

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



*Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie*



Année Universitaire : 2019-2020

Mémoire N°...../20

MEMOIRE

INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

Présenté et soutenu le 17/03/2021 devant la Faculté de Médecine
et d'Odonto-stomatologie

Par :

Dr MEUZEBOU NKA KMANY Alida

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Anesthésie-Réanimation

JURY

Président : **Pr. Dieneba DOUMBIA**
Membres : **Pr. Youssouf COULIBALY**
Pr. Djibo Mahamane DIANGO
Pr. Nouhoum DIANI
Pr. Aladji Seidou DEMBELE
Co-directrice : **Dr. Fadima Koureissy TALL**
Directeur : **Pr. Mohamed KEITA**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à :

- **L'ETERNEL DIEU TOUT PUISSANT : *Luc 1:37* « Car rien n'est impossible à Dieu ».** Que toute la gloire te revienne Papa !
- **SAINT ESPRIT** : Merci d'avoir inspiré et conduit ce travail
- **La Famille NKA KMANY**
- **Cylia et Lola FOTCHIN**
- **La Famille SAMAKE**
- **La Famille HOUNZANGLI**
- **Mr Edy Augustin MEGUHE**
- **La Famille FOTCHIN**
- **La Famille MPEN** (Mission prophétique pour l'évangélisation des nations)
- **Dr Mamadou Karim TOURE et Dr COULIBALY B Bolimpe**
- **Dr BEYE Seydina Alioune**

Mes remerciements vont aussi à l'endroit de tous mes **maîtres**, de mes collègues **DESAR**, de tous mes **amis**, de tout le **personnel** du service d'anesthésie-réanimation et des urgences des **CHU Gabriel TOURE, Point-G, Kati, Hôpital du Mali, Luxembourg, IOTA** et à tous **ceux** qui, de près ou de loin, m'ont accompagné tout au long de cette formation et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Que Dieu le Tout-Puissant se souvienne de chacun de vous et qu'il vous bénisse au-delà de vos attentes.

**COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE LA FILIERE ANESTHESIE-
REANIMATION**

Professeurs

- Mr Col. Abdoulaye DIALLO (**Retraité**)
- Mr Youssouf COULIBALY
- Mr Djibo Mahamane DIANGO
- Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE
- Mr Mohamed KEITA

Maitres de Conférences Agrégé

- Mr Aladji Seidou DEMBELE

Maitres de Conférences

- Mme Dieneba DOUMBIA
- Mr Nouhoum DIANI

Maitres-Assistants

- Mme Fadima Koureissi TALL
- Mr Seydina Alioune BEYE
- Mr Hammadoun DICKO
- Mr Moustapha MANGANE
- Mr Mamadou K TOURE
- Mr Thierno Madane DIOP
- Mr Mahamadoun COULIBALY
- Mr Mamadou chiad CISSE
- Mr Siriman KOÏTA
- Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE
- Mr Abdoulaye TRAORE
- Mr Daouda DIALLO

**INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE**

Enseignants Associés

- Neurologie : Pr Youssoufa MAIGA
- Interniste/ Endocrinologue : Pr KAYA Assetou SOUKHO
- Gastro-entérologie : Pr Moussa DIARRA- Pr Anselme KONATE
- Infectiologie : Pr Daouda K MINTA
- Otorhinolaryngologie : Pr Mohamed A KEITA
- Cardiologie : Pr Ilo DIALL - Pr Ichaka MENTA
- Anatomiste/Chirurgien : Pr Sadio YENA

Enseignants Non permanents :

- Mme MEYER Hawa KEITA : Professeur Titulaire Anesthésie-
Réanimation. Paris (France)

**INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE**

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMOS : Ablation du matériel d'ostéosynthèse
ASA : American society of anesthesiologist
CHU : Centre hospitalier universitaire
COVID 19 : corona virus disease 2019
DESAR : Diplôme d'études spécialisées en anesthésie-réanimation
DPO : Douleur postopératoire
EVA : Echelle visuelle analogique
FC : Fréquence cardiaque
FR : Fréquence respiratoire
G18 : Gauge 18
Gr : Groupe
H : Heure
IASP : International Association for Study of Pain
IV: Intraveineux
IVD: Intraveineux direct
IVL : Intraveineux lent
Kg : Kilogramme
Mg : milligramme
NVPO : Nausée-vomissement postopératoire
PA : Pression artérielle
PAM : Pression artérielle moyenne
PANI : Pression artérielle non invasive
PTH : Prothèse totale de hanche
SPO2 : Saturation pulsée en oxygène
SPSS : Statistical Package for the social science
µg : Microgramme
VVP: Voie veineuse périphérique
% : Pourcentage
> : Supérieur
< : Inférieur

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur légère en fonction du produit injecté

Figure 2 : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur modérée en fonction du produit injecté

Figure 3 : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur sévère en fonction du produit injecté

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe

Tableau III : Répartition des patients en fonction du diagnostic opératoire

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du geste chirurgical réalisé

Tableau V : Répartition des patients en fonction du produit injecté

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la technique anesthésique

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la durée de la chirurgie

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de l'intensité de la douleur

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du délai d'utilisation de la morphine

Tableau X : Répartition des patients en fonction de la dose de morphine utilisée

Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la glycémie postopératoire

Tableau XII : Répartition des patients en fonction des effets secondaires

**INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE**

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction des patients

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de l'observance du traitement

Tableau XV : Répartition des patients en fonction de l'intensité de la douleur et le produit injecté

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de la dose de morphine utilisée et le produit injecté

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des effets secondaires et du produit injecté

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction des patients et du produit injecté

Tableau XIX : Age moyen des patients selon les auteurs

Tableau XX : Sexe des patients selon les auteurs

Tableau XXI : Intensité de la douleur et produit injecté selon les auteurs

Tableau XXII : Dose de morphine utilisée et produit injecté selon les auteurs

**INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE**

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	2
2. OBJECTIFS	5
2.1. OBJECTIF GENERAL	5
2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES	5
3. PATIENTS ET METHODES	7
3.1. CADRE DE L'ETUDE	7
3.2. TYPE ET PERIODE DE L'ETUDE	7
3.3. POPULATION D'ETUDE.....	7
3.3. TAILLE DE L'ECHANTILLON ET RANDOMISATION	8
3.5. CONDUITE DE L'ANESTHESIE.....	9
3.5.1. En peropératoire	9
3.5.2. En postopératoire	10
3.6. PROCEDURES ANALGESIQUES	10
3.7. VARIABLES D'ETUDE.....	10
3.8. CRITERE DE JUGEMENT	11
3.8.1. Critère de jugement principal	11
3.8.2. Critères de jugement secondaires	11
3.9. DEROULEMENT DE L'ESSAI ET COLLECTE DES DONNEES	12
3.10. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	12
3.11. CONSIDERATIONS ETHIQUES	12
3.12. DEFINITIONS OPERATIONNELLES	12
4. RESULTATS	15
4.1. ANALYSE DESCRIPTIVE	15
4.2. ANALYSE ANALYTIQUE	19
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	24
5.1. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	24
5.2. RESULTATS DESCRIPTIFS	24
5.3. RESULTATS ANALYTIQUES	27
CONCLUSION	30
REFERENCES	32
ANNEXES	36
ANNEXE 1 : LES DEUX FACETTES DE LA REGLETTE DE L'EVA	36
ANNEXE 2 : FICHE DE COLLECTE	37
ANNEXE 3 : FICHE DE SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE.....	39
RESUME	40

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

La douleur est définie par l'International Association for Study of Pain (IASP) comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion. » [1]

La douleur postopératoire (DPO) est une inquiétude majeure des patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale [1,2]; elle a une implication non négligeable dans la réhabilitation du patient opéré [3].

Une douleur non soulagée constitue un stress physiologique néfaste [4] engendrant l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle,

Le ralentissement de la vidange gastrique, des déséquilibres endocriniens et une diminution de la capacité respiratoire [5,6] L'immobilité résultante de la douleur favorise l'apparition de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire [4,5,7,8]. Des répercussions psychologiques sont possibles, telles une augmentation de l'anxiété, l'apparition de troubles du sommeil, la fatigue, l'agitation, l'irritabilité, l'agressivité et, surtout, la présence de souffrance et de détresse émotionnelle.

La chirurgie orthopédique est une chirurgie essentiellement fonctionnelle et particulièrement algogène. La réhabilitation postopératoire doit donc être aussi précoce que possible. La douleur post-opératoire est un facteur majeur qui retarde cette réhabilitation (retard de rééducation) [9]. Dans cette chirurgie, les suites post-opératoires doivent donc être conditionnées par une analgésie optimale pour favoriser la réhabilitation rapide des patients. Il y a double objectif dans cette analgésie : d'une part, l'amélioration du confort des patients et d'autre part, l'accélération de la récupération fonctionnelle postopératoire.

Afin de permettre une meilleure prise en charge de cette douleur, on peut avoir recours à plusieurs modalités [10,11] en combinant ainsi les techniques neuroaxiales (péridurale, intrathécale), les blocs nerveux radiculaires ou tronculaires, et l'association de divers antalgiques avec des mécanismes d'actions différents (Paracétamol, Antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS), morphinique, kétamine, lidocaïne IV, dexaméthasone, etc.). Malgré la disponibilité de méthodes efficaces d'évaluation et de traitement de la douleur postopératoire, sa prise en charge reste souvent insuffisante [11].

Au Mali, dans une étude au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Kati, 12,5% des patients avaient ressenti une douleur modérée et 90% du personnel médical indique n'avoir bénéficié d'aucune formation sur la prise en charge de la douleur [12].

Au début des années 2000 ; plusieurs études ont utilisé la dexaméthasone, corticoïde ayant une action anti inflammatoire plus prolongée que la méthylprednisolone [13], dans le but de prévenir les nausées-vomissements postopératoires (NVPO) même si elle est incriminée dans les complications infectieuse et hémorragique en péri opératoire [14]. Les posologies de 0,1 à 0,2 mg/kg semblent plus efficaces permettant d'améliorer les scores de la douleur et de réduire la consommation post opératoire en morphine.

Afin de limiter des complications liées à la douleur, une prise en charge adéquate de celle-ci est nécessaire. Plusieurs études ont montré que l'analgésie contrôlée par le patient est la technique de choix pour la gestion de la douleur postopératoire [15]. Cependant l'utilisation des morphiniques expose à d'autres complications notamment respiratoire, nausées-vomissements allongeant ainsi le temps de réhabilitation.

Notre étude vise à évaluer l'optimisation de l'analgésie postopératoire par l'utilisation de la dexaméthasone.

OBJECTIFS

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

Evaluer l'intérêt de la dexaméthasone administrée par voie intraveineuse dans l'analgésie post-opératoire en chirurgie traumatologique et orthopédique au CHU de Kati

2.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Etudier l'intérêt de la dexaméthasone administré par voie intraveineuse 15min avant l'induction dans l'analgésie postopératoire
- ❖ Etudier l'épargne morphinique liée à la dexaméthasone chez les patients en postopératoire
- ❖ Déterminer les évènements indésirables liés à l'utilisation de la dexaméthasone
- ❖ Déterminer la satisfaction du patient par rapport à la qualité de l'analgésie postopératoire.

METHODOLOGIE

3. PATIENTS ET METHODES

3.1. Cadre de l'étude

Cette étude a été menée dans les services d'anesthésie-réanimation et de chirurgie traumatolo-orthopédique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Kati.

3.2. Type et période de l'étude

Il s'agit d'un essai randomisé double aveugle concernant une modalité de traitement de la douleur postopératoire après une chirurgie traumatolo-orthopédique. Cette étude s'est déroulée du 1^{er} octobre au 30 Novembre 2020.

3.3. Population d'étude

L'étude portait sur tous les patients admis dans le service de chirurgie traumatolo- orthopédique et répondant aux critères d'éligibilité.

3.3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude :

-Tout patient ASA I âgé de plus de 15 ans, prévu pour chirurgie traumatologique et/ou orthopédique réglée ou urgente ayant donné son consentement éclairé.

3.3.2. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus, tout patient :

- Ayant refusé de participer à l'étude
- Ayant un antécédent de douleur chronique
- Pris au bloc pour une reprise chirurgicale
- Présentant une infection
- Ayant bénéficié d'un cathéter péridural pour anesthésie

3.3.3. Critères d'exclusion

Nous avons exclu, tout patient

- Ayant eu un incident/accident peropératoire ayant entraîné la défaillance d'une grande fonction
- Ayant bénéficié d'une anesthésie à la kétamine
- Ne désirant plus faire partie de l'étude

3.3. Taille de l'échantillon et randomisation

La formule de Schwartz a été utilisée pour calculer la taille minimale de l'échantillon. Deux groupes identiques (dexaméthasone/placebo) de patients ont été considérés.

Ainsi avec la formule de Schwartz : $n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$ où

- n = taille minimale de l'échantillon
- t = niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95% sera 1,96),
- p = prévalence. ($p= 4,5\%$) [12]
- m = marge d'erreur (fixée à 5%)

En considérant une marge de 5% pour les dossiers inexploitable ou les perdus de vue, la taille minimale nécessaire prévue les 2 mois a été de 69 cas soit 34 cas pour un groupe et 35 cas pour l'autre avec un ratio de sujets non exposés/exposés de 1:1

Déroulement de la randomisation double aveugle :

L'essai a comparé l'intensité de la douleur postopératoire chez une population ayant reçu une dose unique de 8mg de dexaméthasone dans 10 ml de sérum salé 0,9% contre une population ayant reçu un placebo (10 ml de sérum salé 0,9%). L'hypothèse principale testée fût que l'analgésie du groupe ayant reçu la dexaméthasone est plus efficace que celle du groupe placebo.

Il y'a eu deux groupes de malades : le groupe (Gr-dexa) qui recevait 8mg de dexaméthasone à l'induction et le groupe placebo (Gr-placebo) qui recevait du sérum salé isotonique. Une liste randomisée pour chaque groupe fût tenue dans les principes de confidentialité par le médecin anesthésiste-réanimateur sénior. Une fois qu'un patient était recruté par l'étudiant enquêteur, le médecin senior était informé et il préparait la seringue du produit à administrer (dexaméthasone ou sérum salé). La seringue sera couverte par une bande adhésive de manière que la couleur du produit ne soit pas visible. L'analyse a débuté une fois les enquêtes terminées et la randomisation levée.

3.5. Conduite de l'anesthésie

3.5.1. En peropératoire

Tous les patients inclus dans l'étude ont bénéficié quel que soit le type d'anesthésie de :

- Monitoring de base : Pression artérielle non invasive (PANI), fréquence cardiaque (FC), saturation périphérique en oxygène (SpO2) ; Electrocardioscope
- Pose d'une voie veineuse périphérique (VVP) de calibre G18 avec cristalloïde pour l'apport hydrique peropératoire ;
- Administration du produit (dexa/placebo) de l'étude en intraveineuse direct (IVD) 15 minutes avant l'induction anesthésique
- Oxygène à la lunette à 3l/min dès l'installation du patient au bloc opératoire ;
- Induction classique (Pas de kétamine)
- Rachianesthésie avec 10mg de bupivacaine
- Antibio prophylaxie 30minutes au moins avant l'incision

- Administration de l'analgésie (20mg de Nefopam + 1g de paracétamol en perfusion) 30 minutes avant la fin de la chirurgie

3.5.2. En postopératoire

La surveillance postopératoire consistait à évaluer de façon continue les paramètres suivants :

- La douleur à H2, H6, H12, H24, H36, H48 du postopératoire. Cette évaluation a été faite grâce à une réglette de l'EVA (*annexe 1*) à double facette
- Le saignement
- La pression artérielle (PA), la fréquence cardiaque (FC), la fréquence respiratoire (FR),
- La glycémie capillaire à H2 postopératoire (glycémie à jeûne). Les contrôles seront fonction des résultats.

Le traitement des nausées-vomissements postopératoire s'est fait avec de la Levosulpiride (dislep®) en IVL.

L'hyperglycémie était prise en charge à partir d'une valeur seuil de 10mmol/l (2g/l) par de l'insuline rapide (Actrapid®).

3.6. Procédures analgésiques

En postopératoire, les deux groupes ont bénéficié de la procédure analgésique suivante :

- Néfopam 20mg + 1g de Paracétamol en perfusion à débiter 30min avant la fin de la chirurgie et à poursuivre toutes les 06 heures.
- Si score EVA ≥ 4 , le patient recevait de la morphine en IVL en titration jusqu'à obtenir un score EVA < 4.

3.7. Variables d'étude

Les variables de l'étude étaient composées de :

- Données préopératoires des patients : âge, sexe
- L'indication opératoire,

- les modalités de l'anesthésie (type, produit injecté)
- Données peropératoires comprenant la durée de la procédure chirurgicale (de l'incision à la fermeture), le geste chirurgical réalisé,
- Variables sur l'évaluation de la douleur postopératoire dont l'intensité de la douleur postopératoire par l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) au repos à H2,H6,H12,H24,H36,H48 ; la consommation d'antalgique supplémentaire en postopératoire (morphine);
- La satisfaction des patients
- Les effets indésirables (nausées-vomissements postopératoires, douleur épigastrique) ;
- L'observance du protocole analgésique (nombre de traitement non administré, le respect des intervalles d'administration)

3.8. Critères de jugement

3.8.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'intensité de la douleur évaluée selon l'échelle visuelle analogique (EVA) au repos durant les 48 premières heures du postopératoire.

3.8.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires seront :

- le score de douleur moyen en fonction de la période de l'évaluation (H2, H6,H12,H24,H36,H48);
- La consommation de morphine en postopératoire ;
- L'incidence des effets secondaires (nausées vomissements postopératoire, douleur épigastrique) ;
- L'observance du traitement ;
- La satisfaction des patients.

3.9. Déroulement de l'essai et Collecte des données

Le recrutement des patients se faisait à la consultation d'anesthésie. Les objectifs et la méthodologie de l'étude leur étaient expliqués ; en particulier la méthode de l'EVA et leur aptitude à la comprendre était évaluée. Après qu'ils aient pu poser toutes leurs questions, le consentement à participer à l'étude était recueilli et mentionné sur la fiche d'anesthésie. La randomisation était faite à l'admission du patient dans la salle d'opération. Une fiche de collecte (*annexe 2*) et une fiche de surveillance postopératoire (*annexe 3*) avaient été élaborées. Le remplissage débutait en préopératoire dès la décision d'inclusion et les différents items étaient ensuite remplis au fur et à mesure.

3.10. Analyse statistique des données

La saisie des données est faite avec Microsoft Word office 2013 et l'analyse statistique s'effectuera sur le logiciel SPSS.

3.11. Considérations éthiques

Les patients inclus dans cette étude n'ont pas bénéficié de conditions particulières par rapport aux autres patients admis au bloc opératoire. Ils ont bénéficié d'une information au préalable. Le but de l'étude, les procédures et les risques éventuels (douleurs, nausée-vomissements) leur étaient également expliqués. Leur consentement éclairé (*annexe 4*) était demandé lors de la consultation préanesthésique. Ils pouvaient à tout moment décider de ne plus faire partie de cette étude. La confidentialité des données recueillies et l'anonymat des patients ont été respectés.

3.12. Définitions opérationnelles

- **Traumatologie** : Spécialité médicale et chirurgicale consacrée à l'étude et au traitement des traumatismes physiques. [16]

- **Orthopédie** : Discipline essentiellement chirurgicale qui traite des affections congénitales ou acquises de l'appareil locomoteur et de la colonne vertébrale (os, articulations, ligaments, tendons et muscles) [16]
- **EVA (Echelle visuelle analogique)** : Le score est évalué par une règlette (*annexe 1*) et le résultat est interprété comme suit : [17]
 - 0 – 3 : Douleur faible
 - 4 – 7 : Douleur modérée
 - 8 -10 : Douleur forte à insupportable
- **Satisfaction des patients** : Elle est laissée à l'appréciation du patient et est déterminée en fonction du ressenti global de la douleur au cours des 48 premières heures postopératoires (douleur maximale, prise en charge de la douleur, délai de prise en charge de la douleur)

RESULTATS

4. RESULTATS

4.1. Analyse descriptive

Au cours de la période d'étude, 52 patients ont été colligés.

- Données anthropométriques

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
Moins de 20	11	21,2
20 - 39	31	59,6
40 - 59	7	13,5
60 et plus	3	5,8
Total	52	100,0

L'âge moyen était de $30,12 \pm 11,772$ ans avec des extrêmes de 16 et de 66 ans

Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	37	71,2
Féminin	15	28,8
Total	52	100,0

Sex-ratio = 2,46

- Données cliniques

Tableau III : Répartition des patients en fonction du diagnostic opératoire

Diagnostic opératoire	Effectif	Fréquence (%)
Fracture membre inférieur	22	42,3
Fracture consolidée	14	26,9
Fracture membre supérieur	9	17,3
Pseudarthrose	2	3,8
Coxarthrose	2	3,8
Autre*	3	5,8
Total	52	100,0

* : Luxation (1), Exostose (1), Cal vicieux (1).

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du geste chirurgical réalisé

Geste chirurgical	Effectif	Fréquence (%)
Ablation de matériel	14	26,9
Ostéosynthèse du fémur	14	26,9
Ostéosynthèse des os de la jambe	11	21,2
Ostéosynthèse de l'humérus	4	7,7
Ostéosynthèse des os de la malléole	2	3,8
Ostéosynthèse des os de l'avant-bras	2	3,8
Autre*	5	9,5
Total	52	100,0

* : Réduction (1), Exérèse tumorale (1), Ablation exostose (1), Exérèse calcification (1), ostéosynthèse os de la main (1)

- **Données peropératoires**

Tableau V : Répartition des patients en fonction du produit injecté

Produit injecté	Effectif	Fréquence (%)
Dexaméthasone	28	53,8
Placebo	24	46,2
Total	52	100,0

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la technique anesthésique

Technique anesthésique	Effectif	Fréquence (%)
Rachianesthésie	32	61,5
Anesthésie générale	20	38,5
Total	52	100,0

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la durée de la chirurgie

Durée de la chirurgie (en minute)	Effectif	Fréquence (%)
[30 - 60[	11	21,2
[60 - 90[	12	23,1
[90 - 120[	12	23,1
[120 - 150[	9	17,3
[150 - 180[	4	7,7
> 180	4	7,7
Total	52	100,0

Moyenne = 99,77 +/- 56,108 Extrêmes entre 30 min et 300 min

• *Données postopératoires*

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de l'intensité de la douleur (EVA)

EVA		Effectif (n=52)	Fréquence (%)
H2	Légère	32	61,5
	Modérée	13	25,0
	Sévère	7	13,5
		3,06 ± 2,947 [0 - 10]	
H6	Légère	29	55,8
	Modérée	17	32,7
	Sévère	6	11,5
		3,62 ± 2,259 [0 - 9]	
H12	Légère	27	51,9
	Modérée	16	30,8
	Sévère	9	17,3
		3,69 ± 2,446 [0 - 10]	
H24	Légère	42	80,8
	Modérée	8	15,4
	Sévère	2	3,8
		2,31 ± 1,698 [0 - 7]	
H36	Légère	46	88,5
	Modérée	5	9,6
	Sévère	1	1,9
		1,81 ± 1,496 [0 - 7]	
H48	Légère	52	100,0
		1,13 ± 0,817 [0 - 3]	

Tableau IX : Répartition des patients en fonction du délai d'utilisation de la morphine

Délai d'utilisation de la morphine	Effectif (n=19)	Fréquence (%)
H2	10	52,6
H6	5	26,3
H12	3	15,8
H36	1	5,3

INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

Tableau X : Répartition des patients en fonction de la dose de morphine reçue

Dose de morphine utilisée en mg	Effectif (n=19)	Fréquence (%)
2	2	10,5
3	4	21,1
4	5	26,3
5	3	15,8
6	2	10,5
9	2	10,5
14	1	5,3

Moyenne : 5,0 +/- 2,9 avec des extrêmes de 2mg et 14mg

Tableau XI : Répartition des patients en fonction de la glycémie postopératoire

Glycémie H2	Effectif	Fréquence (%)
Normale (< 2g/l)	52	100,0
Total	52	100,0

Tableau XII : Répartition des patients en fonction des effets secondaires

Effets secondaires indésirables	Effectif	Fréquence (%)
Vomissements	7	13,5
Nausées	2	3,8
Douleur épigastrique	0	0,0
Aucun	43	82,7
Total	52	100,0

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction des patients

Satisfaction des patients	Effectif	Fréquence (%)
Excellente	1	1,9
Bonne	37	71,2
Mauvaise	14	26,9
Total	52	100,0

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de l'observance du traitement

Observance du traitement	Effectif	Fréquence (%)
Bonne	30	57,7
Mauvaise	22	42,3
Total	52	100,0

4.2. Analyse analytique

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction de l'intensité de la douleur et du produit injecté

Intensité de la douleur	Produit injecté		Total (%)	p
	Dexaméthasone (%)	Placebo (%)		
H2	Légère	16 (57,1)	16 (66,7)	0,018
	Modérée	5 (17,9)	8 (33,3)	
	Sévère	7 (25)	0 (0)	
H6	Légère	14 (50,0)	15 (62,5)	0,125
	Modérée	9 (32,1)	8 (33,3)	
	Sévère	5 (17,9)	1 (4,2)	
H12	Légère	14 (50,0)	13 (54,2)	1,000
	Modérée	9 (32,1)	7 (29,2)	
	Sévère	5 (17,9)	4 (16,7)	
H24	Légère	21 (75,0)	21 (87,5)	0,541
	Modérée	6 (21,4)	2 (8,3)	
	Sévère	1 (3,6)	1 (4,2)	
H36	Légère	26 (92,9)	20 (83,3)	0,489
	Modérée	2 (7,1)	3 (12,5)	
	Sévère	0 (0,0)	1 (4,2)	

INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

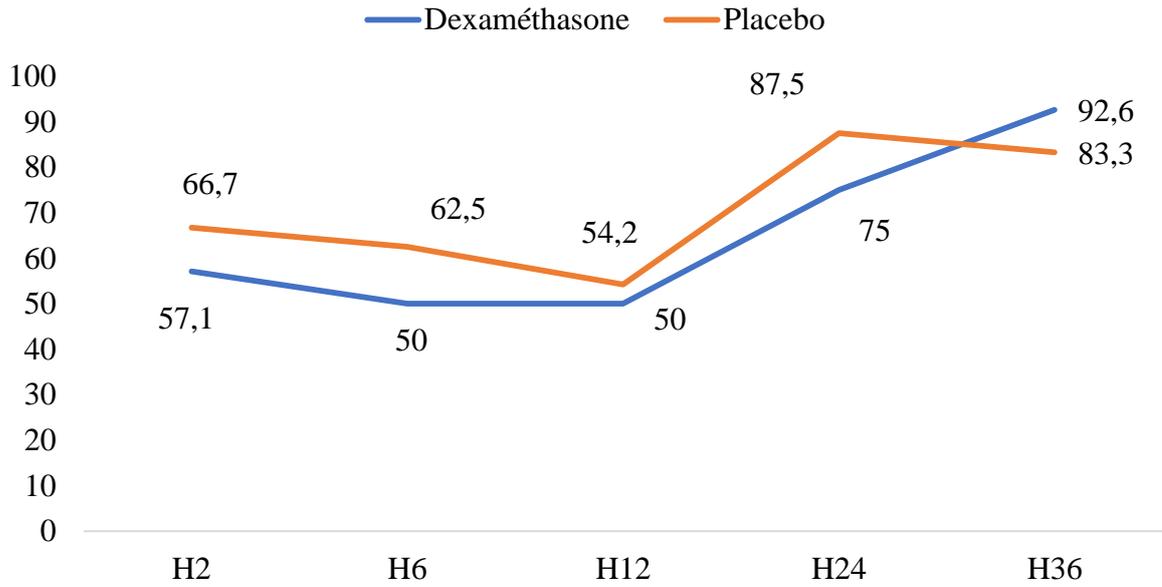


Figure 1 : Répartition selon l'évolution de la douleur légère en fonction du produit injecté

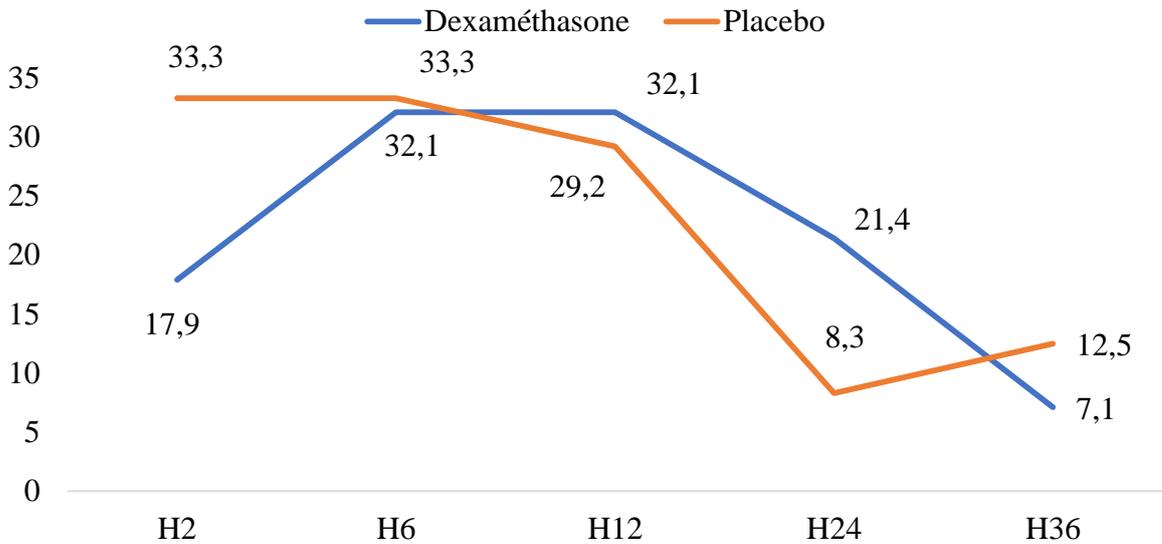


Figure 2: Répartition selon l'évolution de la douleur modérée en fonction du produit injecté

INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

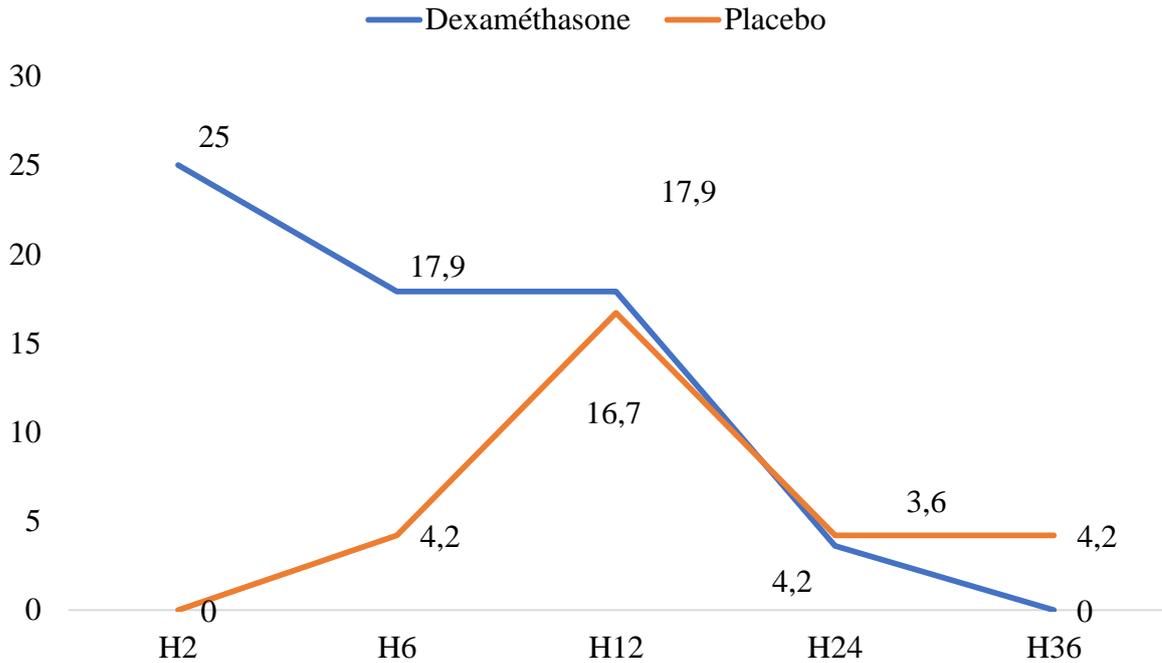


Figure 3: Répartition selon l'évolution de la douleur sévère en fonction du produit injecté

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de la dose de morphine et du produit injecté

Dose de morphine (mg)	Produit injecté		Total (%)
	Dexaméthasone (%)	Placebo (%)	
2	0(0,0)	2 (20,0)	2 (10,5)
3	3(33,3)	1(10,0)	4(21,1)
4	2 (22,2)	3 (30,0)	5 (26,3)
5	1 (11,1)	2 (20,0)	3 (15,8)
6	2 (22,2)	0 (0,0)	2 (10,5)
9	1 (11,1)	1 (10,0)	2 (10,5)
14	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (5,3)
Total	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (100,0)

Test exact de Fisher = 8,446 ; ddl = 6 ; p = 0,206

**INTERET DE LA DEXAMETHASONE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
POSTOPERATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE**

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des effets secondaires et du produit injecté

Effets secondaires		Produit injecté		Total (%)	p
		Dexaméthasone (%)	Placebo (%)		
Nausées	OUI	1 (3,6)	1 (4,2)	2 (3,8)	0,715
	NON	27 (96,4)	23 (95,8)	50 (96,2)	
Vomissements	OUI	3 (10,7)	4 (16,7)	7 (13,5)	0,411
	NON	25 (89,3)	20 (83,3)	45 (86,5)	

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction de la satisfaction des patients et du produit injecté

Satisfaction des patients	Produit injecté		Total (%)
	Dexaméthasone (%)	Placebo (%)	
Excellente	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (1,9)
Bonne	21 (75,0)	16 (66,7)	37 (71,2)
Mauvaise	7 (25,0)	7 (29,2)	14 (26,9)
Total	28 (53,8)	24 (46,2)	52 (100,0)

Test exact de Fisher = 1,344 ; ddl = 2 ; p = **0,635**

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Limites et biais de l'étude

Notre étude a été clinique ; prospective, randomisée double aveugle ; évaluant l'efficacité de la dexaméthasone dans la prise en charge de la douleur postopératoire en chirurgie traumatolo-orthopédique.

L'échelle EVA ; qui est une échelle unidimensionnelle facile à utiliser, reproductible, peu sensible ; a été utilisée. Elle ne prend pas en compte les aspects comportementaux de la douleur et le risque de "surcotation" n'est pas exclu.

Notre étude a été réalisée sur une durée de deux (02mois) et la taille de l'échantillon initialement calculée n'a pas été atteinte.

L'administration du traitement antalgique de base (Paracétamol + Nefopam) n'était pas toujours faite aux heures prévues et cela a constitué un biais lors de l'évaluation des scores EVA et la prise en charge de la douleur postopératoire.

5.2. Résultats descriptifs

Au cours de la période d'étude, 52 patients ont été colligés. Cela est inférieur à la taille minimale de l'échantillon initialement calculée (n=69) et peut être dû à la courte durée d'étude (02 mois) et la baisse de l'activité du bloc opératoire à cause de la situation sanitaire de COVID 19.

➤ **Age**

Tableau XIX : Age moyen des patients selon les auteurs

Auteurs	Age moyen
Mathiesen et al. [18]	67 ans
Yao et al. [19]	31,2 ans
Youness M et al.[20]	36,5 ans
Maiga M et al.[21]	35 ans
Notre série	30,12 ans

L'âge moyen des patients était de 30,12 ans. Ce résultat est superposable à ceux rapportés par Yao et al. [19], Youness M et al.[20] et Maiga M et al.[21] mais inférieur à celui de Mathiesen et al [18]. Cette différence peut s'expliquer par l'hétérogénéité des différentes études mais aussi de la prédominance de la fréquence des accidents de la voie publique touchant la fraction juvénile.

➤ **Sexe**

Tableau XX : Sexe des patients selon les auteurs

Auteurs	Sexe
Mathiesen et al. [18]	Masculin (50%)
Yao et al. [19]	Masculin (65%)
Youness M et al.[20]	Masculin (80%)
Maiga M et al.[21]	Masculin (61,96%)
Notre série	Masculin (71,2%)

Notre étude a montré une prédominance masculine de 71,2% avec un sexe ratio de 2,46. Ces résultats sont similaires à ceux des autres auteurs [18, 19, 20,21] qui ont trouvé aussi une prédominance masculine. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les hommes sont plus exposés aux accidents de la voie publique et aux accidents de travail.

➤ **Geste chirurgical réalisé**

Au cours de notre étude, l'ablation de matériel d'ostéosynthèse et les ostéosynthèses du fémur ont été effectués dans respectivement 26,9% des cas. Ce résultat est similaire à celui de Maiga M et al [21] qui retrouvait 29,3% d'ostéosynthèse du fémur. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des atteintes du fémur nécessitent pour la grande majorité des cas un traitement chirurgical.

➤ **Intensité de la douleur**

Dans notre série,

- A **H2**, **61,5%**(50% dans les deux groupes), **25%**(38,46% Gr-Dexa contre 61,54% Gr-Placebo) et **13,5%**(100% Gr-Dexa) représentaient respectivement les proportions de la douleur légère, modérée et intense. Cette forte proportion de douleur légère pourrait s'expliquer par le fait que 61,5% des patients avaient bénéficié d'une rachianesthésie et le bloc persistait encore à H2.
- A **H6**, ces proportions étaient de **55,8%**(48,27% Gr-Dexa contre 51,73% Gr-Placebo), **32,7%**(52,94% Gr-Dexa contre 47,06% Gr-Placebo) et **11,5%**(83,33% Gr-Dexa contre 16,67% Gr-Placebo). Ce résultat est différent de celui de **Mouad et al [22]** qui retrouvait une douleur modérée chez 70% de ces patients à H6. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que tous les patients de la serie de **Mouad et al [22]** avaient bénéficié d'une prothèse totale de hanche.
- A **H12**, les proportions étaient de **51,9%**(51,85% Gr-Dexa contre 48,15% Gr-Placebo), **30,8%**(56,25% Gr-Dexa contre 43,25% Gr-Placebo) et **17,3%**(55,55% Gr-Dexa contre 44,45% Gr-Placebo). Ces resultats sont superposables à ceux de **Benamou A et al [23]** et de **Tono S et al [12]** qui retrouvaient respectivement **13%** et **17,3% de douleur sévère à H12**. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la douleur postopératoire est plus intense au cours de la nuit et H12 correspondait pour la plupart des patients à la nuit, et aussi par le fait que la nuit était la période où la non observance des traitements était la plus observée.
- **De H24 à H48**, on notait une augmentation progressive de la douleur légère avec diminution des autres groupes jusqu'à atteindre 100% de douleur légère à H48.

➤ **Délai d'utilisation de la morphine et dose de morphine**

Au cours de notre série, 19 patients soit 36,5% ont reçu de la morphine avec une moyenne de 5mg +/- 2,9. 52,6 % de ces patients ont reçu de la morphine à H2. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients ayant subi une anesthésie générale étaient très algiques à H2.

➤ **Effets secondaires**

13,5% de nos patients ont présenté des vomissements en postopératoire et 3,8% des nausées. Aucun cas d'hyperglycémie et de douleur épigastrique n'a été rapporté.

5.3. Résultats analytiques

➤ **Intensité de la douleur et produit injecté**

Tableau XXI : Intensité de la douleur et produit injecté selon les auteurs

Auteurs	Lien entre douleur et produit injecté
Ping Chen et al. [24]	H12(P= 0,000) H24(P= 0,013) H48(P= 0,004)
Qing Yan et al. [25]	H6(P= 0,000) H24(P= 0,000) H48(P=0,000)
Zhen et al. [26]	H24(P<0,001) H48(P= 0,04)
Notre série	H2 (P= 0,018) H6 (P=0,125) H12 (P=1) H24(P=0,541) H36(P= 0,489)

Contrairement aux autres études ([24],[25] et [26]), dans notre série nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre l'intensité de la douleur et le produit injecté. Cela pourrait s'expliquer par la faible taille de notre échantillon.

➤ **Dose de morphine et produit injecté**

Tableau XXII : Dose de morphine et produit injecté selon les auteurs

Auteurs	Dose de morphine et produit injecté
Qing Yan et al. [25]	(P= 0,000)
Zhen et al. [26]	(P< 0,001)
Notre série	(P= 0,962)

Contrairement aux études [25] et [26], nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre la dose de morphine et le produit injecté. Cela pourrait s'expliquer par la faible taille de notre échantillon.

➤ **Effets secondaires et produit injecté**

Dans notre série, nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les nausées ($P= 0,715$), les vomissements ($P= 0,411$) et le produit injecté. Ce résultat diffère de ceux de Ping Chen et al. [24] ($P= 0,000$) et Qing Yan et al. [25] ($P= 0,000$). La faible taille de notre échantillon pourrait expliquer cette différence.

➤ **Satisfaction des patients et produit injecté**

Avec un $P= 0,635$, nous n'avons pas retrouvé de lien statistique significatif entre la satisfaction des patients et le produit injecté. La faible taille de l'échantillon pourrait également expliquer cela.

CONCLUSION

CONCLUSION

La prise en charge de la douleur postopératoire constitue un défi majeur dans nos services et cela à cause de multiples facteurs. Notre étude nous a permis de faire l'état des lieux de la douleur postopératoire et d'étudier l'intérêt de la dexaméthasone en chirurgie traumatolo-orthopédique du CHU de Kati.

L'administration de 8mg de dexaméthasone permet une amélioration du score de la douleur à la 12^{ème} heure avec une épargne morphinique en postopératoire. Les effets adverses liés à son administration étaient absents.

Cette étude considérée comme une intermédiaire devrait être poursuivie avec un plus grand échantillon pour confirmer ces résultats.

REFERENCES

REFERENCES

1. Carvalho B, Cohen SE, Lipman SS, Fuller A, Mathusamy AD, Macario A. Patient Preferences for Anesthesia Outcomes Associated with Cesarean Delivery. *Anesth Analg*. 2005; 101:1182–7.
2. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, et al. Somatic and Psychologic Predictors of Long-term Unfavorable Outcome After Surgical Intervention. *Ann Surg*. 2007; 245:487–94.
3. Kehlet H. Glucocorticoids for peri-operative analgesia: how far are we from general recommendations? *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51(9): 1133–5.
4. Hallenberg B, Bergbom-Engberg I, Haljamäe H. Patients' experiences of postoperative respirator treatment – influence of anaesthetic and pain treatment regimens. *Acta Anaesthesiol Scand* 1990;34:557-62.
5. Gélinas C. Le thermomètre d'intensité de douleur : Un nouvel outil pour les patients adultes en soins critiques. *Perspective infirmière* 2007;4:12.
6. Sjostrom B, Dahlgren LO, Haljamae H. Strategies used in postoperative pain assessment and their clinical accuracy. *J Clin Nurs* 2000;9:111-8.
7. Puntillo KA, Weiss SJ. Pain: its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients. *Nurse Res* 1994;43:31-6.
8. Kamel HK, Iqbal MA, Mogallapu R, Maas D, Hoffmann RG. Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(11): 1042-5.
9. Lavoie A, Toledo P. Multimodal Postcesarean Delivery Analgesia. *Clin Perinatol*. 2013; 40:443–55.
10. Carvalho B, Butwick AJ. Postcesarean delivery analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2017; 31:69–79.
11. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan and TJ. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesth Analg*. 2003; 97:534–40.
12. Tono A S. Prise en charge de la douleur post opératoire AU CHU-KATI. Thèse med: Bamako, 2011-12. P; 97.
13. Bigler D, Jonsson T, Olsen J et al. The effect of preoperative methylprednisolone on pulmonary function and pain after lung operations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 112:142-145.

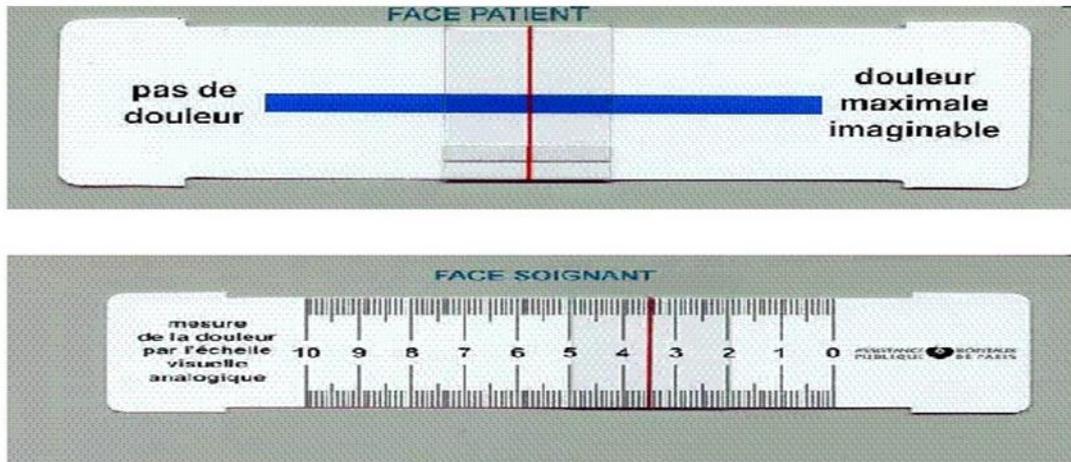
- 14.** E. Marret*, F. Tomberli, T. Mum, F. place des corticoïdes par voie systémique dans la prise en charge de la douleur. Le Congrès Évaluation et traitement de la douleur © 2012 Sfar.
- 15.** Marcus H, Gerbershagen HJ, Peelen LM, Aduckathil S, Kappen TH, Kalkman CJ, et al. Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study: Post-operative pain after caesarean section. *Eur J Pain.* 2015; 19:929–39
- 16.** Larousse de la langue française
- 17.** Aubrun F, Paqueron X, Langeron O, et al. What pain scales do nurses use in the postanaesthesia care unit? *Eur. J. Anaesthesiol.* 2003; 20: 754-59
- 18.** Mathiesen O, Jacobsen LS, Holm HE, et al. Pregabalin and dexamethasone for postoperative pain control: a randomized controlled study in hip arthroplasty. *Br J Anaesth* 2008;101:535–41.
- 19.** Yao FZ, Ji SJ, Zhu J, et al. Effect of dexamethasone on postoperative analgesia in patients undergoing total hip replacement. *Jiangsu Med J* 2015;41:2989–91.
- 20.** Youness M. Evaluation de la prise en charge de la douleur post opératoire en chirurgie traumatolo-orthopédique. Thèse med: Marrakech, 2010 (25-10).
- 21.** Maiga M. Douleur post opératoire : Prise en charge dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel TOURE. Thèse pharmacie : Bamako, 2004-05.
- 22.** Moud S H. Analgésie postopératoire en traumatologie orthopédique. Thèse Med : Fès 2017 (132/17)
- 23.** Benamou A. Prise en charge de la douleur postopératoire (audit interne). Expérience du service de l'hôpital militaire Moulay Ismail MEKNES (A propos de 77 cas). Thèse Med : Fès 2020 (50/20)
- 24.** Ping Chen, Xiwen Li, Lili Sang, et al. Perioperative intravenous glucocorticoids can decrease postoperative nausea and vomiting and pain in total joint arthroplasty: A meta-analysis and trial sequence analysis. *Medicine* (2017) 96:13(e6382)
- 25.** Qing Yang, Zhi Zhang, Wenqi Xin, et al. Preoperative intravenous glucocorticoids can decrease acute pain and postoperative nausea and vomiting after total hip arthroplasty: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine* (2017) 96:47(e8804)

26. Zheng-rui Fan, Jianxiong Ma, Xin-long Ma, et al. The efficacy of dexamethasone on pain and recovery after total hip arthroplasty: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine* (2018) 97:13(e0100)

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : Les deux facettes de la réglette de l'EVA



Annexe 2 : Fiche de collecte

1. Age /...../
2. Poids (KG) /...../
3. Sexe : M / F
4. Indication opératoire /...../
5. Gestes réalisés /...../
6. Technique anesthésique :

- Anesthésie générale /...../
- Anesthésie locorégionale /...../

7. Induction anesthésique

Produits utilisés et doses

Thiopental /.../ Propofol /.../ Etomidate /.../ Doses (en mg)

Bupivacaine Dose (mg)/.../

Fentanyl IV (en µg) Dose /...../

8. Entretien

Fluothane/.../ Isoflurane/.../ Sévoflurane /.../

9. Antalgiques fin intervention Oui / Non

Si Oui Produits/...../

Doses/...../

10. Durée de l'intervention (en minute) /...../

11. Hospitalisation : Délai utilisation morphine en heure

Morphine (en mg) Dose /...../

12. EVA :

Hospitalisation:

H2/...../ H6/...../ H12/...../ H24 /...../H36 /..... H48/...../

13. Paramètres de surveillance (TA, FC, FR, Glycémie)

- PA systo: H2/...../ H6/...../ H12/...../ H24 /...../H36 /.....
H48/...../
- Fréquence Cardiaque: H2/...../ H6/...../ H12/...../ H24 /...../H36
/..... H48/...../
- Fréquence respiratoire: H2/...../ H6/...../ H12/...../ H24
/...../H36 /..... H48/...../
- Glycémie: H2 (à jeûn) ----- 2ème contrôle -----

14. Effets secondaires (prurit, NV...)

Oui/ Non

Si oui les quels /...../

15. Durée de séjour en jours

/...../

16. Satisfaction du patient

Excellente O/N

Bonne O/N

Mauvaise O/N

Raison: /...../

Toute information : DESAR Alida : 75270038 ou nkakmanyalida@gmail.com

Annexe 3 : Fiche de surveillance post-opératoire

Prénom et Nom..... Age :.....ans

Sexe :.....

Date et Heure d'admission en hospitalisation :.../.../..... àh

Heure	H2 (...)	H6 (...)	H12 (...)	H24 (...)	H36 (...)	H48 (...)
EVA						
Morphine (mg)						
Glycémie						
PA						
FC						
FR						
Saignement						
Nausées/Vomissements						

Observations :.....

Toute information : DESAR Alida : 75270038 ou nkakmanyalida@gmail.com

RESUME

RESUME

Introduction : La douleur postopératoire (DPO) est une inquiétude majeure des patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale. Elle a une implication non négligeable dans la réhabilitation du patient opéré.

Objectif : Evaluer l'efficacité de la dexaméthasone dans l'analgésie post-opératoire en chirurgie traumatologique et orthopédique au CHU de Kati.

Matériels et méthode : Il s'agit d'un essai prospectif randomisé double aveugle comparant la douleur postopératoire à H2, H6, H12, H24, H36, H48 chez deux groupes de patients ; l'un ayant reçu 8mg de dexaméthasone 15min avant l'induction anesthésique et l'autre un placebo (Sérum salé 0,9%). Le critère de jugement principal était l'intensité de la douleur évaluée selon l'échelle visuelle analogique (EVA) au repos durant les 48 premières heures du postopératoire. Cette étude s'est déroulée du 1^{er} octobre au 30 Novembre 2020.

Résultats : Nous avons retrouvé une prédominance du sexe masculin (71,2%) avec un âge moyen de 30,12ans. Le pic de douleur sévère (17,3%) a été observée à H12. 19 patients (36,53%) de notre série ont reçu de la morphine en postopératoire et la dose moyenne de morphine était de 5mg. Nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre l'intensité de la douleur (H6, H12, H24, H36) et le produit injecté ; entre la dose de morphine et le produit injecté ; entre les effets indésirables et le produit injecté ; et entre la satisfaction des patients et le produit injecté. Notre faible taille d'échantillon pourrait expliquer ces différents résultats.

Conclusion : Cette étude considérée comme une étude intermédiaire devrait être poursuivie pour avoir un plus grand échantillon pouvant nous donner des résultats qui seront mieux exploitables.

Mots Clés : Douleur postopératoire, dexaméthasone, chirurgie traumatologique et orthopédique.