

Le 23^{ème} Congrès National de la SAARSIU

Le 14, 15 et le 16 décembre 2023

Impact préventif des techniques d'A-ALR sur les douleurs neuropathiques chroniques postchirurgicales (DNCPC) :
Y a-t-il un bénéfice réel et pour quelle(s) chirurgie(s)?

ML. BELOULOU, Chef de Service Anesthésie-Réanimation / HMUSORA / 1^oRM
beloulou.med@gmail.com

Impact préventif des techniques d'A-ALR sur les douleurs neuropathiques chroniques postchirurgicales (DNCPC) : Y a-t-il un bénéfice réel et pour quelle(s) chirurgie(s)?

INTRODUCTION

Introduction -1-

- La composante neuropathique des DCPC est quasiment présente, avec expression variable selon le type de chirurgie
- Prévalence variant de 6 à 54% et plus, avec une moyenne de 30-35%
- Défi significatif dans la gestion postopératoire

Nécessité d'approches préventives efficaces

Objectif de l'étude

Evaluer l'effet bénéfique potentiel de l'analgésie locorégionale sur le risque de développement des douleurs neuropathiques chroniques postchirurgicales (DNCPC)

Impact préventif des techniques d'A-ALR sur les douleurs neuropathiques chroniques postchirurgicales (DNCPC) : Y a-t-il un bénéfice réel et pour quelle(s) chirurgie(s)?

PATIENTS ET METHODES

Patients et Méthodes -1-

Type de l'étude – Echantillon

❑ Etude comparative randomisée (ECR)

Hôpital Militaire Régional Universitaire – Constantine

Période de **20 mois**
(janvier 2018 – Aout 2020)

❑ Inclusion de **510** patients répartis sur cinq modèles chirurgicaux :

Mastectomie (avec curage ganglionnaire), thoracotomie, hernioplastie, cholécystectomie(par coelio.) et chirurgie abdominopelvienne majeure

❑ Critères d'exclusion

- Classe ASA > III
- Déficience du statut cognitivo-mental
- Obstacle à la communication
- Evolution défavorable à court et moyen terme

Conduite de l'étude

↳ Randomisation en 02 groupes

□ Groupe A (n=240)

Groupe analgésie conventionnelle (gr. Contrôle)

- Prescriptions non standardisées pouvant associer différentes molécules antalgiques (**analgésie multimodale si nécessaire**)
- Prescriptions personnelles selon les habitudes

□ Groupe B (n=270)

**Groupe analgésie locorégionale (ALR)
+ antalgiques systémiques (gr. Intervention)**

- Technique d'A-ALR selon type de chirurgie
- Prescription initiée en pré-incisionnelle

↳ Suivi longitudinal sur une période de six (06) mois

Paramètres étudiés et critères de jugement

- 1) **Caractéristiques démographiques de la population d'étude**
- 2) **Evaluation comparative intergroupe** des caractéristiques de la douleur neuropathique persistante au 6^{ème} mois post-chirurgie

- **Incidence (globale et selon modèle chirurgical)**
- Scores d'intensité [Echelle Numérique Simplifiée ENS]
- Nombre des descripteurs ou signes de la DN (**Questionnaire DN2**)

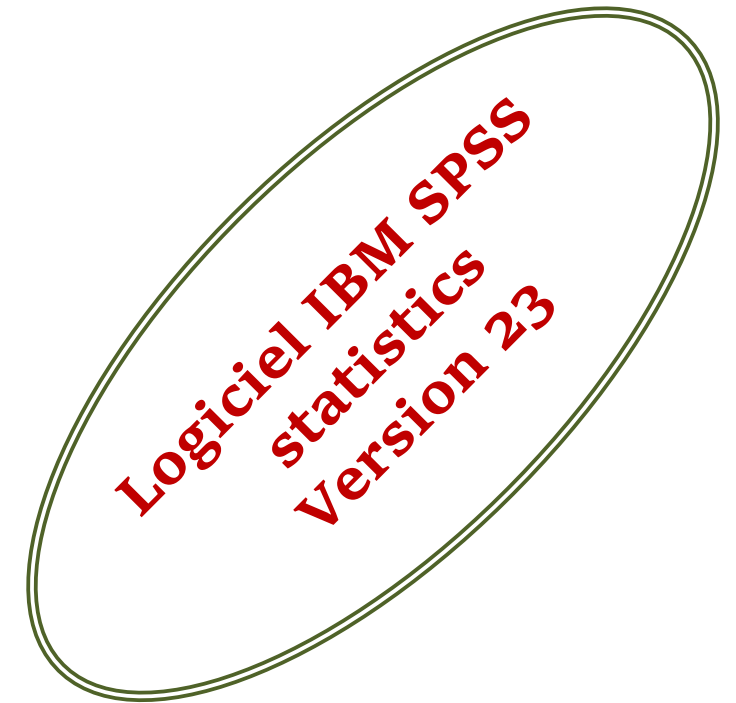
Analyses statistiques

□ Descriptives

- Moyenne et DS
- Effectif et pourcentage

□ Mesures comparatives univariées

- Moyennes : t-test ou U de Mann-Whitney
- Pourcentages : test Khi-2 de Person ou test exact de Fisher



Impact préventif des techniques d'A-ALR sur les douleurs neuropathiques chroniques postchirurgicales (DNCPC) : Y a-t-il un bénéfice réel et pour quelle(s) chirurgie(s)?

RESULTATS ET DISCUSSION

Résultats -1-

Flow-chart de recrutement et suivi des patients

Patients initialement sélectionnés et inclus dans l'étude (T₀) N = 510

Groupe A : 240 / Groupe B : 270 (**Ratio n_B/n_A = 1,13**)

- Ch. mammaire (102)
- Thoracotomie (78)
- Hernioplastie (110)
- Cholécystectomie (116)
- Ch. abdomino-pelv (104)

Patients exclus (n = 91)

- Suites opératoires défavorables (n=10)
- Complications tardives (n=4)
- Décès (n=10)
- Non réponse ou réponses inexploitable [incomplètes] (n=35)
- Perte de vue (n=32)

Patients analysés à six mois après chirurgie (M6) N = 419

Groupe A : 196 / Groupe B : 223 (**Ratio n_B/n_A = 1,1**)

Ch. mammaire (90)

Ch. thoracique (68)

Hernioplastie (85)

Cholécystectomie (87)

Ch. abdomino-pelv (89)

Résultats -2-

Caractéristiques de la population étudiée

Variabiles	Echantillon total	Groupe A (196)	Groupe B (223)
Age (années)	46,5 ± 13,4	45,9 ± 13,6	47,0 ± 13,3
Sexe H , n (%)	232 (55,4)	108 (55,1)	124 (55,6)
BMI (Kg/m ²)	23,4 ± 3,0	23,6 ± 3,0	23,2 ± 2,9
Comorbidités , n (%)	130 (31,0)	63 (32,1)	67 (30,0)
Douleur préopératoire (site chirurgical), n (%)	159 (37,9)	76 (38,8)	83 (37,2)
Douleur neuropathique préopératoire, n (%)	27 (6,4)	13 (6,6)	14 (6,3)

Résultats -3-

Incidence de la DNCPC au 6^{ème} mois post-chirurgie

	DCPC (%) ¹	DNCPC (%) ¹	DNCPC/DCPC ²
Echantillon total (419)	32,2 [27,8 ; 36,9]	12,2 [9,2 ; 15,7]	37,8
Selon modèle chirurgical			
Mammaire (n=90)	42,2 [31,9 ; 53,1]	20,0	47,4
Thoracique (n=68)	44,1 [32,1 ; 56,7]	19,1	43,3
Hernioplastie (n=85)	29,4 [20,0 ; 40,3]	10,6	36,0
Cholécystectomie (n=87)	23,0 [14,6 ; 33,2]	4,6	20,0
Abdomino-pelv. (n=89)	24,7 [16,2 ; 35,0]	7,9	31,8

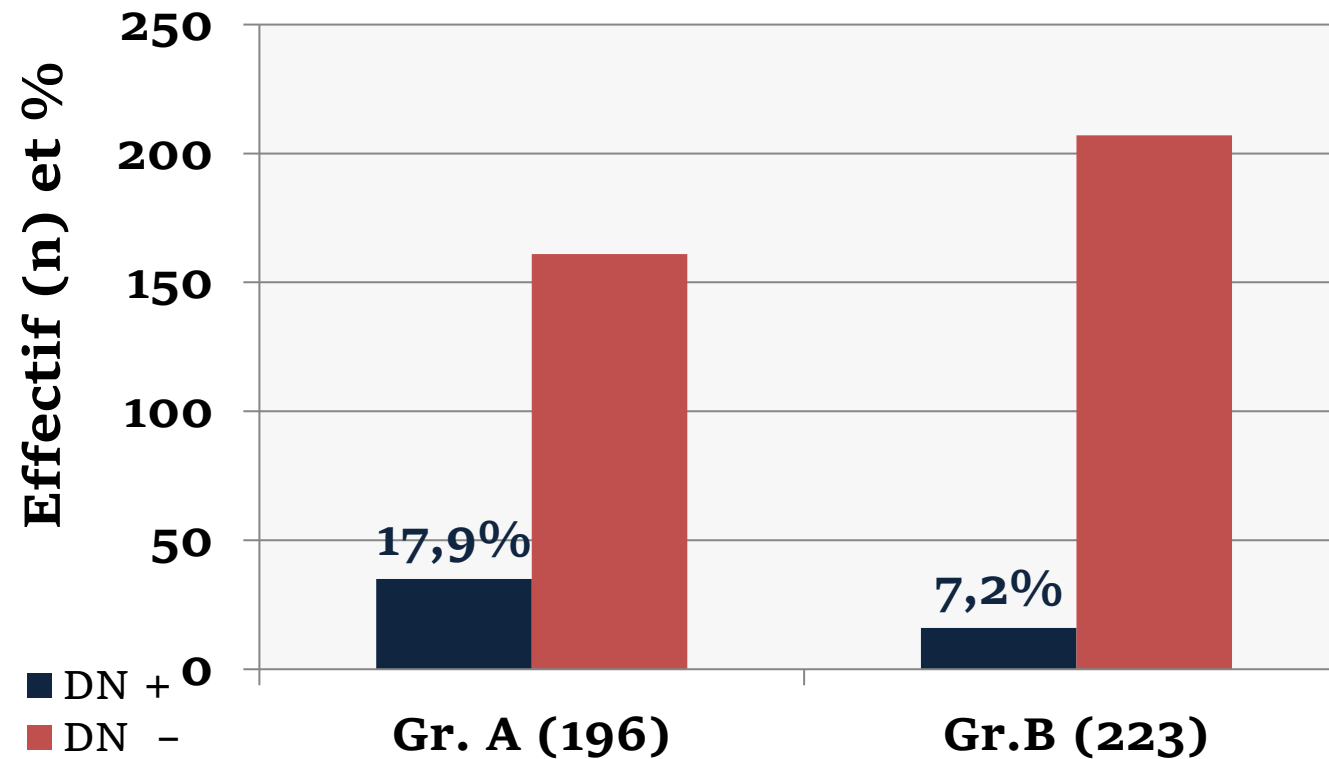
- [1] : Fréquences présentées en % [IC95] selon la loi binomiale

- [2] : Proportion des formes neuropathiques chez les patients douloureux chroniques exprimée en %

Résultats -4-

Résultats des mesures comparatives (1)

□ Incidence globale de la DNCPC dans les deux groupes



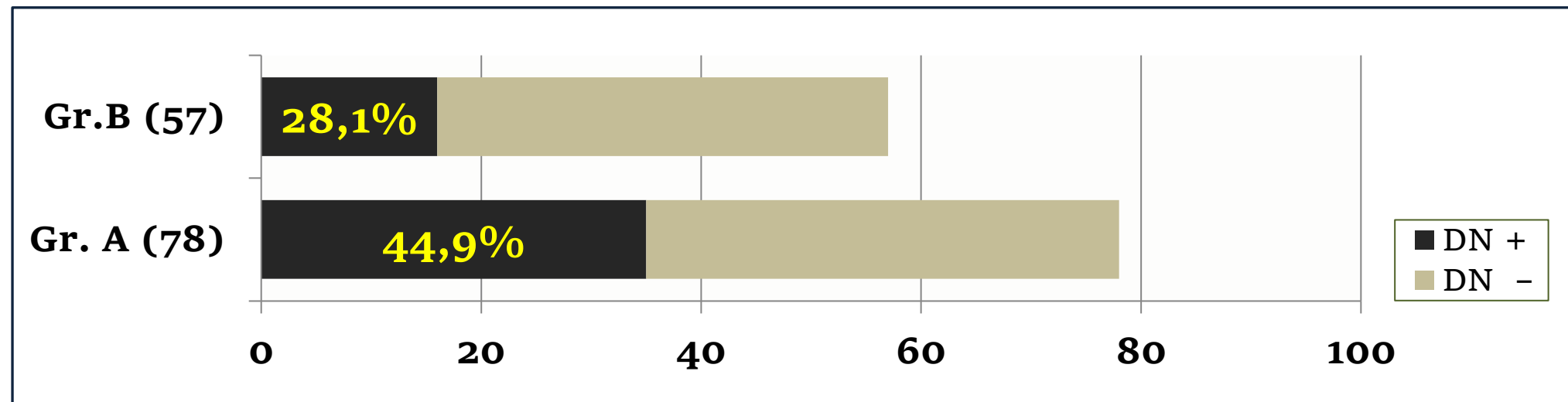
$p = 0,0008$

OR = 0,356; IC95 : [0,190 ; 0,665]

Résultats -5-

Résultats des mesures comparatives (2)

- Proportion de la composante neuropathique chez les patients avec DCPC



OR = 0,479; IC95 : [0,231 ; 0,995]

p = 0,047

Résultats -6-

Résultats des mesures comparatives (3)

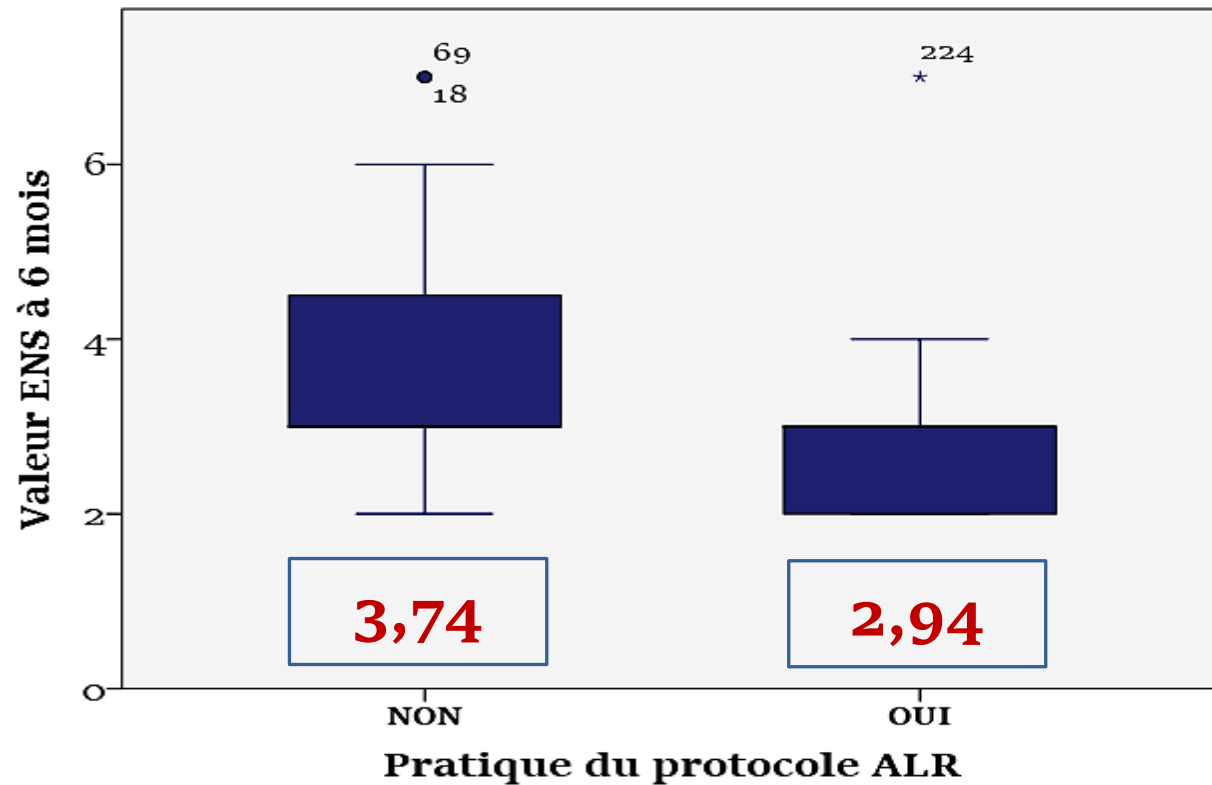
□ Incidence de la DNCPC selon modèle chirurgical

Type de chirurgie	Incidence de DNCPC (%)		<i>p-value</i>
	Groupe A	Groupe B	
Mammaire	28,6	12,5	0,057
Thoracique	29,0	10,8	0,070
Hernioplastie	15,0	6,7	NS
Cholécystectomie	7,1	2,2	NS
Abdomino-pelv.	12,2	4,2	NS

Résultats -7-

Résultats des mesures comparatives (4)

□ Scores d'intensité de la DNCPC



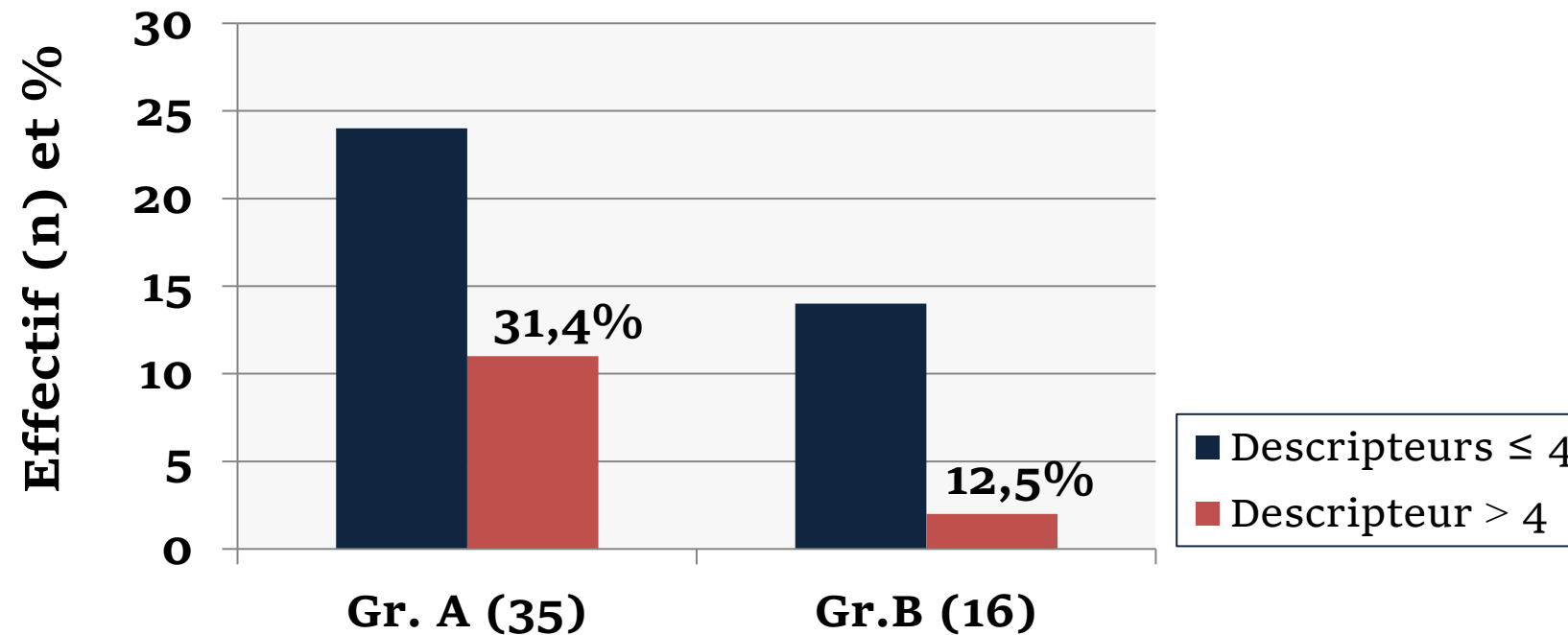
Le score moyen d'intensité de la DNCPC était significativement plus bas dans le groupe ALR

$p = 0,025$

Résultats -8-

Résultats des mesures comparatives (5)

□ Nombre de descripteurs de la douleur neuropathique



$p = 0,185$

Discussion -1-

- ❑ Réduction significative dans l'incidence des DNCPC dans le groupe A-ALR (**DR = - 12,7%** et **RRR = 59,8%**)
- ❑ Baisse des scores d'intensité et du nombre de descripteur de cette douleur persistante d'allure neuropathique
- ❑ Littérature abondante sur l'impact préventif des techniques d'ALR sur la chronicisation de la douleur post-opératoire, mais très peu d'études concernant cet effet sur les DNCPC

Discussion -2-

[Harkouk et al. 2021]

Le BPV n'avait pas d'impact préventif sur le développement des DCPC, mais il semblait être efficace pour prévenir (réduire) leur composante neuropathique 12 mois après chirurgie

[Karmakar et al. 2014]

Absence d'action préventive du BPV sur la chronicisation des douleurs post mastectomies (après 6 et 12 mois), contrebalancée par une réduction significative des symptômes (entre autres neuropathiques) et de la sévérité des douleurs

[Salengros et al. 2010]

L'analgésie neuraxiale (épidurale thoracique) s'est aussi révélée efficace pour prévenir le développement des DN (signes d'hyperalgésie) après thoracotomie

- ❑ Ces résultats suggèrent que l'utilisation préventive de ces techniques semble être bénéfique

Impact préventif des techniques d'A-ALR sur les douleurs neuropathiques chroniques postchirurgicales (DNCPC) : Y a-t-il un bénéfice réel et pour quelle(s) chirurgie(s)?

CONCLUSION

Conclusion

- La douleur neuropathique (DN) est une composante indissociable des DCPC
- Notre étude suggère fortement que l'utilisation préventive des techniques d'analgésie locorégionale peut jouer un rôle essentiel dans la réduction des DNCPC
- Avenues prometteuses pour améliorer la qualité des soins postopératoires

**Merci pour
votre attention**