

Réduction des PONV et PDNV

Collectez des points e-log
Questions sur www.siga-fsia.ch/fr/mitglieder/e-log

Freddy Brouwers

Quel est l'effet de la prophylaxie ou du traitement médicamenteux sur l'incidence et / ou l'évolution des nausées et des vomissements postopératoires pendant et après l'hospitalisation? Les PDNV sont plus difficiles à traiter que les PONV.

Les nausées et les vomissements après une anesthésie générale constituent un effet secondaire redouté. Les patients ont plus peur des nausées et des vomissements que de la douleur (Odom-Forren et al., 2013).

Introduction

L'incidence des nausées et des vomissements est de 25-30%. Cependant, elle peut augmenter jusqu'à 80% chez les patients présentant un risque élevé de nausées et vomissements postopératoires (NVPO) ou Post-Operative Nausea and Vomiting (PONV) (Veiga-Gil, Pueyo et Lopez-Olaondo, 2017). L'apparition de NVPO entraîne un séjour prolongé en salle de réveil, une sortie retardée ou une ré-hospitalisation imprévue. Les PONV peuvent également entraîner des complications potentiellement mortelles telles que l'aspiration et une fuite anastomotique.

Les NVPO peuvent survenir immédiatement après l'anesthésie, après quelques heures voire après plusieurs jours. Si les symptômes n'apparaissent qu'après la sortie de l'hôpital, cela s'appelle «Post Discharged Nausea and Vomiting» ou «Nausées et vomissements post-décharge» (PDNV). Odom-Forrem et al. (2013) ont constaté que 2% de tous les patients opérés en ambulatoire souffraient toujours de nausées sévères le 7^{ème} jour postopératoire.

Des stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses peuvent prévenir et

traiter les PONV / PDNV. De manière prophylactique, un traitement multimodal ou ajusté en fonction du risque est utilisé aujourd'hui. Un médicament et / ou une prophylaxie non médicamenteuse telle que l'acupuncture sont utilisés chez tous les patients. Le profil de risque individuel du patient détermine l'aspect de la prophylaxie. Les médicaments les plus couramment utilisés sont: l'ondansétron, la dexaméthasone, le dimenhydrinate, le Primperan® et le dropéridol.

Les patients anesthésiés reçoivent plusieurs médicaments. Chaque médicament présente un risque d'effets

secondaires indésirables. Les effets secondaires des médicaments utilisés dans la prophylaxie et le traitement des PONV / PDNV vont de la bouche sèche aux maux de tête, en passant par des vertiges, de la fatigue, de l'hypo- ou de l'hypertension et un allongement de l'intervalle QT (Cao, White et Ma, 2017).

Quel est l'effet de la prophylaxie ou du traitement médicamenteux sur l'incidence et / ou l'évolution des nausées et vomissements postopératoires pendant et après l'hospitalisation? Il a été tenté de répondre à cette question au moyen d'une recherche dans la littérature.

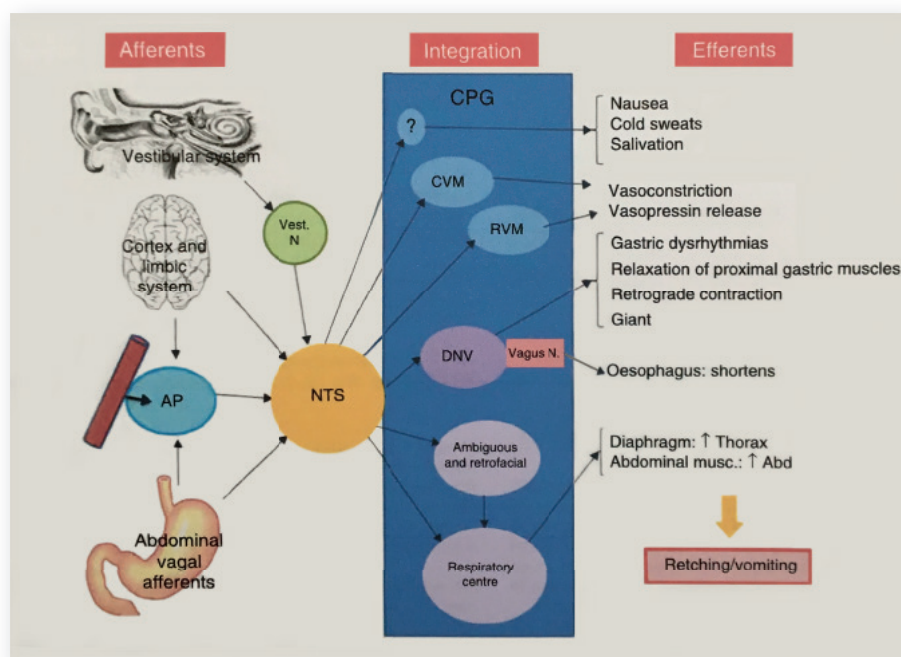


Figure 1: Réseau locomoteur spinal (CPG) Source: Veiga-Gil. et al., 2017

Contexte théorique

Physiopathologie des nausées et vomissements

La nausée est une perception consciente du cortex cérébral. Par contre, les vomissements sont assez complexes et sont contrôlés par les parties inférieures du cerveau. Il y a plus de choses connues au sujet du vomissement qu'à celui de l'apparition de la nausée.

La complexité des vomissements est contrôlée par une transmission de signaux de stimuli, tandis que le traitement de ces signaux et leur déclenchement sont en réalité un acte moteur. Les signaux de notre corps proviennent du tractus gastro-intestinal et sont contrôlés via le nerf



vague, le système vestibulaire, le cortex cérébral et l'area postrema. Dans le noyau du tractus solitaire, ces signaux sont collectés et transmis au «centre du vomissement». Ce centre fonctionne plutôt comme un générateur qui coordonne et déclenche les signaux efférents complexes. Cela déclenche de réels vomissements lorsque les stimuli normalement physiologiques n'arrivent pas dans le bon ordre. Les plus importants signes précurseurs des stimuli mal reçus peuvent être des sueurs froides, une hyper salivation, une vasoconstriction, la relaxation des muscles gastriques proximaux et le raccourcissement de l'œsophage, ainsi que des tensions du diaphragme et des muscles abdominaux (Veiga-Gil et al., 2017).

Score d'Apfel

Pour identifier les patients à risque de PONV / PDNV, des scores de risque peuvent être réalisés. Dans la plupart des études, c'est le score de risques d'Apfel qui est utilisé (1999). Ce score identifie quatre facteurs de risque associés à une incidence accrue de nausées et de vomis-

sements après une anesthésie. Si l'un de ces facteurs s'applique, le patient obtient un score de 1. Si plusieurs facteurs sont vrais, le score augmente en conséquence. Ces facteurs sont:

- Sexe féminin
 - Non fumeur
 - NVPO et / ou mal des transports dans l'anamnèse
 - Utilisation postopératoire d'opiacés
- Avec un score de 0, 1, 2, 3 et 4, le risque de PONV est de respectivement 10 %, 21 %, 39 %, 61 % et 79 % (Apfel, Läärä, Koivuranta, Greim et Roewer, 1999).

Pour le risque PDNV, Apfel (2012) a développé et validé un outil similaire. Les facteurs de risque sont:

- Sexe féminin
- Moins de 50 ans
- NVPO et / ou mal des transports dans l'anamnèse
- Utilisation postopératoire d'opiacés
- Nausées ou vomissements en salle de réveil

Avec un score de 0, 1, 2, 3, 4 ou 5, le risque de PDNV est de respectivement 7 %, 20 %, 28 %, 53 %, 60 % et 89 % (Apfel et al., 2012).

Antiémétiques

Parmi les cinq neurotransmetteurs, la sérotonine, la dopamine, l'histamine, la sub-

stance P et l'acétylcholine, sont connus pour jouer un rôle dans l'apparition des nausées et des vomissements. Les antiémétiques utilisés dans la vie quotidienne affectent soit les neurotransmetteurs, soit leurs récepteurs sur lesquels ils agissent. Les médicaments courants et leur mode d'action sont résumés dans le tableau 1.

Résultats

Les résultats de la recherche littéraire sont résumés ci-dessous en différents groupes.

Répartition des patients dans les groupes à risque

Si la gestion de l'anesthésie et la prophylaxie des PONV sont standardisées pour les patients présentant un score d'Apfel égal ou supérieur à 2, il est possible d'obtenir une faible incidence de PONV / PDNV de <10 % (Bruderer, Fisler, Steurer, Steurer, & Dullenkopf, 2017).

Les patients présentant un risque faible (score d'Apfel <2) de PONV / PDNV n'ont pas besoin de prophylaxie médicamenteuse. Bruderer et. al. (2017) recommandent d'autres mesures non pharmacologiques telles que la réduction de l'anxiété, des temps de jeûne plus courts pour les liquides clairs, une gestion du volume peropératoire plus efficace et l'évitement de la pression artérielle basse. Il ne faut pas forcer les patients à manger et boire après l'opération.

Combinaisons

La dexaméthasone est utilisée, dans la pratique quotidienne, en plus des antagonistes de la sérotonine à courte durée d'action. Pour les antagonistes de la sérotonine à action prolongée tels que le palonosétron, l'administration de dexa-

Médicaments	Mode d'action
Ondansétron, Granisétron, Dolansétron, Tropisétron, Ramosétron et Palonosétron	Antagonistes des récepteurs de la sérotonine
Droperidol Haloperidol	Bloque les récepteurs de la dopamine-2 dans l'area postrema
Dimenhhydrinate	Bloque les récepteurs de l'histamine-1
Aprepitant	Inhibition compétitive de la substance P

Tableau 1: Les antiémétiques et leur mode d'action Source: présentation personnelle

méthasone ne réduit pas davantage le nombre de PONV / PDNV (Blitz et al., 2012). En évaluant des études plus anciennes, Blitz et. al. (2012) ont constaté que le palonosétron était corrélé à une incidence plus faible de NVPO que les antagonistes de la sérotonine plus âgés associés à la dexaméthasone.

Conclusions

Prophylaxie selon le profil de risque

L'incidence des NVPO / PDNV varie en fonction du profil de risque. S'il n'y a pas de facteurs de risque selon le score de risque d'Apfel, la prophylaxie médicamenteuse ne semble pas nécessaire. Ainsi, les administrations de médicaments inutiles associées à d'autres effets secondaires potentiels peuvent être évitées.

Fondamentalement, ce sont les mêmes médicaments que pour la prophylaxie qui sont utilisés.

Thérapie combinée vs nouvelle génération d'antiémétiques

Pour se faire, il a été vérifié si l'introduction d'une nouvelle génération d'antago-

nistes de la sérotonine avait un sens, car cela pourrait rendre inutile l'administration supplémentaire de dexaméthasone. Si la supériorité du palonosétron, par exemple, est encore confirmée par les RCT, l'administration de deux préparations ou plus pourrait être réduite à une seule.

Chez les patients subissant une chirurgie ambulatoire, il y a toujours un risque que des nausées et des vomissements ne se manifestent qu'après avoir quitté l'hôpital. Dans la pratique, il n'est (jusqu'à) pas courant de donner aux patients des antiémétiques pour la maison car les effets secondaires peuvent être importants. Gan et. al (2009). ont montré qu'avec une thérapie combinée, les dosages des médicaments peuvent être considérablement réduits et qu'ainsi les effets secondaires n'existent plus. Les patients prenaient la prophylaxie pendant plusieurs jours sans être limités dans leurs activités quotidiennes. Il est bien connu que les PDNV sont plus difficiles à traiter que les NVPO.

Besoin d'études complémentaires

Il est encore nécessaire de mener des études plus approfondies sur le sujet des PONV / PDNV, car la physiopathologie de ceux-ci n'est toujours pas parfaitement comprise. Malgré de bons résultats, 10% des patients à risque souffrent encore et toujours de troubles importants.

Un traitement efficace lors d'apparition de PDNV n'est souvent pas possible puisque les patients sont déjà chez eux lorsque les symptômes apparaissent. La question se pose de savoir s'il est judicieux de donner des antiémétiques pour la maison aux patients à haut risque ou si une prophylaxie de plusieurs jours devrait être réalisée. Là aussi, des RCT supplémentaires sont nécessaires pour établir une approche standard.

Littérature sur www.siga-fsia.ch

Contact:

Freddy Brouwers
Expert diplômé en soins d'anesthésie EPD ES
Kantonsspital Graubünden
freddy.brouwers@ksgr.ch