

DOULEUR ET NAUSEES VOMISSEMENTS EN AMBULATOIRE : QUOI DE NEUF ?

Professeur Hélène BELOEIL ¹, Docteur Sébastien PIERRE ²

¹ CHU RENNES - Pôle ASUR, 2 Rue Henri Le Guilloux – 35033 RENNES Cedex

² INSTITUT CLAUDIUS REGAUD - Unité d'Anesthésie Réanimation - 20-24 rue du Pont Saint Pierre 31200 TOULOUSE.

I. INTRODUCTION

La proportion des patients chirurgicaux pris en charge en ambulatoire est en plein essor. Le succès de l'ambulatoire est conditionné par la réalisation d'une anesthésie sûre, efficace, avec un minimum d'effets secondaires. En dépit de nombreuses avancées, les nausées et vomissements postopératoires (NVPO) et la douleur postopératoire restent les deux principaux écueils à l'ambulatoire, retardant la sortie des patients. Une étude de cohorte, incluant plus de 16 000 patients opérés en ambulatoire, avait recherché les événements associés à une hospitalisation prolongée (1). Vertiges (+ 31 %), NVPO (+ 25 %), douleur (+ 22 %), événements cardio-vasculaires (+ 23 %), somnolence (+ 16 %) et frissons (+ 12 %) étaient les principaux facteurs de risques. Les vertiges, la somnolence et les frissons étant souvent liés à la douleur et/ou aux médicaments administrés, la douleur et les NVPO sont, au final, les deux raisons principales d'hospitalisation prolongée en ambulatoire. Enfin, les événements (douleur, nausées, vomissements) après la sortie de l'hôpital qui ont été très sous-estimés jusqu'à présent, doivent être anticipés.

II. LA DOULEUR POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Dans une étude ayant inclus 10 008 patients opérés en ambulatoire, l'incidence d'une douleur sévère était de 5,3 % en SSPI et 1,7 % dans l'unité d'ambulatoire (2). Au domicile, certaines études retrouvent jusqu'à 30 % de douleurs modérées à sévères. La particularité de la prise en charge de la douleur en ambulatoire repose dans cette possibilité de douleur à domicile. Il est impératif de mettre en place une stratégie multimodale de prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence. Tout ceci est conditionné par une information et une prévention efficace (3). Plus encore que lors d'une hospitalisation traditionnelle, l'analgésie doit être basée sur la recherche d'une épargne morphinique. Les prescriptions d'associations d'analgésiques de classes différentes et/ ou de techniques d'anesthésie locorégionale (ALR) sont la règle, afin d'optimiser l'analgésie tout en limitant les effets indésirables attribuables aux différents agents antalgiques.

III. L'ALR

L'ALR est, bien sûr, la technique qui permet d'assurer une meilleure qualité d'analgésie avec une consommation de morphine la plus faible. De plus, l'ALR est la technique la plus efficace sur les douleurs au mouvement. Il est recommandé de pratiquer une ALR pour l'analgésie postopératoire (4). Les blocs périphériques sont particulièrement adaptés à la chirurgie ambulatoire. Un bloc sélectif peut, également, être réalisé afin d'offrir une analgésie prolongée sur les troncs nerveux concernés par la chirurgie. Le principe est d'utiliser un anesthésique local (AL) d'action longue pour les troncs nerveux qui sont sur le territoire douloureux et une solution d'action plus courte sur les autres troncs nerveux. Les infiltrations peuvent apporter un bénéfice mais il est moindre et de courte durée. Le TAP bloc est également une bonne indication. Il a été montré que lors d'une cholécystectomie par coelioscopie, une anesthésie générale associée à un TAP bloc, des AINS et de l'ondansétron permet une meilleure aptitude à la sortie de l'hôpital avec des niveaux de douleur et une consommation de morphiniques plus faible (5). Les ALs peuvent également être administrés par voie intrapéritonéale avec une très bonne efficacité pour la chirurgie coelioscopique.

L'impossibilité de vérifier l'adaptation du traitement antalgique de première intention avant la sortie du patient et la levée brutale de l'anesthésie sont deux particularités de l'ALR de longue durée d'action. Elles doivent donc être prises en compte dans l'élaboration de la stratégie de prise en charge de la douleur à domicile. La pose d'un cathéter péri-nerveux avec administration continue d'AL à domicile est une solution pour les chirurgies les plus douloureuses. Dans ce cas, la prise en charge est bien codifiée par les recommandations de la SFAR (3). Elle doit

comporter un réseau de soins incluant des IDE à domicile et le médecin généraliste.

Au final, sous couvert d'une anticipation de la levée du bloc nerveux, l'analgésie après intervention orthopédique est assez satisfaisante. Les chirurgies ne pouvant bénéficier d'ALR comme le strabisme, l'ORL ou la chirurgie dentaire, sont celles dont la prise en charge analgésique est la plus difficile. La durée de séjour après ces chirurgies est significativement augmentée dans certaines études en raison de douleurs postopératoires (1).

IV. L'ANALGESIE SYSTEMIQUE

L'analgésie systémique doit ainsi être incisive. Il est recommandé d'associer au moins un antalgique non morphinique (ANM) lorsque de la morphine est utilisée en postopératoire. Si la pre-emptive analgesia n'a pas fait la preuve de son efficacité, en revanche l'administration précoce des antalgiques (au minimum une heure avant la fin de l'intervention, voire en période préopératoire) permet de minimiser les phénomènes d'hypersensibilisation. Cette anticipation est utilisable pour les antalgiques non morphiniques comme le paracétamol, les AINS, le Néfopam. L'utilisation d'association de médicaments permet d'accentuer l'effet analgésique obtenu et ainsi de réduire les besoins en morphiniques complémentaires.

Pouvons-nous utiliser la kétamine pour ces propriétés anti-hyperalgésiques en ambulatoire ? Son utilisation spécifiquement en chirurgie ambulatoire a été testée (3) permettant d'objectiver un effet analgésique prolongé (24 h), dose-dépendant, apparaissant dès la dose de 75 mcg / kg et permettant une amélioration fonctionnelle postopératoire avec mobilisation plus aisée. Aucun effet secondaire n'a été décrit à ces doses mais il s'agissait de patients jeunes dans les études. Il faut certainement être prudent avec les patients âgés chez qui le risque d'hallucinations est élevé.

Le double bénéfice de la dexaméthasone (DXM) : aux doses utilisées dans la prévention des NVPO, un bénéfice analgésique de la DXM a été mis en évidence (6). Elle permet une épargne morphinique tout en réduisant les NVPO. Les effets secondaires de cette dose unique étant quasiment inexistantes, il ne faut pas se priver de la DXM administrée en peropératoire !

L'analgésie en SSPI doit être considérée comme une analgésie de secours. En effet, l'utilisation des ANM à ce stade est sans doute trop retardée et seule l'administration complémentaire de morphinique à des doses n'induisant pas d'effets secondaires paraît licite.

L'éducation et l'information du patient pour optimiser son comportement vis-à-vis de la douleur et du maniement des antalgiques sont indispensables au retour à domicile. En pédiatrie, une formation spécifique des parents et de leurs enfants est tout aussi fondamentale (3). En effet, les études portant sur les dysfonctionnements pouvant expliquer les douleurs à domicile, ont retrouvé que la non prise systématique des antalgiques était fréquente. Il faut bien rappeler aux patients l'importance de la prise systématique, même en absence de douleur au moment de la prise. L'ordonnance de sortie doit être adaptée à l'intensité présumée de la douleur au-delà des 24 premières heures et comporter, d'emblée, un « traitement de secours ». La notion importante concerne la prise systématique et les associations potentialisant l'effet analgésique comme paracétamol + AINS, codéine + paracétamol. Cette association d'analgésique doit être utilisée en prise systématique pendant au moins 24-48 heures au moment des repas en insistant sur la prise au coucher qui permet de limiter les troubles du sommeil.

Enfin, il est recommandé de prescrire tout moyen non médicamenteux permettant de réduire la douleur postopératoire (application de froid, posture antalgique, ...) (3). Par ailleurs, sur le modèle de la chirurgie traditionnelle, l'analgésie doit être adaptée à chaque patient (« tailored »). En effet, il est bien montré qu'un patient douloureux et/ou consommateur d'antalgiques en préopératoire est à risque de douleur postopératoire. De plus, la durée de la chirurgie est un facteur de risque de douleur postopératoire ; au-delà de 120 minutes, 20 % des patients présentaient une douleur sévère en SSPI (Chung 1997).

V. LES NAUSEES ET VOMISSEMENTS APRES CHIRURGIE AMBULATOIRE

1. NVPO

L'incidence des NVPO est en diminution depuis l'utilisation systématique du score d'Apfel (7) et de la prévention médicamenteuse associée. Pour mémoire, le score comprend 4 facteurs de risque : le sexe féminin, les antécédents

de mal des transports ou de NVPO, le fait d'être non-fumeur et le fait de recevoir des morphiniques en postopératoire chez un patient opéré sous anesthésie générale. Il existe des facteurs de risque surajoutés qu'il ne faut pas négliger : la durée de la chirurgie > 60 min, la chirurgie gynécologique et ORL (1).

2. PDNV

L'incidence des NVPO diminue mais celle des nausées-vomissements après la sortie de l'unité d'ambulatoire (post-discharge nausea and vomiting : PDNV en anglais) reste élevée. Elle a longtemps été peu étudiée et de ce fait sous-estimée. De plus, la réduction des NVPO avant la sortie, fait oublier la possibilité de nausées et vomissements ensuite. L'étude la plus récente concernant 2 170 adultes opérés en chirurgie ambulatoire, rapporte une incidence de 35 % de PDNV (8). Si nous considérons que le tiers des 3,5 millions d'interventions réalisées en ambulatoire en France par an le sont sous anesthésie générale, un peu plus d'un million de patients présentent des PDNV chaque année.

Il existe, depuis très récemment, un score de risque PDNV. Il comprend 5 critères :- Sexe féminin, - Antécédent de NVPO, - Age < 50 ans, - Morphiniques en SSPI, - NVPO en SSPI. Les risques de NVPO associés sont les suivants : 0 critère : NVPO ≤ 10 % ; 1 critère : NVPO 20 % ; 2 critères : NVPO 30 % ; 3 critères : NVPO 50 % ; 4 critères : NVPO 60 % ; 5 critères : NVPO 80 % (8). Ce score doit devenir rapidement un outil indispensable (à l'image du score pour les NVPO) dans la prise en charge des patients en ambulatoire.

VI. LA PREVENTION

L'anesthésie générale reste le principal facteur de risque de NVPO. L'anesthésie locorégionale permet de réduire de 30 à 6,8 % l'incidence des NVPO (9). L'anesthésie totale intraveineuse fait également parti des outils à notre disposition pour son efficacité pendant la phase postopératoire précoce (0-6 h). Les trois classes thérapeutiques de premier choix que sont les antagonistes des récepteurs 5-HT₃, les corticoïdes (Dexaméthasone) et les butyrophénones (Dropridol) doivent être utilisées. Nous pourrions privilégier les composés à longue durée d'action comme le palonosetron et les formes orales de recours. La Dexaméthasone possède, de plus, des propriétés anti-fatigue et antalgique intéressantes dans le contexte (10). La scopolamine peut également trouver sa place dans une prévention multimodale des patients à haut risque (11). Enfin, les antagonistes des récepteurs NK1 peuvent être proposés, notamment pour les patients à haut risque ou ayant eu des vomissements en SSPI (12).

VII. LE TRAITEMENT

Il n'existe pas d'études récentes dans ce contexte particulier. Néanmoins, nous pouvons sans risque reprendre les recommandations internationales qui préconisent de changer de classe thérapeutique lors d'un échec de la prévention, en privilégiant bien entendu les galéniques ad hoc. En résumé, la prise en charge ambulatoire des patients mérite, plus que tout, une détection préopératoire des facteurs de risque, une stratégie préventive agressive et un traitement de secours anticipé et approprié.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chung F, Mezei G. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesthesia and analgesia* 1999;89:1352-9.
2. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesthesia and analgesia* 1997;85:808-16.
3. SFAR. 2009. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire www.sfar.org
4. Fletcher D, Aubrun F. [Long texts for the formalized recommendation of experts on management of postoperative pain]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28:1-2.
5. De Oliveira GS, Jr., Fitzgerald PC, Marcus RJ, Ahmad S, McCarthy RJ. A dose-ranging study of the effect of transversus abdominis block on postoperative quality of recovery and analgesia after outpatient laparoscopy. *Anesthesia and analgesia* 2011;113:1218-25.
6. De Oliveira GS, Jr., Almeida MD, Benzon HT, McCarthy RJ. Perioperative single dose systemic dexamethasone for postoperative pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology* 2011;115:575-88.
7. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, Zernak C, Danner K, Jokela R, Pocock SJ, Trenkler S, Kredel M, Biedler A, Sessler DI, Roewer N, Investigators I. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *The New England journal of medicine* 2004;350:2441-51.
8. Apfel CC, Philip BK, Cakmakkaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB, Allard M, Turan A, Windle P, Odom-Forren J, Hooper VD, Radke OC, Ruiz J, Kovac A. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery? *Anesthesiology* 2012;117:475-86.
9. Liu SS, Strodbeck WM, Richman JM, Wu CL. A comparison of regional versus general anesthesia for ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesia and analgesia* 2005;101:1634-42.
10. Murphy GS, Szokol JW, Greenberg SB, Avram MJ, Vender JS, Nisman M, Vaughn J. Preoperative dexamethasone enhances quality of recovery after laparoscopic cholecystectomy: effect on in-hospital and postdischarge recovery outcomes. *Anesthesiology* 2011;114:882-90.
11. Apfel CC, Zhang K, George E, Shi S, Jalota L, Hornuss C, Fero KE, Heidrich F, Pergolizzi JV, Cakmakkaya OS, Kranke P. Transdermal scopolamine for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. *Clinical therapeutics* 2010;32:1987-2002.
12. Apfel CC, Malhotra A, Leslie JB. The role of neurokinin-1 receptor antagonists for the management of postoperative nausea and vomiting. *Current opinion in anaesthesiology* 2008;21:427-32.