




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Intérêt de l'instillation pariétale unique de ropivacaïne dans la prévention des douleurs après césarienne

Single-shot ropivacaine wound infiltration during cesarean section for postoperative pain relief

G. Ducarme^{a,*}, S. Sillou^a, A. Wernet^b, C. Davitian^a, O. Poujade^a, P.-F. Ceccaldi^a, B. Bougeois^b, D. Luton^a

^a Service de gynécologie obstétrique, hôpital Beaujon, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), université Paris-VII, 100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

^b Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Beaujon, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), université Paris-VII, 100, boulevard du Général-Leclerc, 92110 Clichy, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 1 juin 2010

Accepté le 17 février 2011

Disponible sur Internet le 22 octobre 2011

Mots clés :

Ropivacaïne

Césarienne

Instillation pariétale

Douleurs

RÉSUMÉ

Objectif. – Évaluer l'intérêt de l'instillation pariétale unique de ropivacaïne en fin de césarienne sur la prévention des douleurs postopératoires à l'aide d'une étude prospective, ouverte, randomisée, en double insu.

Patientes et méthodes. – Cent patientes bénéficiant d'une césarienne programmée sous rachianesthésie ont été incluses de septembre 2007 à mai 2008 et réparties en deux groupes : instillation pariétale unique de 20 mL à 7,5 mg/mL de ropivacaïne (groupe R ; $n = 56$) ou de 20 mL de sérum physiologique en fin de césarienne (groupe T ; $n = 44$). Le critère de jugement principal était l'évaluation de la douleur à la mobilisation des jambes à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). Les critères de jugement secondaires étaient l'évaluation des nausées, des vomissements et la consommation de médicaments opioïdes. Ces évaluations étaient réalisées en double insu pendant les 48 premières heures postopératoires.

Résultats. – L'EVA à la mobilisation était statistiquement moins importante ($p < 0,05$) dans le groupe R par rapport au groupe T aux temps M0, M20, M40, M60, H2 et H4. Mais, aux temps H8, H12 et H24, l'EVA n'était pas significativement différente entre les deux groupes. Les nausées, vomissements et la consommation d'opioïdes n'étaient pas significativement différents entre les groupes R et T et cela quel que soit le moment.

Discussion et conclusion. – L'infiltration pariétale unique de ropivacaïne en fin de césarienne programmée est une technique simple et sûre qui réduit de façon significative les douleurs des patientes durant les quatre premières heures postopératoires.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To assess the efficiency of single-shot ropivacaine wound infiltration during cesarean section for postoperative pain relief, using a prospective, randomized, double-blinded study.

Patients and methods. – One hundred consecutive patients with planned cesarean section were enrolled between September 2007 and May 2008 and randomized into two groups: single-shot wound infiltration of 20 mL of ropivacaine 7.5 mg/mL (Group R; $n = 56$) or single-shot wound infiltration of 20 mL of saline solution (group T; $n = 44$). The primary goal of this study was the double-blinded evaluation of the postoperative pain after coughing and leg raise using the 100-mm visual analog scales (VAS) during the first 48 postoperative hours after cesarean delivery. The secondary goals were the occurrence of nausea and vomiting and the morphine consumption.

Results. – Numerical pain rating scale for pain evaluation was significantly lower ($P < 0.05$) in the ropivacaine group than in the control group at M0, M20, M40, M60, H2 and H4. But, at H8, H12 and H24, no significant difference for VAS was noted between the two groups. The occurrence of nausea and vomiting and the total morphine consumption were not significantly different between the two groups during the first 48 postoperative hours.

Keywords:

Ropivacaine

Cesarean section

Wound infiltration

Pain

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : g.ducarme@gmail.com (G. Ducarme).

Discussion and conclusion. – Single-shot ropivacaine wound infiltration during planned cesarean section is a simple and safe procedure that provides effective reduction of post-partum pain within the first 4 hours.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Actuellement en France, environ 20 % des accouchements se font par césarienne. La douleur après césarienne est souvent sous-estimée alors même qu'une amélioration de la prise en charge des douleurs post césariennes permet d'améliorer la mobilisation de la patiente, la satisfaction maternelle et la relation mère-enfant. Différents moyens de prévention des douleurs postopératoires ont été évalués et, d'après la Société française d'anesthésie et réanimation, une stratégie d'analgésie multimodale doit être choisie [1].

L'infiltration cicatricielle est une technique simple d'analgésie locale. Elle consiste à administrer un agent analgésique, un anesthésique local le plus fréquemment ou un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou un opiacé, directement dans les berges d'une cicatrice chirurgicale afin de bloquer la transmission des influx douloureux par les terminaisons nerveuses distales. L'infiltration pariétale de ropivacaïne (Naropéine®) a montré son efficacité dans la prévention des douleurs postopératoires dans divers type de chirurgie [2–4]. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt de l'instillation pariétale unique de ropivacaïne en fin de césarienne programmée sous rachianesthésie sur la prévention des douleurs postopératoires durant les 48 premières heures du post-partum.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, en double insu, ouverte de septembre 2007 à mai 2008, incluant toutes les patientes devant bénéficier d'une césarienne programmée sous rachianesthésie et après information et consentement écrit de celles-ci. Les critères d'exclusion étaient une contre-indication à une anesthésie locorégionale ou à la ropivacaïne. Les patientes étaient alors réparties avant la césarienne par tirage au sort en deux groupes à l'aide d'enveloppes cachetées : un groupe ropivacaïne (R) qui recevait une instillation pariétale unique (sus- et sous-aponévrotique) de 20 mL de ropivacaïne (Naropéine®) dosée à 7,5 mg/mL, soit 150 mg en fin de césarienne, et un groupe témoin (T) qui recevait une instillation pariétale unique de 20 mL de sérum physiologique en fin de césarienne. Les seringues étaient préparées dans la salle de césariennes par la panseuse. L'instillation du produit désigné était faite par l'opérateur à l'insu de l'anesthésiste, ce dernier savait simplement si la patiente participait ou non à l'étude.

Toutes les rachianesthésies étaient standardisées selon le protocole du service, il était injecté de façon systématique pour l'ensemble des patientes de l'étude 10 mg de bupivacaïne, 2,5 µg de sufentanil et 100 µg de morphine. L'ensemble des patientes recevait en postopératoire de façon systématique des antalgiques (paracétamol un gramme, toutes les six heures), des anti-inflammatoires (kétoprofène 50 mg, toutes les huit heures) et du néfopam (20 mg, quatre à six fois par jour) pendant les 48 premières heures par voie intraveineuse. Il n'était pas administré de morphiniques durant les 24 premières heures du post-partum. Au-delà, l'administration de morphine était faite sous forme de bolus intraveineux de 3 mg jusqu'à obtenir une EVA inférieure ou égale à 30 mm. En prévention des nausées et/ou des vomissements postopératoires, une injection intraveineuse unique et systématique de dropéridol (1,25 mg) était faite en fin de césarienne.

Le critère de jugement principal était la quantification des douleurs au niveau de la cicatrice de césarienne à la toux et/ou à la mobilisation des jambes, à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA), échelle validée et reproductible. Il était demandé aux patientes de ne pas tenir compte des douleurs abdominales éventuellement liées aux troubles postopératoires du transit. Cette évaluation était faite en double insu du traitement reçu, à la fois pour la patiente et pour l'infirmière de salle de réveil, puis l'infirmière de maternité, qui enregistrait l'EVA selon le protocole. De plus, l'opérateur et l'anesthésiste n'intervenaient jamais dans l'évaluation de la douleur des patientes. L'enregistrement de l'EVA de la douleur (EVA de 0 à 100 mm) était répété toutes les 20 minutes pendant une heure en salle de réveil (M0, M20, M40 et M 60), puis toutes les quatre heures en maternité durant les 12 premières heures du post-partum (H2, H4, H8, H12), puis à la 24^e et 48^e heures.

Les critères de jugement secondaires étaient : la consommation d'opioïdes supplémentaires, la survenue de nausées et/ou de vomissements, la consommation d'antiémétiques évaluée pendant 48 heures selon la même fréquence que les douleurs par un score ; 0 correspondant à rien, 1 pour la survenue de nausées, 2 pour la survenue de vomissements calmés par métoclopramide intraveineux (10 mg × 3/j maximum) et 3 pour des vomissements résistants au métoclopramide et nécessitant l'utilisation d'un autre traitement intraveineux (ondansétron, 4 mg × 3/j).

Les caractéristiques générales de chaque patiente ont été recueillies : âge, gestité et parité, taille, poids et indice de masse corporelle (IMC). Concernant la grossesse en cours, l'âge gestationnel, la date de la césarienne, l'opérateur et l'indication de la césarienne étaient notés. Pour la césarienne, le type d'incision réalisée (Joel-Cohen, Pfannenstiel ou laparotomie médiane sous-ombilicale), l'existence de problèmes opératoires (rupture utérine, adhérences, atonie utérine, plaie vésicale, varices du segment inférieur, agitation maternelle), la durée opératoire, la durée du bloc moteur induit par la rachianesthésie, le temps passé en salle de réveil ainsi que les éventuels problèmes rencontrés (hémorragie, hypotension) étaient notés.

Nous avons estimé qu'une réduction d'au moins 30 % des scores EVA pouvait être obtenue dans le groupe (R), le nombre de patientes à inclure a été estimé à 50 par groupes pour montrer cette réduction ($\alpha = 0,05$ et $\beta = 80\%$). Les tests statistiques utilisés dans notre étude sont le test du Chi^2 pour les variables quantitatives et le test de Mann-Whitney pour les variables qualitatives. Une valeur de p strictement inférieure à 0,05 a été retenue comme significative.

3. Résultats

De septembre 2007 à mai 2008, 100 patientes ont été incluses dans l'étude : 44 dans le groupe T et 56 dans le groupe R. Aucune patiente n'a été perdue de vue ou exclue secondairement. Aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre les deux groupes concernant les caractéristiques démographiques (âge, taille, poids, IMC, gestité et parité, âge gestationnel), le type d'incision pratiquée pour la césarienne, la durée de la césarienne, la survenue de problèmes peropératoires, la durée du bloc moteur et la durée du séjour en salle de réveil (Tableau 1).

L'EVA à la mobilisation était statistiquement moins importante ($p < 0,05$) dans le groupe R par rapport au groupe T au temps M0, M20, M40, M60, H2 et H4. Mais, aux temps H8, H12 et H24, il

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949271>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949271>

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