

Session Anesthésie

Pharmacologie

***Nouvelles recommandations
pour la prise en charge
de la douleur postopératoire***

Dr Frédéric Aubrun

Hôpital de la Pitié

Paris

RFE douleur 2008

Nouvelles recommandations douleur de la Sfar

Dr Frédéric Aubrun

**Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
47-83, Bd de l'hôpital
75013 Paris
Tél 01 421 62271/62272**

**Laboratoire CNRS du Pr G Simonnet
UMR 5227, Bordeaux 2
Hôpital Pellegrin
33000 Bordeaux
frederic.aubrun@psl.aphp.fr**

Le Comité Douleur ALR de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (Sfar) a souhaité organiser, avec le soutien du Comité des Référentiels, une réactualisation de la conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur postopératoire pour deux raisons principales. Plusieurs raisons ont motivé cette démarche : la conférence de consensus datait de plus de 10 ans et que des évolutions importantes sont apparues concernant la prise en charge de la douleur postopératoire. Elles concernent entre autres l'utilisation des morphiniques, de l'analgésie locorégionale, les données objectives sur l'intérêt des associations analgésiques, l'émergence du concept d'hyperalgésie et sa possible prévention, les données nouvelles sur la douleur chronique post chirurgicale et les enjeux de l'analgésie après chirurgie ambulatoire. Deuxièmement, l'audit national sur la prise en charge de la douleur postopératoire organisé par le comité douleur ALR de la Sfar, soutenu par la Sfar et la DHOS et dont les résultats ont été publiés récemment ([Ann Fr Anesth Reanim.](#) 2008 Sep;27(9):700-8. Epub 2008 Aug 21), a permis

d'identifier globalement une amélioration dans la prise en charge de la douleur postopératoire mais également quelques insuffisances persistantes.

La méthodologie de la recommandation formalisée d'experts, explicitée plus loin, est plus légère que celle de la conférence de consensus de 1997 et permet de proposer une révision de la conférence de consensus sur huit aspects identifiés comme prioritaires : la qualité, l'utilisation des morphiniques, l'utilisation des antalgiques non morphiniques, l'intérêt des anti hyperalgésiques, la prévention de la douleur chronique post chirurgicale, les indications des infiltrations, la place de l'anesthésie locorégionale en postopératoire et l'analgésie après chirurgie en ambulatoire

Une RFE peut s'appliquer lorsque les données scientifiques sont absentes ou peu nombreuses, d'un niveau de preuve peu élevé ou conflictuel, ou lorsque les éléments de réponse sont indirects ou traités seulement partiellement dans les différents travaux disponibles. Dans ce cas, le vocable « accord professionnel fort » est utilisé sans réelle quantification du niveau, ni du degré de convergence des avis. Or, les sujets concernés correspondent souvent à des domaines pour lesquels les pratiques s'avèrent peu ou mal codifiées, voire d'une grande variabilité. En raison même de l'absence de données scientifiques indiscutables, une prise de position à un temps donné par un groupe d'experts dans le domaine concerné apparaît donc nécessaire. C'est la principale caractéristique d'une RFE.

Pour chaque thème sélectionné par le Comité d'Organisation de la RFE, les experts déterminent, grâce à une revue systématique de la littérature, **différentes sujets** dignes d'intérêt. Pour chacun des sujets, des **critères de jugement cruciaux et importants** sont décidés avec un **classement du niveau de preuve et l'appréciation de la balance « bénéfice-risque »**. Trois niveaux de preuve sont déterminés : essai randomisé (haut niveau de preuve), étude observationnelle (bas niveau de preuve) et autres sources de données (très bas niveau de preuve). **L'originalité de la méthode GRADE** tient au fait que la seule caractérisation du type d'étude (essai randomisé ou étude observationnelle par ex.), ne suffit pas à attribuer un niveau de preuve à l'étude. Les différents aspects méthodologiques, selon qu'ils sont jugés satisfaisants ou non, servent à « monter ou descendre le curseur ». Il s'agit donc de coter le niveau de preuve de chacune des études sélectionnées en fonction de leurs qualités et de leurs faiblesses évaluées méthodiquement par les experts. Des tableaux récapitulatifs (jointés dans certains textes longs) peuvent aider les experts dans leur cotation du niveau global de preuve : les études sont classées et synthétisées avec rigueur.

Le principe de l'élaboration des recommandations à partir du système GRADE, est d'aboutir ensuite à une formulation simple, parfaitement lisible et compréhensible, et pour ce faire, binaire. Ainsi, on ne prévoit de formuler que des **recommandations fortes** (« il faut faire » ou « ne pas faire » ou « nous recommandons fortement de... »), et des **recommandations « optionnelles »** (il est possible, ou probable de faire ou de ne pas faire », ou nous proposons d'éventuellement faire... »). Une recommandation forte ne signifie pas que tous les patients doivent être traités de façon identique mais elle doit faciliter la prise de décision et est censée indiquer l'option que choisirait la très grande majorité des praticiens et patients dûment informés.

Dans certaines circonstances, **une recommandation ne peut être formulée**, soit parce que la balance « bénéfices-risques » n'est pas claire, soit parce qu'il n'y a pas d'accord entre les différentes personnes chargées de la formulation.

Les recommandations proposées par les experts sont soumises à une **cotation à plusieurs tours** par l'ensemble des experts, ce qui permet de ne garder, en les affinant, que les recommandations qui recueillent un accord « fort ». Dans le cadre de cette RFE, quatre tours de cotations ont été nécessaires pour élaborer 124 recommandations consensuelles.

Ce référentiel a été un **travail collectif** avec la recherche d'un consensus le plus large possible sur des thématiques ciblées et essentielles, se traduisant par la sélection d'un nombre volontairement limité de recommandations. **Le texte court est la synthèse de cette réflexion commune alors que le texte long est le fruit du travail exhaustif de chaque expert ou groupe d'experts.**

Les thèmes suivants ont été traités :

- 1- Comment évaluer et améliorer les pratiques de prise en charge de la douleur postopératoire ? (14 recommandations).
- 2- Comment utiliser les morphiniques en péri-opératoire ? (26 recommandations).
- 3- Quels bénéfices et risques liés à l'utilisation des antalgiques non morphiniques ? (16 recommandations).
- 4- Quelle utilisation des agents anti-hyperalgésiques ? (9 recommandations).
- 5- Peut-on prévenir la chronicisation de la douleur ? (6 recommandations).
- 6- Pourquoi, comment et quand faire une infiltration du site opératoire ? (16 recommandations).

- 7- Place de l'analgésie loco-régionale dans l'analgésie postopératoire ? (30 recommandations).
- 8- Comment organiser l'analgésie en chirurgie ambulatoire ? (7 recommandations).

Groupe de travail :

- 1- **Qualité** : D. Fletcher, A Belbachir, F Larue.
- 2- **Morphiniques**: F Aubrun, F Adam, L Delaunay, O Gall.
- 3- **Antalgiques non morphiniques** : E Marret, H Beloeil.
- 4- **Anti-hyperalgésiques** : M Chauvin, D Fletcher, Ph Richebé.
- 5- **Douleur chronique** : H Keita, JP. Estebe.
- 6- **Infiltrations** : M Beaussier, Guy Aya.
- 7- **Analgésie loco-régionale** : J Ripart, R Fuzier, E Gaertner.
- 8- **Chirurgie ambulatoire** : M Gentili, P Lehete, Ph Macaire, F Sztark.

Les recommandations peuvent être consultées sur le site de la Sfar (www.sfar.org) ou dans les annales françaises d'anesthésie réanimation. Les références des textes courts et longs sont les suivantes :

[Ann Fr Anesth Reanim.](#) 2008 Dec;27(12):1035-41. Epub 2008 Nov 21

[Ann Fr Anesth Reanim.](#) 2009 Jan;28(1):1-2. Epub 2009 Jan 7. L'ensemble des textes longs, issus du travail des experts, est publié sur le site des annales françaises d'anesthésie-réanimation.