CLINIQUE CONVERT
Ensemble pour votre santé
RAMSAY SANTÉ

V. Bourlier (IADE-CLUD),
H. Fermet-Quinet (Pharmacien-CLUD),
F. Poirier (service qualité),
P.G. Yavordios (Anesthésiste Réanimateur)

Comité de Lutte contre la Douleur
CLUD
Clinique CONVERT
Bourg en Bresse
clud@clinique-convert.fr

Evaluation de la prise en charge de la douleur par infiltration cicatricielle continue de ropivacaïne (Naropeine®)

CONTEXTE DE L'EPP (évaluation des pratiques professionnelles)

Contexte général: amélioration de la prise en charge de la douleur après laparotomie.
Hypothèse: l'infiltration pré-péritonéale **continue** de ropivacaïne après laparotomie améliore la prise en charge de la douleur.

METHODOLOGIE

Etude prospective comparative sur 45 patients:

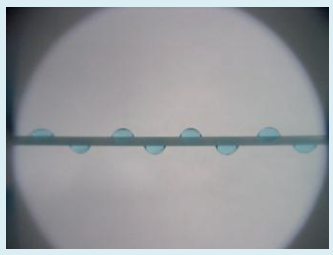
- 30 patients bénéficiant d'un bolus de ropivacaïne en fin de chirurgie suivi d'une administration continue de ropivacaïne 2 mg/ml sur les premières 48 h postopératoire à un débit de 5 ml/h, en complément de l'analgésie habituelle.
- 15 patients ne bénéficiant pas de cette technique mais de l'analgésie habituelle : Acupan® 20mg x4, Perfalgan® 1g x4, PCA Morphine bolus 1mg/ml seul.

Indications retenues pour l'étude:

- Chirurgie digestive, gynécologique et urologique.

Matériel:

- Cathéter multi perforé PROFILIS PAINCATH (DISTRICLASS) de tailles adaptées à la taille de l'incision.
- Cathéter relié à une pompe à perfusion continue (GEMSTAR)
- Pompe à analgésie contrôlée délivrant de la morphine (bolus de 1mg/ml)
- Logiciel Modalisa



Critères mesurés :

- EVA
- Qualité du sommeil
- Première mobilisation
- Transit
- Consommation d'antalgiques
- Durée moyenne de séjour.

RESULTATS

	Sans cathéter	Avec cathéter	Bénéfices attendus d'après les études
La douleur : EVA moyenne	J0 : 1,39 J1 : 1,65 J2 : 0,75	J0 : 1,71 (+0,32) J1 : 0,77 (- 0,88) J2 : 0,33 (-0,42)	Réduction de 1 à 1,5
La qualité du sommeil (0=bon,3=mauvais)	J0 :2,14 J1 :2,1 J2 :2,17	J0 : 2,4 (+0.26) J1 : 2,36 (+0.26) J2 : 1,86 (-0.31)	Bon :79% J1 Mitigé :14% J1 Mauvais :0% J1
La qualité de la 1°mobilisation (EVA)	EVA avant : 2,69 EVA après : 3,69	EVA avant : 0,25 (-2,44) EVA après : 1,5 (-2,19)	Réduction de 1,5
La reprise du transit	En jours : 2	En jours : 2,26 (+0,26)	
La reprise de l'alimentation	En jours : 2,6	En jours : 2,45 (-0,15)	
Les consommations de morphine	33,53 mg	15,27 mg **(- 54%)**	Réduction d'environ **40%**
La durée d'hospitalisation	10,8 jours	7,8 jours (-3 jours)	Réduction de 1j

DISCUSSION

La persistance d'un pic douloureux au retour de bloc et la comparaison avec des études de référence nous ont conduits à augmenter la vitesse d'administration à 10 ml/h, afin d'optimiser l'efficacité de cette technique.
Les effets secondaires de la morphine sont directement corrélés à la quantité utilisée. L'utilisation du cathéter multi perforé nous a permis de diminuer de 30% le nombre de patients titrés en morphine en SSPI et de 54% la consommation totale de morphine.
En résultat non attendu, nous constatons une EVA à 0 dès le retour de bloc chez les patientes mastectomisées.

CONCLUSION

L'EPP nous a confortés dans le choix de cette analgésie, qui ouvre d'autres perspectives. Entre autres l'évaluation de son intérêt dans la mastectomie versus le bloc nerveux paravertébral pourrait être utile.

PERSPECTIVES D'AMELIORATION

- Perte d'efficacité voire abandon du cathéter lié à des problèmes techniques (fuite aux jonctions matériel, déconnection, fuite dans le pansement). Actions correctrices : formation du personnel, recensement des problèmes, information du laboratoire fabricant.
- Discussion sur l'ablation du cathéter à J3 plutôt que J2
- Révision des vitesses de diffusion : vitesse 10ml/h sauf pour les mastectomies (fuite dans le pansement).
- Rédaction d'un protocole d'utilisation des cathéters multi perforés afin d'uniformiser les pratiques.

Bibliographie : *Beaussier M, El'Ayoubi H, Schiffer E, Rollin M, Parc Y, Mazoit J-X et al. Continuous preperitoneal infusion of ropivacaine provides effective analgesia and accelerates recovery after colorectal surgery. A randomized, double-blind, placebo-controlled study. - Anesthesiology 2007;107:461-8.*