en charge des patients est apparue progressivement et la notion de vulnérabilité a permis la mise en œuvre d'une analgésie combinée et adaptée aux besoins du patient y compris à distance de la chirurgie. Les patients aux âges extrêmes ne sont pas oubliés avec par exemple la validation d'échelles d'évaluation de la douleur chez le patient non communiquant. La connaissance de la pharmacogénétique et du parcours personnel du patient constituent désormais des priorités pour la réduction des risques liés par exemple aux opioïdes. La notion de titrage au sens pharmacologique du terme prend tout son sens : s'adapter aux besoins du patient en limitant les doses. Mais, c'est sans doute la collaboration synergique entre les différents acteurs de soins qui va permettre aux patients d'être encore mieux pris en charge. Comment se traduit cette « analgésie à la carte » ? Quelques exemples :

La notion de vulnérabilité à la douleur et ses conséquences est apparue très nettement depuis quelques années (1). L'identification des patients à risque est devenue une priorité tant dans la prévention des douleurs postopératoires les plus sévères que dans l'amélioration du parcours des patients douloureux chroniques rebelles. Ainsi, la recherche dès la consultation d'anesthésie d'une douleur préopératoire, y compris en dehors du site opératoire, est apparue comme étant prioritaire, au même titre que la consommation préopératoire d'agents opiacés au long cours. Il apparaît depuis plusieurs années que l'existence d'une anxiété, d'un phénomène de catastrophisme ou d'une dépression, sont associés à une consommation élevée d'antalgiques en période postopératoire ou à des scores de douleurs sévères dès la salle de surveillance post-interventionnelle (2). L'utilisation d'une échelle d'anxiété (échelle APAIS par exemple) est donc fortement recommandée dès la période préopératoire de manière à mieux identifier les patients « candidats » à une prémédication anxiolytique (qu'elle soit médicamenteuse ou non), mais aussi mieux cerner la transition entre la douleur aiguë et la souffrance chronique (3).

L'impact d'une douleur insuffisamment calmée peut être désastreux et les articles ne manquent pas pour décrire les retards à la rééducation et surtout les risques de morbidité, voire de mortalité accrus notamment aux âges extrêmes de la vie. Pour exemple, Morisson et al. décrivent les conséquences de douleurs postopératoires persistantes chez des patients âgés opérés d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) : retard dans la mobilisation, allongement de la durée de rééducation et augmentation de la durée de présence en structure de soins (4). Inversement, une analgésie adaptée améliore le pronostic fonctionnel des patients opérés d'une FESF (5).

Outre les impacts sur la rééducation, une douleur mal soulagée peut se chroniciser et entraîner ainsi des douleurs chroniques post-chirurgicales (DCPC qui persistent plus de 3 mois après une intervention chirurgicale sans relation avec une symptomatologie préexistante) et

entraîner de graves conséquences sociales, professionnelles, et bien sûr personnelles. En règle générale, elle concerne 20 à 56% des interventions chirurgicales (7) avec une composante neuropathique à hauteur de 35 à 57% des patients opérés. Si le mécanisme initial est en lien avec une lésion nerveuse à l'origine de la chirurgie ou déclenchée pendant l'intervention, les causes peuvent être bien différentes. Certains traumatismes nerveux chirurgicaux n'entraînent aucune douleur persistante alors que des douleurs se chronicisent dans un contexte d'inflammation et/ou de sensibilisation centrale impliquant notamment les récepteurs NMDA (9). Il existe alors un phénomène de plasticité neuronale qui s'installe progressivement avec à terme, des modifications transcriptionnelles et de pertes neuronales qui se figent peu à peu pour s'installer indéfiniment dans le durée. Il existe également des facteurs de mutation génétiques qui peuvent expliquer que certains patients développent ou non une DCPC. Si la plupart des interventions peuvent entraîner des DCPC, certains actes sont plus à risque que d'autres (7). Il est donc indispensable de prévenir le risque de chronicisation de la douleur postopératoire en identifiant les patients dont la rééducation (sa précocité, son efficacité) est une priorité. Il s'agit de mettre en œuvre un « plan de vol » pour le patient dans une démarche pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Le parcours de soins du patient doit être retravaillé en intégrant des étapes auxquelles le patient est évidemment associé. A chaque étape, si celle-ci induit un inconfort, un protocole d'analgésie est mis en œuvre.

Il faut impérativement s'adapter au type de chirurgie afin d'adapter la stratégie analgésique multimodale

Andersen et al. ont réalisé une étude observationnelle évaluant les bénéfices d'une « analgésie à la carte » pour des patients opérés d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou dans le cadre d'une démarche de type RAAC (réhabilitation améliorée). Les patients bénéficiaient d'une stratégie multimodale comportant une infiltration par des anesthésiques locaux pendant la chirurgie, du célécoxib, de la gabapentine et du paracétamol par voie orale

pendant 6 jours postopératoires. Le recours à de l'oxycodone était possible en cas de douleur modérée à sévère persistante. Le but était de décrire la prévalence et l'intensité de la douleur postopératoire subaiguë et des effets indésirables liés aux opioïdes, de l'utilisation d'analgésiques et de la capacité fonctionnelle à J1, J10 et J30 jours après l'opération (9).

Les patients opérés d'une arthroplastie totale de hanche et du genou avec sortie précoce (<3 jours) ont décrit des niveaux acceptables de douleur et de nausées et vomissements postopératoires avec une faible utilisation concomitante d'opioïdes chez plus de 95% des patients après leur sortie et avant J10.

Cependant, après arthroplastie totale du genou, 52% des patients ont signalé une douleur modérée (EVA de 30 à 59 mm) et 16% une douleur intense (EVA > 60 mm) lors de la marche 1 mois après la chirurgie, avec une augmentation concomitante de recours aux opioïdes forts. Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer l'analgésie après le retour à domicile dans les suites d'une arthroplastie totale du genou, afin de faciliter la rééducation (9-10).

Un autre exemple consiste à dépister les patients à risque de chronicisation de la douleur postopératoire à la sortie de la structure de soins. La SFAR précise dans un référentiel de 2016 (1) qu'il est recommandé d'identifier les facteurs de risques postopératoires de chronicisation de la douleur postopératoire (DPO) en recherchant une intensité élevée de la DPO à l'aide d'une échelle numérique (EN), une prolongation inhabituelle de la DPO, une douleur neuropathique précoce (au moyen d'une échelle DN4), des signes d'anxiété et/ou de dépression. Les auteurs précisent dans l'argumentaire que les patients détectés « positifs » à l'installation d'une douleur neuropathique postopératoire seront suivis en coopération avec leur médecin traitant (11). Il s'agit évidemment d'éviter l'errance diagnostique et thérapeutique.

L'analgésie tend à s'individualiser dans toutes les situations : il faut tenir compte du parcours personnel du patient, de sa vulnérabilité éventuelle, de la complexité de la chirurgie, de la nécessité d'une rééducation attentive et structurée. Enfin, le suivi du patient dans les suites d'une chirurgie, deviendra peut-être la règle si on estime que trop de patients développent des souffrances qui ont été sous-diagnostiquées à la sortie des patients de la structure de soins.

Références :

- 1- Aubrun F, Nouette Gaulain K, Fletcher D, Belbachir A, Beloeil H, SFAR et al. Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. *Anesth Réanim* 2016;2:421-430
- 2- Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology* 2009;111:657-77.
- 3- Maurice-Szamburski A, Bruder N, Loundou A, Capdevila X, Auquier P. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. *Anesthesiology*. 2013;118:78-87.
- 4- Morrison RS, Magaziner J, McLaughlin MA, Orosz G, Silberzweig SB, Koval KJ, Siu AL. The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain*. 2003;103:303-11.
- 5- Chin RP, Ho CH, Cheung LP. *Clin Orthop Relat Res*. 2013; 471: 2349-60. doi: 10.1007/s11999-013-2927-5. Epub 2013 Mar 30. Scheduled analgesic regimen improves rehabilitation after hip fracture surgery.
- 7- Richebé P, Capdevila X, Rivat C Persistent Postsurgical Pain: Pathophysiology and Preventative Pharmacologic Considerations. *Anesthesiology*. 2018; 129: 590-607. Review. doi: 10.1097/ALN.0000000000002238.
- 8- Haroutiunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen TS. The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain*. 2013; 154: 95-102. doi: 10.1016/j.pain.2012.09.010. Review
- 9- Andersen LØ, Gaarn-Larsen L, Kristensen BB, Husted H, Otte KS, Kehlet H. Subacute pain and function after fast-track hip and knee arthroplasty. *Anaesthesia*. 2009; 64: 508-13. doi: 10.1111/j.1365-2044.2008.05831.
- 10- Ranawat AS, Ranawat CS. Pain management and accelerated rehabilitation for total hip and total knee arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2007; 22: 12-5.
- 11- Martinez V, Ben Ammar S, Judet T, Bouhassira D, Chauvin M, Fletcher D. Risk factors predictive of chronic postsurgical neuropathic pain: the value of the iliac crest bone harvest model. *Pain* 2012;153:1478–83