

- **L'éducation et la préparation du patient** permettent de réduire son anxiété et donc sa douleur postopératoire<sup>14</sup>. L'information (orale et écrite) a pour objectif de présenter les outils d'évaluation de sa douleur, les moyens de la traiter à l'hôpital puis à domicile
- **La douleur postopératoire** peut entraîner un retard dans l'aptitude de remise à la rue, des effets secondaires tels que les nausées-vomissements et un inconfort tel que des troubles du sommeil ou une impotence fonctionnelle
- **Un score de douleur**  $< 4/10$  au repos et surtout en condition dynamique est indispensable pour autoriser le retour à domicile du patient. Dans le cas contraire, un réajustement du traitement antalgique du patient doit s'effectuer avant sa sortie<sup>12</sup>
- Concernant **la gestion de la douleur à domicile**, le patient est encouragé à prendre régulièrement les antalgiques en respectant la posologie. Après anesthésie locorégionale, il est recommandé d'absorber les antalgiques avant le coucher, même si la douleur est encore minime<sup>12</sup>. En fonction de l'intensité de la douleur, le patient doit utiliser le traitement de secours. En cas d'inefficacité, il doit contacter le centre ou le médecin traitant qui doit être informé

ÉTABLISSEMENT

## Références bibliographiques

1. Deleuze A, Gentili M, Bonnet F. L'analgésie par voie intra-articulaire est-elle utile dans la chirurgie du genou ? Conférence d'actualisation. JEPU 2003, eds CRI, Paris, 2003 : 277-86.
2. Reuben SS, Sklar J, El-Mansouri M. The preemptive analgesic effect of intraarticular bupivacaine and morphine after ambulatory arthroscopic knee surgery. Anesth. Analg. 2001 ; 92 : 923-26.
3. Reuben SS, Bhopatkar S, Maciolek H, Joshi W, Sklar J. The preemptive analgesic effect of rofecoxib after ambulatory arthroscopic knee surgery. Anesth. Analg. 2002 ; 94 : 55-9.
4. Joshi GP, McCarroll SM, O'Brien TM, Lenane P. Intraarticular analgesia following knee arthroscopy. Anesth. Analg. 1993 ; 76 : 333-36.
5. Smith I, Van Hemelrijck S, White PF et al. Effects of local anesthesia on recovery after outpatient arthroscopy. Anesth. Analg. 1991, 73 : 536-39.
6. Moiniche S, Mikkelsen S, Wetterslev J, Dahl JB. A systematic review of intraarticular local anesthesia for postoperative pain relief after arthroscopic knee surgery. Reg. Anesth. Pain. Med. 1999 ; 24 : 430-37.
7. Joshi W, Reuben SS, Kilaru PR, Sklar J, Maciolek H. Postoperative analgesic for outpatient arthroscopic knee surgery with intraarticular clonidine and/or morphine. Anesth. Analg. 2000 ; 90 : 1102-6.
8. Niemi L, Pitkänen M, Tuominen M, Björkenheim JM, Rosenberg PH. Intraarticular morphine for pain relief after knee arthroscopy performed under regional anaesthesia. Acta. Anaesthesiol. Scand. 1994 ; 38 : 402-5.
9. Allen GC, St Amand MA, Lui ACP, Johnson DH, Lindsay MP. Postarthroscopy analgesia with intraarticular bupivacaine/morphine. A randomized clinical trial. Anesthesiology 1993 ; 79 : 475-80.
10. Convery PN, Milligan KR, Quinn P, et al. Efficacy and uptake of ropivacaine and bupivacaine after single intra-articular injection in the knee joint. Br. J. Anaesth. 2001 ; 87 : 570-6.
11. Menigaux C, Fletcher D, Dupont X, Guignard B, Guirmand F, Chauvin M. The benefits of intraoperative small-dose ketamine on postoperative pain after anterior cruciate ligament repair. Anesth. Analg. 2000, 90 : 129-35.
12. Robaux S, Cornet C, Bouaziz H. Analgésie pour chirurgie ambulatoire. Conférences d'actualisation 2002. 44<sup>e</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation. Ed Elsevier, Paris, 2002 : 31-65.
13. Claxton AR, McGuire G, Chung F, Cruise C. Evaluation of morphine versus fentanyl for postoperative analgesia after ambulatory surgical procedures. Anesth. Analg. 1997 ; 84 : 509-14.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRATOIRE

## ARTHROSCOPIE SIMPLE\* [MÉNISCECTOMIE]

### COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr  
Agnès Bellanger - Chantal Bernard

### RÉDACTEURS :

Frédéric Aubrun - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher  
Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr  
Hawa Keita-Meyer - Olivier Mimoz - Marc Raucoules-Aimé

### Douleur

- Habituellement faible (EVA = 20-30 mm)
- Durée  $< 48$  h<sup>1</sup>

### Chirurgie

- Durée de l'intervention  $< 60$  min
- Durée de la rééducation : 3 semaines
- Souvent réalisée en ambulatoire

## PRÉOPÉRATOIRE

- L'administration intra-articulaire de 3 mg de morphine avant l'intervention prolonge la durée de l'analgésie postopératoire et réduit la consommation postopératoire de morphine<sup>2</sup>
- L'utilisation préopératoire des anti-COX-2 semble avoir un intérêt en prolongeant la durée de l'analgésie, en réduisant l'intensité de la douleur au mouvement et en réduisant la consommation postopératoire de morphiniques<sup>3</sup>

## BLOC OPÉRA TOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCO RÉGIONALE</b>				
<b>LIDOCAÏNE 1,5 ou 2 % ± ADRÉNALINE BLOC SCIATIQUE</b> et <b>LIDOCAÏNE 1,5 ou 2 % ± ADRÉNALINE BLOC FÉMORAL</b>	Injection d'un bolus	30 ml/bolus	Anesthésie et analgésie postopératoire pendant une durée de 2-3 h	Indiqué dans les gestes courts
<b>LIDOCAÏNE 1,5 ou 2 % ± ADRÉNALINE BLOC FÉMORAL</b>	Injection d'un bolus	20 ml/bolus		
<b>BUPIVACAÏNE 0,25 % ou 0,5 % ± ADRÉNALINE 1/200000 INTRA-ARTICULAIRE</b>	Infiltration à la fermeture	20-40 ml (100-150 mg)	Délai d'analgésie d'environ 30 min Diminution EVA dans les 6 premières heures postopératoires <sup>4,6</sup> Epargne en antalgiques parentéraux	Pic de concentration : 30 min après la levée du garrot exceptionnellement Clonidine (150 mg) en association avec la bupivacaïne (synergique) ou la morphine majore la durée et la qualité de l'analgésie <sup>7</sup>
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV INTRA-ARTICULAIRE</b>	Infiltration à la fermeture	1-3 mg	Analgésie retardée mais prolongée (24 h) <sup>8</sup> L'association avec un anesthésique local améliore l'analgésie <sup>9</sup>	Action analgésique périphérique Effet systémique possible si dose > 1 mg
<b>ALTERNATIVE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,2 % INTRA-ARTICULAIRE</b>	100-200 mg. Efficacité analgésique comparable à la bupivacaïne <sup>10</sup> (à la place de la bupivacaïne)			
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min en début d'intervention Systématique	1 g	Analgésie par anticipation	Pic d'efficacité 1-2 h Intérêt en ambulatoire
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min en début d'intervention Systématique	50-100 mg	Analgésie par anticipation Analgésie au mouvement Synergie d'action avec la morphine	Pic d'efficacité à 1 h Intérêt en ambulatoire
<b>KÉTAMINE 10 mg/ml IV</b>	Induction anesthésique ou à la fermeture	0,15 mg/kg	Réduction de la douleur postopératoire au repos et au mouvement pendant 48 h <sup>11</sup> Synergie d'action avec les AINS	Absence d'effets psychodysléptiques décrits à cette dose
<b>ALTERNATIVE</b>				
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion de 20 mg sur 15 min à la place du kétoprofène ou du paracétamol si contre-indication, ou associé aux 2			

**REMARQUES**

- L'injection intra-articulaire d'anesthésiques locaux et de morphine est indiquée chez le patient hospitalisé ou en ambulatoire
- Maintenir le garrot 5-10 minutes après l'injection intra-articulaire pour améliorer la qualité de l'analgésie<sup>8</sup>

- TYPE DE CHIRURGIE : méniscectomie partielle ou suture méniscale
- TYPE D'ANESTHÉSIE : 3 techniques sont pratiquées : 1/ Anesthésie générale adaptée à un geste chirurgical court : agents d'élimination rapide (propofol, sévoflurane, alfentanil)<sup>2,4,9,10</sup>. En pratique ambulatoire, éviter le midazolam (réflexe de déglutition longtemps altéré), et le protoxyde d'azote (effet émetisant). Le rémifentanil est à évaluer. 2/ Anesthésie périmédullaire : rachianesthésie plus souvent que péridurale. 3/ Bloc plexique et tronculaire seul ou associé à l'anesthésie générale.

## SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	Titration par bolus quand patient évaluable dès EVA > 30 mm	1-3 mg/5 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur

**REMARQUE** La titration est possible en chirurgie ambulatoire à condition d'administrer de faibles doses (0,15 mg/kg)<sup>13</sup>

## SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min Systématique	1 g x 4/j jusqu'à reprise alimentation	Analgésie au repos	Si relais <i>per os</i> impossible
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min Systématique	50 mg x 4/j pendant 2 j max	Analgésie au repos et au mouvement	Si relais <i>per os</i> impossible
<b>MORPHINE 10 mg/ml SC</b>	2 heures après la fin de la titration	5-10 mg/4-6 h	Entretien analgésie	En cas de douleur non calmée par les antalgiques non morphiniques (exceptionnel). Non adapté à la chirurgie ambulatoire
<b>RELAIS</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g PO</b>	Selon besoins	1 g x 4/j pendant durée nécessaire	Confort du patient	
<b>KÉTOPROFÈNE 150 mg PO</b>		150 mg x 2/j	Confort du patient	

### ALTERNATIVE

**ANTALGIQUE DE NIVEAU 2** Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h systématique  
A administrer en cas de sevrage complet en morphine

## ORDONNANCE DE SORTIE

<b>PARACÉTAMOL 1 g PO</b> et <b>KÉTOPROFÈNE 150 mg PO</b>	1 g x 4/j pendant 3-7 jours 150 mg x 2/j pendant 3-7 jours
<b>ANTALGIQUE DE NIVEAU 2</b> (antalgiques de secours)	Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél. x 4/j pendant 3-7 jours