

Douleur aigüe postopératoire et transplantation rénale

Dr. B. GEORGE, Service d'Anesthésie - Réanimation Chirurgicale - Hôpital Saint-Louis, PARIS 10^e

Appréhender la douleur d'un patient et son traitement présente de nombreuses difficultés pour de multiples raisons :

- De nombreux facteurs personnels, familiaux, sociaux, culturels, psychologiques, influencent la perception et l'expression de la douleur.
- Il n'existe pas de relation simple entre la lésion tissulaire et l'intensité de la douleur ressentie.
- Le sens donné à cette douleur interfère de façon majeure avec l'expression de la douleur.
- Il existe une grande variabilité inter-individuelle dans les besoins en morphiniques.
- La douleur, expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, est un phénomène complexe, multidimensionnel qui fait appel à plusieurs composantes ; sensitivodiscriminative (description, localisation, intensité de la douleur), affectivo-émotionnelle (anxiété, dépression), cognitive (expériences antérieures) et comportementale.

Chaque patient doit donc être évalué personnellement et réévalué plusieurs fois par jour. Cette évaluation doit être la moins subjective possible et repose donc essentiellement sur l'autoévaluation.

L'évaluation par le médecin ou l'infirmier (hétéroévaluation) sous-estime toujours la douleur que le patient ressent ou exprime (subjectivité, interprétation...).

LES OUTILS D'ÉVALUATION

L'autoévaluation (c'est le patient qui évalue sa douleur) repose sur l'utilisation des échelles visuelle analogique (EVA), numérique (EN), ou verbale simple (EVS).

- **L'EVA** se présente sous la forme d'une réglette à deux faces : une face "patient" composée d'une ligne horizontale de 10 cm ou 100 mm avec à chaque extrémité un discriminant, "pas de douleur" et "douleur la pire imaginable". On demande au patient de déplacer le curseur sur la réglette et de la positionner selon l'intensité de la douleur qu'il ressent. Cette position est lue par l'infirmière sur l'autre face graduée de 0 à 100.
- **L'EN.** Il n'y a pas de support matériel. On demande au patient de coter sa douleur de 0 à 100 oralement, en sachant que zéro correspond à "absence de douleur" et 100 à "la pire douleur imaginable".
- **L'EVS**, plus simple, possède quatre items : 0 = douleur absente, 1 = douleur légère, 2 = douleur modérée, 3 = douleur forte ou intense. Le patient choisit son item.

Ces trois mesures sont simples à réaliser, peuvent être répétées au cours de la journée, doivent être notées par écrit au même titre que la température, le pouls ou la tension sur la feuille de surveillance du patient. Il est nécessaire de choisir avec le patient l'outil que l'on utilisera (en général, lors de la consultation d'anesthésie), d'informer et d'expliquer au patient les tenants et les aboutissants.

En douleur aiguë postopératoire, ces trois échelles suffisent à mesurer l'intensité de la douleur du patient. Quelquefois, lorsque l'évaluation est plus difficile, on utilise une échelle qualitative et quantitative (QDSA : Questionnaire Douleur Saint-Antoine) qui permet de préciser plus spécifiquement la participation sensoridiscriminative ou affectivo-émotionnelle à cette douleur. Elle permet également de distinguer les douleurs par excès de nociception (qui répondent à la morphine), des douleurs neurogènes (qui répondent aux antidépresseurs tricycliques et aux anticonvulsivants). On peut donc ainsi mieux cerner la douleur et son type afin d'utiliser les traitements spécifiques et adaptés.

On doit également savoir surveiller les effets indésirables entraînés par la thérapeutique antalgique et notamment la morphine. Deux de ces effets sont particulièrement recherchés chez les patients "naïfs" de morphine : la somnolence et la dépression respiratoire. La somnolence, qui précède toujours la dépression respiratoire, est évaluée par l'EDS (Echelle De Somnolence : S0 = patient éveillé ; S1 = patient somnolent par intermittence, facilement éveillable ; S2 = patient somnolent la plupart du temps, éveillable par stimulation verbale ; S3 = patient somnolent la plupart du temps, éveillable par stimulation tactile). La qualité de la respiration est mesurée sur l'EDR (Echelle De Respiration : R0 = respiration régulière, sans problème et FR > 10/min ; R1 = ronflements et FR > 10/min ; R2 = respiration irrégulière, obstruction ou FR < 10/min ; R3 = pauses, apnée). Cette évaluation des effets secondaires doit se faire toutes les 4 h et tous les 1/4 d'heure pendant 1 h suivant l'initialisation du traitement ou lors de toute modification des posologies de morphiniques. On note par écrit les résultats. Toute l'équipe participe à l'évaluation de la douleur : le médecin, l'infirmière, l'aide-soignante, la kinésithérapeute... Elle doit être réalisée au repos et lors de

l'activité du patient.

DOULEUR AIGÛE POSTOPÉRATOIRE ET TRANSPLANTATION RÉNALE (TR)

1. Le terrain

- Il s'agit souvent de patients à risques cardiovasculaires et coronariens pour lesquels il est impératif de soulager la douleur qui pourrait être délétère sur la fonction cardiaque.
- Il s'agit aussi de patients insuffisants rénaux dont la fonction rénale n'est pas restaurée ou qui va se restaurer dans les jours suivants la transplantation rénale. Certaines thérapeutiques sont interdites (AINS), non recommandées (morphine) en raison du risque d'accumulation de métabolites actifs de la morphine (M6G) normalement éliminés par le rein qui peuvent entraîner ou majorer l'apparition et l'intensité d'effets indésirables (somnolence et dépression respiratoire). D'autres classes médicamenteuses nécessitent l'adaptation des posologies (paracétamol).
- D'importants facteurs psychologiques peuvent interférer. En effet, la réussite de leur TR va transformer leur vie. L'échec de la greffe ou l'anxiété de la réussite peut majorer l'expression de la douleur post-opératoire.

2. La douleur

Il est impératif de faire préciser les caractéristiques de la douleur de chaque patient : la localisation, le type, l'intensité, le mode évolutif. On distingue :

- *les douleurs du site opératoire.* C'est une douleur aiguë, transitoire, d'intensité modérée en général, disparaissant en quelques jours. Elle est secondaire à l'activation des systèmes de transmission des messages douloureux. C'est une douleur par excès de nociception mise en jeu par des processus lésionnels (incision chirurgicale

dans la peau et des tissus sous-jacents de la fosse iliaque), inflammatoires et ischémiques (perturbations métaboliques locorégionales), ou par des étirements musculo-ligamentaires (écarteurs).

L'acte opératoire comprend un temps de dissection afin d'exposer les axes vasculaires iliaques, un temps d'anastomose vasculaire du greffon rénal sur les vaisseaux iliaques et un temps d'anastomose urétérovésicale.

- *Les douleurs à distance du site chirurgical :*
 - Signes de complications médicales (ex : IDM)
 - Douleur neurogène par compression nerveuse (hématome, écarteur) touchant le site chirurgical et/ou le territoire nerveux correspondant à la lésion nerveuse.
 - Douleur vésicale de poussée sur sonde à type de spasmes violents intermittents
 - Douleur liée à la reprise du transit à type de spasmes digestifs, plus diffuse et répondant mal à la morphine.
 - Les douleurs iatrogènes liées aux perfusions, aux ponctions, aux biopsies... que l'on peut prévenir.
 - Réactivation de douleurs préexistantes (ex : lombalgies) ou persistance de douleurs liées au terrain (ex : douleur osseuse associée à l'hyperparathyroïdie).
 - Interférence avec les thérapeutiques immunosuppressives (ex : myalgies et corticoïdes).
 - Douleur plus diffuse associée à un "mal être" général lié à l'anxiété, l'anxiété, la souffrance psychologique.

3. Les principes thérapeutiques

- Rassurer, expliquer, écouter, informer, évaluer
- "Analgésie balancée" associant différentes classes médicamenteuses chez un sujet en insuffisance rénale.

• Douleur du site opératoire

- Le *paracétamol* en réduisant de 1/4 à 1/3 la posologie habituelle, soit pour un adulte de 60 kg, 2 g de propacetamol (Prodafalgan®) toutes les 8 heures en perfusion intraveineuse lente (1/4 h).
- *Les morphiniques*. Certains contre-indiquent formellement l'utilisation de la morphine chez l'insuffisant rénal et préconisent l'utilisation du fentanyl, qui n'est pas éliminé sous forme de métabolites actifs, en administration intraveineuse selon un mode PCA (analgésie auto-contrôlée par le patient). D'autres utilisent la morphine en respectant des conditions draconiennes de sécurité :

- Les sujets à très haut risque seront surveillés en USPI (Unité de Soins Post-Interventionnels) ou en soins intensifs.
- On utilise les outils d'évaluation de la douleur (EVA, EN, EVS) et des effets indésirables (EDS, EDR) toutes les 4 h voire toutes les 2 h.
- Pas d'analgésie systématique ; injection de morphine en fonction de l'EVA (≥ 40), de l'EDS (= 0 ou 1), de l'EDR (= 0)
- Diminution des posologies et/ou espacement des injections. Ex : adulte de 60 kg : 7.5 mg de morphine toutes les 8 h
- Utilisation de la morphine sur une courte période
- Formation du personnel (+++)
- Protocole de surveillance, de prévention et de traitement des effets indésirables
- Numéro de téléphone ou de bip de l'anesthésiste connu (+++)

Les AINS sont contre-indiqués.

• Douleurs à distance du site opératoire

- Les *antispasmodiques* sont utilisés pour les douleurs viscérales de reprise du transit et les poussées sur sonde (Spasfon®, Viscéralgine simple®)
- Le *Ditropan*® est utilisé pour les poussées sur sonde en l'absence de contre-indications
- Traitement spécifique pour toutes les autres douleurs et les complications.

EN CONCLUSION

La douleur postopératoire de la transplantation rénale est une douleur d'intensité modérée qui demande néanmoins quelquefois le recours à l'utilisation des morphiniques. Ceux-ci peuvent être utilisés sur une courte période à condition de respecter les règles de sécurité dans une unité qui a été formée au traitement de la douleur aiguë, à la surveillance et au traitement des effets indésirables. Les posologies et les intervalles de temps entre les injections de morphine doivent être en permanence réadaptés selon l'évolution de la clairance de la créatinine qui s'améliore avec la reprise fonctionnelle du greffon rénal et donc de la fonction rénale. Si notre devoir est de soulager le patient, il ne doit pas cependant se faire aux dépens de la sécurité. Afin d'obtenir une analgésie sûre, une rigueur absolue s'impose quant au maniement de la morphine chez l'insuffisant rénal.