

## 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

- La durée de séjour peut notablement être réduite de 5 à 2 jours lorsqu'une prise en charge multimodale avec réhabilitation postopératoire est instaurée<sup>11, 36, 37</sup>

## ÉTABLISSEMENT

### Références bibliographiques

- Conférence de consensus. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1998 ; 17 : 445-61.
- Ellstrom M, et al. Pain and pulmonary function following laparoscopic and abdominal hysterectomy : a randomized study. Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 1998 ; 77 : 923-8.
- Olsson JH, et al. A randomised prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1996 ; 103 : 345-50.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ottosen C, et al. Three methods for hysterectomy : a randomised, prospective study of short term outcome. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2000 ; 107 : 1380-5.
- Garry R, et al. The eVALuate study : two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. BMJ. 2004 ; 10.1136/bmj.37984.623889.F6
- Agostini A, et al. Vaginal hysterectomy in nulliparous women without prolapse : a prospective comparative study. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2003 ; 110 : 515-8.
- Miskry T, et al. Randomized, prospective, double-blind comparison of abdominal and vaginal hysterectomy in women without uterovaginal prolapse. Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 2003 ; 82 : 351-8.
- Moller C, et al. Fast track hysterectomy. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2001 ; 98 : 18-22.
- Makinen J, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. Hum. Reprod. 2001 ; 16 : 1473-8.
- Chapron C, et al. Hysterectomy techniques used for benign pathologies : results of a French multicentre study. Hum. Reprod. 1999 ; 14 : 2464-70.
- Farquhar CM, et al. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. Obstet. Gynecol. 2002 ; 99 : 229-34.
- Jorgensen H, et al. Effect of peri- and postoperative epidural anaesthesia on pain and gastrointestinal function after abdominal hysterectomy. Br. J. Anaesth. 2001 ; 87 : 577-83.
- Hannibal K, et al. Preoperative wound infiltration with bupivacaine reduces early and late opioid requirement after hysterectomy. Anesth. Analg. 1996 ; 83 : 376-81.
- Eriksson-Mjoberg M, et al. Preoperative infiltration of bupivacaine-effects on pain relief and trauma response (cortisol and interleukin-6). Acta. Anaesthesiol. Scand. 1997 ; 41 : 466-72.
- Kelly MC, et al. Bilateral ilioinguinal nerve blocks for analgesia after total abdominal hysterectomy. Anaesthesia. 1996 ; 51 (4) : 406.
- Ng A, et al. The analgesic effects of intraperitoneal and incisional bupivacaine with epinephrine after total abdominal hysterectomy. Analg. 2002 ; 95 : 158-62.
- Yentis SM, et al. Development and evaluation of combined rectus sheath and ilioinguinal blocks for abdominal gynaecological surgery. Anaesthesia 1999 ; 54 : 475-9.
- Bell EA, et al. Iliohypogastric-ilioinguinal peripheral nerve block for post-Cesarean delivery analgesia decreases morphine use but not opioid-related side effects. Can. J. Anaesth. 2002 ; 49 : 694-700.
- Muir J, et al. The rectus sheath block--well worth remembering. Anaesthesia 1996 ; 51 : 893-4.
- Gros T, et al. Rectus sheath block : "do not forget". Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2002 ; 21 : 542-3.
- Ng A, et al. Analgesic effects of parecoxib following total abdominal hysterectomy. Br. J. Anaesth. 2003 ; 90 : 746-9.
- 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.
- 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.
- Mimoz O, et al. Analgesic efficacy and safety of nefopam vs. propacetamol following hepatic resection. Anaesthesia 2001 ; 56 : 520-5.
- 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.
- 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.
- 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.
- Torres LM, et al. Efficacy and safety of dipyron versus tramadol in the management of pain after hysterectomy: a randomized, double-blind, multicenter study. Reg. Anesth. Pain Med. 2001 ; 26 : 118-24.
- Senard M, et al. Use of ropivacaine for peridural postoperative analgesia. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2002 ; 21 : 713-24.
- De Leon-Casasola OA, et al. Bowel function recovery after radical hysterectomies: thoracic epidural bupivacaine-morphine versus intravenous patient-controlled analgesia with morphine : a pilot study. J. Clin. Anesth. 1996 ; 8 : 87-92.
- Thoren T, et al. Effects of epidural bupivacaine and epidural morphine on bowel function and pain after hysterectomy. Acta. Anaesthesiol. Scand. 1989 ; 33 : 181-5.
- 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.
- Taylor RH. Outpatient Laparoscopic Hysterectomy with Discharge in 4 to 6 Hours. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1994 ; 1 : S35.
- Kehlet H, et al. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. Br. J. Anaesth. 2001 ; 87 : 62-72.



DATE DE DIFFUSION :

PROCÉDURES POUR  
LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DOULEUR  
POSTOPÉRATOIRE

## HYSTÉRECTOMIE PAR LAPAROTOMIE\* 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 Mimoz - 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
- Douleur postopératoire forte, EVA moyenne > 50 mm<sup>12</sup>
- Durée de la douleur postopératoire : laparotomie par voie transverse (Pfannenstiel) ≤ 2 jours, EVA médiane = 42 mm à J2<sup>3</sup>, laparotomie par voie médiane sous ombilicale ≥ 2 jours<sup>1</sup>
- Consommation moyenne de morphine (PCA IV) durant les premières 48 h : 36 ± 14 mg<sup>2</sup>, 83 à 100 mg pendant 60 h<sup>4</sup>
- 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 2<sup>5</sup>

### Chirurgie, rééducation

- Pas d'urgence si chirurgie fonctionnelle. Urgence en cas de douleur ou d'hémorragie
- Durée d'hospitalisation : 2-6 j<sup>6-12</sup>
- Reprise de l'activité professionnelle à J28-98<sup>7,10,12</sup>

### REMARQUES

- Fréquence des hystérectomies par laparotomie en France : 40 % (1996<sup>13</sup>), aux USA : 63 % (1997<sup>14</sup>)
- Pertes sanguines faibles : 225-442 ml<sup>7,12</sup>
- Risque transfusionnel : 3-12 %<sup>3</sup>
- Extubation précoce
- Iléus postopératoire inhabituel ou de courte durée

\* 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
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,5 % PÉRIDURALE</b> <sup>15</sup>	Ponction en T9-T12 (en préop) : cathéter : 3-4 cm en direction céphalique	Dose d'induction fractionnée de 10 ml après dose test négative lidocaïne 2 % adrénalinée : 3 ml	Analgésie d'excellente qualité ; diminution des besoins en anesthésiques si anesthésie générale associée (laparotomie médiane) ; extubation précoce	Ajout de 10 µg de sufentanil péridurale pour l'induction
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,5 % INFILTRATION DE LA PAROI</b> <sup>16-19</sup>	<b>OU</b>	<b>ROPIVACAÏNE 0,5 % BLOC ILIOINGUINAL ILIOHYPOGASTRIQUE BILATÉRAL (SI PFANNENSTIEL)</b> <sup>20,21</sup>	<b>OU</b>	<b>ROPIVACAÏNE 0,5 % BLOC BILATÉRAL DE LA GAÏNE DES GRANDS DROITS (SI MÉDIANE)</b> <sup>20,22,23</sup>
20-30 ml (100 -150 mg) Diminution de la composante pariétale ; analgésie par anticipation ; réduction de la consommation de morphine				
<b>OU</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml INTRATHECALE</b>	Injection en bolus au moment de la rachianesthésie : 100-150 µg Analgésie d'excellente qualité couvrant les premières 24 h postopératoires			
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g	Analgésie de complément à la péridurale Analgésie par anticipation	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de la l'intervention Délai d'action : 20 min Pic d'efficacité : 1-2 h
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie de complément à la péridurale Analgésie par anticipation	Perfuser 45 à 60 min avant la fin de l'intervention. En gynécologie-obstétrique, dose de 50 mg aussi efficace que 100 mg <sup>26</sup>
<b>OU</b>				
<b>PARÉCOXIB 40 mg/ml IV</b>	Perfusion sur 15 min	20-40 mg	Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine <sup>24,25</sup>	Respecter les contre-indications des AINS. Meilleure tolérance digestive mais risque rénal identique aux AINS non sélectifs
<b>ALTERNATIVES</b>				
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b> <sup>27</sup>	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
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b> <sup>28,29</sup>	IV lente	0,15-0,20 mg/kg /bolus		45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanil
<b>OU</b>				
<b>TRAMADOL 100 mg/2 ml IV</b> <sup>30,31</sup>	IV lente	50-100 mg	Analgésie par anticipation	NVPO fréquents <sup>31</sup>

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,15 % + SUFENTANIL 0,25-0,5 µg/ml PÉRIDURALE</b> <sup>32</sup>	Poche de 200 ml PCEA***	6 ml/h Bolus de 4 ml Période réfractaire : 10 min Max : 18 ml/h	Analgésie d'excellente qualité au repos comme à la mobilisation Extubation précoce Bloc moteur rare	Evaluation du risque/bénéfice
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g	Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50 mg	Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire. En gynécologie-obstétrique, la dose de 50 mg est aussi efficace que 100 mg <sup>26</sup> Respecter les contre-indications des AINS
<b>OU</b>				
<b>PARÉCOXIB 40 mg/ml IV</b>	Perfusion sur 15 min	20-40 mg	Réduction de la consommation de morphine	Meilleure tolérance digestive mais risque rénal identique aux AINS non sélectifs.
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	Perfusion sur 30 min	20 mg		A la place du paracétamol ou du kétoprofène si contre-indication ou associé aux 2
<b>ALTERNATIVES À LA PÉRIDURALE</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	Titration par bolus dès EVA > 30 mm		2-3 mg/5-10 min	Adaptation aux besoins du patient
<b>puis</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	PCA**** quand patient évaluable après titration		1 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de la douleur Ajout de dpropéridol 2,5 mg/50 ml pour prévenir les NVPO

\*\*\* PCEA : patient controlled epidural analgesia : analgésie épidurale contrôlée par le patient  
\*\*\*\* PCA : patient controlled analgesia : analgésie contrôlée par le patient

## HYSTÉRECTOMIE PAR LAPAROTOMIE

- TYPE DE CHIRURGIE : Incision médiane ou incision horizontale sus pubienne (Pfannenstiel)
- TYPES D'ANESTHÉSIE : - En cas de laparotomie médiane : péridurale thoracique basse (T9-T10) associée à une anesthésie générale  
- En cas de laparotomie verticale sous ombilicale : anesthésie périmédullaire ou anesthésie générale avec bloc des grands droits pour l'analgésie postopératoire - En cas de laparotomie horizontale (Pfannenstiel) : anesthésie périmédullaire ou anesthésie générale avec bloc ilioinguinal-iliohypogastrique bilatéral pour l'analgésie postopératoire

## SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,15 % + SUFENTANIL 0,25-0,5 µg/ml PÉRIDURALE</b> <sup>15,32-34</sup>	Poche de 200 ml PCEA	6 ml/h en continu Bolus de 4 ml Période réfractaire : 10 min Max : 18 ml/h	Analgésie d'excellente qualité au repos comme à la mobilisation Favorise la reprise du transit	Dose horaire nécessaire : 20 mg/h si ropivacaïne seule, 10 mg/h si association à morphinique Durée : 48-72 h A 48 h arrêt PCEA pour évaluation
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Analgésie de complément	Jusqu'à la reprise de l'alimentation orale
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50 mg x 4/j pendant 2 j max	Analgésie de complément	
<b>NÉFOPAM 20 mg IV</b>	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
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	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
<b>OU</b>				
<b>MORPHINE 10 mg/ml SC</b>	Sous-cutané profonde Injection à la demande	0,1 mg/kg/4-6 h		
<b>RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE</b>				
Pour toutes les voies d'abord, si EVA < 30 mm au repos, et demande de dose de morphine PCA < 10 mg/24 h				
<b>KÉTOPROFÈNE 150 mg PO</b>	75-150 mg x 2/j, pendant 5 j max, traitement IV compris			
<b>ANTALGIQUE DE NIVEAU 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracétamol (400-500 mg) + [codéine (20-30 mg) ou dextropropoxyphène (30 mg)] : 2 gél. x 4/j</li> <li><b>OU</b></li> <li>• Tramadol (50 mg)<sup>35</sup> : 1-2 gél. x 4/j, max 400 mg/j</li> </ul>			