

# Mesurer les douleurs peropératoires

Astrid Brown

A l'aide de quels critères les experts diplômés en soins d'anesthésie EPD ES estiment-ils la douleur peropératoire chez les patients qui ne peuvent pas donner d'évaluation eux-même? Pour le relevé de la douleur peropératoire, il existe un besoin de recherches supplémentaires. Nous avons besoin d'outils d'évaluation de la douleur fiables et validés ainsi que d'aides techniques qui peuvent être utilisées dans la pratique de tous les jours.

**Cet article spécialisé est basé sur la thèse de bachelor, que l'auteure a présenté en 2011 à la Haute Ecole sciences appliquées de Zurich (ZHAW). Dans ce travail, elle a examiné en détail huit études sur le thème de la douleur peropératoire. En août 2015, les résultats du travail ont été mis à jour pour cet article.**

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable causée par des lésions tissulaires réelles ou potentielles. Elle peut aller de pair avec celles-ci ou les déclencher et est décrite par les personnes comme si un tel dommage tissulaire en était la cause. La douleur est par conséquent expérimentée de manière subjective et individuelle, a un impact sur le bien-être physique et mental du patient et ne doit pas être sous-estimée. Qu'elle soit aiguë ou chronique, elle affecte la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches.

Les douleurs aiguës sont physiologiques, essentielles à la vie et contribuent, en tant que propre système d'alerte de l'organisme, à un comportement d'évitement de la douleur. Les douleurs chroniques sont considérées comme un syndrome avec ses propres valeurs de maladie en raison de leur durée persistante; elles n'ont pas de

fonction de protection ou d'avertissement. M. McCaffery, A. Beebe et J. Latham définissent la douleur comme suit: «La douleur est ce que l'intéressé signale à propos des douleurs, elles sont présentes lorsque le patient souffrant de douleurs dit qu'il a des douleurs.» Cela implique que le patient peut s'exprimer par rapport à sa douleur. Une telle expérience subjective de la douleur voire de sa représentation par le patient devrait donc avoir préséance par rapport à une évaluation étrangère.

Si un patient doit subir une opération, il s'attend à ne souffrir d'aucune douleur, indépendamment du fait qu'il ait une anesthésie régionale ou générale. L'avantage d'une anesthésie régionale ou locale est que le patient reste éveillé et disponible pendant toute l'opération et peut à tout moment donner des informations sur son état de douleur. Par contre, lors d'une anesthésie générale, puisque la capacité de communication du patient est limitée et une évaluation subjective de la douleur n'est pas possible, les douleurs peropératoires sont évaluées de manière externe en continu par les experts diplômés en soins d'anesthésie EPD ES responsables de l'anesthésie et traitées de façon appropriée. Cela soulève la question de savoir quels sont les critères pour ce faire. Il n'existe pas de recette patentée. Par conséquent, en plus de la capacité d'observation et d'évaluation externe, de

nouvelles méthodes sont nécessaires. Des conclusions intéressantes à ce sujet peuvent être tirées d'études qui ont été menées sur des patients adultes avec une anesthésie régionale (locale, péridurale ou rachianesthésie) ainsi que générale (intubation, masque laryngé, ventilation au masque), qui ont été anesthésiés avec des médicaments intraveineux/inhalés, des analgésiques et si nécessaire des myorelaxants. Il est crucial que les études soient toujours lues de manière critique - comme cela est le cas dans les exemples suivants.

## Évaluation difficile

M. Stomberg, B. Sjöstrom et H. Haljamäe ont examiné à l'aide d'études de cas avec des questionnaires et des entretiens peropératoires chez quarante soignants suédois diplômés en soins d'anesthésie comment ils évaluent les réactions à la douleur des patients pendant une anesthésie générale. La question de l'étude a été jugée compréhensible et axée sur la pratique. L'interprétation de ces entretiens s'est faite de manière qualitative, celle du questionnaire de manière quantitative. Il a été constaté que les participants expérimentés ont jugé difficile de différencier les critères d'évaluation concernant un éventuel traitement insuffisant de la douleur et/ou de la profondeur de l'anesthésie. Ils ont plutôt attribué les changements liés à



la peau tels que température, couleur, humidité, transpiration aux indicateurs de la douleur peropératoire. Les paramètres cliniques de la douleur qui ont été le plus fréquemment cités sont la peau humide et collante, la peau froide, le larmolement, les pupilles dilatées et le teint pâle. Les mouvements respiratoires, les réactions oculaires et le comportement circulatoire ont été considérés comme des indicateurs de la douleur peropératoire, ainsi que la preuve de la profondeur insuffisante de l'anesthésie. Pour les soignants expérimentés en anesthésie, les changements physiologiques indirects de la peau (transpiration ou température) étaient des indicateurs de la douleur aussi importants que les paramètres de surveillance monitorisés. Ces derniers comprenaient l'augmentation de la fréquence cardiaque/de la tension artérielle, l'hyperventilation avec augmentation de pression des voies aériennes, les changements de concentration de CO<sub>2</sub> ainsi qu'une diminution de l'amplitude de la plethysmographie. Afin que les résultats de l'étude puissent être appliqués à la pratique en Suisse, il est important de comparer les attributions des personnes interrogées à celles de leurs collègues suisses. Il est avéré que les deux sont tout à fait comparables.

### **Douleur ou profondeur insuffisante de l'anesthésie?**

Dans une deuxième étude, M. Stomberg, B. Sjöstrom et H. Haljamäe 2001 ont étudié comment les soignants en anesthésie évaluent les signes cliniques peropératoires et interprètent ceux qui sont causés par la douleur et/ou la profondeur insuffisante de l'anesthésie. Avec 223 participants, l'étude était représentative. L'étude a été conçue comme une étude multicentres ; Autrement dit, elle a été faite dans plusieurs hôpitaux. De ce fait, les données «spécifiques à l'hôpital» ont pu être éliminées. Cette étude peut également être rapportée aux normes suisses. Il faut cependant noter qu'elle a été réalisée en 2001, les résultats sont donc déjà vieux de dix ans.

À l'aide de variables, une tentative a été faite de différencier la présence de la douleur ou une profondeur d'anesthésie insuffisante. Cependant, une séparation

claire n'a pas été possible. Il était évident pour les participants de cette étude que la preuve de la profondeur de l'anesthésie était réalisable avec un suivi de l'électroencéphalographie (EEG). Mais les chercheurs ont constaté qu'en plus des paramètres vitaux monitorisés, la surveillance étroite et continue par les soignants en anesthésie est nécessaire. Ceci afin que les paramètres cliniques déterminants, tels que larmolement, grimace, peau humide et collante, statut pupillaire et tentative de mouvement soient rangés du côté de la douleur peropératoire et que dans le même temps, des mesures thérapeutiques soient initiées. Il est intéressant de noter les difficultés pour les participants de différencier l'évaluation de la douleur de la profondeur de l'anesthésie. Pareillement pour la diversité et la subjectivité avec lesquelles le personnel soignant en anesthésie pondère ses critères de décision.

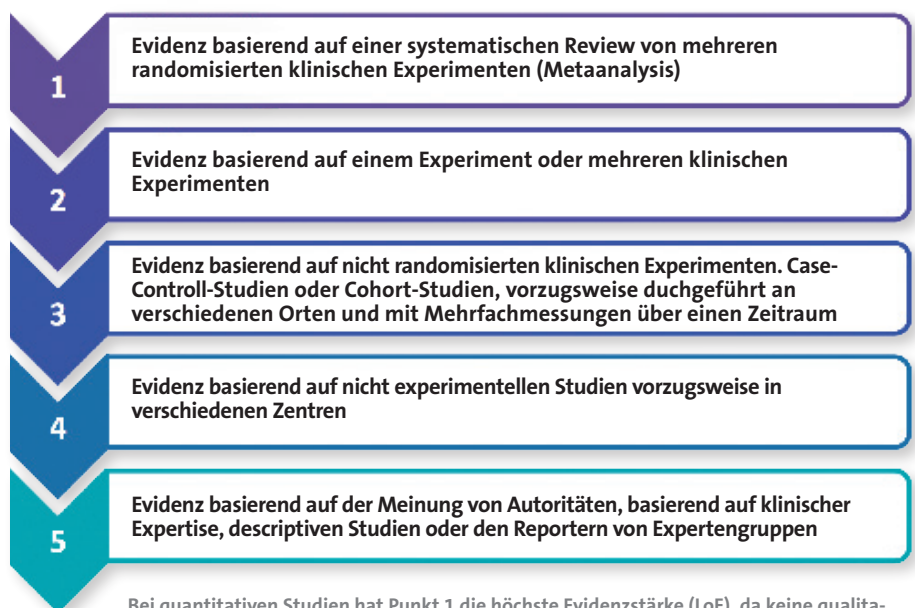
### **La formation professionnelle fait toute la différence**

En 2010, J. Burns et son équipe recherchent dans un hôpital parmi 72 anesthésistes, soignants en anesthésie et infirmières travaillant dans le contexte péri-opératoire, leurs connaissances et leurs attitudes envers la douleur. Des différences statistiquement significatives ont pu être montrées entre

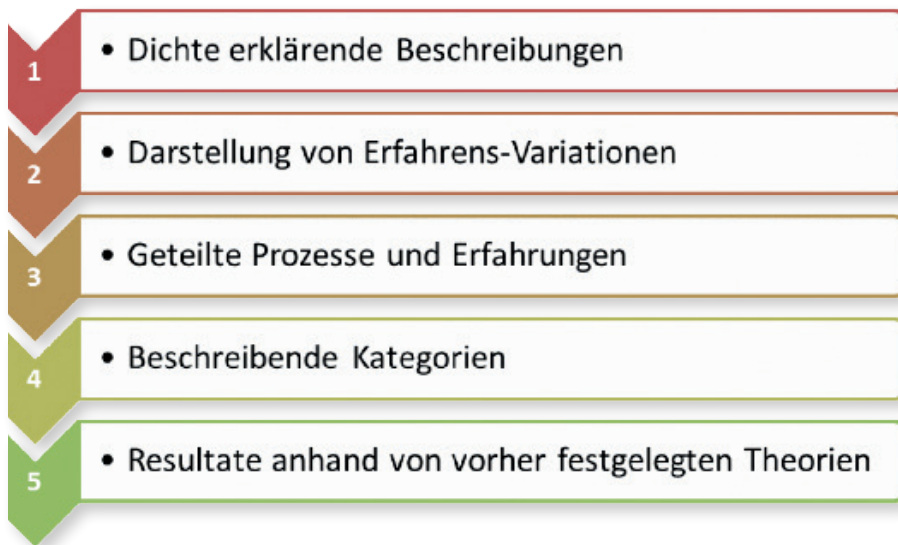
les médecins et le personnel soignant dans les soins préopératoires (service de soins). Aucune différence n'a été décelée entre les médecins, les soignants en anesthésie et les infirmières dans le domaine des soins post-opératoires (salle de réveil). On a pu prouver qu'un enseignement professionnel supérieur change l'attitude des professionnels face à la douleur, de sorte que les patients ayant des douleurs sont mieux soutenus et obtiennent des analgésiques plus tôt.

Les résultats de l'étude ont montré, comme quintessence, que, dans l'hôpital étudié, il y a un manque général de connaissances sur la physiologie, la philosophie et la gestion de la douleur qui sont nécessaires pour une évaluation correcte des douleurs.

Des études plus récentes attirent l'attention sur la conductivité de la peau, qui reflète le système nerveux sympathique et est influencée par les changements d'émotions, comme la douleur. Elle réagit immédiatement et n'est pas influencée par les changements hémodynamiques, les médicaments adrénérgiques ou un blocage neuromusculaire. Ainsi, la mesure de la conductivité de la peau peut être utilisée comme un outil pour la mesure de la douleur peropératoire lors de l'administration d'analgésiques. La conductivité de la peau donne également un éclaircissement sur l'intensité de la douleur,



Bei quantitativen Studien hat Punkt 1 die höchste Evidenzstärke (LoE), da keine qualitativen Inhalte wie zum Beispiel die Meinung einzelner Experten einfließen (Darstellung nach Madjar Walton (2001)).



Qualitative Studien erreichen höchste Evidenzstärke (LoE) mit vielfältigen Informationen aus verschiedenen Quellen (1). (Darstellung nach Kearney (2001))

des personnes responsables afin que les patients soient, à cet égard, adéquatement supervisés. Donc, en plus des facteurs personnels tels que l'éducation, les connaissances liées au sujet de la douleur sont également importantes (Burns et al., 2010). Même si la présence de la douleur ne peut être démontrée de manière formelle au moyen des paramètres cliniques et des paramètres vitaux mesurés (Stromberg et al., 2001b), il existe souvent un lien avec une profondeur peropératoire insuffisante de l'anesthésie, qui est probablement causée par un puissant stimulus douloureux (Sandin et al., 2008).

comme T. Ledowski, S. Albus, J. Stein et B. Macdonald l'ont démontré en 2011. Ceci est particulièrement important dans le cadre peri-opératoire. Pour les patients qui ne peuvent pas donner d'indications sur leur douleur, comme les enfants, les personnes souffrant de démence, les patients sous sédation ou anesthésiés, ceci serait une aide technique prometteuse. Ces études ont montré que l'évaluation et le traitement de la douleur est un défi qui ne peut être pris en charge par des dispositifs électroniques. Bien que ces dernières

années, le développement technologique ((Bispectral Index (BIS), Near-Infrared Spectroscopy (NIRS), Skin Conductance Algesiometer (SCA)) a été étudié (Gélinas et al., 2010; Haenggi et al., 2008), des aides techniques permettant d'évaluer la douleur peropératoires manquent, ce qui rendrait le travail quotidien des experts en soins d'anesthésie EPD ES plus sûr et améliorerait la qualité pour les patients. Pour l'appréciation des douleurs, il est toujours nécessaire d'avoir une évaluation externe comme l'attention constante

Littérature sur le web

#### Contact

Astrid Brown  
 MScN experte en anesthésie  
 Experte diplômée en soins d'anesthésie EPD ES  
 Clinique Hirslanden, Zürich  
 astrid.braun@hirslanden.ch