

DOULEUR POSTOPERATOIRE: DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS A VENIR?

Pr Frédéric AUBRUN

Chef de Service d'anesthésie-réanimation douleur Groupe Hospitalier Nord de LYON







CONFLITS D'INTÉRÊT

Néants pour cette présentation

1997-2016: Bientôt 20 années de recommandations sur la douleur postopératoire en France

Avant 1999:

- Résultats enquêtes inquiétants
- Pas de recommandations claires
- aucun référentiel

2005:

Elaboration du référentiel
 Haute Autorité de Santé/Sfar

Sur la prise en charge de la douleur postopératoire

2007:

 AUDIT Sfar: l'analgésie postopératoire en France (n=2000) **1998:** conférence de consensus sur la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant

1999: attitude pratique face à la DPO: quels antalgiques, quelles doses, quelles associations?

2002: Recommandations de pratique clinique sur les blocs périphériques chez l'adulte



2006: Recommandations pour la pratique clinique sur les blocs périmédullaires chez l'adulte

Comparaison résultats Audit douleur APHP (1994) Enquête nationale (2008)

Quelques résultats d'enquêtes	1994	2008
L'information des patients	21%	69 %
L'évaluation écrite de la douleur	? %	93 %
Les protocoles thérapeutiques	0%	74 %
Anticipation	<11%	63 %
Morphine postopératoire	6 %	62 %
PCA postopératoire	2%	21 %

Audit national douleur améliorations et limites persistantes

- Améliorations notables
 - L'intensité de la douleur
 - L'évaluation écrite de la douleur
 - Prescription de l'analgésie auto contrôlée et des associations analgésiques.
- Limites persistantes
 - L'information préopératoire des patients
 - Les protocoles d'évaluation de la douleur,
 - L'utilisation inadaptée de la morphine sous cutanée,
 - Une utilisation insuffisante de l'analgésie locorégionale
 - Le développement limité d'équipe mobile



RFE douleur de 2008: 8 questions retenues

- 1- Quelle stratégie de démarche qualité améliore le traitement 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 le DPO ?
- 8- Quelle utilisation des anti-hyperalgésiques

ACTUALISATION

Kererentiel 2008

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

RFE douleur de 2008: 8 questions retenues

- 1- Quelle stratégie de démarche qualité améliore le traitement 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 le DPO ?
- 8- Quelle utilisation des anti-hyperalgésiques

ACTUALISATION

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Kererentiel 2008

L'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant

Quelle stratégie de démanche qualité améliare le traitement d

Méthodes de monitoring de l'analgésie au bloc opératoire

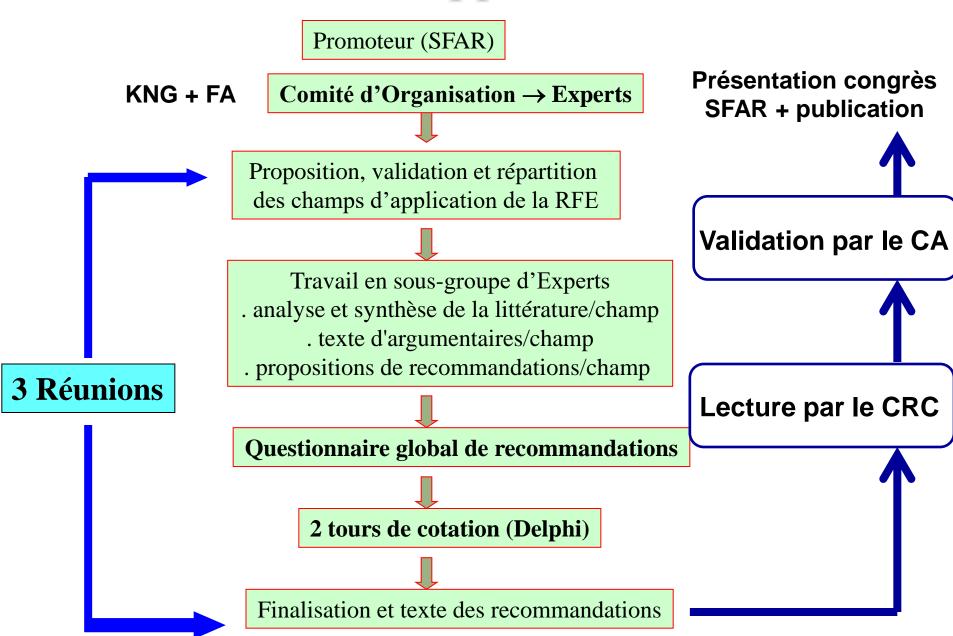
operatoire /

Thérapeutiques médicamenteuses par voie systémique et orale

6-Comment organiser l'anglaésie en chirurgie ambulatoire ?

L'anesthésie locale et loco-régionale

GRADE®: Application aux RFE



Pour faire une recommandation au moins 50% des participants ont une opinion et moins de 20% préfèrent la proposition contraire Pour faire une recommandation <u>forte</u>, au moins 70% sont d'accord

Médiane	1-2-3	4-5-6	7-8-9
Décision	Opposition	Indécision	Accord
Cotation	II II	III II II	IIIIIIIIII
Consensus	fa	Fort	

Il faut faire	G1+
Il ne faut pas faire	G1 -
Il faut probablement faire	G2+
Il faut probablement ne pas faire	G2-

- 1. **Quand et pourquoi** évaluer ? bénéfice de l'évaluation sur les conséquences postopératoires de la chirurgie: chronicisation
- 2. Faut il utiliser **le DN4** en peri-opératoire?
- 3. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez l'enfant de moins de 7 ans?
- 4. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez le patient non communicant ?
- 5. Les modalités de surveillances des patients bénéficiant de morphiniques en structure de soins conventionnels

Chistophe Dadure, Anissa Belbachir, Philippe Cuvillon, Valeria Martinez, Dominique Fletcher

- 1. Quand et pourquoi évaluer ? bénéfice de l'évaluation sur les conséquences postopératoires de la chirurgie: chronicisation
- 2. Faut il utiliser **le DN4** en peri-opératoire?
- 3. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez l'enfant de moins de 7 ans?
- 4. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez le patient non communicant ?
- 5. Les modalités de surveillances des patients bénéficiant de morphiniques en structure de soins conventionnels

Recommandation 1: en période préopératoire, il est recommandé d'identifier les patients les plus vulnérables à la douleur (à risque de développer une DPO sévère et/ou une DCPC), en recherchant la présence d'une douleur préopératoire y compris en dehors du site opératoire, la consommation d'opiacés au long court, des facteurs chirurgicaux et psychiques tels que l'anxiété ou la dépression (avis d'experts. Accord fort)

1. Quand et pourquoi évaluer ? bénéfice de l'évaluation sur les conséquences postopératoires de la chirurgie: chronicisation

Recommandation 2: Il est probablement recommandé d'utiliser <u>l'échelle APAIS</u> (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) pour rechercher une anxiété et/ou un besoin d'information en période préopératoire (avis d'experts. Accord fort)

	Items Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie	Sco	re >	11:		
2	Je pense continuellement à l'anesthésie	nat	ients	anv	ie11 v	
3	L'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie	Pat	ICITE	diix	ICUA	
4	Je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

1. Quand et pourquoi évaluer ? bénéfice de l'évaluation sur les conséquences postopératoires de la chirurgie: chronicisation

Recommandation 2: Il est probablement recommandé d'utiliser <u>l'échelle APAIS</u> (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) pour rechercher une anxiété et/ou un besoin d'information en période préopératoire (avis d'experts. Accord fort)

	Items Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie	Score	de 2 à	1· refus		
3	L'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie	d'info				
4	Je suis préoccupé par l'intervention		n d'info			
5	Je pense continuellement à l'intervention	Score > 7: avide				
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention	d'info	ormatio	n		

- 1. **Quand et pourquoi évaluer** ? bénéfice de l'évaluation sur les conséquences postopératoires de la chirurgie: chronicisation
- 2. Faut il utiliser le DN4 en peri-opératoire?
- 3. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez l'enfant de moins de 7 ans?
- 4. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez le patient non communicant ?
- 5. Les modalités de surveillances des patients bénéficiant de morphiniques en structure de soins conventionnels

Recommandation 3: Il est recommandé d'identifier les facteurs de risques postopératoires de chronicisation de la DPO, en recherchant une intensité élevée de la DPO à l'aide d'une échelle numérique, une prolongation inhabituelle de la DPO, une douleur neuropathique précoce (au moyen d'une échelle DN4), des signes d'anxiété et/ou de dépression. (avis d'experts. Accord fort)

1	/ 1	•	•	75%	•	+	#			•
---	-----	---	---	-----	---	---	----------	--	--	---

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

		Oui	Non
1.	Brûlure		
2.	Sensation de froid douloureux		
3.	Décharges électriques		

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

deb by hiptories burvaits.						
	Oui	Non				
4. Fourmillements						
5. Picotements						
6. Engourdissements						
7. Démangeaisons						

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqûre		

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

COLDITION CONTENT OF CITE PLOT OF CITE ON CONTENT OF CITE OF C							
	Oui	Non					
10. Le frottement							

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Recommandation 4: Il est recommandé d'utiliser une échelle d'auto-évaluation dès l'âge de 5 ans (échelle des visages). A défaut, il est recommandé l'utiliser l'échelle <u>FLACC</u> pour l'hétéroévaluation de la DPO chez l'enfant < 7 ans Accord F G1+

- 3. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez l'enfant de moins de 7 ans?
- 4. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez le patient non communicant ?
- 5. Les modalités de surveillances des patients bénéficiant de morphiniques en structure de soins conventionnels

Recommandation 5: Chez le patient non communiquant, il est probablement recommandé d'utiliser une échelle d'hétéroévaluation FLACC modifiée-handicap chez l'enfant et ALGOPLUS chez le vieillard(Accord faible, G1+)

ALGOPLUS: Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë

chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale *Rat et al*.

		Oui	Non
1 - Visage: Froncement des s		aces, cr	ispation,
mâchoires serrées, visage figé	Š		
2 - Regard: Regard inattentif	, fixe, lointain	ou suj	ppliant,
pleurs, yeux fermés			
3 - Plaintes orales: « Aie », «	Ouille », « j'a	i mal »	<i>1</i>
gémissements, cris	•		
4 - Corps: Retrait ou protecti	on d'une zon	e, refus	s de
mobilisation, attitudes figées			
5 - Comportements: Agitatic	n ou agressiv	ité, agi	rippement
Ca	-		
Seuil à 2/5	Total Oui	11	/ 5

Recommandation 4: Il est recommandé d'utiliser une échelle d'auto-évaluation dès l'âge de 5 ans (échelle des visages). A défaut, il est recommandé l'utiliser l'échelle <u>FLACC</u> pour l'hétéroévaluation de la DPO chez l'enfant < 7 ans Accord F G1+

- 3. Quelle(s) échelle(s) de douleur utiliser chez l'enfant de moins de 7 ans?
- 4. Quelle échelle de douleur utiliser chez le patient non communicant ?
- 5. Les modalités de surveillances des patients bénéficiant de morphiniques en structure de soins conventionnels

Recommandation 5: Chez le patient non communiquant, il est probablement recommandé d'utiliser une échelle d'hétéroévaluation FLACC modifiée-handicap chez l'enfant et ALGOPLUS chez le vieillard(Accord faible, G1+)

Texte court

Une surveillance clinique plus fréquente et/ou un monitorage non invasif (saturomètre capnographie en SSPI) sont probablement suggérés pour les patients à risques, en particulier de SAOS et d'administration de fortes doses d'opiacés/sédatifs en périopératoire.

POPULATION À RISQUE

- Patient âgé de plus de 70 ans
- « naïf » aux opiacés
- Obésité morbide
- Maladie respiratoire dont SAOS
- Insuffisance hépatique
- Insuffisance rénale
- Patient décrivant une douleur intense qui cesse subitement
- Association opiacés <u>avec</u> BZ, barbituriques, AD, antiémétiques, antihistaminiques, alcool, stupéfiants.
- Antécédents de troubles neurologiques et/ou neuromusculaires.
- La voie périmédullaire



MONITORAGE DE L'ANALGÉSIE

KARINE NOUETTE-GAULAIN, GILLES LEBUFFE ET NADA SABOURDIN

Quelles sont les méthodes permettant de monitorer l'analgésie au bloc opératoire et en postop immédiat chez l'adulte, l'enfant ?

- 1. Bénéfices au monitorage de l'analgésie?
- 2. Quelle population?
- 3. Quels instruments et outils?



MONITORAGE DE L'ANALGÉSIE

KARINE NOUETTE-GAULAIN, GILLES LEBUFFE ET NADA SABOURDIN

Quelles sont les méthodes permettant de monitorer l'analgésie au bloc opératoire et en postop immédiat chez l'adulte, l'enfant ?

- 1. Bénéfices au monitorage de l'analgésie?
- 2. Quelle population?
- 3. Quels instruments et outils?



Aucune donnée nouvelle ne permet la rédaction de recommandations plus précises



THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE PAR VOIE SYSTÉMIQUE ET ORALE

F AUBRUN, HÉLÈNE BELOEIL, D FLETCHER, V MARTINEZ,

E MARRET

- 1- Quelle place pour les AINS sélectifs et non sélectifs en périopératoire ?
- 2- Place de l'oxycodone en périopératoire (les principales indications? Quelles limites)
- 3- Quelles sont les indications et à quelle dose de la lidocaine en périopératoire ?
- 4. Place des **corticoïdes** en prémédication, pendant et après la chirurgie?

1- Quelle place pour les AINS sélectifs et non sélectifs en périopératoire ?

Recommandation 6: Il est recommandé <u>d'associer</u> un AINS non sélectifs (AINS-NS) ou un inhibiteur sélectif des cyclo-oxygénases de type 2 (ISCOX2) à la morphine en l'absence de contre-indication à l'usage de l'AINS (G1+) ACCORD FORT

Recommandation 7: <u>Il n'est pas recommandé d'utiliser</u> un inhibiteur des cyclo-oxygénases de type 2 (ISCOX2) chez les patients ayant des antécédents athéro-thrombotiques artériels (AOMI, AVC, IDM) (G1-) ACCORD FORT.

Recommandation 8: Les AINS-NS ne sont *probablement* pas recommandés chez les patients ayant des <u>antécédents athéro-thrombotiques artériels</u> (AOMI, AVC, IDM) au-delà de 7 jours de traitement (G2-) ACCORD FAIBLE.

Recommandation 9: Il n'est pas recommandé d'associer des AINS-NS, à un traitement anticoagulant à dose curative. (G1-) ACCORD FORT.

- 2- Place de l'oxycodone en périopératoire (indications et limites)
- **3-** Quelles sont les indications et à quelle dose de la **lidocaïne** en périopératoire ?
- 4. Corticoïdes en prémédication, pendant et après la chirurgie?

Recommandation 10: Il est recommandé de prescrire un opiacé fort (morphine ou oxycodone) préférentiellement par voie orale en postopératoire en cas de douleurs sévères ou insuffisamment calmées par les antalgiques des paliers inférieurs et ceci quel que soit l'âge (G1-). ACCORD FORT.

Recommandation 11: Il est probablement recommandé d'administrer de la lidocaïne en intraveineux et en continu chez les patients opérés d'une chirurgie majeure (<u>abdomino-pelvienne</u>, <u>rachidienne</u>) et ne bénéficiant pas d'une analgésie péri-nerveuse ou péridurale concomitante dans le but de diminuer la douleur postopératoire et d'améliorer la réhabilitation. (G2+) ACCORD FORT).

Recommandation 12: Il est probablement recommandé d'administrer la dexaméthasone IV pour diminuer la douleur postopératoire (G2+) ACCORD FAIBLE.

RFE Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée:

www.sfar.org





RECOMMANDATION FORTE

L'administration intraveineuse continue de **lidocaïne** est recommandée pour la chirurgie colorectale. Accord Fort

.....MAIS

RFE Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée:

www.sfar.org





RECOMMANDATION FORTE

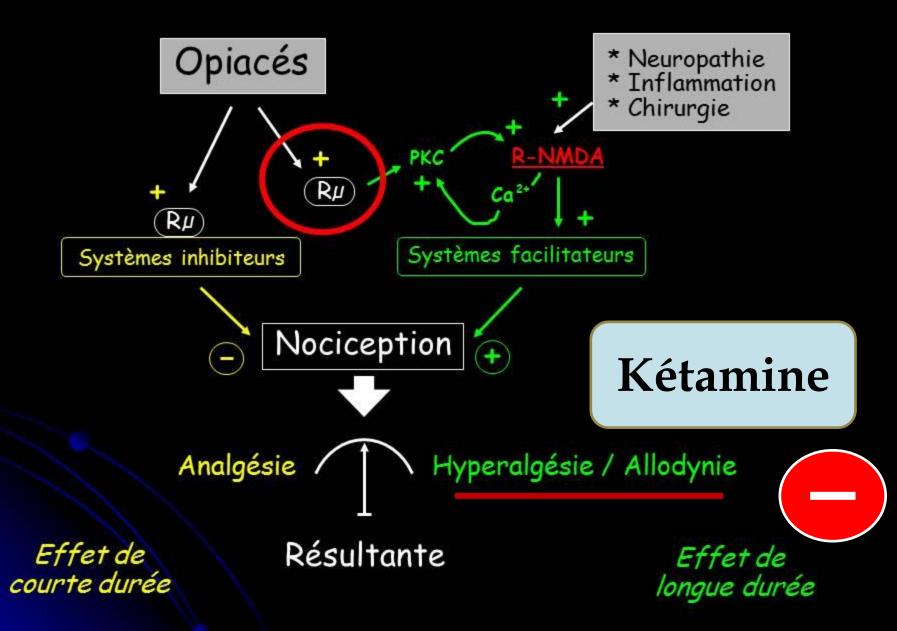
- L'administration intraveineuse continue de **lidocaïne** est recommandée pour la chirurgie colorectale. Accord Fort
- Le **chlorhydrate de lidocaïne 2 % ou 5 %** (Xylocard®) du laboratoire AstraZeneca, a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une administration IV, mais seulement dans le cadre du traitement et de la prévention des troubles du rythme ventriculaire menaçant le pronostic vital, notamment à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde
- Le chlorhydrate de lidocaïne 1 % ou 2 % du laboratoire Aguettant, destiné à l'anesthésie par infiltration et l'anesthésie locorégionale. Son utilisation par voie intraveineuse est formellement contre-indiqué, comme en atteste le résumé des caractéristiques du produit (RCP) fourni par le laboratoire, ainsi que la mention « ne pas injecter en IV » présente sur les flacons.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE SYSTÉMIQUE

F AUBRUN, HÉLÈNE BELOEIL, D FLETCHER, V MARTINEZ, E MARRET

- **5-** Faut-il administrer **la kétamine** à faible dose à tous les patients pendant la chirurgie. quelle dose? Quand administrer (avant l'incision ou avant l'induction?). Faut-il poursuivre la kétamine en postopératoir, et su oui, pour quels patients?
- 6- Place des gabapentinoïdes en pré (PM) et postopératoire?
- 7- Indications ou non indications du sulfate de magnésium en périopératoire?



Quel protocole d'administration de kétamine peropératoire?

Bolus à l'induction: entre 0,15 et 0,5 mg/kg avant l'incision.

puis relais à la dose de 0,125 à 0,25 mg/kg/h

si chirurgie supérieure à 2h.

Arrêter 30 min avant la fin de l'anesthésie.

Richebé P, Chauvin M, Simonnet G.



Revue méthodique de l'utilisation de la kétamine intraveineuse pour l'analgésie postopératoire

Laskowski K CJA 2011 58 911

Kétamine plus efficace en cas de chirurgie majeure

Etudes 1966-2010; 70 études, 4701 patients **Epargne morphinique** dans toutes les études (P < 0.001). Plus efficace: **chirurgie thoracique**, **abdominale et ortho majeure**

- efficace si douleur maximale sévère > 7
- pas efficace si douleur maximale faible < 4
- Hallucinations et cauchemars plus fréquents avec la kétamine
- NVPO moins fréquents si efficacité de la kétamine

- **5-** Faut-il administrer la kétamine à faible dose à tous les patients pendant la chirurgie. quelle dose? Quand administrer. Faut-il poursuivre la kétamine en postopératoir, et su oui, pour quels patients? **6-** Place des **gabapentinoïdes** en pré (PM) et postopératoire?
- 7- Indications (ou non) du sulfate de magnésium en périopératoire?

 Recommandation 13: En peropératoire, l'administration de faibles doses de

Recommandation 13: En peropératoire, l'administration de faibles doses de <u>kétamine</u> chez un patient sous anesthésie générale est recommandée dans les deux situations suivantes : 1/ chirurgie à risque de douleur aiguë intense ou pourvoyeuse de DCPC. 2/ aux patients vulnérables à la douleur en particulier les patients sous opioïdes au long cours ou présentant une toxicomanie aux opiacés (G1+) ACCORD FORT.

Recommandation 14: L'utilisation systématique des <u>gabapentinoïdes</u> en périopératoire n'est pas recommandée pour la prise en charge de la DPO (G1-, ACCORD FAIBLE)







Agents anti-hyperalgésiques

- L'utilisation de clonidine en prévention des hyperalgésies postopératoire <u>ne peut être recommandée</u> car ses effets indésirables hémodynamiques sont trop marqués
- L'administration intraveineuse de magnésium <u>n'est pas</u> <u>recommandée</u> 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.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE: AL ET ALR

MICHEL CARLES, PAUL ZETLAOUI, MICHEL OLIVIER

- 1. Quelles indications et limites pour le cathéter perinerveux postopératoire
- 2. Quelles indications et limites pour un cathéter central: péridurale et bloc paravertébral
- 3- Quelles indications et limites pour cathétérisme pour infiltration?

- 1. Quelles indications et limites pour le cathéter perinerveux postopératoire Pas de données nouvelles
- 2. Quelles indications et limites pour un cathéter central: péridurale et bloc paravertébral Pas de données nouvelles
- 3- Cathétérisme pour infiltration?

Recommandation 15: Il est recommandé de rester en deçà des doses maximales toxiques d'anesthésiques locaux, en particulier pour des infiltrations périprothétiques orthopédiques et lors d'association d'infiltrations cicatricielles et de cathéters perinerveux analgésiques (G1+) ACCORD FORT.

Recommandation 16: En cas de laparotomie (laparotomie, C/S, lombotomie) et en l'absence d'analgésie périmédullaire, il est probablement recommandé de proposer la mise en place d'un cathéter cicatriciel pour infiltration continue (G2+) ACCORD FORT.

Recommandation 17: Il n'est pas recommandé de réaliser une infiltration analgésique au moyen d'un cathéter intra-articulaire en raison du risque toxique des anesthésiques locaux sur le cartilage (G1-) ACCORD FORT.



R aise d'Anesthésie et de Réanimation CONCLUSION

RFE prise en charge de la douleur postopératoire

- Total de **17** recommandations, 12 fortes et 3 avis d'experts.
- Ces recommandations ont été adressées au CRC pour vérification fin février
- Elles doivent être validées par le CA
- Elles seront officiellement présentées au congrès annuel de la SFAR en septembre 2016.
- Un texte court comportant des tableaux accompagneront les recommandations 2016.
- Elles se seront publiées dans les revues de la SFAR