

Impact de la consultation pré-anesthésique (CPA) sur l'anxiété préopératoire au service d'anesthésie réanimation de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry

Impact of the pre-anesthetic consultation on preoperative anxiety in the service of anesthesia reanimation of Ignace Deen national hospital of Conakry

Donamou J¹, Touré A², Bah M L³.

1. Service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Ignace Deen
2. Service de chirurgie générale de l'hôpital Ignace Deen
3. Service d'Orthopédie -Traumatologie de l'hôpital National Ignace Deen

Auteur correspondant : Docteur Donamou Joseph. Email : donamoujoseph@gmail.com Tel : 00224620751228. BP : 453 Guinée Conakry

Résumé

Introduction : Montrer l'impact de la consultation pré-anesthésique sur l'anxiété préopératoire.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de 06 mois allant de 01 février 2016 au 31 juillet 2016.

Résultats : Nous avons colligé 221 patients anxieux sur un effectif total de 323 patients inclus dans notre étude, soit 68,42%. L'âge moyen était de $50 \pm 19,5$ ans avec des extrêmes de 18 et 96 ans. On notait une prédominance du sexe masculin (75,1%) avec un sexe ratio=3,01. Les patients de la classe ASA II étaient majoritaires avec 58,4%. Avant la consultation pré-anesthésique, nous avons enregistré une anxiété globale de 86,4%, après celle-ci, nous avons remarqué que ce taux d'anxiété globale avait baissé à 36,2%, soit seulement 80 patients sur 191 chez qui l'anxiété globale persistait. L'anxiété chirurgicale, quant à elle, a été enregistrée chez 86,9% des patients avant la CPA après la CPA, ce taux d'anxiété liée à la chirurgie avait baissé à 37,1%, soit 82 patients chez qui l'anxiété chirurgicale persistait. Concernant l'anxiété liée à l'anesthésie, nous l'avons enregistrée chez 37 patients soit 16,7% avant la CPA, après la réalisation de celle-ci, il restait un seul patient soit 0,5% chez qui l'anxiété anesthésique persistait.

Conclusion : Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que la consultation pré-anesthésique a un impact sur l'anxiété préopératoire, caractérisé par la diminution du taux de patients anxieux après la CPA.

Mots clés : Anesthésie, Consultation pré-anesthésique, Anxiété préopératoire, Hôpital Ignace Deen.

Summary

Introduction: To demonstrate the impact of pre-anesthetic consultation on preoperative anxiety.

Patients and methods: it was a descriptive and analytical cohort study carried out over a period of 06 months from 01 February 2016 to 31 July 2016.

Results: We collected 221 anxiety patients out of a total of 323 patients included in our study, ie 68.42%. The mean age was 50 ± 19.5 years with extremes of 18 and 96 years. There was a predominance of male sex (75.1%) with a sex ratio = 3.01. Patients in the ASA II class were the majority with 58.4%. Prior to the pre-anesthetic consultation, we experienced an overall anxiety of 86.4%, after which we noted that this overall anxiety rate had dropped to 36.2%, ie only 80 out of 191 patients. The overall anxiety persisted. Surgical anxiety was recorded in 86.9% of the patients before the CPA after the CPA, this rate of anxiety related to the surgery had decreased to 37.1%, 82 patients in whom the anxiety Surgery persisted. In anesthesia anesthesia was recorded in 37 patients, ie 16.7% before the CPA, after the implementation, there was only one patient, or 0.5%, who had an anxiety Anesthetic persistence.

Conclusion: At the end of our study, we can conclude that the pre-anesthetic consultation has an impact on preoperative anxiety, characterized by a decrease in the rate of anxiety patients after CPA.

Key words: Anesthesia, Pre-anesthetic consultation, Preoperative anxiety, Ignace Deen Hospital

Introduction

L'anxiété préopératoire est considérée comme un déséquilibre entre la demande émotionnelle générée par la situation et les capacités du patient à y faire face [1]. C'est un phénomène fréquent chez les patients devant subir une intervention chirurgicale. L'anxiété préopératoire est le 5^{ème} facteur jugé indésirable par les anesthésistes [2]. Lorsqu'elle est importante, elle a des conséquences souvent néfastes telles que la diminution du degré de satisfaction de la CPA, le prolongement de l'hospitalisation en chirurgie cardiaque et l'augmentation des doses d'hypnotique en chirurgie mineur. Elle est aussi responsable d'un réveil postopératoire plus lent, plus compliqué et plus douloureux [3,4]. La préparation psychologique du patient avant l'intervention chirurgicale reste l'un des remèdes adéquats pour la gestion de cette anxiété. Cette préparation commence lors de la consultation pré-anesthésique dont l'un des objectifs consiste à mettre le patient en confiance en lui donnant une information claire, compréhensible et adaptée à son profil psychologique. L'objectif de ce travail était de montrer l'impact de la consultation pré-anesthésique sur l'anxiété préopératoire dans le service

d'Anesthésie- réanimation de l'Hôpital National Ignace Deen.

Patients et méthode

Cette étude a été réalisée dans le service d'Anesthésie-Réanimation de l'hôpital national Ignace Deen. Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive réalisée sur une période de 06 mois (1^{er} février 2016 au 31 juillet 2016). Ont été inclus, tous les patients dont l'âge est supérieur ou égal à 18 ans, programmés pour une intervention chirurgicale et vus en consultation pré-anesthésique. N'ont pas été inclus, tous les patients reçus pour une chirurgie en urgence, et tous les patients ne parlant et n'écrivant pas le français.

Notre enquête s'est déroulée en deux étapes à savoir :

Première étape : elle s'est déroulée avant la consultation pré-anesthésique et a consisté à la prise des renseignements généraux suivie de l'évaluation de l'anxiété avec l'échelle d'Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) [5] pour chaque patient.

Deuxième étape : elle s'est déroulée après la consultation pré-anesthésique et a consisté à une réévaluation de l'anxiété avec l'échelle d'APAIS (voir tableau I).

Tableau I: Echelle Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)⁵

Item	1	2	3	4	5
1	<i>Je suis préoccupé par l'anesthésie</i>				
2	<i>Je pense continuellement à l'anesthésie</i>				
3	<i>J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie</i>				
4	<i>Je suis préoccupé par l'intervention</i>				
5	<i>Je pense continuellement à l'intervention</i>				
6	<i>Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention</i>				

Interprétation

Chaque item se cote de 1 à 5 : 1(absence), 2(léger), 3(moyen), 4(intense) 5(extrême). Les items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score d'anxiété, on additionne ces 4 items. Les sujets sont considérés comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11 pour ces 4 items. Les items 3 et 6 cotent le désir d'information. Pour obtenir le score de désir d'information, on additionne ces 2 items. Un score de 2 à 4 impliquerait un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information ».

- Anxiété liée à l'anesthésie (item 1 + item 2) 6
- Anxiété liée à la chirurgie (item 4 + item 5) 6
- Anxiété globale (item 1 + item 2 + item 4 + item 5) > 11[6]
- Besoin d'informations complémentaires (item 3 + item 6) 5

Toutes les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête préétablie.

Les variables étudiées étaient : âge, sexe, niveau d'instruction, le service de provenance, classification ASA, anxiété globale avant et après la CPA, anxiété liée à l'anesthésie avant et après la CPA, anxiété liée à la chirurgie avant et après la CPA.

Les données collectées ont été saisies, traitées puis analysées à l'aide du logiciel Epi-info (version 3.5.1). L'analyse statistique a été réalisée par le test de Chi 2 et le test de Fisher exact. Le seuil de significativité a été fixé à P<0,05

Résultats

Au cours de notre étude, nous avons colligé 221 patients anxieux sur un effectif total de 323 patients inclus dans notre étude, soit une fréquence de 68,42%.

L'âge moyen dans notre série d'étude était de 50 ±19,5 ans avec des extrêmes de 18 et 96 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 58-67 ans avec un effectif de 42 patients soit une fréquence de 19,0 % (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients en fonction des données sociodémographiques

Variables	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
<i>Age</i>		
[18-47]	103	46,6
[48-77]	100	45,3
78	8	8,1
<i>Sexe</i>		
Masculin	166	75,1
Féminin	55	24,9
<i>Résidence</i>		
Urbain	194	87,8
Rural	27	12,2
<i>Niveau d'instruction</i>		
Scolarisés	106	48
Non scolarisés	115	52

Concernant le service de provenance, 50,2% (n=111) des patients anxieux provenaient du service de chirurgie générale, 48,9% (n= 108) du service

d'urologie, 0,9% (n=2) du service gynéco-obstétrique et 0,5 % du service de neurochirurgie (**tableau III**).

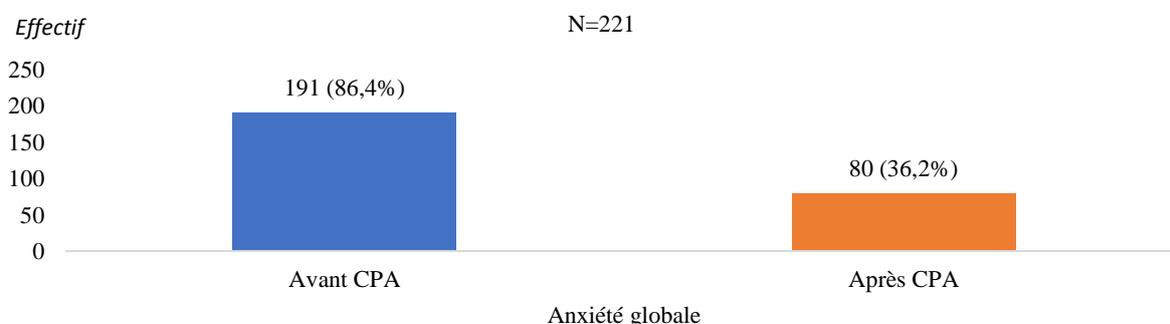
Tableau III : Répartition des patients selon le service de provenance

Service de provenance	Effectif	%
Urologie	108	48,9
Traumato-orthopédique	73	33,0
Chirurgie viscérale	37	16,7
Gynéco-obstétrique	2	0,9
Neurochirurgie	1	0,5
Total	221	100

Les patients de la classe ASA II étaient majoritaires avec 58,4 % (n= 129) suivis des patients ASA I 39,8% et ASA III 1,8%. Dans l'ensemble, avant la consultation pré-anesthésique, nous avons enregistré une anxiété globale de 86,4% (n=191). Après la consultation pré-anesthésique, nous avons remarqué que ce taux d'anxiété globale avait baissé à 36,2%, soit seulement 80 patients sur 191 chez qui l'anxiété globale persistait, P-value : (0,000 < 0,05) (**Figure 1**).

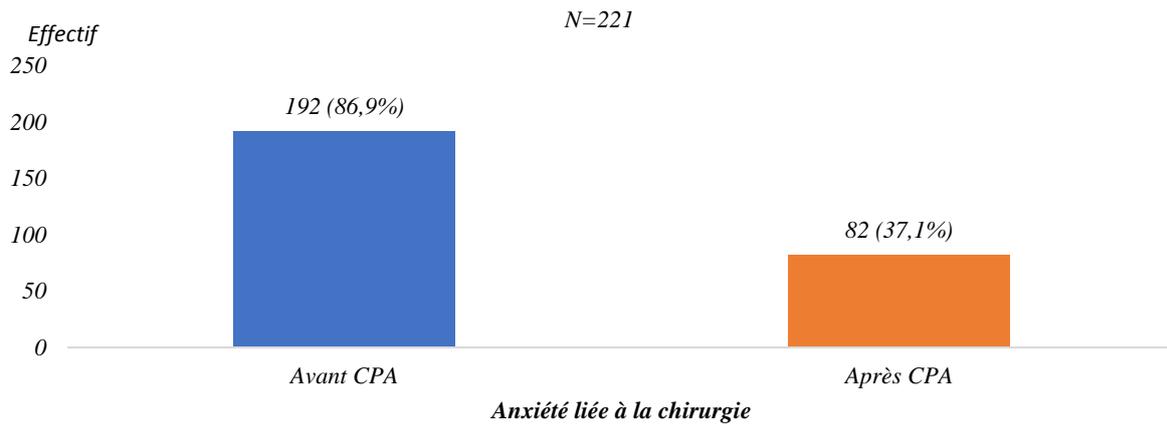
L'anxiété chirurgicale quant a elle, a été enregistrée chez 86,9% (n=192) des patients avant la CPA. Après la CPA, ce taux d'anxiété liée à la chirurgie avait baissé à 37,1%, soit 82 patients chez qui l'anxiété chirurgicale persistait, P-value : (0,000 < 0,05) (**Figure 2**).

Nous avons enregistré l'anxiété liée à l'anesthésie chez 37 patients soit 16,7% avant la CPA. Après sa réalisation, il restait un seul patient soit 0,5% chez qui l'anxiété anesthésique persistait, P-value : (0,167 > 0,05) (**Figure 3**).



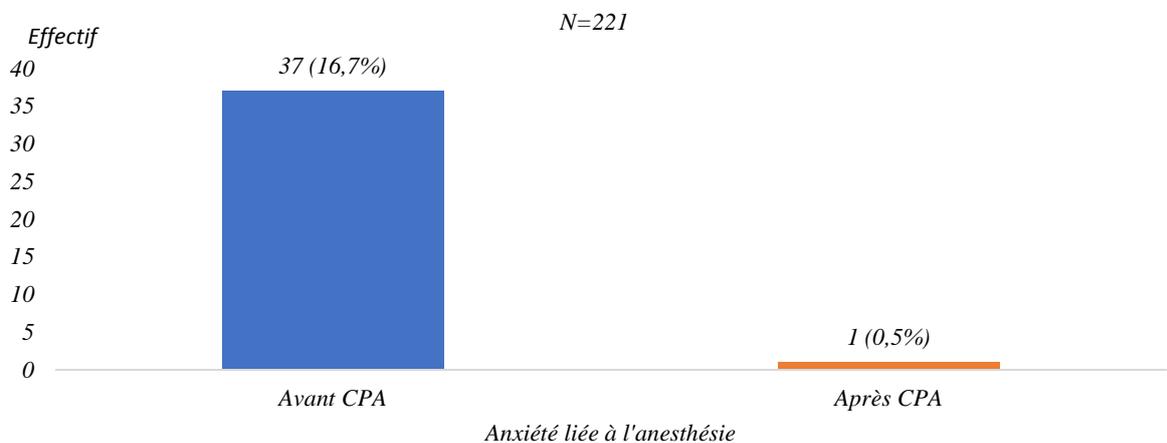
P-value : (0,0001 < 0,05)

Figure 1 : Fréquence de l'anxiété globale avant et après la consultation pré-anesthésique



P-value : (0,000 < 0,05)

Figure 2 : Fréquence des patients ayant une anxiété liée à la chirurgie avant et après la consultation pré-anesthésique



P-value : (0,167 > 0,05)

Figure 3 : Fréquence des patients ayant une anxiété liée à l'anesthésie avant et après la consultation pré-anesthésique

Discussion

L'anxiété est un phénomène couramment rencontré chez le patient durant la période préopératoire, elle peut être tolérée chez certains et prendre chez d'autres, de l'ampleur et devenir alarmante. Il s'agit d'une anxiété situationnelle quasi permanente en préopératoire.

Selon la littérature [6, 7], la proportion de patients anxieux durant la période préopératoire varie de 40 à 80 %. La fréquence élevée des patients anxieux dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que l'anxiété est un phénomène contemporain à l'annonce de l'intervention chirurgicale. En effet, l'échec de l'intervention, les complications postopératoires, la peur de mourir durant l'intervention et la douleur intense en postopératoire sont entre autres, les facteurs qui peuvent expliquer la fréquence de cette anxiété. Par ailleurs, la prise en charge de l'anxiété préopératoire commence par son

évaluation. Le test de référence pour l'évaluation de l'anxiété préopératoire est le Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [8] constitué de deux groupes de 20 questions mais il est de réalisation complexe contrairement à l'APAIS qui n'est constitué que de six questions dont quatre évaluent l'anxiété et deux le désir d'information. Les qualités métrologiques de l'APAIS ont été validées par rapport à ce questionnaire de référence. APAIS est un outil d'auto-évaluation, réservé à l'adulte, qui permet de combiner l'évaluation de l'anxiété à l'évaluation des attentes concernant l'information sur l'intervention. Ce test simple est en assez bonne concordance avec un score validé comme celui de Spielberger [10]. L'APAIS permet de distinguer 3 types d'anxiété préopératoire, il s'agit de l'anxiété globale, de l'anxiété liée à la chirurgie et l'anxiété liée à l'anesthésie. Au cours de notre étude, l'anxiété globale était très fréquente chez nos patients avant la

CPA. Il y avait une différence statistiquement significative ($P = 0,000 < 0,05$), lorsque l'on comparait l'anxiété globale avant la CPA et celle après la CPA.

En effet, le nombre de patient qui avait une anxiété globale avant la CPA s'était considérablement réduit après la CPA. La chirurgie a été plus anxiogène que l'anesthésie dans notre étude. Ce résultat se traduisait par un niveau élevé de l'anxiété liée à la chirurgie comparée à celle liée à l'anesthésie. Le nombre de patients ayant une anxiété chirurgicale avant la CPA avait considérablement baissé après la CPA avec une différence statistiquement significative ($P = 0,000 < 0,05$)

Malgré ces résultats, l'anxiété globale et chirurgicale persistait après la CPA chez une proportion non négligeable de patients. Ce constat pourrait trouver son explication dans l'insuffisance d'information donnée par le médecin anesthésiste réanimateur sur la chirurgie. En effet, ces patients se plaignaient d'une communication insuffisante avec leur chirurgien sur l'intervention chirurgicale obligeant l'anesthésiste réanimateur à répondre souvent non seulement aux questions sur l'anesthésie mais aussi aux questions sur la chirurgie. Concernant l'anxiété liée à l'anesthésie, seule une petite proportion de nos patients ont présenté avant la CPA en comparaison aux autres types d'anxiété. Cependant la réduction de cette anxiété après la CPA était beaucoup plus importante comparée aux autres types d'anxiété. Il n'existait pas de différence statistiquement significative ($P=0,167 > 0,05$) et cela pourrait s'expliquer par le petit nombre de patient ayant présenté une anxiété liée à l'anesthésie avant la CPA. Dans l'ensemble, quel que soit le type d'anxiété préopératoire présenté par les patients avant la CPA, nous avons observé une diminution conséquente de celle-ci après la CPA.

Ces différents résultats prouvent que la qualité des informations apportées aux patients sur la chirurgie et l'anesthésie au cours de la CPA a eu un impact sur l'anxiété préopératoire. Lina Maward et Nazek Azar [11] ont montré dans leur étude comparative de l'anxiété entre les patients informés et non informés en période pré-opératoire que plus les patients sont informés, plus ils sont calmes durant leur hospitalisation et à l'arrivée au bloc opératoire. L'élaboration d'un support d'information écrit et/ou visuel sur la chirurgie et l'anesthésie comme le suggèrent certains auteurs associé à la CPA pourrait être un excellent moyen de lutter contre l'anxiété préopératoire. En effet, l'information reste et demeure le meilleur moyen de remédier à l'anxiété préopératoire [10]. Elle se fait par le biais de la consultation chirurgicale et surtout lors de la consultation pré-anesthésique.

Par ailleurs, la période préopératoire est essentielle car elle permet au médecin anesthésiste réanimateur d'effectuer l'évaluation pré-anesthésique du patient et a notamment comme finalité de mettre le patient en confiance avant l'acte opératoire.

L'attitude empathique et attentive du médecin anesthésiste et l'information jouent un rôle essentiel dans l'apaisement des craintes éventuelles, exprimées ou non. La consultation peut avoir un effet calmant, surtout si c'est la première anesthésie dans la vie du patient. Si la personnalité et le niveau socioculturel du patient le permettent, il faut établir un rapport de confiance, donner au patient un rôle actif et le faire participer aux décisions thérapeutiques [10].

Conclusion

Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que la consultation pré-anesthésique a un impact sur l'anxiété préopératoire, caractérisé par la diminution du taux de patients anxieux après la CPA.

References:

1. **Robin PM.** Coping responses and adaptational outcomes of children undergoing orthopaedic surgery. *J Clin Child Psychol* 1984 ;16 : 251-59
2. **Beydon L, Dima CE.** Anxiété préopératoire : évaluation et prévention *Prat Anesth Reanim* 2007 ; 13 : 161-70
3. **Johnston M, Carpenter L:** Relationship between pre-operative anxiety and post-operative state. *Psychol. Med.* 1980; 10: 361-67
4. **Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC:** Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom. Res.* 2000; 49: 417-22
5. **Noerman N; Van Dam Fsam, Muller M.J; Oosting H.** The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information scale. *Anesth Anal* 1996; 82: 445-51.
6. **Shevde K., Panagopoulos G.** A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991 ; 73 : 190-98
7. **Mackenzie J. W.** Day case anaesthesia and anxiety. A study of anxiety profiles amongst patients attending a daybed unit *Anaesthesia* 1989; 44: 437-40
8. **Lemaitre, S., Blumen-Ohana, E., Akeshi, J., Laplace, O., Nordmann, J. P.** Évaluation de l'anxiété préopératoire chez les patients nécessitant une chirurgie filtrante du glaucome. *J. Fr. Ophtalmol* 2014 ; 37 : 47-53.
9. **Wattier J.M., Barreau O., Devos P., Prevost S., Vallet B., Lebuffe G.** Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoire en six questions *Ann Fr Anesth Reanim.* 2011 ; 30 : 533-37
10. **Haberer JP.** Consultation préanesthésique. *Encycl Méd Chir, Anesthésie-Réanimation* 2001, 36-375-A-05, 12
11. **Maward Lina, Azar Nazek.** Etude comparative de l'anxiété entre les patients informés et non informés en période préopératoire. *Rech soins infirm.* 2004 ; 78 : 35- 58.