

## **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE IMMEDIATE EN SALLE DE SOINS POST INTERVENTIONNELS.**

ATANGANA R.<sup>1</sup>; BAHEBECK J.<sup>1</sup>; NGOWE NGOWE M. <sup>1</sup>; EYENGA V.C.<sup>1</sup>; HENTCHOYAR R.<sup>1</sup>; MANYACKA P.<sup>1</sup>; ZE MIKANDE J.<sup>1</sup>; BINAM F.<sup>1</sup>; ABOLO M.<sup>1</sup>

(Manuscript N° A34. Received 07 March 2006. Accepted in revised form 17 April 2006) **Clin Mother Child Health 2006; Vol 3, N° 1: 473-476**

### **RESUME:**

15 à 50 % des opérés font l'expérience des douleurs post opératoires en dépit des traitements analgésiques. Le but de ce travail a été d'évaluer la prise en charge de la douleur post opératoire (DPO) en salle de soins post interventionnels (SPPI).

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée dans le service d'anesthésie et de réanimation de l'Hôpital Général de Yaoundé, République du Cameroun. Ont été inclus dans cette étude des patients âgés de plus de 15 ans admis en salle de soins post interventionnels et capables d'utiliser les différentes échelles d'évaluation de la douleur (échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple). La DPO a été évaluée et les patients ont été traités. Les résultats ont été présentés sous forme de moyennes et de pourcentages. Le test de chi carré a été utilisé pour la comparaison des valeurs.

174 patients ont été recrutés, âgés de 34 ans en moyenne. Le sex ratio a été d'un homme pour 5 femmes. La majorité des interventions chirurgicales a été faite sous anesthésie générale (91 %). L'incidence des DPO a été de 94 %. La fréquence des DPO a été élevée dans les chirurgies orthopédique (13 cas soit 100 %) et gynéco obstétrique (118 cas soit 97,5 %) La Noramidopyrine a été l'antalgique le plus prescrit (73 % des patients). 4 % des patients ont présenté des effets indésirables dus au traitement. La lutte contre la DPO requiert une bonne évaluation de la douleur, des protocoles thérapeutiques adaptés et une surveillance clinique rigoureuse.

**MOTS CLES:** Douleur post opératoire - Salle de soins post interventionnels - Echelle d'auto évaluation de la douleur.

---

## **MANAGEMENT OF ACUTE POSTOPERATIVE PAIN IN THE RECOVERY ROOM.**

### **SUMMARY:**

Fifteen to fifty percent of patients experience post operative pain in spite of analgesics given per operatively. The aim of this study conducted in the intensive care unit of the Yaounde General Hospital in Cameroon was to evaluate post operative pain in the recovery room. It was a prospective and descriptive study. All patients more than 15 years old and whose pain could be evaluated using either the visual analysis, numerical and/or the visual pain scores were included in the study. Post operative pain was evaluated and the patients were treated. Results were presented in the form of means and percentages. The chi square test was used to compare certain variables.

A total of 174 patients were recruited with a male to female sex ratio of 1 to 5. The mean age was 35 years. The majority of the patients were operated under general anaesthesia (91%). The incidence of post operative pain was 94%. The frequency of post operative pains after orthopaedic and gynaecologic surgery was 100% and 97.5% respectively. Noramidopyrine was the most frequently prescribed analgesic (73%). Four percent of the patients presented with side effects of treatment.

Efficient management of post operative pain requires proper pain evaluation, administration of good therapeutic regimens and strict clinical monitoring of the patients.

**KEY WORDS:** Post operative pain - Recovery room - Self evaluation pain scores.

### **I- INTRODUCTION**

Malgré une compréhension croissante de la physiopathologie et le développement de techniques sophistiquées de traitement, la douleur post-opératoire (DPO) reste sous-évaluée et mal traitée. Depuis les années 1970, le nombre d'opérés non soulagés par les traitements de la douleur postopératoire reste élevé [1]. Le médecin anesthésiste doit faire face à ce constat et tenter

---

<sup>1</sup> Département de chirurgie et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé, Université de Yaoundé I, Cameroun.

Correspondances: ATANGANA R., Hôpital Général de Yaoundé, B.P. 5408, Yaoundé, République du Cameroun.  
E-mail: reneatangana@yahoo.fr

d'améliorer la situation. Le traitement de la douleur est à la fois une démarche éthique et médicale : tout praticien a obligation éthique de soulager la souffrance des patients et cette obligation est encore renforcée par les bénéfices médicaux potentiels d'une analgésie correcte en terme de morbidité, mortalité et coût de l'hospitalisation [2]. C'est ainsi que la lutte contre la douleur postopératoire est l'une des priorités dans la prise en charge de l'opéré par le médecin anesthésiste réanimateur [3]. Plusieurs études, provenant de différents pays, ont mis en évidence les insuffisances du soulagement de la douleur postopératoire. Dans la série de MIASKOWSKI et al, 88% des opérés déclarent avoir souffert plus de deux jours et 55% plus d'une semaine [4]. 15 à 50% des opérés font l'expérience de douleurs postopératoires sévères en dépit des traitements qui leur sont proposés [5]. De nombreux auteurs et comités d'experts ont proposé des stratégies, afin d'améliorer l'analgésie postopératoire. Tous ces protocoles impliquent l'évaluation de la douleur postopératoire. La mesure de la douleur est une tâche difficile pour des raisons qui tiennent au caractère très privé de la sensation douloureuse et à son intrication avec des éléments affectifs et cognitifs passant souvent au premier plan. En Afrique bien plus qu'ailleurs, des considérations d'ordre culturel et intellectuel entravent profondément le dépistage et la quantification de la DPO. A la suite de SAKOU et al, qui ont décrit l'état des lieux de la pratique de l'analgésie postopératoire en Afrique francophone [6], il est aujourd'hui indispensable de faire la lumière sur la prise en charge de ce malaise silencieux qui continue d'occulter très souvent les performances des équipes anesthésiques et chirurgicales. Cette étude avait ainsi pour but d'évaluer la prise en charge de la DPO en salle de soins post-interventionnels (SSPI).

## II- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive et prospective réalisée sur une période de 10 mois à compter de janvier 2004 à l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY), République du Cameroun. Le recrutement qui était consécutif concernait les opérés âgés de plus de 15 ans s'étant montrés aptes à utiliser les différents d'auto évaluation de la douleur : l'échelle verbale simple (EVS), l'échelle visuelle analogique simplifiée (EVA) et l'échelle numérique (EN). Les patients n'ayant pas séjourné en SSPI et ceux ayant présenté des troubles cognitifs durant leur séjour en SSPI ont été exclus. Par ailleurs, les opérés n'ayant présenté des douleurs postopératoires qu'après la sortie de la SSPI n'ont pas été inclus dans ce travail. En pratique, trois étapes ont été nécessaires au recueil des données. En consultation pré anesthésique, le consentement éclairé du patient et l'aptitude du patient à exprimer sa douleur à travers les échelles de douleur utilisées (EVS, EVA et EN) ont été recherchés. En

période peropératoire, les techniques d'anesthésie et de chirurgie, les incidents et accidents et les paramètres vitaux à la sortie du bloc opératoires ont été relevés. En SSPI, une première évaluation de la douleur a été faite à l'admission. Le traitement analgésique a été alors initié dans un délai variable en fonction de la technique d'anesthésie, du délai d'apparition et de l'intensité des DPO et des médicaments disponibles. La prise de la pression artérielle, du pouls et de la fréquence respiratoire a été effectuée, ainsi que la cotation des différents scores de sédation et de douleur qui ont été répétés régulièrement jusqu'à la sortie du patient de la SSPI. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyennes et pourcentages. Le test du chi carré a été utilisé pour la comparaison des variables.

## III- RESULTATS

Des 174 opérés retenus pour cette étude, les constats suivants se dégagent concernant le profil des patients admis en SSPI à l'HGY. Il s'agissait surtout de sujets de sexe féminin (sex-ratio de 1 homme pour 5 femmes), âgés en moyenne de 34,5 ans avec des extrêmes à 16 et 86 ans. La tranche d'âge de 21 à 40 ans a été la plus représentée avec 37% des patients. Le risque anesthésique a été faible (153 sujets de classe ASA I soit 88%) ou modéré (17 sujets de classe ASA II (soit 10%). Concernant les types de chirurgie pratiqués, il s'agissait de la chirurgie gynécologique (121 cas soit 69,5%) suivie de loin par la chirurgie viscérale (17 cas soit 10%) et la chirurgie orthopédique (13 cas soit 7,5%). Les 17 cas restants ont relevé de l'oto rhino laryngologie (ORL), de l'urologie, de la chirurgie vasculaire, de la chirurgie thoracique et de la neurochirurgie. De façon plus spécifique, les interventions ont consisté en des explorations laparoscopiques pour infertilité (48 cas soit 27,5%), des myomectomies et/ou hystérectomies par laparotomie (36 cas soit 21%), des césariennes (12 cas soit 7%), des ostéosynthèses pour fractures de membres (8 cas soit 4,5%) et des herniorraphies inguinales (7 cas soit 4%). La majorité des interventions a été réalisée sous anesthésie générale (158 cas soit 91%). Seuls 16 patients ont été opérés sous anesthésie locorégionale (12 soit 7% sous rachianesthésie et 4 soit 2% sous infiltration locale). La durée moyenne des anesthésies a été de 104 minutes pour une durée moyenne des interventions de 87 minutes. L'incidence des DPO évaluée a été de 93,3%. Cette incidence a été particulièrement élevée en orthopédie (13 cas soit 100%), en gynéco obstétrique (118 cas soit 97,5%) en chirurgie viscérale (15 cas soit 88,3%). Les douleurs sévères ont été rencontrées dans les suites de ces trois types de chirurgie. La survenue des DPO n'a été ni corrélée au sexe, ni à l'âge, ni à la classe ASA. Par contre, l'anesthésie locorégionale a été associée à une réduction de l'incidence des DPO. Le délai d'apparition des DPO après admission en SSPI a

été d'environ 10 minutes avec des extrêmes de 0 à 30 minutes. Ce délai a été plus court chez les opérés âgés de plus de 60 ans (6,6 minutes). Concernant la pratique de l'analgésie postopératoire, seuls 33 soit 19% des opérés ont bénéficié de l'administration d'analgésique à visée préventive avant la sortie du bloc opératoire. La noramidopyrine a été l'antalgique le plus prescrit pour l'analgésie (127 cas soit 73%) suivie de la buprénorphine (17 cas soit 10%), du tramadol (15 cas soit 8,5%), et du paracétamol (10 cas soit 6%). La tolérance globale du traitement a été bonne. Seuls 7 patients ont présenté des effets indésirables. L'administration des analgésiques par voie intra veineuse a été pratiquée chez tous les malades. L'évolution des DPO chez tous les patients a comporté deux phases. Un premier temps de douleur stationnaire ou croissante durant les 30 premières minutes, et un temps de régression de la douleur correspondant à la réponse au traitement. Le séjour moyen des patients en SSPI a été de 45 minutes. A la sortie de la SSPI, 108 patients (62%) ont déclaré être satisfaits du traitement administré.

#### IV- DISCUSSION

Cette étude prospective préliminaire attire l'attention des chirurgiens et des anesthésistes sur la DPO. En recrutant les patients à la SSPI, notre souci était de circonscrire notre attention à la douleur aigue postopératoire. Concernant le choix des outils de mesure de la douleur, nous avons utilisé plusieurs méthodes d'évaluation de la douleur en raison de leur complémentarité. En effet, l'échelle visuelle analogique (EVA) est l'outil psychométrique le plus performant pour quantifier l'intensité d'une sensation douloureuse [5]. C'est ainsi qu'elle est largement utilisée dans la plupart des travaux [1, 3, 7]. Chez les sujets dont la capacité de compréhension de l'EVA paraissait douteuse, on a eu recours à l'EVS en raison de sa simplicité [5]. De même, l'auto évaluation n'est pas toujours possible en période post opératoire, parfois à cause des effets résiduels des agents anesthésiques, parfois aussi en raison du terrain : polyhandicapés, personnes âgées, etc. Dans ces cas on a utilisé les échelles comportementales bien qu'elles soient encore en cours de validation chez l'adulte. Les critères classiques de sortie de la SSPI ont été respectés dans cette étude. La taille de l'échantillon s'écarte de celle de KALL SALL et al [8] qui a colligé en 6 mois 702 patients alors qu'elle se rapproche de celle de SAKOU et al [6]. La fluctuation de l'activité dans les blocs opératoires sur l'année

et la nature des interventions pratiquées pourraient expliquer cette disparité surtout lorsque les recrutements sont effectués à différentes périodes de l'année et dans des blocs opératoires aux plateaux techniques différents. La même observation s'applique pour le sex-ratio et la distribution selon l'âge. C'est ainsi que dans ce travail qui a été menée dans un hôpital où prédomine nettement la chirurgie gynéco obstétrique (69,5% des actes) la forte représentation des femmes (83% de l'échantillon) est logique de même que la moyenne d'âge (35 ans) puisque les explorations laparoscopiques pour infertilité sont les interventions les plus pratiquées (27,5%). Par son importance, la DPO aussi bien en milieu africain que dans des pays développés [4, 9] peut à juste titre être considérée comme un problème de santé publique sous-estimé. Concernant les étiologies des DPO, les résultats sont similaires à ceux de la littérature qui étiquettent les chirurgies gynéco obstétriques, orthopédiques et viscérales (surtout sus méso coliques), comme les grandes pourvoyeuses de DPO [10]. On n'a pas pu étudier l'association entre la technique d'anesthésie et la DPO puisque 9 patients sur 10 étaient opérés sous anesthésie générale. Le choix de la noramidopyrine comme principal agent pharmacologique pour l'analgésie postopératoire relève non seulement de son moindre coût et de sa disponibilité mais aussi des habitudes de prescriptions. Ce choix diffère des recommandations internationales qui optent pour le paracétamol dans les douleurs légères à modérée; et les morphiniques dans les douleurs sévères [10]. Néanmoins, force est de reconnaître l'efficacité de cette molécule qui ne figure pas sur la liste des analgésiques de l'OMS. Elle a permis de soulager environ 62% des patients, avec une bonne tolérance globale (4% d'effets adverses) et la possibilité de pouvoir poursuivre ce traitement en hospitalisation ou à domicile.

#### V- CONCLUSION

L'analgésie postopératoire requiert une bonne évaluation de la douleur, l'établissement de protocoles thérapeutiques et une surveillance clinique adéquate. Le passage en SSPI pourrait être le lieu privilégié pour la mise en route et l'optimisation de la lutte contre la DPO. Cette structure est très souvent encore inexistante ou inutilisée dans la plupart des formations sanitaires du Cameroun. Cette étude en met en exergue l'importance de la DPO qui exige une attention particulière aussi bien de la part du personnel du bloc opératoire que de celui des unités d'hospitalisation. ■

## REFERENCES:

1. Abott FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain* 1992; 50,1:15-28.
2. Fletcher D. Douleur aigue postopératoire chez l'adulte. In: *Anesthésie réanimation chirurgicale*, 2<sup>e</sup> édit. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1995; 554-65.
3. Rakel B, Herr K. Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. *J Périanesth Nurs* 2004; 19,3: 194-208.
4. Miaskowski C, Nichols R, Brody R. Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's assurance standards on acute and cancer-related pain. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9,1: 5-11.
5. Gall O. Comment évaluer la douleur postopératoire. In: *Conférences d'actualisation SFAR 1999*. Paris : Elsevier, 1999: 381-93.
6. Sakou G, Chobli M, Brouh Y, Hountondji F, Beyiha G : Pratique de l'analgésie postopératoire dans les pays en voie de développement : Situation en Afrique francophone. *Ann Fr Anesth Réanim* 2002; 21: 381s.
7. Kuhn S, Cooke K, Collins M, Jones JM, Mucklow JC. Perception of pain relief after surgery. *Br Med J* 1990; 300, 6741: 1687-90.
8. Sall-Ka B, Diatta B. Bilan des activités anesthésiques à l'hôpital régional Saint Louis de Juillet à Décembre 2000. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2001; 6,2: 63-70.
9. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be under managed. *Anesth Analg*. 2003;97, 2: 534-40.
10. Robaux S, Cornet C, Bouaziz H. Analgésie pour chirurgie ambulatoire. In: *Conférences d'actualisation SFAR 2002*. Paris : Elsevier, 2002: 31- 65.