

Dépression respiratoire induite par les opioïdes en salle de réveil

Elena Camenzind

«Bonjour, respirez profondément, n'oubliez pas de respirer.» Les collaborateurs de la salle de réveil connaissent certainement cet avertissement adressé aux patients. C'est peut-être une raison de s'intéresser de plus près à ce sujet.

L'étude présentée (1) est consacrée au thème de la dépression respiratoire après l'administration d'opioïdes dans le cadre postopératoire. L'utilisation d'opioïdes pour le traitement de la douleur pendant la phase périopératoire est monnaie courante. Les opioïdes sont utilisés pour traiter la douleur pendant l'induction de l'anesthésie, en peropératoire et en postopératoire. Les opioïdes sont des médicaments qui présentent un certain danger potentiel, par exemple une forte sédation et une dépression respiratoire. Les soins postopératoires prodigués aux patients peuvent entraîner une **dépression respiratoire induite par les opioïdes (DRIO)**, qui peut être liée à des décès ou à des lésions cérébrales postopératoires (2). De même, l'administration d'opioïdes peut entraîner d'autres événements indésirables, tels qu'une sédation excessive et une dépression respiratoire, qui favorisent une durée d'hospitalisation plus longue, des coûts plus élevés, une probabilité accrue de réadmission et une mortalité accrue (3).

La DRIO est une combinaison induite par les opiacés d'une insuffisance respiratoire centrale (limitation de l'impulsion respiratoire), d'une sédation plus profonde et d'une obstruction des voies respiratoires supérieures (4). Selon les études, 61 à 88% des DRIO surviennent dans les 24 heures suivant une intervention chirurgicale (5-8). Une étude souligne que 13% de ces épisodes surviennent dans les deux premières heures en salle de réveil et que

97% d'entre eux auraient probablement pu être évités avec une meilleure surveillance (3). Les critères les plus utilisés pour détecter une DRIO sont une fréquence respiratoire inférieure à 8-10 respirations par minute, une saturation en oxygène (SpO_2) $\leq 90\%$, une obstruction des voies respiratoires, une sédation trop importante et une antagonisation par la naloxone (3, 5, 6, 9, 10). Les collaborateurs de la salle de réveil doivent connaître ces critères afin d'identifier les patients présentant un risque postopératoire accru d'une DRIO. Ces connaissances permettent d'améliorer la sécurité des patients et de garantir une qualité des soins élevée.

Les auteurs de l'étude mentionnée ont évalué la fréquence de la dépression respiratoire en salle de réveil chez les patients ayant subi une anesthésie avec des opioïdes (1).

Méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective avec une approche quantitative. Cela signifie que les dossiers des patients ont été examinés rétrospectivement pour la saisie de la DRIO. On a recherché une fréquence respiratoire ≤ 8 respirations par minute et une $SpO_2 < 90\%$. L'analyse a été générée à partir des données d'une salle de réveil au Brésil avec douze places, entre mars et juin 2018. Les patients ont été surveillés dans cette salle de réveil pendant

au moins une heure après l'anesthésie. La sortie a été décidée de manière interprofessionnelle par des médecins anesthésistes et des infirmiers/infirmières.

Résultats

Au total, 330 patients ont été inclus dans l'étude. Cinq cas ($n=5$) de DRIO postopératoires ont été constatés, ce qui représente une fréquence de 1,52% de l'échantillon. Dans les cas de DRIO, davantage de femmes (60%, $n=3$) étaient concernées. Quatre (80%) des cinq personnes avaient plus de 60 ans. Trois personnes avaient un ASA de classe 1 et deux un ASA de classe 2. Trois personnes ont eu une anesthésie générale et les autres une rachianesthésie. Le choix des opioïdes était trois fois du fentanyl (25-800 mcg), une fois du fentanyl (350 mcg) et du rémifentanyl (500 mcg) et une fois 40 mcg de morphine. Tous les patients présentaient encore un effet résiduel des opioïdes administrés à leur arrivée en salle de réveil.

La survenue d'une DRIO en lien avec les facteurs de risque préexistants n'a pas pu être démontrée (odds ratio 1,67, $p=.606$). Dans tous les cas présentés, la levée de la DRIO a débuté immédiatement après l'identification, par l'administration de naloxone et un soutien en oxygène a également été proposé. Aucun des patients n'a eu besoin de mesures étendues de maintien en vie ou de mesures invasives.

DRIO

plus élevé, les personnes âgées de 71 à 80 ans ont un risque 5,4 fois plus élevé et les personnes de plus de 80 ans ont même un risque 8,7 fois plus élevé de développer une DRIO (4). L'incidence plus élevée de l'apparition d'une DRIO s'explique par le fait que les personnes âgées sont de plus en plus sensibles aux effets centraux et dépressifs des opioïdes. Dans l'étude présentée, 80% des patients étaient âgés de plus de 60 ans.

De même, 60% des cas de DRIO étaient des femmes. Cela confirme les résultats de la littérature selon lesquels les femmes ont une incidence plus élevée (50 à 60%) de DRIO. Il est probable que les femmes aient une sensibilité accrue aux opioïdes (4). En ce qui concerne le type d'anesthésie, une étude indique que l'anesthésie générale est associée à une incidence significativement plus élevée de développement d'une DRIO (79,7%) (8). D'autres chercheurs décrivent l'utilisation de la naloxone chez 81% des patients ayant subi une anesthésie générale (9). Dans la présente étude également, 60% des patients atteints de DRIO ont eu une anesthésie générale. D'autres facteurs sont le type de chirurgie. La chirurgie générale (par exemple, la chirurgie viscérale) présente le risque le plus élevé (5,5/1000) de DRIO, suivie de la chirurgie orthopédique (4,8/1000) (3). On sait par ailleurs que les interventions d'une durée \geq deux heures augmentent également le risque de DRIO (11, 12). En outre, la position sur le dos pendant l'intervention entraîne un moins bon rapport ventilation-perfusion, ce qui favorise également une DRIO (4).

Discussion

De multiples facteurs tels que des facteurs chirurgicaux, anesthésiques et liés au patient peuvent favoriser une DRIO en phase postopératoire. Une DRIO peut avoir des conséquences désastreuses pour les patients concernés. La connaissance des facteurs de risque peut aider le personnel soignant à identifier les patients à risque (ou prédisposés). Les facteurs de risque d'une DRIO sont les suivants: l'âge, le sexe féminin, l'anesthésie générale, le type de chirurgie (par exemple la chirurgie viscérale), le positionnement chirurgical (sur le dos), une longue durée de l'intervention chirurgicale et l'administration d'opioïdes. Le risque de DRIO augmente avec l'âge. Par rapport aux jeunes adultes, les personnes âgées de 61 à 70 ans ont un risque 2,8 fois

Conclusions

La DRIO est une complication à prendre au sérieux, car elle peut entraîner des lésions cérébrales, voire le décès, des patients concernés si une réaction n'intervient pas à temps. Le personnel soignant de la salle de réveil joue un rôle crucial dans la prévention de DRIO. L'essentiel est d'identifier les patients et d'évaluer en permanence leur état général. Une surveillance adéquate des patients à risque, l'utilisation d'oxygène ainsi que, le cas échéant, une antagonisation par la naloxone peuvent éviter une mise en danger des patients et, d'autre part, garantir une sécurité élevée des patients.

Cette étude peut être considérée de manière critique. Par exemple, l'évolution temporelle, c'est-à-dire l'apparition de la DRIO et la dernière administration d'opioïdes, n'est pas traçable. De plus, il manque une analyse de puissance qui pourrait renforcer la pertinence de l'échantillon. Les résultats montrent néanmoins que la DRIO en salle de réveil constitue une complication importante. Les patients féminins et/ou âgés ont un risque accru de développer une DRIO en postopératoire. Néanmoins, une DRIO ne doit pas être exclue chez les patients jeunes et/ou en bonne santé. La sensibilisation du personnel de la salle de réveil et la mise en place d'une surveillance et de mesures adéquates devraient être prioritaires pour garantir une qualité de soins élevée aux patients.

Collectez des points e-log
Questions sur
<https://siga-fsia.ch/fr/membres/e-log.html>

Références www.siga-fsia.ch

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Sexe	Masculin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin
Age	66	21	68	67	67
Poids	94	43	69	79	65
ASA	2	1	2	1	1
Co-morbidités	Hypertension Diabète	Hypothyroïdie	Hypertension	Aucune	Aucune
Type d'anesthésie	Générale	Générale	Générale	Rachidienne et sédation	Rachidienne
Opiacé & Dosage (mcg)	Fentanyl (800)	Fentanyl (250)	Fentanyl/Remifentanyl (350/500)	Fentanyl (25)	Morphine (40)
Fréquence respiratoire par minute	8	6	7	8	8
SpO ₂	89%	72%	73%	88%	83%

Tableau 1: Présentation adaptée des patients avec une DRIO post-opératoire

Contact:

Elena Camenzind,
Directrice des soins d'anesthésie & experte en soins MScN,
Inselspital, département universitaire d'anesthésiologie et d'antalgie,
Freiburgstrasse, CH-3010 Bern
elena.camenzind@insel.ch