

Article original

Infiltration de ropivacaïne en chirurgie carcinologique du sein : effet sur la douleur postopératoire aiguë et chronique

Ropivacaine infiltration during breast cancer surgery: Postoperative acute and chronic pain effect

G. Baudry^{a,*}, A. Steghens^a, D. Laplaza^a, P. Koeberle^a, K. Bachour^a,
G. Bettinger^a, F. Combier^b, E. Samain^a

^a Pôle d'anesthésie-réanimation chirurgicale, centre hospitalier universitaire Jean-Minjoz, université de Franche-Comté,
3, boulevard Alexander-Fleming, 25000 Besançon, France

^b Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, centre hospitalier universitaire Le Bocage, université de Bourgogne,
1, boulevard Jeanne-D'Arc, 21000 Dijon, France

Reçu le 17 mars 2008 ; accepté le 6 octobre 2008

Disponible sur Internet le 14 novembre 2008

Résumé

Objectifs. – Diminuer la douleur postopératoire aiguë en chirurgie carcinologique du sein par une infiltration peropératoire de ropivacaïne. Évaluer l'impact de la technique sur la douleur à un an.

Type d'étude. – Étude prospective, randomisée, double insu, contrôlée contre placebo.

Patientes et méthode. – Chez 81 patientes, randomisées en deux groupes, en fin de chirurgie carcinologique du sein, les berges de la plaie ont été infiltrées avec 40 ml de ropivacaïne à 4,75 mg/ml ou de sérum physiologique. L'impact sur la douleur postopératoire aiguë a été évalué par comparaison des mesures de douleur sur échelle visuelle analogique et comparaison de la consommation d'antalgiques durant les 24 premières heures postopératoires. À un an, les patientes ont été interrogées par téléphone à la recherche de douleurs chroniques postopératoires. L'intensité de ces douleurs postopératoires chroniques a été évaluée par le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine.

Résultats. – Il n'a pas été observé de bénéfice de la technique sur l'analgésie postopératoire aiguë, ni sur la survenue de douleurs postopératoires chroniques.

Conclusion. – L'infiltration des berges cicatricielles par de la ropivacaïne en fin de chirurgie carcinologique du sein ne semble pas apporter de bénéfice ni à court, ni long terme.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objectives. – Decrease acute pain after breast cancer surgery by an infiltration of ropivacaine. Analyse effect on chronic pain.

Study design. – Prospective randomised double blind versus placebo study.

Patients and methods. – Eighty-one patients randomised between two groups received wound infiltration with 40 ml of ropivacaine 4.75 mg/ml or placebo. Acute pain was assessed during 24 h with analogical visual scale and antalgic consumption. One year later, telephonic interviews looked for chronic pain and evaluate it with McGill Pain Questionnaire.

Results. – Analogical visual scale pain score, antalgic consumption and chronic pain incidence were similar between groups.

Conclusion. – Ropivacaine scar infiltration provided no acute or chronic pain relief after breast cancer surgery.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ropivacaïne ; Infiltration ; Chirurgie ; Carcinologique ; Douleur ; Aiguë ; Chronique

Keywords: Ropivacaine; Infiltration; Breast; Cancer; Surgery; Acute; Chronic; Pain

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gerald.baudry@wanadoo.fr (G. Baudry).

1. Introduction

La chirurgie carcinologique du sein entraîne des douleurs postopératoires immédiates habituellement d'intensité modérée, durant moins de 48 heures, mais qui peuvent nécessiter le recours aux morphiniques. La réalisation d'une analgésie avec injection unique d'anesthésique local par infiltration péricarictricielle apporte un bénéfice en termes d'analgésie postopératoire dans certains types de chirurgie, notamment la chirurgie pariétale [1]. Son intérêt dans la chirurgie du sein est moins documenté. Quatre études, dont trois randomisées en double insu, de qualité méthodologique moyenne, totalisant 174 patientes opérées du sein (dont 144 de chirurgie carcinologique) ont été publiées [2–5]. La méta-analyse de ces quatre études [6], réalisée récemment par Marret et al., n'a pas démontré que l'infiltration de la cicatrice par des anesthésiques locaux (AL) permettait de diminuer significativement la douleur à la sixième ou la 12^e heure postopératoire (DMP = 0,5 [IC95 % : -2,0 ; 3,1], non significatif [NS]), ni à la h12 (DMP = 1,1 [IC95 % : -0,9 ; 3,1], NS).

Cependant, plusieurs éléments peuvent limiter l'interprétation de ces résultats :

- la technique d'infiltration est différente d'une étude à l'autre (infiltration de la plaie et des tissus profonds [3–5] ou infiltration des tissus sous-cutanés [2], associée à une infiltration complémentaire en cas d'intervention sur le creux axillaire [2,3]) ;
- certains des anesthésiques utilisés ont des durées prévisibles d'action brève (lidocaïne) ou sont utilisés à faible concentration (ropivacaïne 0,375 %) ;
- de faibles volumes d'AL sont infiltrés (0,3 ml/kg ou 20 ml [2–4]) ;
- le collectif de patientes opérées de chirurgie carcinologique inclus dans la méta-analyse était relativement faible (144 patientes) ;
- certaines patientes ont eu une chirurgie sur les deux seins ;
- enfin, l'effet antalgique potentiel dans les premières heures n'a été évalué que dans l'étude de Rosaeg et al. [5]. Cette dernière a montré un bénéfice sur les EVA transitoires, puisque disparaissant après 3 h 30 en postopératoire avec une diminution de la consommation morphinique intraveineuse jusqu'à 4 h 30 postopératoire. Ce bénéfice était obtenu grâce à l'infiltration d'un important volume (10 ml/kg) de lidocaïne adrénalinée chez des patientes opérées pour réduction mammaire.

Les limites de ces travaux nous ont fait émettre l'hypothèse que l'infiltration d'un volume important d'AL de longue durée d'action, à concentration suffisante pourrait faire apparaître un bénéfice clinique pertinent en postopératoire de chirurgie carcinologique du sein. De plus, la chirurgie du sein se complique fréquemment de douleurs postopératoires chroniques, rapportées chez 56 % des femmes dans le travail de Wallace et al. [7]. Les mécanismes de chronicisation de la douleur postopératoire ne sont pas complètement élucidés. Ils peuvent faire intervenir des phénomènes d'hyperexcitabilité

neuronale centrale [8], de lésions neurologiques [9] ou d'activation des systèmes pronociceptifs [10]. Malgré ces incertitudes physiopathologiques, l'approche multimodale de l'analgésie postopératoire dans la chirurgie carcinologique du sein semble apporter un bénéfice sur la douleur postopératoire aiguë mais aussi sur la douleur postopératoire chronique [11,12]. Cependant, l'intérêt de l'infiltration pariétale avec un anesthésique local dans cette approche multimodale n'est pas connu.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet d'une infiltration unique de ropivacaïne dans les berges de la plaie opératoire sur la douleur postopératoire immédiate (critère de jugement principal) et sur l'incidence et l'intensité des douleurs postopératoires chroniques (critère secondaire) en chirurgie carcinologique du sein.

2. Patientes et méthodes

2.1. Patientes

Cette étude monocentrique, prospective, randomisée, contrôlée contre placebo, en double insu, a été menée dans le service d'anesthésie-réanimation sur une période de 16 mois. L'étude a été menée en conformité avec la législation en vigueur et a reçue l'approbation du comité de protection des personnes de Franche-Comté (n° 03/360). Toutes les patientes incluses ont donné leur consentement écrit après l'information orale et la remise du document explicatif.

Les patientes programmées pour une chirurgie d'exérèse carcinologique d'un sein, par tumorectomie-curage (technique du ganglion sentinelle) ou mastectomie totale avec curage ganglionnaire (technique de Patey) étaient admissibles dans l'étude. Les critères d'inclusion étaient le sexe féminin, un âge supérieur à 18 ans et le consentement éclairé de participation à l'étude. Les critères de non-inclusion étaient : l'existence d'une douleur préopératoire dans le territoire de la chirurgie d'exérèse ou du curage, le sexe masculin, une grossesse évolutive ou l'absence de contraception chez les patientes non ménopausées, une allergie ou une contre-indication médicale à l'un des médicaments de l'étude, un traitement en cours par anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), morphinomimétique, corticoïde ou anticoagulant, un antécédent de syndrome douloureux chronique ou de chirurgie intrathoracique, de chirurgie du sein homolatéral et du bras homolatéral, une difficulté à comprendre ou utiliser les échelles visuelles analogiques (EVA) et verbales.

2.2. Protocole de prise en charge

Après l'inclusion, les patientes étaient randomisées (table de randomisation) en deux groupes : un groupe ropivacaïne et un groupe placebo. Le protocole anesthésique était identique dans les deux groupes : après une prémédication orale par hydroxyzine (1 mg/kg) donnée une à deux heures avant l'arrivée au bloc opératoire, l'induction anesthésique était réalisée par sufentanil (0,3 µg/kg) et propofol (2,5 mg/kg). La patiente était intubée par voie orotrachéale et mise sous

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2746682>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2746682>

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