

Analgésie postopératoire à domicile par cathéter périnerveux

L'expérience du CHD Vendée,
La Roche sur Yon

Définition : L'ALR³ périphérique regroupe l'ensemble des techniques qui consistent à injecter au contact des structures nerveuses dans le territoire desquels se situe un acte chirurgical ou un phénomène douloureux, un agent anesthésique local dans le but de bloquer la conduction nerveuse et ainsi obtenir soit une anesthésie (atteinte sensitivomotrice), soit une analgésie (atteinte sensitive), notamment sur les interventions en chirurgie orthopédique nécessitant une rééducation postopératoire précoce.

Dr J. Guilley / MAR C.H. La Roche sur Yon



L'analgésie post-opératoire à domicile par KT périnerveux : une réalité encore trop confidentielle

C'est un concept simple s'inscrivant dans le courant actuel d'une réhabilitation postopératoire précoce et de satisfaction du patient en ambulatoire. Néanmoins, cela demande une étroite collaboration entre l'établissement hospitalier (CHD Vendée¹) et l'établissement organisateur de la prise en charge au domicile (HAD Vendée²), en lien avec l'infirmière libérale. Peu d'équipes en France sont parvenues à concrétiser un projet de réseau centré sur l'ALR³ entre la ville et l'hôpital.

Pourquoi mettre en place un cathéter à domicile?

La durée d'action des anesthésiques locaux (Ropivacaïne®⁴) en injection unique ne peuvent assurer de façon constante plus de 18 à 24h d'analgésie efficace d'où la légitimité de mettre en place un cathéter périnerveux qui permette des réinjections sur la période post-opératoire (24 à 48h) pour toutes les interventions comportant une douleur PO intense > à 24h. Les risques de ce type d'analgésie restent encore aujourd'hui liés à la toxicité systémique des anesthésiques locaux utilisés. Dès le début, le choix de l'équipe s'est porté sur le cathéter sciatique dans la chirurgie de l'avant pied (hallux valgus) et sur le cathéter interscalénique dans la chirurgie de l'épaule sous arthroscopie (coiffe des rotateurs).

Quel est l'intérêt d'exporter ces techniques d'analgésie à domicile?

C'est de rendre accessible à une prise en charge postopératoire ambulatoire des interventions qui jusqu'alors ne l'étaient pas pour des raisons de maîtrise de la douleur. Cela permet d'améliorer le confort et la satisfaction des patients par un retour précoce à domicile dans de bonnes conditions ; de diminuer l'anxiété du patient liée à l'hospitalisation ; de réduire les coûts de prise en charge (40% dans notre expérience) ; de libérer des lits d'hospitalisation traditionnelle ; de réduire le risque d'infection nosocomiale en diminuant la durée du séjour hospitalier. L'aspect purement technique de l'ALR³ doit être parfaitement maîtrisé par l'équipe médicale souhaitant se lancer dans l'analgésie périnerveuse ambulatoire.

L'expérience du CHD Vendée

L'HAD Vendée² structure privé à but non lucratif a été pour nous la structure nous permettant de formaliser le réseau entre l'hôpital et la ville centré sur ce mode d'analgésie en ambulatoire. Elle assure la coordination des soins, contacte les professionnels (médecin traitant, infirmière libérale, pharmacien) et informe le patient sur l'organisation de la prise en charge, souligne Mme Bénétou (cadre à l'HAD Vendée²). Les IDE libéraux missionnés par l'HAD sont au préalable formés à la surveillance des techniques d'ALR³ par l'équipe d'anesthésie du CH de la Roche sur Yon avec remise d'un certificat nominatif.

Le rôle de l'infirmière libérale au domicile

L'infirmière assurera la première surveillance dès le retour du patient à son domicile, puis matin et soir pendant les 48 h suivant l'intervention, jusqu'à l'ablation du cathéter périnerveux.

- ✓ L'évaluation de la douleur et la surveillance des paramètres vitaux,
- ✓ La surveillance de la motricité et de la sensibilité de la zone opérée,
- ✓ La surveillance d'éventuels troubles trophiques d'appui (cas du cathéter sciatique),
- ✓ La vérification de l'intégrité du dispositif et du pansement,
- ✓ Le relevé du cumul des bolus, la recherche des effets secondaires liés aux AL, d'éventuels signes de surdosage.

L'infirmière retranscrit l'ensemble de la surveillance sur le dossier de soins (fiche de surveillance spécifique à la surveillance des différents cathéters périnerveux). On y trouve l'ordonnance de prescription anticipée des coantalgiques ainsi que la conduite à tenir en cas de difficultés rencontrées par l'infirmière ou le patient (coordonnées de l'équipe hospitalière IADE ressource douleur ou MAR ainsi que coordonnées de l'HAD qui assure une astreinte téléphonique 24h/24).

Statistiques et témoignages

Sur les 161 séjours réalisés jusqu'en 2010, les problèmes n'ont été que d'ordre technique liés à un défaut de l'infuseur dans 13,6% des cas. Les infirmières libérales n'ont fait appel à l'HAD et / ou à l'équipe médicale que dans 36% des cas (deux patients ont dû être réhospitalisés soit 1,2% des cas dont un pour retrait accidentel du cathéter). La prise en charge de la douleur a été vécue comme très satisfaisante (73,3%), à recommander à un proche (96,6%) avec une évaluation de la prise en charge globale très satisfaisante (18,2 / 20).

- Témoignage d'une patiente opérée d'un hallux-valgus en ambulatoire, « *J'ai été agréablement surprise de n'avoir eu aucune douleur après mon intervention* ».
- Commentaire de Christian Briola, IDE libéral de la Roche/Yon :
« *Ca se passe très bien, c'est confortable, efficace ! C'est vraiment bien perçu, bien vécu par les patients qui peuvent rester au domicile sans douleur. C'est en plus peu contraignant pour le patient* »

Conclusion

Avec un recul de plus de 30 mois, le mode de prise en charge reste séduisant (fiabilité, sécurité, satisfaction des patients) avec un gain financier non négligeable pour la collectivité. Néanmoins, cette technique semble être plus difficile à mettre en œuvre sur une population âgée vivant seule à domicile ou en secteur isolé. Nos perspectives d'avenir sont d'une part de densifier la couverture géographique du réseau en Vendée en formant de nouvelles infirmières libérales et d'autre part d'élargir les indications de ce mode de prise en charge de la douleur à domicile à d'autres interventions (ligamentoplastie du genou) et d'autres pathologies (soins d'artériopathie des membres inférieurs, SDRC).

Bibliographie

- Choquet O., Manelli JC. Le pied en ambulatoire. Communications du MAPAR 2005
- Casati A, Fanelli A, Koscielniak_Nielsen Z, et al. Using stimulating catheters for continuous nerve blocks shortens onset time of surgical block and minimizes postoperative consumption of pain medication after hallux valgus repair as compared with conventional nonstimulating catheters. *Anesth Analg* 2005; 101:1192-97
- Taboada M., Rodriguez J., Bermudez M., et al. Comparison of continuous infusion versus automated bolus for postoperative patient controlled analgesia with popliteal sciatic nerve catheters. *Anesthesiology* 2009; 110:150-54

AGRES Hugues
IADE Ressource Douleur
CHD Vendée

Centre Hospitalier Départemental de Vendée¹

Hospitalisation à Domicile en Vendée²

Analgésie Loco - Régionale³

Ropivacaïne®⁴, seul agent anesthésique local à avoir l'AMM pour l'utilisation à domicile depuis 1996 Infirmier anesthésiste DE Ressource Douleur⁵

Patient Controlled Analgesia⁶

Biberon Baxter (réf. C.1811), dispositif de perfusion (infusor) utilisé en analgésie loco-régionale⁷