

Analgesie post opératoire en chirurgie thoracique en Afrique au sud du Sahara en 2021

Postoperative analgesia in thoracic surgery in Africa in 2021

Ouédraogo N

Auteur correspondant : Ouédraogo Nazinigouba. Email : nazinigouba@hotmail.com

Introduction

La chirurgie thoracique est à l'origine d'une douleur postopératoire (DPO) intense et prolongée [1]. Elle évolue souvent vers une douleur chronique handicapante pouvant perdurer des mois voire des années (50% des patients à un an). Une diminution de l'intensité de la DPO aiguë permet de réduire son incidence [2]. L'origine physiopathologique de la douleur est l'agression chirurgicale, entraînant lésion tissulaire et réaction inflammatoire. Il s'agit de l'effet de l'incision, des écarteurs et du drainage pleurale. Elle est de siège pariétal (site de l'incision et des espaces de drainage), postérieure (étirement des ligaments costo-transverses et costo-vertébraux par les écarteurs) ou profonde (irritation de la plèvre pariétale). La douleur est véhiculée essentiellement par les rameaux primaires des racines postérieures médullaires et les nerfs intercostaux, et pour les douleurs projetées scapulaires par le nerf phrénique [1].

Standards en matière d'analgesie postopératoire de chirurgie thoracique. Le développement de techniques chirurgicales moins délabrantes a comme objectifs la diminution de l'intensité de la DPO, de la durée de séjour et de la morbi-mortalité postopératoire. En effet, la thoracotomie et la sternotomie classiques entraînent des douleurs aiguës intenses nécessitant la prise d'antalgiques pendant environ deux mois, une chronicisation fréquente et une lourde morbidité. La thoracoscopie permet une diminution de la DPO aiguë, mais ses indications restent limitées au traitement du pneumothorax spontané, aux biopsies et à l'exérèse de très petites tumeurs. La chirurgie vidéo-assistée ou les techniques d'épargne musculaires n'ont pas eu tous les bénéfices espérés en termes de réduction de la douleur postopératoire et n'ont pas permis de diminuer l'incidence des douleurs chroniques à un an [3]. La stratégie analgésique demeure donc essentielle : une stratégie d'analgesie péri opératoire « incisive » a un impact bénéfique tant sur l'incidence des douleurs aiguës que chroniques. Elle permet une réduction de la morbimortalité, en particulier par la possibilité d'une toux efficace et

d'une kinésithérapie respiratoire précoce [1]. L'analgesie multimodale avec analgesie contrôlée par le patient (PCA) ne permet pas une analgesie efficace à l'effort. Les techniques d'analgesie locorégionale ont une place prépondérante et l'analgesie péridurale thoracique représente le « gold standard » pour la plupart des auteurs [1]. Ce standard est de règle dans les pays développés, et des travaux indiquent une mise en place en Afrique du nord. Ainsi, une étude réalisée à l'hôpital Avicenne (Maroc) rapporte un essai comparant trois techniques d'analgesie en post opératoire d'une thoracotomie : l'analgesie systémique autocontrôlée par le patient (PCA) ; la péridurale thoracique associant un morphinique à un anesthésique local ; l'analgesie péridurale contrôlée par le patient (PCEA). Les scores EVA les plus bas ont été enregistrés dans le groupe PCEA [9].

Pratiques en Afrique subsaharienne

En Afrique subsaharienne, la chirurgie thoracique reste limitée à quelques centres, essentiellement des hôpitaux universitaires. Les publications sur leurs expériences sont rares et/ou peu accessibles ; on retrouve des stratégies d'analgesie variant d'un centre à l'autre, reflétant des contraintes locales, dont voici quelques exemples.

Au CHU de Fann (Sénégal) ; une étude rapporte que l'analgesie après thoracotomie est réalisée par une association d'une analgesie péridurale thoracique à la bupivacaïne 0,125% et de paracétamol (15mg/kg/6h) chez 78% des patients ; les autres ont bénéficié d'une analgesie avec du paracétamol et de la morphine en sous cutané. La comparaison de l'efficacité analgésique des deux méthodes et l'évaluation des douleurs chroniques n'ont pas été faites [6].

Au CHU du Point G (Mali), l'analgesie intraveineuse associant paracétamol, néfopam et kétoprofène était la plus utilisée. La péridurale thoracique à la bupivacaïne 0,125% n'était réalisée que chez 17% des patients [7].

A l'Institut de cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire) : l'analgesie était assurée dans 57,5% des cas par l'association morphinique et paracétamol ;

aucun patient n'avait bénéficié d'une analgésie péridurale ni de PCA [8].

Au CHU de Tengandogo (Burkina Faso) : une étude sur la chirurgie de la persistance du canal artériel par thoracotomie postéro latérale a indiqué que les patients bénéficiaient en fin d'intervention de paracétamol en intraveineux et d'acide niflumique en intra-rectale, puis en réanimation de paracétamol (15 mg/kg/6h), d'ibuprofène (10 mg/kg/8h) et d'une perfusion continue de morphine (20 mcg/kg/h). Les auteurs soulignaient une hyperalgie chez les patients entre la sortie du bloc et le début de l'analgésie en réanimation, et recommandaient une infiltration locale de la plaie opératoire avec un anesthésique local [4].

Conclusion

La douleur postopératoire est reconnue intense et prolongée en chirurgie thoracique; elle

expose au risque d'une morbi-mortalité lourde, et évolue souvent vers la chronicité si elle est mal prise en charge.

L'analgésie péridurale thoracique est le Gold standard pour ce type de chirurgie. Cette technique reste très peu utilisée en Afrique subsaharienne, probablement en raison de la faible disponibilité en médecins anesthésistes compétents et en lits de réanimation/soins intensifs pour une surveillance postopératoire adéquate.

L'efficacité de la chaîne de soin est indispensable à la réussite des programmes de sensibilisation et de prévention. Cette efficacité passe par l'accroissement des capacités humaines et matérielles pour la prise en charge efficiente de la douleur postopératoire en chirurgie thoracique, facteur primordial pour la réduction de la morbi-mortalité en chirurgie thoracique.

Références

1. **Organisation mondiale de la santé.** Cancer <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. **Kuhlman G.** Analgésie après thoracotomie. Évaluation et traitement de la douleur 2006 : 689-698
3. **Ochroch EA, Gottschalk A, Augostides J, et al.** Long-term pain and activity during recovery from major thoracotomy using thoracic epidural analgesia. *Anesthesiology* 2002; 97: 1234-44
4. **Landreneau RJ, Mack MJ, Hazelrigg SR, et al.** Prevalence of chronic pain after pulmonary resection by thoracotomy or video-assisted thoracic surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994 ; 107 : 1079-85
5. **Belem FP, Bougouma CTHW, Sanou FFR, Ouattara SA, Ilboudo C, Sawadogo A, Ilboudo M, Kaboré RAF** Prise en charge périopératoire de la cure chirurgicale de la persistance du canal artériel : première expérience du Burkina Faso au CHU de Tengandogo. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2019; 24 (3): 25-29
6. **Sihoe AD, Manlulu AV, Lee TW, Thung KH, Yim AP.** Pre-emptive local anesthesia for needlescopic video-assisted thoracic surgery: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007 ;31 :103-8.
7. **Bah MD, Ndiaye PI, Leye P A, Traoré MM, Diatta S et coll.** Les facteurs prédictifs de complications respiratoires après chirurgie pulmonaire : étude portant sur 126 patients opérés au CHU de FANN de Dakar. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2017 ; 22 (1) : 35-40
8. **Souleymane A N.** Chirurgie thoracique : évaluation de la prise en charge anesthésiologique. Thèse de médecine, bamako : université des sciences techniques et de technologies, 2013, 81 pages
9. **Ehounoud H, Yapou YP, Itéké F, Kohou-Koné L et coll.** Evaluation des complications péri-opératoires de la chirurgie d'exérèse pulmonaire à l'institut de cardiologie d'Abidjan. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2013 ; 18 (3)
10. **Qamouss Y.** Comparaison de l'efficacité analgésique de trois techniques d'analgésie après thoracotomie. *Médecine et armées*, 2012, 40, 4, 339-343