



Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

Gestion du patient douloureux chronique en anesthésie

Docteur ADAM Frédéric

Service d'anesthésie

Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph
185 rue Raymond Losserand- 75014 Paris

Déclaration de lien d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Épidémiologie

Prévalence de la douleur chronique en France (STOPNEP)

30155 sujets

❖ Prévalence de la douleur chronique

20 - 31%

❖ Prévalence des douleurs de caractéristique
neuropathique 5 - 7%

Étude STOPNEP

La douleur chronique est :

- ❖ Plus fréquente chez la femme (60%)
- ❖ Augmente avec l'âge (pic à 50-64 ans)
- ❖ Deux fois plus fréquente chez les agriculteurs et travailleurs manuels

Etiologies des douleurs chroniques

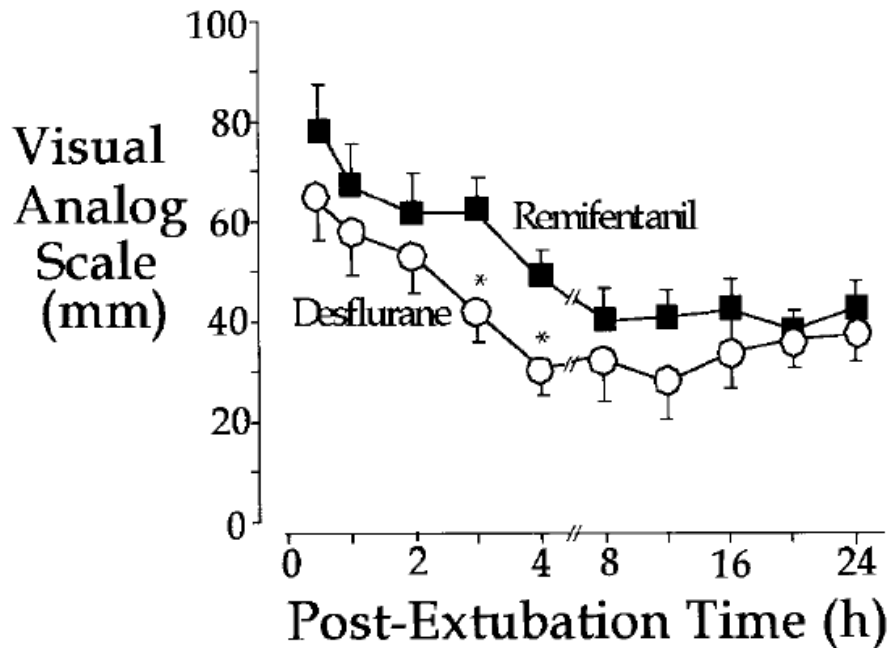
	Origine	Sous-type	Exemples
Douleurs non cancéreuses	Nociceptive	Somatique	Arthrose, maladie dégénérative du rachis
	Nociceptive	Viscérale	Endométriose, pancréatite chronique
	Nociceptive	Dysfonctionnelle	Fibromyalgie, syndrome du colon irritable
	Neuropathique	Périphérique	Traumatique, zona, membre fantôme
	Neuropathique	Centrale	Sclérose en plaques, AVC, syringomyélie
Douleurs cancéreuses	Mixte		Envahissement tumoral, liée au traitement

**Prise en charge du patient
sous traitement opiacé chronique
pour des douleurs chroniques**

Conséquences de la consommation chronique d'opioïdes

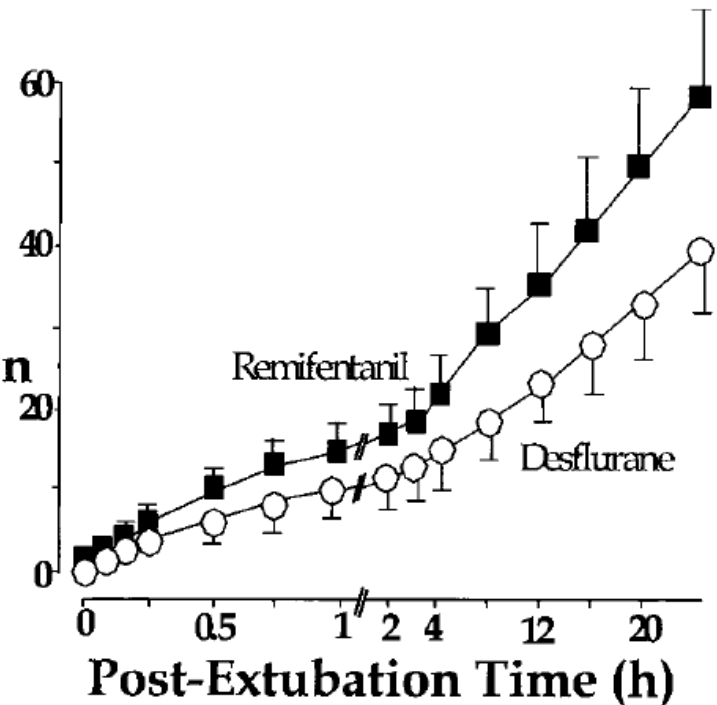
- ❖ Tolérance : nécessité d'augmenter les doses pour obtenir un même effet analgésique
- ❖ Dépendance physique : symptômes de sevrage lors de l'arrêt brusque du traitement, d'une baisse trop rapide de son dosage, ou d'une administration d'antagonistes
- ❖ Hyperalgésie Induite par les Opioides

Hyperalgésie induite par les opioïdes



Anesthésie balancée

Cumulative Morphine Consumption (mg)

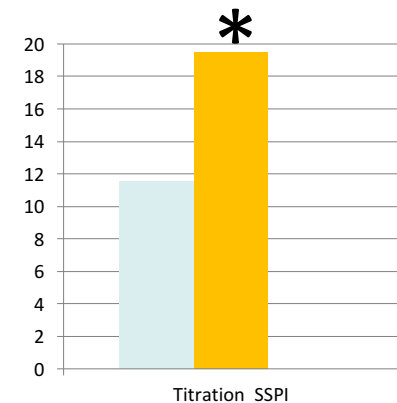
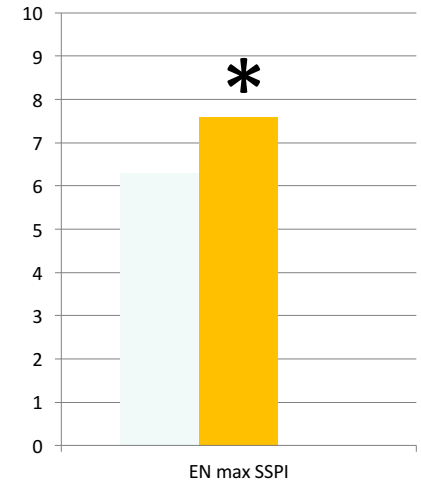


HIO et opioïdes faibles

Evaluation par test de nociception



	Pas d'opioïdes	Opioïdes
Sulfate de mo (mg)	0	40 ± 25 *
Test mécanique		
Delta PVF	1,02 (1,54)	1,79 (,83)*
Test thermique		
Seuil de tolérance au chaud (C)	48,42(2,2)	47,1(2,9)*
Durée tolérance au chaud (s)	51,1(17,4)	40,2 (23,3)*



Les patients sous opioïdes sont plus sensibles à la douleur expérimentale

Les patients sous opioïdes sont plus sensibles à la douleur chirurgicale

Prise en charge périopératoire d'un patient sous traitement opiacé chronique

❖ En préopératoire

- La période périopératoire n'est pas la période pour envisager un sevrage
- Evaluer toutes les douleurs
- Il faut rassurer le patient sur le fait que leur traitement ne constitue par un obstacle au soulagement de leur douleur postopératoire
- Les co-analgésiques (antiépileptiques ou antidépresseurs) ne doivent pas être arrêtés (RFE 2009)
- Il faut administrer en préopératoire la dose habituelle de morphinique, ou la dose équianalgésique d'un autre opioïde (RFE 2009)

Equianalgésie

Dénomination	Facteur de conversion	Equivalence de la dose de morphine orale
Codéine	1/6	60 mg codéine ≈ 10 mg de morphine
Tramadol	1/5	50 mg de tramadol ≈ 10 mg de morphine
Poudre d'opium	1/5	50 mg de poudre d'opium ≈ 10 mg de morphine
Dihydrocodéine	1/3	60 mg dihydrocodéine ≈ 20 mg de morphine
Morphine orale	1	Référence
Morphine SC	2	5 mg de morphine SC ≈ 10 mg de morphine
Morphine IV	3	3,3 mg de morphine IV ≈ 10 mg de morphine
Oxycodone	1,5 à 2	5mg de d'oxycodone ≈ 7,5 à 10 mg de morphine
Hydromorphone	7,5	4mg d'hydromorphone ≈ 30 mg de morphine
Patch fentanyl	100	25 µg/h de fentanyl transdermique ≈ 60 mg de morphine/j
Fentanyl transmuqueux		Pas d'équianalgésie

Fentanyl transmuqueux

Fentanyl transmuqueux	Début d'action	T max	Durée d'action	Présentation
Actiq®	15 min	20-40 min	120 min	Appli. buccal (μg) 200, 400, 600, 800, 1200, 1600
Abstral®	10-15 min	30-60 min	120 min	Cp. subling. (μg) 100, 200, 300, 400, 600, 800
Recivit®	10-15 min	30-60 min	120 min	Cp. subling. (μg) 67, 133, 267, 400, 533, 800
Effentora®	10-15 min	30-90 min	120 min	Cp. gingiv. (μg) 100, 200, 400, 600, 800
Instanyl®	10 min	12-15 min	60 min	Pulv. Nasal (μg) 50, 100, 200
Pecfent®	10 min	12-15 min	60 min	Pulv. Nasal (μg) 50, 400

Prise en charge périopératoire d'un patient sous traitement opiacé chronique

❖ En peropératoire

- Privilégier les techniques d'anesthésie locorégionale avec cathéter pour l'analgésie postopératoire
- L'anesthésie générale fait appel aux agents habituels, en sachant que la consommation de morphiniques est le plus souvent augmentée
- Les anti-hyperalgésiques

La Kétamine

Intraoperative Ketamine Reduces Perioperative Opiate Consumption in Opiate-dependent Patients with Chronic Back Pain Undergoing Back Surgery

Randy W. Loftus, M.D.,* Mark P. Yeager, M.D.,† Jeffrey A. Clark, M.D.,*
Jeremiah R. Brown, M.S., Ph.D.,‡ William A. Abdu, M.S., M.D.,§ Dilip K. Sengupta, M.D., Ph.D.,||
Michael L. Beach, M.D., Ph.D.†

Anesthesiology 2010; 113:639–46

Methods: This was a randomized, prospective, double-blinded, and placebo-controlled trial involving opiate-dependent patients undergoing major lumbar spine surgery. Fifty-two patients in the treatment group were administered 0.5 mg/kg intravenous ketamine on induction of anesthesia, and a continuous infusion at $10 \mu\text{g kg}^{-1} \text{min}^{-1}$ was begun on induction and terminated at wound closure. Fifty patients in the placebo group received saline of equivalent volume. Patients were observed for 48 h postoperatively and followed up at 6 weeks. The primary outcome was 48-h morphine consumption.

Résultats

Table 4. Outcomes

	Placebo	Ketamine	<i>P</i> Value
24 hr ME, total mg/24 hr	202 (176)	142 (82)	0.032
48 hr ME, total mg/48 hr	309 (341)	195 (111)	0.029
48 hr ME Adjusted, mg*	323 (347)	203 (109)	0.045
PACU VAS, cm	5.6 (3.0)	4.1 (3.1)	0.033
PACU ME, mg total	22 (20)	18 (14)	0.218
Ward VAS 24-hr, cm	4.8 (2.4)	4.7 (2.7)	0.902
Ward VAS 48-hr, cm	5.3 (2.2)	5.4 (2.1)	0.838
6-wk ME, mg/hr intravenous morphine	2.8 (6.9)	0.8 (1.1)	0.041
6-wk VAS, cm	4.2 (2.4)	3.1 (2.4)	0.026
PACU Discharge Time, min	160 (77)	174 (62)	0.321
Hospital Discharge Time, min	4,571 (4,099)	4,364 (2,296)	0.728

Intraoperative ketamine reduces immediate postoperative opioid consumption after spinal fusion surgery in chronic pain patients with opioid dependency: a randomized, blinded trial

Rikke Vibeke Nielsen^{a,*}, Jonna Storm Fomsgaard^a, Hanna Siegel^b, Robertas Martusevicius^a, Lone Nikolajsen^c, Jørgen Berg Dahl^d, Ole Mathiesen^e

PAIN 158 (2017) 463–470

- ❖ Arthrodeuse du rachis
- ❖ n = 150
- ❖ Bolus de S-kétamine 0,5 mg/kg puis perfusion continue 0,25 mg/kg/h

Résultats

- ❖ Consommation de morphine à 24h
 - ✓ Groupe kétamine : 79 (47) mg
 - ✓ Groupe placebo : 121 (53) mg **$P < 0,001$**
- ❖ Douleur à la mobilisation identique dans les 2 groupes
- ❖ Moins de sédation dans le groupe kétamine
- ❖ A 6 mois, le groupe kétamine présente moins de douleurs rachidiennes, marche plus longtemps et présente un meilleur indice d'Oswestry.

Exemples de posologie de la kétamine

Type de chirurgie	Induction	Entretien	
		Perfusion	Bolus
Très douloureuse	0,5 mg kg ⁻¹	0,5 mg kg ⁻¹ h ⁻¹	0,25 mg kg ⁻¹ 30 min
Modérément douloureuse	0,25 mg kg ⁻¹	0,25 mg kg ⁻¹ h ⁻¹	0,125 mg kg ⁻¹ 30 min

La kétamine peut être utilisé en complément de l'ALR

Les autres molécules anti-hyperalgésiantes

Les anti-hyperalgésiques

❖ Les gabapentinoïdes

- Réduisent la sensibilisation centrale, la consommation de morphine , les NVPO
- Augmentent le risque de sédation, de vertiges, troubles visuels et détresse respiratoire
- N'ont pas leur place en utilisation systématique

Conférence d'actualisation SFAR 2016

Intérêt chez les patients plus vulnérables ?

Les anti-hyperalgésiques

❖ La clonidine

Effect of Perioperative Systemic α_2 Agonists on Postoperative Morphine Consumption and Pain Intensity

Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials

Grégoire Blaudszun, M.D.,* Christopher Lysakowski, M.D.,† Nadia Elia, M.D., M.Sc.,‡
Martin R. Tramèr, M.D., D.Phil.§

Anesthesiology 2012, 116; 1312-22

L'utilisation de clonidine en prévention des hyperalgésies postopératoire ne peut être recommandée car ses effets indésirables hémodynamiques sont trop marqués (RFE SFAR 2009)

Les anti-hyperalgésiques

- ❖ Nefopam : effet de courte durée
- ❖ N₂O : rien sur la DPO aiguë et consommation d'analgésiques
- ❖ Magnésium : rien sur la DPO aiguë et consommation d'analgésiques

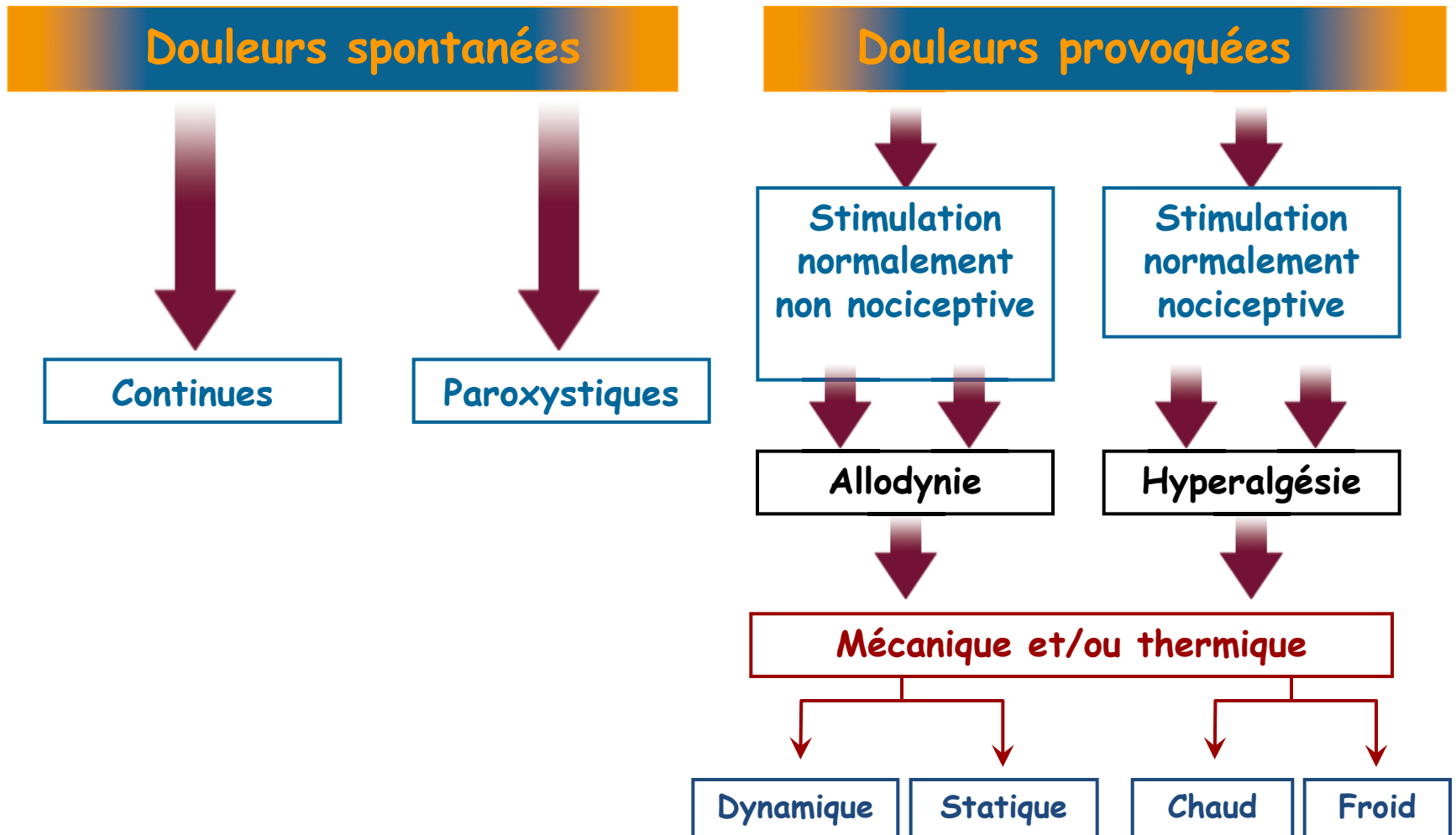
Prise en charge périopératoire d'un patient sous traitement opiacé chronique

❖ En postopératoire

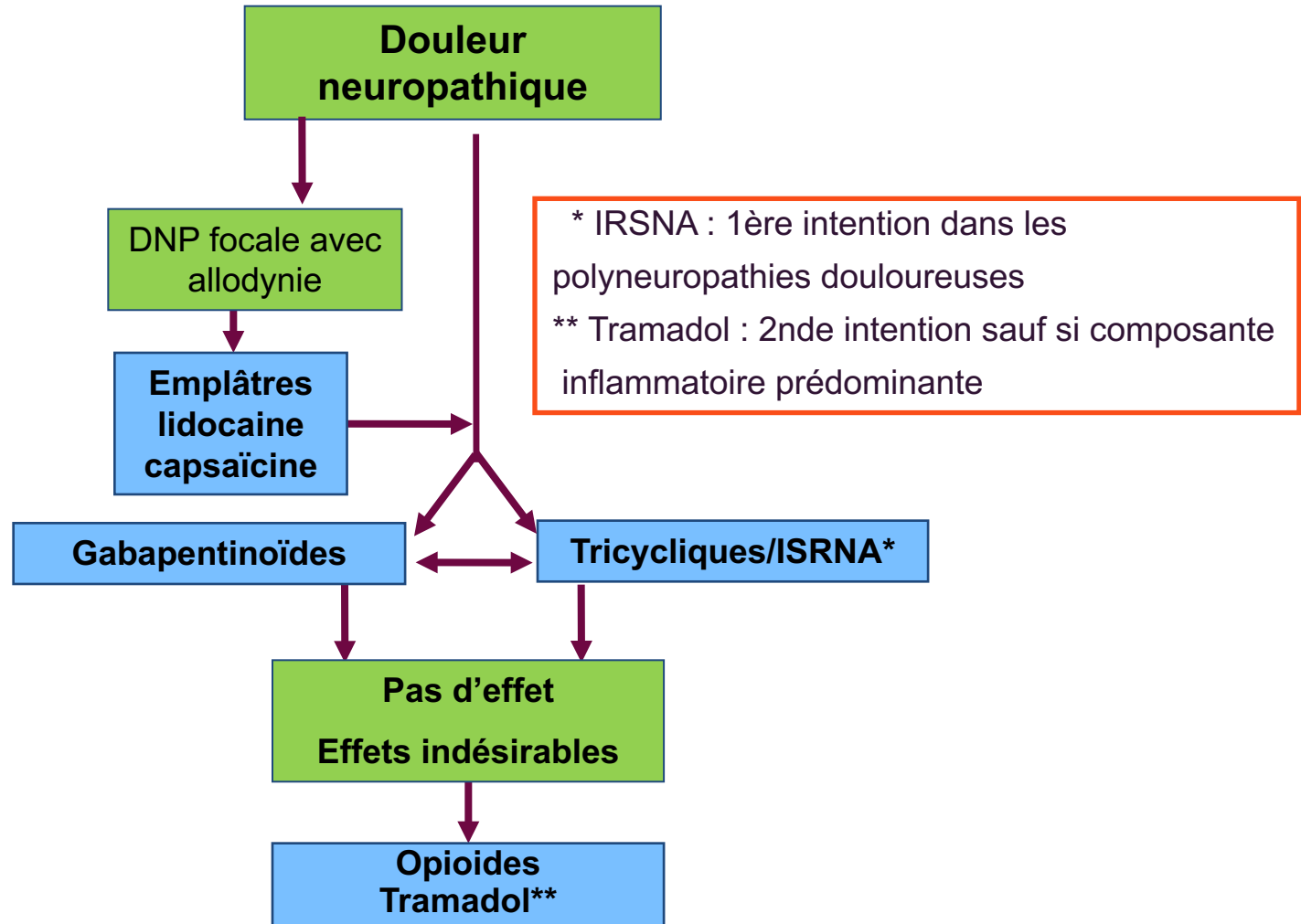
- Une augmentation de la dose de morphinique est à prévoir
- Monitoring rigoureux de la douleur et de la consommation antalgique
- Le traitement habituel est poursuivi
- Analgésie locorégionale
- Analgésie multimodale
- Si analgésie contrôlée par le patient, tenir compte de la dose de base
- Ne pas utiliser d'antagonistes opioïdes

**Prise en charge du patient
douloureux chronique présentant
des douleurs neuropathiques ou
dysfonctionnelles**

Sémiologie des douleurs neuropathiques



Algorithme thérapeutique des DN



DNP : douleur neuropathique périphérique
IRSNA: duloxetine, venlafaxine

Finnerup et al. Lancet Neurol 2015, 14; 162-73

Prise en charge du patient douloureux chronique présentant des DN ou dysfonctionnelles

❖ En préopératoire

- Evaluer toutes les douleurs
- Evaluer les facteurs de comorbidités: troubles du sommeil, anxiété, dépression, catastrophisme, trouble de la concentration...
- Il faut rassurer le patient et lui expliquer comment sa douleur sera prise en charge
- Les co-analgésiques (antiépileptiques ou antidépresseurs) ne doivent pas être arrêtés (RFE 2009)

Prise en charge du patient douloureux chronique présentant des DN ou dysfonctionnelles

❖ En peropératoire

- Privilégier les techniques d'anesthésie locorégionale avec cathéter pour l'analgésie postopératoire
- L'anesthésie générale fait appel aux agents habituels
- Utilisation de la kétamine en périopératoire

Prise en charge du patient douloureux chronique présentant des DN ou dysfonctionnelles

❖ En postopératoire

- Monitoring rigoureux de la douleur et de la consommation d'analgésiques
- Le traitement habituel est poursuivi
- Analgésie locorégionale
- Analgésie multimodale
- Attention à l'association tramadol et IRSNA
- Pas de contre indication à l'utilisation des morphiniques

Conclusions

- ❖ Le nombre de patients douloureux chroniques est en augmentation
- ❖ La douleur est à l'origine d'une réorganisation du système nerveux
- ❖ Les protocoles analgésiques standards sont souvent insuffisants
- ❖ Ces patients doivent bénéficier d'un traitement analgésique efficace dès l'induction



**Merci beaucoup
pour
votre attention**