

ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1 g PO 1 cp x 4/j

ROFÉCOXIB 25 mg PO 1 cp/j

ou

CÉLÉCOXIB 100 mg PO 1 gél. x 2/j

Durée de traitement : pendant 3-7 jours (ordonnance pour 7 jours)

REMARQUE Les Coxibs n'ont pas l'AMM dans la douleur postopératoire

ALTERNATIVE

Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg)
ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h

AMBULATOIRE

- Cette intervention est le plus souvent réalisée en ambulatoire⁵
- Recommander au patient de prendre systématiquement et régulièrement les antalgiques prescrits pendant au moins les 48 premières heures. Ensuite le traitement pourra être adapté en fonction de l'intensité de la douleur⁴⁵
- Donner quelques gélules ou comprimés d'avance avant la sortie ou faire l'ordonnance d'antalgiques à la consultation d'anesthésie

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégie des examens paracliniques et des indications thérapeutiques dans le syndrome du canal carpien. In : recommandations et références médicale 1997. Paris : ANAES ; 1997 : 201-13.
2. Bernard JM, et al. Dose-range effects of clonidine added to lidocaine for brachial plexus block. *Anesthesiology* 1997 ; 87 : 277-84.
3. Chung F, et al. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth. Analg.* 1997 ; 85 : 808-16.
4. Delaunay L, et al. Choix d'une technique d'anesthésie locorégionale pour la chirurgie du canal carpien. *AGORA-JRAR* 2003 : 11-18.
5. Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Chirurgie du syndrome du canal carpien idiopathique : étude comparative des techniques à ciel ouvert et des techniques endoscopiques. In : recommandations et références médicale 2000. Paris : ANAES ; 2000 : 12-8.
6. Gebhard RE, et al. Distal nerve blocks at the wrist for outpatient carpal tunnel surgery offer intraoperative cardiovascular stability and reduce discharge time. *Anesth. Analg.* 2002 ; 95 : 351-5.
7. Crews JC, et al. Tourniquet pain: the response to the maintenance of tourniquet inflation on the upper extremity of volunteers. *Reg. Anesth.* 1991 ; 16 : 314-7.
8. Delaunay L, et al. Blocks at the wrist provide effective anesthesia for carpal tunnel release. *Can. J. Anaesth.* 2001 ; 48 : 656-60.
9. Wood SH, et al. A local anaesthetic technique for endoscopic carpal tunnel release. *J. Hand. Surg. (Br).* 1999 ; 24 : 298-9.
10. Lichtman DM, et al. Carpal tunnel release under local anesthesia: evaluation of the outpatient procedure. *J. Hand. Surg.* 1979 ; 4 : 544-6.
11. McKay W, et al. Sodium bicarbonate attenuates pain on skin infiltration with lidocaine, with or without epinephrine. *Anesth. Analg.* 1987 ; 66 : 572-4.
12. Derkash RS, et al. Office carpal tunnel release with wrist block and wrist tourniquet. *Orthopedics* 1996 ; 19 : 589-90.
13. Carles M, et al. An evaluation of the brachial plexus block at the humeral canal using a neurostimulator (1417 patients): the efficacy, safety, and predictive criteria of failure. *Anesth. Analg.* 2001 ; 92 : 194-8.
14. Reuben SS, et al. Comparison of wound infiltration with ketorolac versus intravenous regional anesthesia with ketorolac for postoperative analgesia following ambulatory hand surgery. *Reg. Anesth.* 1996 ; 21 : 565-8.
15. Rawal N, et al. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta. Anesthesiol. Scand.* 1997 ; 41 : 1017-22.

Avec le parrainage de l'



Un engagement de Bristol-Myers Squibb



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR
LA PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR
POSTOPÉRAIRE

CANAL CARPIEN*

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

RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Franck Bolandard - Gilles Boccard - Laurent Delaunay - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret - Cyrus Motamed - Catherine Spielvogel - François Stark

Douleur

- Douleur préopératoire habituellement définie comme des acroparesthésies des 3 premiers doigts à prédominance nocturne ou au réveil¹
- Douleur postopératoire habituellement modérée (0 mm < EVA < 30 mm à 24 h)²
En postopératoire immédiat moins de 1,5 % des patients présentent des douleurs sévères³
- Durée de la douleur au repos ≤ 48 h

Patient

- Femme autour de la ménopause
- Le plus souvent idiopathique, il est parfois secondaire à une pathologie médicale dont la liste n'est pas exhaustive (traumatique, polyarthrite inflammatoire, myxoedème, diabète, tumorale...)
- Certains facteurs favorisants sont parfois retrouvés : hormonaux (grossesse, ménopause) ou professionnels (mouvement de flexion/extension du poignet)¹
- Le diagnostic est clinique ; l'indication opératoire est confirmée par un électromyogramme¹

Chirurgie

- L'indication opératoire est posée après certitude diagnostique de syndrome du canal carpien en cas d'échec, de contre-indication ou de refus du traitement conservateur et systématiquement dans les formes évoluées (déficit moteur et/ou amyotrophie et/ou signes électriques de gravité à l'électromyogramme)¹
- Durée d'intervention : élément important, elle est habituellement de 15 min, avec des extrêmes qui vont de moins de 5 min⁴ à plus de 30 min²
- Intervention réalisée en ambulatoire
- Convalescence : 3 semaines

* Sous la responsabilité des auteurs

- **TYPE DE CHIRURGIE** : Simple section du reticulum des fléchisseurs (ligament annulaire antérieur du carpe : LAAC) 2 types d'abord chirurgicaux : 1. La voie classique « à ciel ouvert » dite extra-canaulaire
2. Les voies endo-canaulaires réalisées le plus souvent à l'aide d'un endoscope. Pour l'instant il n'existe aucun argument scientifique privilégiant une technique, l'expérience et la compétence du chirurgien restant les facteurs de réussite essentiels⁵
- **TYPE D'ANESTHÉSIE** : Tout a été proposé pour cette intervention : blocs plexiques, blocs tronculaires distaux, anesthésie locale, anesthésie intraveineuse et même anesthésie générale. L'attitude la plus logique actuellement est que dans chaque centre réalisant ce type d'intervention de façon régulière des évaluations soient faites comparant ces différentes techniques. Si 2 techniques procurent une anesthésie et un confort chirurgical comparables il paraît logique de choisir la plus simple ! Lorsque l'intervention dure entre 4 et 5 min, indication d'une anesthésie locale⁴
- **REMARQUES** : Les blocs tronculaires distaux et l'anesthésie locale sont particulièrement adaptés à l'ambulatoire et permettent une sortie rapide du patient, les critères d'aptitude à la rue étant obtenus habituellement dans l'heure suivant la fin de l'intervention⁶. Le fait que cette intervention soit réalisée fréquemment sous garrot pneumatique n'est pas un obstacle. Si la durée opératoire prévisible \leq 15-20 min et à condition de ne pas gonfler le garrot plus de 100 mmHg au-dessus de la pression artérielle systolique, l'intervention peut être réalisée sans anesthésie dans le territoire du garrot^{7,8}

BLOC OPÉRAUTOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
LOCOREGIONALE				
INFILTRATION				
LIDOCAÏNE 2% + BICARBONATE 8,4% INFILTRATION ^{9,10}	Injection unique par infiltration de la zone opératoire	15 ml	L'adjonction de bicarbonate permet de réduire la douleur liée à l'infiltration ¹¹ Pas de bloc moteur	L'utilisation du bicarbonate est hors AMM Pas de bloc des troncs
BLOC TRONCULAIRE				
LIDOCAÏNE 2% BLOCS TRONCULAIRES** ^{8,12}	Injection unique sur chaque nerf	20 ml	Pas d'infiltration de la zone opératoire Pas de bloc moteur	La lidocaïne permet l'évaluation de la douleur avant la sortie
BLOC PLEXIQUE				
LIDOCAÏNE 2% PAR BLOC AXILLAIRE OU AU CANAL HUMÉRAL ^{2,13}	Injection unique	30-40 ml	Anesthésie dans le territoire du garrot (si durée > 20-30 min)	
ANESTHÉSIE LOCALE INTRA VEINEUSE				
LIDOCAÏNE 0,5% ALR IV BLOC IV ¹⁴	Injection unique	0,5 ml/kg	Facilité de réalisation encore très utilisée chez les anglo-saxons	Durée opératoire \geq 15-20 min (levée du garrot) Adjonction d'un AINS proposée
ALTERNATIVES				
MÉPIVACAÏNE 1,5-2%	Alternative à la lidocaïne Risque de levée précoce de l'anesthésie (moins d'1 heure) moins important			
REMARQUE				
L'utilisation d'anesthésiques locaux à longue durée d'action (bupivacaïne et ropivacaïne) n'offre pas d'avantage dans ce type d'intervention chirurgicale car elle risque notamment d'entraîner un bloc moteur et sensitif étendu et rendre plus difficile le relais analgésique à domicile				
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min en début d'intervention	1 g	Analgésie par anticipation	Dans le cas d'une ALR, anticiper l'analgésie avant la levée du bloc Respecter les contre- indications des AINS
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min en début d'intervention	50 mg		

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément	Si non administrés au bloc opératoire Certains blocs peuvent se lever rapidement (lidocaïne ++)
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg		
REMARQUES				
<ul style="list-style-type: none"> • Demander au patient de maintenir la main surélevée en postopératoire immédiat pendant au moins 30 min • Ensuite, dans la mesure du possible, toujours la main « au-dessus du niveau du cœur » Cela permet de limiter l'œdème postopératoire 				

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PER OS				
PARACÉTAMOL 1 g PO	Systématique	1 g x 4/j		
CÉLÉCOXIB 100 mg PO	Systématique	1-2 gél. x 2/j	Meilleure tolérance digestive	Risque rénal égal à celui des AINS NS
ALTERNATIVE				
ANTALGIQUE DE NIVEAU 2	Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8 h			