

Prise en charge de la douleur autour de cas cliniques

Risque postopératoire

Marcel Chauvin

Service d'Anesthésie Réanimation

Hôpital Ambroise Paré

9 avens Charles de Gaulle

92100 Boulogne

Email : marcel.chauvin@apr.aphp.fr

1. Cas clinique

Le cas clinique est celui d'un homme de 62 ans opéré d'un cancer du bas œsophage selon l'intervention de Lewis Santy associant une laparotomie et une thoracotomie droite.

Le protocole anesthésique associe une anesthésie générale et une anesthésie péridurale thoracique (T6-T7). L'anesthésie péridurale est réalisée avant l'anesthésie générale et utilise un mélange L bupivacaine et sufentanil. L'induction anesthésique est effectuée avec du propofol, rémifentanil et succinyl choline (antécédent médical de reflux gastro-oesophagien) et l'entretien avec du sévoflurane, N₂O, rémifentanil et atracurium. La kétamine est débutée après l'induction anesthésique avec un bolus de 0,30 mg/kg et est poursuivie en per et post opératoire durant 48 heures à la dose de 3 mg/heure. L'analgésie péridurale est poursuivie en postopératoire sous la forme d'une PCEA.

Le sévoflurane est titré sur le BIS pour le maintenir à une valeur de 50 et le rémifentanil sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle (artère radiale). En peropératoire, le rémifentanil est administré pour l'induction anesthésique et uniquement durant le temps thoracique (concentration cible faible entre 1 et 4 ng/ml) – le temps abdominal ayant été parfaitement stable sur le plan hémodynamique sans recours au morphinomimétique. Le sévoflurane est administré à des concentrations alvéolaires de 0,8/0,9 (valeurs de la CAM éveillée).

La chirurgie a duré 5 heures. Le patient a été extubé immédiatement après la chirurgie, il était normothermique, décurarisé (antagonisation du curare faite) et analgésié.

2. Justifications de ces protocoles d'anesthésie et d'analgésie

a) Association anesthésie générale et analgésie péridurale

Les justifications de l'utilisation de l'analgésie péridurale peropératoire sont les suivantes:

- utiliser le bénéfice de la « preemptive analgesia » de l'analgésie loco-régionale avec la prévention de l'hyperalgésie postopératoire qu'elle procure (1)
- assurer une analgésie efficace en relais du rémifentanil
- limiter les doses de rémifentanil – le rémifentanil a été préféré au sufentanil pour sa durée d'action très courte particulièrement utile quand le malade se réveille totalement analgésié comme c'est le cas sous analgésie péridurale (2)
- utiliser le sévoflurane à la CAM éveillée

L'hypotension artérielle peropératoire est une des problématiques de l'association anesthésie générale/analgésie péridurale. Les moyens nécessaires pour limiter l'hypotension artérielle sont :

- analgésie métamérique limitée au territoire concerné par la chirurgie (T4-T12)
- administration de l'anesthésique à dose strictement hypnotique en le titrant sur le BIS qui doit être maintenu à 50 et en évitant des anesthésies plus profondes
- titration du morphinique en limitant l'administration du morphinique strictement aux temps nécessaires – d'où l'intérêt d'un morphinique à effet « on/off » comme le rémifentanil.

b) Analgésie péridurale postopératoire

Les chirurgies thoraco-abdominales font partie des chirurgies les plus douloureuses qui sont au mieux soulagées par l'analgésie péridurale.

c) Kétamine

La kétamine a été administrée en plus de l'analgésie péridurale pour les raisons suivantes :

- les antagonistes NMDA préviennent et antagonisent l'allodynie viscérale (3)

- certains stimuli nociceptifs d'origine viscérale atteignent les structures supraspinales en « court-circuitant » les cordons postérieurs de la moelle (parasympathique) (4)
- les récepteurs NMDA sont présents au niveau des cordons postérieurs de la moelle mais aussi en supraspinal, au niveau du RVM (« rostral ventromedial medulla ») et du thalamus (5,6)
- la kétamine est un modulateur de l'inflammation (7)
- l'association d'antagonistes NMDA par voie systémique à l'analgésie péridurale a été montrée bénéfique pour le contrôle de la douleur postopératoire (8).

Ces différents éléments seront détaillés dans la présentation orale.

Références

1. Ong et al. *Anesth Analg* 2005 ;100 :757-73.
2. Casati et al. *Anesth Analg* 2000 ;91 :1269-73.
3. Willert et al. *Gastroenterology* 2004 ;126 :683-92.
4. Wall and Melzack's Textbook of pain, Elsevier 2006, www.textbookofpain.com.
5. Coutinho et al. *Pain* 1998;78:59-69.
6. Kolhekar et al. *Pain* 1997;83:31-40.
7. Takahashi et al. *Anesth Analg* 2010 (in press).
8. Suzuki et al. *Anesth Analg* 2006 ;105 :111-9.