

## Autoévaluation de la douleur après chirurgie de l'avant-pied. Série prospective continue de 100 patients

Christophe CHEVILLOTTE<sup>1</sup>, A. COLSON<sup>2</sup>, M. BENOIST<sup>2</sup>, J.L. BESSE<sup>1</sup>

1- Service de Chirurgie orthopédique - Centre Hospitalier Lyon Sud - 69 495 Pierre-Bénite Cedex

2- Département d'anesthésie réanimation - Centre Hospitalier Lyon Sud - 69 495 Pierre-Bénite Cedex

**Mots Clés :** Douleur. Chirurgie. Avant-pied.

### Introduction.

La prise en charge de la douleur est une des préoccupations majeure de la chirurgie de l'avant-pied. Elle a des implications sur la durée de séjour. Nous rapportons les résultats d'une étude prospective continue d'autoévaluation de la douleur après la chirurgie de l'avant-pied par 100 patients.

### Matériel et méthodes.

Tous les patients opérés de l'avant-pied de Janvier à Août 2005 par un seul opérateur ont été inclus. Les gestes chirurgicaux ont tous été unilatéraux et réalisés sous garrot pneumatique de cheville.

La prise en charge de la douleur, en plus du paracétamol et des AINS prescrits de façon systématique, a été réalisée selon 3 modalités (choix du patient lors de la consultation d'anesthésie): morphine à la demande (si Echelle Numérique > 4), pompe à morphine pendant 48 heures, cathéter poplité pendant 48 heures.

En fonction du type de chirurgie, l'appui était autorisé soit avec une chaussure de décharge type Barouk (ostéotomies métatarsiennes), soit avec une chaussure rigide à barre de roulement (chirurgie isolée des griffes d'orteils), soit avec un sabot plâtré (arthrodèse du gros orteil).

Une fiche d'autoévaluation a été remise au patient en lui demandant de noter la douleur (échelle de 0 à 10) la plus importante de la journée à 6 délais : 1<sup>ère</sup> nuit, J1, J3, J15, J30, J60.

### Résultats.

Il s'agissait de 91 femmes et 9 hommes, d'âge moyen 55 ans  $\pm$  13,3 (17-79 ans), 16% avait des antécédents dépressifs, 4% d'algodystrophie.

Les gestes chirurgicaux (14 Scarf M1 – 58 Scarf M1 et Weil – 3 arthrodèse MTP1 – 16 arthrodèse et Weil – 2 Scarf M5 – 5 corrections isolée de griffe) ont été réalisés dans 43% cas sous AG, 14% sous rachi-anesthésie, 43% sous bloc poplité. 14 patients ont eu une analgésie à la demande, 60 avec un cathéter poplité, 26 avec une pompe à Morphine. Il y a eu 4 hématomes important, 1 trouble de cicatrisation, 3 réactions algodystrophiques.

93 patients ont renvoyé leur questionnaire. La douleur moyenne a été : 2,9  $\pm$  2,9 (1<sup>ère</sup> nuit) – 3,3  $\pm$  3 (J1) - 2,5  $\pm$  2,3 (J3) – 1,5  $\pm$  1,9 (J15) – 0,9  $\pm$  1,5 (J30) – 0,7  $\pm$  0,9 (J60). Elle n'était pas corrélée au type de geste chirurgical, ni au mode d'anesthésie. Le mode d'analgésie a statistiquement été corrélée à la douleur la première nuit et à J1 (bloc poplité : 2,4 – 2,6. pompe à morphine : 3,1 – 4,1. à la demande : 4,7 – 4,8). Les patients dépressifs avaient une douleur un peu plus importante la 1<sup>ère</sup> nuit (4,2  $\pm$  3,6) et à J1 (3,5  $\pm$  2,9).

### Discussion - conclusion.

La douleur après chirurgie de l'avant-pied est surtout la première nuit et le 1<sup>er</sup> jour, puis diminue à partir de J3. Le moyen le plus efficace pour diminuer la douleur est le cathéter poplité pendant 48 heures. Aucun facteur prédictif de la douleur n'a été mis en évidence, pas même le type de chirurgie. Ces résultats ne plaident pas en faveur de la chirurgie ambulatoire, puisque avec des antalgiques et des AINS la douleur est en moyenne de 4,7 la première nuit et de 4,8 le premier jour.