

Modulations psychologiques des douleurs post-opératoires

Pr Anne-Françoise Allaz

Médecin chef
Service de Médecine Interne de Réhabilitation Beau-Séjour
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Consultante au Centre de la Douleur, HUG

Directrice du Département de Médecine interne générale, Réhabilitation et Gériatrie
Faculté de Médecine de Genève

Modulations des douleurs post-opératoires

- Pas tous égaux (dimensions génétiques, notamment)
- Facteurs **pré** - et post opératoires
- Recherches et méta-analyses: déterminants **multifactoriels**
(Revue: Kehlet et al, Lancet, 2006; Martinez, Baudic, Fletcher, Ann Fr Anesth Réa, 2013)
- Risque de chronicité; indicateurs, dont facteurs psychologiques
(Athaus et al. Eur J Pain, 2012: citation de Cachemaille Rev Med Suisse, 2016)

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| | TABLEAU 1 | Facteurs et pourcentages de risque liés dans la prédictibilité d'une douleur chronique postopératoire | |
|--|------------------|--|--|

- Burnout dans les 6 mois précédant la chirurgie
- Douleur préopératoire sur le site chirurgical
- Douleur préopératoire sur un autre site que le site chirurgical
- Intensité de la douleur postopératoire
- Comorbidités (facteurs de stress) ≥ 1 . Troubles du sommeil, troubles anxieux, épuisement, vertiges, tachycardie, tremblements, prise de sédatifs

Nombre de facteurs et pourcentages de risque d'apparition de douleurs chroniques à 6 mois: 0 = 12%; 1 = 30%; 2 = 37%; 3 = 68%; 4 = 82%; 5 = 71%

(Adapté de réf.⁶).

Modulations psychologiques douleurs post-op

- Ne mettent pas en questions les facteurs organiques, lésionnels, traumatiques pré et per opératoires, neurogènes, etc.
- Facteurs sociaux, contextuels (Cancer, amputations, etc...)
- Revue sur les facteurs psychologiques associés à la chronicité:
 1. *Hinrichs-Rocker et al, Eur J Pain, 2009:*
Dépression / Vulnérabilité psychologique / Stress
 2. *Theunissen et al, Clin J Pain, 2012:*
Anxiété / Catastrophisme
 3. *Celestin et al, Pain Medicine, 2009 (douleurs lombaires)*
Anxiété / Dépression / Hypocondrie/ Somatisation

Autres facteurs de modulation

✓ L'injustice perçue *(Sullivan et al, Clin J Pain, 2012)*

Une évaluation cognitive qui comprend:

a) la sévérité de la perte; b) son aspect irréparable; c) le sentiment d'injustice

Impact sur: intensité douloureuse, incapacité, anxiété, dépression

- Fréquente: 41% de 420 patients *(Rentsch, J Psychosom Res, 2013)*
- Induit une vision pessimiste quant au devenir de la douleur

✓ Attentes et représentations *(Allaz & Cedraschi, Springer, 2015, Cedraschi, Méd & Hyg, 2004)*

Impact important sur l'évolution post-opératoire en chirurgie du dos *(Rönnberg, Spine, 2007)*

Amélioration fonctionnelle plus facile qu'amélioration de la douleur

(Slosar, Spine, 2000)

✓ Statut d'assurance

Moindre résultats de la chirurgie sciatique à 4 ans si paiement par assurance perte de gain *(Atlas, Bone Joint Surg, 2000)*

Rôle négatif des conflits juridiques

(Voorhies, Spine, 2007)

Modulations psychologiques douleurs post-opératoires

Résumé

- Contexte multifactoriel: facteurs organiques, lésionnels, traumatiques, etc...
- Dimensions psychologiques pré et post-opératoires
- Intrication et recoupements entre les dimensions psychologiques
- Facteurs psychologiques: grand impact sur l'intensité et l'expérience douloureuse / associés à la chronicité des douleurs post-opératoires
 - Dépression y compris somatisation
 - Anxiété jusqu'à l'hypocondrie
 - Catastrophisme
 - Autres: Vulnérabilité psychologique / Stress / Somatisation / Injustice perçue / Attentes / facteurs liés aux assurances

Que peut on faire?

- **Consultations pré-opératoires = essentielles**
 - Histoire douloureuse du patient
 - Peser ses indications, surtout si chirurgie à risque et de confort
 - Explorer les attentes
 - Donner des explications (suites et suivi post-op, robots, etc...)
- **Identifier état anxieux, dépression et détresse**
 - Faire évoquer les représentations
 - Prêter attention à l'hypervigilance corporelle – pratiquer un examen clinique, ne pas banaliser
- **Choisir le bon moment** (si possible!) *Cave* fuite en avant !
- **Organiser une présence post-opératoire**; détection cas à risque

Que peut on faire? (pour aller plus loin)

- Formation en psychologie générale, en communication
- Se mettre toujours et encore à la place du patient
- S'intéresser au devenir des « détails »: sommeil, transit, douleurs variées, reprise du travail
- Lire les revues de:
 1. V. Martinez, S. Baudic, D. Fletcher: Douleurs chroniques post-chirurgicales. *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation* 32:422-435, 2013.
 2. J-P Estebe : Incidence et facteurs de risque de la douleur chronique post-chirurgicale. Recommandations formalisées d'experts. *Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation* 28: e71-e74, 2009.
 3. Allaz AF & Cedraschi C. Pain and emotions. *In* : Pickering and Gibson (Eds) : *Pain, Emotions and Cognition: A complex nexus*. Springer int., 2015:pp 21-34.