

ACQUIRE mise à jour clinique

Août 2007

Préparée par:

Roy Jacobstein, M.D., M.P.H.
Carmela Cordero, M.D.
Jean Ahlborg, M.D.

Gestion de la Douleur au Cours de la Stérilisation Féminine par Mini Laparotomie

Introduction

Ce document traite des questions relatives à la gestion de la douleur au cours de la stérilisation féminine par mini laparotomie dans les programmes d'offre de services d'EngenderHealth. La stérilisation féminine par mini laparotomie est un acte chirurgical pratiqué en ambulatoire sous anesthésie locale avec une sédation et une analgésie appropriées par un prestataire de services cliniques qualifié. Le but de la gestion de la douleur est de réduire l'anxiété de la cliente, sa perception et son expérience de l'inconfort et de la douleur permettant ainsi un bon déroulement de l'opération. Une anesthésie locale avec sédation et analgésie s'est avérée être le régime anesthésique le plus approprié pour la stérilisation féminine par mini laparotomie. Elle a aussi permis à de nombreuses institutions d'offrir sans danger des services de stérilisation féminine même dans des localités aux ressources limitées (1,2).

Principes directeurs de la gestion de la douleur lors de la stérilisation féminine par mini laparotomie

- Les clientes acceptant la stérilisation féminine par mini laparotomie doivent recevoir une analgésie adéquate et une sédation qui minimise la douleur et l'anxiété et maximise leur confort.
- Même dans les conditions de faibles ressources, une gestion adéquate de la douleur est nécessaire et faisable.
- Les médicaments utilisés pour la sédation doivent être sans danger, abordables, facilement accessibles et régulièrement disponibles.
- Comme les risques augmentent avec la profondeur de la sédation, la sédation et l'analgésie doivent être les plus légères possibles pour contrôler la douleur et l'anxiété.
- La gestion de la douleur doit commencer avant la procédure avec le counseling pré opératoire et une médication visant à inhiber l'anxiété, elle doit procurer autant de confort que possible durant la procédure et doit continuer en période post opératoire.

Sédation et analgésie: Définitions et niveaux

La sédation diminue l'anxiété et provoque la somnolence tandis que l'analgésie calme la douleur. Il y a un cycle continu dans la profondeur de la sédation et de l'analgésie qui va de la sédation minimale à l'anesthésie générale. Tout au long de ce cycle, quatre états et niveaux de sédation- analgésie ont été définis et décrits par la Société Américaine des Anesthésiologistes (3) :

1. Sédation minimale

La sédation minimale est un état d'anxiété réduite ou élimine, induit par les médicaments au cours duquel les clientes sont capables de répondre normalement aux commandes verbales. Les fonctions cognitives et de coordination peuvent être altérées, mais les fonctions respiratoires et cardiovasculaires ne sont pas affectées et aucune intervention n'est nécessaire pour le maintien des voies respiratoires. (Les exemples de sédation minimale comprennent le blocage des nerfs périphériques, l'anesthésie locale ou régionale et une médication analgésique ou sédative orale administrée à doses appropriées pour un traitement non suivi d'insomnie, d'anxiété ou de douleur.)



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

the **ACQUIRE** project

2. Sédation / Analgésie modérée (Sédation consciente)

La sédation / analgésie modérée (Sédation consciente) est un état de dépression de la conscience induit par des médicaments durant lequel les clientes peuvent répondre correctement aux commandes verbales soit spontanément soit accompagnée par une stimulation tactile légère. La ventilation spontanée est adéquate et aucune intervention n'est pas nécessaire pour le maintien des voies respiratoires. La fonction cardiovasculaire est habituellement maintenue (La sédation /analgésie modérée est habituellement obtenue avec la combinaison d'un sédatif comme le Diazépam avec une faible dose d'un analgésique narcotique)

3. Sédation / Analgésie profonde

La sédation / analgésie profonde est un état de dépression de la conscience induit par des médicaments durant lequel les clientes ne peuvent pas être facilement éveillées mais peuvent répondre correctement aux commandes verbales après une stimulation répétée ou douloureuse. La ventilation peut être inadéquate et une intervention est nécessaire pour le maintien des voies respiratoires. La fonction cardiovasculaire est habituellement maintenue (La sédation / analgésie profonde est habituellement obtenue à l'aide des mêmes types de médication que la sédation / analgésie modérée mais à des doses plus élevées ou administrées par des voies où elles sont rapidement absorbées, par ex. voie IV au lieu de la voie IM)

4. Anesthésie générale

L'anesthésie générale est un état de perte de la conscience induit par des médicaments au cours duquel les clientes ne peuvent pas être éveillées même après une stimulation douloureuse. La faculté de maintenir la ventilation spontanée est souvent défectueuse et les clientes ont souvent besoin d'une assistance pour maintenir les voies respiratoires. La fonction cardiovasculaire peut être réduite.

Protocoles d'anesthésie et de gestion de la douleur recommandés pour la stérilisation féminine par mini laparotomie et bien fondé*

La sédation/analgésie modérée (sédation consciente) en combinaison avec l'anesthésie locale est le protocole recommandé pour la gestion de la douleur et l'anesthésie en chirurgie de stérilisation féminine par mini laparotomie pour des raisons de sécurité, confort et accessibilité. Ceci doit être complété par une bonne communication verbale et un soutien tout au long de la procédure. Les raisons pour cette recommandation résident dans les faits ci-après :

- Contrairement à une plus profonde sédation ou à l'anesthésie générale, la sédation / analgésie modérée avec anesthésie locale entraîne une moindre dépression cardiovasculaire, de faibles concentrations sanguines des médicaments et un rétablissement plus rapide, partant de faibles risques de complications inattendues et mettant en danger la vie[†].
- La sédation / analgésie modérée avec anesthésie locale offre à la cliente un confort adéquat avec un minimum d'anxiété ou de douleur sinon pas du tout.
- La sédation / analgésie modérée avec anesthésie locale est moins compliquée et coûteuse que l'anesthésie générale étant donné l'équipement et le niveau de formation nécessaires pour l'anesthésie générale. Elle permet ainsi aux services de stérilisation féminine d'être beaucoup plus accessibles, disponibles et utilisés.

Analgsiques et sédatifs pour la stérilisation féminine par mini laparotomie

Le choix d'un protocole spécifique pour la sédation et l'analgésie lors de la stérilisation féminine par mini laparotomie dépend de plusieurs facteurs dont l'expérience et l'habileté technique des prestataires de l'équipe chirurgicale, la sécurité et le confort de la cliente, la disponibilité et le coût des médicaments, la capacité de réponse aux urgences du site et les politiques et protocoles locaux en vigueur. Les buts, délais, doses et voies d'administration des médicaments communément utilisées pour la sédation et

* L'anesthésie générale peut être indiquée pour une intervention qu'on présume difficile (ex. Obésité sévère, cicatrices chirurgicales ou pathologie pelvienne. L'anesthésie générale ou régionale doit être utilisée seulement dans des localités bien équipées pour offrir une telle anesthésie et pour prendre en charge les complications qui pourraient en résulter.

† Il n'est pas toujours possible de prévoir comment une cliente va répondre aux médications analgésico-sédatives. En conséquence, les prestataires doivent être prêts et capables de reconnaître les clientes dont le niveau de sédation devient plus profond que prévu et d'agir rapidement. Pour la sédation /analgésie modérée, ceci signifie être capable de prendre en charge des voies aériennes encombrées ou une hypoventilation chez une cliente qui répond adéquatement seulement après une stimulation répétée ou douloureuse. Les antidotes et autres médicaments appropriés ainsi que les équipements d'urgence doivent être aussi disponibles et à portée de mains.

l'analgésie sont au Tableau 1 (page 4). Les combinaisons de ces médicaments peuvent être utilisées pour obtenir la sédation /analgésie modérée. Ces combinaisons varient selon les pays. Chaque élément de la combinaison doit être administré séparément pour avoir l'effet escompté (sédation et/ou analgésie avec une médication analgésique additionnelle donnée si nécessaire pour calmer la douleur ou l'inconfort ou une sédation additionnelle donnée pour diminuer l'anxiété) (3)

L'anesthésie locale pour la gestion de la douleur au cours de la stérilisation féminine par mini laparotomie : Considérations techniques et recommandations

- L'anesthésie locale doit être offerte à toutes les clientes conscientes qui subissent une mini laparotomie pour stérilisation féminine.
- Le but de l'anesthésie locale est de réaliser un blocage anesthésique qui pénètre toutes les couches de la paroi abdominale allant de la peau jusqu'au péritoine.
- La lidocaïne (Lignocaïne) est l'anesthésique local recommandé, comme il est le plus connu, disponible partout dans le monde, moins cher et la plupart des prestataires savent comment l'utiliser sans risques.
- La formule et concentration recommandées sont lidocaïne 1 % sans épinephrine à la dose de 4,5 mg/kg (2mg/kg) de poids corporel[†]
- Le temps d'action anesthésique de la lidocaïne sans épinephrine est de trois à cinq minutes après quoi la procédure peut commencer ; l'effet anesthésique dure 30-45 minutes et plus.
- Les sédatifs et analgésiques ne doivent pas être utilisés pour compenser une anesthésie locale inadéquate.

Communication avec la cliente pour réduire l'anxiété et la douleur

Des informations simples expliquant l'anesthésie et la procédure chirurgicale lors du counseling l'entretien pré opératoire et au cours d'intervention elle-même permettent de diminuer l'anxiété de la cliente évitant ainsi l'utilisation de sédatifs/analgésiques. Durant l'intervention chirurgicale, la cliente doit avoir des explications simples rassurantes sur ce qui est entrain de se faire, ce qu'elle pourrait sentir, et ce qui devra suivre ; ceci est particulièrement important lors des manipulations qui peuvent causer plus d'inconfort ou de douleur (par ex , lors des injections et de l'anesthésie locale , lors de l'ouverture du péritoine , lors de la saisie et de la manipulation des trompes de Fallope). Une telle communication réduit l'anxiété de la cliente et ses perceptions de la douleur (et aide aussi le prestataire à évaluer son degré de conscience) (2)

Gestion de la douleur en période post opératoire

La sédation / analgésie modérée utilisée pour la stérilisation par mini laparotomie en soi est suffisante pour contrôler la douleur en période per opératoire et dans le post opératoire immédiat. A la sortie, les analgésiques oraux (ex. ibuprofène ou diclofénac) peuvent être prescrits ou donnés pour une prise à domicile toutes les 4-6 heures au besoin au cours des premiers jours post opératoires.

Références

1. World Health Organization. 1992. Female sterilization: A guide to provision of services. Geneva.
2. EngenderHealth. 2003. Minilaparotomy for female sterilization: An illustrated guide for service providers. New York.
3. American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. 2002. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists: An updated report. *Anesthesiology* 96(4):1004–1017.
4. Omoigui, S. 1999. Sota Omoigui's anesthesia drugs handbook, 3rd ed. Malden, MA: Blackwell Science.
5. Barash, P., Cullen, B., and Stoelting, R. 2005. Handbook of clinical anesthesia, 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins.
6. Mosby. 2005. Mosby's drug consult for health professions. St. Louis: Mosby/Elsevier Press.

[†] Les solutions de lidocaïne à 2 % peuvent être diluées à 1 % ou 0,5 % en utilisant le sérum salé isotonique ou de l'eau stérile. Les concentrations plus faibles donnent la même quantité d'anesthésique en plus grand volume, ce qui facilite l'infiltration de toutes les couches de la paroi abdominale et améliore l'effet anesthésique.

Tableau 1. Médicaments pour la sédation / Analgésie pour la stérilisation féminine par mini laparotomie (Sources: 2, adapté de 4 et 5, et 6)

Médicament	Dose/ Voie d'administration/Temps
Sédation minimale —généralement offerte per os aux clientes ambulatoires	
Sédation: Diazépam	2–10 mg per os, 45–60 minutes avant d'entrer au Bloc Opératoire (BO)
Analgésique non narcotique * Diclofenac or Ibuprofen	<ul style="list-style-type: none"> • 75 mg de diclofenac per os, 45–60 minutes avant d'entrer au BO ; ou • 400 mg ibuprofen per os, 45–60 minutes avant d'entrer au BO
Sédation modérée —administrée en intra musculaire (IM) ou intraveineux (IV) au BO	
Sédatifs	
Midazolam (action rapide)	<ul style="list-style-type: none"> • IM: 2,5 à 10 mg (0,05 à 0,2 mg/kg), in OT, 5–10 minutes avant de commencer la procédure • IV: 0,5 à 5 mg (0,025 to 0,1 mg/kg), donné <i>lentement</i> juste avant la procédure
Diazépam	<ul style="list-style-type: none"> • Comme <i>prémédication orale</i> ; Voir ci haut • Pour la <i>sédation modérée</i> : 2 à 10 mg (0,05 to 0,2 mg/kg IV <i>lente</i> juste avant la procédure
Prométhazine	<i>Prémédication/Sédation Modérée</i> : 12,5 à 50 mg, IV, IM (profond), ou per os, le moment dépend de la voie d'administration
Analgésiques narcotiques	
Fentanyl (Action rapide)	25 à 100 µg (0.7 to 2 µg/kg) IV ou IM, juste avant de commencer la procédure
Pentazocine	30 mg IM, au BO, 10–15 minutes avant de commencer la procédure
Meperidine (Pethidine)	<ul style="list-style-type: none"> • IM: 50 à 150 mg (1 to 3 mg/kg), au BO, 5–10 minutes avant de commencer la procédure ; ou, • IV: 25 à 100 mg (0.5 to 2 mg/kg), donné <i>lentement</i> juste avant de commencer la procédure
Nalbuphine	<ul style="list-style-type: none"> • IM: 5 à 10 mg (0.1 to 0.3 mg/kg), au BO, 5–10 minutes avant de commencer la procédure ; ou, • IV: 5 à 10 mg (0,1 to 0,3 mg/kg) juste avant de commencer la procédure
Non narcotique analgésique/Anesthésie dissociative	
Ketamine (Les clientes doivent avoir reçu au préalable une prémédication avec un sédatif)	<i>Sédation/Analgésie</i> IM: 2,5 à 5 mg/kg juste avant de commencer la procédure IV: 0,5 à 1 mg/kg juste avant de commencer la procédure
	<i>Induction de l'anesthésie</i> : 1 à 2,5 mg/kg IV

* Les analgésiques non narcotiques comme ibuprofen ou diclofenac qui sont des anti inflammatoires non stéroïdiens, ou AINS peuvent être utilisés avant le début de l'intervention pour réduire la contracture utérine et/ou diminuer la douleur post opératoire.

Note : L'atropine qui n'est ni un sédatif ni un analgésique est aussi souvent utilisée pour la stérilisation féminine par mini laparotomie pour diminuer les sécrétions, prévenir la bradycardie per opératoire (ralentissement des battements cardiaques pendant la chirurgie) et diminuer les risques de syncope vasovagale ou l'arrêt cardiaque. La dose habituelle de l'atropine es 0.6 mg, en IM ou IV.

<p>Pour d'amples informations, contacter: info@acquireproject.org</p> <p>© 2007 The ACQUIRE Project</p> <p>c/o EngenderHealth 440 Ninth Avenue New York, NY 10001 U.S.A. Telephone: 212-561-8000 www.acquireproject.org</p>	<p>Le Projet ACQUIRE (Access, Qualité, et Utilisation de services de Santé Reproductive) est une Initiative globale financée par L'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID) et exécutée par EngenderHealth en partenariat avec Adventist Development and Relief Agency International (ADRA), CARE, IntraHealth International, Inc., Meridian Group International, Inc., et la Société Africaine des Femmes contre le Sida (SWAA).</p> <p>Cette publication a été possible grâce à l'appui généreux du peuple Américain à travers le service de la Santé Reproductive et de la Population, l'Agence Etats-Unis pour le Développement International (USAID) sous les termes de l'accord coopératif GPO-A-00-03-00006-00. Les contenus sont du ressort de la responsabilité du Projet ACQUIRE et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.</p>
 <p>USAID DU PEUPLE AMERICAIN</p>	 <p>the ACQUIRE project</p>

La version française de cette publication a été rendue possible grâce à l'appui généreux du projet AWARE, financé par l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID).