

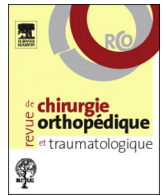


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Douleurs chroniques un an après chirurgie osseuse du pied : épidémiologie et facteurs associés[☆]



Chronic pain 1 year after foot surgery: Epidemiology and associated factors

F. Remérand^{a,*}, H.B. Godfroid^a, J. Brilhault^b, R. Vourc'h^a, J. Druon^b,
M. Laffon^c, J. Fusiardi^c

^a Pôle anesthésie réanimation SAMU, SAR2, hôpital Trousseau, CHRU de Tours, 37044 Tours cedex 9, France

^b Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, université François-Rabelais, CHRU de Tours, 37044 Tours, France

^c Pôle anesthésie réanimation SAMU, université François-Rabelais, CHRU de Tours, 37044 Tours, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Accepté le 10 août 2014

Mots clés :
Douleur chronique postopératoire
Douleur aiguë postopératoire
Chirurgie du pied et de la cheville
Douleurs neuropathiques

R É S U M É

Introduction. – Les douleurs chroniques postopératoires ont été essentiellement étudiées après des chirurgies lourdes. Leur incidence varie de 10 à 50 %, dont 5 à 68 % ont des caractéristiques neuropathiques. L'objectif de cette étude prospective monocentrique était de déterminer, après chirurgie osseuse du pied, l'incidence à un an des douleurs chroniques et des douleurs neuropathiques, ainsi que les facteurs associés à leur survenue.

Méthode. – Tous les patients opérés du pied ou de la cheville (chirurgie osseuse programmée) entre 2009 et 2011 dans un centre universitaire ont été inclus. Tous les patients recevaient une analgésie multimodale, comprenant généralement un bloc nerveux continu sciatique poplitée, du paracétamol, du kétoprofène voire de la kétamine. Ils étaient contactés par téléphone un an après leur opération. Les critères principaux d'évaluation étaient les douleurs modérées à sévères à un an (DoMS, score de douleur > 3/10), au repos et à la marche, et la présence de douleurs neuropathiques (score DN2). Diverses données cliniques périopératoires immédiates ont été testées en analyse multivariée.

Résultats. – À un an, 55 des 260 patients analysés (21 %) avaient des DoMS au repos, 111 (43 %) à la marche, 9 avaient (3 %) des douleurs neuropathiques. Après analyse multivariée, la survenue de DoMS durant la première nuit postopératoire ($p = 0,048$), à j1 postopératoire ($p = 0,043$), et la chirurgie de reprise ($p = 0,001$), étaient associées à la présence de DoMS à un an au repos et/ou à la marche.

Discussion. – L'incidence des DoMS un an après chirurgie osseuse du pied est similaire à celle retrouvée après des chirurgies plus lourdes. Celle des douleurs neuropathiques semble anecdotique. Les chirurgies osseuses de la cheville ou de l'arrière pied ne génèrent pas plus de douleurs chroniques que celle de l'hallux ou des orteils. Certains arguments laissent supposer que ces patients bénéficieraient d'interventions plus précoces.

Niveau de preuve. – IV, étude de cohorte, suivi prospectif observationnel.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Chez 20 % des patients douloureux chroniques adressés en centre spécialisé, la chirurgie est le facteur étiologique principal.

Les douleurs apparaissant après une chirurgie, sans cause retrouvée (complication locale), et persistant plus de 2 mois (temps imparti à une cicatrisation normale), sont appelées « douleurs chroniques postopératoires » (DCPO) [1]. Elles ont essentiellement été décrites après des chirurgies lourdes (thoracotomies, mastectomies). Leur incidence y est estimée entre 10 et 50 % [2,3]. Les DCPO y ont des caractéristiques neuropathiques dans deux tiers des cas [4]. La survenue des DCPO est souvent associée à la présence de douleurs chroniques préopératoires. En pratique, il est particulièrement fréquent de constater que des patients souffrant de douleurs avant une chirurgie continuent de se plaindre de ces douleurs en postopératoire.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2014.07.012>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.remerand@chu-tours.fr (F. Remérand).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2014.09.274>

1877-0517/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

En orthopédie, les douleurs préopératoires motivent l'intervention chirurgicale. L'analyse des douleurs persistant après l'intervention est donc complexe. Par exemple, un an après chirurgie du canal carpien, 36 % des patients ont des douleurs du poignet (et/ou de la main) opéré. Ces 36 % de patients comportent en fait 22 % de patients ayant des DCPO (c'est-à-dire des douleurs postopératoires différentes des douleurs préopératoires), et 12 % de patients ayant des douleurs dont les caractéristiques sont similaires aux douleurs préopératoires [5]. En chirurgie orthopédique lourde, respectivement 28 % et 35 % des patients ont des douleurs persistantes un an après arthroplastie totale de hanche ou de genou [6,7]. Dans une autre étude, 27 et 44 % des patients ont des douleurs 3 à 4 ans après une arthroplastie totale de hanche ou de genou [8]. Les douleurs y ont une composante neuropathique chez 1 % et 6 % des patients respectivement [8]. Dans ces études, les données périopératoires étaient généralement limitées, notamment concernant l'analgésie. Pourtant, certains protocoles d'analgésie postopératoire peuvent diminuer les douleurs chroniques après arthroplastie totale de hanche [9], ou les douleurs neuropathiques après arthroplastie totale de genou [10]. Après chirurgie osseuse du pied, il n'existe pas de données publiées estimant l'incidence des douleurs chroniques et/ou neuropathiques. En effet, l'évolution postopératoire y est généralement décrite sous forme de scores fonctionnels [11–13].

Les objectifs de cette étude étaient :

- de déterminer l'incidence des douleurs chroniques et des douleurs neuropathiques après chirurgie osseuse du pied ;
- de rechercher les facteurs associés à leur existence à un an.

2. Méthode

2.1. Inclusion des patients

Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective menée dans un centre hospitalo-universitaire entre octobre 2009 et août 2011. Cette étude observationnelle ne modifiant pas la prise en charge habituelle des patients, il n'a pas été demandé d'avis au CPP local conformément à la législation française. Un consentement du patient a cependant été systématiquement obtenu lors de l'appel téléphonique à un an.

Ont été inclus les patients opérés d'au moins une des régions suivantes : hallux et/ou orteils (phalanges et/ou métatarses), interligne de Lisfranc ou de Chopart, cheville, et dont l'analgésie postopératoire comprenait un cathéter paranerveux poplité ou un bloc poplité long (avec de la ropivacaïne). Les critères de non-inclusion étaient la chirurgie non osseuse du pied, la chirurgie osseuse d'un seul orteil (autre que l'hallux). Les critères d'exclusion étaient : prise de greffon iliaque, autre chirurgie concomitante, traumatisme récent (< 15 jours), sepsis, patients incapables d'évaluer leur douleur sur une échelle numérique simple (ENS) (de 0 = pas de douleur, à 10 = pire douleur imaginable), atteinte neurologique sensitive sévère, refus de participer à l'étude.

2.2. Prise en charge anesthésique

Les techniques d'anesthésie et d'analgésie étaient déterminées lors de la consultation pré-anesthésique, selon les antécédents médicaux et les *desiderata* du patient. Une anesthésie locorégionale était proposée en première intention si la durée opératoire était évaluée à moins de 90 minutes par le chirurgien. La prémédication comprenait 0,25–0,5 mg d'alprazolam. Au bloc opératoire, les paramètres vitaux du patient étaient surveillés de façon non invasive.

L'analgésie locorégionale continue était systématiquement proposée. Elle consistait en un bloc sciatique poplité continu. Le nerf était repéré sous neurostimulation [14] ou par échographie à partir d'octobre 2010, l'aiguille étant insérée dans le champ des ultrasons (sonde 4–13 MHz 12L-SC, échographe Venue 40, General Electric Healthcare, Vélizy, France). Vingt millilitres de ropivacaïne à 0,475 % ou de mépivacaïne 2 %/ropivacaïne 0,75 % étaient injectés à travers l'aiguille. Un cathéter non stimulant (Plexolong 20G, Pajunk®, Geisingen, Allemagne) était introduit 3–5 cm au-delà de l'extrémité de l'aiguille, puis fixé à la peau avec des adhésifs.

L'anesthésie générale était induite en intraveineux (sufentanil 0,2–0,3 µg/kg, propofol 2–3 mg/kg, atracurium 0,5 mg/kg, kétamine 0,5 mg/kg), puis entretenue par inhalation de sévoflurane et de protoxyde d'azote.

L'anesthésie locorégionale comprenait des blocs fémoral et poplité (20 mL de mépivacaïne 2 %/ropivacaïne 0,75 %, pour chaque bloc). Selon le médecin anesthésiste réanimateur, les patients pouvaient recevoir une sédation intraveineuse (midazolam 1 mg, sufentanil 5 µg).

Les procédures anesthésiques et analgésiques ont toutes été réalisées ou directement supervisées par 1 des 8 médecins anesthésiste réanimateur exerçant en orthopédie depuis plus de 4 ans.

2.3. Prise en charge chirurgicale

Après vidange veineuse du membre inférieur, un garrot pneumatique de cuisse était gonflé à 300 mmHg. En fin d'intervention, un redon aspiratif était généralement laissé en place. Les interventions ont toutes été réalisées par ou sous la supervision directe d'un chirurgien senior.

2.4. Prise en charge postopératoire

En salle de surveillance post-interventionnelle, une titration intraveineuse de morphine était réalisée en cas de douleurs modérées à sévères (DoMS, score ENS de douleur > 3/10). L'analgésie locorégionale continue comprenait une administration de ropivacaïne à 0,2 % (5 mL/h) via une pompe électronique (AmbIT™, Sorenson medical, Salt Lake City, États-Unis) ou élastomérique (Infusor LV5™ 300 mL, Baxter, Deerfield, États-Unis). Les pompes étaient régulièrement pesées et surveillées [14]. Le cathéter était clampé le second jour au matin, et retiré 6 heures après en l'absence de DoMS.

L'analgésie postopératoire systémique comprenait du paracétamol (4 g/j), du kétoprofène durant 48 h (200–300 mg/j) en l'absence de contre indication (clairance de la créatinine < 30 mL/min, antécédent d'ulcère gastroduodénal, allergie, asthme induit par les anti-inflammatoires non stéroïdiens). La prescription de kétamine (2 µg/kg/min durant 24 h, max 250 mg/j) était laissée au choix du médecin anesthésiste [15].

De la morphine était prescrite en antalgique de recours en auto-administration intraveineuse (bolus 1 mg, période réfractaire 7 minutes, dose maximum 20 mg sur 4 h, pas de débit continu) ou en administrations sous-cutanée ou orale à la demande.

Les patients repartaient à domicile avec du paracétamol. Ils étaient revus par le chirurgien à j45 avec un contrôle radiographique. Aucune des chirurgies étudiées n'était effectuée en ambulatoire dans le service.

2.5. Recueil des données cliniques périopératoires

Les caractéristiques des patients, de l'anesthésie, de la chirurgie, de l'analgésie périopératoire ont été recueillies dans le dossier d'anesthésie, le dossier médical informatisé du patient, et le logiciel

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4090388>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4090388>

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