



LA DOULEUR

Prise en charge de la douleur chez le transplanté rénal

F. MENEGALLI¹ et V. MOULIAN¹ - Infirmières DE - V. HUGOT¹ - Néphrologue - M-C. BECQ² - Anesthésiste - M-C. BOURGEOIS-PONCET¹ - Cadre Infirmier

¹ Service de Néphrologie - ² Département d'Anesthésie-Réanimation - Hôpital ST LOUIS - 75 PARIS

Cette étude a été réalisée à l'hôpital Saint Louis dans le service de Néphrologie, où sont effectuées 60 à 80 transplantations par an (rein et rein-pancréas).

Le traitement de la douleur post-opératoire repose sur une évaluation rigoureuse de celle-ci. Cette douleur est une douleur aiguë, transitoire, nociceptive, répondant aux antalgiques non morphiniques et morphiniques concernant le site opératoire, et éventuellement les sites à distance de l'incision chirurgicale.

La morphine est un analgésique central métabolisé au niveau du foie en dérivés glucuronoconjugués actifs qui sont éliminés essentiellement par voie urinaire (90 %).

Parallèlement à son effet antalgique puissant, elle génère des effets secondaires délétères, dont l'insuffisance respiratoire, pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient.

L'effet dépresseur persiste plusieurs jours après l'arrêt du traitement, témoignant d'une accumulation du produit ce qui nécessite une adaptation fine des posologies, une surveillance renforcée des effets indésirables et/ou secondaires et l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur. Son emploi pour pouvoir soulager le patient en toute sécurité doit être fait par des équipes soignantes formées dans des conditions rigoureuses.

Le Pro-dafalgan® n'étant pas toujours suffisant à calmer la douleur post-opératoire, cela entraînait une demande insistante de la part des transplantés et notre équipe infirmière restait démunie face à celle-ci. La morphine faisait alors l'objet d'une prescription au coup par coup, les néphrologues ayant longtemps craint de la prescrire, il est à souligner que le patient même transplanté reste insuffisant rénal dans les premiers jours post-opératoires. Confrontés à ces difficultés, nous avons sollicité une réunion entre néphrologues et infirmiers afin de réfléchir en commun à une meilleure prise en charge de ce type de douleur. Cette réflexion a débouché sur un groupe de travail auquel se sont joints deux anesthésistes du service

d'Urologie qui font aussi partie du centre anti-douleur. De là est née l'idée d'un protocole de prise en charge de la douleur post-opératoire et de suivi tant que le patient reçoit de la morphine.

L'objet de ce protocole était de démontrer l'efficacité de la morphine en post transplantation rénale sans pour autant être nocif pour le patient et d'évaluer cette prise en charge.

La douleur est comme chacun le sait, perçue et ressentie différemment selon les individus, d'où une notion de subjectivité. Afin de limiter celle-ci, nous nous sommes servis de la réglette EVA (Echelle Visuelle Analogique). C'est une méthode d'évaluation fiable qui se fait par le patient lui-même.

PRÉSENTATION DU PROTOCOLE

Le protocole consiste en l'injection de Pro-dafalgan®, 2 g toutes les 8 heures, et en l'injection de chlorhydrate de morphine titrée en salle de réveil (3 mg IVD/10 minutes) afin d'obtenir une EVA inférieure à 40 et une absence de somnolence.

Le relais est pris dans le service d'hospitalisation sous forme d'injection sous-cutanée toutes les 6 à 8 heures si l'EVA est supérieure ou égale à 40. La dose est calculée en fonction du poids.

La méthode d'évaluation de ce protocole se fait par la surveillance de 5 critères :

- 1 - Les paramètres vitaux : le pouls, la pression artérielle, la fréquence respiratoire.
- 2 - L'efficacité de l'analgésie : la réglette EVA.
- 3 - L'échelle de la respiration (EDR) comportant 4 items :
 - R0 : respiration régulière, FR > 10 cycles/minute
 - R1 : ronflements et FR > 10 cycles/minute
 - R2 : respiration irrégulière, obstruction ou FR < 10 cycles/minute
 - R3 : pauses, apnée
- 4 - L'échelle de somnolence (EDS) comportant 4 items :
 - S0 : le patient est réveillé
 - S1 : le patient est somnolent par intermittence mais facilement éveillable
 - S2 : le patient est somnolent la plupart du temps et éveillable par stimulation verbale
 - S3 : le patient est somnolent la plupart du temps mais éveillable par stimulation tactile
- 5 - Les effets indésirables : nausées, vomissements, prurit.

Le tableau ci-dessous décrit la feuille de surveillance, H0 étant l'heure de fin de titration de la morphine.

L'évaluation a été faite toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis toutes les 4 heures jusqu'à J3 inclus.

Département d'Anesthésie – Hôpital Saint LOUIS									
Evaluation douleur post-opératoire transplantation rénale									
Etiquette PATIENT									
TITRATION		Dose totale (mg) = Heure de fin de titration EVA de fin de titration							
Noter heure et jour	H0	H + 15'	H + 30'	H + 45'	H1	H 4	H8	H 12	H16
Date									
Heure									
EVA									
EDS									
Fr. Resp.									
Qualité respiration EDR									
PA									
Pouls									
Effets secondaires autres									
Nausées									
Vomissements									
Prurit									
Injection morphine (mg)									
Propacétamol (g)									

L'ÉTUDE

Notre étude effectuée de décembre 1998 à août 1999 a inclus :

- 30 patients (12 femmes, 18 hommes)
- l'âge moyen est de 45 ans (20 – 65 ans)
- le poids moyen est de 64 ± 12 kg
- pour 25 de ces patients, il s'agissait d'une première greffe, pour les 5 autres d'une 2^e et 3^e greffe
- sur ces 30 greffes, 3 ont été effectuées avec un donneur vivant apparenté
- les protocoles d'immunosuppressions sont tous différents, la seule constante étant l'injection de 500 mg de stéroïdes avant le bloc puis la posologie de 1 mg/kg/jour.

LES RÉSULTATS

	J0	J1	J2	J3	
Morphine (mg/j)	10 ± 7	4 ± 5	2 ± 5	0	$p < 0,05$
EVA max	47 ± 22	39 ± 23	38 ± 27	23 ± 13	$p < 0,05$
Clairance de la Créatinine (ml/min)	12 ± 2	14 ± 6	19 ± 13	24 ± 18	NS

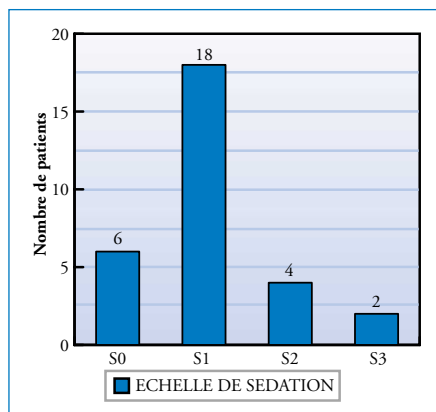
RÉSULTATS = EFFICACITÉ

L'EVA est < 50 à J0. On peut donc dire que la douleur est d'intensité modérée.

En moyenne, les patients ont reçu 10 mg de morphine à J0 c'est-à-dire en post-opératoire immédiat. Il s'agit d'une dose faible puisque c'est le quart de la posologie maximale journalière. De plus, on peut observer que les besoins diminuent progressivement jusqu'à atteindre 0 à J3. Nous avons estimé la clairance de la créatinine qui montre que les patients de J0 à J3 ont une insuffisance rénale (clairance < 30 ml/mn), ce qui ne présage pas pour autant de l'évolution favorable de la fonction rénale.

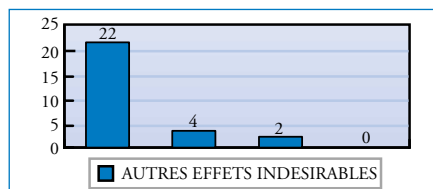
Nous ne pouvons exclure le rôle bénéfique de la corticothérapie à forte dose en tant qu'anti-inflammatoire puissant et antalgique.

L'échelle de sédation est globalement satisfaisante.



Les 2 patients en S3 étaient encore en salle de réveil, à J1 tous les patients sont en S0. En ce qui concerne l'échelle de respiration, les mêmes remarques sont à faire. Le patient en R3 est encore en salle de réveil. À J1, tous les patients sont en R0.

Il faut noter que le délai de passage dans le service d'hospitalisation est variable en fonction des patients. Il dépendait de l'intensité de la douleur essentiellement. Ce paramètre n'a pas été pris en compte dans l'étude.



Il n'a pas été observé d'effets indésirables majeurs.

En revanche, pour 14 des 30 patients, il a été observé des poussées sur

sonde qui ont pu être calmées par un anticholinergique de type Ditropan®.

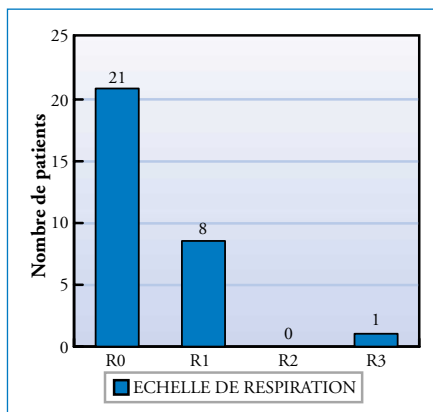
De plus 4 des 30 patients ont eu des troubles digestifs, des gaz intestinaux. A ce titre se pose la question du rôle de l'immunosuppresseur le Mycophénolate Mofetil (Cellcept®).

INDICE DE SATISFACTION

L'évaluation a été faite le jour de la sortie, par une personne neutre, souvent un cadre infirmier.

Sur les 30 patients, 3 non pas été évalués, et 1 résultat n'a pas pu être interprété (complications post-opératoires). L'indice moyen de satisfaction a été de 93,8 %.

- Cette étude nous montre donc :
- qu'il s'agit d'une chirurgie dont la douleur est d'intensité moyenne,
 - qu'il y a peu d'effets indésirables liés à la



morphine dans les conditions strictes de surveillance et d'application de la prescription décrite dans notre protocole.

CONCLUSION

Ce protocole est devenu pour nous un réel outil de travail qui nous permet de faire une évaluation fiable de la douleur et donc d'apporter une réponse efficace à la demande du patient.

Ainsi nous avons étendu ce protocole à d'autres chirurgies ou pathologies douloureuses traitées dans le service telles que parathyroïdectomie, néphrectomie, maladies de système.

L'EVA au même titre que les autres constantes (pouls, température, pression artérielle) apparaît dorénavant, à la fois, comme élément de prescription et de transmissions, par écrit.

Dans l'avenir nous souhaitons travailler sur plusieurs pôles :

- étudier le dosage pharmacologique des métabolites de la morphine (ou dérivés glucoronoconjugués) qui permettra aux médecins d'affiner de façon individuelle la posologie et le rythme d'administration de la morphine,
- puis le plus important pour nous infirmiers, utiliser les pompes PCA (analgesie auto-contrôlée par le patient) qui sont à notre avis le meilleur outil pour soulager la douleur. Notre souhait n'est plus un rêve, puisque dans le cadre de l'amélioration des conditions de vie du patient à l'hôpital, la prise en charge de la douleur est un axe prioritaire choisi par la direction de l'hôpital Saint Louis qui prend dorénavant en charge financière ce type de matériel sur le plan d'équipement et non plus sur l'enveloppe à la charge du service.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tout particulièrement :

- les infirmières de Néphrologie et de la Salle de Réveil, sans qui le recueil des données de ce protocole n'aurait pu être effectué,
- Brigitte GEORGE, Anesthésiste, pour son aide et ses conseils,
- Laurence MENDES, CSI du service de Néphrologie, pour sa collaboration à la réalisation du projet,
- Pr Christophe LEGENDRE, Chef du service de Néphrologie, pour avoir été l'artisan du changement des pratiques dans la prise en charge de la douleur des patients.