

Place de l'IADE dans la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire

F. Peuvrel (IADE), Dr T. Bernemann

*Service d'anesthésie-réanimation, Centre Hospitalier Le Mans, 194, avenue Tubillard, 72037 Le Mans cedex 09
fcpeuvrel@orange.fr*

POINTS ESSENTIELS

- Physiologie de la douleur aiguë : voies de la nociception, mécanismes et composantes de la douleur aiguë postopératoire (DAPO).
- Définitions des causes et des caractéristiques de la DAPO et objectifs de la prise en charge.
- Définir la place de l'IADE dans son rôle propre et en binôme avec le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) dans la prise en charge de la DAPO en périopératoire.
- Comment l'IADE peut s'impliquer dans la formation des paramédicaux dans cette approche multidisciplinaire de la prise en charge de la DAPO au regard de son rôle propre et des recommandations formalisées d'expert.
- L'implication de l'IADE au sein du CLUD (comité de lutte contre la douleur).

INTRODUCTION

Ces dernières années, on peut noter une nette amélioration des résultats sur l'évaluation de la douleur postopératoire, l'efficacité et la tolérance des traitements . Ceci est dû notamment à l'utilisation élargie de la morphine (titration et PCA) et de l'utilisation très fréquente de l'anesthésie locorégionale. Cependant la présence d'une douleur postopératoire sévère (score EVA supérieure à 6) concerne encore 30 % des patients au cours des 24 premières heures. [1]

1. Physiologie de la douleur aiguë

1.1. Les voies de la nociception

Les stimuli nociceptifs ont en commun de menacer l'intégrité du corps et d'activer l'ensemble des récepteurs sensoriels : les nocicepteurs. La nociception est un système d'alarme qui protège l'organisme en déclenchant des réponses réflexes et comportementales dont le but est de supprimer la cause et donc de limiter les conséquences.

Il n'existe pas de structure spécifique pour capter la douleur, les messages nociceptifs sont générés au niveau des terminaisons nerveuses libres situées dans les Tissus cutanés, articulaires, musculaires et viscéraux. Ces terminaisons peuvent être activées soit indirectement par une stimulation intense mécanique (distension, pression), thermique ou chimique (acidité), soit par des substances algogènes (acide lactique, histamine, sérotonine, substance P) libérées lors de processus inflammatoires ou ischémiques. Ce processus inflammatoire va prolonger l'activation des nocicepteurs et surtout induire une sensibilisation.

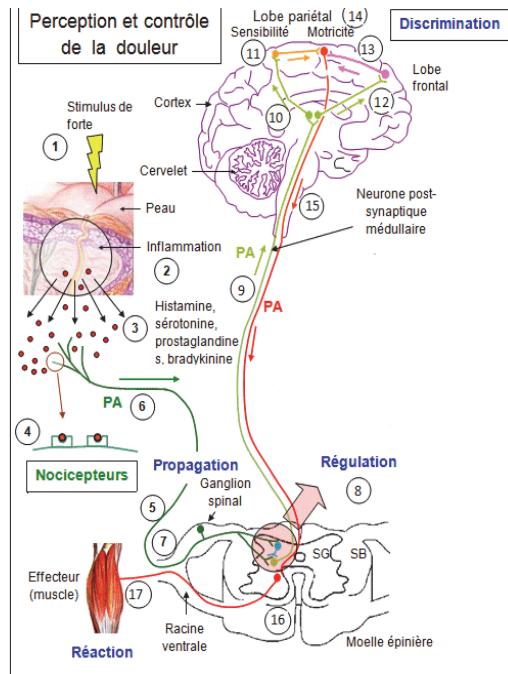
Ces messages nociceptifs sont ensuite véhiculés vers la moelle épinière par deux types de fibres nerveuses :

- Les fibres myélinisées du groupe A delta à conduction rapide (4à30m/s) dont le recrutement transmet la sensation rapide, vive, et bien localisée de la douleur.
- Les fibres amyélinisées C à conduction lente dont la stimulation donne lieu à une douleur retardée, diffuse et persistante.

Les fibres A delta et C sont également responsables des sensations thermoalgiques.

Les fibres nociceptives rejoignent la moelle épinière par les racines dorsales puis les voies ascendantes médullaires et le message douloureux est transmis aux centres supérieurs puis projeté au-delà du thalamus vers les aires corticales : zones frontale, temporale et pariétale :

- Zone pariétale : perception du message nociceptif dans la dimension sensori-discriminative: qualité, localisation, durée et intensité du stimulus.
- Cortex frontal : élaboration de la composante émotionnelle.
- Zone temporaire : siège des systèmes de mémorisation à courts et longs termes.



1.2. Mécanismes physiopathologiques générateurs de la douleur:

Les douleurs par excès de stimulation nociceptive sont les plus fréquentes. Elles traduisent une irritation anormale, une excitation des nocicepteurs sans atteinte anatomique du nerf véhiculant la sensation douloureuse. Quel que soit la cause initiale (traumatisme, brûlure, infection...), il se traduit au niveau du tissu lésé une réaction locale à type d'œsudat s'accompagnant d'une libération massive de substances algogènes qui sensibilisent et activent directement les nocicepteurs et ainsi auto-entretiennent la douleur.

1.3. Les différentes composantes de la douleur

1.3.1. Composante sensori-discriminative

Cette composante correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharge, torsion...), de la durée (brève, continue), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs.

1.3.2. Composante affectivo- émotionnelle

Elle comprend l'évaluation de l'humeur, de l'état psychique et psychologique du patient comme les antécédents de dépression, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'angoisse...

1.3.3. Composante cognitivo-comportementale

Cette composante précise la façon dont le patient se représente sa douleur, la cause de cette douleur et son attitude face à cette douleur. Elle précise aussi la compréhension et l'intégration de la pathologie qui est à l'origine de cette douleur avec les conséquences qui en résultent. Tout cela est influencé par les antécédents du patient, les circonstances de la situation, son entourage, ses croyances et ses influences culturelles.

Les centres supérieurs peuvent bloquer ou amplifier le message partiellement ou en totalité sous l'effet d'activités comportementales, cognitives, psychologiques (angoisse, anxiété, dépression) et bien sûr pharmacologiques.

2. DOULEUR POSTOPÉRATOIRE (DPO)

2.1. Les causes

- La pathologie ou le traumatisme ainsi que le geste **chirurgical** en lui-même (section de fibres, inflammation, contractures réflexes). Il est donc important de privilégier des techniques minimales : invasives et les moins délabrantes possible.
- L'anxiété préopératoire : l'anxiété est une réaction adaptée à une situation donnée et elle est bénéfique pour améliorer les performances. Mais dans le cadre d'une douleur aiguë, l'anxiété n'a pas de fonction structurante et protectrice et les deux pathologies vont se nourrir l'une de l'autre. Dans un contexte préopératoire, la prévalence de l'anxiété varie entre 60 et 80 %. Un niveau d'anxiété important aura pour conséquences un réveil plus lent, plus compliqué et plus douloureux. L'étude de l'Inserm 2013 a démontré qu'un niveau d'anxiété élevé avant l'opération et la capacité à amplifier une douleur sont deux facteurs associés au risque de survenue d'une douleur chronique après une intervention chirurgicale. La méconnaissance du diagnostic et la réussite de l'intervention influent énormément sur cette anxiété.
- Le refroidissement du patient pendant l'intervention : inconfort au réveil, hypo perfusion tissulaire entraînant une mauvaise diffusion des antalgiques.
- La notion d'hyperalgésie apparaît depuis plusieurs années. L'emploi de fortes doses d'opioïdes en per opératoire sensibilise le système nerveux central et cela expose le patient au risque d'une hyperalgésie postopératoire difficilement gérable et favorisant la survenue d'une douleur chronique.

2.2. Les caractéristiques

La DPO est constante et plus ou moins prévisible. Elle est aiguë et transitoire, elle décroît la plupart du temps en 2 à 4 jours. Cette DPO peut être utile et avoir une valeur d'alarme en cas complications chirurgicales. Néanmoins elle peut être délétère si trop intense et peut faire le lit d'une DCPC (douleur chronique post-chirurgicale) si cette DPO n'est pas correctement prise en charge. La DCPC atteint 10 à 30 % des personnes après une intervention chirurgicale ordinaire. [2]

2.3. Les objectifs

- Prise en charge rapide et adaptée pour diminuer l'intensité et la durée de la DPO ainsi que ses conséquences néfastes.
- Soulager l'inconfort du patient non seulement au repos mais aussi lors de la mobilisation.
- Surveiller l'efficacité et les effets secondaires des antalgiques et améliorer leur tolérance.
- Aider le patient à récupérer son état préopératoire (autonomie, aptitude travail et baisse de la durée d'hospitalisation) et augmenter la satisfaction du patient.

3. LA PLACE DE L'IADE AU BLOC OPÉRATOIRE

Rappelons qu'une information sur la douleur doit être délivrée en consultation préanesthésique. L'audit national douleur de 2008 révèle qu'elle n'est délivrée que dans 84% des cas et que 69% des patients mémorisent une information sur la DPO [1].

3.1. Avant l'intervention

- L'I.A.D.E prend connaissance du dossier d'anesthésie: l'anesthésie prévue par le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) lors de la consultation, ainsi que les moyens mis en œuvres pour la prise en charge de la douleur postopératoire: analgésie multimodale, PCA-morphine, ALR par injection unique ou cathéter, etc.
- S'assurer de la bonne compréhension du patient sur sa PEC anesthésique, reexpliquer et rassurer si nécessaire : le patient doit se sentir pris en charge.
- La préinduction et l'induction sont primordiales pour le réveil et la phase postopératoire, il est important d'optimiser dans la mesure du possible le confort. Des techniques comme l'hypnose conversationnelle ont toute leur place dans ce contexte. À défaut d'être formés en hypnose, un discours et une attitude rassurants en utilisant des termes suggérant le confort sans évoquer les termes liés à la douleur peuvent nettement réduire l'anxiété du patient.

3.2. Durant l'intervention

- Adapter l'anesthésie et l'analgésie en fonction des temps chirurgicaux et la cinétique des produits et en fonction de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, etc. Des études sont en cours pour valider l'utilisation de vidéopupillomètres pour déterminer le niveau de la douleur. Cette méthode consiste à mesurer avec précision le niveau de dilatation pupillaire qui est directement lié à l'intensité de la douleur ressentie. Cela permettrait d'adapter les doses d'opioïdes afin d'éviter les sous-dosages, mais aussi les surdosages avec les conséquences inhérentes.
- Vérifier l'installation pour éviter des compressions et des lésions nerveuses
- Assurer un réchauffement corporel (couvertures chauffantes et réchauffeurs de solutés)
- Analgésie préemptive et anticipation de la DPO avec les moyens d'analgésie multimodale selon les prescriptions médicales ou des protocoles établis.

4. IMPLICATION DE L'IADE DANS LA FORMATION DES PARAMÉDICAUX

La prise en charge de la DPO implique acteurs médicaux et paramédicaux, il s'agit donc d'une approche multidisciplinaire associant tous les acteurs pour obtenir des améliorations sensibles et pérennes. La notion de formation est présente dans quasiment toutes les démarches d'amélioration de la qualité pour la PEC de la DPO. Cette formation devrait pour certains auteurs être rendue obligatoire [3]. Quel est notre rôle en tant qu'IADE ?

L'efficacité de la PEC du patient algique ne relève pas exclusivement des propriétés pharmacologiques , il faut administrer bien sûr, mais aussi accompagner ces traitements.

Une bonne compréhension de la stratégie antalgique par les IDE et les IADE va permettre de potentialiser l'efficacité des traitements en induisant un effet analgésique placebo. Les objectifs étant de créer une attente positive du patient vis-à-vis du traitement. Selon les recommandations formalisées d'experts de 2008, « il est recommandé d'aborder conjointement l'organisation d'équipes, la formation des personnels, la désignation de personnel référent, l'information du patient, l'évaluation de la douleur et la mise en place de procédure de soins » [4]. L'implication de l'IADE référent douleur est d'assurer la formation du personnel soignant, le but étant de créer le lien entre les différents acteurs de soins(bloc, SSPI et unités d'hospitalisation). Former, informer et sensibiliser sont élémentaires pour une bonne prise en charge de la DPO.

La formation continue constitue un élément essentiel pour assurer l'adhésion des personnels à la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur: guide de la mise en place du plan de lutte contre la douleur 2002-2005.

4.1. Implication dans la formation des IDE de SSPI

Les IDE en charge de la surveillance des patients en SSPI sont en première ligne.Une formation régulière par un référent douleur est ainsi mise en œuvre. Cela permet de rappeler les intérêts et les enjeux d'une bonne prise en charge de la DPO:

- La PEC doit être rapidement efficace pour que le patient ne mémorise pas sa douleur.
- La morphine est d'autant plus efficace en SSPI que le patient a reçu des AINS, que l'EVA initiale est plus basse et que le délai entre l'extubation et la titration est court. [6]
- L'évaluation de la douleur est le point central de l'organisation de la PEC de la DPO. Cette évaluation doit être tracée dans le dossier avec une échelle bien identifiée et adaptée au patient : auto (EN, EVA, EVS) ou hétéroévaluation (algoplus). EN ou EVS sont recommandés, l'EVA n'apporte pas de plus value importante. Cette évaluation doit être faite régulièrement au repos, au mouvement et après traitement. La fréquence de l'évaluation doit être soutenue jusqu'à un niveau de douleur inférieur ou égal à 3.
- Il est important de rappeler qu'un patient ne doit pas sortir de SSPI si: EVA ou EN supérieure à 4, EVS cotée intense, niveau 2 ou 3 à l'hétéroévaluation
- La douleur doit être un critère de sorties de SSPI. Dans l'audit national sur la DPO (2009), cette utilisation du score de douleur en sortie de SSPI est faible:11 à 30% selon les établissements [5].

- Les protocoles et les supports pédagogiques (ALR, titration de morphine) sont validés par un MAR, mis à disposition de l'équipe et peuvent être consultés facilement par les étudiants ou nouveaux personnels.
- En plus des formations, l'importance d'un référent douleur permet d'avoir un interlocuteur pour pouvoir répondre aux diverses questions.

4.2. Implication dans la formation des IDE dans les services d'hospitalisation

Au même titre que les IDE de SSPI, la formation des IDE en unités d'hospitalisation est primordiale. Dans chaque unité de soins des correspondants douleur sont nommés. Au sein du CLUD, des formations correspondants-douleur et des rencontres référents-correspondants sont organisées à une fréquence de 2 sessions de 2 journées par an. Le but est de créer un réseau douleur et chaque correspondant douleur a un référent douleur en fonction de la spécialité du service.

Au niveau de la chirurgie, le développement de l'ALR avec l'utilisation de l'échographe ces dernières années a amené en plus des formations habituelles du CLUD à former les IDE sur l'évolution de ces dernières techniques. Les objectifs sont là aussi multiples. Tout d'abord, via un support pédagogique incluant des vidéos, cela permet aux IDE une bonne compréhension de ces techniques et donc une surveillance adaptée et efficace. Une bonne connaissance de ces techniques a aussi pour intérêt de bien expliquer au patient les effets bénéfiques que ce soit en pré- ou postopératoire. L'adhésion du patient à toute stratégie thérapeutique a un impact très important pour la bonne prise en charge de sa douleur. Ces supports pédagogiques sont laissés à disposition dans le service et un recyclage annuel est organisé.

En plus de créer un lien avec les services, le but de ces formations est de:

- Véhiculer des messages forts en terme de sécurité (tubulure jaune pour ALR, utilisation de la PCA qu'après titration...)
- Répondre aux diverses questions pouvant notamment faire l'objet d'autres formations
- Créer ou de maintenir une culture de l'évaluation de la douleur et de sa traçabilité. Cette évaluation doit être faite au repos mais aussi au mouvement. Dans l'audit national douleur, l'évaluation au mouvement est rare (3,6%) de même que l'évaluation après administration d'un traitement antalgique (1,4%) [1].
- Rappeler l'importance d'un discours n'induisant pas la douleur...(formation hypnose)

4.3. Implication au niveau du CLUD

L'existence d'un comité de lutte contre la douleur est recommandée depuis 1998 (collège national des médecins de la douleur) et elle est devenue obligatoire pour la certification depuis 2005. Les enjeux du CLUD sont multiples et ne sont pas spécifiques à la profession d'IADE.

Rappelons les objectifs auxquels les IADE peuvent se joindre :

- Promouvoir les actions de formation des personnels de l'établissement dans la surveillance et la lutte contre la douleur.
- Participer et animer les différentes formations du réseau douleur : référents-correspondants.
- Participer à l'élaboration de protocoles de soins et des procédures de surveillance notamment pour la gestion des morphiniques (titration, PCA) mais aussi ALR.

RÉFÉRENCES

1. Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P: A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. Pain 2008.
2. Martinez V, Fletcher D : Les douleurs chroniques postchirurgicales . Ann Fr.Anesth Reanim 2013.
3. Belbachir A, Fletcher D, Larue F : Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité. Congrès national d'anesthésie et réanimation 2009.
4. RFE de la SFAR :Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant 2008.
5. Fletcher Dominique : Audit national douleur. Vigilance n°21 septembre 2010.
6. Aubrun Frédéric : Douleur péri-opératoire, actualités.2012.