

Douleur aiguë postopératoire chez l'adulte et ses déterminants en salle de surveillance post-interventionnelle

[Acute Postoperative Pain in Adults and Its Determinants in the Post-Anesthesia Care Unit]

Hery Henintsoa RANDRIANIRINA ⁽¹⁾, Hery Dels ANDRIANIAINA ⁽²⁾,

Andrimpitia RANDRIANIRINA ⁽³⁾, Dera Andraina RATSIMANDRESY ⁽²⁾, Mbolamandimbisoa Mirana ANDRIAMANANJARA ⁽¹⁾, Jean Baptiste de La sale RANDRIANIRINA ⁽⁴⁾, Dinaraly Odilon TIANDAIZA ⁽²⁾

⁽¹⁾ Service de réanimation chirurgicale CHU PZaGa Mahajanga, Madagascar.

⁽²⁾ Service de chirurgie CHU PZaGa Mahajanga, Madagascar

⁽³⁾ Service de chirurgie orthopédie et traumatologie CHU Morafeno Toamasina, Madagascar

⁽⁴⁾ Service de Traumatologie CHU PZaGa Mahajanga, Madagascar

Auteur correspondant : Dr RANDRIANIRINA Hery Henintsoa

CHU PZaGa Mahajanga

Service de réanimation chirurgicale CHU PZAGA

Mail : raherihenintsoa@yahoo.fr

Contact : +261 34 58 256 76



Résumé

Introduction : La douleur postopératoire demeure un problème majeur en anesthésie-réanimation, particulièrement en phase immédiate en salle de surveillance post-interventionnelle. Son contrôle optimal constitue un enjeu essentiel pour améliorer le confort et réduire les complications postopératoires.

Objectif : Évaluer la prévalence et l'intensité de la douleur postopératoire immédiate en salle de surveillance post-interventionnelle et identifier les principaux facteurs associés.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle menée en salle de surveillance post-interventionnelle, incluant des patients adultes en période postopératoire immédiate. La douleur a été évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique. Les caractéristiques démographiques, chirurgicales et anesthésiques ont été analysées afin d'identifier les facteurs associés à l'intensité douloureuse.

Résultats : L'étude met en évidence une prévalence élevée de la douleur postopératoire immédiate, avec une intensité moyenne correspondant à une douleur modérée. Les facteurs associés à une douleur plus intense incluent principalement le type de chirurgie, notamment la chirurgie gynéco-obstétricale, la durée opératoire prolongée et le siège de l'incision. La prise en charge antalgique multimodale a permis une amélioration globale du confort postopératoire, bien que des variations persistent selon les patients et les protocoles utilisés.

Conclusion : La douleur postopératoire immédiate reste fréquente en SSPI et insuffisamment contrôlée chez certains patients. Une prise en charge multimodale structurée, associée à une évaluation systématique et continue de la douleur, est indispensable pour optimiser les résultats cliniques.

Mots clés : analgésie multimodale, douleur postopératoire, évaluation, salle de surveillance post-interventionnelle.

Abstract

Introduction: Postoperative pain remains a major issue in anaesthesia and intensive care, particularly in the immediate postoperative period in the post-anaesthesia care unit (PACU). Optimal pain control is essential to improve patient comfort and reduce postoperative complications.

Objective: To evaluate the prevalence and intensity of immediate postoperative pain in the PACU and to identify the main associated factors.

Methods: This observational study was conducted in the PACU and included adult patients in the immediate postoperative period. Pain was assessed using the visual analogue scale (VAS). Demographic, surgical, and anaesthetic characteristics were analysed to identify factors associated with pain intensity.

Results: The study shows a high prevalence of immediate postoperative pain, with a mean intensity corresponding to moderate pain. Factors associated with higher pain intensity included type of surgery, particularly obstetric and gynaecological procedures, prolonged operative time, and surgical incision site. Multimodal analgesia provided an overall improvement in postoperative comfort, although variability persisted among patients depending on protocols and individual factors.

Conclusion: Immediate postoperative pain remains frequent in the PACU and is insufficiently controlled in some patients. A structured multimodal analgesic approach combined with systematic and continuous pain assessment is essential to optimise clinical outcomes.

Keywords: Multimodal analgesia, postoperative pain, pain assessment, post-anaesthesia care unit

1. Introduction

La douleur postopératoire (DPO) constitue l'une des principales complications précoces après chirurgie. Malgré les progrès de l'anesthésie et des stratégies antalgiques multimodales, elle reste insuffisamment contrôlée dans de nombreux contextes cliniques, en particulier durant la période postopératoire immédiate en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (1). Les recommandations internationales soulignent que la prise en charge optimale de la DPO repose sur une évaluation systématique et précoce dès la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), associée à une adaptation rapide du traitement antalgique [2,3]. L'analgésie multimodale, combinant différents types d'antalgiques en fonction de l'intensité douloureuse, constitue actuellement la stratégie de référence pour optimiser le contrôle de la douleur tout en limitant les effets indésirables des opioïdes [3,4].

Dans les pays à ressources limitées, l'application stricte de ces recommandations reste incomplète, notamment en raison de contraintes organisationnelles et matérielles. Cela peut conduire à une variabilité importante de la prise en charge de la douleur et à un sous-traitement chez certains patients. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était d'évaluer l'intensité de la douleur postopératoire immédiate et d'identifier ses facteurs associés chez les patients opérés au CHU PZAGA de Mahajanga.

2. Méthodologie

2.1 Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée au sein de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) du Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel (CHU PZAGA) de Mahajanga, service assurant la prise en charge et la surveillance immédiate postopératoire des patients. Ce service prend en charge différents types de chirurgie, notamment la chirurgie générale, gynéco-obstétricale, urologique, ORL, maxillo-faciale et neurochirurgicale.

2.2 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique menée sur une période de sept mois, allant de février à août 2018.

2.3 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tous les patients âgés de plus de 18 ans, opérés en urgence ou non, quel que soit le type de chirurgie ou la technique anesthésique.

2.4 Critères d'exclusion :

Les patients présentant une altération de la conscience postopératoire rendant l'évaluation de la douleur impossible, ainsi que les patients décédés, ont été exclus.

2.5 Évaluation de la douleur :

Elle a été réalisée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). L'évaluation était effectuée dès l'admission en SSPI, puis après administration du traitement antalgique. La prise en charge antalgique était adaptée à l'intensité de la douleur : une monothérapie (paracétamol) était administrée en cas de douleur légère (EVA 1–3), une bithérapie (paracétamol, néfopam) en cas de douleur modérée (EVA 4–6), et une trithérapie (paracétamol, néfopam, kétoprofène) associée à la morphine en titration était utilisée en cas de douleur sévère (EVA ≥ 7).

2.6 Variables étudiées :

- Les caractéristiques démographiques des patients
- Les données de l'intervention : type, durée, type et siège de l'incision, type d'anesthésie, ainsi que les modalités d'administration des antalgiques

2.7 Modes de collecte des données :

Les fiches de consultation pré-anesthésique, les fiches de surveillance en SSPI et les fiches d'enquête préétablies ont servi de support de collecte des données.

2.8 Analyse statistique :

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et en extrêmes, tandis que les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages. Les associations entre la douleur postopératoire et les différents facteurs étudiés ont été analysées à l'aide du test du chi carré. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

2.9 Considérations éthiques :

Toutes les données étaient traitées de manière confidentielle afin de garantir la protection de la vie privée des patients. Un consentement éclairé a été obtenu auprès des participants conformément aux exigences éthiques et institutionnelles en vigueur.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques des patients et de la chirurgie

Durant la période d'étude, 575 patients ont été admis en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Parmi eux, 500 patients ont été inclus dans l'analyse finale, soit un taux d'inclusion de 86,9 %, tandis que 75 patients ont été exclus pour non-respect des critères d'inclusion ou données incomplètes. L'âge des patients variait de 18 à 85 ans, avec une moyenne de $32,6 \pm 10,3$ ans. Il y avait une prédominance féminine (sex-ratio : 0,31). Globalement, les interventions gynéco-obstétricales représentaient plus de la moitié des cas (55,8 %), avec une prédominance des césariennes. La durée opératoire moyenne était d'environ une heure ($54,3 \pm 16,2$ minutes), avec des extrêmes allant de 10 minutes à 5 heures. La rachianesthésie prédominait avec un taux de 55 % des cas (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des patients et de la chirurgie

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Genre		
Homme	117	24,4
Femme	383	76,6
Age		
18-30ans	252	50,4
31-40 ans	120	24
Plus de 40 ans	128	25,6
Type de chirurgie		
Gynécologie obstétrique	279	55,8
Viscérale	95	19
Traumatologie	36	7,2
Urologie	22	4,4
Maxillo Faciale	11	2,2
ORL	33	6,6
Neurochirurgie	24	4,8
Durée d'intervention		
Moins de 1h	161	32,2
1-2 h	216	43,2
Plus de 2h	123	24,6
Type d'anesthésie		
Rachianesthésie (RA)	275	55
Anesthésie générale (AG)	221	44,2
AG + RA	4	0,8

3.2 Intensité de la DPO et réponse au traitement

À l'admission en SSPI, la majorité des patients présentaient une douleur modérée (EVA 4–6) dans 72 % des cas, avec une moyenne de 4,9. La douleur sévère représentait 12,8 % des cas.

Une amélioration globale de la douleur a été observée après administration du traitement antalgique. Il existait une diminution progressive et significative de l'intensité douloureuse au cours du suivi immédiat en SSPI (Figure 1).

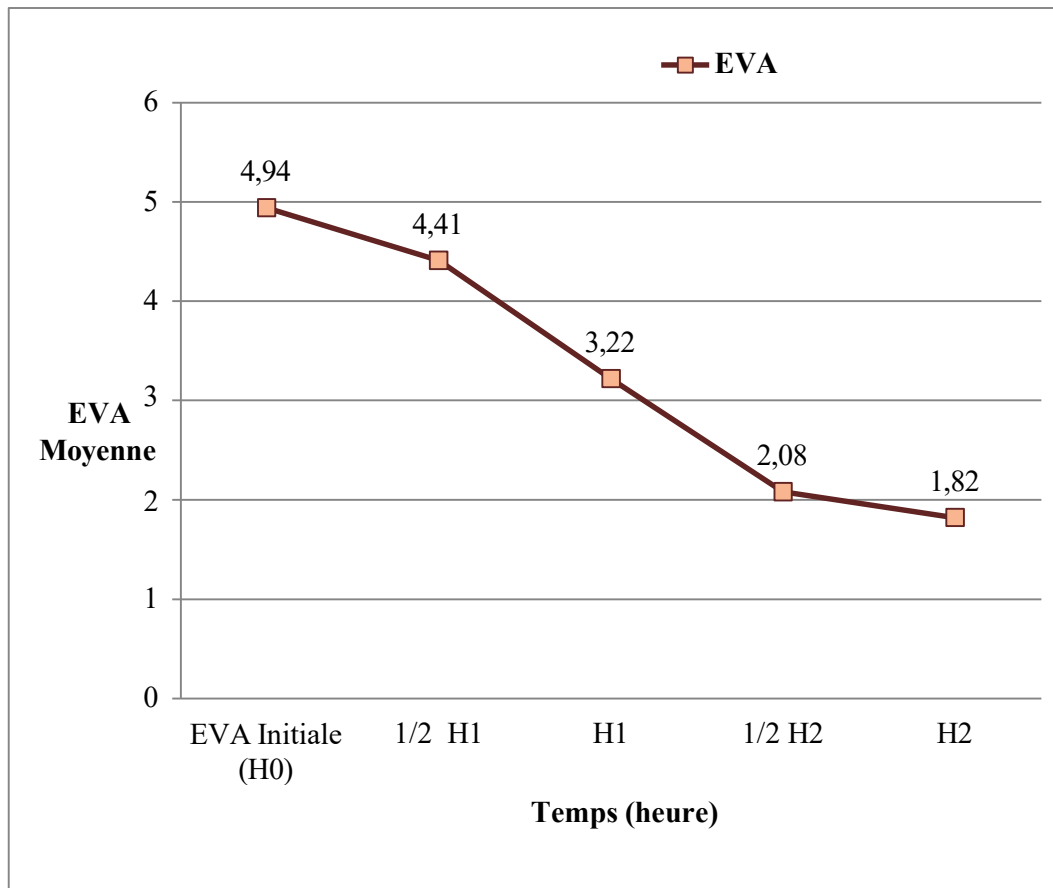


Figure 1: Evolution de l'EVA après administration d'antalgique

3.3 Facteurs associés à la douleur postopératoire

L'analyse des facteurs associés a montré une relation statistiquement significative entre l'intensité de la douleur postopératoire et plusieurs variables chirurgicales.

Le type de chirurgie était significativement associé à l'intensité de la douleur, avec une EVA plus élevée observée après chirurgie abdominale et gynéco-obstétricale. De même, le type et le siège de l'incision influençaient significativement la douleur postopératoire, les incisions sus-pubiennes et abdominales étant associées à des scores EVA plus élevés.

La durée opératoire constituait également un facteur déterminant, les interventions prolongées étant associées à une augmentation de l'intensité douloureuse en SSPI (Tableau 2).

Tableau 2 : Facteurs associés à la douleur postopératoire

	EVA 1–3 n (%)	EVA 4–6 n (%)	EVA 7–10 n (%)	P
Type de chirurgie				0,03
Digestive	12 (2,4)	180 (36,0)	28 (5,6)	
Orthopédique	10 (2,0)	45 (9,0)	16 (3,2)	
Gynéco-obstétricale	30 (6,0)	75 (15,0)	5 (1,0)	
ORL / Maxillo-faciale	5 (1,0)	20 (4,0)	8 (1,6)	
Autres	17 (3,4)	31 (6,2)	7 (1,4)	
Durée opératoire				0,01
< 60 min	40 (8,0)	60 (12,0)	8 (1,6)	
60–120 min	25 (5,0)	190 (38,0)	20 (4,0)	
> 120 min	9 (1,8)	101 (20,2)	36 (7,2)	
Siège de l'incision				<0,001
Sus-pubienne	18 (3,6)	214 (42,8)	18 (3,6)	
Sous-ombilicale	4 (0,8)	28 (5,6)	11 (2,2)	
Sus et sous-ombilicale	4 (0,8)	22 (4,4)	9 (1,8)	
Membres	3 (0,6)	8 (1,6)	14 (2,8)	
Tête et cou	2 (0,4)	14 (2,8)	6 (1,2)	
Autres localisations	43 (8,6)	73 (14,6)	6 (1,2)	

4. Discussion

La présente étude met en évidence une prévalence élevée de la douleur postopératoire immédiate en SSPI, avec une EVA moyenne correspondant à une douleur modérée. Ces résultats sont globalement concordants avec les données de la littérature internationale, qui rapportent que la douleur postopératoire demeure insuffisamment contrôlée chez une proportion importante de patients durant les premières heures postopératoires [5–7].

L'intensité de la douleur observée semble être fortement influencée par des facteurs chirurgicaux. En particulier, le type de chirurgie, la durée opératoire et le siège de l'incision apparaissent comme des déterminants majeurs. Ces résultats sont en accord avec plusieurs travaux ayant mis en évidence le rôle du traumatisme tissulaire dans la stimulation nociceptive et la sensibilisation centrale [2,8,9].

La prédominance de la chirurgie gynéco-obstétricale dans notre série peut également expliquer l'intensité douloureuse observée, cette spécialité étant fréquemment associée à une douleur postopératoire modérée à sévère, notamment après césarienne. Ce constat est similaire à celui de Joshi et al., qui rapportent une douleur significative après chirurgie abdominale et gynécologique [10]. Par ailleurs, la durée opératoire prolongée apparaît comme un facteur aggravant de la douleur postopératoire. Ce résultat

rejoint les travaux de Kehlet, qui ont démontré le lien entre l'ampleur du traumatisme chirurgical, la réponse inflammatoire et l'intensité de la douleur aiguë postopératoire [11]. Des données plus récentes confirment également une corrélation entre durée opératoire et augmentation des besoins antalgiques postopératoires [6,12].

Concernant la prise en charge, l'efficacité globale de l'analgésie observée dans notre étude est conforme aux recommandations actuelles, qui privilégient une stratégie multimodale associant analgésiques non morphiniques et opioïdes titrés [1,4,13]. White et al. ont également montré que cette approche permet de réduire significativement la consommation morphinique tout en améliorant le confort postopératoire [12]. Cependant, malgré ces résultats satisfaisants, certaines limites organisationnelles peuvent influencer la qualité de la prise en charge. Rawal souligne en effet la variabilité importante des pratiques antalgiques entre établissements et l'intérêt de protocoles standardisés pour optimiser les résultats cliniques [14]. Dans le même sens, Chou et al. recommandent une approche structurée basée sur l'évaluation systématique de la douleur et l'adaptation dynamique des traitements [15].

Enfin, certaines limites méthodologiques doivent être prises en compte. Il s'agit d'une étude monocentrique, limitée à la phase immédiate postopératoire. L'absence d'évaluation des facteurs psychologiques et de la variabilité interindividuelle de la douleur constitue également une limite importante à considérer.

5. Conclusion

La douleur postopératoire immédiate demeure une problématique fréquente en SSPI, avec une intensité souvent modérée à importante selon les caractéristiques chirurgicales. Cette étude confirme le rôle déterminant du type de chirurgie et de la durée opératoire dans la perception douloureuse postopératoire. Malgré l'efficacité globale des stratégies antalgiques multimodales, des améliorations restent nécessaires, notamment par la standardisation des protocoles et l'évaluation systématique de la douleur. Une approche individualisée et dynamique de l'analgésie postopératoire apparaît essentielle pour optimiser le confort des patients et améliorer la qualité des soins en période périopératoire.

Références

- [1]. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *J Pain Res.* 2017;10:2287-2298.
- [2]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Recommandations sur la douleur postopératoire. 2019.
- [3]. Aubrun F, et al. Postoperative pain management. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019;38(4):405-413.
- [4]. Puntillo F, et al. Pain management and outcomes in critically ill patients. *Pain Ther.* 2021;10(1):203-216.
- [5]. PROSPECT Working Group. Procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Eur J Anaesthesiol.* 2021;38(12):1235-1237.
- [6]. Feray S, et al. Postoperative pain and outcomes in surgical patients. *Anaesthesia.* 2021;76(10):1375-1385.
- [7]. Waelkens P, et al. Multimodal analgesia and enhanced recovery pathways. *Eur J Anaesthesiol.* 2021;38(5):421-430.
- [8]. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet.* 2003;362(9399):1921-1928..
- [9]. Varrassi G, et al. Multimodal analgesia in postoperative pain. *Pain Ther.* 2020;9(2):419-430.
- [10]. Joshi GP, et al. Postoperative pain management in gynecological and abdominal surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020;34(3):357-369.
- [11]. Kehlet H. Surgical stress response and pain mechanisms. *Br J Anaesth.* 2000;84(5):589-593.
- [12]. White PF. The changing role of non-opioid analgesic techniques. *Anesth Analg.* 2007;105(1):240-245.
- [13]. Joshi GP, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate postoperative pain relief. *Anesthesiology.* 2015;122(2):495-506.
- [14]. Rawal N. Current issues in postoperative pain management. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2016;29(5):618-624.
- [15]. Chou R, et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline. *J Pain.* 2016;17(2):131-157.