

	RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ANALGESIE POSTOPERATOIRE	<u>Réf</u> : Soins/Protocole/212 <u>Version</u> : 2 <u>Date de création</u> : 10/2015 <u>Date d'application</u> : 11/2015
	DOULEUR - UCD	

	Nom	Fonction	Date et Signature
Rédaction	GERVAIS Christine	Cadre de l'Unité Douleur	<input checked="" type="checkbox"/>
	RIBEIRO Margot	IADE Ressource Douleur	<input checked="" type="checkbox"/>
Validation de l'expert	MICHEL- CHERQUI Mireille	Médecin anesthésiste	<input checked="" type="checkbox"/>
	CHANDON Michel	Médecin anesthésiste	<input checked="" type="checkbox"/>
Approbation	SZEKELY Barbara	Médecin anesthésiste, présidente du CLUD	<input checked="" type="checkbox"/>

1. DOMAINE ET CONDITIONS D' APPLICATION

Ces recommandations émanent des résultats de l'évaluation des pratiques professionnelles concernant la douleur postopératoire 2007/2008 et des propositions préconisées par le CLUD de l'hôpital FOCH. La prise en compte de la douleur postopératoire est une priorité, tout au long du parcours de soins. Ce préambule vise à apporter des orientations pratiques sur la prise en charge thérapeutique mais aussi organisationnelle des soins.

Objectifs

- Assurer lors des différentes étapes de la prise en charge du patient (accueil, consultations, services, bloc opératoire, SSPI) une prise en charge efficace de la douleur : **Dépister, prévenir, évaluer et traiter**,
- Améliorer l'information destinée aux patients,
- Prévenir systématiquement les effets secondaires et améliorer la tolérance des traitements,
- Favoriser l'analgésie locorégionale et développer la réhabilitation précoce,
- Prévenir et dépister la douleur induite par les soins,
- Prévenir et dépister les douleurs chroniques post chirurgicales.

2. DOCUMENTS DE REFERENCE

- Conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur postopératoire, 12 décembre 1997, société française d'anesthésie réanimation.
- Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire, Groupe d'experts 1999, société française d'anesthésie réanimation.
- Recommandations formalisées d'experts 2008, prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant, annales françaises d'anesthésie réanimation SFAR 2008.
- Référentiel de pratiques professionnelles, prise en charge de la douleur postopératoire, HAS et SFAR, juin 2005
- Fiches mémo douleur, fiches thérapeutiques disponibles dans le référentiel douleur de l'hôpital Foch et sur le site web d'anesthésie.

3. DESCRIPTION

3.1 Généralités

La douleur postopératoire (DPO) est une douleur aiguë, transitoire par excès de nociception (stimulus agressant l'organisme). Elle atteint son paroxysme dans les 48 premières heures et s'atténue progressivement en quelques jours (3 à 5 jours).

On distingue :

- la douleur localisée au site opératoire,
- La douleur provoquée par les sondes, les drains,
- La douleur liée aux soins.

3.2 L'organisation

Dès la consultation, information pré, per et postopératoire sur les modalités de prise en charge et les moyens thérapeutiques proposés à l'aide de documents écrits et validés.

1. A l'accueil du patient dans le service : Le dépistage de la douleur est réalisé systématiquement.

Education du patient et de son entourage par l'équipe soignante sur les outils d'évaluation, les traitements proposés et les effets secondaires prévisibles.

2. En pré- et peropératoire : mise en oeuvre des moyens analgésiques adjuvants adaptés (prémédication associée au paracétamol, co-analgésiques, titration de morphine, infiltrations cicatricielles d'anesthésiques locaux, administration de Kétamine). Les techniques d'analgésie locorégionale sont proposées en fonction des indications.

3. En SSPI : évaluation de l'intensité de la douleur avec une autoévaluation chiffrée. L'intensité de douleur est un critère de sortie de SSPI.

4. En postopératoire au sein du service : les interlocuteurs privilégiés restent le référent médical et paramédical spécifiquement formés à la prise en charge de la douleur. Toutefois, si nécessaire le médecin anesthésiste référent ou le médecin douleur peut intervenir à votre demande. Une consultation douleur peut être proposée au patient afin d'évaluer sa douleur en intégrant les dimensions psychologiques, émotionnelles et comportementales.

5. Avant la sortie du patient, la douleur neuropathique postchirurgicale sera dépistée et prise en compte.

6. En chirurgie ambulatoire : l'analgésie est organisée de façon spécifique et bien définie :

l'information des modalités de prise en charge de la DPO à domicile est transmise au patient et à son médecin traitant. Des prescriptions adaptées avec les recommandations d'usage (prise systématique des antalgiques, prescription anticipée avec des doses de secours) sont transmises avec les coordonnées des personnes à contacter si nécessaire.

L'évaluation de la douleur et surveillance

Il est recommandé d'évaluer l'intensité de la douleur avec une échelle d'autoévaluation : échelle numérique (EN), en cas d'incompréhension utiliser l'échelle verbale simple (EVS).

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est obligatoire quelque soit le secteur d'hospitalisation **au repos et à la mobilisation**.

Il convient de préciser le siège de la douleur (incision chirurgicale, sonde urinaire...).

1. **E.N** = Echelle Numérique : Cotation verbale de 0 à 10.

2. **EVS** :

0 = pas de douleur

1 = douleur faible (« un peu »)

2 = douleur importante (« beaucoup »)

3 = douleur très intense (« énormément »)

3. En cas de patient non communicant privilégier l'échelle d'hétéroévaluation : **ALGOPLUS**.

**Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë
chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale**

ALGOPLUS		
	Oui	Non
1 - Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Plaintes orales: « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total Oui		<input type="checkbox"/> / 5

Seuil de positivité : score > à 2 / 5

Total Oui | | / 5

La prise en charge thérapeutique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé une **échelle de décision thérapeutique** utilisée lors de la période périopératoire qui classe les antalgiques en trois paliers.

L'utilisation conjointe de ces analgésiques repose sur le concept d'analgésie multimodale, ils sont utilisés en association afin d'obtenir un effet synergique.

Palier I : **Antalgiques non morphiniques** (paracétamol, AINS, Néfopam)

Palier II : **Antalgiques morphiniques faibles** (codéine, tramadol),

Palier III : **Antalgiques morphiniques puissants** (morphine...).

Rappel des bonnes pratiques de prescription d'un antalgique :

- Administrer les antalgiques systématiquement à heure fixe sans attendre la demande du patient.
- Utiliser la voie d'administration appropriée en privilégiant la voie orale dès que possible.
- Evaluer régulièrement l'efficacité du traitement, consigner les scores de douleur au repos et en situation dynamique sur la feuille de surveillance du patient.
- S'assurer d'une adaptation quotidienne, ne pas interrompre un traitement antalgique sans avis médical.

Les antalgiques de palier 2 et 3 sont prescrits si :

- L'EVS > 1 ou palier 1 insuffisant, la fréquence respiratoire est > 10 par minute, le score de somnolence est < 3 avec maintien du contact verbal et le score de respiration est < 2.
- L'utilisation des morphiniques de palier 2 et 3 impose de disposer immédiatement de l'antidote : Naloxone (NARCAN®).
- Eviter de prescrire des sédatifs (hypnotiques, sédatifs) en association avec les morphiniques sans consensus médical.
- Anticiper une analgésie insuffisante par la prescription d'un antalgique de « secours »
- Prévenir et anticiper la douleur provoquée par les soins par l'administration d'un antalgique 1h avant le geste douloureux.

- Favoriser l'administration du MEOPA (mélange équimolaire protoxyde d'azote, oxygène) pour les douleurs induites par les soins.

Rappel des bonnes pratiques de prescription d'un antalgique en SSPI

- Respecter la pharmacologie et la pharmacocinétique des antalgiques : intervalle entre chaque prise, dose minimale efficace, effet plafond.
- Anticiper la douleur postopératoire dès le bloc opératoire : analgésie multimodale administrée 1 h avant la fin de l'intervention. Favoriser les techniques d'infiltrations cicatricielles d'anesthésiques locaux.
- L'utilisation de la morphine IV en bolus est réservée à la période de titration selon la prescription en respectant le protocole ci-dessous.
- Respecter les critères de sortie de SSPI : aucun patient ne doit quitter la SSPI si l'EVS > 1, EN > 3 au repos, EN > 4 à la mobilisation.

La morphine en mode PCA

La morphine en mode PCA est recommandée en cas de douleur modérée ou sévère et poursuivie en service d'hospitalisation, en respectant les réglages figurant sur la feuille de prescription.

Tubulure anti-reflux obligatoire
Pas de débit continu, pas de dose de charge, dilution: 1 mg/ml

La surveillance et la traçabilité de la fréquence respiratoire, du score de somnolence et de respiration sont consignés toutes les 4 heures avec l'historique de la PCA (bolus demandés et reçus, consommation de morphine).

En cas de surdosage en morphinique PREVENIR le médecin si :

Fréquence respiratoire <10, somnolence S2 ou S3, respiration R2 ou R3. : Suivre le schéma décisionnel ASA 1, 2 ou 3

S 0 ou S 1 surveillance standard

R 0 ou R 1 toutes les heures

S 2 et/ou R 2 1 : **arrêt morphine (I.V., S/C, P.O.)**

2 : **prévenir le médecin, Surveillance toutes les 15 minutes**

S 3 et/ou R 3 1 : **arrêt morphine (I.V, S/C, P.O.), O2 = 10 l/min.**

2 : **prévenir le médecin, stimuler le patient**

3 : **Injecter une ampoule de NALOXONE (diluer 0,4 mg dans 10 ml) en I.V.D.**

Prévention systématique des effets secondaires des morphiniques :

- Nausées et vomissements : dépistage à l'aide du score simplifié d'APFEL* : En cas de nausées, vomissements : ZOPHREN 1 cp x 4/j (PO) ou 1 ampoule de 4 mg x 3/j (IVL).
- Rétention d'urine : vérifier l'absence de globe vésical avec un Bladder Scan toutes les 6h et sonder si besoin.
- En cas de prurit (en SSPI) : NALOXONE (1 ampoule = 0,4 mg/ml), diluer 400 mcg (0,4 mg) dans 10 ml de sérum physiologique puis faire 1 ml de la solution soit 40 mcg en IVD).
- En cas de prurit (dans les services) : Polaramine
- En cas de constipation : MOVICOL 1 à 2 sachets (PO) en une seule prise le matin.

*** SCORE D'APFEL**

Sexe féminin

Antécédents de NVPO/mal des transports

Non fumeur

Morphiniques postopératoires

Durée d'anesthésie > 60 minutes

Prévention des douleurs chroniques post-chirurgicales

En postopératoire, la majoration de la consommation de morphiniques et une douleur de forte intensité doit conduire à dépister la survenue de douleurs chroniques neuropathiques résiduelles ceci à l'aide du questionnaire DN4 (**Annexe 2**).

Ces douleurs neuropathiques se manifestent le plus souvent par une hypersensibilité au niveau de l'incision chirurgicale et/ou une allodynie.

CONCLUSION

Une réflexion pluridisciplinaire est menée pour adapter au mieux les protocoles d'analgésie par type de chirurgie (**Annexe 3**), en fonction des comorbidités des patients.

Nous incitons aussi fortement nos collègues médicaux et paramédicaux au dépistage postopératoire précoce des douleurs neuropathiques avec si nécessaire orientation des patients en consultation douleur en postopératoire.

4. DOCUMENTS D'ENREGISTREMENT

Feuillet de « surveillance et auto-évaluation de la douleur » (et d'hétéro-évaluation)

5. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire **DN4** : dépistage des douleurs neuropathiques

Annexe 2 : Protocoles d'analgésie par type de chirurgie (Soins/Protocole/213 à 219)

Annexe 3 : Référentiel institutionnel douleur de l'Hôpital Foch

