

Newsletter journée DPO du 31 mars 2017. Frédéric AUBRUN

La journée s'est articulée autour d'un thème : celui des nouveaux enjeux autour de la prise en charge de la douleur postopératoire (DPO). Dix orateurs se sont succédés, tous experts dans leurs domaines respectifs que ce soit celui de l'analgésie par voie générale ou loco-régionale.

Le Pr Dominique Fletcher, chef de service d'anesthésie de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne Billancourt a traité du sujet de la prise en compte du parcours individuel du patient. Il a insisté sur la notion de la vulnérabilité à la douleur, objet notamment des dernières recommandations de la SFAR publiées en septembre 2016. Ainsi, en consultation préopératoire, les patients douloureux, qui prennent des opioïdes avant un geste chirurgical, s'ils sont anxieux ou dépressifs, surtout s'ils sont jeunes, voire de sexe féminin, doivent être identifiés comme potentiellement vulnérables à la douleur. Cette vulnérabilité peut être associée à une intensité élevée de la douleur après une chirurgie, voire à une chronicisation de la DPO. Le patient doit être informé et partenaire de sa prise en charge car en participant à la qualité de son traitement, les risques de pérennisation de la sensation douloureuse peuvent s'atténuer. Un score prédictif, tel que nous l'a proposé APFEL pour le traitement prophylactique des nausées vomissements postopératoires est nécessaire.

Le Pr Valeria Martinez est une des spécialistes des douleurs chroniques post-chirurgicales (DCPC) et intervenait à ce titre sur la prévention et le traitement curatif de ces DCPC. Outre la définition précise de ce type de douleur qu'elle a rappelée (notamment sans lien avec une douleur préopératoire), elle a précisé que 10 à 30% des patients opérés développaient une DCPC, soit environ 500.000 personnes par an en France. Il existe incontestablement une sous-évaluation du nombre de patients souffrant à distance d'une intervention chirurgicale avec un risque non négligeable d'errance diagnostique et thérapeutique. Afin de prévenir des DCPC, il faut en particulier réduire le traumatisme chirurgical, préserver les nerfs et privilégier des voies d'abord moins invasives. Une anesthésie loco-régionale permet également de bloquer le stimulus nerveux tout comme l'utilisation d'agents anti-hyperalgésique dont le principal est la kétamine. Concernant la réduction de l'incidence de la DCPC à 6 mois, il n'a pas été jusqu'alors possible de démontrer une efficacité des gabapentinoïdes.. le Pr Martinez insiste enfin sur la nécessité de dépister ces patients, en utilisant notamment le DN4, outil de dépistage des douleurs neuropathiques.

Le Dr David Charier a une expertise majeure dans le monitoring de l'analgésie peropératoire et a donc été invité à traiter le sujet suivant : monitorage per et postopératoire et prévention des douleurs postopératoires. Il a rappelé les interactions entre le système sympathique et parasympathique avec l'utilisation de dispositifs permettant d'évaluer la profondeur de l'analgésie en s'inspirant des variations de cet équilibre entre les deux systèmes. L'ANI (Analgesia Nociception Index) permet par exemple une mesure continue de l'activité du système nerveux autonome par l'analyse de sa composante parasympathique via l'arythmie sinusale respiratoire : les variations brèves et rapides de la fréquence cardiaque induites par chaque cycle respiratoire (contrôlé ou spontané) permettent de quantifier le tonus parasympathique. Le Dr Charier précise que l'ANI est certainement un bon monitoring de l'analgésie peropératoire sauf en situation de stress peropératoire ou si le patient est sous hypnose. Quant à la pupillométrie, elle permet d'analyser le diamètre de la pupille en fonction de l'intensité douloureuse.

L'intérêt des infiltrations peropératoires par des anesthésiques locaux a été traité par le **Dr Julien Cabaton**, Médecin Anesthésiste spécialiste de l'anesthésie loco-régionale exerçant à la clinique Mermoz de Lyon. Outre les principes même de l'infiltration, il souligne un rapport bénéfice risques particulièrement favorable pour une technique quasiment dénuée de risques. Le bénéfice est particulièrement démontré en chirurgie thyroïdienne, en chirurgie hémorroïdaire, en cas de hernie inguinale (malgré la forte concurrence du TAP block) ou de laparotomie (avec là encore une forte concurrence avec l'anesthésie péridurale). En cas d'amygdalectomie, l'efficacité est en général modérée, comme après cœlioscopie digestive. En cas de chirurgie thoracique ou mammaire, l'infiltration est moins efficace que l'anesthésie péridurale ou le bloc paravertébral.

Bien que la littérature soit abondante en chirurgie orthopédique, les bénéfices sont parfois inférieurs à l'ALR périnerveuse, notamment en chirurgie de l'épaule, d'autant que le risque de toxicité des anesthésiques locaux sur le cartilage en cas d'infiltration intra-articulaire n'est pas nul. Pour la PTH ou la PTG, le bénéfice est en revanche bien démontré.

Pour le Dr Cabaton, l'infiltration a une réelle valeur ajoutée en participant notamment à la réhabilitation du patient. Elle ne prétend pas détrôner l'ALR mais permet par sa simplicité et non innocuité de soulager au moins pendant les premières heures (voire plus) la douleur du patient. Encore faut-il respecter les doses prescrites en restant en deçà des doses maximales toxiques comme le rappellent les recommandations de la SFAR.

La place des AINS en 2017 : **Le Pr Hélène Beloeil** a été une des experts en charge de ce sujet traité lors de l'actualisation des recommandations de la SFAR de 2016 sur la prise en charge de la douleur postopératoire. Elle rappelle ces recommandations et souligne le fait que les AINS sont les antalgiques non morphiniques les plus efficaces avec une synergie d'action entre les AINS et la morphine. Toutefois, leur durée de prescription doit être la plus courte possible car ils ne sont pas dénués de risques : risque rénal qui contre-indique leur utilisation pour une clairance de créatinine plasmatique inférieure à 50 mL/min, risque cardiaque notamment pour le diclofénac (ce risque n'étant pas réservé aux inhibiteurs sélectifs des COX-2), risque gastrique. En revanche, le risque de saignement n'est pas plus élevé en cas de chirurgie amygdalienne ce qui autorise l'utilisation de ces antalgiques dans cette indication. Enfin, il n'y a pas d'argument pour conclure formellement à un risque à l'utilisation des AINS en chirurgie colorectale du fait d'une fuite anastomotique possible. Dans ce cas encore, une prescription courte de 48 H peut être recommandée en l'absence de conditions chirurgicales précarisant la qualité de l'anastomose digestive.

Le paracétamol : pour le meilleur ou pour le pire ? Le **Pr Gisèle Pickering** qui dirige le CIC de Clermont-Fd, travaille sur le mécanisme d'action du paracétamol depuis quinze ans et nous a présenté les connaissances actuelles sur l'action antalgique du premier antalgique consommé dans le monde. Elle a souligné le concept actuel du paracétamol comme prodrogue avec un métabolite antalgique actif (AM404), l'indépendance des voies antalgiques et antipyrétiques, le mécanisme d'action centrale avec implication d'une cascade de récepteurs dont les récepteurs TRPV1 (récepteur à la capsaïcine) ainsi que les effets indésirables du paracétamol sur les facteurs protecteurs hépatiques (comme le glutathion) même à dose thérapeutique recommandée. D'autre part, elle a présenté les études et méta-analyses qui remettent en cause depuis quelques années l'efficacité antalgique du paracétamol (en particulier dans la lombalgie) ainsi que celles soulignant les effets indésirables cardiovasculaires et rénaux. Sur la douleur postopératoire, l'efficacité et le ratio bénéfice-risque sont démontrés avec toutefois un soulagement chez seulement 36% de patients à 4 heures pour la méta-analyse de Mc Nicol (2016). Des pistes intéressantes s'orientent vers l'effet du paracétamol sur les domaines cognitivo-émotionnels de la douleur (action sur la douleur physique et sociale démontrée en IRMf, action positive sur la cognition), vers de nouvelles formes galéniques moins dosées et plus efficaces, et vers la pharmacogénétique afin d'améliorer le traitement individualisé du patient.

Les modulations psychologiques des douleurs postopératoires ont été traitées par le **Pr Anne-Françoise Allaz** des hôpitaux Universitaires de Genève. Elle a discuté de la vulnérabilité des patients et des modulations psychologiques en période postopératoire, en insistant sur l'anxiété, la dépression (qui diminue le seuil de perception de la douleur), le stress. Elle a souligné l'importance de la consultation pré-anesthésique propos rejoignant ceux des Pr Fletcher et Martinez. La détection de l'état de détresse du patient est en effet cruciale afin de déterminer avant la chirurgie un moment d'échange avec le patient qui se poursuivra après la chirurgie.

Le morphinique idéal: Pourquoi, pour quand et pour qui? Ce sujet a été traité par le **Pr Gilles Lebuffe** du CHRU de Lille, un des grands experts français de l'analgésie. Afin de répondre à ces questions complexes, ses objectifs pédagogiques étaient d'identifier les indications périopératoires des opiacés, analyser les agents opiacés utilisables en postopératoire, évaluer les voies d'administration les plus adaptées pour la période postopératoire et identifier les principaux effets adverses des opiacés à prendre en compte en postopératoire.

Concernant les recommandations, la SFAR a recommandé en 2016 de prescrire un opiacé fort (morphine ou oxycodone), préférentiellement par voie orale, en cas de douleurs postopératoires sévères ou insuffisamment calmées par les antalgiques des paliers inférieurs, et ceci quel que soit l'âge. Les américains considèrent les opiacés comme des antalgiques de recours dont la dose par 24h ne doit pas dépasser 50 mg. En cas de douleur aiguë, le relais doit s'effectuer progressivement avec des antalgiques de palier 1, permettant ainsi l'arrêt du morphinique en 3 à 7 jours. L'expert souligne que les morphiniques ont des niveaux de puissance variables avec une tendance à l'augmentation d'utilisation de la forme orale. Certains auteurs soulignent l'intérêt de l'oxycodone, alternative possible de la morphine y compris en postopératoire. D'autres insistent sur le rôle des paliers 2, notamment lorsqu'ils sont associés à des AINS. D'autres travaux encore rapportent le bénéfice du tapentadol, agoniste μ associé à un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline. Concernant les alternatives à la voie injectable ou orale, la voie sublinguale ou transdermique semblent séduisantes sur le plan pharmacocinétique mais aussi pourraient contribuer à améliorer la réhabilitation des patients. Toutefois, c'est sans compter sur les effets indésirables dont l'incidence ne semble pas beaucoup varier en fonction du type d'opiacés ou de la voie d'administration. Au total, parmi les mots-clés qui pourraient caractériser les morphiniques, on peut relever : douleurs modérées à intenses, voie orale, réhabilitation précoce et donc

retour précoce à l'autonomie. Prévention des nausées, du retard au transit et de l'hyperalgésie. Le morphinique idéal n'existe malheureusement pas.

Le Pr Frédéric Aubrun s'est intéressé à l'analgésie du centenaire et à la régle des 5 « B » (proposée par la HAS) appliquée au soulagement de la douleur de ces patients. Concernant le « bon patient », la question que doit se poser un praticien est la suivante : La stratégie analgésique que je prévois est-elle adaptée à mon patient? Il faut pour cela, préserver une communication suffisante avec le patient ou sa famille mais aussi avec les acteurs de soins dont le médecin traitant afin de connaître par exemple les médicaments dont le patient est allergique ou intolérant. Il faut également connaître les modifications pharmacologiques et physiopathologiques qui existent chez un patient très âgé telles que l'altération du métabolisme hépatique ou rénal des médicaments avec l'allongement de la $\frac{1}{2}$ vie d'élimination de nombreux médicaments. Concernant le « bon médicament », il faut toujours vérifier que le traitement administré n'entraîne aucun risque pour le patient. Par exemple, les AINS sont contre-indiqués chez les patients dont la fonction rénale est altérée (clairance de la créatine plasmatique < 50 mL/min). Le néfopam est par exemple déconseillé chez le patient âgé du fait de risques de confusion. Concernant le « bon moment », il faut savoir soulager rapidement la douleur des patients y compris les plus âgés avant que cette douleur ne se chronicise. Pour la « bonne dose », le centenaire doit bénéficier d'une titration, en particulier en salle de réveil avec l'administration de doses très faibles permettant de soulager la douleur des patients tout en limitant le risque d'effets secondaires. Concernant enfin la « bonne voie d'administration », il faut favoriser la voie orale, ceci quel que soit l'âge, sauf si le patient présente un iléus ou des troubles de la déglutition.

Le Dr Laurent Delaunay de la Clinique générale d'Annecy, est un expert de l'analgésie loco-régionale et a traité l'ALR dans la rééducation précoce. Après avoir rappelé la définition de la réhabilitation rapide améliorée après chirurgie, il a précisé que la prise en charge du patient devait être multimodale pendant toute l'hospitalisation, cette exigence étant particulièrement bien démontrée en chirurgie digestive. L'analgésie périmédullaire doit être utilisée à bon escient afin notamment de réduire la durée de l'iléus postopératoire. Les infiltrations ont leurs indications à condition que la technique d'injection soit soignée par le chirurgien. Que dire de la lidocaïne IV dont l'efficacité a été démontrée, là encore en chirurgie digestive en réduisant l'iléus postopératoire dans certaines situations. En chirurgie orthopédique, les blocs nerveux périphériques ont toute leur place dans la rééducation

améliorée des patients. Les infiltrations ont également leurs indications, que ce soit pour la chirurgie de la hanche ou du genou. L'orateur conclue par le fait que la plupart de ces techniques sont efficaces et qu'elles doivent être choisies en fonction de l'intensité prévisible de la douleur. Lorsque deux techniques sont équivalentes, on choisit la plus simple. Il n'existe pas de « gold standard » : c'est un des éléments de l'analgésie multimodale.