

Evaluation de l'analgésie post-opératoire au Centre Hospitalo Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Evaluation of postoperative analgesia at the Bouaké University Hospital (Côte d'Ivoire)

Kouadio KS, Ogondon B, Nda- Koffi NC, Ablé AE, Edé KF, Kohi ANK, Kouadio AE, Adja AV, Irié Bi GS, Pete Y, Kouamé KE

Service Anesthésie-réanimation Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire),

Auteur correspondant : Kouadio Konan S, email : kouadiostephanie69@gmail.com

Résumé

Introduction : la douleur est une des multiples complications de la chirurgie. L'évaluation de sa prise en charge est essentielle à l'amélioration de la qualité des services en anesthésie. Notre étude avait pour but d'évaluer l'analgésie post opératoire dans notre hôpital. **Matériels et méthode:** étude prospective ayant inclus 100 patients opérés pour une chirurgie digestive, orthopédique, stomatologique ou urologique. La douleur a été évaluée avec l'EN ou l'EVS à H30 min, H2, H6, H12, H24, H36 et H48 post opératoire. **Résultats:** Nous avons enregistré 43 interventions de chirurgie digestive, 39 interventions d'orthopédie, 10 opérations de stomatologie et 8 opérations d'urologie. Le sex-ratio était de 2,55. L'âge moyen des patients était de 36,57 ans avec des extrêmes de 15 et 81 ans. Les facteurs prédictifs de la survenue d'une DPO étaient : la consommation d'antalgique au long cours, la douleur préopératoire intense et le sexe féminin. La rachianesthésie était la seule technique d'ALR utilisée. Le Paracétamol et le Tramadol étaient les antalgiques les plus utilisés (88%) pendant la période post opératoire. La douleur était maximale entre la 2ème et la 6ème heure. La chirurgie orthopédique était la plus douloureuse. De façon globale, 63% des patients ont estimé que leur douleur était insuffisamment soulagée. **Conclusion :** Ce travail nous a montré une insuffisance des méthodes d'analgésie utilisées. Des efforts importants restent à faire en matière de formation et de protocoles thérapeutiques.

Mots clés : douleur, douleur post opératoire, analgésie

Abstract

Introduction: Pain is one of the many complications of surgery. Evaluation of pain management is essential to improving the quality of anaesthesia services. The aim of our study was to evaluate postoperative analgesia in our hospital. **Materials and method:** Prospective study including 100 patients operated on for digestive, orthopaedic, stomatological or urological surgery. Pain was assessed using EN or EVS at H30 min, H2, H6, H12, H24, H36 and H48 postoperatively. **Results:** We recorded 43 digestive surgery operations, 39 orthopaedic operations, 10 stomatology operations and 8 urology operations. The sex ratio was 2.55. The mean age of the patients was 36.57 years, with extremes of 15 and 81 years. Factors predictive of OPD were long-term analgesic use, severe preoperative pain and female gender. Spinal anaesthesia was the only LRA technique used. Paracetamol and Tramadol were the most commonly used analgesics (88%) during the postoperative period. Pain was at its worst between the 2nd and 6th hour. Orthopaedic surgery was the most painful. Overall, 63% of patients felt that their pain was insufficiently relieved. **Conclusion:** This study has shown that the analgesia methods used are inadequate. Significant efforts still need to be made in terms of training and therapeutic protocols.

Key words: pain, postoperative pain, analgesia

Introduction

La chirurgie est responsable d'une douleur qui occasionne inconfort et participe à la morbidité périopératoire. La prise en charge inadéquate de la douleur post opératoire (DPO) peut avoir des conséquences néfastes pour les patients, telles qu'une immunosuppression, une moins bonne cicatrisation ou l'évolution vers une douleur chronique handicapante pouvant perdurer des mois voire des années [1,2]. Toutes ces complications sont des causes de retard de sortie ou de réadmission après l'intervention chirurgicale [3]. C'est pour

toutes ces raisons que la lutte contre la DPO s'impose comme une des priorités de la prise en charge de l'opéré [4]. De multiples propositions sur la prise en charge de la DPO ont été formulées sous forme de recommandations et avis d'experts en occident afin de réduire sa survenue. En effet, il a été démontré que l'existence de protocoles participe à la qualité de la prise en charge de la douleur postopératoire [5]. En Côte d'Ivoire, l'analgésie post opératoire reste encore non standardisée.

Notre étude s'intègre dans cette volonté d'élaborer un protocole d'analgésie postopératoire au sein du CHU de Bouaké afin d'améliorer la qualité de nos soins post opératoire. La mise en place d'un protocole comporte un certain nombre d'étapes incontournables dont la première est l'évaluation [5]. Notre étude a pour but principal de faire une évaluation des pratiques en matière de prévention et ou traitement de la douleur post opératoire. Les objectifs secondaires sont d'identifier les insuffisances des pratiques et de proposer des recommandations en vue d'améliorer les résultats recensés.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle et analytique effectuée au Centre Hospitalo Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire) dans les services d'anesthésie, de chirurgie digestive, d'orthopédie, de stomatologie et d'urologie. Nous avons colligé 100 patients durant la période de l'enquête. Ont été inclus tous les patients âgés de plus de 15 ans, consentant à participer à l'enquête, hospitalisés au moins 48h et pouvant s'exprimer. L'enquête s'est déroulée comme suit : avant leur admission au bloc opératoire, nous avons obtenu l'autorisation des patients. Après cette étape, nous avons déterminé selon le niveau de compréhension du patient quelle était l'échelle d'évaluation la mieux adaptée. Nous avons fait le choix de présenter les deux échelles suivantes au patient : l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS). Enfin, nous avons établi une fiche d'enquête, comportant des données épidémiocliniques, le diagnostic et les différents traitements reçus. L'évaluation de l'intensité de la douleur à proprement dite, avait lieu après l'intervention. Les patients étaient interrogés après l'intervention, en chambre d'hospitalisation, à H30 min, H2, H6, H12, H24, H36, H48 (H0 étant le moment de l'arrivée en hospitalisation). La saisie et l'analyse des résultats étaient réalisées avec le logiciel EPI INFO version 3.5.1. Les variables quantitatives ont été analysées sous forme de moyenne et de fréquence. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme de proportion. Le test de Chi 2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives et le test de fischer exact a été utilisé pour les effectifs théoriques inférieurs à 5. Une valeur de p inférieure ou égale à 0,05 a été considérée comme significative.

Résultats : Le nombre de patient recruté sur notre période d'étude de 3 mois était de 100. Nous avons enregistré 59 patients opérés en urgence et 41 patients opérés pour une chirurgie programmée. Le sex-ratio était de 2,55. L'âge moyen était de 36,57 ans avec des extrêmes de 15 et 81 ans. La majorité des patients avaient un niveau socioéconomique bas. Parmi les patients, 27% avait déjà subi une intervention chirurgicale. Par ordre décroissant de fréquence nous

avons enregistré 43 interventions de chirurgie digestive, 39 interventions d'orthopédie, 10 opérations de stomatologie et 8 opérations d'urologie. Les péritonites et les fractures de membre étaient les indications opératoires les plus retrouvées. L'appendicectomie et l'ostéosynthèse étaient les gestes les plus réalisés. La rachianesthésie était la seule technique d'anesthésie locorégionale (ALR) utilisée, 36% des patients ont bénéficié de cette technique. Avant l'intervention (en période préopératoire), nous avons identifiés certains facteurs pouvant favoriser la survenue d'une DPO. Il s'agissait de : la consommation d'antalgique au long cours, la douleur préopératoire intense et le sexe féminin. Le facteur le plus fréquent (68%) était l'existence d'une douleur pré opératoire intense. Pour apaiser ces douleurs les patients recevaient pour la plupart l'association paracétamol et tramadol. Concernant la spécialité, nous avons déduit que les patients de traumatologie et orthopédie étaient les plus douloureux pendant la période préopératoire. En per opératoire le fentanyl était le seul morphinique utilisé durant les interventions réalisées sous anesthésie générale (AG). Pour la rachianesthésie, était utilisé l'association fentanyl/ morphine/ bupivacaïne. La kétamine a été utilisée en monothérapie pour l'induction des patients qui étaient en état de choc hypovolémique. La dexaméthasone était administrée au moment de l'induction, à la dose moyenne de 4mg pour les patients sous anesthésie générale. L'analgésie post opératoire débutait en fin d'intervention. Le délai moyen d'administration des antalgiques non morphinique était de 22 minutes avant la fermeture cutanée quel que soit le type d'intervention. La totalité des patients sous AG ont bénéficié d'une analgésie en fin d'opération. Par contre, seuls les patients sous ALR qui commençaient à ressentir des douleurs en ont reçu. L'association Paracétamol + Tramadol était la plus utilisée (88%). Seulement 5% des patients avait bénéficié d'un anti inflammatoire non stéroïdien (le kétoprofène). Les patients opérés sous AG présentaient une DPO plus intense que les patients opérés sous rachianesthésie. Les Patients qui avaient subis une intervention de plus de 3 heures étaient les plus algiques. *A la période post opératoire* le protocole utilisé en hospitalisation était le même que celui utilisé en fin d'intervention ; il s'agissait généralement de l'association tramadol / paracétamol. La première administration d'antalgique avait lieu en moyenne 6h20mn après la sortie du bloc opératoire. Les antalgiques étaient administrés par voie intraveineuse en moyenne pendant 3 jours, puis un relai se faisait par voie orale. La douleur était maximale entre la 2ème et la 6ème heure (figure 1). Seul 7% des patients ont reçu de la morphine en supplément des antalgiques habituels.

La dose moyenne de morphine administrée était de 10mg par patient. Au terme des 48h d'évaluation, nous avons constaté que la chirurgie orthopédique était la plus douloureuse. Les femmes ont présenté

des DPO plus intenses que les hommes. De façon globale, 63% des patients ont estimé que leur douleur était insuffisamment prise en compte.

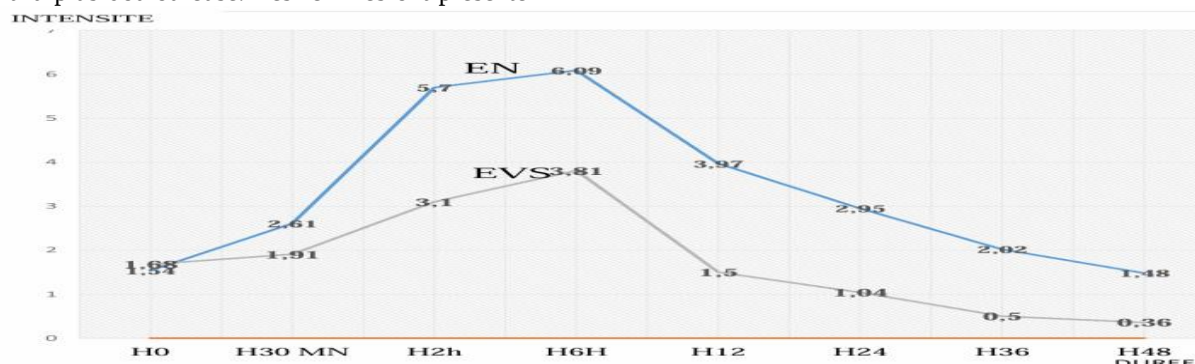


Figure 1 : Variation de l'intensité de la DPO dans le temps

Discussion : La gestion de la douleur postopératoire (DPO) fait actuellement partie des objectifs pour une réhabilitation rapide après une chirurgie [6]. Cette enquête prospective avait pour objectif d'évaluer la prise en charge de la douleur des patients opérés au CHU de Bouaké. Il se dégage de ce travail que la douleur des patients opérés au sein de notre établissement est insuffisamment soulagée. Ce travail précurseur à la mise en place d'un protocole antalgique post opératoire, suscite les points de discussions suivants : En ce qui concerne les facteurs à risque d'induire une DPO intense ou une chronicisation de la douleur, dans notre étude, 3 facteurs ont été retrouvés, il s'agissait de : la douleur préopératoire, y compris en dehors du site opératoires, la consommation d'antalgique au long cours et le sexe féminin. Contrairement à d'autres études [7–9], nous n'avons pas mis en évidence de relation entre la douleur et le jeune âge. Le rôle de l'anxiété est difficile à évaluer vu son caractère subjectif, même dans des études utilisant des instruments validés telles que le score APAIS[10]. Le lien entre le jeune âge et la douleur pourrait s'expliquer par le fait que les plus jeunes patients avaient peut-être plus de crainte à exprimer leur douleur ou qu'ils avaient subi des chirurgies moins douloureuses. Il faut souligner que si les facteurs prédictifs ont été rapportés dans de nombreuses études, leur caractère « universel » est loin d'être clairs. En effet, les échantillons ne sont pas comparables en termes de type de chirurgie, de tranche d'âge, ou de traitement utilisé. Pour ce qui est de l'impact du site opératoire sur la survenue de DPO, nous avons constaté que la chirurgie des membres était la plus pourvoyeuse de douleur. Cela s'expliquerait peut-être par l'existence de plusieurs sites opératoires (patients poly fracturés). Les résultats sont similaires à ceux de la littérature qui

étiquettent les chirurgies gynéco obstétriques, orthopédiques et viscérales (surtout sus méso coliques), comme les grandes pourvoyeuses de DPO [4]. Outre le site opératoire, le type de chirurgie a aussi une influence sur l'intensité et la durée de la DPO ; c'est la raison pour laquelle la transposition de protocoles analgésiques d'une chirurgie à l'autre peut conduire à un échec. Selon nos travaux, les actes les plus douloureux étaient les ostéosynthèses. Il est probable que le contexte psychologique lors d'un traumatisme participe à l'intensité de la douleur. Pour ce qui est de l'incidence de la technique anesthésique sur la douleur, nous avons relevé que les patients opérés sous rachianesthésie étaient moins douloureux pendant les premières heures post opératoire. D'autres auteurs ont aussi démontré que pour une chirurgie donnée, l'anesthésie locorégionale (ALR) procure une meilleure analgésie que l'anesthésie générale (AG) [11]. En effet l'ALR possède de nombreux avantages dont l'épargne morphinique et une réhabilitation post opératoire précoce. Malgré ce bénéfice, un rebond douloureux peut être observé. Il a été décrit dans l'étude AlgoSFAR qui a auditionné plus de 3000 patients. Il a été préconiser une anticipation de la résorption du bloc nerveux par l'administration précoce des antalgiques post opératoire [12]. Dans notre étude la période de survenue des pics douloureux pourrait correspondre à ce rebond douloureux. Au sujet de l'évaluation de la douleur en elle-même, La DPO était restée présente tout au long de notre observation avec des pics douloureux entre la 2ème et la 6ème heure. Dans une étude menée par Herbert en Tanzani, 85,5% des patients avaient fait l'expérience de douleur de degré variable durant les 24 premières heures post opératoires [13]. Environ un tiers de nos patients (38%) ont présenté une DPO intense à la 6ème heure.

Les raisons évoquées pour justifier ce constat étaient le non-respect des heures et doses d'administration des antalgiques, l'absence de réajustement des traitements. Pour les patients financièrement limités, la problématique résidait aussi dans leur incapacité à s'acquitter de l'achat de leurs médicaments vu qu'ils ne possédaient pas d'assurance maladie. Au niveau du choix des antalgiques. La règle, en cas de douleur modérée à sévère, était d'associer les antalgiques à sites d'action différents de manière à réduire les doses de chacun des antalgiques administrés. C'est le principe de l'analgésie multimodale (AMM) ou balancée. Initialement instaurée afin de réduire les effets indésirables des morphiniques (nausée, vomissement, sédation, détresse respiratoire) et assurer une bonne analgésie l'AMM est aujourd'hui une analgésie au service de la mobilité et de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et l'ambulatoire [13]. Dans notre étude un très faible pourcentage de patient a reçu de la morphine, cela en raison des craintes émises par le personnel médical devant le risque de détresse respiratoire. Pour limiter ces effets, il est recommandé de réaliser une titration i.v. en morphine à partir d'une valeur seuil d'intensité douloureuse. Des bolus de 2 ou 3 mg toutes les cinq minutes sont recommandés [14]. Toutefois, ces pratiques nécessitent suffisamment de personnel dédié à la surveillance, cet obstacle pourrait peut-être surmonté par l'administration autocontrôlée par le patient lui-même. La crainte de son utilisation est aussi retrouvée dans d'autres enquêtes réalisées sur le traitement de la douleur [15]. Nous avons aussi noté que le protocole antalgique était le même pour quasiment tous les patients, quelle que soit la spécialité. Le paracétamol est notre antalgique de base, c'est l'antalgique non morphinique le plus utilisé en raison de son efficacité

Références

1. **Ouédraogo N.** Analgésie post opératoire en chirurgie thoracique en Afrique au sud du Sahara en 2021. *Cardiovasc Surg.* 1994;107:1079-85.
2. **Misiolek H, Cettler M, Woron J, Wordliczek J, Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E.** The 2014 guidelines for post-operative pain management. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2014;46(4):221-44.
3. **Peene L, Le Cacheux P, Sauter AR, Joshi GP, Beloeil H,** prospect working Group Collaborators, et al. Pain management after laminectomy: a systematic review and procedure-specific post-operative pain management (prospect) recommendations. *Eur Spine J.* oct 2021;30(10):2925-35.
4. **Atangana R, Bahebeck J, Ngowe MN, Eyenga VC, Hentchoya R, Manyacka P, et al.** Prise en charge de la douleur post-opératoire immédiate en salle de soins post interventionnels. *Clin Mother Child Health.* 2006;3(1):473-6.
5. **Beloeil H.** Comment je mets en place un protocole d'analgésie postopératoire ? *Prat En Anesth Réanimation.* avr 2018;22(2):110-2.
6. **Tohaina DV, Razafindrabekoto LDE, Randrianirina HH, Rasamimanana NG, Riel AM, Rakotoarison RCN, et al.** Ketamine pour la gestion de la douleur post hystérectomie au CHU Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga, Madagascar. *Rev Anesth- Réanim Med Urg Toxicol.* 2023;15(1):10-3.

7. **Marret E, Vigneau A, Raffray Y, Bonnet F.** De la douleur postopératoire à la douleur chronique. *Douleurs Eval-Diagn-Trait.* 2007;8(4):211-6.
8. **Martinez V, Baudic S, Fletcher D.** Douleurs chroniques postchirurgicales. In: *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* [Internet]. Elsevier; 2013 [cité 1 juill 2024]. p. 422-35. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765813001603>
9. **Estebe JP.** Incidence et facteurs de risque de la douleur chronique postchirurgicale. In: *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* [Internet]. Elsevier Masson; 2009 [cité 1 juill 2024]. p. e71-4. Disponible sur: <https://www.researchgate.net/profile/Jp-Estebe/publication/239982383>
10. **Poisson-Salomon AS, De Chambine S, Lory C.** Facteurs explicatifs de la douleur post-opératoire: caractéristiques des patients et pratiques professionnelles. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 2005;53:47-56.
11. **Macrae WA.** Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth.* 2008;101(1):77-86.
12. **Rouxel P, Tran L, Sitbon P, Martinez V, Beloeil H.** Prise en charge de la douleur postopératoire : l'étude AlgoSFAR, un audit national de 3315 patients. *Anesth Réanimation.* nov 2021;7(6):376-86.
13. **Aubrun F, Dziadzko M.** Aspects actuels de la prise en charge de la douleur postopératoire. *E-Mém Académie Natl Chir.* 2017;16(1):040-3.
14. **Sfar C** douleur-anesthésie locorégionale et le comité des référentiels de la. *Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant.* In: *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation.* Elsevier Masson; 2008. p. 1035-41.
15. **Brouh Y, Tétchi Y, Pete Yaïch OA, Abhé Chiaké CK.** Enquête multicentrique sur la pratique de l'analgésie post opératoire dans les hôpitaux d'Abidjan (République de Côte d'Ivoire). *RAMUR.* 2012;2:5.
16. **Riel AM, Rakotoarison RCN, Rakotoarivony ST, Rakotomavo FA, Randriamiarana JM, Sztark F.** Analgésie post-opératoire en orthopédie. *Rev Anesth Réa Med Urg.* 2011;3(2):11-3.
17. **Aubrun F, Nouette Gaulain K, Fletcher D, Belbachir A, Beloeil H, Carles M, et al.** Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. *Anesth Réanimation.* déc 2016;2(6):421-30.
18. **Traoré D, Coulibaly B, Togola B, Traoré LN, Diallo S, Ba B, et al.** Douleurs postopératoires: évaluation de sa prise en charge au CHU du Point G. *Mali Méd.* 2013;28(2):5-9.