

# La douleur non plus un symptôme mais une maladie

L.ABED, M.A.BENZEMRANE, T.HAMDAOUI, A.AMROUN.

Faculté de médecine - Université Blida 1

Service de chirurgie orthopédique «B», CHU de Douéra. Alger

## Introduction

La douleur postopératoire (DPO) et sa prise en charge représentent un véritable problème de santé publique. 80 % des patients opérés présentent une douleur postopératoire aiguë, 20 % d'entre eux la qualifient de sévère [1]

Malgré les recommandations et les avis des experts de différentes sociétés savantes à travers le monde, sa prise en charge longtemps considérée comme accessoire, reste pourtant insuffisante. Ceci est d'autant plus vrai en Algérie où la gestion de la douleur reste complexe et pas toujours accomplie, en effet, il n'existe pas ou peu de recommandations formalisées, de protocoles ou de consensus sur son évaluation et son traitement permettant d'uniformiser sa prise en charge et d'en améliorer la qualité, mais en raison du retentissement local et/ou général de la douleur sur le confort du patient et le résultat fonctionnel de l'intervention, aujourd'hui clairement démontrés, une attention de plus en plus importante est portée aux moyens et aux techniques d'analgésie.

## Retentissements de la douleur

Il est couramment admis que le traumatisme chirurgical et la douleur peuvent être à l'origine d'une augmentation de la morbidité voire de la mortalité postopératoire. De nombreuses études ont démontré l'effet délétère tant sur le plan physique qu'émotionnel qui en découle, en effet, celle-ci serait à l'origine de complications pulmonaires (particulièrement pour la chirurgie thoracique ou abdominale haute), thromboemboliques (hypercoagulabilité) [2], cardiaques (par stimulation du système sympathique) [3], neurologiques (inconfort, angoisse, troubles du sommeil et atteinte des fonctions supérieures chez le sujet âgé) [4] ainsi qu'un risque de chronicisation de la douleur [5].

De plus la douleur peut représenter une véritable entrave à une réhabilitation précoce, concept pourtant en plein essor de nos jours du fait de la demande accrue de rendre possible la déambulation précoce des patients. Un autre aspect des plus intéressants est l'aspect économique ; en effet la douleur en retardant la réhabilitation et en augmentant la durée moyenne de séjour à l'hôpital, augmenterait le coût global de prise en charge par patient, c'est dire l'intérêt de palier à ce phénomène.

## Retentissements de la douleur :

Il est couramment admis que le traumatisme chirurgical et la douleur peuvent être à l'origine d'une augmentation de la morbidité voire de la mortalité postopératoire. De nombreuses études ont démontré l'effet délétère tant sur le plan physique qu'émotionnel qui en découle, en effet, celle-ci serait à l'origine de complications pulmonaires (particulièrement pour la chirurgie thoracique ou abdominale haute), thromboemboliques (hypercoagulabilité) [2], cardiaques (par stimulation du système sympathique) [3], neurologiques (inconfort, angoisse, troubles du sommeil et atteinte des fonctions supérieures chez le sujet âgé) [4] ainsi qu'un risque de chronicisation de la douleur [5].

De plus la douleur peut représenter une véritable entrave à une réhabilitation précoce, concept pourtant en plein essor de nos jours du fait de la demande accrue de rendre possible la déambulation précoce des patients.

Un autre aspect des plus intéressants est l'aspect économique ; en effet la douleur en retardant la réhabilitation et en augmentant la durée moyenne de séjour à l'hôpital, augmenterait le coût global de prise en charge par patient, c'est dire l'intérêt de palier à ce phénomène.

## Conclusion

Autrefois considérée comme symptôme, les conséquences cliniques, émotionnelles, et économique qu'une douleur peu ou pas traitée puisse engendrer, posent un véritable défi médical et ont amené à l'aborder aujourd'hui comme maladie à part entière avec de lourds investissements consacrés à sa prise en charge. Une multitude de moyens techniques et médicamenteux sont maintenant disponibles à cet effet mais il est important pour chaque patient de définir les risques encourus et de choisir le mode d'analgésie offrant le meilleur rapport bénéfice/risque.

## Bibliographie

- [1] Chauvin M. Composante hyperalgique de la douleur postopératoire : rôle de la ketamine.
- [2] Gould TH, Corosby DL, Harmer M, et al. Policy for controlling pain after surgery : effect of sequential changes in management. *BMJ* 1992 ;305 :1187-39.
- [3] Mangano D. Perioperative cardiac morbidity. *Anesthesiology* 1990;72: 153-84.
- [4] Michel P, de Sarasqueta AM, Cambuzat E, Henry P et le CLUD. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un CHU. *Presse med.* 2001 ;30 :1438-44.
- [5] Macintyre PE, Schug SA. Adverse effects of undertreated severe acute pain. In: *Acute pain management: a practical guide*. 3rd ed. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto, Saunders: Elsevier; 2007. pp. 1e7
- [6] Rosencher N, Vielpeau C, Emmerich J, Fagnani F, Samama CM. Venous thromboembolism and mortality after hip fracture surgery: the Escorte Study. *J Thromb Haemost* 2005;3:2006-14.
- [7] Weller R, Rosenblum M, Conard P, Gross JB: Comparison of epidural and patient-controlled intravenous morphine following joint replacement surgery. *Can J Anaesth* 1991;38:582-6