

# La Douleur Chronique Post-Chirurgie (DCPC) : actualisation

Pr Patricia Lavand'homme

Service d'Anesthésiologie, Cliniques Universitaires Saint Luc, Université Catholique de Louvain, av Hippocrate 10 – 1821, B-1200 Bruxelles, Belgique

E-mail : Patricia.Lavandhomme@uclouvain.be

En Europe, plus de 40 millions de patients sont opérés chaque année. Certaines interventions programmées surtout en chirurgie orthopédique (arthroplasties de hanche et de genou) sont en constante augmentation à cause du vieillissement de la population [1]. Une des principales craintes exprimée par les patients est la possibilité de souffrir d'une douleur postopératoire importante [2]. Ils n'ont pas tout à fait tort car c'est un fait établi que pendant les premières 24 heures, 30% des patients opérés présentent des douleurs sévères. Ce que les patients perçoivent moins bien sont les effets postopératoires à long terme qui concernent la récupération fonctionnelle et le risque de douleur persistante. Les douleurs chroniques dans le décours d'une intervention chirurgicale (DCPC) concernent environ un patient sur 10 et on peut estimer que chez un patient sur 100, les DCPC sont sévères avec un impact négatif sur la qualité de vie [3]. Les DCPC sont souvent associées à une prise chronique de médicaments analgésiques non dépourvus d'effets secondaires. Il s'agit donc d'un problème socio-économique important, si évident que le processus actuel de révision de la classification internationale des maladies (ICD-11) par l'Organisation Mondiale de la Santé a décidé d'inclure dans la liste des maladies les "Douleurs chroniques" qui comprendront entre autres les DCPC [4]. Le but est d'accroître la visibilité des douleurs chroniques, y compris celles consécutives à une intervention chirurgicale, auprès des professionnels de la santé pour améliorer la prise en charge des patients et promouvoir la recherche dans ce domaine.

## **Définition et prévalence des DCPC**

Une étude prospective multicentrique européenne récente nous donne une vue actuelle de la prévalence des DCPC : 11.8% de patients avec des douleurs modérées et 2.2% de patients

avec des douleurs sévères (EVA > 6/10) à 6 mois et plus après la chirurgie. Des signes d'une composante neuropathique sont présents chez 35 à 57% des patients, surtout chez ceux qui ont des douleurs sévères [5]. Selon le type de chirurgie, la DCPC est plus ou moins fréquemment d'origine neuropathique.

La prévalence globale des DCPC est donc bien connue et malheureusement restée inchangée depuis des années. Par contre, grâce aux différentes études réalisées, le diagnostic et les facteurs de risque ont été mieux définis.

Une définition actualisée (*en italique dans le texte ci-dessous*) des DCPC a été proposée et adoptée pour la nouvelle classification ICD-11.

- 1) douleur directement liée à une procédure chirurgicale, *ou qui augmente en intensité ou dont les caractéristiques sont différente d'une douleur présente avant la chirurgie (cela concerne surtout les chirurgies orthopédiques)*
- 2) qui persiste au-delà du processus normal de cicatrisation tissulaire c. à d. > 3 mois *après la chirurgie et qui a un impact négatif significatif sur la qualité de vie*
- 3) la douleur est inscrite dans la continuation de la douleur aiguë postopératoire *ou survient après une période asymptomatique*
- 4) la douleur est située au site chirurgicale *ou dans une zone référée (concerne surtout les douleurs viscérales)*
- 5) les autres causes de douleur ont été éliminées (infection, récurrence tumorale).

### **Les facteurs de risque versus les patients à risque de DCPC : les outils de prédiction**

La liste des facteurs des risque est établie depuis longtemps [6]. Une large étude multicentrique concernant des chirurgies à haut risque de DCPC (hystérectomie, hernie inguinale, thoracotomie) dans une cohorte de 1000 patients n'a pas pu mettre en évidence de prédisposition génétique mais a démontré que l'effet prédictif des facteurs cliniques pour 73% des DCPC . Un *Index de risque* reprend les principaux facteurs connus [7] :

- 1) Une douleur préopératoire présente au site chirurgical
- 2) Une douleur préopératoire présente à un autre endroit du corps
- 3) Une ou plusieurs co-morbidités (ex. dépression, trouble du sommeil...)
- 4) Le surmenage (« état de burnout »)
- 5) Une douleur postopératoire aiguë sévère et mal contrôlée. D'après Althaus [7], une EVA  $\geq 5$  pendant les premiers jours postopératoires aurait une bonne valeur prédictive du risque de DCPC (sensibilité 60%, sélectivité 83%).

Chaque item équivaldrait à 1 point (échelle de risque de 0 à 5). L'addition des points permettrait une valeur prédictive du risque de DCPC comme suit : 0 = 12% ; 1 = 30% ; 2 = 37% ; 3 = 68% ;  $\geq 4$  = score > 70% [7]. La plupart de ces facteurs prédictifs sont liés à la personnalité du patient plutôt qu'à la technique chirurgicale ou au type d'anesthésie/analgesie périopératoire, ce qui souligne une fois de plus le rôle majeur des facteurs psycho-sociaux dans les DCPC. Il n'est pas surprenant de constater également que ces facteurs de risque de DCPC sont également des facteurs de risque de douleur postopératoire aiguë sévère [8]. Un nombre important de patients vus lors de la consultation préopératoire répondent à ces critères de risque.

### **Prévention de la transition vers des DCPC**

Prévenir vaut mieux que guérir, d'autant plus que les douleurs chroniques une fois établies sont toujours difficiles à traiter. En conséquence, la prévention du développement des DCPC a retenu et retient encore l'attention des soignants. L'évolution de la douleur aiguë postopératoire peut être mieux visualisée grâce à des outils comme les trajectoires de douleur [9]. Il est également important de distinguer très tôt les différentes composantes de la douleur aiguë et de bien les traiter. Les composantes neuropathiques et viscérales de la douleur aiguë postopératoire ont montré leur valeur prédictive, respectivement dans les DCPC après arthroplastie de genou et cholécystectomie.

Le but est donc d'individualiser la prise en charge périopératoire (développement d'une médecine préventive). Les anesthésistes ont ici avec les chirurgiens et les autres acteurs de la santé un rôle capital à jouer dans ce qui s'avère une prise en charge globale des patients ou « **médecine périopératoire** ». La mise en place de consultations dites de « douleur transitionnelle » est un outil thérapeutique utile et également une opportunité de mieux étudier le problème du développement et puis de la persistance des DCPC chez les patients.

### **Références**

1. Carr AJ, Robertsson O, Graves S, Price AJ, Arden NK, Judge A, et al. Knee replacement. *Lancet*. 2012;379(9823):1331-40. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60752-6. PubMed PMID: 22398175.
2. Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology*. 2013;118(4):934-44. doi: 10.1097/ALN.0b013e31828866b3. PubMed PMID: 23392233.

3. Breivik H, Stubhaug A. Management of acute postoperative pain: still a long way to go! *Pain*. 2008;137(2):233-4. PubMed PMID: 18479824.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7. doi: 10.1097/j.pain.000000000000160. PubMed PMID: 25844555; PubMed Central PMCID: PMC4450869.
5. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32(10):725-34. doi: 10.1097/EJA.0000000000000319. PubMed PMID: 26241763.
6. Schug S, Pogatzki-Zahn E. Chronic Pain after Surgery or Injury. *IASP, Pain Clinical Updates*. 2011;XIX(1):1-5.
7. Althaus A, Hinrichs-Rocker A, Chapman R, Arranz Becker O, Lefering R, Simanski C, et al. Development of a risk index for the prediction of chronic post-surgical pain. *Eur J Pain*. 2012;16(6):901-10. doi: 10.1002/j.1532-2149.2011.00090.x. PubMed PMID: 22337572.
8. Lavand'homme P. The progression from acute to chronic pain. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24(5):545-50. doi: 10.1097/ACO.0b013e32834a4f74. PubMed PMID: 21772141.
9. Chapman CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain*. 2011;12(2):257-62. PubMed PMID: 21237721.