

Consultation infirmière avant chirurgie de scoliose

Patricia Martret*, Bénédicte Lombart**

* Infirmière anesthésiste ressource douleur

** Cadre infirmier

Unité fonctionnelle de lutte contre la douleur, Hôpital d'enfants Armand Trousseau,
Assistance publique – Hôpitaux de Paris

La prise en charge de la douleur en postopératoire est une problématique quotidienne dans la fonction d'une infirmière ressource douleur. L'exercice de cette activité transversale permet de constater des difficultés d'évaluation de la douleur, en particulier chez les enfants handicapés avec lesquels la communication verbale est réduite, voir inexistante.

La sémiologie douloureuse habituelle est totalement modifiée chez ces enfants. Les manifestations peuvent être discordantes : des pleurs pour manifester de la joie ou à l'inverse un rire paradoxal exprimant la souffrance. Impossible alors de dépister leur douleur, de comprendre ce qu'ils ressentent si l'on ne connaît pas leur comportement habituel. Les parents nous aident souvent à reconnaître les manifestations douloureuses de leurs enfants. Malheureusement cette anamnèse est peu réalisée ou seulement *a posteriori*. L'exemple de ce jeune garçon opéré, évalué pendant 2 jours avec une échelle numérique alors qu'il ne connaissait pas les chiffres illustre bien ces lacunes dans notre recueil de données initial.

De manière plus générale, ces expériences cliniques posent la question de l'information préopératoire. L'intérêt de cette information est d'ailleurs repris dans la littérature [1]. Au cours de la formation d'infirmière anesthésiste, l'importance des explications sur l'analgésie données en pré-anesthésie est bien soulignée. Dans ce contexte, un DVD d'information sur le fonctionnement de la PCA destiné aux enfants a été élaboré par le CNRD¹. Cet outil pédagogique permet d'expliquer simplement le mode d'action de la morphine, son délai d'action, ses indications. C'est la conjonction de ces différents éléments et aussi le fruit d'un travail d'équipe qui nous ont amenés à organiser une consultation infirmière relative à la douleur en préopératoire.

Le choix de la population d'enfants à laquelle cette consultation est dédiée s'est établi à partir de plusieurs critères : les indications, la faisabilité, la fréquence.

Il me semblait important de cibler prioritairement la population d'enfants polyhandicapés. Ces enfants sont fréquemment opérés d'arthrodèse du rachis, intervention particulièrement anxiogène et douloureuse. Par ailleurs, ces jeunes sont hospitalisés en hôpital de jour pour toute une série d'exams et de consultations quelques semaines avant leur intervention. Ce qui nous donne l'opportunité de les informer de manière anticipée.

Cette intervention concerne environ 55 adolescents par an, deux tiers d'entre eux sont des patients qui présentent une scoliose idiopathique sans pathologie associée.

Les aspects organisationnels sont incontournables dans la mise en place de ce type de projet.

¹ Centre national de ressources de lutte contre la douleur www.cnrdr.fr.

Nous avons informé le chef de service du secteur de chirurgie concerné ainsi que les cadres et les anesthésistes. Après quelques réticences et incompréhensions (pourquoi une consultation infirmière ? la consultation anesthésiste ne suffit-elle pas ? quelles vont être les informations prodiguées ?), la consultation préopératoire « douleur » est peu à peu rentrée dans les habitudes. Aujourd'hui ce temps d'information fait partie intégrante de la journée d'hôpital de jour au même titre que les autres examens. Chacun relaie au mieux l'information, un courrier individuel est envoyé par la secrétaire du chirurgien à chaque convocation d'enfants lors du bilan préopératoire pour arthrodèse du rachis. Les anesthésistes nous sollicitent également directement pour certains enfants qui ne sont pas passés par le circuit de l'hôpital de jour.

L'objectif principal de cette consultation est d'optimiser la prise en charge de la douleur en postopératoire en informant de manière anticipée sur les outils d'évaluation de la douleur, les modes d'analgésie, le circuit d'hospitalisation et différents aspects pratiques.

Évaluation de la douleur

La présentation des outils varie en fonction des capacités cognitives du jeune. On explique à l'enfant et à ses parents comment utiliser les différentes échelles d'auto-évaluation et comment leur utilisation aidera les soignants à réajuster les médicaments de la douleur.

Les échelles présentées sont l'EVA, l'échelle numérique et l'échelle verbale simple, et l'échelle des visages.

La préférence de l'enfant pour telle ou telle échelle est notée.

En ce qui concerne les enfants qui ne peuvent pas s'auto-évaluer, un recueil de données complet sur le comportement habituel de l'enfant est réalisé. Cette anamnèse est indispensable aux soignants qui s'occuperont de l'enfant en postopératoire. Le référentiel de la grille DE San Salvador [2] est utilisé pour collecter les informations utiles auprès des parents. C'est souvent l'occasion pour eux de découvrir cette échelle. L'objectif est de leur permettre de transmettre à leur tour à d'autres équipes ces informations sur leur enfant.

En effet il est reconnu que l'utilisation de grilles d'hétéro-évaluation chez les enfants polyhandicapés augmente la réponse antalgique [3].

Modes d'analgésie

Le produit d'analgésie de choix dans ce type de chirurgie est la morphine. Ce médicament fait encore l'objet d'idées fausses. Le temps de la consultation nous permet de revenir sur certaines croyances, de démystifier la morphine. L'utilisation du film « C'est quoi une pompe à morphine ? »² est très utile car le fonctionnement de la morphine et son administration avec la pompe y sont illustrés. Le visionnage de ce film ouvre la discussion.

D'autres aspects de l'analgésie sont également évoqués tels que la crème anesthésiante, le MEOPA.

² CNRD 2006.

Le circuit du patient en postopératoire

Ce point est important car il permet aux familles de mieux se représenter les étapes postopératoires. Dans un premier temps, l'enfant est placé en salle de surveillance post-interventionnelle. Il est expliqué que l'équipe permet à un des deux parents d'être présent dès le réveil de l'enfant. Il arrive également que certains enfants lourdement handicapés soient pris en charge en secteur de réanimation. C'est souvent un aspect anxiogène pour les familles, nous proposons en accord avec le cadre de la réanimation de visiter ce service, de reconnaître les lieux. Cela aide à rassurer, à se sentir mieux en « terrain inconnu ». Pour les enfants qui sont transférés dans un autre établissement (hôpital de Garches) pour une ventilation mécanique prolongée dans les suites opératoires, un contact est pris avec l'homologue local afin de faire le relais et que la prise en charge se poursuive.

De façon plus courante, les premiers jours postopératoires l'enfant est hospitalisé en unité de surveillance continue, un peu plus tard il sera transféré en secteur d'hospitalisation conventionnelle. Les enfants qui ont été vus en consultation préopératoire sont systématiquement revus durant leur hospitalisation par un membre de l'équipe douleur.

Questions diverses

La consultation est également l'occasion de reprendre ce que la famille a compris de la consultation avec l'anesthésiste. Ils reçoivent beaucoup d'informations et il est intéressant de reprendre avec eux certains points. Les aspects « techniques » sont évoqués. Lorsque l'enfant sort du bloc opératoire, il est porteur d'un certain nombre de sondes et de cathéters. Il est important de les prévenir, d'évoquer par exemple le fait que l'inconfort de la sonde gastrique n'est pas soulagé par les bolus de morphine mais qu'il existe d'autres moyens.

Au décours de cette consultation, un certain nombre d'éléments sont évalués.

Notamment l'anxiété de l'enfant et de sa famille est repérée. Cela permet le cas échéant de proposer aux familles une aide psychologique, de faire du lien avec la psychologue du service.

La capacité du patient à s'auto-évaluer est appréciée et dans le cas où une hétéro-évaluation doit être réalisée, le référentiel initial recueilli auprès de la famille est transmis aux équipes. La capacité à utiliser une PCA est également évaluée et transmise.

Cette consultation existe depuis 2005. La durée d'une consultation est de 60 minutes en moyenne. Elle a concerné au total 270 patients opérés de scoliose dont 88 polyhandicapés.

Ce temps d'information est précieux car il permet de mieux répondre à l'anxiété préopératoire, d'individualiser l'évaluation, d'adapter le mode d'analgésie. Cette consultation traduit également l'engagement institutionnel dans la prise en charge de la douleur. La famille constate que la prise en charge de la douleur est l'affaire de tous.

Références

- [1] Jaaniste T, Hayes B, von Baeyer CL. Providing Children With Information About Forthcoming Medical Procedures : A Review and Synthesis. *Clin Psychol Sci Pract* 2007 ; 14 (2) : 124-43.
- [2] Collignon P, Giusiano B, Jimeno MT *et al.* Validation statistique d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. La douleur de l'enfant, quelles réponses?, Unesco, Paris, FRA, 1994, 79 - 93, 8, *fre Serv. Pédiatr. II, Hôp. San Salvadour, BP 80, 83407 Hyères cedex, FRA*

- [3] Collignon P, Guisiano B, Combe JC, Perrin C. Évolution des prescriptions antalgiques dans un service accueillant des enfants polyhandicapés. (Advance in analgesic prescriptions in a unit with severely disabled children)

Pour en savoir plus

Galéano A, Ferrandière M, Blond MH *et al.* Evaluation of the information given to parents during the planned preanaesthetic consultation in a paediatric hospital. *An Fr Anesth Reanim* 2005 ; 24 (11-12) : 1334-42.

Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I *et al.* Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesth Analg* 2004 ; 99 (6) : 1648-54, table.