

Douleur postopératoire : facteurs favorisants et gestion

YAPO YAPO Paul,

MCA, RCI

SARANF 2018

- **L'HOMME EST L'ELEVE**
- **LA DOULEUR EST SON MAITRE**

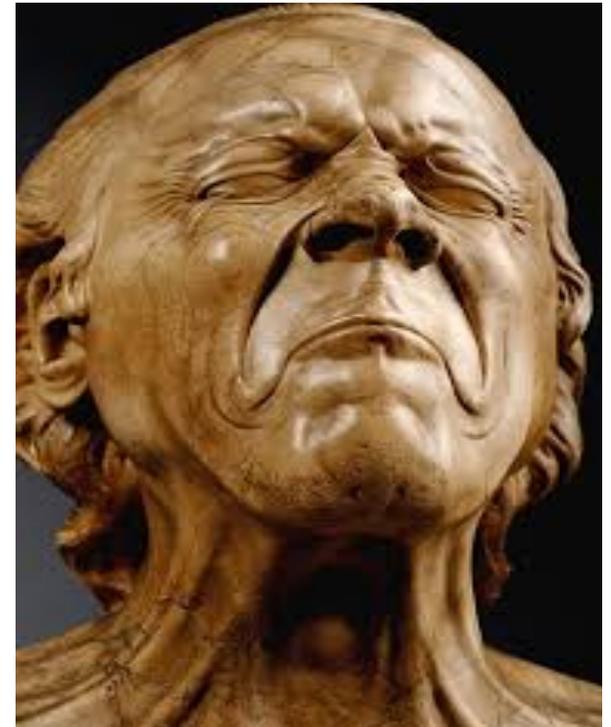
PLAN

- INTRODUCTION
- I - BASES DE LA DPO
- II - FACTEURS FAVORISANTS
- III - PRISE EN CHARGE
- IV - ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DPO
- CONCLUSION

INTRODUCTION

INTRODUCTION

- **Définition:**
la douleur est une
expérience sensorielle
et émotionnelle
désagréable
associée a une **lésion**
tissulaire réelle ou
potentielle, ou décrite
dans ces termes (IASP,
2012)



INTRODUCTION

- **DPO :**

Douleur **aigue**, due à **l'incision** chirurgicale
(section des fibres nerveuses)

qui est **transitoire**, intense,

majorée par des phénomènes **inflammatoires**
et une contracture réflexe,

dont la durée = **2 à 3 jours** puis décroissante.

INTRODUCTION

- **Incidence DPO**
- Ne cesse d'augmenter ces dernières années
- Préoccupation majeure
- Effets délétères sur
- Qualité de vie
(confort, morbidité, cout)
- Système de sante.

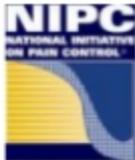


INTRODUCTION

- L'**analgésie**, nécessairement **multimodale**, est essentielle
- **large stratégie**, elle-même multimodale,
- débute avant la chirurgie par **l'éducation** du patient,
- poursuit pendant l'acte par le **choix des techniques** chirurgicales et anesthésiques les moins invasives,
- choix raisonné des **méthodes de réhabilitation** les plus adaptées.
- Les infirmiers (ères) occupent une **place centrale** dans la gestion de l'antalgie.

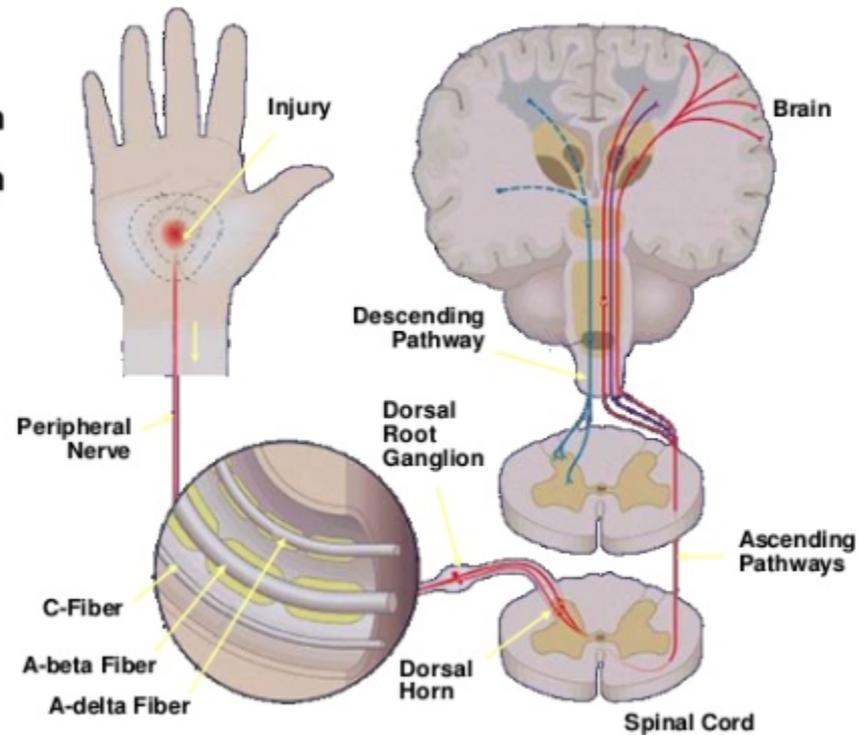
BASES DE LA DPO

BASES DE LA DPO



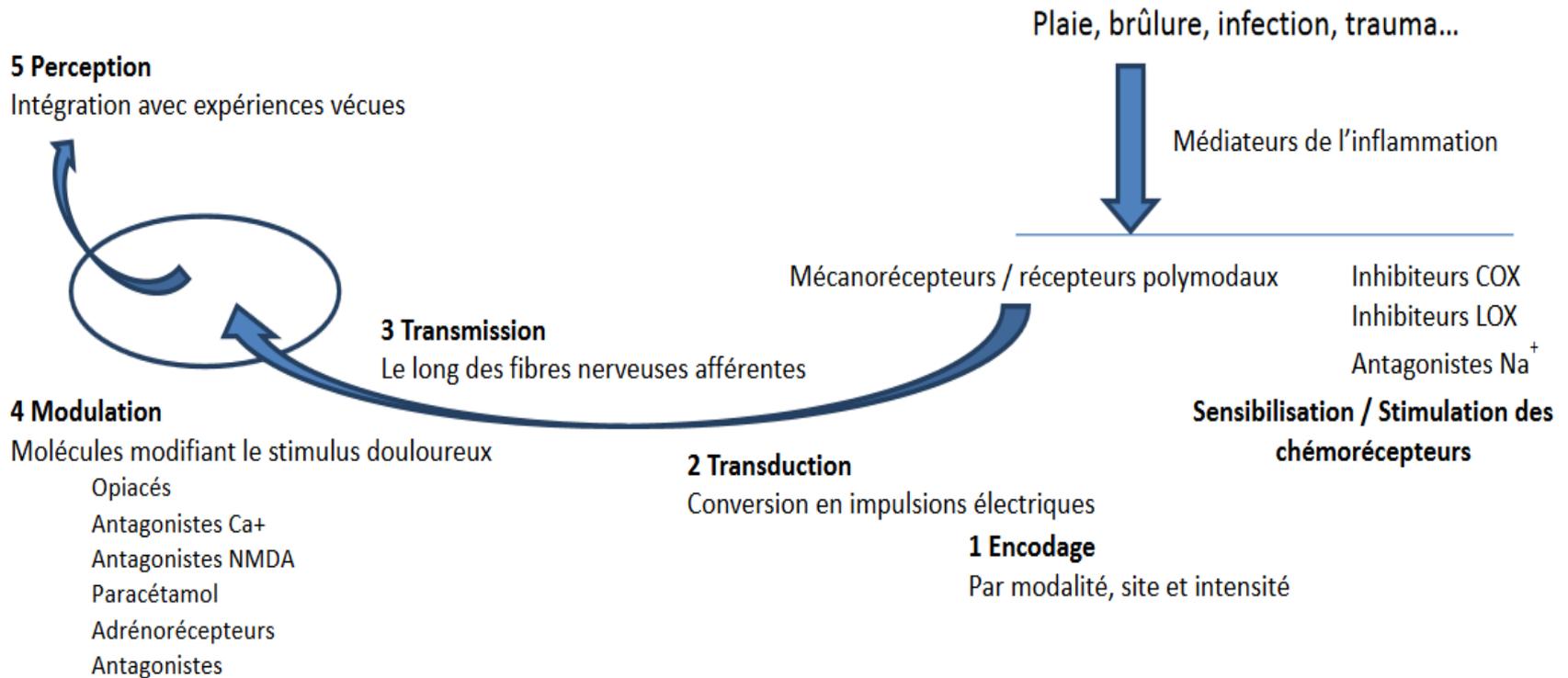
Physiology of Pain Perception

- Transduction
- Transmission
- Modulation
- Perception



BASES DE LA DPO

Fig. 5 Cheminement d'un stimulus douloureux



BASES DE LA DPO

- **Conséquences physiopathologiques**
- Métaboliques : balance azotée négative et hyperglycémie
- Cardiovasculaires : **HTA, tachycardie**, ischémie myocardique
- Respiratoires : inhibition de **la toux**, mouvements respiratoires amples
- Hématologique : Hypercoagulabilité

BASES DE LA DPO

- **Conséquences physiopathologiques**
- Digestives : ralentissement du transit
- Détresse psychologique : perturbations **cognitives, anxiété**
- Modifications neuroendocrines :
tissus lésés → douleur chronique

FACTEURS FAVORISANTS

FACTEURS FAVORISANTS

Multifactorielles: malade, chirurgie, anesthésie.

- ***le malade***
- le terrain HTA, diabète ,
- le psychisme(anxiété, émotivité),
- facteurs culturels, sociologiques
- la personnalité, les expériences antérieures
- Les thérapeutiques en cours

FACTEURS FAVORISANTS

- ***La chirurgie:***
- l'acte chirurgical, l'incision
- le siège (thorax, sus mésocolique, rénale, orthopédie)
- la posture per opératoire (DV, DL, assise Trendelenburg)
→ neuropathies plexus brachial, ulnaire, radial, cervical, facial, neuropathie des nerfs honteux internes)

FACTEURS FAVORISANTS

Douleur forte EVA > 60mm

Cholécystectomie (laparotomie)
Adénomectomie prostatique (voie haute)
Hystérectomie (voie abdominale)
Césarienne
Chirurgie abdominale sus- et sousmésocolique
Oesophagectomie
Hémorroïdectomie
Thoracotomie
Chirurgie vasculaire
Chirurgie rénale
Chirurgie articulaire (sauf hanche)
Rachis (fixation)
Amygdalectomie

Douleur modérée: EVA > 30 < 60mm

Appendicectomie
Hernie inguinale
Vidéo-chirurgie thoracique
Hystérectomie vaginale
Chirurgie gynécologique mineure
Coelioscopie gynécologique
Mastectomie
Hernie discale
Thyroidectomie
Neurochirurgie
Chirurgie cardiaque
Hanche
Chirurgie ORL (larynx, pharynx)

FACTEURS FAVORISANTS

- *L'anesthésie*
- Analgésie per opératoire,
- ALR, infiltration
- Immobilisation ,
- Sonde gastrique, intubation

PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE

La prise en charge de la douleur post opératoire s'inscrit dans une démarche continue



PRISE EN CHARGE

- L'organisation de la prise en charge se conçoit tout au long de la chaîne de soins,
- La **consultation** initiale
- Information **écrite et orale** sur les protocoles analgésiques à disposition

PRISE EN CHARGE

- **Plan** d'analgésie postopératoire
- Utilisation courante des techniques réputées efficaces en cas de douleurs fortes
- **L'éducation thérapeutique** préopératoire sur la douleur postopératoire
- **Apprentissage** d'une utilisation combinée des techniques analgésiques

PRISE EN CHARGE

- Pendant l'acte opératoire
- **Choix des techniques** les moins invasives
- **Chirurgicales:** Incision, abord du foyer, durée
- **Anesthésiques:** mode, opiacés, AL

PRISE EN CHARGE

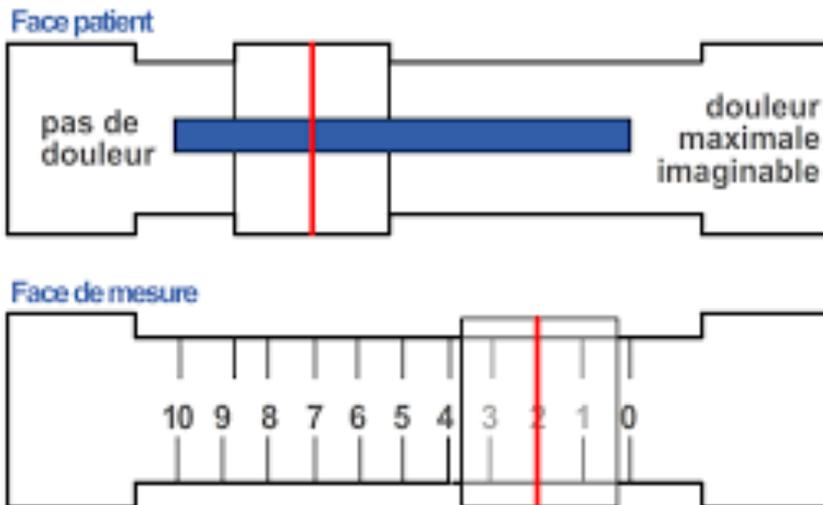
- **Première étape : Evaluation DPO**
- Indispensable, répétée, traçabilité,
- Avec des outils de référence,
- Des éléments structurés, multimodaux,
- Qualitatifs et quantitatifs.

PRISE EN CHARGE

- **Autoévaluation** = EVA adulte et enfant; EVS
- **Hétéroévaluation** : Amiel Tison, DEGR, DOLOPLUS 2 ou E.
- Comportementale simplifiée de SP

PRISE EN CHARGE

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

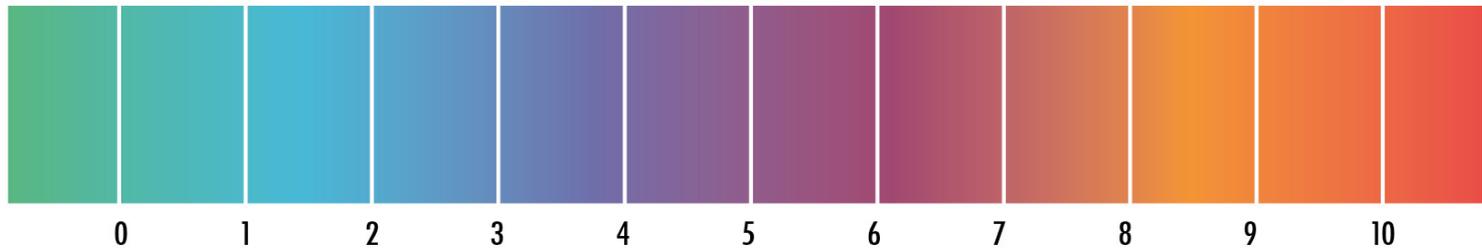
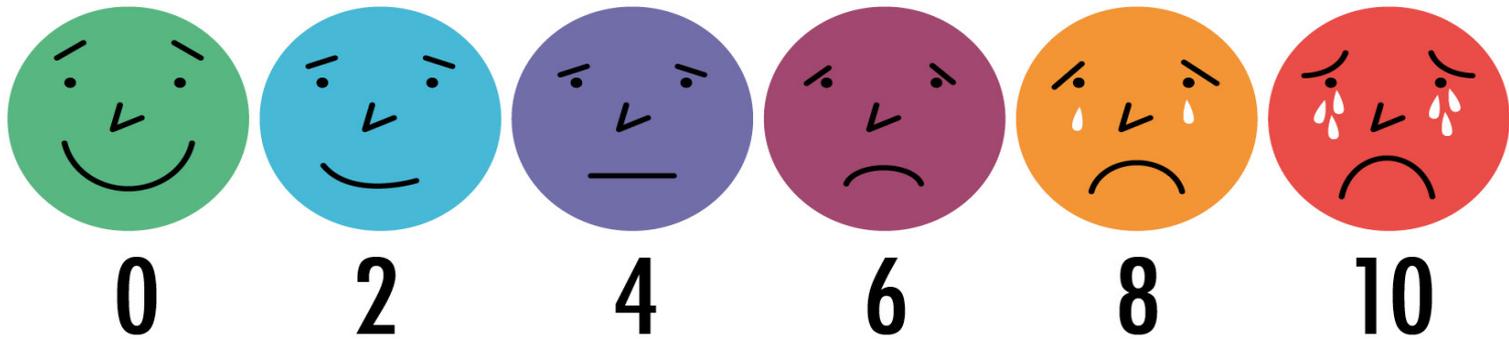


Échelle du Département de la Défense et des vétérans
d'évaluation de la douleur



PRISE EN CHARGE

Échelle de la douleur



PRISE EN CHARGE

Type de douleur	EVA	4 Jetons	6 visages
« légère »	1 à 3	1	2
« modérée »	3 à 5	2	4
« intense »	5 à 7	3	6
« très intense »	> 7	4	8 à 10
Seuil d'intervention thérapeutique			

ANAES 2000

PRISE EN CHARGE

ÉCHELLE PPMP : *Postoperative Pain Measure for Parents*
pour l'évaluation de la douleur par les parents
version raccourcie à 10 items

	JOUR									
	HEURE									
Pleurniche ou se plaint plus que d'habitude										
Joue moins que d'habitude										
Ne fait pas les choses qu'il ou elle fait d'habitude										
Semble plus inquiet que d'habitude										
Semble plus calme que d'habitude										
A moins d'énergie que d'habitude										
Mange moins que d'habitude										
Tient l'endroit douloureux de son corps										
Gémit ou grogne plus que d'habitude										
Cherche du réconfort plus que d'habitude										
	SCORE GLOBAL									

PRISE EN CHARGE

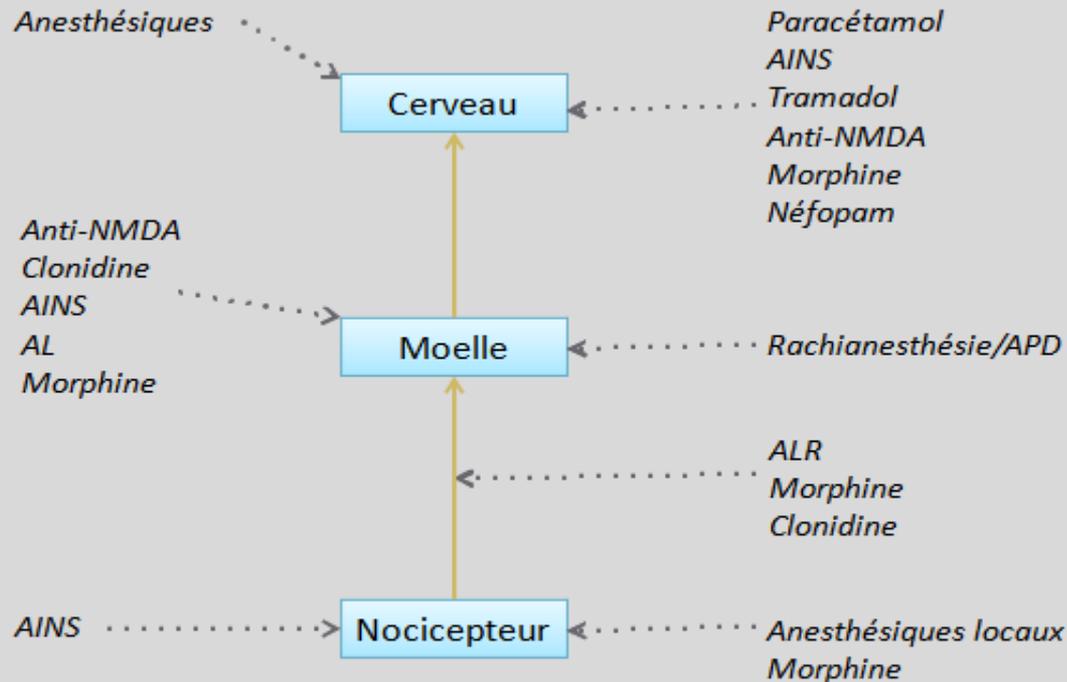
Tableau 1: Âges et seuils de traitements indicatifs en fonction de l'échelle d'évaluation de la douleur [1].

Échelles	Âge	Seuil de traitement
Auto-évaluation		
FPS-R (visages)	À partir de 4 ans	4 sur 10 (3 ^e visage)
EVA	À partir de 6 ans	30 sur 100
Échelle numérique	À partir de 6-8 ans	3 sur 10
Hétéro-évaluation		
FLACC	Jusqu'à 18 ans	4 sur 10
EVENDOL	Jusqu'à 7 ans	4 sur 15
PPPM	Jusqu'à 12 ans	6 sur 15

PRISE EN CHARGE

- **Deuxième étape : Traitement de la DPO**
- Stratégies thérapeutiques
- Analgésie balancée
- Anesthésie loco régionale
- Analgésie préemptive

PRISE EN CHARGE



Sites d'action des principaux traitements

PRISE EN CHARGE

- **Analgésie balancée (1990)**
- AL + morphiniques intrarachidiens + AINS
- AINS ↓ inflammation,
- AL = bloquent conduction nerveuse,
- Morphiniques ↓ message nociceptif

PRISE EN CHARGE

- **Analgésie multimodale (2006)**
- **Association d'analgésiques de mécanisme différent**
- AINS ↓ inflammation par – PGE2 ,
- AL = bloqueurs des canaux sodiques,
- Morphiniques= ↓ message nociceptif
- Néfopam et kétamine = Inhibiteurs NMDA;
- Tramadol = action morphinique faible +action monoaminergique

PRISE EN CHARGE

- **Anesthésie loco régionale**
- Anesthésie LR + analgésie LR= cathéter péri nerveux
- Analgésie péridurale = AL +/- clonidine ou morphinique par cathéter avec PSE ou PCEA
- Anesthésie intrathécale, rachianesthésie (12 h)
- Blocs nerveux périphériques
- Blocs thoraciques (intercostal,pleural)
- infiltrations

PRISE EN CHARGE

- **Analgésie préemptive, stratégie de réhabilitation précoce**
- Concept de réhabilitation périopératoire = recherche de tous les facteurs de la phase pré opératoire à la phase post opératoire susceptibles de retarder la récupération fonctionnelle

PRISE EN CHARGE

- **Troisième étape : Surveillance DPO**
- Avec monitoring en SSPI
- TA, FC, FR, SaO₂,
- Avec ou sans monitoring simplifié dans les services de soins
- Effets secondaires: nausées, vomissements, rétention urinaire, prurit, constipation
- Personnel formé à la prise en charge de la douleur

ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DPO

ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DPO

- **ROLE DE L'INFIRMIER**
DANS LA GESTION DE
LA DPO
- Ce rôle s'inscrit dans le schéma de l'organisation des soins.



ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DPO



Aspect organisationnel

Recommandation 1

Création d'un comité douleur pluridisciplinaire

Formation

Protocoles

Information

Audits

Recommandation 2

Identifier une équipe: médecin spécialiste, généraliste et infirmier
Visite quotidienne

Objectifs

- Sensibiliser, former le reste de l'équipe soignante
- Recueillir les données de l'évaluation de la douleur
- Veiller à l'application effective des protocoles établis
- Recueillir la survenue des effets secondaires des analgésiques
- Gérer le matériel (pompes, KT...)

ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DPO

- **Étape initiale : audit interne**
- Réaliser à un moment donné un état des lieux P.E.C au niveau d'un établissement.
- **Constitution d'une équipe référente**
- Un médecin par secteur
- Des membres du personnel de soins
- La rédaction de cahiers de **protocoles**
- **Coordination** des différents acteurs et secteurs de soins

ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DPO

- **Formation du personnel soignant**
- But de faciliter l'usage des thérapeutiques antalgiques
- Gestion immédiate de la douleur
- Passage de l'analgésie à la demande à l'analgésie conventionnelle à heures fixes,
- l'aptitude à utiliser des outils d'évaluation, et de recueil de données.

ROLE DE L'INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DPO

- **Gestion du parc de matériel et des stocks pharmaceutiques**
- Disposer de matériel et médicaments de qualité en quantité suffisante.

- **Évaluation du programme**
- Audits
- Enquêtes auprès des patients
- Intervalles réguliers, au minimum une fois par an.

CONCLUSION

CONCLUSION

- Gestion de la DPO → réforme particulière de l'organisation des soins,
- Améliorer leur qualité
- S'orienter vers l'avenir, à savoir:
- Développement de la pharmacogénétique,
- Effort maximal vers l'analgésie des âges extrêmes,

CONCLUSION

- Réduction des évènements indésirables des médicaments ou des techniques
- Développement des techniques d'analgésie loco-régionale et des infiltrations.
- Développement des comités « douleur » dans les établissements.

CONCLUSION

