



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAIRE

Références bibliographiques

1. Aubrun F, Monsel S, Langeron O et al. Postoperative titration of intravenous morphine. Eur. J. Anaesthesiol. 2001 ; 18 : 159-65.
2. Aubrun F, Monsel S, Langeron O et al. Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient. Anest hesiology. 2002 ; 96 : 17-23.
3. Aubrun F, Bunge D, Langeron O et al. Postoperative Morphine Consumption in the Elderly Patient. Anesthesiology 2003 ; 99 : 1 60-5.
4. Walder B, Schafer M, Henzi I, Tramer MR. Efficacy and safety of patient-controlled opioid analgesia for acute postoperative pain. A quantitative systematic review. Acta. Anaesthesiol. Scand. 2001 ; 45 : 795-804.
5. Fletcher D. [Improvement in analgesia for ambulatory surgery]. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2003 ; 22 : 689-90.
6. Macario A, Weinger M, Carney S, Kim A. Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. Anesth. Analg. 1999 ; 89 : 652-8.
7. Rawal N. Analgesia for day-case surgery. Br. J. Anaesth. 2001 ; 87 : 73-87.
8. Gan TJ, Ing RJ, de LDG et al. How much are patients willing to pay to avoid intraoperative awareness? J. Clin. Anesth. 2003 ; 15 : 108-12.
9. Zhao SZ, Chung F, Hanna DB et al. Dose-response relationship between opioid use and adverse effects after ambulatory surgery. J. Pain. Symptom. Manage. 2004 ; 28 : 35-46.
10. Cali RL, Meade PG, Swanson MS, Freeman C. Effect of Morphine and incision length on bowel function after colectomy. Dis. Colon. Rectum. 2000 ; 43 : 163-8.
11. Guignard B, Bossard AE, Coste C et al. Acute opioid tolerance: intraoperative remifentanyl increases postoperative pain and morphine requirement. Anesthesiology 2000 ; 93 : 409-17.
12. Chaney MA. Side effects of intrathecal and epidural opioids. Can. J. Anaesth. 1995 ; 42 : 891-903.
13. Bailey PL, Rhondeau S, Schafer PG et al. Dose-response pharmacology of intrathecal morphine in human volunteers. Anesthesiology 1993 ; 79 : 49-59 ; discussion 25A.
14. Tramer MR. A rational approach to the control of postoperative nausea and vomiting : evidence from systematic reviews. Part II. Recommendations for prevention and treatment, and research agenda. Acta. Anaesthesiol. Scand. 2001 ; 45 : 14-9.
15. Tramer MR. A rational approach to the control of postoperative nausea and vomiting : evidence from systematic reviews. Part I. Efficacy and harm of antiemetic interventions, and methodological issues. Acta. Anaesthesiol. Scand. 2001 ; 45 : 4-13.
16. Apfel CC, Kranke P, Eberhart LH. Comparison of surgical site and patient's history with a simplified risk score for the prediction of postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia 2004 ; 59 : 1078-82.
17. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M et al. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. N. Engl. J. Med. 2004 ; 350 : 2441-51.
18. Tramer MR, Moore RA, Reynolds DJ, McQuay HJ. A quantitative systematic review of ondansetron in treatment of established postoperative nausea and vomiting. Bmj 1997 ; 314 : 1088-92.

ÉTABLISSEMENT

FICHE N° 3/3

EFFETS SECONDAIRES MORPHINIQUES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS POSTOPÉRAIRES*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard

RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Chantal Bernard - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Olivier Choquet - Laurent Delaunay - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Pierre Lena - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Olivier Mimoz - Cyrus Motamed - Marc Roucoules-Aimé - Catherine Spielvogel - François Sztark

Généralités

- L'utilisation des morphiniques en postopératoire permet de mieux prendre en charge la douleur en salle de réveil^{1,2} et en secteur de chirurgie³ pour l'entretien

Voies d'administration

- Intraveineuse pour la titration¹ puis analgésie auto-contrôlée⁴
- Voie sous-cutanée par administration discontinue
- Voie orale hors de l'hôpital dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire⁵ ou pour un relais après chirurgie majeure
- Voie spinale péridurale ou sous-arachnoïdienne permet une analgésie avec des doses plus faibles et une durée d'action prolongée

Enjeux de la tolérance⁶

- La limitation de la morbidité évite l'échec de la chirurgie ambulatoire⁷
- Les patients attachent plus d'importance aux effets indésirables⁸ qu'à l'effet des analgésiques⁶

Effets secondaires

- La sédation, la dépression respiratoire, les nausées vomissements et le phénomène de tolérance aiguë sont dose-dépendants¹¹. La rétention urinaire a un lien discuté avec les doses de morphine^{12,13}
- Les effets secondaires dose-dépendants conditionnent les stratégies visant à réduire les besoins en morphine (association analgésique pour épargne morphinique ou analgésie locorégionale)

* Sous la responsabilité des auteurs



Anticiper les effets secondaires

- Tenir compte des éléments déterminants dès le préopératoire : antécédents du patient, type de chirurgie, technique d'anesthésie et d'analgésie
- Protocole de prise en charge : identification du risque par un audit spécifique de la population traitée ou par l'utilisation de facteurs de risque identifiés selon le terrain
- Chaque modalité de prescription des morphiniques entraîne un profil particulier d'effets secondaires. Les conditions de prescription déterminent des protocoles spécifiques de prise en charge de ces effets secondaires

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

- Les NVPO sont seuls ou associés¹⁴, précoces (H0-H6 postop) ou tardifs (H6-H24 postop)¹⁴. Les symptômes sont différenciés selon la gravité (haut-le-cœur ou vomissements), la fréquence et la durée¹⁴
- Les NVPO créent un inconfort important⁶, une augmentation des douleurs, de rares complications avec rupture œsophagienne et rendent parfois difficile la reprise de l'alimentation

INCIDENCE ET FACTEURS FAVORISANTS

- Incidence moyenne sous traitement morphinique : 30 %^{14,15}. Elle augmente selon le type de chirurgie et / ou le terrain et est plus élevée chez l'enfant^{14,15} (essentiellement vomissements)
- Certaines chirurgies (gynécologie et chirurgie de l'oreille moyenne) pourvoient une incidence plus élevée : 80%
- Evaluation des facteurs de risques liés au terrain avec les critères d'Apfel^{16,17} (sexe féminin, absence de tabagisme, mal des transports et utilisation de morphiniques). La présence d'un de ces critères augmente de 20 % l'incidence des NVPO

PRÉVENTION

- Traitement préventif décidé en fonction de l'estimation d'un risque chez le patient
- Risques liés à une prévention systématique¹⁴
- Fréquence d'un effet secondaire : NNH (nombre de patient à traiter pour observer une fois cet effet secondaire)
- NNH du droperidol, pour la sédation, varie de 7 à 24 selon la dose journalière (1,25 mg à 5 mg) pour les signes extrapyramidaux il est de 400 pour l'adulte et 90 pour l'enfant
- NNH de l'ondansétron pour les céphalées et l'élévation des enzymes hépatiques est de 30¹⁴

PRÉVENTION

- Prévention des NVPO :
 - L'anesthésie intraveineuse pure au propofol réduit de 19% l'incidence des NVPO
 - La non utilisation du protoxyde d'azote réduit de 12 % l'incidence des NVPO¹⁷. Cette démarche équivaut à une prévention pharmacologique par un antiémétique²⁴
- La prévention nécessaire (risque 10-30 %) repose sur l'utilisation d'un seul antiémétique au choix (ondansétron 4 mg, droperidol 1,25 mg, dexaméthasone 4 mg), réduisant de façon similaire de 26 % l'incidence des NVPO¹⁷
- Protocole optimal : 50 mcg de droperidol par bolus de 1 mg de morphine, soit 2,5 mg de droperidol dans un volume de 50 ml d'une pompe d'analgésie autocontrôlée
- L'efficacité absolue de la prévention dépend de l'incidence naturelle des NVPO dans la population traitée
- Bithérapie ou trithérapie préventives sont justifiées en cas d'incidence prévisible des NVPO, respectivement de 30 à 60 % ou de plus de 60 %

TRAITEMENT DE SECOURS

- Le traitement de secours comporte un principe actif d'une autre classe pharmacologique que celle du traitement préventif¹⁸ (ex, en cas d'utilisation de PCA : droperidol en prévention et ondansétron en traitement de secours)

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

