



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



LU POUR VOUS

La douleur un an après

- Chiu M, Bryson GL, Lui A, Watters JM, Taljaard M, Nathan HJ. Reducing persistent postoperative pain and disability 1 year after breast cancer surgery: a randomized controlled trial comparing paravertebral block to local anesthetic infiltration. *Ann Surg Oncol* 2013
<http://dx.doi.org/10.1245/s10434-013-3334-6>
- Andrea MH, Andreae DA. Regional anaesthesia to prevent chronic pain after surgery: a *Cochrane systematic review* and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2013;111:711–20

Les patients douloureux après une intervention chirurgicale représentent la troisième cohorte de patients qui consultent dans les centres de prise en charge de la douleur. La chirurgie oncologique du sein est particulièrement concernée par ce problème. Dans ce contexte, plusieurs essais cliniques se sont penchés, d'une part, sur les facteurs favorisant et, d'autre part, sur les interventions thérapeutiques à visée préventive. Les essais cliniques médicamenteux concernent essentiellement la gabapentine, la prégabaline et la kétamine. Une autre approche a consisté à évaluer l'intérêt des techniques d'anesthésie locorégionale et notamment les infiltrations et le bloc paravertébral. Les résultats sont inconstants et les essais cliniques eux-mêmes qui associent souvent plusieurs approches préventives sont difficiles à interpréter. Infiltration et bloc paravertébral sont comparés dans l'article de Chiu et al. Une soixantaine de patientes ont été randomisées dans chaque groupe et un suivi a été organisé jusqu'à un an après la chirurgie. La douleur était évaluée sur une échelle numérique et le score supérieur à 3 a été retenu comme seuil de la douleur. Une analyse intermédiaire a montré que l'incidence escomptée de patientes douloureuses n'était pas atteinte, ce qui a conduit à interrompre l'étude, l'objectif d'une différence de 20 % dans l'intensité de la douleur ne pouvant être atteint. Au total, seulement neuf patientes (8 %) étaient douloureuses après un an. Les auteurs se sont interrogés sur ce « bon » résultat. Une partie de l'explication tient au caractère rétrospectif de nombreuses études précédentes. On peut aussi remarquer le protocole

analgésique remarquable qui encadrait les interventions comprenant l'administration préopératoire de célécoxib et de paracétamol, ainsi que la poursuite de ce traitement postopératoire, associée à l'administration en début d'intervention de dexaméthasone. L'utilisation d'un inhibiteur sélectif des COX-2 et d'un corticoïde a pu avoir un effet préventif sur le développement d'une réaction inflammatoire susceptible d'induire un état d'hyperalgésie après la chirurgie d'autant que l'effet combiné des analgésiques non morphinique et des anesthésiques locaux pouvait être de réduire la consommation d'opiacés. Cette étude n'atteint donc pas son objectif mais semble indiquer qu'une approche sérieuse de la douleur postopératoire combinant analgésie non opiacée et analgésie régionale est associée à une incidence de douleurs chroniques inférieure à ce qui était attendu.

Une revue *Cochrane* aborde le même sujet sous un autre angle, celui de la méta-analyse des essais cliniques publiés sur le sujet. Cette étude considère toutes les techniques d'anesthésie locorégionale incluant les blocs neuroaxiaux et tous les types de chirurgie concernés. En ce qui concerne la chirurgie du sein, 89 patientes incluses dans deux études différentes portant sur l'intérêt du bloc paravertébral ont été analysées. Le fait d'effectuer un bloc paravertébral diminuait significativement la fréquence de survenue des douleurs chroniques avec un odds-ratio à 0,37. Pour la chirurgie thoracique, trois études incluant au total 121 patients ont démontré une réduction des douleurs chroniques chez les patients ayant bénéficié d'une analgésie péridurale par rapport à une analgésie systémique (OR : 0,34). Bien qu'il s'agisse de l'amalgame d'études de faible ampleur et bien que l'effectif global ne soit pas considérable, les résultats sont suffisamment intéressants pour laisser envisager la possibilité d'une étude à plus grande échelle.

Francis Bonnet

Hôpital Tenon, Paris

Dormez tranquille

- Adams R Brown GT, Davidson M, Fisher E, Mathisen J, Thomson G, Webster NR. Efficacy of dexmedetomidine compared with midazolam for sedation

in adults intensive care patients: a systematic review. *Br J Anaesth* 2013;111:703–10

La dexmédétomidine, qui est un agoniste très sélectif des récepteurs alpha-2 adrénergiques, est utilisée depuis plus de 10 ans comme agent sédatif aux États-Unis. Après approbation de l'agence européenne du médicament, la dexmédétomidine est maintenant disponible en Europe et donc en France. L'objectif de l'analyse exhaustive de la littérature effectuée par le groupe de Adams et al. était d'évaluer la dexmédétomidine par comparaison au midazolam pour la sédation en réanimation. Six études prospectives ont été identifiées à partir de 58 articles sélectionnés. Deux de ces études étaient sponsorisées par Orion, la firme qui commercialise la dexmédétomidine. La qualité de la sédation était le critère de jugement principal, définie comme le temps passé à un niveau de sédation pré-établi, mais différent, dans quatre de ces études ou la possibilité d'atteindre un certain niveau de sédation. La durée de séjour en réanimation, la durée de ventilation mécanique et la stabilité hémodynamique étaient considérés comme des critères de jugement secondaires. Les résultats montrent que la dexmédétomidine diminue la fréquence cardiaque et le recours aux antihypertenseurs dans une étude, elle est comparable au midazolam en termes de stabilité de la sédation dans trois autres études, elle permet moins d'ajustement de doses dans une étude. Deux études ont montré une réduction de la durée de ventilation mécanique avec la dexmédétomidine et une étude objective une réduction de la durée de séjour en réanimation. Au total, cette revue de la littérature semble dégager quelques effets intéressants de la dexmédétomidine liés à son absence d'effet dépresseur de la ventilation et à sa maniabilité. La qualité des études est néanmoins médiocre et l'on a parfois l'impression qu'il est soit difficile de démontrer une impression clinique ou que celle-ci est considérée comme un acquis avant même que débute une étude qui ne la conforte pas forcément aussi solidement que le souhaiteraient les auteurs.

Francis Bonnet

Hôpital Tenon, Paris

Ne pas abuser

- Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Substance use disorder among anesthesiology residents 1975–2009. *JAMA* 2013;310:2289–96

Le développement d'une addiction parmi les jeunes médecins anesthésistes est un phénomène bien connu qui a fait couler beaucoup d'encre conduisant à une prise de conscience de l'ensemble de la collectivité y compris dans notre propre pays. L'addiction qui affecte les internes français comme les résidents nord-américains, est considérée comme plus grave avec un taux de récurrence important et un risque de décès par surdosage non négligeable. Il est intéressant d'évaluer ce que deviennent les jeunes médecins concernés par cette pathologie car leur prise en charge est probablement très différente en France (politique d'éviction) et aux États-Unis (politique de réhabilitation). Les auteurs de cet article ont consulté les

registres éducationnels de l'American Board of Anesthesiology qui reçoit des informations sur chaque résident tous les 6 mois, fournies par les directeurs de stage. Ces informations incluaient le relevé des actions disciplinaires entreprises ainsi que le registre national des décès pour dresser un inventaire de ce problème. Entre 1975 et 2009, les auteurs ont eu accès à 45 581 dossiers dont 1042 ont pu être considérés comme soumis à une addiction. Parmi ceux-ci, 384 cas correspondaient à une découverte de l'addiction au cours de la période de résidence, soit une incidence de 0,86 % rapportée au nombre total des résidents et une incidence annuelle de 2,16/1000 résidents. L'incidence était significativement plus élevée chez les hommes (2,68/1000/an) que chez les femmes (0,65/1000/an). L'évolution du phénomène montre une croissance progressive au cours des années 1990 suivie d'une diminution et d'une recrudescence après 2001. Les produits consommés le plus fréquemment étaient les opiacés intraveineux, l'alcool, puis le cannabis ou la cocaïne et enfin les agents anesthésiques hypnotiques et les opiacés par voie orale. La fréquence de la consommation d'opiacés intraveineux est bien entendue la « marque de fabrique » de l'anesthésie.

Le taux de rechute après identification du problème et traitement était proche de 30 % avec un délai moyen de deux ans et demi. La moitié des récidivistes n'exerçaient plus la médecine après révocation de leur licence. Vingt-huit (7,3 %) de ces 384 individus sont décédés en cours de formation en relation avec la consommation de substances addictogènes tandis que l'ensemble des décès en rapport avec l'addiction représentait 44 cas soit 11 % du total.

Comme le reconnaissent les auteurs, les chiffres obtenus représentent probablement la limite basse de l'incidence du problème compte tenu des difficultés rencontrées pour établir un diagnostic certain. Le fait que l'incidence du phénomène soit particulièrement élevé au cours des dernières années est frustrant eu égard aux efforts déployés pour identifier et traiter cette pathologie si ce n'est pour la prévenir. Il est probable que la conjonction de problèmes personnels et de phénomènes de société rende compte des fluctuations de l'incidence au fil des ans. L'incidence très élevée de rechute associée à une mortalité élevée de ces épisodes de rechute est un phénomène connu qui plaide en faveur d'un suivi très régulier des toxicomanes en milieu professionnel et questionne sur les possibilités de réinsertion dans la profession. Cependant l'éviction de la pratique de l'anesthésie ne règle pas tout puisque plus d'un tiers des décès surviennent alors que les médecins concernés ont abandonné l'exercice de l'anesthésie, si ce n'est de la médecine. Bref, le phénomène reste entier et source de préoccupations toujours actuelle de part et d'autre de l'Atlantique.

Francis Bonnet

Hôpital Tenon, Paris

Ressusciter ou ne pas ressusciter ?

- Knipe M, Hardman JG. Past, present, and future of « Do not attempt resuscitation orders in the perioperative period ». *Br J Anaesth* 2013;111:861–3

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2612205>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2612205>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)