

## **Information sur la douleur post-opératoire et son traitement en chirurgie digestive**

Ressentir des douleurs après une intervention portant sur l'œsophage, l'estomac, le pancréas, le côlon et le rectum est habituel. Il est de notre devoir de proposer diverses techniques capables de les diminuer. Ces techniques sont d'efficacité variable et tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Le but de ce court document est de vous expliquer les principaux éléments qui caractérisent chacune d'entre elles. **C'est pourquoi nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale.** N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez.

### **LES TECHNIQUES UTILISEES**

- **la PCA** : il s'agit des initiales anglaises d'Analgésie Contrôlée par le Patient. Cette technique est simple : une perfusion intra-veineuse est reliée à une pompe programmée pour répondre à votre demande et qui délivre de la morphine. Ainsi, lorsque vous avez mal ou avant un geste qui peut être douloureux (toilette, radio, kinésithérapie,...), vous appuyez sur un bouton presseur qui entraîne l'administration de morphine dont l'effet se fera sentir dans les 3 à 5 minutes qui suivent. La morphine est le médicament le plus efficace pour traiter la douleur post-opératoire et il n'y a aucun risque de vous "habituer" à ce produit; il n'y a pas d'exemple de dépendance liée à l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés dans le traitement d'une douleur postopératoire. La pompe est munie de sécurités afin d'éviter un surdosage. Cependant la PCA est d'une efficacité relative, le confort que cette technique vous procurera est incomplet, notamment lors des mouvements et de la toux. Les complications de cette technique sont celles liées à l'utilisation de la morphine (nausées, vomissements, démangeaisons) pour lesquelles nous vous donnerons un traitement approprié. La survenue d'une rétention d'urine peut nécessiter la mise en place d'une sonde urinaire.

- ***l'administration de morphine dans le liquide céphalo-rachidien ("rachianalgésie")*** : une ponction lombaire effectuée avec une aiguille très fine permet d'injecter de la morphine dans le liquide céphalo-rachidien. Cette piqûre est faite juste avant de vous endormir et est pratiquement indolore. Cette technique est toujours associée à une PCA : la douleur est très bien calmée pendant les 24 premières heures puis on retrouve les effets de la PCA. Les complications liées à cette technique sont celles liées à l'utilisation de morphine (nausées, vomissements, démangeaisons) pour lesquelles nous vous donnerons un traitement approprié. Une rétention d'urine est fréquente et nécessite le plus souvent la mise en place temporaire d'une sonde urinaire. Il y a aussi les complications possibles mais rares de la ponction lombaire : céphalée ou exceptionnellement lésion temporaire ou définitive d'une ou de plusieurs racines nerveuses.

- ***l'analgésie péridurale*** : c'est la technique la plus efficace pour lutter contre la douleur. Le principe de l'analgésie péridurale est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'abdomen en injectant au niveau thoracique un produit anesthésique local et un dérivé de la morphine. Mettre en place un cathéter péridural au niveau lombaire est extrêmement fréquent lors d'un accouchement; le mettre en place au niveau thoracique est habituel dans notre équipe (chirurgie thoracique). Il existe un risque de lésion d'un nerf, voire de la moelle épinière (qui peut conduire à une paraplégie) puisque le cathéter est mis en place près de celle-ci. Bien que ces

risques neurologiques soient exceptionnels, nous devons vous en informer. Les deux principales complications pouvant conduire à une atteinte neurologique sont :

- l'hématome péri-dural (fréquence= 1/4000 procédures)
- l'infection péri-durale ou épidurite (fréquence= 1/3000 procédures).

L'analgésie péri-durale peut même entraîner un arrêt cardiaque; mais il s'agit d'une complication "encore plus" exceptionnelle.

La mise en place du cathéter se fait juste avant l'anesthésie de manière à ce que vous puissiez nous signaler toute anomalie (douleur notamment), vous devez également nous signaler toute anomalie de la motricité ou de la sensibilité de vos jambes après l'intervention.

Le cathéter péri-dural est relié à une seringue qui injecte en permanence de la morphine et un anesthésique local. Il vous sera peut être proposé un système qui vous permet d'adapter la perfusion en fonction de votre douleur. Sachez cependant que l'effet des produits ne survient que 15 à 20 minutes après que vous ayez appuyé sur le bouton presseur. Le cathéter reste en place 2 à 3 jours jusqu'à ce que vous n'en ayez plus besoin. Une surveillance infirmière et médicale est mise en œuvre pendant toute la durée de la péri-durale pour vérifier son efficacité sur la douleur et détecter précocement une éventuelle complication.

En résumé, il y a 3 techniques :

- de la "relativement" moins efficace (PCA) à la plus efficace (péri-durale),
- de celle pour laquelle les complications sont les plus fréquentes et les moins graves (PCA) à celle pour laquelle les complications sont exceptionnelles mais les plus graves (péri-durale).

### **COMMENT CHOISIR ENTRE CES TECHNIQUES ?**

Plusieurs critères doivent vous aider et nous aider à choisir :

- votre état de santé : l'existence d'une maladie cardiaque, d'un encombrement bronchique, d'un essoufflement nous incite à vous proposer plutôt la technique la plus efficace (péri-durale).

- l'opération prévue : par exemple, une intervention sur l'œsophage oriente vers une analgésie péri-durale. Certaines interventions ne sont possibles que parce qu'une analgésie péri-durale est réalisée. Une intervention par vidéochirurgie donne des douleurs post-opératoires moins importantes et relève plutôt d'une PCA ou de l'association morphine injectée dans le liquide céphalo-rachidien et PCA.

- votre souhait : ne pas vouloir souffrir (ou vouloir souffrir le moins possible) est possible avec la péri-durale ; les autres techniques entraînent un soulagement notable de la douleur post-opératoire mais n'ont pas la même efficacité que la péri-durale. Pour la chirurgie colique classique (laparotomie), l'analgésie péri-durale qui autorise une réalimentation et déambulation précoce ainsi qu'une kinésithérapie active permet d'envisager en toute sécurité une hospitalisation plus confortable et de plus courte durée.

Ainsi, nous choisissons ensemble la technique de traitement de la douleur la plus adaptée à votre cas. Nous restons à votre disposition avant l'intervention pour vous donner toutes les explications complémentaires que vous souhaitez.

### **COMMENT POUVEZ-VOUS NOUS AIDER ?**

Chaque malade ressent la douleur post-opératoire de manière très personnelle et, de plus, de manière variable suivant les moments. C'est pourquoi il est très important que vous nous aidiez en

mesurant votre douleur. Un moyen simple consiste à donner une note à celle-ci, note comprise entre 0 ("aucune douleur") et 10 ("la pire douleur possible"). Tous les intermédiaires sont possibles.

Les infirmières vous demanderont de chiffrer votre douleur plusieurs fois par jour pour que nous puissions adapter votre traitement. Ainsi, mesurer la douleur post-opératoire devient aussi simple et utile que mesurer la tension ou la température.

Il est bien entendu impossible de vous garantir l'absence totale de douleur mais sachez que tous, médecins, infirmières et kinésithérapeutes, ont à cœur de vous aider à passer au mieux ces quelques jours post-opératoires. Toutes ces techniques sont prescrites et surveillées par des équipes médicales confirmées. Elles sont utilisées dans des conditions de sécurité maximales.

Les médecins anesthésistes-réanimateurs