

Dr Frédéric Aubrun
Hôpital de la Pitié
Paris

*pour la prise en charge
de la douleur postopératoire*

RFE douleur 2008

Diapositive 1

The slide features a dark grey background with a light blue header area. On the left, there is a logo for the Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAAR) consisting of a square with a circle and a smaller square inside, with the letters S, F, A, R stacked vertically. To the right of the logo, the text reads 'SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION'. Further right, in a separate light blue box, it says 'Comité Douleur ALR' and 'Comité des Référentiels'. The main title is centered in white and blue text: 'Nouvelles recommandations pour la prise en charge de la douleur postopératoire RFE douleur 2008'. Below the title, the name 'Dr Frédéric Aubrun' is written. At the bottom, there are two logos: one for 'Paris-Pitié' showing a building silhouette, and another for 'UMR 5227 Bordeaux 2' with the acronym 'CNRS' and 'CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE'.

Diapositive 2

The slide has a dark grey background with a light blue header area. The title is centered in blue text: 'Pourquoi une révision de la Conférence de Consensus sur la DPO ?'. Below the title, there is a bullet point in red: '• Revision de la CCDPO de 1998 : 10 ans après... ..quoi de neuf ?'.

Diapositive 3

Pourquoi une révision de la Conférence de Consensus sur la DPO ?

- Révision de la CCDPO de 1998 : **10 ans après...**
...quoi de neuf ?
- Résultats de **l'audit national** : des insuffisances persistantes

Diapositive 4

Pourquoi une révision de la Conférence de Consensus sur la DPO ?

- Révision de la CCDPO de 1998 : **10 ans après...**
...quoi de neuf ?
- Résultats de **l'audit national** : des insuffisances persistantes
- Quelles modalités? **Révision légère** sur quelques points précis

Diapositive 5

Audit national DPO (juin 2004/6)

Objectifs

- Initiative **Comité Douleur ALR** de la Sfar
- Evaluation nationale des pratiques en **public et privé**
- Données quantitatives (**dossier et patient**)
- **Echantillon important** de patients
- Patients hospitalisés, adultes, évalués à **J1**

Questions sous jacentes

- **Adéquation** pratiques-recommandations Sfar
- **Qualité** de l'analgésie obtenue chez les patients
- **Organisation** de l'analgésie postopératoire
- Existence de **démarche d'assurance qualité**

Diapositive 6

Quel échantillon ?

- 1900 patients sur 76 centres, chirurgie programmée : 95,4%
- 250 CHU, 150 petit, 275 gros CH, 425 petit CP, 800 gros CP
- Types de chirurgie : 1 patient/2 = ortho + viscéral
 - Orthopédie: 29,9%, viscéral: 22%, gynéco-obst : 14,3%
 - Cardio-vasc: 9,2%, urologie 7,4%, ORL stomato 4,8%

Durées de la chirurgie

- < 1h : 18,1% 1-2h : 50,7% > 2h : 31,2%

Technique d'anesthésie

- AG: 79,2% rachis: 13,8% bloc: 9,9%
- A locale: 2,9% sédation: 2,7% péridurale 1,3%

Diapositive 7

Améliorations et insuffisances

- Améliorations notables
 - L'intensité de la douleur au repos
 - L'évaluation écrite de la douleur
 - La prescription de l'analgésie auto contrôlée et des associations analgésiques.
- Limites persistantes
 - L'information préopératoire des patients
 - L'analgésie et l'évaluation au mouvement
 - L'utilisation inadaptée de la morphine sous cutanée
 - Une utilisation limitée de l'analgésie locorégionale
 - Les protocoles d'évaluation de la douleur
 - Le développement limité d'équipes mobiles

Diapositive 8

RFE douleur: 8 questions retenues

- 1- Quelle stratégie de démarche qualité améliore le ttt de la DPO ?
- 2- Comment utiliser les morphiniques en péri opératoire ?
- 3- Pourquoi, quand et comment faire une infiltration du site opératoire ?
- 4- Quels bénéfices et risques liés à l'utilisation des ANM ?
- 5- Indications des blocs périphériques et de l'analgésie péridurale
- 6- Comment organiser l'analgésie en chirurgie ambulatoire ?
- 7- Peut on prévenir la chronicisation de la DPO ?
- 8- Quelle utilisation des anti-hyperalgésiques ?

Diapositive 9

8 questions et 26 experts

1. **Qualité:** D Fletcher, F Larue, A Belbachir
2. **Utilisation des morphiniques:** F Aubrun, L Delaunay, F Adam
3. **Infiltration:** M Beaussier, Guy Aya
4. **ANM:** E Marret, H Beloeil,
5. **blocs périphériques et péridurale:** J Ripart, E Gaertner, R Fuzier
6. **Ambulatoire:** M Gentili, F Sztark, H Lehete, P Macaire
7. **DC:** H Keita, JP Estebe
8. **Anti-hyperalgésiques:** M Chauvin, D Fletcher, P Richebe

Autres membres du groupe d'experts
V Gaudé (IRD), C Dadure, C Lejus et O Gall (Pédiatrie) + E Vassort (Sfetd)

Diapositive 10

Méthodologie RFE

Rédigées par l'expert, cotées par l'ensemble du groupe


- Forme : une recommandation par phrase
- Niveau de recommandation : justifié par les experts : 2 niveaux

❑ **Forte** : Il faut faire ou ne pas faire
(nous recommandons fortement de..., ou le jury recommande fortement de...)

❑ **Faible** : Il est possible de faire ou de ne pas faire

Au total 124 recommandations

Diapositive 11



SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
d'ANESTHÉSIE
et de RÉANIMATION

Comité Douleur ALR
Comité des Référentiels

RFE : morphiniques

- Bénéfices et risques d'une titration IV
- Spécificité du sujet âgé
- Utilisation de la PCA
- Utilisation des paliers 2
- Morphinique par voie orale

Diapositive 12

Morphiniques postopératoires

- **Traitement morphinique postopératoire fréquent : 83 %**
- **Titration morphinique visible dans le dossier : 27 %**
- PCA utilisée pour **1 patient sur 5** :
 - Avec la morphine / + kétamine : **89 % / 11 %**
 - Perfusion continue avec PCA / ou seule : **0,5 % / 0,5 %**
- **Morphine sous cutanée mal utilisée**
 - Intervalle trop long, dose insuffisante (10 mg) : **45 %**
 - Rarement systématique : **34 %**
- **Morphine orale peu utilisée : 6 %**
- **Tramadol utilisé 15 %, voie IV 82 %**
- **Nubain : 11 %, Temgésic rare 1%, Dextro 6 %, Codeine 3 %**

Diapositive 13

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION RFE-DPO

Morphiniques: voie orale

- Il est recommandé de réserver les voies sous cutanée et intraveineuse aux patients **pour lesquels la voie orale n'est pas disponible**
- Il est recommandé d'utiliser **la morphine à libération immédiate par voie orale**, en postopératoire immédiat ou en relais de la voie parentérale. En pratique **le traitement peut débuter en même temps qu'une reprise de l'alimentation orale**
- **Il n'y a pas de place** pour la **titration morphinique orale** en postopératoire immédiat

Diapositive 14

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION RFE-DPO

Morphine titrée

- **Il n'est pas recommandé** d'effectuer une titration intraveineuse postopératoire en morphine **dans les unités d'hospitalisation chirurgicale conventionnelle**
- Il est recommandé de surveiller les patients pendant la titration, **et jusqu'à une heure après la fin de la titration** car ce délai correspond au pic d'action de la morphine et à la possibilité d'apparition des effets déresseurs respiratoires
- Il est **probablement** recommandé de réaliser une titration selon **les mêmes modalités chez le sujet âgé**. La dose titrée doit être réduite au-delà de 85 ans, en cas d'altération de la fonction rénale ou hépatique ou de troubles des fonctions supérieures

Diapositive 15

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION RFE-DPO

ACP-morphine

- ▶ ACP: l'association d'une perfusion continue au mode bolus **n'améliore pas la qualité de l'analgésie mais majore le risque de dépression respiratoire, elle n'est donc pas recommandée.** La seule indication est la substitution d'un traitement morphinique préopératoire
- ▶ L'analgésie auto-contrôlée **n'est pas contre-indiquée chez le patient âgé.** La programmation n'est pas différente mais une oxygénothérapie systématique est indiquée ainsi qu'une dose limite horaire

Diapositive 16

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION RFE-DPO

Morphiniques de palier 2

- ▶ **Il n'est pas recommandé** d'utiliser **le dextropropoxyphène** pour l'analgésie postopératoire
- ▶ **La codéine** est **probablement** recommandée après chirurgie à douleur faible ou modérée. Cependant, l'efficacité et la tolérance sont imprévisibles notamment du fait de variation génétique
- ▶ **Le tramadol** est recommandé seul ou en association avec les antalgiques non morphiniques en cas de chirurgie à douleur modérée
- ▶ **Le tramadol** n'est pas contre indiqué en association avec la morphine

Diapositive 17

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION Comité Douleur ALR Comité des Référentiels

RFE : infiltration

- Pourquoi et comment faire une infiltration du site opératoire ?
- Les infiltrations en injection unique
- Les infiltrations en injection continue

Diapositive 18

AL/ALR peropératoire rare

Infiltration: **0,8%**

Fletcher D Pain 2008 137 2 441

Diapositive 19

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION RFE-DPO

Infiltration continue

- Il est recommandé d'utiliser l'infiltration continue d'un anesthésique local par voie subacromiale **après chirurgie de l'épaule**. En chirurgie ouverte, le cathéter peut être placé en sous cutané. L'efficacité est inférieure à celle d'une loco-régionale plexique
- Il n'est probablement pas recommandé** d'utiliser le cathéter intra articulaire après chirurgie du genou. Les données actuelles suggèrent une efficacité analgésique limitée et un risque pour le cartilage
- Il est recommandé d'utiliser l'infiltration continue à proximité de l'os lors de la prise de greffon iliaque

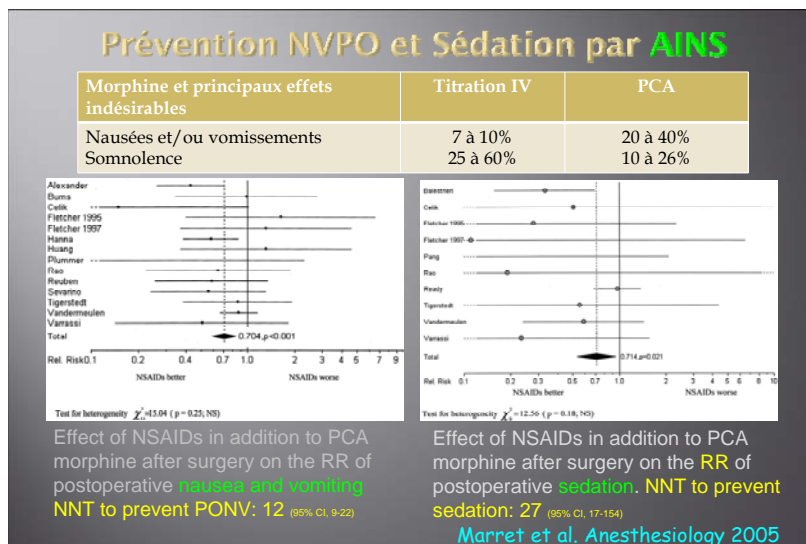
Diapositive 20

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION Comité Douleur ALR Comité des Référentiels

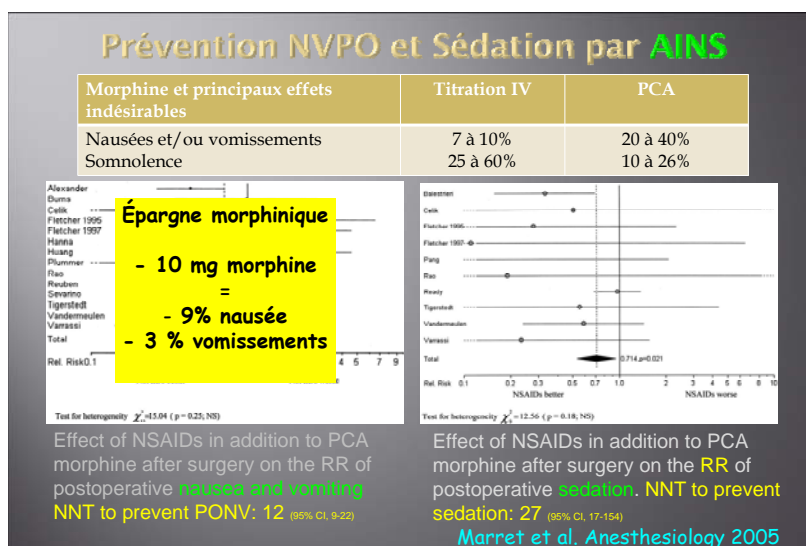
RFE : analgésiques non morphiniques

- Associations ANM / morphine
- Quels critères de choix entre les différents ANM ?
- Quelles précautions ?

Diapositive 21



Diapositive 22



Diapositive 23

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

RFE-DPO

analgésiques non morphiniques

- Il n'est pas recommandé d'utiliser seul le paracétamol en association avec la morphine dans les chirurgies à douleur modérée à sévère
- Il est recommandé d'utiliser la voie orale pour l'administration du paracétamol, dès qu'elle est disponible
- Il est recommandé d'associer un AINS à la morphine en l'absence de contre-indication à l'usage de l'AINS
- Il ne faut pas utiliser les AINS ou les inhibiteurs des cyclo-oxygénases de type 2 (coxibs) dans les situations d'hypoperfusion rénale
- Le néfopam est **probablement** recommandé après chirurgie provoquant des douleurs modérées à sévères en association avec les morphiniques.
- Il faut **probablement** utiliser avec prudence le néfopam chez le patient coronarien en raison du risque de tachycardie

Diapositive 24

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

Comité Douleur ALR
Comité des Référentiels

RFE : ALR

- Place de l'ALR et règle générale
- Indications, techniques, avantages et risques des blocs du tronc
- Indication de l'analgésie par les blocs nerveux périphériques
- Indication de l'analgésie péridurale
- Gestion de la douleur postopératoire par l'ALR chez l'enfant

Diapositive 25

ALR postopératoire peu fréquente

Bloc périphérique : 4.7 % au total; 15.4% en orthopédie

- Fémoral 67.8%
- Bloc intersaclénique 17.1%
- Bloc sciatique 15.4%
- Bloc lombaire postérieur 3.3%
- Bloc axillaire 2%

Si PTG : 43% bloc postopératoire

Effet centre important sur la pratique des blocs périphériques

Fletcher D Pain 2008 137 2 441

Diapositive 26

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

RFE-DPO

ALR

- Il est recommandé, chaque fois que possible, de proposer une technique d'analgésie utilisant les anesthésiques locaux
- Il est recommandé de préférer les blocs périphériques aux blocs centraux dès que possible, car ils sont associés à un meilleur rapport bénéfice-risque
- Le repérage échographique est une alternative pour la localisation des nerfs périphériques qui peut être recommandé. Il est recommandé de respecter les règles d'asepsie chirurgicale

Diapositive 27

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

RFE-DPO

ALR

- Il est probablement recommandé, chez l'adulte comme chez l'enfant, d'utiliser le mode continu + ACP périmerveuse pour l'administration d'anesthésiques locaux
- Il est **probablement** recommandé d'associer une analgésie multimodale à une ALR afin de compléter l'efficacité et/ou prévenir la douleur à la levée du bloc
- La surveillance d'une injection intrathécale de morphine peut être réalisée en secteur traditionnel si la dose injectée est inférieure ou égale à 0,1 mg chez le sujet ASA I ou II

Diapositive 28

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

RFE-DPO

ALR

- L'analgésie par cathéter nerveux périphérique est recommandée **dès lors que la douleur prévisible modérée à sévère dure plus de 24h**
- Il n'est pas recommandé d'utiliser l'analgésie péridurale après chirurgie des membres inférieurs. **Les blocs nerveux périphériques sont aussi efficaces mais avec moins d'effets indésirables.**
- Le risque de survenue d'un syndrome des loges n'est pas une contre-indication à la réalisation d'un bloc, sous réserve d'une surveillance adaptée, car la douleur n'est pas le seul critère diagnostique. **Il n'est en revanche pas recommandé** de mettre un cathéter en cas d'immobilisation plâtrée postopératoire

Diapositive 29

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

Comité Douleur ALR
Comité des Référentiels

RFE : ambulatoire

- Quelles particularités et quelle organisation de l'analgésie en ambulatoire ?
- Quelles modalités analgésiques spécifiques en ambulatoire ?
- Place de l'ALR en ambulatoire

Diapositive 30

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION RFE-DPO

Ambulatoire

- Il est recommandé lorsque l'indication opératoire s'y prête d'utiliser les infiltrations et les blocs périphériques en injection unique pour la chirurgie ambulatoire. La sortie du patient malgré l'absence de levé du bloc est possible si une analgésie de secours, le port d'attelles, une information écrite aux patients, une assistance à domicile et des procédures précises d'appel ont été prévus
- Il est recommandé lorsque des cathéters périmerveux sont envisagés pour traiter la DPO à domicile, que ces dispositifs soient réservés aux interventions dont la douleur postopératoire est totalement ou dans sa plus grande partie couverte par le bloc péri nerveux.
- Il est recommandé lorsque des cathéters périphériques sont utilisés pour traiter la DPO à domicile qu'un contact téléphonique quotidien soit réalisé

Diapositive 31

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION Comité Douleur ALR Comité des Référentiels

RFE : douleur chronique postchirurgicale

- Quelle incidence et caractéristiques de la douleur chronique post chirurgicale ?
- Quels moyens de prévention de la douleur chronique post-chirurgicale ?

Diapositive 32

Incidence of chronic pain after surgery: « Neuropathic Pain » (Rowbotham ESA 2007)

Surgery	Incidence (%)	Reference
Breast	22-56	Wallace et al. 1996
Inguinal hernia	19	Callesen et al. 1999
Inguinal hernia (mesh)	43 (35*)	Nienhuij et al. 2005
CABG	56	Eisenberg et al. 2001
	44	Bar-El et al. 2005
Pelvic trauma	48	Meyhoff et al. 2006
Femoral popliteal bypass	23*	Greiner et al. 2004
Hip arthroplasty	28	Nikolajsen et al. 2006

Diapositive 33

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

RFE-DPO

Douleur chronique post-chirurgicale

- Il est probablement recommandé de rechercher, en préopératoire, les facteurs de risque de chronicisation que sont notamment **l'intensité de la douleur préopératoire et le type de chirurgie**
- Il est recommandé de **diagnostiquer et prendre en charge rapidement** une douleur neuropathique postopératoire. Il est probablement recommandé d'utiliser **le questionnaire DN4** comme outil de dépistage
- En cas de chirurgie très ou modérément douloureuse, il est recommandé **d'utiliser en peropératoire de faibles doses de kétamine** pour prévenir l'apparition de douleurs postopératoires chroniques
- **L'infiltration d'anesthésiques locaux** dans le site chirurgical limite probablement l'apparition de DCPC dans la chirurgie de prise de greffon osseux iliaque

Diapositive 34

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

Comité Douleur ALR
Comité des Référentiels

RFE : anti hyperalgésiques

- Quelle utilisation des antihyperalgésiques ?

Diapositive 35

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION

RFE-DPO

Anti hyperalgésiques

- Il est probablement recommandé de **limiter la consommation d'opioïdes** peropératoires afin de réduire le risque de tolérance aiguë à la morphine en postopératoire immédiat
- Dans le cadre d'une anesthésie générale, il est recommandé d'administrer le **premier bolus de kétamine après l'induction** pour éviter les effets indésirables psychodysléptiques
- Les règles d'administration de la kétamine durant l'anesthésie sont: **kétamine à débiter en peropératoire** avec des doses bolus entre 0,15 et 0,50 mg/kg puis relais à la dose de 0,125 à 0,25 mg/kg/h si chirurgie supérieure à 2 h, à arrêter 30 min avant la fin de l'anesthésie
- **Il n'est pas recommandé** d'utiliser l'association morphine et kétamine dans la PCA

Diapositive 36

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION RFE-DPO

Anti hyperalgésiques

- L'utilisation de **clonidine** en prévention des hyperalgésies postopératoire **ne peut être recommandée** car ses effets indésirables hémodynamiques sont trop marqués
- L'administration intraveineuse de **magnésium** **n'est pas recommandée** car elle ne limite pas les douleurs et la consommation de morphine postopératoires
- Il est **probablement recommandé** d'utiliser la **gabapentine** en **prémédication** pour obtenir un effet d'épargne morphinique et une réduction des scores de douleur en postopératoire.

Diapositive 37

SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'ANESTHÉSIE et de RÉANIMATION Comité Douleur ALR Comité des Référentiels

Conclusion

- Il s'agit d'une RFE avec une méthodologie moderne mais complexe.
- Référentiel ciblé avec la possibilité de rajouter des modules
- Étape ultérieure après la RFE: l'EPP
- Créer un référentiel puis...le diffuser