

# Analgésie per et post opératoire

Dr Anne Laure van Robais d'Arcy  
CHU Croix Rousse, Lyon  
Saradol 26 janvier 2024

# Management douleur périopératoire

**Préopératoire**

**PER  
OPERATOIRE**

**Post  
opératoire**

**SSPI**

**Précoce**

**J1-30**



perioperative pain management



Search

[Advanced](#) [Create alert](#) [Create RSS](#)

[User Guide](#)

Save

Email

Send to

Sort by:

Best match



Display options

MY NCBI FILTERS

11,492 results

RESULTS BY YEAR



**Perioperative**

1 Azar FM.

Cite [Orthop Clin North Am](#)  
PMID: 37718089

Share

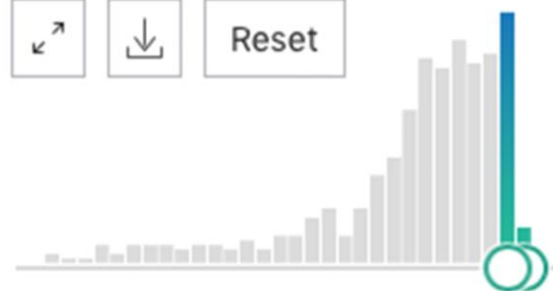
**Management**

2 de Ladoucette A

MY NCBI FILTERS

55 results

RESULTS BY YEAR



2023-2024



**Th**

1 fo

Cite Ro

Share Gr

Ro

# Contexte socio-économique

- Augmentation de la chirurgie Ambulatoire
- Augmentation des indications Ambulatoire avec chirurgies lourdes
- Développement de services HAD ou sociétés de services de soins à domicile 24/24
- Enjeux de réhabilitation précoce

# Objectifs de prise en charge optimale

## LIMITER

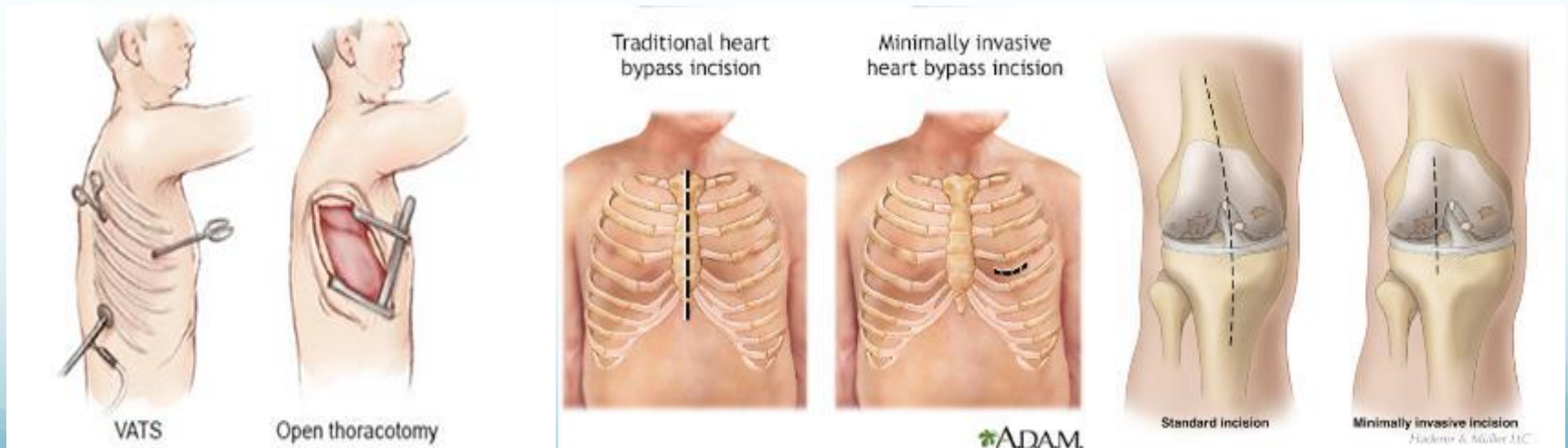
- Douleur aiguë SSPI/J1
- Sensibilisation périphérique/centrale
- Hyperalgésie
- Traumatisme lié à la chirurgie/réveil douloureux

## FAVORISER

- Prise en compte du contexte Bio Psycho social
- Favoriser réhabilitation précoce/récupération
- Dépistage précoce douleur neuropathique

# Prise en charge classique

- Limitation du stimulus nociceptif:
- Réflexion chirurgicale :
  - Evolution techniques chirurgicales/Mini invasive surgery/Coelioscopie.

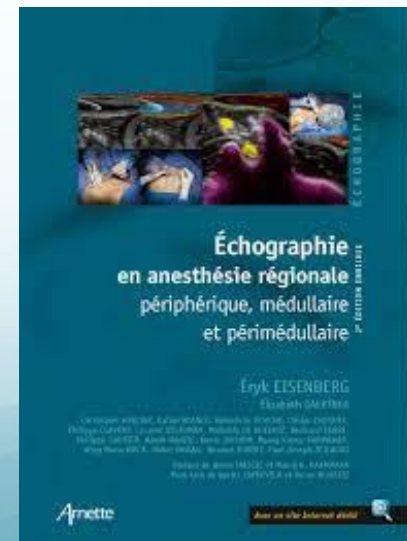
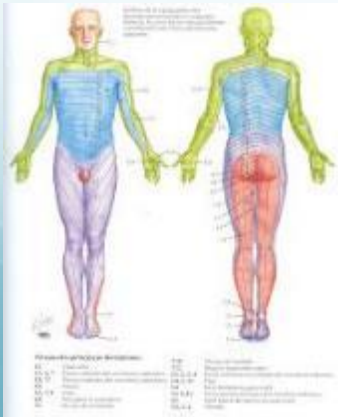


# Prise en charge classique

- Limitation du stimulus nociceptif
  - *Technique chirurgicale*
  - **ALR** longue durée d'action si possible

# Limitation nociception

- ALR Plusieurs modalités selon le site:
  - Locale
  - Cicatrice:
    - infiltration chirurgicale ou KT cicatriciel
  - Périnerveux (Membres) ou Bloc fascial (BIF, PEC)
  - Péridurale/Intrathécale (Morphine)





# Prise en charge classique

- *Limitation du stimulus nociceptif*
  - *Evolution techniques chirurgicales/Mini invasive surgery*
  - *ALR longue durée d'action si possible (adjuvants)*
- Lutte contre l'hyperalgésie/ sensibilisation périphérique/centrale
  - Kétamine
  - Clonidine IVSE
  - MgSo4 IVSE
  - Lidocaïne IVSE

# Prise en charge classique

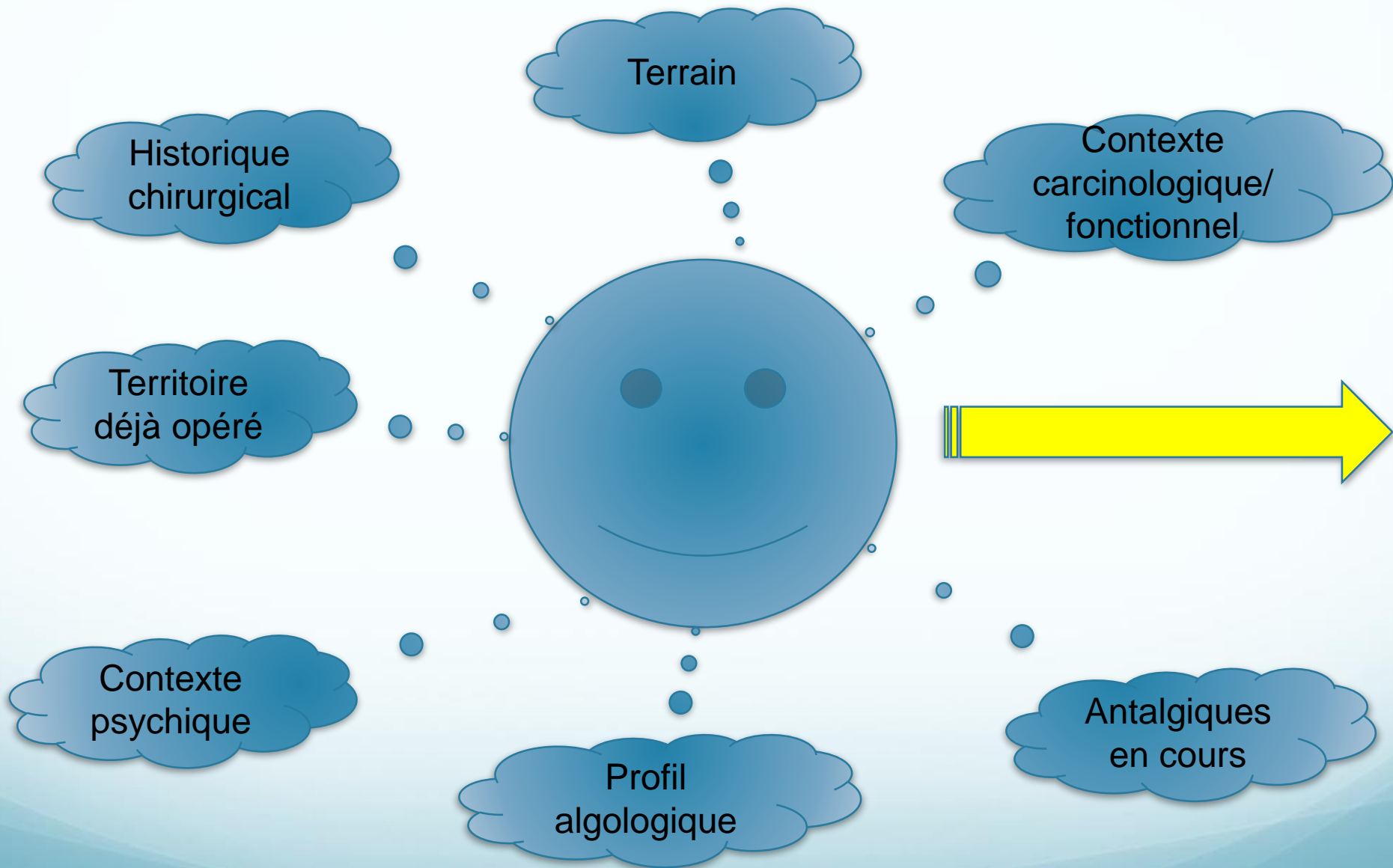
- *Limitation du stimulus nociceptif*
  - *Evolution techniques chirurgicales/Mini invasive surgery*
  - *ALR longue durée d'action si possible (adjuvants)*
- Lutte contre l'hyperalgésie/ sensibilisation périphérique/centrale
  - Kétamine/Clonidine IVSE
  - MgSo4 IVSE/Lidocaïne IVSE
- **Développement de l'OFA: anesthésie sans opioïdes**
  - Blocage de l'activation sympathique liée au traumatisme chirurgical: sympatholytiques Dexmedetomidine

# Impact OFA

- Dexmétomidine sédatif puissant sympatholytique
- Aucune utilisation morphinique « **opioid free** »
  - Optimisation analgésie multimodale
  - Paracétamol Acupan, AINS
  - Titration morphinique en cas d'échec, ou Tramadol.
- **Impact cognitif:**
  - meilleure connaissance des co adjuvants de la nociception
  - Meilleurs utilisation per opératoire

# Phrases entendues en consultation préopératoire

- J'ai déjà été opéré 3 fois de ce genou, ca me fait très mal au réveil à chaque fois
- J'ai peur
- J'ai confiance en vous
- Je ne peux plus faire mes courses à cause de mon pie, la morphine ne me soulage plus
- Je gère seule ma maison, et ma mère qui est dépendante



Terrain

Historique  
chirurgical

Contexte  
carcinologique/  
fonctionnel

Territoire  
déjà opéré

Contexte  
psychique

Profil  
algologique

Antalgiques  
en cours

# Screening patient à risque



Intensité douleur facteurs de risques retrouvés

- Douleur préopératoire
- Prise d'opioïdes préopératoires
- Sexe féminin
- Age jeune

Pas d'investigation de

- Déconditionnement lié à la douleur
- Retentissement sur la réhabilitation

# Screening patient à risque

- Par qui?
  - Chirurgien
  - Anesthésiste
  - Psychologue si suivi
  - ...
- Intérêt?
  - Prise en charge personnalisée

# Profil patient

- Opioides en cours
  - Risque sensibilisation morphinique
  - Risques sous estimation besoins, sous dosages et sevrage brutal
  - Risque mésusage
  - Cas addictions -> intérêt du lien avec CSAPA/ELSA
- Patient déjà douloureux chronique
  - Sensibilisation centrale à prendre en compte
  - Risque douleur post opératoire accrue



**Il était une fois....**

- Mme D Pauline
- Vue en CPA pour Dermolipectomie Abdominale

**De :** Dr M

**Envoyé :** jeudi 23 février 2023 17:37:29

**À :** GHN\_ORL\_ANESTHESIE

**Cc :** Chirurgien **Objet :** ALR pour cure de diastasis et hernie ombilicale

Bonjour à tous,

J'ai vu en CPA Mme D Pauline, prévue le 22/03 pour une cure de diastasis et hernie ombilicale par le Dr Chirurgien que je mets en copie de ce mail.

Elle a eu 3 césariennes et a été traumatisée par les douleurs après la dernière.

Elle appréhende beaucoup les douleurs post opératoires et est demandeuse d'une ALR efficace.

Une anesthésie péridurale me semble adaptée. Qu'en pensez-vous?

Les douleurs post opératoires sont-elles importantes?

C'est Coralie qui sera en charge de la patiente le 22/03.

Bien à vous,

# Réponse anesth/algologue

**De :** Dr Algologue et anesthésiste

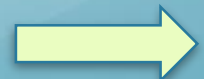
**Envoyé :** jeudi 23 février 2023 18:42:20

**À :** Anesthésiste et Dr Chirurgien

**Objet :** RE: ALR pour cure de diastasis et hernie ombilicale

Hello, Ces patients sont à risque de douleur chronique et on peut aussi les voir en Cs douleur chronique anticipée.

- La cure de diastasis en elle **même n est pas très douloureuse** mais c est la tension musculocutanée et le décollement jusqu'au dernières côtes qui peut être douloureux. Il **faudrait demander au chirurgien** ce qu il va faire exactement.
- **L ALR** à bloc carré des lombes ou TAP bloc ou péridurale



Pr ailleurs il faut aussi traiter de psycho trauma de la douleur. Hypnose préopératoire pourquoi pas.

En tous cas un algologue peut la voir pour évaluer preop côté douleur, hypnose et auriculo et prise en charge IDE spécialisée éventuelle.

Et il serait judicieux de prévoir un rdv à m2 post op avec un algologue

# Réponse chirurgien

**De :** Chirurgien **Envoyé :** vendredi 24 février 2023 09:12:27

**À :** Anesthésistes et algologue

**Objet :** RE: ALR pour cure de diastasis et hernie ombilicale

Bonjour,

- en général la chirurgie est douloureuse mais bien contrôlée en post op avec les antalgiques.

- En plus on fait souvent des infiltrations à la Ropivacaine en fin d'intervention. Cela peut être associé à des TAP bloc.

- JE pense qu'une épidurale n'est pas très indiquée dans ce cas là. Cela additionne les risques de la péridurale sans qu'elle soit vraiment utile.

- JE ferai plutôt Ropivacaine à la fin et puis les antalgiques en post op des 2 ou 3 piliers.

C'est mon opinion. Bien à vous

Dr Chirurgien  
Praticien Hospitalier

# Consultation évaluation algologique préopératoire

- Césarienne en urgence, mal vécue. travail avec un psychologue sur le sujet. Elle va reprendre contact.
- Symbolique de la meme incision que la césarienne. On réouvre un sujet douloureux. Rappel d'une fausse couche.
- Douleur post opératoire J0-J4
- Survenue allodynie cicatricielle pendant 6 mois au décours de la 1ere césarienne, pas après les autres.

# Consultation évaluation algologique préopératoire

- On propose
  - Hypnose préopératoire 1 séance et le jour J
  - Application respirelax/petit bambou au choix
  - Cure Magnésium/euphytose à sa demande.
  - On se revoit si douleur mal contrôlée à J30.



# Au bloc opératoire

- Patiente détendue
- Autohypnose dont elle s'est saisie, et accompagnement hypnotique jusqu'à l'endormissement.
- Anesthésie sans opioïdes, après TAP bloc (bloc de la paroi abdominale avec association produits longue durée d'action
- Infiltration chirurgicale (! Posologie max/kg d'anesthésiques locaux)
- Analgésie multimodale + PCA de secours

# En SSPI

- EN 0 pas d'administration d'antalgiques

# J0 le soir

- Déambule dans sa chambre doucement.
- Apaisée, non douloureuse
- Très contente de la prise en charge

# Retour à domicile

- Evolution normale
- Prise systématique d'antalgiques pendant 48 heures puis selon la douleur
- Pas de complication

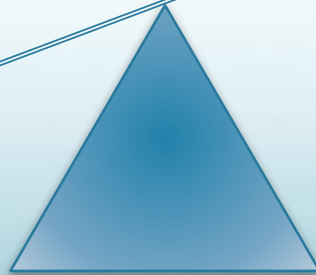
# Risques pour cette patiente

- Terrain de la patiente: se dit très stressée, ruminant facilement. Composante affectivo émotionnelle
- ATCD chirurgical avec psychotraumatisme
  - Lié à l'acte urgent
  - Lié à la douleur mal contrôlée mais courte
- Nature de l'acte prévu
  - Incision redux sur un site porteur d'une histoire douloureuse donc sensibilisé (médullaire/central)

# Repousser la chirurgie?

- Anxiété +++
- Pas de contact actuel avec le psychologue
- Chirurgie pas urgente

- Bonne compréhension de la patiente
- Projet contact psy
- Parcours de soin faisable
- Pas de limitation thérapeutique liée au terrain
- Cohésion de l'équipe



# SO WHAT ???



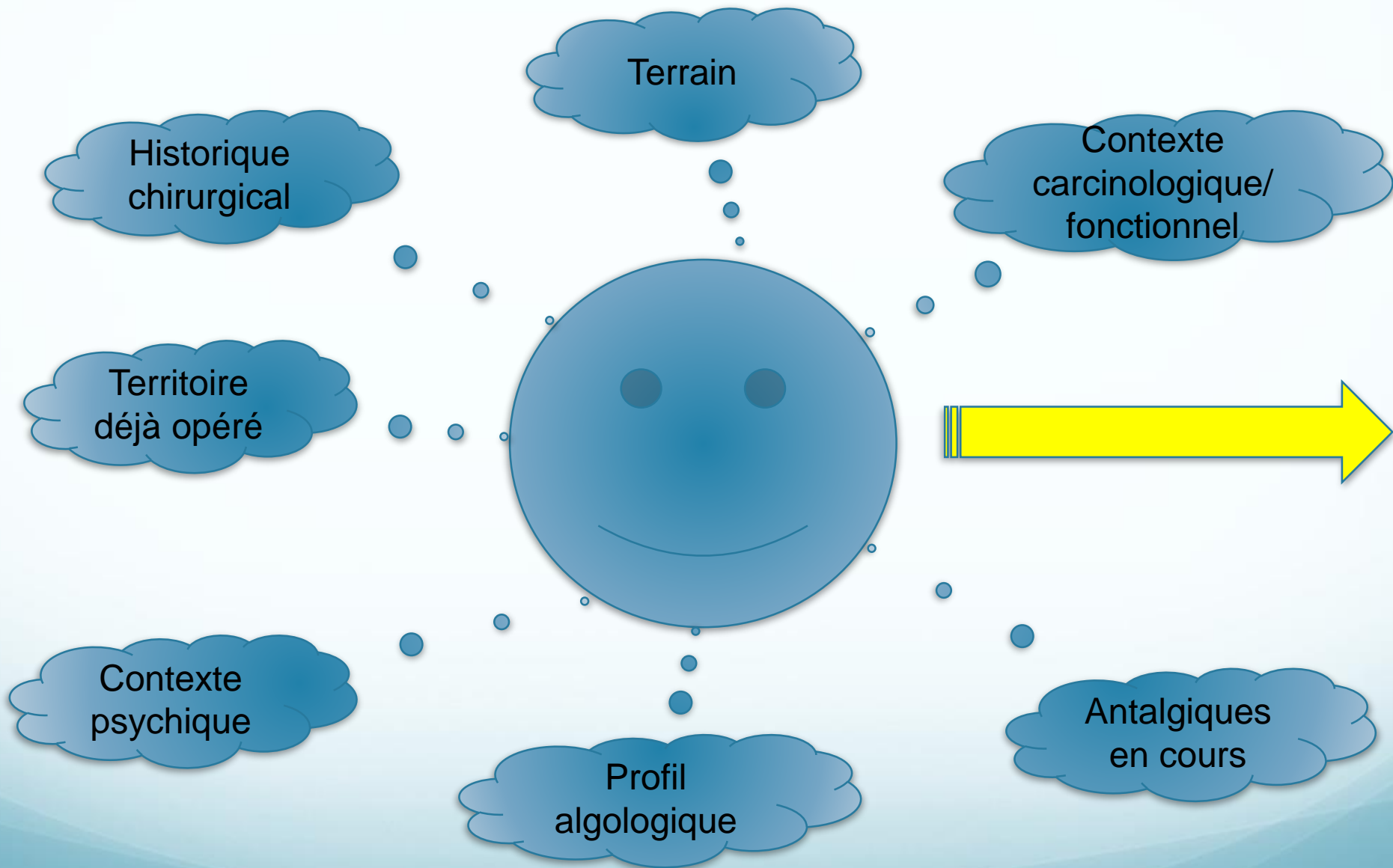
- Dépistage lors de la consultation d'anesthésie
- Consultation algologique de débrouillage
  - Information du risque de douleur post op
  - Démystification, réification
  - Cadrage de la problématique, information de la patiente
- Mise en place protocole per opératoire
  - Utilisation ALR
  - OFA, analgésie multimodale
  - **Communication** avec le chirurgien et IDE du service.
  - Patiente identifiée à Risque.





# Une autre histoire

- Consultation pré Prothèse de Genou
- Mme R 75 ans, attend depuis 1 an sa chirurgie
- Très douloureuse sous paracétamol, morphine LI 2-3 fois par jour à la demande, efficace.
- Périmètre de marche 500 m sans autre cause que la douleur
- Pas d'ATCD traumatique autre sur le genou
- Pas d'histoire de vie traumatique notable



Terrain

Historique  
chirurgical

Contexte  
carcinologique/  
fonctionnel

Territoire  
déjà opéré

Contexte  
psychique

Profil  
algologique

Antalgiques  
en cours

# Que faites vous?

- Information sur la morphine?
- Modifications posologies? Multimodalité?
- Projet parcours de soin?
- Evaluation cognitive?

# Parcours classique

- Trajectoire de soin avec séjour SSR ou retour à domicile avec rééducation kiné quotidienne, organisation préalable de toute la logistique.
- J0: Anesthésie selon les techniques locales
  - ALR cathéter pour administration continue
  - Ou infiltration intraarticulaire
  - Ou infiltration cicatrice
  - AG ou Rachianesthésie
  - +/- Kétamine IV; catapressan dans la Rachianesthésie
- Réhabilitation précoce donc sevrage rapide
  - KT anesthésie locorégionale
  - PCA et limitation prescription
- Consultation Chirurgien à J30 ou 45

# Parcours idéal

- Mme R 75 ans, attend depuis 1 an sa chirurgie
- Très douloureuse sous paracétamol, morphine LI 2-3 fois par jour à la demande, efficace.
- Périmètre de marche 500 m sans autre cause que la douleur
- Pas d'ATCD traumatique autre sur le genou
- Pas d'histoire de vie traumatique notable

- Evaluation cognitive
- Evaluation sociale
- Optimisation pharmacologique
- Dépistage précoce douleur neuropathique DN4
- Conseils usuels sur utilisation paliers 2 et Néfopam à 75 ans.

# En conclusion

- Optimisation multidisciplinaire
- Dépistage sujet à risque
  - Opioïdes au long cours
  - ATCD douleur chronique
  - Geste lourd
- Filière spécifique en lien avec équipes douleur
- Périopératoire: analgésie multimodale
- RDV à J30 ou avant

# Merci de votre attention

Merci de vote attention