

PRÉVENTION DES DOULEURS PARIÉTALES APRÈS TRANSPLANTATION RÉNALE : ÉVALUATION DE TECHNIQUE DE BLOC ABDOMINAL TRANSVERSE



Pascale ROCHE, Julie GAUTHIER,
Infirmières,
Service de Néphrologie, CHU, DIJON

« Toute personne a le droit de recevoir des soins afin de soulager sa douleur »
(Code de la Santé Publique)

En partant de ce constat, nous avons mûri une réflexion sur la prise en charge de la douleur en postopératoire, suite à une transplantation rénale car :

- La douleur est l'objet de la plainte la plus fréquente,
- La douleur est souvent incomprise, banalisée et donc insuffisamment traitée,
- La douleur affecte la capacité de récupération des patients.

TRANSPLANTATION RÉNALE

Historique

La 1^{ère} transplantation en France a été réalisée en 1959. En 2012, 2 976 patients ont été greffés et 12 139 patients sont inscrits sur la liste de greffe. En comparaison en 2000, il y a eu 1 924 greffes et 7 204 patients inscrits.

La transplantation en France est régie par un organisme d'état : l'Agence de la Biomédecine. Elle est soumise aux lois de la bioéthique (lois du 6 août 2004) intégrées au Code de la Santé Publique. Ses différentes missions sont :

- De gérer la liste nationale des patients en attente de greffe,
- De coordonner les prélèvements et la répartition des greffons dans le respect des lois via le PNRG (Pôle National de Répartition des Greffons).

Définition

La transplantation rénale consiste à implanter un greffon provenant d'un donneur décédé ou vivant.

C'est actuellement le meilleur traitement de prise en charge de l'insuffisance rénale. On constate :

- Une augmentation de l'espérance de vie d'un greffé par rapport à un dialysé,
- Une amélioration de la qualité de vie du patient,
- Une diminution du coût de la prise en charge d'un patient insuffisant rénal dès la 2^{ème} année.

La chirurgie

La laparotomie est pratiquée à la base de l'abdomen en fosse iliaque droite ou gauche par une incision d'environ 10 à 15 cm de la peau et des muscles. Celle-ci aura une incidence surtout sur les terminaisons sensibles des muscles ainsi que sur les rameaux nerveux de la paroi.

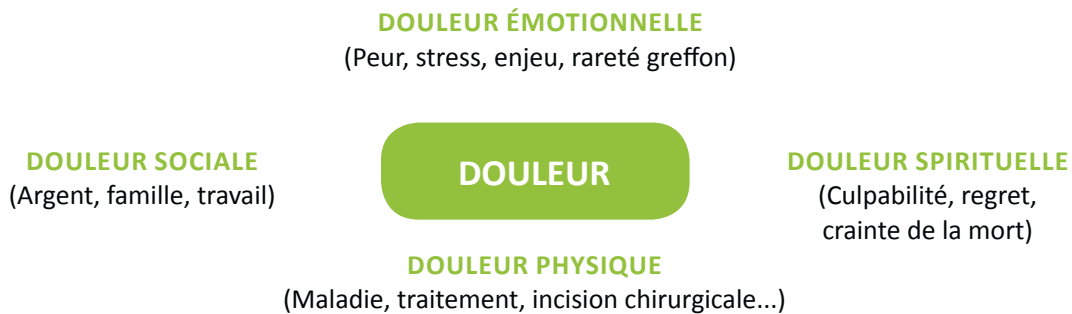
SÉMIOLOGIE DE LA DOULEUR APRÈS UNE CHIRURGIE ABDOMINALE

Définition de la douleur

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage »*

*IASP (International Association for the Study of Pain).

La douleur peut être subjective et comporte différentes dimensions à prendre en considération :



Classification de la douleur

Malheureusement il n'existe pas un seul type de douleur mais DES douleurs. Celles-ci peuvent être classées :

- Selon l'évolution dans le temps : douleurs aiguës/chroniques, douleurs de fonds/incidentales.
- Selon le mécanisme physiopathologique : douleurs par excès de nociception, douleurs neuropathiques, douleurs mixtes, douleurs psychogènes.

La douleur en post-opératoire

La douleur résulte de l'activation des nocicepteurs (récepteurs sensoriels de la douleur) à des stimuli mécaniques (déformations de la peau) et thermiques. Elle est donc prévisible, aiguë et intense, localisée au niveau de la plaie. Elle dure tout le temps de la cicatrisation.

L'analgésie post-opératoire a pour objectif d'améliorer le confort des patients et par conséquent de réduire la durée d'hospitalisation.

ESSAI PROSPECTIF : BLOC ABDOMINAL TRANSVERSE

Ce projet a pour objectif d'essayer d'améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients transplantés en post-opératoire. Il s'agit d'un projet de recherche clinique randomisé comparant en double aveugle la ropivacaïne® au placebo.

Cette technique est validée pour la chirurgie de l'aorte abdominale, mais pas encore pour la transplantation rénale.

Un cathéter sera mis en place en fin d'intervention à proximité de la laparotomie, après accord du patient. La libération du produit est activée de façon continue

en phase de réveil grâce à un diffuseur programmable. Deux objectifs sont attendus :

- Amélioration des scores de la douleur au cours des 24 premières heures post-opératoires.
- Évaluation de la consommation d'antalgiques lors des 24 premières heures post-opératoires.

L'étude durera 14 mois et concernera 50 patients, majeurs, répartis en 2 groupes ayant donné leur consentement par écrit.

Les bénéfices espérés sont :

- La diminution des scores de la douleur au repos et à la mobilisation.
- La diminution de la consommation d'antalgiques.

Les cas d'échec pourront survenir si :

- Déplacement du cathéter.
- Toxicité systémique des anesthésiques locaux.
- Diffusion du produit dans la paroi abdominale avec risque de résorption intraveineuse.
- Infection de la région de ponction.

La sélection et l'information des patients se feront à l'entrée dans le service. Ils seront inclus dans le programme après consentement écrit de leur part. Le pharmacien effectuera la randomisation en deux groupes avant l'intervention (groupe ropivacaïne® placebo).

Les produits utilisés sont la ropivacaïne ou un placebo, choisis selon le principe du double aveugle. Le dispositif consiste en un diffuseur automatique de 300 ml, ne nécessitant aucun appareillage supplémentaire.

La ropivacaïne® (ou Naropeïne*) est un anesthésique local, utilisé pour l'analgésie postopératoire.

Son mécanisme d'action induit un blocage local de l'influx nerveux.

Les avantages attendus de ce traitement sont :

- D'assurer une analgésie prolongée dans les premiers jours post-opératoires.
- D'avoir une efficacité supérieure sur les scores de douleurs au repos et surtout à la mobilisation.
- De diminuer la consommation des autres antalgiques.
- D'accélérer le rétablissement des patients.
- De diminuer la durée du séjour.

Le placebo : chlorure de sodium 0,9 %.

Un bolus de 10 ml de solution sera réalisé au bloc puis la libération du produit se fera au débit de 7 ml/h sur 24h. L'injection du produit se fera à l'aide d'un cathéter relié au diffuseur automatique en péri-nerveux dans l'espace abdominal transverse entre le muscle transverse et oblique interne du côté de l'incision chirurgicale.

Toutefois si l'évaluation de la douleur demeure supérieure à 4 sur l'échelle numérique de la douleur, un traitement antalgique supplémentaire pourra être administré.

L'analyse des scores fera l'objet d'une analyse statistique qui comparera les scores de douleur ainsi que les consommations d'antalgique.

Ce travail préparatoire nous a permis de nous projeter sur ce que sera la prise en charge de la douleur chez les transplantés rénaux et de cerner certains problèmes auxquels nous pourrions être confrontés :

- Des difficultés de compréhension de l'outil par l'équipe qui peut retranscrire son ressenti au détriment de celui du patient.
- L'échelle a été modifiée pour éviter une utilisation inadéquate.
- La douleur abdominale induite par la chirurgie doit seule être prise en compte pour l'évaluation.
- La douleur reste subjective et multidimensionnelle. Par exemple, le stress majore la douleur en raison des enjeux de la transplantation pour nos patients chroniques du fait de la rareté des greffons, et de l'espoir d'améliorer leur qualité de vie.

C'est un travail enrichissant qui nous a permis dans un premier temps de participer à l'élaboration de ce projet, et dans un second temps de sensibiliser l'équipe sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur chez nos greffés. Il s'agit de l'amorce d'une réflexion plus globale sur la prise en charge de la douleur.