

## 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

## AMBULATOIRE

- L'hystérectomie par voie vaginale est pratiquée en ambulatoire dans certains pays mais pas en France<sup>25-28</sup>.

### 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. 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.
3. Ottosen C, et al. Three methods for hysterectomy : a randomised, prospective study of short term outcome. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2000 ; 107 : 1380-5.
4. Agostini A, et al. Vaginal hysterectomy in nulliparous women without prolapse: a prospective comparative study. Br. J. Obstet. Gynaecol. 2003 ; 110 : 515-8.
5. 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.
6. Moller C, et al. Fast track hysterectomy. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2001 ; 98 : 18-22.
7. Makinen J, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. Hum. Reprod. 2001 ; 16 : 1473-8.
8. Jugnet N, et al. Comparing vaginal and coelioscopic total or subtotal hysterectomies : prospective multicentre study including 82 patients. Gynaecological Endoscopy 2001 ; 10 : 315-21.
9. Chapron C, et al. Hysterectomy techniques used for benign pathologies: results of a French multicentre study. Hum. Reprod. 1999 ; 14 : 2464-70.
10. Farquhar CM, et al. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. Obstet. Gynecol. 2002 ; 99 : 229-34.
11. 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
12. Olsson JH, et al. A randomised prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1996 ; 103 : 345-50.
13. Ellstrom et al. Pain and pulmonary function following laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized study. Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 1998 ; 77 : 923-8.
14. Clave H, et al. Painless hysterectomy: an innovative technique. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 : 375-80.
15. O'neal MG, et al. Utility of preemptive local analgesia in vaginal hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 2003 ; 189 : 1539-41.
16. 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.
17. Ng A, et al. Analgesic effects of parecoxib following total abdominal hysterectomy. Br. J. Anaesth. 2003 ; 90 : 746-9.
18. 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.
19. Mimos O, et al. Analgesic efficacy and safety of nefopam vs. propacetamol following hepatic resection. Anaesthesia 2001 ; 56 : 520-5.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Stovall TG, et al. Outpatient vaginal hysterectomy: a pilot study. Obstet. Gynecol. 1992 ; 80 : 145-9.
26. Galen DI, et al. Outpatient laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1994 ; 1 : 241-5.
27. Summitt RL Jr, et al. Outpatient hysterectomy: determinants of discharge and rehospitalization in 133 patients. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994 ; 171 : 1480-4.
28. Taylor RH. Outpatient Laparoscopic Hysterectomy with Discharge in 4 to 6 Hours. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 1994 ; 1 : S35.

### ÉTABLISSEMENT

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 BASSE\* 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
- Douleur postopératoire modérée
- Durée ≤ 2 jours<sup>1</sup>
- Trois composantes à la douleur : **viscérale (laparotomie et voie vaginale)**, pariétale (surtout laparotomie) et référée (douleur scapulaire surtout après coelioscopie)

### Patiente

- Âge moyen : 45 ans (30-75 ans)
- ASA 1 ou 2<sup>2</sup>

### Chirurgie, rééducation

- Pas d'urgence si chirurgie fonctionnelle. Urgence en cas de douleur ou d'hémorragie
- Durée d'hospitalisation : 1-6 j<sup>3-8</sup>
- Reprise de l'activité professionnelle à J21-49<sup>3,5,7,8</sup>

### REMARQUES

- Fréquence des hystérectomies par voie basse en France : 47 % (1996<sup>9</sup>), aux USA : 23 % (1997<sup>10</sup>)
- Pertes sanguines faibles : 180-424 ml<sup>3,7,8</sup>
- Risque transfusionnel : 2-8 %<sup>4</sup>
- Risque de conversion en laparotomie : 1-4 %<sup>3,4,11</sup>
- 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
<b>LOCORÉGIONALE</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml INTRATHÉCALE</b>	Injection en bolus au moment de la rachianesthésie	100-150 µg/bolus	Analgésie d'excellente qualité couvrant en moyenne les premières 24 h postopératoires	
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g	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 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>36</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>17,18</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<sup>19</sup></b>	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<sup>20,21</sup></b>	IV lente	0,15-0,20 mg/kg/bolus	Analgésie par anticipation	45 à 60 min avant la fin de l'intervention surtout si utilisation du rémifentanyl
<b>OU</b>				
<b>TRAMADOL 100 mg/2 ml IV<sup>22,23</sup></b>	IV lente	50-100 mg		NVPO fréquents <sup>23</sup>
<b>ALTERNATIVE : VOIE LOCORÉGIONALE</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,5 % BLOC PARACERVICAL</b>	Réalisation des blocs avant le début de la chirurgie	10 ml x 2	Analgésie par anticipation Réduction de la consommation de morphine	L'adjonction de clonidine (1 µg/kg) augmente la durée d'action des blocs
<b>et</b>				
<b>ROPIVACAÏNE 0,5 % BLOC PUDENDAL BILATÉRAL<sup>14,15</sup></b>		10 ml x 2		

## SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	Titration par bolus quand patient évaluable 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
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g	Effet additif avec les AINS Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire
<b>KÉTOPROFÈNE 100 mg IV</b>	Perfusion sur 15 min	50 mg	Analgésie additive avec paracétamol 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>36</sup> Respecter les contre-indications des AINS
<b>OU</b>				
<b>PARÉCOXIB 40 mg/ml IV</b>	Perfusion sur 15 min	20-40 mg	Analgésie additive avec paracétamol Réduction de la consommation de morphine	Si non administré au bloc opératoire. Meilleure tolérance digestive mais risque rénal identique aux AINS non sélectifs

## HYSTÉRECTOMIE PAR VOIE BASSE

- TYPE DE CHIRURGIE : La voie vaginale est responsable d'une douleur post-opératoire moins intense et moins durable que la laparotomie<sup>11-13</sup>. Utilisation privilégiée du courant bipolaire au lieu des ligatures<sup>14</sup>
- TYPE D'ANESTHÉSIE : Anesthésie générale. Réalisation d'un bloc paracervical (associé à un bloc pudendal) : diminution des scores de douleur et de la consommation de morphine par PCA IV<sup>14,15</sup>

## SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
<b>PARENTÉRALE</b>				
<b>PARACÉTAMOL 1 g IV</b>	Perfusion sur 15 min	1 g x 4/j	Analgésie de complément	
<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>ALTERNATIVES</b>				
<b>MORPHINE 1 mg/ml IV</b>	PCA***, 1 mg/bolus, période réfractaire : 5-10 min			
<b>OU</b>				
<b>MORPHINE 10 mg/ml SC</b>	0,1 mg/kg/4-6 h, à la demande ou systématique pendant 24 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 style="text-align: center;"><b>OU</b></li> <li>• Tramadol (50 mg)<sup>24</sup> : 1-2 gél. x 4/j, max 400 mg/j</li> </ul>			

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