

Information sur la douleur postopératoire et son traitement

Ressentir des douleurs après une intervention, en particulier - mais pas seulement - lorsqu'elle porte sur l'abdomen ou le thorax, est habituel. Il est de notre devoir de vous proposer des techniques capables de diminuer ces douleurs.

Le but de ce document est de vous présenter les bénéfices et effets secondaires de ces techniques. Celles-ci sont réalisées avec compétence et dans le respect des données acquises de la science mais comportent des risques dont vous devez être informé. C'est pourquoi nous vous demandons de lire attentivement ce document, afin de pouvoir nous donner votre consentement éclairé à la technique d'analgésie proposée par l'équipe médicale. Le choix de cette technique dépend de l'intervention que vous devez subir, de vos souhaits, de votre état de santé.

Les techniques utilisées sont :

► La **PCA** (injection intraveineuse de morphine au moyen d'une pompe). Une pompe programmable est reliée à une perfusion intraveineuse ; elle délivre de la morphine à votre demande. Vous devez déclencher le mécanisme de cette pompe en appuyant sur un bouton presseur lorsque vous avez mal ou avant un geste qui peut être douloureux (toilette, kinésithérapie, soin). L'effet antidouleur de l'administration de morphine se fera sentir dans les 3 à 5 minutes qui suivent. La morphine est le médicament le plus efficace pour traiter la douleur postopératoire. Il n'existe aucun risque de créer une dépendance à ce produit dans le cadre du traitement d'une douleur postopératoire. La pompe est munie de sécurités afin d'éviter un surdosage. Les complications de cette technique sont : les nausées, les vomissements, les démangeaisons, le ralentissement de la reprise du transit intestinal et la rétention d'urine. La rétention d'urine peut nécessiter la mise en place d'une sonde urinaire. Les nausées et vomissement peuvent être soulagés par un traitement médicamenteux.

► La **rachianalgésie à la morphine** (administration de morphine dans le liquide céphalorachidien). Une ponction avec une aiguille très fine est effectuée dans le bas de la colonne vertébrale ; elle permet d'injecter de la morphine ou un de ses dérivés dans le liquide céphalorachidien. Réalisée juste avant de vous endormir, elle est pratiquement indolore. L'injection de morphine dans le liquide céphalorachidien permet de soulager la douleur pendant les 24 premières heures. Les effets secondaires fréquents de cette technique sont liés à l'utilisation de la morphine (nausées, vomissements, démangeaisons). La rétention d'urine est également fréquente mais l'intervention nécessite la mise en place temporaire d'une sonde urinaire. Plus rarement peut survenir un mal de tête. Exceptionnellement ont été rapporté une lésion temporaire ou définitive d'une racine nerveuse. Cette technique est toujours associée à une PCA.

► L'**analgésie paravertébrale**. Un cathéter est mis en place en fin d'intervention sous la plèvre près des racines nerveuses. Une perfusion d'anesthésique local, effectuée à travers ce cathéter, permet de réduire la douleur. Les risques sont exceptionnels (surdosage en anesthésiques locaux). Cette technique est toujours associée à une PCA.

► L'**analgésie péridurale**. Une ponction avec une aiguille est effectuée dans le bas ou le milieu de la colonne vertébrale ; elle est effectuée avant l'anesthésie de manière à ce que vous puissiez nous signaler toute anomalie (douleur, fourmillement). Elle permet d'introduire un cathéter à proximité de la moelle épinière et de ses racines nerveuses. Le cathéter péridural est relié à une seringue qui injecte en permanence de la morphine et un anesthésique local. C'est la technique la plus efficace pour lutter contre la douleur. Il vous sera peut être proposé un système qui vous permettra d'adapter la perfusion en fonction de votre douleur. Sachez cependant que l'effet des produits ne survient que 15 à 20 minutes après que vous ayez appuyé sur le bouton presseur. Le système peut être utilisé 2 à 3 jours au terme desquels le cathéter est retiré. Bien que les risques neurologiques soient exceptionnels, nous devons vous informer qu'il existe un risque de lésion d'un nerf, voire de la moelle épinière. De plus, l'analgésie péridurale peut entraîner de façon exceptionnelle un arrêt cardiaque.

Chaque malade ressent la douleur postopératoire de manière très personnelle. C'est pourquoi il est très important que vous nous aidiez en mesurant votre douleur. Un moyen simple consiste à donner une note à celle-ci, note comprise entre 0 ("aucune douleur") et 10 ("la pire douleur imaginable"). Tous les intermédiaires sont possibles. Les infirmières vous demanderont de chiffrer votre douleur plusieurs fois par jour pour que nous puissions adapter votre traitement.

Il est bien entendu impossible de vous garantir l'absence totale de douleur mais sachez que tous - médecins, infirmières et kinésithérapeutes - ont à cœur de vous aider à passer au mieux ces quelques jours postopératoires. Toutes ces techniques sont prescrites et surveillées par des équipes médicales confirmées.