



Analgésie en chirurgie ambulatoire

olivier.m@chu-toulouse.fr



* Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

Recommandations Formalisées d'Experts

Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 67-72

Quelles sont les modalités de la prise en charge des suites opératoires ?

5-1 : Douleur postopératoire

La maîtrise de la douleur postopératoire est une clé essentielle de la réussite de l'ambulatoire.

Elle allie :

- * *Anticipation*
- * *Rigueur de la prescription*
- * *Et respect de l'observance*

* Satisfaction du patient?

* **Quelque soit le protocole analgésique mis en place, le degré de satisfaction des patients est toujours élevé !** Effet ambulatoire?

* Les médecins :

- orientent la recherche des critères de qualité sur **l'efficacité et la réussite de la technique** (anesthésie, chirurgie, analgésie)

* Les patients : ≠

- sont attentifs au **déroulement de la procédure** qui débute par la **qualité de l'information** sur la technique anesthésique ou chirurgicale lors de la consultation initiale
- Craignent **les douleurs et nausées postopératoires**
- S'attachent à la **notion de confort** : dysphonie, dysphagie, troubles du sommeil sont motifs d'anxiété et de mécontentement. La pose de la voie veineuse peut être ressentie comme aussi algogène que la réalisation d'une ALR.

Les principaux facteurs liés à la satisfaction étaient en lien avec :

- la prise en charge périopératoire ;
 - l'anxiété préopératoire (110),
 - le manque de confort lié à l'intraveineuse (110) ;
- la survenue d'événements postopératoires indésirables et leurs modalités de prise en charge ;
 - la douleur (87, 109-114),
 - les nausées et vomissements postopératoires (110, 113, 121) ;
- l'organisation de la structure ;
 - l'attente (109, 111-113, 158),
 - le sentiment de sortie trop précoce (109, 156),
 - le respect de l'intimité au sein de l'unité (109, 113),
 - l'appel téléphonique le lendemain (157),
 - la visite postopératoire du chirurgien (112),
 - les relations interpersonnelles :
 - la communication et les informations pré et postopératoires (109, 113, 114, 162, 163),
 - l'amabilité du personnel et l'agréabilité de l'environnement (112, 113, 161) ;
- des raisons sociales (113).

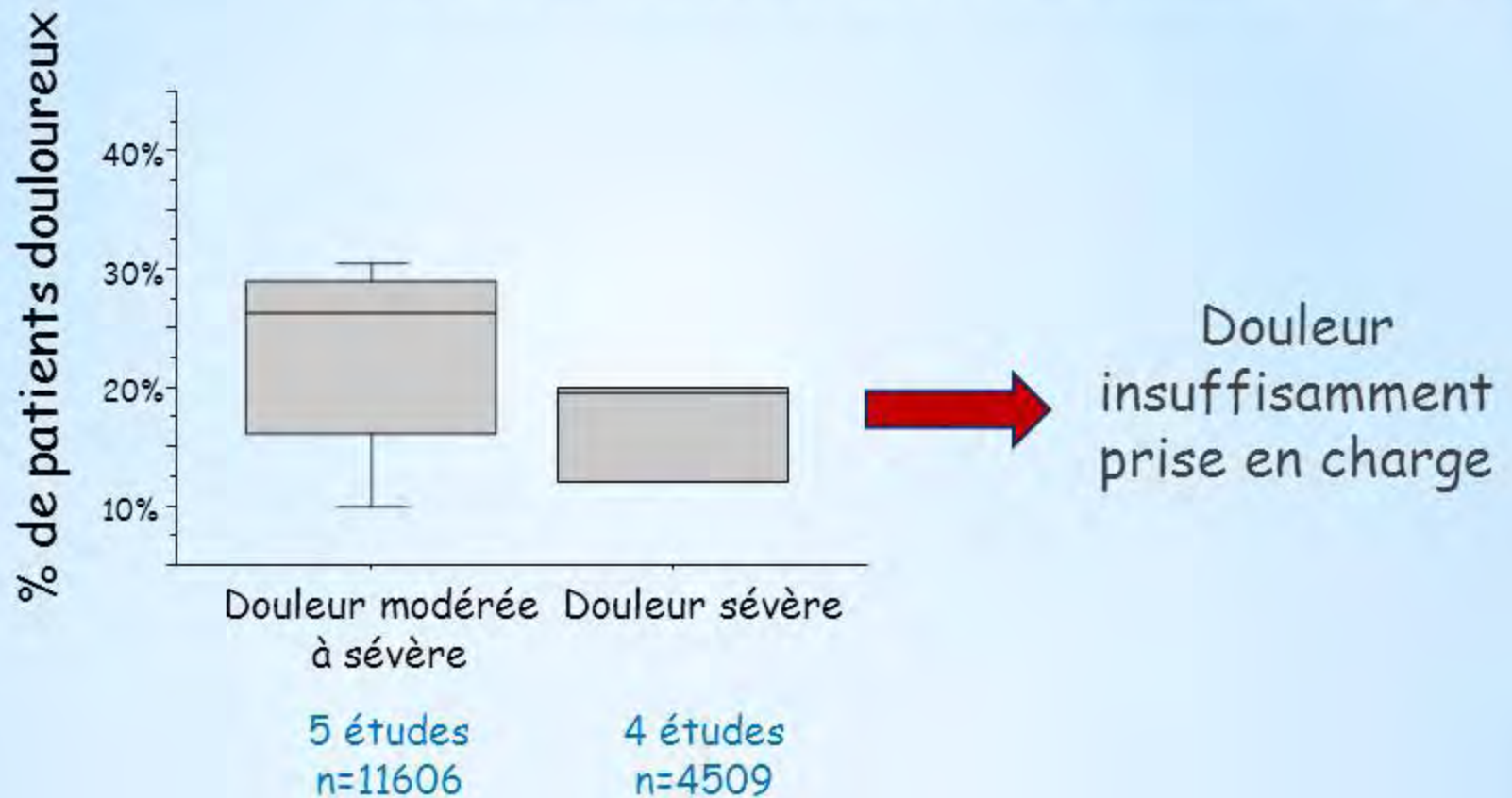
* Facteurs de non satisfaction

* 228 patients, ALR membre sup.

- 3 niveaux prévisibles de douleurs,
- 3 protocoles antalgiques :
Paracétamol ± AINS ± Tramadol

Satisfaction	EN J2-J4	EN J5-J7
Changement négatif Sj1 > Sj7 (n=30)	2 [0-9]	1,5 [0]-9
Changement positif Sj1 < Sj7 (n=31)	0 [0-6]	0 [0-4]
p	0,0005	0,0008

* Ambulatoire : Douleur à J1



Patients souhaitant une 2^{ème} PEC ambulatoire

98% vs 88%

si EVA max J1 ≤ 3 > 3

$p=0,001$

Données personnelles M Carles Nice

Facteurs associés à la douleur postopératoire J0-J1

Tableau 12. Facteurs associés à la douleur postopératoire (définie par une échelle visuelle analogique > 40 mm) le jour de l'intervention et le lendemain selon Gramlich et al., 2009 - résultats issus du modèle logistique multivarié (12.9).

	Jour de l'intervention N = 644	J1 N = 581
	OR [IC 95%]	OR [IC 95%]
Niveau d'anticipation de la douleur	Faible niveau d'anticipation de la douleur	
Intermédiaire et mineur	1.4 [0.9 - 2.2]	2.0 [1.2 - 3.3]
Âge	< 60 ans	
< 45 vs 60 +	1.4 [0.8 - 2.3]	2.8 [1.5 - 5.5]
45-59 vs 60 +	1.0 [0.6 - 1.8]	2.0 [1.0 - 3.9]
Sexe	Sexe féminin	
Féminin vs masculin	0.9 [0.6 - 1.4]	1.2 [0.7 - 2.0]
Niveau d'éducation	Faible niveau d'éducation	
Bas vs élevé		2.5 [1.3 - 4.8]
Moyen vs élevé		1.5 [1.3 - 2.9]
Douleur préopératoire	Présence de douleurs préopératoires	
Oui vs non	3.1 [2.0 - 4.9]	3.6 [2.1 - 6.2]
Anesthésie	AG versus ALR	
Régionale vs générale	0.6 [0.2 - 0.6]	-
Douleur attendue (VAS > 40 mm)	Douleur attendue	
Oui vs non	2.1 [1.4 - 3.2]	2.4 [1.5 - 3.9]
À l'issue de la consultation avec le médecin	47	69

Fréquence des NVPO

Tableau 13. Description des études observationnelles évaluant la fréquence des nausées et vomissements postopératoires, suite à une chirurgie ambulatoire.

Auteurs	Date de publication	Effectif	Temps d'évaluation	Taux global
Chung et al. (117)	1996	1 017	24	7.1 %
Rowel et al. (96)	1997	1 035	32	23 %
Seckler et al. (120)	1999	17 630	22 et 24	4.6 %
Chung et al. (100)	1999	16 411	22 et 24	7.2 %
Prokin et al. (95)	2004	1 75	30, 32, 33	49 %
Martini et al. (94) (96)	2005	2 754	30, 32, 33, 34	Nausées : 21 % Vomissements : 4 %
Perez-Sanchez et al. (121)	2011	1 00	30, 32, 33	30-37 % 31-42 % 33-49 %

NVPO : 4,6 à 49%

*** 31 - Il est recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence : information, prévention, traitement et évaluation**

- * Stratégie : de la consultation initiale ... au domicile
- * Multimodal : médicamenteux, non médicamenteux, confort, empathie
- * Education thérapeutique du patient et/ou de la famille
- * Evaluation de la prise en charge pour démarche qualité

*** 32 - Il est souhaitable que les ordonnances d'antalgiques soient remises aux patients dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie**

Recommandations Formalisées d'Experts
Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation 29 (2010) 67-72

*** M.Lemarie et al AFAR 30 (2011) 883-887**

- Période 1 : ordonnance en postopératoire (n = 248)
- Période 2 : ordonnance en préopératoire (n = 269)

Incidence d'une douleur inférieure à 3/10 à l'EN au cours des 24 premières heures.

Plainte	Période 1 (%)	Période 2 (%)	p
Tous types d'anesthésie	53	22	<0,01
ALR	51	16	<0,01
AG	54	16	<0,01

Adéquation et observance du traitement antalgique.

Traitement antalgique	Période 1 (%)	Période 2 (%)	p
Traitement suffisant	88	90	0,31
Respect de la prescription	53	75	<0,01

- Mais... Réduit surtout les douleurs faibles, plus souvent après AG
- Améliore l'observance

- * Préopératoire : espace d'éducation thérapeutique
- * Permet l'achat anticipé des antalgiques

* 33 - **Il est recommandé** que les ordonnances d'antalgiques précisent les horaires de prise systématique des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire

* S.Robaux et al AFAR 22 (2003) 691-696

- Chirurgie de la main sous ALR (ostéo-articulaire, tissus mous, septique)
- **Avant** : Prescription Paracétamol $\pm$ niveau 2, stéréotypée quelque soit la chirurgie par chirurgien :
 - 42/52 (88,4%) EN $>$ 4,
 - seul 10% ont recherché ordonnance complémentaire auprès du médecin traitant
- **Après** : Prescription niveau 2 + AINS $\pm$ paracétamol systématisée par anesthésiste
 - 11/51 (21%) de douleurs incontrôlées,
 - 1 seul a recherché ordonnance de recours

* Multimodal paracétamol + niveau 2 + AINS souvent insuffisant

* Le recours au médecin traitant est rare

* Nécessité d'être « incisif » dans la prescription, même si les patients ne souffrent pas en sortie d'UCA en raison d'une ALR par exemple

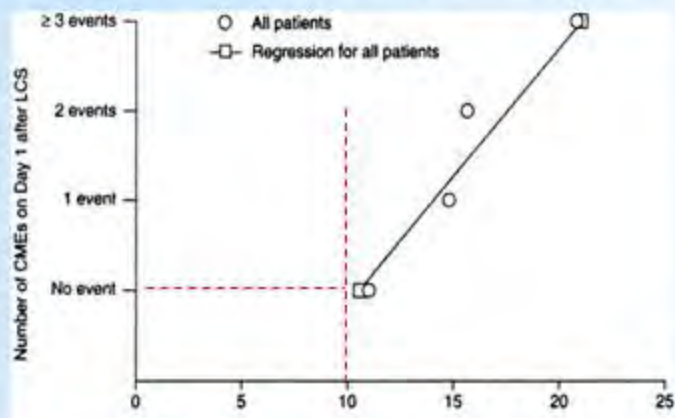
Rawal NBJA 2001;87:73-87 Jin F et al Clin Anesth 2001;13:534-39

« Opioid-sparing multimodal analgesic techniques....may not always be adequate »

* Opioïde majeurs ?

* Besoins :

- Les douleurs sévères touchent jusqu'à 20% des patients ambulatoires
- Analgésie de recours
- Les procédures chirurgicales ambulatoires « s'alourdissent »



ZhaoSZ et al J Pain Sympt Manag 2004 Jul;28(1): 35-46

- * Ambulatoire
- * Hydrocodone 5 mg/4 à 6 h initial
- * Augmentation des doses si besoin

* Oxycodone (Oxycontin®, Oxynormoro®) Derry Cochrane Database Syst Rev. 2013

- Efficace en association multimodale
- En complément des AINS (Ibuprofène)
- sans effet adverse majeur : 5mg

* Opioïdes oraux L.Delaunay, P Catoire AFAR 28 (2009) e27-e32

- Adapter le TTT à la douleur attendue $LI \pm LP$
- Prise systématique transitoire sur chirurgies douloureuses
- Gestion « à la demande »
 - en recours d'analgésie multimodale dans chirurgies avec niveau de douleur moindre
 - ou en ambulatoire

➔ Usage raisonné

* 34 - Il est souhaitable que les modalités de gestion et de prise des antalgiques de « secours » soient expliquées dès la consultation préopératoire de chirurgie et d'anesthésie

* Apprendre à évaluer la douleur... en particulier en pédiatrie

Échelle pour l'évaluation de la douleur postopératoire par les parents [6,7]^a.

Items	Cotation 0 ou 1
Pleurniche ou se plaint plus que d'habitude	
Pleure plus facilement que d'habitude	
Joue moins que d'habitude	
Ne fait pas les choses qu'il ou elle fait d'habitude	
Semble plus inquiet que d'habitude	
Semble plus calme que d'habitude	
À moins d'énergie que d'habitude	
Mange moins que d'habitude	
Refuse de manger	
Tient l'endroit douloureux de son corps	
Essaie de ne pas heurter l'endroit douloureux	
Gémit ou grogne plus que d'habitude	
A le visage plus congestionné que d'habitude	
Prend le traitement alors que d'habitude, il ou elle refuse de le prendre	
Cherche du réconfort plus que d'habitude	
Total	

Chaque item est noté 0 (si le signe est absent) ou 1 (si le signe est présent). Si le total obtenu est supérieur à 6, la douleur est significative et vous devez donner le médicament prévu.

^a Cette échelle est destinée à vous aider à évaluer la douleur de votre enfant (pour un enfant de moins de 12 ans).

Chambers CT, Pain 2001-2003

■ Certains parents :

- Sous estiment la douleur de l'enfant d'autant plus qu'importante
- Diminuent les doses, augmentent les intervalles, changent antalgiques forts contre faibles **Kankkunen PM et al 2008**
- Ont peur de la dépendance aux antalgiques
- Pensent qu'il ne faut pas administrer des antalgiques avant que l'enfant ait mal

■ Est-ce vraiment utilisé?

- 94 enfants , 73% ont eu au moins 1 épisode douloureux
- Echelle PPMP utilisée dans 28% des cas!
F Babre, Y Meymat AFAR 32 (2013) e9-e11

* 35 - Il est souhaitable d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques seuls ou en complément d'autres techniques d'anesthésie pour la prise en charge de la douleur postopératoire

Caractéristiques des blocs (type, durée de réalisation, durée de surveillance en salle d'ALR, efficacité) et durée moyenne de la chirurgie pour les blocs des membres supérieurs et inférieurs.

	Membre supérieur (n = 594)	Membre inférieur (n = 106)
Bloc réalisé	BIS : 13 BIC : 193 BAX : 375 Tronculaire : 13	Bibloc : 48 Sciatique poplité : 58
Durée réalisation du bloc	6 ± 5	12 ± 6
Efficacité	94 %	86 %
Durée surveillance en salle ALR	47 ± 21	43 ± 28
Durée de chirurgie	20 ± 20	33 ± 8

Valeurs exprimées sous forme de moyenne ± DS ou de fréquence en pourcentage. Blocs du membre supérieur, BIS : bloc interscalénique, BIC : bloc infraclaviculaire, BAX : bloc axillaire. Blocs du membre inférieur : Bibloc : bloc fémoral et bloc sciatique combinés ; ALR : anesthésie locorégionale.

Répartition des patients ayant bénéficiés d'une prémédication et/ou d'une sédation durant la réalisation du bloc.

	Oui	Non
Prémédication	248	452
Sédation	113	587

Trente-cinq patients ont bénéficié à la fois d'une prémédication et d'une sédation. Aucune prémédication et/ou sédation n'aurait retardé le court-circuitage de la salle de surveillance postinterventionnelle (SSPI).

	RA Group (n = 50)	GA Group (n = 50)	Significance, P Value
Time to first analgesic request, min*	97.6 (50.2)	29.9 (22.8)	< 0.001
Intravenous fentanyl in PACU, µg*	7 (22)	77.5 (50.3)	< 0.001
Oral morphine equivalent in PACU and DSU, mg*	7.3 (15.2)	22.8 (18.1)	< 0.01
Nausea and vomiting in PACU/DSU, No. of patients	3†	12	< 0.05
Analgesic consumption POD 1, mg oral morphine*	42.1 (35.1)	53.3 (47.9)	0.2
Analgesic consumption POD 7, mg oral morphine*	20.6 (31.4)	21.5 (43.3)	0.9
Analgesic consumption POD 14, mg oral morphine*	13.2 (22.3)	12.3 (26.5)	0.9

McCartney Anesthesiology 2004

- * Elimine les inconvénients de l'AG (NVPO)
- * Technique efficace (échographie)
- * Réduit la consommation d'opioïdes en SSPI
- * Autonomie plus rapide
- * Prolonge l'analgésie postopératoire de quelques heures ...

... Mais que de quelque heures !

* Comment prolonger l'analgésie des ALR?

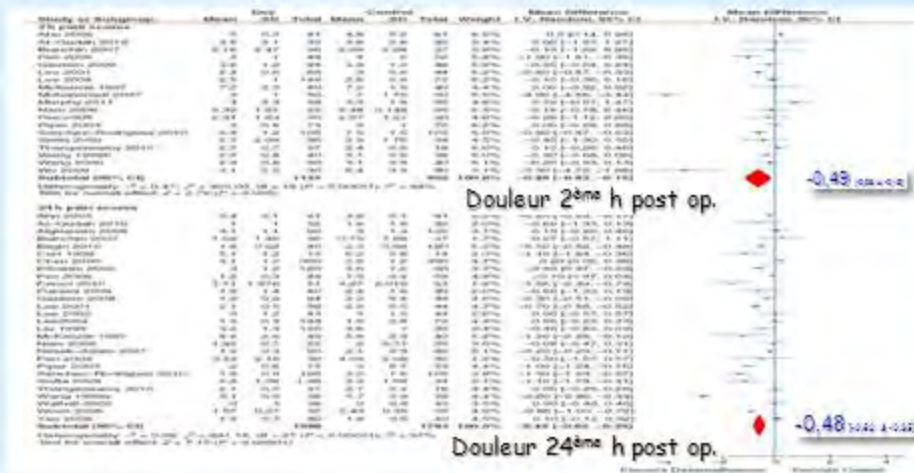
* Clonidine : non adapté à l'ambulatoire Popping Anesthesiology 2009

- Hypotension orthostatique
- Sédation
- Bradycardie

* Dexaméthasone

Waldron Br J Anaesth 2013

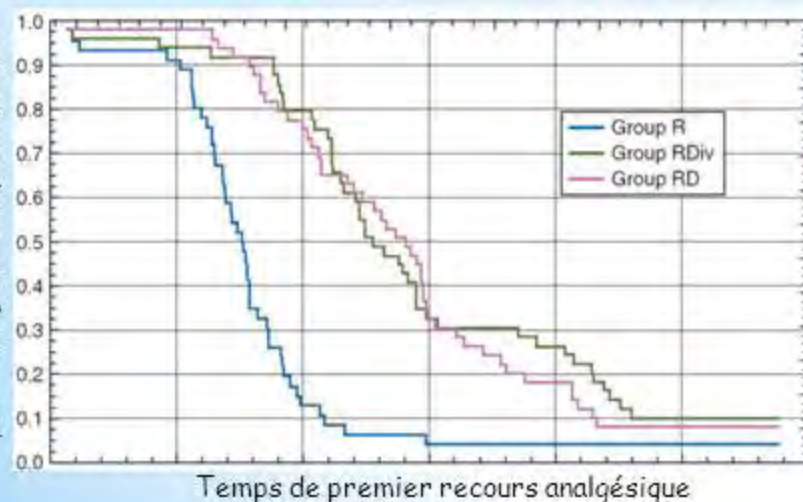
- * dose moy. **8mg**
- * 1 dose pré op. ou per op.



- * \ EVA postop.
- * \ morphine postop.
- * \ NVPO
- * \ fatigue
- * = risque infectieux
- * \ Glycémie postop.

M Desmet et al BJA 2013 (sep;111(3):445-52)

Pourcentage de patients ne nécessitant pas d'analgésie complémentaire



* Arthroscopie de l'épaule BIS n = 144

- Ropivacaine 0,5%
- Ropivacaine 0,5% + D **10 mg BIS**
- Ropivacaine 0,5% + D **10 mg IV**

* Recours aux antalgiques en ambulatoire

- R 757 min (635-910)
- RDbis 1405 min (1015-1710)
- RDiv 1275 min (1095-2035)

$P < 0,0001$

Mieux mais insuffisant...

* Comment prolonger l'analgésie des ALR?

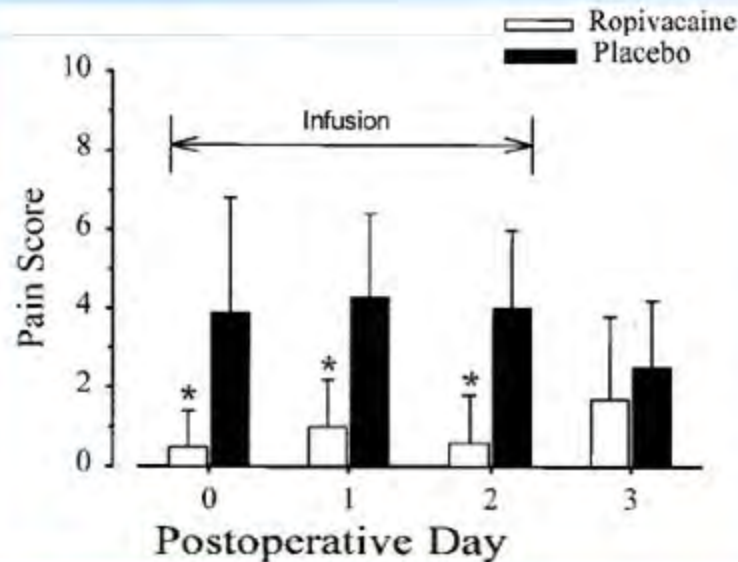
* Intérêt des bloc continus

Continuous Infraclavicular Brachial Plexus Block for Postoperative Pain Control at Home

Anesthesiology 2002; 96:1297-1301

A Randomized, Double-blinded, Placebo-controlled Study

Brian M. Ilfeld, M.D.,* Timothy E. Morey, M.D.,† F. Kaysar Enneking, M.D.‡



■ Revue : Ilfeld BM Anesth Analg 2011 Oct;113(4):904-925

- Bolus ou basal + bolus
- Améliore l'analgésie en particulier les accès douloureux à la mobilisation
- Améliore la satisfaction liée à l'amélioration de la fonction
- A distance : réduction de l'inflammation articulaire et de ses marqueurs
- Bénéfices prolongés après le retrait du cathéter
- Complications mineures mais peut de risques majeurs (infection, lésion nerveuse)

* 35 - Il est recommandé de formaliser l'organisation de suivi de l'analgésie par cathéter péri nerveux au lieu de résidence

* Formations des équipes : facteur de sécurité

* Prestataires de service

- Mise à disposition de matériel
- Suivi en temps réel
- Retour d'informations

2008

- TOLB / TLB + Bankart
- Diffuseurs élastomériques

2009

- DIDD/Coiffes

2010

- Pompes PCRA

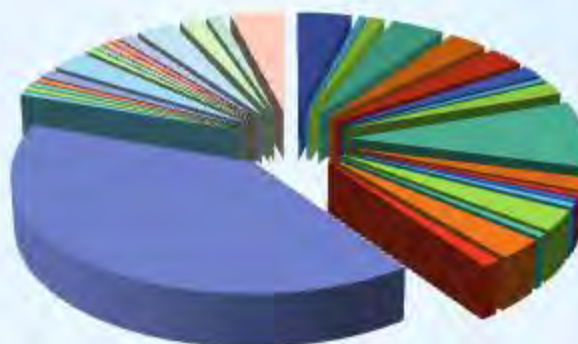
2011

- Patients hors département : Var

2012

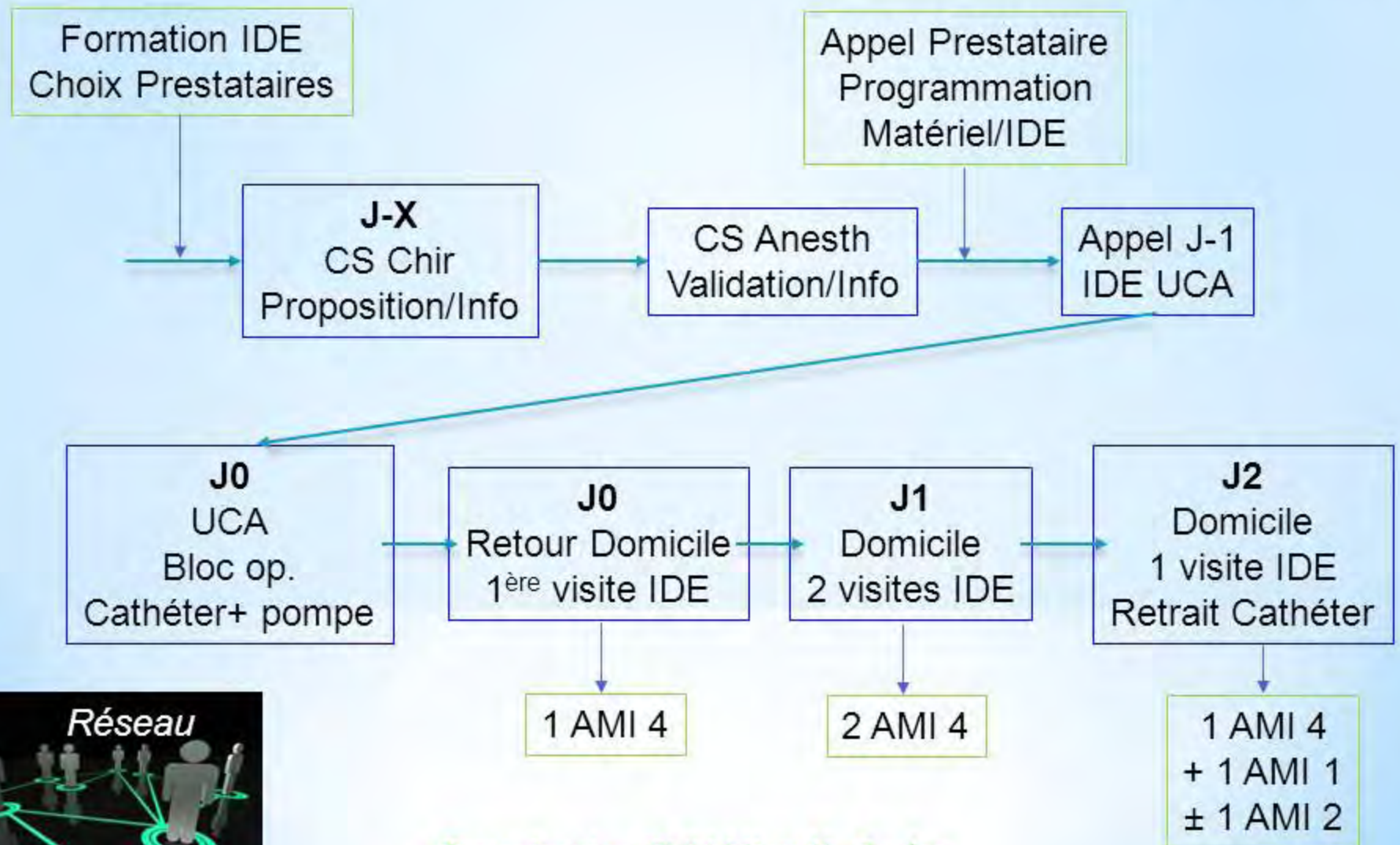
- Convention ARS

Ça prend du temps!



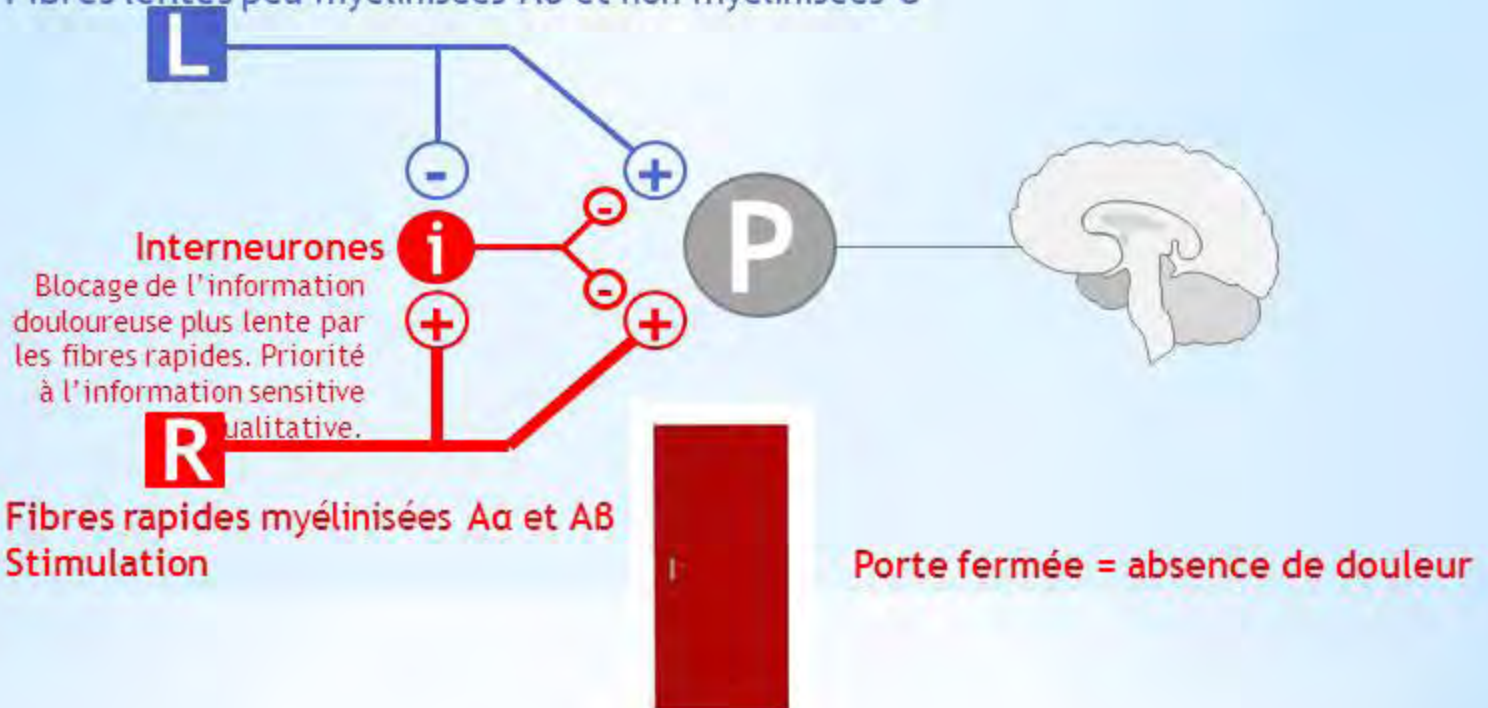
- ANTIBES
- BELVEDERE
- BIOT
- CAGNES SUR MER
- CANNES
- CANNES LA BOCCA
- CARROS
- COMPS SUR ARTUBY
- GOLFE JUAN
- GRASSE
- LA COLLE SUR LOUP
- LA GAUDE
- LA TRINITE
- LA TURBIE
- LE CANNET
- MAGANOSC
- MANDELIEU
- MOUGINS
- NICE
- PEYMEINADE
- PLAN DE CARROS
- ROQUEBRUNE
- ROQUEFORT
- SAINT ANDRE
- SAINT JEANNET
- SAINT LAURENT DU VAR
- SAINT MARTIN DU VAR
- SAINT PAUL

* Organisation du suivi de cathéters à domicile



- * 36 - **Il est recommandé** de prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur postopératoire (application de froid, posture antalgique ...)

Fibres lentes peu myélinisées A δ et non myélinisées C

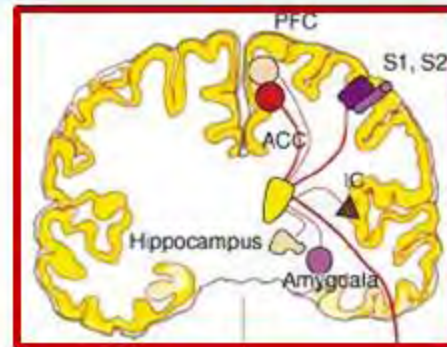


Le « Gate Control » : contrôle spinal

* Cibles non médicamenteuses

Relaxation
Thérapies Cognitivo-Comportementales
Exercice physique ...

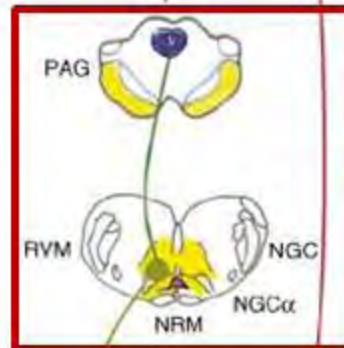
Cibles thérapeutiques



Mécanismes centraux ?

TENS-Acupuncture
Massages profonds
Trigger points
Exercice physique...

Chaud
Froid
Massages...



Inhibition réduite
Transmission augmentée

TENS conventionnel (Gate Control)
Massages...

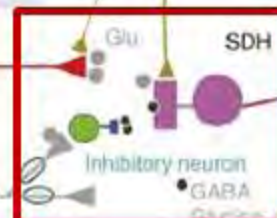
Sensibilisation périphérique



A δ /C fibers

A β fibers

Décharges ectopiques



Sensibilisation centrale

Douleur maintenue par le sympathique

* AVANT :

- Anticipation dès la consultation d'anesthésie
 - Éducation thérapeutique patient (... et parents)
 - Ordonnances d'antalgiques
 - Réseau de suivi
- Rigueur de la prescription
 - Adaptée à l'importance pressentie des douleurs, multimodale
 - Opioïdes forts, en recours, à la demande
 - Techniques de cathétérismes pour chirurgies lourdes
 - Techniques non médicamenteuses
 - Prévention des NVPO

* PENDANT :

- Privilégier techniques d'ALR si indiquées
- S'attacher au bon déroulement de la procédure « ambulatoire » et au confort du patient

* APRES :

- Respect de l'observance :
 - Education thérapeutique
 - Réseau de suivi
- Sécuriser et rassurer
 - Appel du lendemain (ciblé)
 - Réseau de suivi
 - Prestataires de services
- Evaluation de l'efficacité analgésique et de la procédure dans son ensemble

Je vous
remercie...



Et si nous en parlions!