



Journée monothématique de la SFAR

Organisée par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Physiopathologie et traitement de la douleur postopératoire

Mercredi 26 mai 2010

Hôpital Georges Pompidou, Paris XV



Mme L. 58 ans

- Adressée en consultation d'anesthésie dans la cadre d'une colectomie droite par laparotomie pour un adénocarcinome découvert par dépistage systématique.
- **ATCDs**
 - Hystérectomie par laparotomie il y a 20 ans
 - Fracture du poignet il y a 10 ans avec algodystrophie dans les suites
 - Bronchite chronique post-tabagique sans obstruction
 - Obésité (90 kgs, 164 cm, IMC 33 kg/m²)
 - Dit ronfler la nuit
 - Dépression traitée par Prozac depuis 1 an

A peine entrée dans le box de consultation, Mme L vous dit être très inquiète pour les suites de l'opération et surtout pour la douleur.

Elle se souvient d'avoir beaucoup souffert après son hystérectomie il y a 20 ans, et garde un très mauvais souvenir de la prise en charge de la douleur à cette époque.



**Etat des lieux de la prise en charge
de la Douleur Post-Opératoire en France
Pr Dominique Fletcher (Garches)**

Mme L est plutôt rassurée par les informations que vous lui avez données sur l'évolution de la prise en charge de la DPO en France.

Mais...elle se souvient aussi que sa belle sœur qui avait eu une hystérectomie 1 an avant elle, par le même chirurgien et dans le même hôpital, n'avait quasiment pas souffert après l'opération.

Elle vous demande si on peut savoir à l'avance si un patient va plus souffrir qu'un autre après la même intervention ?



Douleur Post-Opératoire :
Facteurs de risque liés au patient
Pharmacogénétique

Dr Frédéric Aubrun (Lyon)

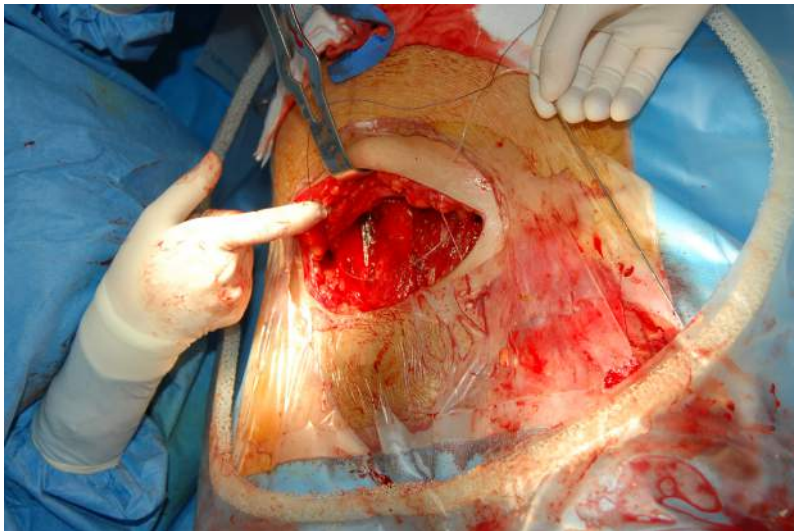
A la fin de la consultation, vous informez Mme L sur la prise en charge de la DPO après colectomie.

Vous lui expliquez les avantages et les inconvénients des stratégies possibles dans son cas.

Analgesie multimodale :
idées reçues et réalité
Dr Emmanuel Marret (Paris)

Infiltrations continues et blocs de paroi

Pr Marc Beaussier (Paris)



Mme L a comme prévu une colectomie par laparotomie 10 jours après la consultation d'anesthésie.

Elle a bénéficié d'une anesthésie générale :

Induction: Propofol, Rémifentanil, Atracurium

Entretien: Desflurane, Rémifentanil, Atracurium

Après l'induction, elle a reçu un bolus de kétamine (20 mg), suivie d'une perfusion continue de 20 mg/h.

De la nociception à l'hyperalgésie et de
l'hyperalgésie à la chronicisation

Pr Marcel Chauvin (Boulogne)

En fin d'intervention, le chirurgien met en place un cathéter d'infiltration continue d'anesthésiques locaux.

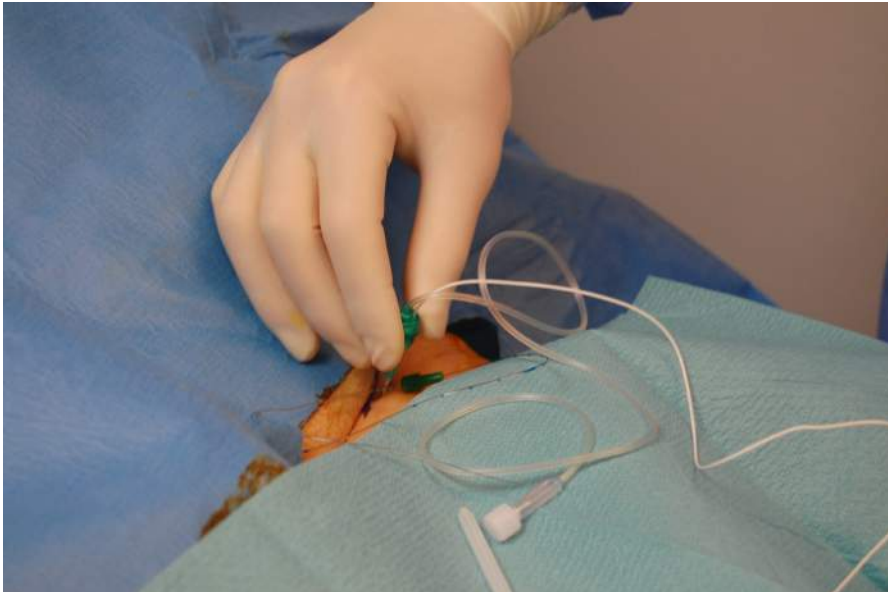
Mais... il garde une certaine réserve vis-à-vis de cette technique: « Pourquoi prendre le risque de la toxicité des anesthésiques locaux si c'est juste pour de l'analgésie, alors qu'il y a d'autres alternatives ?... »

**Effets latéraux des anesthésiques locaux :
anti-inflammatoire, anti hyperalgésique,
myotoxicité ...**

Dr Hélène Beloeil (Kremlin Bicêtre)

**Effets non analgésiques
des techniques d'ALR :
anti-mitotique, prévention de la chronicisation,
impact sur le transit, coagulation ...**

Pr Jacques Ripart (Nîmes)



En postopératoire, Mme L est prise en charge en unité de surveillance continue. Elle bénéficie d'une titration morphinique de 10 mg pour des douleurs estimées à 8/10 d'EVA initiale. Elle est soulagée et somnolente, mais sans signe de détresse respiratoire à l'exception d'une légère désaturation à 94% de SpO₂.

Compte tenu de son poids, de cet épisode, et de ses antécédents, l'anesthésiste-réanimateur décide de lui prescrire de la VNI, tout en sachant que cette technique peut exacerber ses douleurs post chirurgicales.

**Chirurgie digestive majeure
et réhabilitation postopératoire :
quelles spécificités pour la douleur viscérale ?
Dr Pascal Alfonsi (Boulogne)**

Dans les mois qui ont suivi l'intervention, Mme L a eu des douleurs péricatricielles intenses, invalidantes et insomniantes.

Deux ans après, ses douleurs sont contrôlées par Lyrica 150 mg x 2, Topalgic LP 100 x 2/j, et Actiskenan 10 mg en traitement de secours (environ 40 mg/j).

Le suivi oncologique met en évidence une métastase hépatique qui nécessite une exérèse par laparotomie sous costale.

Analgesie chez le patient traité chroniquement par des opiacés

Dr Eric Viel (Nîmes)

Conclusions de la JMT 2010

Organisation et démarche qualité pour
la prise en charge de la douleur post-opératoire
Pr Hawa Keita-Meyer (Colombes)