

ORDONNANCE DE SORTIE

PARACÉTAMOL 1 g PO 1 g x 4/j

KÉTOPROFÈNE 150 mg PO 1 cp x 2/j en surveillant la tolérance gastroduodénale

ALTERNATIVE

- ANTALGIQUE DE NIVEAU 2
- Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 1-2 cp ou gél./8h
 - ou
 - Tramadol (50 mg) : 1-2 gél./8h

Durée de traitement : 5-7 jours

REMARQUE SUR LA DURÉE DE SÉJOUR

- L'hystérectomie assistée sous cœlioscopie est pratiquée en ambulatoire dans certains pays mais pas en France³²⁻³⁵
- La durée de séjour peut toutefois être réduite de 50 % lorsque une prise en charge multimodale avec réhabilitation post-opératoire précoce est instaurée^{9,35,36}

ÉTABLISSEMENT

Références bibliographiques

1. Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998 ; 17 : 445-61.
2. Ellstrom M, et al. Pain and pulmonary function following laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized study. Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 1998 ; 77 : 923-8.
3. Olsson JH, et al. A randomised prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1996 ; 103 : 345-50.
4. Wattiez A, et al. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy : comparative analysis of 1647 cases. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 2002 ; 9 : 339-45.
5. Falcone T, et al. Prospective randomized clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1999 ; 180 : 955-62.
6. Ottosen C, et al. Three methods for hysterectomy : a randomised, prospective study of short term outcome. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2000 ; 107 : 1380-5.
7. Garry R, et al. The eVALuate study : two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. B.M.J. 2004 ; 10.1136/bmj.37984.623889.F6
8. Agostini A, et al. Vaginal hysterectomy in nulliparous women without prolapse : a prospective comparative study. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2003 ; 110 : 515-8.
9. Moller C, et al. Fast track hysterectomy. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2001 ; 98 : 18-22.
10. Makinen J, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. Hum. Reprod. 2001 ; 16 : 1473 8.
11. Jugnet N, et al. Comparing vaginal and coelioscopic total or subtotal hysterectomies : prospective multicentre study including 82 patients. Gynaecological Endoscopy 2001 ; 10 : 315-21.
12. Chapron C, et al. Hysterectomy techniques used for benign pathologies : results of a French multicentre study. Hum. Reprod. 1999 ; 14 : 2464-70.
13. Farquhar CM, et al. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. Obstet. Gynecol. 2002 ; 99 : 229-34.
14. Kvalsvik O, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effect of rectal paracetamol on morphine consumption after abdominal hysterectomy. Acta. Anaesthesiol. Scand. 2003 ; 47 : 451-6.
15. Hyllested M, et al. Comparative effect of paracetamol, NSAIDs or their combination in postoperative pain management : a qualitative review. Br. J. Anaesth. 2002 ; 88 : 199-214.
16. Ng A, et al. Analgesic effects of parecoxib following total abdominal hysterectomy. Br. J. Anaesth. 2003 ; 90 : 746-9.
17. Barton SF, et al. Efficacy and safety of intravenous parecoxib sodium in relieving acute postoperative pain following gynecologic laparotomy surgery. Anesthesiology. 2002 ; 97 : 306-14.
18. Fletcher D, et al. The efficacy of intravenous 0.15 versus 0.25 mg/kg intraoperative morphine for immediate postoperative analgesia after remifentanyl-based anesthesia for major surgery. Anesth. Analg. 2000 ; 90 : 666-71.
19. Minkowitz HS. Postoperative pain management in patients undergoing major surgery after remifentanyl vs. fentanyl anesthesia. Multicentre Investigator Group. Can. J. Anaesth. 2000 ; 47 : 522-8.
20. Mimos O, et al. Analgesic efficacy and safety of nefopam vs. propacetamol following hepatic resection. Anaesthesia 2001 ; 56 : 520-5.
21. Coetzee JF, et al. Tramadol or morphine administered during operation: a study of immediate postoperative effects after abdominal hysterectomy. Br. J. Anaesth. 1998 ; 81 : 737-41.
22. Torres LM, et al. Efficacy and safety of dipyrone versus tramadol in the management of pain after hysterectomy: a randomized, double-blind, multicenter study. Reg. Anesth. Pain Med. 2001 ; 26 : 118-24.
23. Pavlidis TE, et al. The effect of preincisional periportal infiltration with ropivacaine in pain relief after laparoscopic procedures: a prospective, randomized controlled trial. JSLS 2003 ; 7 : 305-10.
24. Labaille T, et al. The clinical efficacy and pharmacokinetics of intraperitoneal ropivacaine for laparoscopic cholecystectomy. Anesth. Analg. 2002 ; 94 : 100-5.
25. Keita H, et al. Prophylactic ip injection of bupivacaine and/or morphine does not improve postoperative analgesia after laparoscopic gynecologic surgery. Can. J. Anaesth. 2003 ; 50 : 362-7.
26. Berberoglu M, et al. The effect of CO2 insufflation rate on the postlaparoscopic shoulder pain. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. 1998 ; 8 : 273-7.
27. Aitola P, et al. Comparison of N2O and CO2 pneumoperitoneums during laparoscopic cholecystectomy with special reference to postoperative pain. Surg. Laparosc. Endosc. 1998 ; 8 : 140-4.
28. Tsereteli Z, et al. Prospective randomized clinical trial comparing nitrous oxide and carbon dioxide pneumoperitoneum for laparoscopic surgery. J. Am. Coll. Surg. 2002 ; 195 : 173-9.
29. Sarli L, et al. Prospective randomized trial of low-pressure pneumoperitoneum for reduction of shoulder-tip pain following laparoscopy. Br. J. Surg. 2000 ; 87 : 1161-5.
30. Fredman B, et al. Residual pneumoperitoneum: a cause of postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. Anesth. Analg. 1994 ; 79 : 152-4.
31. Moore RA, et al. Single-patient data meta-analysis of 3453 postoperative patients: oral tramadol versus placebo, codeine and combination analgesics. Pain. 1997 ; 69 : 287-94.
32. Stovall TG, et al. Outpatient vaginal hysterectomy : a pilot study. Obstet. Gynecol. 1992 ; 80 : 145-9.
33. Galen DI, et al. Outpatient laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1994 ; 1 : 241-5.
34. Summitt RL Jr, et al. Outpatient hysterectomy: determinants of discharge and rehospitalization in 133 patients. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994 ; 171 : 1480-4.
35. Taylor RH. Outpatient Laparoscopic Hysterectomy with Discharge in 4 to 6 Hours. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1994 ; 1 : 535.
36. Kehlet H, et al. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. Br. J. Anaesth. 2001 ; 87 : 62-72.

Avec le parrainage de l'  INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE

HYSTÉRECTOMIE PAR VOIE CŒLIOSCOPIQUE* CHIRURGIE NON CANCÉREUSE**

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Aubrun - Dominique Fletcher - Christian Jayr - Agnès Bellanger - Chantal Bernard
RÉDACTEURS : Frédéric Aubrun - Marc Beaussier - Anissa Belbachir - Franck Bolandard - Gilles Boccara - Laurent Delaunay - Nicolas Derrode - Dominique Fletcher - Elisabeth Gaertner - Olivier Gall - Christian Jayr - Hawa Keita-Meyer - Philippe Macaire - Claude Mann - Emmanuel Marret- Olivier Mimos - Cyrus Motamed - Marc Roucoules-Aimé - Catherine Spielvogel - François Stark

Douleur

- Douleur préopératoire généralement absente ou faible, pouvant être sévère à intolérable en cas de torsion de myome ou de nécrobiose
- Durée de la douleur postopératoire ≤ 2 jours^{1,2}
- Douleur postopératoire modérée : EVA médiane = 36 mm à J2³
- Consommation moyenne de morphine (PCA IV) durant les 48 premières heures : 21 ± 14 mg²
- Trois composantes à la douleur : viscérale (laparotomie et voie vaginale), pariétale (surtout laparotomie) et référée (douleur scapulaire surtout après cœlioscopie)

Patiente

- Âge moyen : 45 ans (30-75 ans)
- ASA 1 ou 2⁴

Chirurgie, rééducation

- Pas d'urgence si chirurgie fonctionnelle. Urgence en cas de douleur ou d'hémorragie
- Durée d'hospitalisation : 1-4 j⁵⁻¹¹
- Reprise de l'activité professionnelle à J14-32^{6,10,11}

REMARQUES

- Fréquence des hystérectomies par voie cœlioscopique en France : 13 % (1996¹³), aux USA : 10 % (1997¹³)
- Pertes sanguines faibles : 100-311 ml^{6,10,11}
- Risque transfusionnel : 0-7 %^{3,4}
- Risque de conversion en laparotomie : 1-10 %^{4,6,7}
- Extubation précoce
- Iléus postopératoire inhabituel ou de courte durée pouvant être plus long en cas de conversion en laparotomie

* Sous la responsabilité des auteurs

** Les chirurgies du cancer sont associées à d'autres gestes tels que les curages ganglionnaires
Les scores de douleurs postopératoires sont en général plus élevés

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV ^{14,15}	Perfusion sur 15 min	1 g	Effet additif avec AINS Réduction de la consommation de morphine	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention Délai d'action : 20 min Pic d'efficacité : 1-2 h
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie additive avec le paracétamol Réduction de la consommation de morphine	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention ; en gynécologie-obstétrique, dose de 50 mg aussi efficace que 100 mg ¹⁵
OU				
PARÉCOXIB 40 mg/ml IV	Perfusion sur 15 min	20-40 mg	Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine ^{16,17}	Respecter les contre-indications des AINS Meilleure tolérance digestive mais risque rénal identique aux AINS non sélectifs
MORPHINE 1 mg/ml IV ^{18,19}	IV lente	0,15-0,20 mg/kg /bolus	Relais analgésique après rémifentanyl	45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanyl
ALTERNATIVES				
NÉFOPAM 20 mg IV ²⁰	Perfusion sur 30 min, 20 min avant la fin de la chirurgie	20 mg	Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine	A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux 2
TRAMADOL 100 mg/2 ml IV ^{21,22}	IV lente	50-100 mg	Analgésie par anticipation	Nausées, vomissements, postopératoires (NVPO) fréquents ²²

ALTERNATIVE : VOIE LOCORÉGIONALE

ROIIVACAÏNE 0,2 % INFILTRATION 40 ml (5 ml à chaque site d'insertion des trocards)²³ en début d'intervention puis 20 ml en instillation intrapéritonéale sous les coupes diaphragmatiques et au niveau du site chirurgical avant la chirurgie²⁴

- Efficacité modérée
- L'administration avant la création du pneumopéritoine pourrait avoir une efficacité supérieure²⁴
- Ces méthodes doivent être associées aux techniques d'analgésie habituelle (comportant en particulier des AINS), car leur efficacité est limitée tant en intensité qu'en durée²⁵
- Bénéfices attendus de ces deux méthodes d'infiltration : anticipation de l'analgésie, réduction de la consommation de morphine en SSPI

REMARQUES La douleur postopératoire est également diminuée par :

- La limitation du débit d'insufflation de gaz lors du pneumopéritoine²⁶
- L'utilisation du N₂O à la place du CO₂^{27, 28}
- La limitation peropératoire de la pression du pneumopéritoine < 10 mmHg²⁹
- La diminution du volume résiduel de gaz (exsufflation et expression manuelle)³⁰

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g	Effet additif avec les AINS Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie additive avec le paracétamol Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire En gynécologie-obstétrique, dose de 50 mg aussi efficace que 100 mg ¹⁵ Respecter les contre-indications des AINS
OU				
PARÉCOXIB 40 mg/ml IV	Perfusion sur 15 min	20-40 mg	Analgésie additive avec le paracétamol Réduction de la consommation de morphine	Meilleure tolérance digestive mais risque rénal identique aux AINS non sélectifs
MORPHINE 1 mg/ml IV	Titration par bolus dès EVA > 30 mm	2-3 mg/5-10 min	Adaptation aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur
puis				
MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA*** quand patient évaluable après titration	1 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min		Ajout de drotéridol 2,5 mg/50 ml pour prévenir les NVPO
OU				
MORPHINE 10 mg/ml SC	Sous-cutanée profonde (jamais IM) 2 h après titration	0,1 mg/kg/4-6 h		

• TYPE DE CHIRURGIE : La voie coelioscopique est responsable d'une douleur postopératoire moins intense et moins durable que la laparotomie^{1-3,7}

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
PARACÉTAMOL 1 g IV	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Analgésie de complément	Jusqu'à la reprise de l'alimentation orale
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j pendant 2 j max	Analgésie de complément	
NÉFOPAM 20 mg IV	Perfusion sur 30 min	20 mg x 4/j	Analgésie de complément	A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication, ou associé aux 2
MORPHINE 1 mg/ml IV	PCA***	1 mg/bolus	Analgésie de complément	Arrêt PCA Si EVA ≤ 30 mm au repos, et/ou demandes de doses de morphine < 10/24 h
OU				
MORPHINE 10 mg/ml SC	Sous-cutané profonde Injection à la demande	0,1 mg/kg/4-6 h		

RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE

Pour toutes les voies d'abord, si EVA < 30 mm au repos, et demande de dose de morphine PCA < 10 mg/24 h

KÉTOPROFÈNE 150 mg PO 75-150 mg x 2/j, pendant 5 j max, traitement IV compris

ANTALGIQUE DE NIVEAU 2

- Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 2 gél. x 4/j
- OU**
- Tramadol (50 mg)³¹ : 1-2 gél. x 4/j, max 400 mg/j

*** PCA : patient controlled analgesia : analgésie contrôlée par le patient