

Anxiété périopératoire – un défi: bases et interventions axées sur les patients atteints de comorbidité psychosomatique

Rahel Fröbel et Tobias Ries Gisler

L'anxiété avant une intervention est très répandue et nécessite l'attention de l'équipe d'anesthésie. Une situation particulièrement délicate survient lorsqu'il existe à la base une maladie mentale chez des patients hospitalisés avec une atteinte somatique. Que faut-il considérer dans ce cas et quelles interventions sont recommandées?

«Nous avons souvent peur. Devant ce que nous ne comprenons pas. Notre meilleure arme contre la peur est la connaissance» (Wolff, 2011). Cette déclaration s'applique également à l'anesthésie. La peur d'une opération imminente est une réaction humaine compréhensible. Les patients ne savent pas exactement à quoi s'attendre. Ils sont confrontés à une situation qui n'est pas banale pour eux et ils s'inquiètent: l'opération réussira-t-elle? Vais-je avoir mal après? À quoi ressemblera la cicatrice? Sera-t-elle visible

par autrui? Une opération, c'est aussi parfois abandonner le contrôle de sa propre vie. Pendant l'anesthésie, il n'y a aucun moyen d'influencer soi-même ce qui se passe (Apfelbaum, Chen, Mehta et Gan, 2003, Bailey, 2010, Wolff, 2011).

Dans une étude, plus de 40% des patients ont exprimé leur crainte devant une intervention chirurgicale (Laufenberg-Feldmann, Kappis, Schuster et Ferner, 2016). Une évaluation externe de ces patients par des anesthésiologistes a même révélé une valeur encore plus élevée. Les spé-

cialistes ont constaté que 50% des participants présentaient des symptômes d'anxiété.

L'anxiété peut avoir différents déclencheurs. Généralement, il s'agit d'une perte imminente ou d'un changement en place. En général, la peur se dessine par deux composantes: premièrement, elle peut être nommée de manière concrète et deuxièmement, il s'agit d'une réponse à des menaces réelles.

Cependant, ces deux composantes ne sont pas données dans toutes les peurs. S'imaginer seulement une menace sans qu'elle soit réellement présente peut déjà être effrayant. Des personnes sont même terrorisées sans connaître les déclencheurs. Dans ce cas, la peur pour les personnes touchées et les personnes extérieures est incompréhensible – et, par conséquent, le soulagement d'autant plus difficile (Wolff, 2011).

Quelles sont les causes de la peur?

Pour l'équipe anesthésiste traitante, il est utile de savoir pourquoi les patients ont peur. Cela permet à l'équipe de réduire l'anxiété grâce à des interventions appropriées (Aust et al., 2016, Bailey, 2010). Cependant, s'il existe une anxiété exceptionnellement forte et que le patient ne peut nommer les causes de sa peur, une

Déclencheurs	Intervention
Manque de connaissances ou idées fausses	<ul style="list-style-type: none">• Explications pré-opératoires adaptées aux besoins sur l'opération, l'environnement péri-opératoire, les expériences et le risque de mortalité de l'opération proposée (Bailey, 2010; Bheemanna, Channaiah, Gowda, Shanmugham et Chanappa, 2017; Laufenberg-Feldmann et al., 2016)• Préparation visuelle, par exemple environnement de l'opération avec audio vision, images ou informations écrites (Bailey, 2010; Pulkkinen et al., 2016)
Perte de contrôle	<ul style="list-style-type: none">• Offrir aux patients une liberté de choix la plus complète possible lors d'un entretien préopératoire sur les mesures à prendre en cas de complications (Bailey, 2010)
Nervosité / tension préopératoire	<ul style="list-style-type: none">• Musicothérapie: environ 30 minutes avant l'opération, permettre d'écouter de la musique au choix via un casque ou dans la chambre (Bailey, 2010)• Médication anxiolytique (CAVE: l'abus de substances actuel ou passé peut être une contre-indication respectivement influencer le choix et la posologie du médicament) (Bailey, 2010)

Tableau 1: Interventions diminuant l'anxiété

situation difficile se présente. Il convient également de noter que la peur peut se cacher derrière l'apathie ou l'agressivité. Il est bien connu que l'anxiété peut affecter négativement la guérison postopératoire. Les conséquences possibles incluent une convalescence prolongée, des douleurs postopératoires et un risque accru d'infection (Bailey, 2010, Laufenberg-Feldmann, Kappis, Schuster et Ferner, 2016). Il est donc important que les professionnels de l'anesthésie soient en mesure de reconnaître les angoisses du patient, de les prendre au sérieux et d'en saisir les causes.

Selon la discussion préopératoire, les besoins et la nécessité des informations des patients doivent être connus (Laufenberg-Feldmann et al., 2016). Pour atténuer l'anxiété péri-opératoire, il est important d'avoir une continuité du personnel tout au long du processus péri-opératoire. Cela permet d'établir une relation entre les membres de l'équipe d'anesthésie et les patients (Bailey, 2010, Laufenberg-Feldmann et al., 2016, Pulkkinen, Junttila et Lindwall, 2016). Le tableau 1 récapitule les interventions visant à réduire l'anxiété se rapportant à différents déclencheurs.

Anxiété chez les patients avec comorbidité psychosomatique

Si, chez les patients hospitalisés pour une affection somatique il existe en plus une maladie mentale, il se peut que la question de la « peur » en anesthésie devienne plus complexe. Les chiffres provenant de l'Allemagne montrent que dans le groupe des adultes de 18 à 79 ans, environ 28% des patients hospitalisés pour une maladie somatique souffrent d'au moins un trouble mental (Jacobi et al., 2014). Des informations précises sur la situation en Suisse ne sont actuellement pas encore disponibles (Tuch, 2018).

Avec la présence simultanée d'une maladie mentale ou d'un trouble du comportement (diagnostics Foo-F99) et d'une maladie somatique, on parle de comorbidité psychosomatique. Que se soit la maladie somatique ou la maladie mentale qui est évaluée la plus élevée, c'est plus une question des paramètres de traitement actuels qu'une évaluation de l'importance des diagnostics existants

(Baumeister, Kury, & Bengel, 2011, Confédération suisse, 2018).

La prise en charge péri-opératoire des patients avec comorbidités psychosomatiques met l'équipe d'anesthésie devant des défis supplémentaires (Attrib, Bala, & Chatrath, 2012). Cela vaut notamment dans la prise en compte les interactions possibles des médicaments psychotropes et des anesthésiques. Il faut également penser à la diminution de la résistance au stress physique, à l'augmentation des complications et à la mortalité accrue. Des séjours prolongés à l'hôpital, des réhospitalisations plus fréquentes et des

ressources accrues sont d'autres conséquences possibles (Attri et al, 2012; .. Pulkkinen et al, 2016, Tuch, 2018).

Pour l'équipe d'anesthésie, il peut être très difficile de détecter de manière adéquate les risques liés à l'anxiété chez les personnes atteintes de comorbidités psychosomatiques et de prendre des mesures appropriées (Attri et al, 2012 ;. Pulkkinen et al 2016.). Dans ce contexte, les patients âgés ont besoin d'une attention accrue (Struble, Sullivan, et Hartman, 2014). Chez eux le choix des médicaments réduisant l'anxiété est considérablement limité. En même temps, il existe un risque accru

Patient	Emotionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de soi-même insuffisante (Struble et al., 2014) • Auto-stigmatisation (Struble et al., 2014) • Difficulté de communication due au stress préopératoire (Laufenberg-Feldmann et al., 2016) • Symptomatique négative dans la schizophrénie (aplanissement de l'affect, apathie) (Struble et al., 2014)
	Cognitives	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité de verbaliser la peur (Struble et al., 2014) • Trouble de la communication dû à un déficit cognitif (Laufenberg-Feldmann et al., 2016) • Perturbation de la communication due au trouble de la pensée en raison du contenu et / ou formelle (Struble et al., 2014) • Réduction de la concentration et de la mémoire (Struble et al., 2014)
	Interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Expression inadéquate de la peur sous forme d'agressivité, d'accusations, d'insultes (agression verbale) (Struble et al., 2014)
Personel	Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise insuffisante, méconnaissance de la maladie mentale (Struble et al., 2014)
	Temps	<ul style="list-style-type: none"> • Pression du temps, manque de temps pour des discussions préopératoires détaillées et le développement de la confiance (Bailey, 2010)
	Stigmatisation	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de contact exempt de préjugés avec les personnes atteintes de maladie psychique. Manque d'ouverture à l'observation, au développement de la confiance et à la planification de l'intervention
Symptomatique complexe		<ul style="list-style-type: none"> • Divers symptômes masquant les maladies somatiques (Bheemanna, Channaiah, Gowda, Shanmugham, & Chanappa, 2017; Struble et al., 2014)

Tableau 2: Causes possibles de l'anxiété péri-opératoire non reconnue

Symptômes physiques	Symptômes mentaux
palpitations, tachycardie	sensation se sentir constamment «en mouvement»
sueurs, frissons, mains froides et humides	peur excessive
sécheresse de la bouche	difficulté à se concentrer
dyspnée, sensation d'oppression	difficultés à s'endormir ou à avoir un sommeil continu
nausées, vomissements, diarrhées, inconfort gastro-intestinal	irritabilité
mictions fréquentes	sentiments d'aliénation envers soi-même ou l'environnement
difficultés à avaler	rougissement fréquent
vertiges, insécurité, somnolence	peur de la perte de contrôle
tremblement fin ou prononcé	peur de devenir fou
Insensibilité, sensation de picotements	peur de mourir
tension musculaire	
douleurs, douleurs à la poitrine	
fatigabilité facile	
agitation/incapacité à se détendre	

Tableau 3: Symptômes d'anxiété courants (Wenzel, 2003, p. 641; Wolff, 2011)

pour que les médicaments provoquent des interactions négatives (Pulkkinen et al, 2016; Attri et al, 2012; Struble et al, 2014). En raison d'une expérience de l'anxiété modifiée et d'une capacité limitée à exprimer leurs propres sentiments, il peut être difficile d'identifier l'anxiété du patient en se basant sur son comportement. Les difficultés qui se posent dans ce cas sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous.

Quels outils d'évaluation peuvent être utilisés?

Pour trouver la peur de manière ciblée chez les patients avec des troubles psychosomatiques, il est recommandé une évaluation de l'anxiété (Laufenberg-Feldmann et al., 2016). Ici, différents instruments peuvent être utilisés, par exemple l'APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) (Moerman, van Dam, Muller, & Oosting, 1996) ou le STOA (State-Trait-Operations-Angst)

(Krohne, Schmukle, et de Bruin, 2005). Les deux instruments ont été testés dans la pratique, sont considérés comme valides et ont fait leurs preuves (Berth, Petrovsky, et Balck, 2007; Krohne et al, 2005).

STOA est utilisé pour l'auto-évaluation et se compose de deux parties. La première partie (10 articles) détecte les réactions d'anxiété cognitives et affectives. La deuxième partie (20 articles) est directement focalisée sur la crainte d'une opération. De cette façon, le STOA collecte de manière sensible la menace réelle.

L'APAIS est également un outil d'auto-évaluation, mais avec 6 articles en moins. À l'aide de l'APAIS l'anxiété peut bien être déterminée, mais une différenciation entre les différentes peurs n'est pas possible (Wilson et al., 2016). En plus du dépistage, il est indispensable d'observer attentivement le patient afin de percevoir les symptômes d'anxiété physique et psychique (tableau 3).

Résumé

L'anxiété nécessite l'attention de l'équipe d'anesthésie. Le personnel spécialisé doit savoir que rechercher lorsque les patients présentent une comorbidité psychosomatique. Les aspects suivants s'avèrent importants dans ce contexte:

- Lors de l'entretien d'anesthésie préopératoire, il est important d'aborder les symptômes physiques et psychologiques de la peur sur la base d'un dépistage et de les documenter. Il est important de préciser si ces symptômes sont spécifiquement liés à la chirurgie (Wilson et al., 2016). La question centrale est la suivante: quelles stratégies d'adaptation se sont montrées efficaces jusque là en lien avec l'anxiété?
- Les spécialistes doivent, en préopératoire, collecter avec le patient toutes les informations pertinentes (par exemple en ce qui concerne les médicaments, le statut, l'abus de substances) et inclure les proches.
- La clé est de créer un climat de confiance afin de créer un environnement sûr pour le patient. Cela comprend une écoute active et empathique pour éviter des facteurs de stress supplémentaires (Struble et al., 2014; Pulkkinen et al., 2016).

Selon la situation, on peut mettre en place des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques individuelles appropriées pour augmenter la satisfaction du patient. Il est toujours important de prendre en compte l'état émotionnel, cognitif et physique actuel, le comportement interpersonnel et les antécédents psychiatriques (Struble et al., 2014). Dans toutes les mesures anxiolytiques périopératoires, il est essentiel de percevoir les patients comme des individus et de créer un climat de confiance.

Littérature:

Voir Journal d'anesthésie 04 / 2018



Contact:

Tobias Ries Gisler MScN, RN
Responsable de processus de formation continue en soins infirmiers et professions des thérapies médico-techniques (MTTB)
Hôpital universitaire de Zurich
tobias.riesgisler@usz.ch

Rahel Froebel, MScN, RN
Soins, Thérapies, Social (DPTS)
Hôpital universitaire psychiatrique de Zurich
rahel.froebel@puk.zh.ch