

## Détection des patients à risque de douleur aiguë post-opératoire



Rédigé par l'équipe algologique du CHA-Vivalia

La chirurgie est la deuxième cause de douleur neuropathique et 20% des patients consultant dans un centre de traitement de la douleur mentionnent la chirurgie comme la cause de leur douleur chronique.

La sévérité de la douleur post-opératoire est d'une importance capitale puisqu'elle est directement prédictive d'une Douleur Chronique Post-Opératoire (DCPO).

Un questionnaire, réalisé lors de la consultation pré-anesthésique, a donc été créé, permettant ainsi de **détecter des patients à risque de développer des douleurs post-opératoires sévères**. Ce questionnaire est notamment utilisé à l'UCL, par l'équipe du Dr P. Lavand'homme (= score EPI). Les facteurs pré-opératoires évalués sont l'existence d'une douleur pré-opératoire, la prise d'antalgiques (surtout les opiacés avant la chirurgie), le type de chirurgie (site / technique), l'anxiété, le catastrophisme, l'âge, le sexe,...

Ce questionnaire permet d'agir préventivement, au niveau pré-opératoire et per-opératoire mais également en post-opératoire, en assurant une vigilance accrue tout en proposant des outils personnalisés pour lutter contre la douleur.

### → Concrètement, comment l'outil fonctionne-t-il ?

Pour le patient à risque de douleur élevée en post-opératoire, il existe une alerte directement transmise à l'infirmière douleur qui relaie l'information à l'anesthésiste afin de prescrire une prémédication adaptée et un suivi attentif.

*Cela ne signifie en rien que les autres patients sont moins douloureux et qu'ils exigent moins d'attention.*

Le questionnaire EPI est réalisé ici au CHA et est un outil destiné aux anesthésistes mais pas seulement !

## AUX ANESTHESISTES

- En pré-op : prémédication d'anxiolytique, antihyperalgésique (type Prégabaline) 2h avant la chirurgie.
- En per-op : péridurale, blocs/AL, antihyperalgésique (type kétamine).
- En post-op : analgésie renforcée, suffisante, principalement les 48 premières heures. Analgésie multimodale.

## AUX CHIRURGIENS

- En adaptant le type/technique de chirurgie et en renforçant la surveillance de la douleur post-opératoire.
- A l'étage : une analgésie suffisante les 48 premières heures est capitale (notamment à l'arrêt de la PCA).
- Prescription d'un traitement antidouleur suffisant pour le retour à domicile (traitement "personnalisé", adapté aux besoins du patient).
- Vigilance lors de la visite de contrôle post-op en se préoccupant de la douleur et en dirigeant le patient vers le centre de la douleur si celle-ci persiste de façon excessive ou anormale.

## AUX INFIRMIERES

- En renforçant la surveillance de la douleur pendant l'hospitalisation, en éduquant le patient à réclamer un antidouleur à temps et en administrant en suffisance les antidouleurs. En proposant des moyens non médicamenteux (chaud, froid, distraction,...).
- L'évaluation systématique avant et après un traitement est capitale (+ appel médecin si nécessaire).
- Faire appel à l'équipe algologique en cas de situations complexes (Infirmière algologique - Cécile Vangheluwe 8406).

**Ne perdons pas de vue que la douleur est un signe vital à surveiller, au même titre que la tension, le rythme cardiaque, la température,...**

## SCORE EPI

| Facteurs de risque   |                    | OUI = 1 / NON = 0         | POINTS |
|--|--------------------|---------------------------|--------|
| Sexe féminin   |                    | 0 / 1                     |        |
| Age  | Moins de 30 ans    | 2                         |        |
|  | Entre 31 et 65 ans | 1                         |        |
|  | Plus de 65 ans     | 0                         |        |
| Douleur préopératoire au site chirurgical  | Sévère             | 3                         |        |
|  | Modérée            | 2                         |        |
|  | Légère             | 1                         |        |
|  | Aucune             | 0                         |        |
| Usage régulier d'analgésiques opiacés<br>(pour douleur préopératoire, cancer, douleur chronique, toxico)             |                    | 0 / 1                     |        |
| Usage régulier d'antidépresseurs / d'anxiolytiques   |                    | 0 / 1                     |        |
| Chirurgie par voie NON laparoscopique et tomie   |                    | 0 / 1                     |        |
| Type de chirurgie  | Thoracique         | 3                         |        |
|  | Abdominale         | 2                         |        |
|  | Orthopédique       | 1                         |        |
|  | Autre chirurgie    | 0                         |        |
| Chirurgie de longue durée (plus de 120 min)  |                    | 0 / 1                     |        |
| Patient avec obésité importante (BMI > à 30)   |                    | 0 / 1                     |        |
| Patient très anxieux lors de la visite préopératoire, patient qui pose beaucoup de questions (chirurgie, anesthésie) |                    | 0 / 1                     |        |
| <b>TOTAL</b>   |                    | <b>Score maximum = 15</b> |        |

**Résultats : un score à 9 enclenche un système d'alerte sur Omnipro pour l'infirmière en algologie**