Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 31 (2012) 605–608

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Mise au point

Inconfort lié à la sonde vésicale en période postopératoire

Catheter-related bladder discomfort in post-anaesthesia care unit

P. Tauzin-Fin *, L. Stecken, F. Sztark

Service d'anesthésie réanimation I, groupe hospitalier Pellegrin, CHU de Bordeaux et université Bordeaux-Segalen, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 21 avril 2011
Accepté le 13 mars 2012

Mots clés :
Sonde vésicale
Gêne vésicale
Douleur postopératoire
Récepteurs muscariniques
Oxybutynine

Keywords:
Urinary catheterization
Bladder discomfort
Postoperative pain
Muscarinic receptors
Oxybutynin

RÉSUMÉ

La gêne et/ou la douleur liée à la présence d'une sonde vésicale à demeure sont des composantes de la douleur postopératoire. La symptomatologie est proche de celle décrite dans l'hyperactivité vésicale associant envie d'uriner et incontinence urinaire. Elle est liée à une stimulation des récepteurs muscariniques vésicaux par la sonde vésicale. Le traitement de choix repose sur les inhibiteurs des récepteurs muscariniques, comme l'oxybutynine, qui peuvent être administrés par voie sublinguale. Des travaux ultérieurs devront confirmer l'efficacité de la kétamine, du tramadol et de la gabapentine dans cette situation.
© 2012 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Catheter-related bladder discomfort (CRBD) is an unrecognized clinical event. Symptoms of CRBD secondary to an indwelling urinary catheter mimic those of an overactive bladder, i.e. urinary frequency and urgency with or without urge incontinence. Stimulation of muscarinic receptors located in the bladder wall by the catheter is the triggering factor. Postoperative pain may be increased by the CRBD. Antimuscarinic drugs, as oxybutynin, are today the main treatment. Further studies are warranted to confirm efficacy of ketamine, tramadol and gabapentin in this situation.
© 2012 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La mise en place d'une sonde vésicale à demeure fait partie de la prise en charge habituelle d'un patient dans un contexte de réanimation ou de soins intensifs. En période périopératoire, le sondage vésical est nécessaire dans de nombreux types de chirurgie : interventions de longue durée, hémorragiques, à péritoine ouvert source de déperditions hydriques, ou interventions exposant à une insuffisance rénale postopératoire (chirurgie aortique, pancréatectomie...). Ce geste simple permet la surveillance de la diurèse, reflet de la réhydratation peropératoire et de l'efficacité des compensations des pertes sanguines. En chirurgie urologique, l'irrigation vésicale postopératoire est un impératif thérapeutique après résection de prostate ou de vessie afin d'éviter un caillotage intravésical. De plus, le sondage vésical associé à des sondes urétérales est souvent nécessaire lors de coliques néphrétiques ou d'insuffisance rénale obstructive. La présence d'une sonde vésicale à demeure peut être mal supportée, source d'inconfort et de douleur lors du réveil de l'anesthésie et peut entraîner des états d'agitation et de confusion postopératoires de traitement délicat.

Récemment, le Catheter-Related Bladder Discomfort (CRBD) syndrome ou inconfort lié au sondage vésical a été décrit [1–5]. Sa physiopathologie serait proche de celle du syndrome d'hyperactivité vésicale [1–5]. Nous rapportons ici sa séméiologie et sa physiopathologie, les moyens thérapeutiques, son rôle dans la douleur postopératoire et la conduite à tenir.

2. Reconnaître l'inconfort vésical et sa physiopathologie

2.1. Définitions

L'inconfort vésical lié à la présence d'une sonde urinaire peut se définir, au réveil d'une anesthésie, par l'apparition d'une simple gêne, une envie d'uriner permanente et douloureuse, pouvant entraîner agitation et confusion et faire que le patient tente d'arracher la sonde vésicale [1–3]. Sa fréquence est mal connue, estimée à plus de 50 % en chirurgie urologique. Le syndrome

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : patrick.tauzin-fin@chu-bordeaux.fr (P. Tauzin-Fin).

0750-7658/$ – see front matter © 2012 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.annfar.2012.03.009

d'hyperactivité vésicale se définit par la survenue d'envies urgentes d'uriner avec ou sans incontinence urinaire, associées à une pollakiurie et nycturie [6]. Il s'agit donc de deux entités cliniques bien différentes, mais dont le support physiopathologique serait très proche [1–3]. En effet, ces symptômes sont probablement liés à des contractions involontaires du détrusor, déclenchées par la stimulation des récepteurs muscariniques vésicaux. En postopératoire immédiat, le sondage vésical est le facteur déclenchant. Les médicaments bloquant les récepteurs muscariniques, oxybutynine et tolterodine, traitements de choix dans le syndrome d'hyperactivité vésicale, sont aussi actifs dans le traitement de l'inconfort vésical [1,2]. Cette constatation est en faveur d'un mécanisme physiopathologique très proche. Néanmoins, des travaux explorant l'activité vésicale dans ce contexte manquent pour confirmer cette hypothèse. Les patients peuvent aussi rapporter d'autres signes cliniques tels que contractions vésicales, spasmes urétraux et douleur profonde sous-pubienne. Au total, la terminologie anglo-saxonne « Catheter-Related Bladder Discomfort » est à retenir, car elle est descriptive et exprime une réalité : la vessie manifeste son intolérance à la présence permanente d'un cathéter. Le terme d'hyperactivité vésicale postopératoire sous-tend une physiopathologie non démontrée.

Une classification selon la gravité de la symptomatologie est proposée par Agarwal et al. [1–5] et est décrite dans le Tableau 1. La douleur postopératoire associée doit être quantifiée par les moyens classiques afin d'évaluer l'efficacité des traitements proposés.

2.2. Facteurs prédisposant

Le sexe masculin et le diamètre de la sonde vésicale (Charrière supérieur à 18) seraient des facteurs prédictifs d'inconfort vésical en postopératoire immédiat, mais ces données méritent d'être confirmées dans des cohortes plus importantes de patients [7]. La pose d'un cathéter suspubien réduit significativement l'importance et l'incidence du CRBD syndrome après prostatectomie radicale [8]. Une équipe chinoise a démontré l'efficacité d'une sonde urinaire recouverte d'un analgésique de surface dans la prévention du CRBD syndrome après chirurgie générale [9]. Il est rapporté 9 % de CRBD syndrome dans le groupe bénéficiant de ce dispositif et 61 % dans le groupe témoin ayant une sonde vésicale traditionnelle de même Charrière 16 ($p < 0{,}01$). Enfin, l'urothélium de l'urètre et de la vessie ont la même origine embryologique. La musculeuse du dôme vésical est d'origine endoblastique et celle du complexe trigone-urètre d'origine mésoblastique. Mahonny et al. [10] ont décrit de nombreux réflexes vésico-urétropérineaux. Il est probable que l'irritation de l'urètre liée au cathéter urétral puisse déclencher un réflexe de contraction vésicale. Ces différents éléments permettent de penser que le point de départ du mécanisme physiopathologique est l'irritation de la muqueuse urétrale et non l'irritation de la muqueuse vésicale.

Tableau 1
« Catheter-related bladder discomfort » syndrome.

Diagnostic positif	Envie d'uriner et/ou gêne dans la région suspubienne
Grade I	Envie d'uriner rapportée par le patient à l'interrogatoire
Grade II	Envie d'uriner exprimée spontanément par le patient
Grade III	État de confusion, agitation, tentative de retrait de la sonde vésicale
Douleur associée	Quantification obligatoire par EVA, EN ou EVS (contractions, spasmes urétrovésicaux, douleur profonde mal définie par le patient)

EVA : échelle visuelle analogique ; EN : échelle numérique ; EVS : échelle verbale simple.

3. Moyens thérapeutiques

3.1. Antagonistes des récepteurs muscariniques

Les différentes molécules délivrées en France sont l'oxybutynine, la toltérodine, la solifénacine, le chlorure de trospium et le flavoxate.

La toltérodine à la dose de 2 mg donnée par voie orale réduit de manière significative la fréquence d'apparition du CRBD syndrome par rapport à un groupe témoin [1]. Dans un autre travail, la toltérodine 2 mg a été comparée à l'oxybutynine 5 mg, les deux administrées par voie orale une heure avant la chirurgie. L'efficacité clinique est la même avec une réduction de 23 et 25 % de fréquence d'apparition du CRBD syndrome par rapport à un groupe témoin [2]. La fréquence des effets secondaires type sécheresse buccale est équivalente dans les deux groupes.

3.2. Kétamine

L'action de la kétamine sur le CRBD syndrome a été découverte de manière fortuite en étudiant l'effet de la kétamine sur le frisson postopératoire. À la dose de 250 μg/kg, administrée en bolus intraveineux en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) chez des patients présentant la séméiologie spécifique, la kétamine réduit significativement la fréquence de 92 % à 20 % à deux et à six heures en période postopératoire et la gravité du syndrome par rapport au groupe placebo [3]. Son mécanisme d'action repose sur ses sites d'action multiples : antagonistes des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA), des récepteurs opioïdes, monoaminergiques et cholinergiques. L'effet analgésique de ces faibles doses peut être additif ou synergique à l'effet antimuscarinique. Le risque de sédation postopératoire (somnolence, mais réponse aux ordres simples) est élevé : 64 % et 92 % à une heure et deux heures postopératoires, ce qui peut être un facteur limitant.

3.3. Gabapentine

La gabapentine a été utilisée avec succès dans le traitement du CRBD syndrome résistant aux traitements classiques. À la dose de 600 mg administrée per os une heure avant la chirurgie, la gabapentine réduit significativement la fréquence des symptômes de 80 % à 50 % par rapport au groupe placebo [4]. Le mécanisme d'action n'est pas connu : une « up-régulation » ou modulation des influx nerveux des fibres C afférentes de la vessie est évoquée. L'effet antihyperalgésique de la gabapentine peut être discuté devant la réduction significative de la douleur postopératoire et de la consommation de fentanyl [4]. L'association synergique et/ou additive de ces deux actions peut être évoquée. Mais la gabapentine n'a pas l'AMM dans cette indication.

3.4. Tramadol

Le tramadol est un opioïde de synthèse d'action centrale qui possède une action inhibitrice sur les récepteurs muscariniques M1et M3. Son action sur l'hyperactivité du détrusor chez le rat a été récemment démontrée. Administré à la dose de 1,5 mg/kg par voie intraveineuse, 30 minutes avant la fin de l'intervention, il diminue significativement l'incidence du CRBD syndrome de 55 % à 25 %, de même que son intensité par rapport au groupe placebo [5]. L'analgésie postopératoire administrée en mode contrôlé par le patient est améliorée et la consommation médiane de fentanyl est significativement diminuée de 210 à 176 μg/kg dans les groupes témoins et tramadol respectivement. Mais l'incidence des nausées-vomissements et des épisodes de sédation postopératoires est plus fréquente dans le groupe tramadol.

Les différents résultats sont rapportés dans le Tableau 2.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2745977

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2745977

Daneshyari.com